

Gemeente Haarlem
Afd. WWGZ
t.a.v. Dhr. F. van Hattem
Postbus 511
2003 PB HAARLEM



onderwerp : Exploitatieoverzicht 2010 "Meer Bewegen voor Ouderen"
kenmerk : 2011-03 SK/ML
datum : 30 maart 2011

Geachte heer van Hattem,

Hierbij zenden wij u, ter inhoudelijke en financiële verantwoording, het exploitatieoverzicht 2010 toe van de activiteiten "Meer Bewegen voor Ouderen", welke georganiseerd worden door het Servicepaspoort, onderdeel van Zorgbalans.

Indien u meer informatie wenst over het exploitatieoverzicht zijn wij altijd bereid nadere toelichting te verstrekken.

Met vriendelijke groet,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'S.M.J. Keijzer-Jongsma', written over a horizontal line.

S.M.J. Keijzer-Jongsma
Manager Servicepaspoort

Bijlage: Exploitatieoverzicht 2010

EXPLOITATIE-OVERZICHT 2010

MEER BEWEGEN VOOR OUDEREN HAARLEM INCL.VALPREVENTIE

 CORE-AKTIVITEITEN

Expl. Overzicht 2010

Debet Credit
 EURO EURO

HONORARIA (DIENSTVERBANDEN)

Cursusmanager afd.groepsgerichte activiteiten
 Coördinator
 Medew.serviceburo

5.458
 12.488
 8.441

 26.387
 =====

ORGANISATIEKOSTEN

2.488
 =====

HONORARIA/BIJDRAGEN

Ontspannen bewegen 4 groepen
 Gymnastiek & Spel 38 groepen
 MBvO-buiten 1 groep

5.735 5.477
 36.319 46.749
 1.434 1.870

 43.488 54.096
 =====

OEFENMATERIALEN

738
 =====

EXPLOITATIE-OVERZICHT 2010

MEER BEWEGEN VOOR OUDEREN HAARLEM INCL.VALPREVENTIE

CORE-AKTIVITEITEN

	Expl. Overzicht 2010	
	Debet	Credit
	EURO	EURO
HUREN		

Akkommodaties	32.746	
	-----	-----
	32.746	0
	=====	=====
WERKGROEPBIJEENKOMSTEN	1.473	
-----	-----	-----
PR & VOORLICHTING	1.501	
-----	-----	-----
SUBSIDIE GEM.HAARLEM		
Meer bewegen voor ouderen incl.valpreventie		56.585
-----	-----	-----
	0	56.585
	=====	=====

EXPLOITATIE-OVERZICHT 2010

MEER BEWEGEN VOOR OUDEREN HAARLEM INCL.VALPREVENTIE

CORE-AKTIVITEITEN

Expl. Overzicht 2010

Debet Credit
EURO EURO

TOTALEN

HONORARIA/DIENSTVERBANDEN	26.387	0
ORGANISATIEKOSTEN	2.488	0
HONORARIA/BIJDRAGEN	43.488	54.096
OEFENMATERIALEN	738	0
HUREN	32.746	0
WERKGROEPBIJeenKOMSTEN	1.473	0
PR & VOORLICHTING	1.501	0
SUBSIDIES	0	56.585
	-----	-----
	108.821	110.681
EXPLOITATIE-OVERSCHOT		(1.860)
	-----	-----
	108.821	108.821
	=====	=====

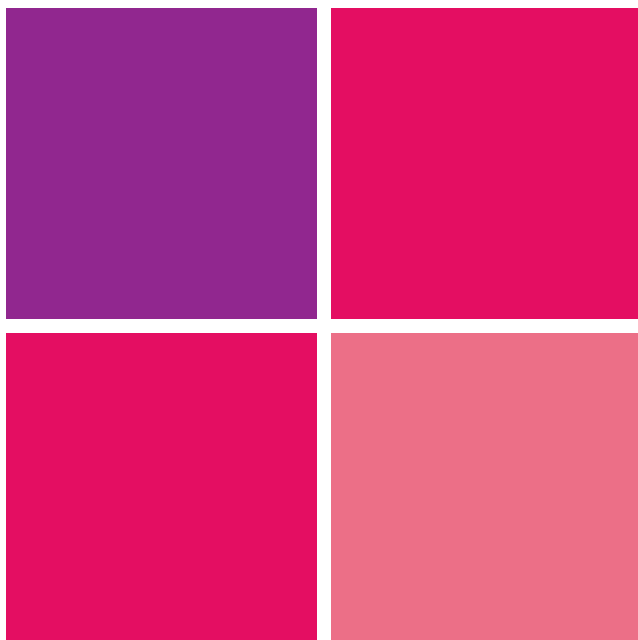


j

Jeugdgezondheidszorg
Kennemerland

Jaarverslag 2010





Inhoudsopgave

1.0	Voorwoord	3
1.1	Jeugdgezondheidszorg Kennemerland	4
1.2	Kwaliteit	6
1.3	Centra voor Jeugd en Gezin en ketenzorg	9
1.4	Opvoedingsondersteuning	13
2.0	Basistakenpakket	15
2.1	Monitoren en signaleren	17
2.2	Inschatten zorgbehoefte	26
2.3	Screeningen en vaccinaties	33
2.4	Voorlichting, advies, instructie en begeleiding	37
2.5	Beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen	41
2.6	Zorgsysteem, netwerken, overleg en samenwerking	44
3.0	Bijlage	47
	Locaties Jeugdgezondheidszorg Kennemerland	67
	Colofon	68

1.0

2010. Een jaar van verdiepen en verbinden

2010 is het jaar waarin we verder hebben gewerkt aan de nieuwe balans tussen onze ambitie en onze onderlinge verbondenheid.



Onze ambitie is het bevorderen van een gezonde ontwikkeling van alle in Midden- en Zuid-Kennemerland wonende kinderen van 0-4 jaar en het verkleinen van gezondheidsverschillen. Er voor zorgen dat kinderen indien nodig zo snel mogelijk en zo dichtbij mogelijk geholpen worden. Het motto is 'één gezin, één plan' en dat wil zeggen: voor, mèt en door het gezin. Doelen vastleggen en meten, voortgang zien èn weten wanneer je moet ingrijpen. We hebben ons het afgelopen jaar vooral hierop gericht en deze verdieping heeft geleid tot meer deskundigheid en initiatief.

Het is mooi om te zien dat de regionale samenwerkingsafspraken ook werkelijk vruchten afwerpen. Er zijn meer kinderen en gezinnen geholpen met zorgcoördinatie dan voorgaande jaren en er zijn meer contacten met onze samenwerkingspartners geweest, bijvoorbeeld met Bureau Jeugdzorg.

Onze visie op leiderschap maakt duidelijk wat we in onze organisatie onder leiding geven en leiding ontvangen verstaan. In de kern gaat het om thema's die voor ons allemaal belangrijk zijn, zoals je open kunnen uitspreken en je gehoord weten.

De vertaling en invulling van de leiderschapsvisie ligt dan ook op het gebied van communicatie en actief handelen. Degene die leiding geven en leiding ontvangen, komen daardoor op één lijn. Deze dynamische wisselwerking biedt meer ruimte voor een constructieve dialoog waarbij er geen sprake is van leiding geven en ontvangen, maar van een verantwoordelijke houding ten opzichte van elkaar. Dit proces heeft tot meer vertrouwen en saamhorigheid binnen de organisatie geleid, een goede basis voor de toekomst!

Waar mogelijk dragen we bij aan duurzaamheid, daarom publiceren wij dit jaar voor het eerst alleen een online editie van ons jaarverslag. Daarmee is het voor iedereen toegankelijk en kunt u in een paar klikken vinden wat u zoekt. Wilt u meer weten over onze activiteiten, of heeft u tips voor ons? Laat het ons weten! Uw vragen en reacties zijn van harte welkom!

Margaret Brouwer
Manager

1.1

Jeugdgezondheidszorg Kennemerland

Jeugdgezondheidszorg Kennemerland is er voor alle kinderen van 0-4 jaar en hun ouders/verzorgers in de regio Kennemerland. Deze regio strekt zich uit van Uitgeest in het noorden, tot Bennebroek in het zuiden (zie kaart op pagina 68). Jeugdgezondheidszorg Kennemerland is een gezamenlijke activiteit van de zorgverleners ViVa! Zorggroep en Zorgbalans. Deze organisaties hebben de beide afdelingen Jeugdgezondheidszorg samengevoegd in een gezamenlijke onderneming: Jeugdgezondheidszorg Kennemerland BV.

Samenwerking moederorganisaties

Jeugdgezondheidszorg Kennemerland is een aparte BV met een eigen planning & controlcyclus en jaarrekening. Er wordt nauw samengewerkt met de verschillende bedrijfsonderdelen van ViVa! Zorggroep en Zorgbalans: in het bijzonder met de diëtisten, Thuisbegeleiding en SenZ. SenZ biedt haar abonnees in Midden- en Zuid-Kennemerland diverse diensten en activiteiten voor alle leeftijdsgroepen. Voorbeelden hiervan zijn een informatieblad met artikelen over de verzorging en opvoeding van kinderen, aanvullende kinderopvang 0-12 jaar, een cursus eerste hulp bij kinderongevallen en diverse diensten aan huis.

Toegankelijkheid

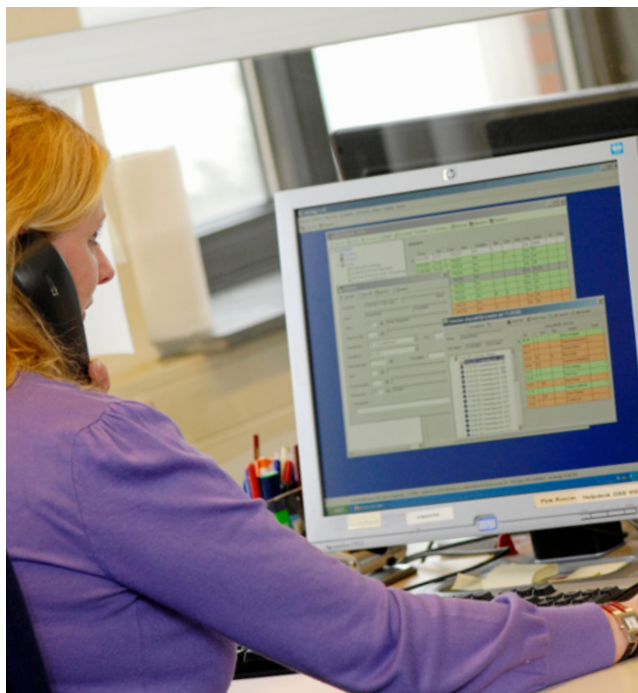
Jeugdgezondheidszorg Kennemerland voldoet met dertien consultatiebureaus ruimschoots aan de landelijke criteria. Deze dertien locaties bevinden zich verspreid in ons werkgebied, waardoor alle inwoners een consultatiebureau in de buurt kunnen bezoeken. Op alle locaties worden wekelijks 1 of 2 inloopspreekuren gehouden waar ouders zonder afspraak

terecht kunnen. Daarnaast is er dagelijks van 8.30 tot 12.30 uur en van 13.00 tot 17.00 uur een inhoudelijk telefonisch spreekuur waar ouders met vragen terecht kunnen. Op een aantal locaties is het ook mogelijk om 's avonds het consultatiebureau te bezoeken.

Medewerkers

Op 31 december 2010 werkten bij Jeugdgezondheidszorg Kennemerland 137 medewerkers: 12 consultatiebureauartsen, 10 jeugdartsen, 61 wijkverpleegkundigen, 23 consultatie-bureauassistenten (cb-assistenten, waarvan 3 ook wijkassistent zijn), 4 wijkassistenten en 3 (ortho)pedagogen.

Daarnaast ook 9 planners, 2 managementassistentes, 2 secretaresses, 1 manager, 3 regiomanagers, 1 manager bedrijfsbureau, 1 stafarts, 1 beleidsadviseur, 1 staforthopedagoog en 3 projectleiders CJG (voor Haarlem, Beverwijk en Velsen).





Missie

De missie van Jeugdgezondheidszorg Kennemerland is het bevorderen van een gezonde ontwikkeling van alle in regio Kennemerland wonende kinderen van 0-4 jaar en het verkleinen van gezondheidsverschillen.

Visie

Jeugdgezondheidszorg Kennemerland biedt actief laagdrempelige preventieve zorg, waarbij het kind centraal staat, aan alle ouders met kinderen van 0-4 jaar in de regio's Midden- en Zuid-Kennemerland. Zij doet dit op een professionele, eigentijdse manier en afgestemd op de behoefte van de ouders. Jeugdgezondheidszorg Kennemerland gaat uit van de eigen verantwoordelijkheid van de ouders en respecteert individuele keuzes, maar rekent het tot haar verantwoordelijkheid om hen – indien (maatschappelijk) geïndiceerd – op eigen initiatief met een zorgaanbod te benaderen. De organisatie van Jeugdgezondheidszorg Kennemerland is eenvoudig, efficiënt en transparant. Wij zijn een actieve samenwerkingspartner in de jeugdzorg in de regio.

Doelstellingen

De doelstelling van Jeugdgezondheidszorg Kennemerland is: het bevorderen en beveiligen van een gezonde lichamelijke, geestelijke en sociale ontwikkeling van de populatie kinderen van 0-4 jaar, uitgaande van de eigen verantwoordelijkheid van de ouders, door middel van beïnvloeding van relevante gezondheidsdeterminanten, te weten medisch-biologische factoren, gezondheidsgedrag en relevante omgevingsfactoren waaronder het gezondheidssysteem zelf.

Subdoelstellingen

- de immuniteit tegen infectieziekten te verhogen;
- individuele gezondheidsrisico's tijdig op te sporen en zo nodig te verwijzen;
- op individueel en collectief niveau de eigen mogelijkheden en verantwoordelijkheid van ouders te bevorderen, zo nodig hun inzicht in de gezondheidstoestand van hun kind te verbeteren en hun competentie (gezondheidsbevorderend gedrag) te verhogen;
- inzicht te verschaffen in de gezondheidstoestand van (groepen) jeugdigen, gezondheidsbedreigende maatschappelijke risicofactoren te onderkennen en bij te dragen aan het uitschakelen daarvan.

Voor kinderen van 4-19 jaar neemt de afdeling Jeugdgezondheidszorg van GGD Kennemerland (onderdeel van Veiligheidsregio Kennemerland) de taak van Jeugdgezondheidszorg Kennemerland over. Tijdens de basisschoolperiode roept de schoolarts of –verpleegkundige het kind enkele keren op om de groei en gezondheid te controleren. Een goed inzicht in de voorgeschiedenis van het kind is de basis voor verdere begeleiding. Jeugdgezondheidszorg Kennemerland draagt daarom het dossier van het kind over aan de GGD als de ouder/verzorger daarvoor toestemming geeft.

1.2

Kwaliteit

Jeugdgezondheidszorg Kennemerland wil zich onderscheiden door kwaliteit. Daarvoor is het van belang onze JGZ-activiteiten voortdurend te toetsen, zowel inhoudelijk als aan maatschappelijke ontwikkelingen en behoeften en hierop in te spelen. Deze proactieve houding is alleen mogelijk door een constructieve, opbouwende bedrijfscultuur, waarin samenwerking voorop staat.

Kwaliteitscertificaten

Jeugdgezondheidszorg Kennemerland heeft in april 2008 het certificaat van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ-certificering) behaald. Ieder jaar vindt hercertificering plaats en mede dankzij de inzet van onze medewerkers zijn we hiervoor in april 2010 wederom zonder bevindingen geslaagd. In november 2008 hebben wij opnieuw het WHO/Unicef certificaat 'Zorg voor Borstvoeding' behaald. De uniformiteit en continuïteit in de begeleiding bij borstvoeding is hiermee goed verankerd. De werkwijze wordt gekenmerkt door een duidelijke en gestructureerde aanpak. Dit certificaat is drie jaar geldig, dus in 2011 gaan we weer op voor hercertificering.

Locaties

In 2010 zijn alle locaties -waarvan de verwachting is dat we daar de komende jaren gehuisvest blijven- gemoderniseerd. Er is een grote slag geslagen in opknopwerkzaamheden en nieuwe inrichting, waaronder: nieuwe bewegwijzering, raambekleding, zonwering, folderrekken en posterframes, schilderwerk, en vervangen van vloeren en (kinder)meubilair.

Het nieuwe meubilair is zelfs speciaal voor ons ontwikkeld, in samenwerking met de ergotherapeuten van ViVa! Zorggroep en voldoet aan onze belangrijkste eisen: veiligheid, functionaliteit en toepasbaarheid. Ook de aankleedboxen zijn vervangen. Daarnaast zijn er veel facilitaire klussen aan panden opgepakt en zijn er waar mogelijk verbeteringen aangebracht, zoals het verhelpen van lekkages, vervangen van deurmatten, ophangen van planken, herstellen van airco's, schoonmaken van dakgoten en beschermen van deurscharnieren. In Heemskerk zijn we verhuisd naar een nieuw consultatiebureau aan het Maltezerplein.

Scholingsplan

Ieder jaar wordt een scholingsplan opgesteld ten behoeve van de deskundigheidsbevordering van medewerkers. Dit is een onderdeel van de Planning & Controlcyclus van Jeugdgezondheidszorg Kennemerland. In 2010 is opnieuw een uitgebreid scholingsplan uitgevoerd. Bij alle artsen en wijkverpleegkundigen is ook dit jaar een video-opname gemaakt van een zuigelingen- of peuterconsult. Deze opnames worden

zowel individueel als in een supervisiegroep nabesproken. Daarnaast zijn de artsen en wijkverpleegkundigen geschoold op zorgcoördinatie, opsporen spraak-/taalachterstanden, Triple P, het Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg, de visusbepaling en de verwijzindex. De consultatiebureauassistenten en wijkassistenten zijn onder andere geschoold op het vergroten van communicatieve vaardigheden.

Opleidingsinrichting

In 2009 is Jeugdgezondheidszorg Kennemerland erkend als opleidingsinrichting. Er is door de Sociaal Geneeskundige Registratie Commissie (SGRC), in tegenstelling tot de gebruikelijke twee jaar, een certificaat afgegeven voor vier en een half jaar. Onze organisatie staat voor kwaliteit en heeft opgenomen in haar beleid dat alle artsen jeugdarts dienen te zijn of te worden. Inmiddels zijn 10 van de 22 artsen jeugdarts en 6 zijn in opleiding hiervoor. Deze artsen in opleiding tot specialist (aios) worden opgeleid door onze stafarts (erkende praktijkopleider) en onze praktijkbegeleider.

Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg

Jeugdgezondheidszorg Kennemerland brengt de gezondheid en ontwikkeling van kinderen en de gezondheidsbedreigingen in kaart. Om optimaal gebruik te maken van alle gegevens die in de JGZ worden verzameld, gebruikt Jeugdgezondheidszorg Kennemerland sinds 1 januari 2006 een Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg (DD JGZ).

Het werken met een DD JGZ levert voor alle betrokkenen (medewerkers, cliënten, gemeenten, externe partijen zoals de inspectie) veel voordelen op. In de afgelopen vijf jaar is het systeem volop in ontwikkeling geweest. Nu steeds meer organisaties met een DD JGZ werken, kunnen we ook expertise delen met andere organisaties. Dit heeft geleid tot diverse telefonische contacten, mailberichten en werkbezoeken. Zo ontvingen we managers en professionals van JGZ 0-4 organisaties, GGD'en, Centrum Jeugdgezondheidszorg en ook collega's van Kind en Gezin (jeugdgezondheidszorg in Vlaanderen). Sinds 1 januari 2010 kennen wij geen papieren dossiers meer. Alleen kinderen die naar ons werkgebied verhuisd zijn brengen nog een papieren dossier mee.

Er komt een mogelijkheid om digitaal gegevens met andere instellingen uit te wisselen via het landelijk schakelpunt (LSP). Om verschillende redenen heeft de realisatie van het LSP enkele jaren vertraging opgelopen. De planning is nu gericht op het tweede kwartaal van 2011. De voorbereidingen die nodig zijn voor de aansluiting zijn afgerond in 2010. Onze organisatie is één van de organisaties waarbij het architectuurontwerp van het LSP getoetst zal worden, waardoor we als één van de eersten aangesloten zullen zijn op het LSP.

Ook dit jaar is het jaarverslag van het voorgaande jaar weer in alle teams van onze organisatie besproken. Doel hiervan is het verbeteren van de registraties. Alle teams hebben verbeterdoelen geformuleerd. Deze verbeterdoelen worden getoetst en in 2011 besproken aan de hand van het jaarverslag van 2010. De resultaten en de geformuleerde verbeterdoelen van de verschillende teams zijn met elkaar vergeleken. Hiermee blijft het DD JGZ een uitstekend middel om de kwaliteit van het werk te verbeteren.



Werkbezoek Ministerie van Jeugd & Gezin

Op 22 april 2010 zijn 8 beleidsmedewerkers van het ministerie van Jeugd en Gezin, waaronder Cécile Goebel (plaatsvervangend directeur publieke gezondheid), op werkbezoek geweest. In de ochtend hebben zij in tweetallen een aantal consulten bijgewoond op de consultatiebureaus in Beverwijk, in de Amsterdamstraat en de Colensostraat in Haarlem en in Heemstede. Aansluitend hebben we een presentatie verzorgd over het DD JGZ. In de middag zijn acht presentaties gehouden door verschillende medewerkers van onze organisatie: over Triple P, VVE en VTO taal, prenatale preventie, de CJG, Video Home Training, Stevig Ouderschap en onze organisatie en de invulling van het jeugdbeleid. We hebben een consistente lijn kunnen laten zien en een indruk gegeven van de kwaliteit van onze organisatie en de inzet van onze medewerkers. Het ministerie gaf ons mee te 'consolideren' en onze organisatie als voorbeeld te willen laten gelden voor anderen.

Mede door het enthousiasme van onze medewerkers was het een geslaagd werkbezoek.

Academisering

Bijna alle in de provincie Noord-Holland gevestigde JGZ organisaties vormen samen met de afdeling jeugdgezondheidszorg van de Vrije Universiteit (VU) een academische werkplaats. Jeugdgezondheidszorg Kennemerland is onderdeel van deze academische werkplaats. In de academische werkplaats is extra aandacht voor onderwijs, onderzoek en zorgvernieuwing. In 2010 hebben enkele jeugdartsen les gegeven aan medisch studenten en hebben bijna alle jeugdartsen een co-assistent sociale geneeskunde begeleid in de praktijk. Tevens zijn circa tachtig co-assistenten kindergeneeskunde een dag begeleid door een jeugdarts.



In 2009 is, ook in het kader van de academisering, een high-potential groep van start gegaan met het opzetten van twee eigen onderzoeken. Deze groep bestaat uit 5 jeugdartsen en de stafarts. Een deel van deze werkgroep heeft in 2010 onderzoek gedaan naar een screeningsinstrument waarmee taalproblemen vroegtijdig opgespoord worden. De eerste resultaten uit dit onderzoek zijn beschreven in een artikel, dat inmiddels is aangeboden aan het Tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg.

Het andere deel van de werkgroep richt zich op de effectiviteit van de 'ogentest' die wordt uitgevoerd rond de leeftijd van 3 jaar. Uit rapportages uit het digitale dossier bleek dat de screening niet conform richtlijnen werd uitgevoerd. De werkgroep heeft de nieuwste landelijke richtlijnen ingevoerd, jeugdartsen en wijkverpleegkundigen bijgeschoold, de randvoorwaarden gecontroleerd en de registratie in het DD JGZ aangepast. Door middel van vervolg rapportages bleek dat zowel de kwaliteit als de uniformiteit van de screening is toegenomen. Aan de hand van deze rapportages geven de werkgroepleden regelmatig feedback aan hun collega's.

Clëntenraadpleging

In 2010 is de kwaliteit van onze organisatie op een aantal punten vergeleken met die van andere JGZ-organisaties. Daaruit bleek dat onze dienstverlening objectief hoog staat aangeschreven. Enkele voorbeelden: cliënten waarderen onze consultatiebureaus met gemiddeld 7,8 (landelijk 7,6), 51,6 % van de cliënten wordt binnen een kwartier geholpen (landelijk 32,7%) en 72,3% van de cliënten geeft aan dat bij het maken van afspraken rekening wordt gehouden met hun voorkeur (landelijk 59,3%).

Verdieping

In 2009 was 'de kracht van verbinding' een belangrijk thema. Meer tijd en aandacht voor elkaar en samenwerken. Een voorbeeld hiervan is dat we gestart zijn met het werken met implementatieteams bij de implementatie van de zorgcoördinatie. In 2010 zijn we op deze ingeslagen weg doorgegaan!

1.3

Centra voor Jeugd en Gezin en ketenzorg



Centra voor Jeugd & Gezin

Het CJG is een laagdrempelige en herkenbare plek waar alle ouders en kinderen (van -9 maanden tot 23 jaar) én professionals terecht kunnen met allerlei vragen op het gebied van zwangerschap, geboorte, gezondheid, ontwikkeling, opvoeden en opgroeien. Kinderen en ouders krijgen de hulp en ondersteuning die ze nodig hebben en waar ze die nodig hebben. Jeugdgezondheidszorg Kennemerland wil een actieve bijdrage leveren aan de realisatie van CJG in alle gemeenten in Midden- en Zuid-Kennemerland, afhankelijk van de lokale situatie in gemeenten.

In Zuid-Kennemerland is in 2010 op 1 maart het CJG in Heemstede feestelijk geopend en op 18 oktober het CJG in Bloemendaal. Vanaf 1 januari 2011 zal in Bloemendaal ook consultatiebureau gehouden worden. In Haarlem zijn de voorbereidingen getroffen voor de realisatie van nog drie CJG in 2011. Ook de andere gemeenten in Zuid-Kennemerland bereiden zich voor op de realisatie van CJG. Genoemde CJG beschikken allen over een eigen website: www.cjghaarlem.nl, www.cjgheemstede.nl en www.cjgbloemendaal.nl.

In Midden-Kennemerland is voor de gemeenten Velsen en Beverwijk een projectleider CJG aangesteld. In nauwe samenwerking met de betreffende gemeenten en samenwerkingspartners is uitvoering gegeven aan de voorbereidingen van de realisatie van twee CJG in Velsen, één CJG in Beverwijk en een digitaal regionaal CJG (de website www.cjgijmond.nl).

KETENZORG EN CENTRA VOOR JEUGD & GEZIN

Net als in Zuid-Kennemerland hebben de gemeenten in Midden-Kennemerland besloten om voor de uitwerking van onderdelen, die voor elk CJG hetzelfde zijn, gezamenlijk op te trekken en regionale basisvoorstellen te maken. Zorgcoördinatie en doorzettingsmacht is één van de onderwerpen omdat dit een belangrijk onderdeel van de taken binnen de CJG is. Goede zorgcoördinatie moet leiden tot één gezin, één plan. Om tot één gezin, één plan te komen, dienen afspraken gemaakt te worden over regievoering, opschaling en doorzettingsmacht. Andere onderwerpen zijn de aansluiting van de CJG op Bureau Jeugdzorg en het aanbod opvoedingsondersteuning dat vanuit de CJG geleverd wordt.



Voor alle thema's zijn werkgroepen opgericht, bestaande uit medewerkers van de verschillende samenwerkende organisaties. Op 9 december hebben de gemeenten uit Midden-Kennemerland en de samenwerkingspartners een samenwerkingsconvenant getekend waarin de gemaakte afspraken zijn vastgelegd. De aansluiting met de regio Zuid-Kennemerland is in het proces steeds gezocht. Daardoor komen de gemaakte afspraken in beide regio's voor een groot deel overeen; voor onze organisatie is dit een belangrijk voordeel. In Zuid-Kennemerland zijn de instellingen verder gegaan met de implementatie van de afspraken die in deze regio al in 2009 gemaakt zijn. Hiermee zijn in 2010 belangrijke stappen gezet in de ketenzorg en in de samenwerking tussen instellingen.

Verwijsindex Midden- en Zuid-Kennemerland

Sinds eind 2009 werken de professionals met VerKen, de verwijsindex van Midden- en Zuid-Kennemerland. In het vierde kwartaal van 2010 is het werken met VerKen geëvalueerd binnen de organisatie. Uit deze evaluatie blijkt dat het werken met VerKen nog niet bij alle professionals een geïntegreerd onderdeel van hun werk is. Een aantal medewerkers vindt het nog steeds moeilijk om de meldcriteria toe te passen in de praktijk. Ook het gesprek met de ouders wordt door sommigen als lastig ervaren. In teamoverleggen is onder andere gesproken over de onderlinge verschillen en de relatie tussen melden in VerKen en de interventies die het team inzet. Op basis van de uitkomsten van de evaluatie is een verbeterplan voor 2011 gemaakt. De koppeling tussen het DD JGZ en VerKen is in 2010 verder voorbereid en wordt gerealiseerd in 2011.

Toeleiding naar voorschoolse voorzieningen en Voor- en Vroegschoolse Educatie

Ook in 2010 is speciale aandacht besteed aan de toeleiding naar voorschoolse voorzieningen en Voor- en Vroegschoolse Educatie (VVE). De voor- en vroegschoolse periode is een zeer essentiële fase in de ontwikkeling van kinderen. Het VVE-beleid is bedoeld om de ontwikkelingskansen van kinderen van laag opgeleide autochtone en allochtone ouders te vergroten. De VVE heeft als belangrijkste doel de (Nederlandse) taalontwikkeling van peuters en kinderen in groep 1 en 2 van het basisonderwijs te bevorderen en het terugdringen van onderwijsachterstand bij kinderen. Binnen Jeugdgezondheidszorg Kennemerland wordt er toegeleid naar voor- en vroegschoolse voorzieningen zoals peuterspeelzaal en kinderdagverblijf, maar ook naar voorschoolse projecten/programma's zoals Spel aan huis, Stap In, Opstap, peutergym en bibliotheek. Kinderen die tot de VVE-doelgroep behoren, worden toegeleid naar speciale VVE peuterspeelzalen. Met de gemeenten Uitgeest, Beverwijk, Heemskerk, Haarlem en Zandvoort zijn afspraken gemaakt over deze toeleiding en over de registraties en rapportages. Het doel hiervan is dat we door gezamenlijke afspraken de deelname van de doelgroep aan VVE programma's kunnen vergroten. In de gemeente Velsen hebben Stichting Welzijn Velsen, SKON kinderopvang en Jeugdgezondheidszorg Kennemerland samengewerkt om de VVE in Velsen te optimaliseren. De stand van zaken is in een minisymposium in september 2010 gepresenteerd.

Prenatale preventie

Sinds 1 januari 2009 wordt de prenatale preventie uitgevoerd als ketenproduct van Jeugdgezondheidszorg Kennemerland. Hiermee is een belangrijke stap gezet in het realiseren van een sluitende keten tussen de prenatale zorg en de jeugdgezondheidszorg. In 2009 is een projectorganisatie opgericht, teneinde de prenatale preventie in samenwerking met de gemeenten, ziekenhuizen, verloskundigen, kraamzorgorganisaties en andere betrokkenen te realiseren.

Er is een platform opgericht, waarin de activiteiten op het gebied van de prenatale preventie in Midden- en Zuid-Kennemerland minimaal tweemaal per jaar besproken worden. Hierin participeren vertegenwoordigers vanuit de Kring Verloskundigen Groot Kennemerland, de regionale ziekenhuizen, de kraamzorgorganisaties en Jeugdgezondheidszorg Kennemerland. In dit overleg worden de gezamenlijke activiteiten op elkaar afgestemd en zo nodig nieuwe activiteiten ontwikkeld. In 2010 waren dat de volgende activiteiten:

- Het uitvoeren van een pilot met een nieuwe cursus voor aanstaande ouders in samenwerking met de projectgroep Zwanger, Bevallende, een Kind! om te komen tot een evidence based aanbod.
- Het organiseren van voorlichtingsbijeenkomsten door verloskundigen.
- Het bieden van ondersteuning aan aanstaande ouder(s) vanuit het programma Stevig Ouderschap Prenataal.
- Het uitreiken van de GroeiGids delen 'Kinderwens', 'Zwanger', en 'Borstvoeding' door alle verloskundigen en de GroeiGids '0-4 jaar' door Jeugdgezondheidszorg Kennemerland, waarmee een eerste stap gezet is in het verstrekken van aansluitende en eenduidige informatie aan ouders. De 'Groeigidsen' zijn opgesteld conform Positief Opvoeden volgens de methode Triple P.
- Het opzetten van een pilot met individuele voorlichting aan zwangeren van allochtone afkomst door Jeugdgezondheidszorg Kennemerland, in samenwerking met een verloskundigenpraktijk en wijkcontactvrouwen.

In 2011 zullen de activiteiten, die nu nog de projectstatus hebben, verder ontwikkeld en verankerd worden.

Integrale jeugdgezondheidszorg

In de regio Kennemerland wordt de jeugdgezondheidszorg uitgevoerd door twee organisaties: GGD Kennemerland (onderdeel van de Veiligheidsregio Kennemerland, VRK) biedt JGZ aan 4-19 jarigen; Jeugdgezondheidszorg Kennemerland biedt JGZ aan 0-4 jarigen. Deze organisaties werken goed samen en er is de afgelopen jaren veel bereikt, waaronder afstemming over de registratie van gegevens, gezamenlijke protocollen en afspraken over een doorgaande lijn in de activiteiten voor 0-4 jaar en voor 4 tot 19 jarigen. Het bestuur van de VRK wilde laten onderzoeken (2007) of het denkbaar was, dat ook in de regio Midden- en Zuid-Kennemerland integratie van de JGZ in één organisatie mogelijk was. Drie opties waren in beeld: alles bij de GGD, alles bij de Thuiszorg of gezamenlijk in één nieuwe organisatie. Het onderzoek heeft niets opgeleverd.

Door het ontbreken van een uniform en gedeeld beeld bij partijen was een objectief onderzoek onmogelijk. Sinds die tijd ligt het proces stil en heerst er een status quo.

Boekstart

In 2010 zijn we in samenwerking met de bibliotheken in de IJmond en Haarlem gestart met Boekstart. Boekstart is een project speciaal voor kinderen van 0 tot 2 jaar en hun ouders. Boekstart wil ouders van baby's intensief met boeken en het lezen daarvan in aanraking brengen en tevens actief binden aan de plaatselijke Openbare Bibliotheek. Op deze manier draagt het project eraan bij dat kinderen zo jong mogelijk voorgelezen worden en daarna zelf gaan lezen.





1.4

Opvoedingsondersteuning

Opvoedingsondersteuning wordt een steeds belangrijker onderdeel van Jeugdgezondheidszorg Kennemerland. Alle ouders hebben immers vragen over de ontwikkeling en opvoeding van hun kinderen en nagenoeg alle ouders maken gebruik van de diensten die onze organisatie biedt.



Stevig Ouderschap

In 2007 zijn we in de gemeenten Bloemendaal, Haarlem, Zandvoort, Haarlemmerliede & Spaarnwoude, Beverwijk en Heemskerk gestart met 'Stevig Ouderschap' en in 2010 ook in de gemeenten Uitgeest en Velsen. Stevig Ouderschap is een programma ter preventie van opvoedingsproblematiek/ psychosociale problemen bij kinderen, met als excus hiervan kindermishandeling. Stevig Ouderschap staat op de lijst van veelbelovende en effectieve interventies van het Nederlands Jeugdinstuut (NJI) en is één van de drie deels bewezen effectieve interventies. Het programma Stevig Ouderschap bestaat uit een signaleringsmethodiek met daaraan gekoppeld een interventie in de vorm van huisbezoeken. Geselecteerde gezinnen wordt een ondersteuningsprogramma aangeboden, bestaande uit 6 huisbezoeken door een specifiek hiervoor opgeleide wijkverpleegkundige van Jeugdgezondheidszorg Kennemerland. Het aanbod Stevig Ouderschap is een holistische aanpak, die aandacht besteedt aan het hele gezin en werkt vanuit een goed gefundeerd theoretisch kader. In hoofdstuk 2 van dit jaarverslag worden de resultaten vermeld.

Video home training

Al jaren lang leveren speciaal hiervoor opgeleide wijkverpleegkundigen Video home training aan ouders met kinderen van 0-4 jaar. Video home training helpt ouders duidelijk te maken hoe het komt dat een kind bepaald gedrag vertoont en wat zij er mogelijk aan kunnen doen om dit te veranderen, zodat zij met plezier kunnen kijken naar hun kind en hun kind beter kunnen begrijpen.

Triple P

Triple P staat voor Positief Pedagogisch Programma, een van origine Australisch programma voor opvoedingsondersteuning aan ouders met kinderen van 0 tot 16 jaar. Het is een laagdrempelig en integraal programma, met als doel de preventie van (ernstige) emotionele- en gedragsproblemen bij kinderen, door het bevorderen van competent ouderschap. Vooralsnog wordt in Nederland alleen Triple P voor 0-12 jarigen geïmplementeerd. Triple P richt zich op de preventie van psychosociale problematiek bij kinderen door opvoedingsondersteuning aan ouders. In het programma maken ouders kennis met de 5 basisprincipes voor positief opvoeden. Deze basisprincipes zijn uitgewerkt naar 17 opvoedingsstrategieën en -vaardigheden. De provincie Noord-Holland heeft subsidie toegekend voor de invoering van het opvoedingsondersteuningsprogramma Triple P in Midden- en Zuid-Kennemerland.

Jeugdgezondheidszorg Kennemerland heeft van de gemeenten opdracht gekregen om het programma Triple P in Midden- en Zuid-Kennemerland te implementeren. Het project is eind 2010 met goede resultaten afgesloten waarbij de gestelde doelen zijn behaald. Alle trainingen zijn gerealiseerd en de methode is binnen 33 instellingen geïmplementeerd. In Midden- en Zuid-Kennemerland zijn nu 375 enthousiaste getrainde beroepskrachten, die het aanbod Positief Opvoeden – Triple P uitvoeren, op de niveaus 2, 3 en 4. Bij Jeugdgezondheidszorg Kennemerland zijn alle wijkverpleegkundigen en (ortho) pedagogen geschoold. De jeugdartsen zijn tijdens een studiemiddag op de hoogte gebracht van dit aanbod.

Opvoedspreekuren door (ortho)pedagogen

Bij het opvoedspreekuur zijn ouders op afspraak welkom met al hun vragen over opgroeien en opvoeden. Ouders kunnen er informatie, advies, ondersteuning en hulp krijgen. Het kan dan gaan om onderwerpen zoals slapen, bedplassen, niet luisteren, weerbaarheid, zelfvertrouwen, pesten, echtscheiding, omgaan met gevoelens, internet en puberteit. Maar ook kan ter sprake komen wat een ouder kan doen bij opvoedingssituaties die spanningen opleveren, zoals agressief gedrag of ruzie in het gezin.



Toekomst

Met veel inzet, betrokkenheid en enthousiasme willen we ons ook de komende jaren inzetten voor de kinderen van 0-4 jaar en hun ouders/verzorgers. We willen dat zoveel mogelijk samen met onze partners doen vanuit de CJG. Het consultatiebureau is daarvoor naar onze mening een goed startpunt, vooral ook omdat we sinds 2009 de prenatale preventie uitvoeren. Onder regie van de gemeenten willen we ons graag inzetten voor de realisatie van deze CJG in de verschillende gemeenten. Echter, de kern waar het om gaat is dat kinderen zo snel mogelijk

en zo dichtbij mogelijk geholpen worden. Het motto is één gezin, één plan, dat wil zeggen: voor, met en door het gezin; doelen vastleggen en meten, voortgang zien en weten wanneer er ingegrepen moet worden.

2.0

Basistakenpakket

In dit deel van het jaarverslag wordt inzicht gegeven in de uitvoering van het basistakenpakket door Jeugdgezondheidszorg Kennemerland en de gezondheidstoestand van de kinderen van 0 tot 4 jaar in ons werkgebied: Midden- en Zuid-Kennemerland.



Vanaf 1 januari 2006 worden gegevens van kinderen die in zorg zijn bij Jeugdgezondheidszorg Kennemerland geregistreerd in het DD JGZ. Naast de persoonsgegevens van het kind worden ook andere belangrijke gegevens voor de zorgverlening aan ouders en kind opgenomen, zoals achtergrondgegevens van het gezin en gegevens over de omgeving waarin het kind opgroeit. Deze informatie wordt verkregen tijdens het intakegesprek, begeleidingsgesprekken thuis en de consulten op het consultatiebureau.

Alhoewel van elk kind dat in zorg is bij Jeugdgezondheidszorg Kennemerland een digitaal dossier wordt aangelegd, gaan niet alle in dit jaarverslag weergegeven rapportages over 100% van de kinderen. Er zijn hier verschillende redenen voor: een kind is bijvoorbeeld niet op het consultatiebureau geweest in 2010 omdat het langdurig ziek is geweest, omdat het gezin pas in het werkgebied is komen wonen, of omdat de ouders regelmatig afspraken hebben afgezegd. Daarnaast hebben nog niet alle kinderen, die in december 2010 zijn geboren, een intakegesprek gehad. Daarom wordt bij elke tabel de grootte van de betreffende groep aangegeven.

De onderwerpen waarover gerapporteerd wordt zijn ingedeeld aan de hand van de 6 productgroepen van het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. In de bijlage zijn soms gegevens uitgesplitst per gemeente. Iedere gemeente ontvangt een apart verslag met cijfers over de eigen gemeente. In vergelijking tot 2009 heeft Jeugdgezondheidszorg Kennemerland over het algemeen minder registraties. Dit komt doordat sinds 1 januari 2010 de zorg in Castricum door een andere JGZ-organisatie uitgevoerd wordt.



2.1

Monitoren en signaleren

Bij monitoren en signaleren gaat het om het systematisch volgen van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van het kind en/of groepen kinderen. Daarnaast worden de factoren gemeten die de gezondheid bevorderen of bedreigen. Het doel is tweeledig: enerzijds op individueel niveau tijdig een niet-normaal verlopende ontwikkeling signaleren en op basis daarvan interveniëren, anderzijds op doelgroep- of populatieniveau gezondheidsprofielen opstellen, zodat op grond daarvan gezondheidsbeleid kan worden ontwikkeld (uit Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar).

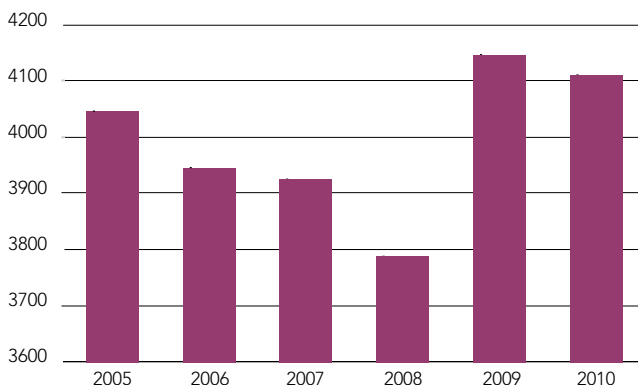
Kinderen in zorg

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) meldde in augustus 2010 een dalende trend van het aantal geboorten. Deze dalende trend is nog niet te zien in het werkgebied van Jeugdgezondheidszorg Kennemerland. Het aantal pasgeborenen kinderen is lager dan in 2009, maar dat wordt veroorzaakt doordat het werkgebied van onze organisatie kleiner is geworden.

Op 31-12-2010 zijn er minder kinderen in zorg vergeleken met het aantal kinderen in zorg op die datum in de jaren daarvoor. Zie onderstaande tabel.

leeftijd	In zorg op 31-12-2007	In zorg op 31-12-2008	In zorg op 31-12-2009	In zorg op 31-12-2010
0-1 jaar	4078	4013	4309	4035
1-4 jaar	12846	12687	12464	12028

Totale pasgeborenen



Aantal kinderen in zorg in 2010

Onder 'kinderen in zorg op 31 december' wordt verstaan het aantal kinderen dat op die datum ingeschreven staat bij een consultatiebureau van Jeugdgezondheidszorg Kennemerland.

Gedurende het jaar is aan meer kinderen zorg verleend, bijvoorbeeld aan kinderen die voor 31 december zijn verhuisd naar een gemeente buiten het werkgebied. Het aantal kinderen waaraan in 2010 zorg is verleend is 20.568. Sommige ouders maakten geen of minder gebruik van het consultatiebureau. Deze kinderen zijn niet meegeteld bij het aantal kinderen in zorg.



Geboortejaar	2010	2009	2008	2007	2006
In zorg in 2010	4.102	4.272	4.009	4.122	4.061
Geen of minder gebruik in 2010	103	131	155	136	142
Overleden in 2010	7	2	1	0	0
Verhuisd buiten het werkgebied in 2010	76	158	102	132	68
Verhuisd naar het werkgebied in 2010	84	211	172	143	60

Bereik

Onder bereik verstaan we het percentage kinderen in zorg op 31-12-2010 ten opzichte van het totaal aantal kinderen uit dat geboortejaar op die datum.

Geboortejaar	Bereik
2010	97,5%
2009	96,9%
2008	96,2%
2007	96,7%

Zie ook tabel 1 'Bereik per gemeente op 31-12-2010' in de bijlage

Redenen waarom ouders (tijdelijk) geen of minder gebruik maken van Jeugdgezondheidszorg Kennemerland

Geboortejaar	2010	2009	2008	2007
Redenen voor geen gebruik:				
Ouders maken gebruik van het antroposofisch consultatiebureau	55	64	67	55
Kind is onder controle van kinderarts of huisarts	16	10	16	14
Ouder bezoekt consultatiebureau buiten werkgebied van JGZ Kennemerland	14	4	8	10
Ouder heeft geen belangstelling voor het consultatiebureau	2	20	34	37
Redenen voor minder of tijdelijk geen gebruik:				
Gezin verblijft tijdelijk in het buitenland	15	22	20	15
Ouder komt met kind alleen op inloopspreekuur of alleen voor vaccinaties	1	11	10	5
Totaal	103	131	155	136



Achtergrondkenmerken van de ouders

Om zo vroeg mogelijk zicht te krijgen op de mogelijke gezondheidsbedreigingen voor het kind, verzamelt de wijkverpleegkundige tijdens het intakegesprek een aantal gegevens over het gezin. Denk hierbij aan de achtergrond van de ouders, de erfelijke belasting en de voorgeschiedenis van het kind. Zij bespreekt deze gegevens met de ouder(s) en registreert de gegevens in het digitale dossier.

OPLEIDING OUDERS VAN KINDEREN GEBOREN IN 2010

Bij zo'n 98% van de ouders staat de opleiding geregistreerd in het DD JGZ. In onderstaande tabel staan de gegevens van de ouders waarvan de opleiding bekend is.

LEEFTIJD OUDERS

Pasgeboren baby's hebben steeds vaker een veertiger als vader. In 2006 betrof dat landelijk 14% van alle baby's. In Midden- en Zuid-Kennemerland was in 2010 15,7% van de vaders ouder dan 40 jaar bij de geboorte van de baby. Ook de leeftijd waarop ouders hun eerste kind krijgen neemt nog steeds toe. Al sinds eind jaren zeventig is de leeftijd waarop vrouwen hun eerste kind krijgen toegenomen; 5% is ouder dan 38 jaar (bron: RIVM 2007).

In 2010 was in onze regio 4,4% van de moeders ouder dan 38 jaar bij de geboorte van hun eerste kind (5% in 2009 en 4,7% in 2008).

Van de kinderen geboren in 2010 en in zorg bij Jeugd-gezondheidszorg Kennemerland was 1% van de moeders en 0,2% van de vaders jonger dan 20 jaar. Dit is een daling ten opzichte van 2009: 2,2% van de moeders en 0,5% van de vaders.

Opleiding	2010	2009
Geen opleiding	1,3%	0,7%
Basisonderwijs	3,7%	3,5%
Lager of voorbereidend beroepsonderwijs	6,0%	8,7%
Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs	7,9%	6,1%
Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs	27,4%	27,8%
Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs	5,1%	4,7%
Hoger beroepsonderwijs	27,8%	27,0%
Wetenschappelijk onderwijs	20,2%	20,6%
Anders	0,5%	0,4%
Onbekend welk onderwijs is gevolgd	0,1%	0,6%

Zie ook tabel 4 'Opleiding van ouders van kinderen geboren in 2010' in de bijlage



GEBOORTELAND OUDERS

Bij de indeling van de geboortelands in westers en niet-westers is de definiëring van het CBS gehanteerd. Tot de westerse geboortelands worden alle lands in Europa (maar zonder Turkije), Noord-Amerika, Oceanië, Japan en Indonesië (met inbegrip van voormalig Nederlands Indië) gerekend. De niet-westerse lands zijn Turkije, alle lands in Afrika, Azië (met uitzondering van Japan en Indonesië) en Zuid-Amerika. De reden om dit onderscheid aan te brengen is het verschil in sociaaleconomische en culturele positie van westerse en niet-westerse allochtonen. Van de niet-westerse lands worden Turkije, Marokko, Suriname en de Nederlandse Antillen onderscheiden en van de westerse lands Nederland. Bij 98% van de ouders staat het geboorteland geregistreerd. De percentages betreffen de kinderen waarbij het geboorteland van de ouder bekend is. De percentages verschillen niet van die uit de voorgaande jaren.

Geboorteland	Moeder	Vader
Nederland	80,1%	81,3%
Westers (m.u.v. Nederland)	7,5%	5,1%
Suriname	0,5%	0,8%
Nederlandse Antillen	0,2%	0,6%
Marokko	3,2%	3,8%
Turkije	2,6%	3,1%
Niet-Westers overig	5,9%	5,3%

Zie ook tabel 3 'Geboorteland van ouders van kinderen geboren in 2010' in de bijlage

WERK OUDERS

Bij 98% van de kinderen geboren in 2010 staat geregistreerd of de ouders betaald werk verrichten. Van de geregistreerde moeders heeft 78% een betaalde baan en 98,3% van de vaders.

Beide ouders verrichten betaald werk	75,4%
Vader verricht betaald werk, moeder niet	18,2%
Moeder verricht betaald werk, vader niet	1,9%
Beide ouders verrichten geen betaald werk	2,5%
Moeder verricht betaald werk en er is geen vader aanwezig	0,7%
Moeder verricht geen betaald werk en er is geen vader aanwezig	1,2%

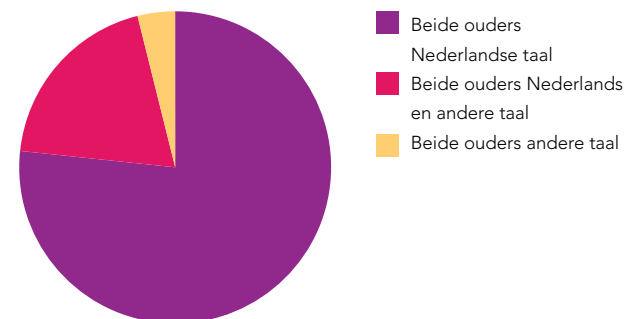
Zie ook tabel 2 'Werk ouders van kinderen geboren in 2010' in de bijlage

TALEN IN HET GEZIN

In 96% van de gezinnen met een kind dat in 2010 is geboren, wordt door één of beide ouders Nederlands gesproken. In 76,7% van de gezinnen spreken beide ouders Nederlands met het kind. In 19,5% van de gezinnen wordt zowel Nederlands als een andere taal gesproken en bij 3,9% wordt geen Nederlands gesproken. Het percentage gezinnen waarin geen Nederlands wordt gesproken is gelijk aan het percentage in 2009 (4%). In bijna alle eenouder gezinnen spreekt de moeder Nederlands of Nederlands en een andere taal met haar kind(eren).

Zie ook tabel 5 'Talen die ouders met kind spreken' in de bijlage

Talen in het gezin

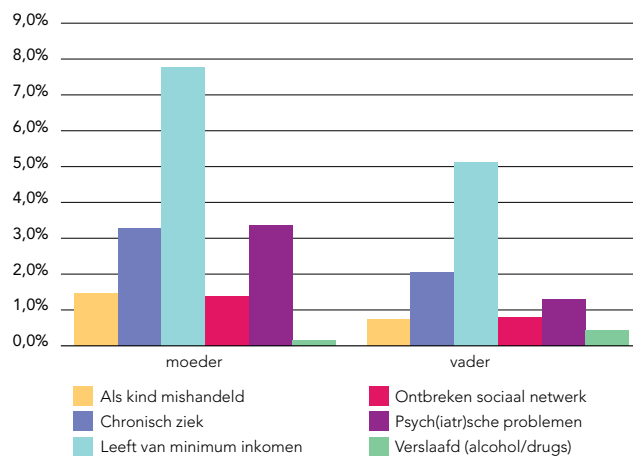


RISICOFACTOREN OUDER(S)

In het DD JGZ wordt een aantal risicofactoren van de ouder(s) geregistreerd als deze bij één van beiden aanwezig zijn, zoals: ouder is zelf als kind mishandeld; is chronisch ziek; leeft van minimum inkomen; is langdurig werkloos; heeft psychi(atr)ische problemen; is verslaafd of heeft geen sociaal netwerk. De wijkverpleegkundige bespreekt tijdens de intake de invloed of gevolgen van de risicofactor voor de ontwikkeling en het opgroeien van het kind. Zo nodig wordt hier later op teruggekomen. Bij 24% van de moeders en 16% van de vaders met kinderen geboren in 2010 werden 1 of meerdere risicofactoren geregistreerd. Bij de ouders met risicofactoren was bij 34% van de moeders en 28% van de vaders sprake van 2 of meer risicofactoren.

Onderstaande grafiek geeft een indruk van de meest genoemde risicofactoren.

Risicofactoren ouder(s)



Gezinssamenstelling

Vrijwel alle kinderen die in 2010 zijn geboren en in 2010 in zorg waren bij onze organisatie, verblijven bij beide biologische ouders (95,5%); 163 kinderen (4%) wonen in een eenouder gezin en 8 kinderen (0,2%) in een pleeggezin.

Voorgeschiedenis

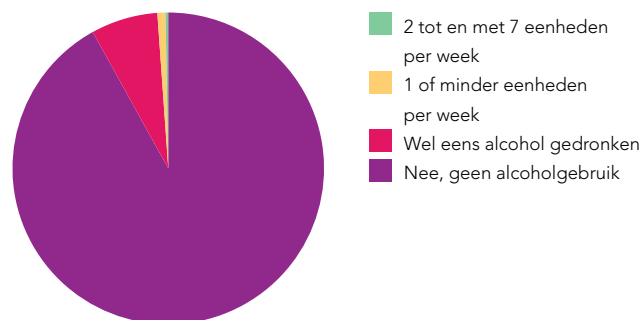
Van bijna alle zuigelingen geboren in 2010, die in zorg waren in 2010, zijn de risicofactoren die speelden tijdens de zwangerschap in het digitaal dossier opgenomen (97%). Alcoholgebruik, roken of drugsgebruik tijdens de zwangerschap kunnen leiden tot schadelijke gevolgen voor het ongeboren kind.

ALCOHOLGEBRUIK TIJDENS ZWANGERSCHAP

Alcoholgebruik tijdens de zwangerschap kan leiden tot negatieve gevolgen voor het (ongeboren) kind. Schadelijke gevolgen kunnen zowel optreden bij de kinderen van een moeder die zwaar drinkt, als bij moeders die matig ofwel sociaal aanvaardbare hoeveelheden drinken. De Gezondheidsraad (2005) concludeert dat er geen veilige ondergrens bestaat voor alcoholgebruik tijdens de zwangerschap en adviseert daarom de nulnorm: helemaal geen alcohol. Het percentage vrouwen dat tijdens de intake in 2010 aangaf alcohol gebruikt te hebben tijdens de zwangerschap is 8%.

Zie ook tabel 6 'Alcohol tijdens de zwangerschap' in de bijlage

Alcoholgebruik tijdens zwangerschap

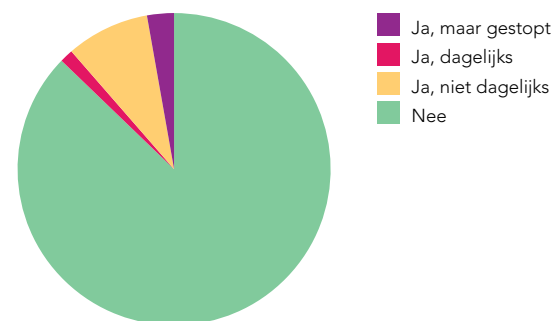


ROKEN EN DRUGSGBRUIK TIJDENS ZWANGERSCHAP

Baby's van rokende moeders worden eerder geboren en hebben een lager geboortegewicht. Roken tijdens de zwangerschap heeft ook nog ernstiger gevolgen voor het kind. Zo is gebleken dat deze kinderen vanaf hun twintigste levensjaar een hogere kans op hart- en vaatziekten hebben. In een Rotterdams onderzoek, waarin zo'n tienduizend kinderen en hun ouders worden gevolgd, rookte 17% van de moeders tijdens de zwangerschap. Het percentage vrouwen in onze regio dat aangaf gerookt te hebben tijdens de zwangerschap in 2010 is 12,8%, waarvan 8,4% dagelijks rookte. Deze percentages komen overeen met de percentages uit 2009. Het percentage zwangere vrouwen dat zegt gestopt te zijn met roken (2,9%) is ook hetzelfde als in 2009. Tijdens de intake wordt ook het drugsgebruik tijdens de zwangerschap nagevraagd. In 2010 gaven 12 vrouwen (0,3%) aan drugs te hebben gebruikt. Het gaat hierbij in de meeste gevallen om cannabis/marihuana gebruik.

Zie ook tabel 7 'Roken tijdens de zwangerschap' in de bijlage

Roken tijdens de zwangerschap

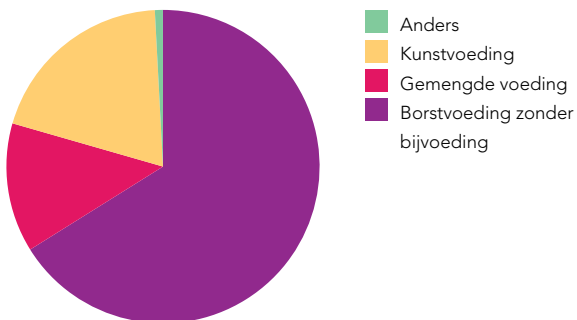


Borstvoeding

Borstvoeding is de beste voeding als het gaat om de gezondheid van moeder en kind. Daarbij is het ook de goedkoopste. Inspanningen om borstvoedingspercentages te laten stijgen moeten zich daarom niet alleen richten op vrouwen die de keuze voor borst- of flesvoeding nog moeten maken, maar ook op vrouwen die de keuze voor borstvoeding hebben gemaakt, doch daarmee al snel weer stoppen. Het percentage vrouwen, waarvan het kind in 2010 is geboren, dat begon met borstvoeding was 66,2%. Dit percentage is lager dan het landelijke cijfer (81%, TNO 2007) maar komt overeen met het percentage in 2009. Het percentage moeders dat borstvoeding geeft neemt af met het toenemen van de leeftijd van het kind. Het percentage kinderen dat op de leeftijd van 3 maanden nog borstvoeding krijgt ligt landelijk op 30%. Redenen voor het stoppen met borstvoeding zijn divers: onder andere onzekerheid over de hoeveelheid melk, maar ook heeft het te maken met praktische vaardigheden. Eén van de belangrijkste opgegeven redenen is het weer gaan werken van de moeder.

Zie ook tabel 8 'Melkvoeding op geboortedag' in de bijlage

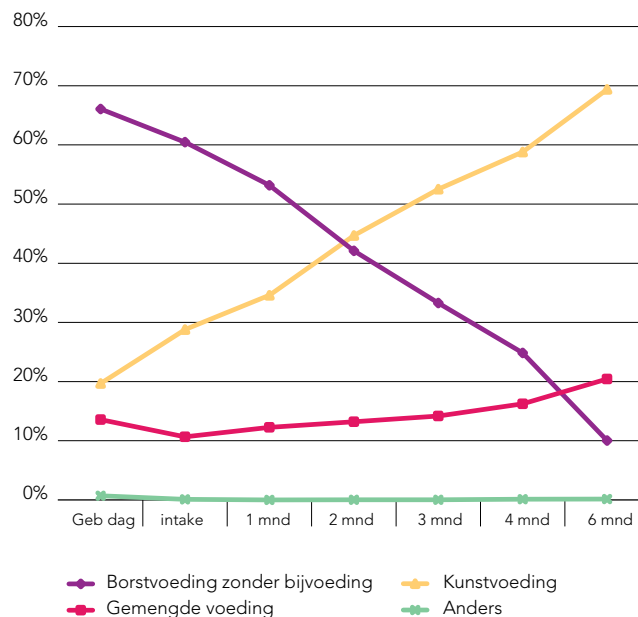
Melkvoeding op geboortedag



PERCENTAGE BORSTVOEDING BIJ DE KINDEREN GEBOREN TUSSEN 1-6-2009 EN 1-6-2010

Onderstaande grafiek geeft het verloop van de borstvoeding weer bij kinderen die in zorg waren op 31-12-2010 en geboren zijn tussen 1-6-2009 en 1-6-2010.

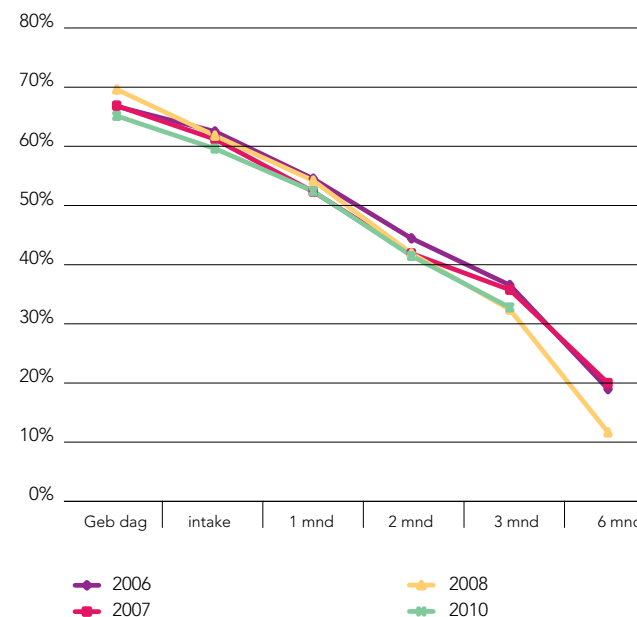
Borstvoeding 6 maanden



Vergelijking van de borstvoeding bij kinderen uit verschillende geboortejaren levert de volgende grafiek op, waarin het lijkt dat zowel het aantal moeders dat start met borstvoeding als het aantal moeders dat langdurig borstvoeding geeft, afneemt.

Zie ook tabel 9 'Borstvoeding' in de bijlage

Borstvoeding 2006-2010



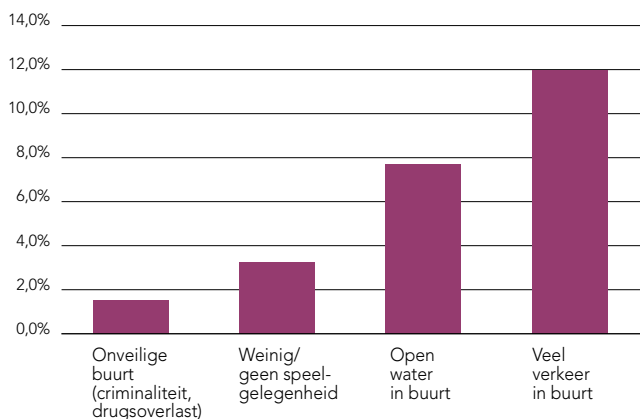
(Percentage borstvoeding bij kinderen geboren tussen 1-6-2009 en 1-6-2010)	Borstvoeding zonder bijvoeding	Gemengde voeding	Kunstvoeding	Anders
Geboortedag	66,1%	13,6%	19,7%	0,7%
14 dagen (marge: 10 tot 21 dagen)	60,5%	10,7%	28,8%	0,1%
1 maand (marge: 3 tot 7 weken)	53,2%	12,3%	34,6%	0,0%
2 maanden (marge: 7 tot 11 weken)	42,1%	13,2%	44,7%	0,0%
3 maanden (marge: 11 tot 15 weken)	33,3%	14,2%	52,5%	0,0%
4 maanden (marge: 15 tot 23 weken)	23,8%	16,2%	58,8%	0,1%
6 maanden (marge: 23 tot 29 weken)	10,0%	20,4%	69,4%	0,1%

Fysiek milieu

Bij 93,5% van de kinderen staat in het DD JGZ geregistreerd wat de ouders vinden van de directe omgeving waarin hun kind opgroeit. Over deze leefomgeving wordt doorgaans 'geen bijzonderheden' opgetekend (79,2%). Een kwart van de ouders heeft hier wel iets op aan te merken, variërend van weinig of geen speelgelegenheid en veel verkeer tot onveilige buurt of een combinatie van factoren. Onderstaande grafiek geeft een indruk van de meest genoemde factoren. Het aantal ouders dat aangeeft dat zij hun buurt onveilig vinden is hetzelfde als in 2009 (1,5%).

Zie ook tabel 10 'Fysiek milieu' in de bijlage

Fysiek milieu



Deelname aan voorschoolse voorzieningen

Onder voorschoolse voorzieningen wordt in het DD JGZ verstaan: voorzieningen waarvan 0-4 jarigen in de voorschoolse periode gebruik van kunnen maken. Hieronder vallen de informele en professionele kinderopvang, maar ook de peuterspeelzalen. Bij bijna alle ouders (98%) staat geregistreerd van welke voorziening(en) men gebruik maakt. Het aantal ouders dat gebruik maakt van één van deze voorzieningen neemt toe naarmate hun kind ouder wordt.

Ouders van kinderen geboren in 2010	68%
Ouders van kinderen geboren in 2009	78%
Ouders van kinderen geboren in 2008	90%
Ouders van kinderen geboren in 2007	96%
Ouders van kinderen geboren in 2006	97%

Sommige kinderen gaan zowel naar de peuterspeelzaal (PSZ) als het kinderdagverblijf (KDV). Van de kinderen geboren in 2008 was dat 3,8%, geboren in 2007 7,8% en geboren in 2006 9,5%.

	Au pair	PSZ	Gastouder	Informele Oppas	KDV	MKD
2010	0,7%		6,0%	32,8%	44,2%	0,1%
2009	0,8%	2,1%	6,7%	37,6%	48,4%	0,3%
2008	0,9%	21,5%	7,0%	38,3%	51,9%	0,2%
2007	0,9%	43,6%	6,6%	38,0%	50,9%	0,5%
2006	1,1%	52,4%	5,6%	39,1%	48,1%	0,5%

Zie ook tabel 11 'Gebruik voorschoolse voorzieningen' in de bijlage

Voorkomen van ziekten en afwijkingen

NEDERLANDSE TAALONTWIKKELING NIET OP NIVEAU

Problemen in de spraaktaalontwikkeling kunnen leiden tot ernstige problemen in de communicatie en de cognitie. Tijdens elk consult op het consultatiebureau wordt de spraaktaalontwikkeling van het kind gevolgd door de wijkverpleegkundige of jeugdarts. Dit gebeurt aan de hand van de communicatie-items van het Van Wiechen (ontwikkelings) onderzoek. De beoordeling betreft zowel de spraaktaalontwikkeling in het Nederlands als in de andere taal. Voor het vaststellen of de spraaktaalontwikkeling van het Nederlands op niveau is, is uitgegaan van de score op de taal productie items rond de leeftijd van 3 jaar en 3 jaar 9 maanden. Van de kinderen geboren in 2006 scoorde 1,5% onvoldoende. Bij de kinderen geboren in 2007 was dit 4,3%.

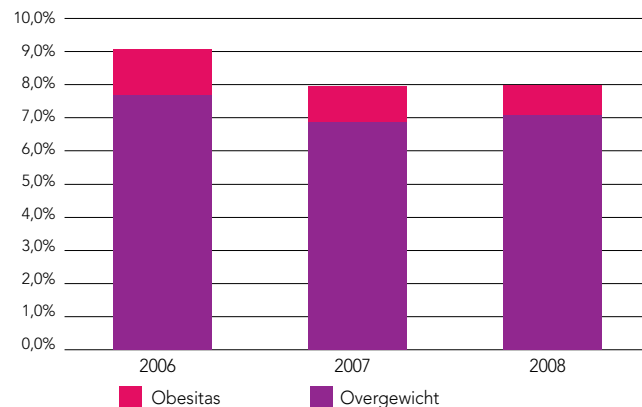
OVERGEWICHT

Het percentage kinderen met overgewicht neemt toe en kinderen worden op steeds jongere leeftijd te dik. Overgewicht gaat gepaard met allerlei gezondheidsrisico's en gezondheidsklachten, zowel op kinderleeftijd als op volwassen leeftijd. Op het consultatiebureau worden kinderen gewogen en gemeten. Vanaf de leeftijd van 2 jaar wordt aan de hand van de gegevens over gewicht en lengte de zogenaamde Body Mass Index (BMI = gewicht: lengte²) berekend.

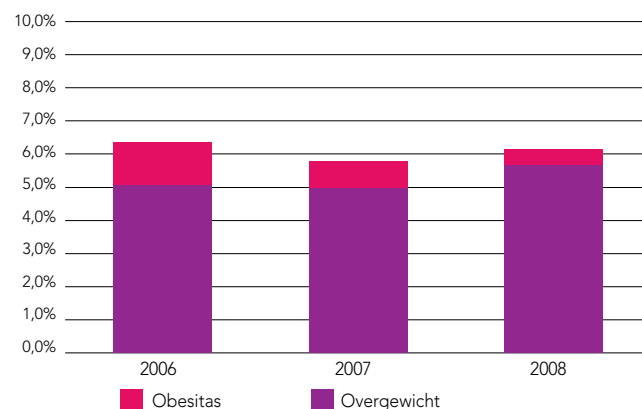
De jeugdarts of wijkverpleegkundige bepaalt aan de hand van de BMI en de internationaal vastgestelde BMI-grenswaarden voor kinderen of een kind overgewicht heeft. Landelijk onderzoek geeft aan dat bij 15% van de 2-4 jarigen sprake is van overgewicht, inclusief 3,7% met obesitas. Dit betekent dat 1 op de 7 kinderen onder de 4 jaar al te zwaar is. De percentages overgewicht in onze regio liggen lager. Van 95% van de kinderen van 3 jaar en ouder is de BMI bekend. Bij kinderen tussen de 2 en 3 jaar ligt dat percentage op 70%. Van de 2-3 jarigen (geboren in 2008) heeft 7% overgewicht (inclusief 0,7% obesitas). Bij de 3-4 jarigen (geboren in 2007) is dit 6,9% (inclusief 1% obesitas) en bij 4-5 jarige kinderen (geboren in 2006) is dit toegenomen tot 7,6% (inclusief 1,3% obesitas). Deze cijfers komen overeen met de cijfers uit 2009. Overgewicht komt meer bij meisjes voor dan bij jongens, maar zowel de percentages overgewicht als obesitas laten bij beide een stijging zien bij het ouder worden. Het percentage 4-5 jarige meisjes met overgewicht is dit jaar lager dan in 2009 (9,1% in 2010 en 10,6% in 2009).

Zie ook tabel 12 'Overgewicht' in de bijlage

Overgewicht meisjes



Overgewicht jongens



VOORKEURSHOUDING

Een baby draait bij een normale ontwikkeling zijn hoofd even gemakkelijk naar links als naar rechts. Sommige baby's hebben een voorkeur voor één van beide kanten. Zo'n voorkeurshouding kan gevolgen hebben voor de rest van het lichaam: de motorische ontwikkeling verloopt asymmetrisch, de halsspier kan eenzijdig korter worden en de schedel kan aan de voorkeurskant afgeplat raken. Dit laatste kan leiden tot vervorming van het gelaat en tot fysieke en psychosociale problemen. Sinds bij zuigelingen rugligging wordt geadviseerd ter preventie van wiegendood, komt een afgeplat achterhoofd vaker voor. Deze afplatting kan weer leiden tot een voorkeurshouding.

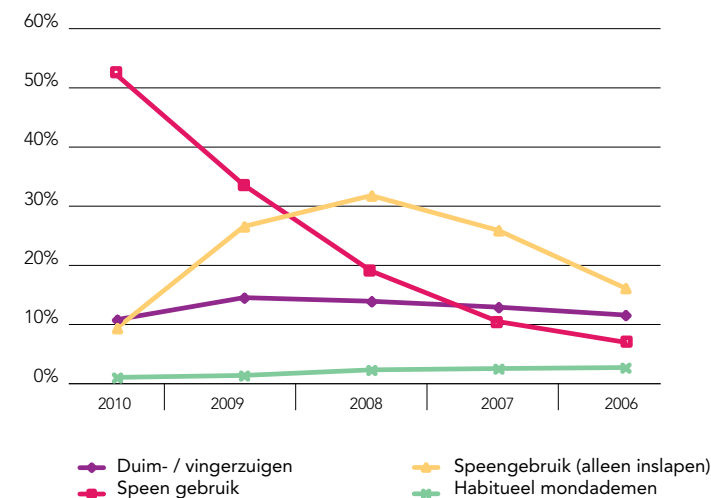
Het is belangrijk om op tijd in te grijpen, zodat de baby zich symmetrisch kan ontwikkelen. Ouders krijgen tijdens de intake al preventieve adviezen hoe een voorkeurshouding kan worden voorkomen en hoe men een lichte afwijking kan corrigeren. In 2010 registreerde de jeugdarts tijdens het 4 weken consult op het consultatiebureau bij 17% van de zuigelingen een voorkeurshouding. Bij een zeer uitgesproken of hardnekkige voorkeurshouding en/of vervorming van de schedel wordt het kind verwezen naar een kinderfysiotherapeut. De fysiotherapeut zal de baby stimuleren in de ontwikkeling van de niet-voorkeurskant en instructies aan de ouders geven over het oefenen met de baby. In de meeste gevallen corrigeert de voorkeurshouding zich. Dit blijkt ook uit de cijfers: tijdens het 2 maanden consult werd in 2010 nog bij 29,6% van de zuigelingen een voorkeurshouding geregistreerd, bij het 3 maanden consult was dit het geval bij 17,2%. Bij het 4 maanden consult was het percentage gedaald tot 14,5% en tijdens het 6 maanden consult tot 3,8%.

MONDGEZONDHEID

Langdurig duim- en/ of vingerzuigen of speengebruik is niet alleen slecht voor de stand van de tanden: het is ook niet goed voor de spraaktaal ontwikkeling. Door het sabbelen op duim of speen kan het kind onduidelijk gaan praten. Door het sabbelen kan ook de tongpunt slapper worden. Er kan dan een verkeerde tonghouding ontstaan. Hierdoor gaat het kind verkeerd slikken met zijn tong tussen de tanden. Het kind kan gaan slissen omdat bij het praten de tong tussen de tanden komt. Het is verstandig om duimen of speengebruik zo snel mogelijk af te leren. In 2010 kreeg 1 op de 2 zuigelingen geboren in 2010 een speen, 1 op de 10 zoog op duim en/of vingers. Het speengebruik neemt af bij het ouder worden, terwijl het duim- en vingerzuigen iets toeneemt. Bij de 4-jarigen (kinderen geboren in 2006) gebruikte in 2010 nog 6% de speen overdag en 15% alleen bij het inslapen. Een op de 10 zoog op duim of vingers. Het percentage duim- en/ of vingerzuigers neemt minder af dan het percentage speengebruikers in de verschillende leeftijdsgroepen.

Als kinderen hun mond open laten hangen, worden spieren van de lippen, tong en wangen slapper. Die spieren zijn belangrijk voor een goede ontwikkeling van het gebit, de kaken en het gehemelte. De mondspieren zijn ook belangrijk voor het praten. Als ze slap zijn, is een kind minder goed te verstaan. Als kinderen hun mond open laten hangen, zullen ze ook door hun mond ademen. In dat geval spreekt men van habitueel mondademen. Bij de kinderen geboren in 2010 werd dit afwijkend monddgedrag door de arts of wijkverpleegkundige niet geregistreerd. Bij de 1-2 jarigen had 1,3% van de kinderen afwijkend monddgedrag, bij de 2-3 jarigen 1,5% en bij de bijna 4 jarigen 1,7%. Het betreft dan niet alleen habitueel mondademen maar ook afwijkend slikken, afwijkende houding van de tong of gestoorde sensomotoriek, vaak in combinatie met speengebruik of duim- en/ of vingerzuigen.

Mondgedrag





2.2

Inschatten zorgbehoefte

Het inschatten van de zorgbehoefte van ouders/verzorgers gebeurt tijdens alle contactmomenten die een jeugdarts of wijkverpleegkundige heeft met de ouder/verzorger. Hierbij wordt onderzocht in welke mate de ouders en kinderen worden belast en of de ouders de opvoeding en verzorging van hun kind aankunnen. Daarnaast wordt ingeschat in welke mate ouders en kinderen behoefte hebben aan (extra) voorlichting, advies, instructie of zorgverlening. Alle ouders/verzorgers met kinderen krijgen standaard het uniforme deel van het Basistakenpakket aangeboden. Naar behoefte wordt er extra zorg verleend. Extra zorg valt deels onder het maatwerk van het Basistakenpakket en deels onder de aanvullende diensten van Jeugdgezondheidszorg Kennemerland. Deze zorg kan bestaan uit extra consulten op het consultatiebureau, bezoeken van het inlooppreekuur, verwijzing, toeleiding en/of verpleegkundige contactmomenten op het wijkgebouw of bij de ouder/verzorger thuis.

Bepalen ontvangen zorg

INTAKE

Bij alle ouders met een pasgeboren zuigeling maakt de wijkverpleegkundige rond de 14e dag na de geboorte een huisbezoek voor de zogenaamde intake. Deze intake bestaat uit een kennismakingsgesprek en een inventarisatie van achtergronden, risicofactoren, verwachtingen en wensen van ouders. Ook ouders met kinderen die later in Midden- of Zuid-Kennemerland zijn komen wonen, krijgen zo'n kennismakingsgesprek aangeboden. In 2010 zijn 4.077 intakes bij pasgeboren zuigelingen en 572 bij kinderen die nieuw in het werkgebied zijn komen wonen, gehouden.

STANDAARD CONSULTEN

Onderstaande tabel geeft het aantal gehouden consultatiebureau-zittingen en het aantal gegeven consulten aan in 2010. Het aantal consulten dat door de arts is gegeven is hoger dan het aantal consulten gegeven door de wijkverpleegkundigen, omdat een kind standaard één consult bij de arts meer aangeboden krijgt.

In tabel 13 in de bijlage, is per consultatiebureau het aantal zittingen en consulten weergegeven. Het aantal zittingen en consulten kan niet per gemeente worden weergegeven, omdat ouders wonend binnen het werkgebied van Jeugdgezondheidszorg Kennemerland vrij zijn om te kiezen van welk consultatiebureau zij gebruik willen maken. Ook wordt in de kleine gemeenten geen 'eigen' consultatiebureau georganiseerd in verband met het kleine aantal 0-4 jarigen.

Activiteit	Arts	Wijkverpleegkundige
Zittingen	3149	2992
Consulten	29351	25292

In 2010 zijn ook 75 avondbureaus gehouden.

EXTRA ZORG

Naar aanleiding van signalen of zorgen (van de ouder zelf, de jeugdarts, wijkverpleegkundige of een ketenpartner) wordt extra zorg verleend door het consultatiebureauteam. Deze zorg kan bestaan uit extra consulten op het consultatiebureau of op het inlooppreekuur, verwijzingen, opvoedingsondersteuning door de wijkverpleegkundige, maar ook overdracht van het dossier aan een andere JGZ -organisatie en/of contacten met andere zorgverleners.





EXTRA CONSULTEN OP HET CONSULTATIEBUREAU

In 2010 zijn 4.011 extra consulten op het consultatiebureau gegeven. Onderstaande tabel geeft de extra consulten per geboortecohort van het kind, die afgesproken zijn tijdens het reguliere consult op het consultatiebureau.

Geboortjaar	2010	2009	2008	2007	2006
Extra consult arts	73	237	306	459	341
Extra consult wv	86	199	1.066	785	152

Rond de leeftijd van 2,5 jaar wordt er regelmatig een extra consult door de wijkverpleegkundige gegeven in verband met overgewicht, taal ontwikkeling en fasenproblematiek.

INLOOESPREEKUR

Op elke locatie waar consultatiebureau wordt gehouden, kunnen ouders ook één- of tweemaal per week zonder afspraak binnen lopen tijdens het inloospreekuur. Jeugdartsen en wijkverpleegkundigen verwijzen eveneens naar dit spreekuur, bijvoorbeeld in verband met een extra controle van het gewicht van het kind of om een uitgestelde vaccinatie in te halen. In 2010 werd op deze manier 2.648 maal verwezen naar een inloospreekuur.

VERPLEEGKUNDIGE ZORG OP MAAT

Bij vragen over de opvoeding, bij gesignaleerde problemen of bij risicovolle situaties maakt de wijkverpleegkundige een afspraak voor een gesprek met de ouder(s). Een gesprek wordt ook aangeboden naar aanleiding van signalen of zorgen van derden, bijvoorbeeld de leidster van een peuterspeelzaal. Dit gesprek kan plaatsvinden op het consultatiebureau of bij de ouder(s) thuis. Het doel van dit gesprek is om tot een goede probleemanalyse te komen, de verhouding draagkracht en draaglast van de ouder(s) en het gezin in te schatten en zicht te krijgen op de behoefte van de ouders aan advies, voorlichting en begeleiding. Tevens wordt geïnventariseerd welke zorg al aanwezig is in het gezin en welke vorm van zorg gewenst en/of nodig is. Met de ouders wordt zo nodig een plan van aanpak opgesteld. Als het om lichte opvoedingsondersteuning gaat, wordt dit vanuit Jeugdgezondheidszorg Kennemerland aangeboden in de vorm van opvoedingsondersteuning door

de wijkverpleegkundige, kortdurende Video home training of begeleiding door de (ortho)pedagoog. Naar aanleiding van signalen tijdens de consulten op het consultatiebureau in 2010 zijn 1.804 huisbezoeken voor probleemverheldering door de wijkverpleegkundigen afgelegd.

VERWIJZINGEN

Vroegtijdige opsporing van (aangeboren) aandoeningen, gezondheidsbedreigingen en risicovolle opvoedingsituaties is een belangrijke taak van de jeugdgezondheidszorg. Bij afwijkende bevindingen worden kinderen verwezen naar andere zorgverleners. Dit gebeurt niet alleen bij lichamelijke en/of ontwikkelingsproblemen, maar ook bij sociaal maatschappelijke problematiek. In 2010 werden 2.663 consulten (4,9% van alle consulten) afgesloten met een verwijzing door de arts of de wijkverpleegkundige.

Een verwijzing kan echter ook plaatsvinden naar aanleiding van een telefonisch contact met de ouder, of de begeleiding door de wijkverpleegkundige. Het totaal aantal verwijzingen was 3.680 en betrof 3.298 kinderen. Sommige kinderen werden meerdere malen -om verschillende redenen- verwezen. De reden voor een verwijzing is divers: te denken valt aan aanvragen voor nader onderzoek bij bijvoorbeeld een vermoeden van een aangeboren afwijking (heupen, hart) of een afwijkende groei, maar ook aan een verwijzing naar Jeugdriagg of Bureau Jeugdzorg voor geïndiceerde jeugdzorg. De redenen voor de verwijzingen staan in tabel 14 in de bijlage.

Bij 60% van de verwijzingen staat geregistreerd naar welke instelling of hulpverlener de arts het kind heeft verwezen. In 2010 zijn de jeugdartsen gestart met rechtstreeks verwijzen naar bepaalde specialisten, zoals audiologisch centrum (3,5%), oogheelkundig team (oogarts en orthoptist, 26%), orthopeed (4,7%), kinderarts (7,9%) en de heuppoli van het Spaarne Ziekenhuis (5,2%). Het aantal verwijzingen van de jeugdarts naar de huisarts is daardoor verminderd (22% in 2010 tegenover 52% in 2009). De jeugdarts verwijst ook rechtstreeks naar paramedici zoals (kinder)fysiotherapeut (14%), logopedist (3%) en diëtist (1,6%). Andere instellingen waarnaar verwezen werd, waren o.a. Bureau Jeugdzorg, Jeugdriagg, Maatschappelijk Werk, MEE, Stottercentrum, tandarts en GGZ.



SOCIAAL MEDISCHE INDICATIE

Het consultatiebureauteam verwijst peuters met een sociaal medische indicatie (SMI) voor kinderopvang naar een peuterspeelzaal of kinderdagverblijf. In 2010 is 44 maal op grond van zo'n indicatie door de jeugdarts verwezen.

OVERDRACHT

Wanneer een kind 4 jaar is, wordt het dossier met toestemming van de ouders overgedragen aan de jeugdgezondheidszorg 4-19. In 2010 is bij deze overdracht 558 maal door ons CB-team een vervroegd consult aangevraagd bij de jeugdgezondheidszorg 4-19. De reden voor het vervroegde consult was in de meeste gevallen een combinatie van problemen of signalen op het gebied van de ogen (gezichtscherpte), gehoor en spraaktaalontwikkeling, lengte, (over)gewicht, sociaal emotionele ontwikkeling en risicofactoren (multi-probleem gezin). Bij 64 kinderen vond een zogenaamde 'warme overdracht' van het kind plaats, dat wil zeggen dat de arts of wijkverpleegkundige de overdracht mondeling toelichtte aan de collega van jeugdgezondheidszorg 4-19. Deze toename van het aantal 'warme overdrachten' ten opzichte van 2009 weerspiegelt de goede samenwerking tussen professionals van de beide JGZ instellingen.

Bij 20 kinderen werd ook informatie overgedragen aan de intern begeleider van de school. Bij verhuizing van een kind buiten het werkgebied van Jeugdgezondheidszorg Kennemerland wordt het dossier van het kind overgedragen aan de instelling die de jeugdgezondheidszorg uitvoert in de nieuwe woonplaats. 'Warme overdracht' vond hierbij 26 maal plaats.

Bepalen risicogroepen en risicogroepgerichte zorg

Een risicogroep is een deel van de populatie, waarbij is vastgesteld dat een risicofactor of een combinatie van risicofactoren aanwezig is. Iedere risicofactor kan leiden tot een verhoogde kans op gezondheidsschade. Deze informatie kan gebruikt worden bij het bepalen van preventief (jeugd) beleid, zoals doelgroepgerichte zorg en voorlichting. Jeugdgezondheidszorg Kennemerland biedt ouders van kinderen die tot een bepaalde risicogroep behoren extra zorg aan.

VOOR- EN VROEGSCHOOLSE EDUCATIE

Kinderen van ouders met een lage opleiding hebben recht op Voor- en Vroegschoolse Educatie (VVE) en vallen derhalve in de VVE doelgroep. Van elk kind wordt de opleiding van de ouder(s) geregistreerd in het DD JGZ. Hierdoor is het mogelijk om in een vroeg stadium te bepalen of een kind tot de VVE-doelgroep behoort. De wijkverpleegkundige zal bij deze doelgroepkinderen naast de algemene voorlichting over het belang van voorschoolse voorzieningen (m.n. peuterspeelzaal), deze ouder informeren over VVE en de peuterspeelzalen (PSZ) die met deze programma's werken. Met de peuterspeelzalen en in de meeste gemeenten ook met de kinderdagverblijven, zijn afspraken gemaakt over het verwijzen van deze kinderen. Ouders die op het consultatiebureau al aangeven gebruik te willen maken van het VVE aanbod, worden direct verwezen naar een VVE-PSZ. De wijkverpleegkundige stuurt een verwijfsformulier naar de coördinator van de peuterspeelzalen die vervolgens contact met de ouders opneemt. Met ouders die nog geen keuze gemaakt hebben maakt de wijkverpleegkundige een aparte afspraak om het belang van VVE nogmaals te bespreken. Dit kan tijdens een (extra) consult op het consultatiebureau of door middel van een huisbezoek. In dit geval spreken we van toeleiden.

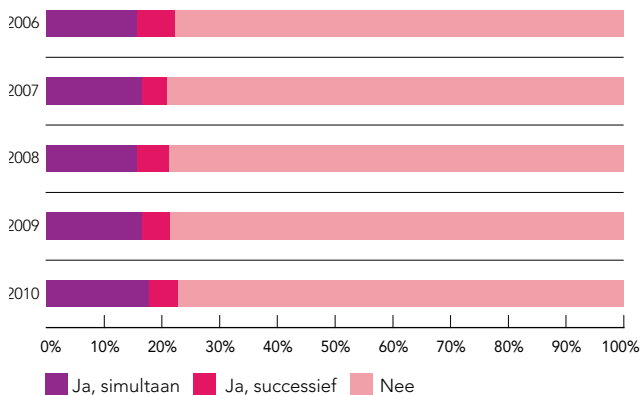
Ook kinderen met een (dreigende) spraak-/taalachterstand van het Nederlands komen in aanmerking voor het speciale VVE programma en worden door het consultatiebureauteam hiernaar verwezen of toegeleid. In 2010 zijn 172 kinderen verwezen en 314 toegeleid. Tijdens de peuterconsulten (op de leeftijd van 2 en 3 jaar en 3 jaar 9 maanden) registreert de arts of de wijkverpleegkundige of een kind deelneemt aan VVE. In 2010 werd dit bij 658 peuters (2-4 jarigen) geregistreerd. Dit zijn minder kinderen dan het werkelijke aantal dat deelneemt aan VVE, omdat de registratie op het consultatiebureau slechts op bepaalde leeftijden plaatsvindt. Een kind dat 2 jaar oud is gaat nog niet naar een VVE-PSZ, maar mogelijk wel als hij 2,5 jaar is. Dit wordt pas geregistreerd tijdens het consult van 3 jaar. Een andere oorzaak voor het verschil in cijfers over deelname aan VVE tussen jeugdgezondheidszorg en peuterspeelzaal, is het feit dat niet alle ouders weten of hun kind deelneemt aan het speciale VVE-programma.



MEERTALIG OPVOEDEN

Uit onderzoeken blijkt dat de andere (niet-Nederlandse) taal van een kind vaak wordt beschouwd als een handicap voor het leren van het Nederlands, terwijl de ontwikkeling van de moedertaal juist erg belangrijk is bij het verwerven van het Nederlands. Alle kinderen kunnen in principe zonder problemen twee of meer talen naast elkaar verwerven. Er zijn wel factoren aan te wijzen, die van invloed zijn op het al dan niet succesvol verlopen van de meertalige ontwikkeling. Naast persoonlijke eigenschappen, speelt de omgeving daarin een belangrijke rol. Wanneer het kind zich veilig voelt, gemotiveerd wordt om beide (of meer) talen te gebruiken, wanneer de talen een gelijke status hebben en wanneer er voldoende interactie is in alle talen, zullen de talen zich goed ontwikkelen. De talen kunnen elkaar daarbij ook versterken. Een positieve houding ten opzichte van de niet-Nederlandse taal is gunstig voor de ontwikkeling van beide talen. In het werkgebied van Jeugdgezondheidszorg Kennemerland geeft zo'n 22% van de ouders aan zijn kind meertalig op te voeden.

Meertalig opvoeden



Bovenstaande grafiek laat het percentage ouders zien dat aangeeft hun kind meertalig op te voeden, per geboortjaar van het kind. In de registratie van meertalig opvoeden onderscheiden we simultaan (een aanbod van meer dan één taal tegelijkertijd) en successief (aanbod van talen na elkaar; eerst de moedertaal en later de andere taal). Bij kinderen die meertalig worden opgevoed, wordt de taalachterstand in het Nederlands vaak veroorzaakt doordat het kind weinig met de Nederlandse taal wordt geconfronteerd.

Kinderen die successief meertalig worden opgevoed krijgen bovendien het Nederlands soms pas laat aangeboden.

Taalverwerving bij kinderen die meertalig worden opgevoed kan een lager tempo hebben dan de taalverwerving bij kinderen die alleen in het Nederlands worden aangesproken. Bij deze groep kinderen is het belangrijk om ouders voor te lichten over het belang van VVE-programma's en andere voorschoolse voorzieningen. In 2010 hebben de wijkverpleegkundigen in verband met voorlichting, advies en ondersteuning van de meertalige opvoeding van een kind 194 maal contact met ouders gehad (telefonisch of door middel van huisbezoek).

Zie ook tabel 15 'Meertalig opvoeden kinderen geboren in 2010' in de bijlage

PRE- EN DYSMATURE KINDEREN

Als een kind geboren wordt na een zwangerschap van minder dan 37 weken, spreekt men van vroeggeboorte (prematuriteit). Dit komt in 7 à 8% van de gevallen voor. In 2010 werd 5,8% van de zuigelingen in zorg bij Jeugdgezondheidszorg Kennemerland, geboren na een zwangerschapsduur van minder dan 37 weken. Dit percentage ligt lager dan de landelijke cijfers. Dit komt omdat kinderen met extreme prematuriteit in het eerste levensjaar (en soms langer) onder controle blijven bij de kinderarts (neonatoloog) en het consultatiebureau (nog) niet bezoeken. In 2010 zijn er 97 huisbezoeken (33 kinderen) in het kader van vroeggeboorte afgelegd.

Van de zuigelingen die in 2010 na een zwangerschapsduur van 37 weken of meer zijn geboren en in zorg zijn bij Jeugdgezondheidszorg Kennemerland had 1,7% een lager geboortegewicht dan gezien de duur van de zwangerschap verwacht mocht worden (dysmatuur). De percentages prematuriteit en dysmatuuriteit zijn hetzelfde als in de afgelopen jaren.

ADOPTIEKINDEREN

Kinderen die worden geadopteerd hebben meestal een slechte start achter de rug. Mede hierdoor lopen ze een grotere kans op lichamelijke aandoeningen, achterstanden in bescherming door vaccinaties en emotionele en psychosociale problemen. De groep adoptiekinderen is in vergelijking tot andere groepen klein. De registratie risicogroepgerichte zorg voor deze doelgroep laat zien dat 6 ouders zijn begeleid.

MEISJESBESNIJDENIS EN RISICOTAXATIE

Om meisjesbesnijdenis te bespreken met ouders en op deze manier een preventieve rol uit te voeren heeft de jeugdgezondheidszorg het gesprekprotocol en stappenplan meisjesbesnijdenis tot haar beschikking. In 2010 zijn er 32 meisjes geboren waarvan de moeder en/ of de vader afkomstig is uit een land waar meisjesbesnijdenis wordt gepraktiseerd. De wijkverpleegkundige heeft tijdens de intake of in een vervolgesprek met de ouder(s) meisjesbesnijdenis besproken. Zij heeft het risico op besnijdenis ingeschat en dit geregistreerd in het DD JGZ; bij 27 meisjes was geen risico, bij 1 meisje bestond twijfel over het risico en bij 2 meisjes stond geregistreerd dat er een risico aanwezig was. Bij 2 meisjes was de registratie nog niet ingevuld, omdat het meisje net is geboren of pas in het werkgebied is komen wonen. Bij de 3 meisjes waar naar het oordeel van de wijkverpleegkundige een (twijfelachtig) risico aanwezig was, staan vervolgesprekken met de ouder(s) gepland.

OUDERS DIE IN AANMERKING KOMEN VOOR STEVIG OUDERSCHAP

Alle ouders krijgen tijdens het huisbezoek in verband met de hielpruk en neonatale gehoorscreening de vragenlijst Stevig Ouderschap. Zij krijgen daarbij ook een folder waarin het programma wordt uitgelegd. Ouders worden gevraagd of ze het ingevulde formulier in de bijgeleverde antwoordenvolp willen terugsturen. De wijkverpleegkundige informeert de ouders desgewenst nogmaals over het programma tijdens het intakegesprek en helpt zo nodig om de vragenlijst in te vullen. De ontvangst van het formulier wordt aangetekend in het DD JGZ. In 2010 zijn er 3.568 vragenlijsten uitgedeeld. Daarvan zijn er 2.053 ingevuld retour ontvangen, 1.138 ouders hebben de vragenlijst leeg of niet ingeleverd, 13 ouders hebben de vragenlijst niet geretourneerd omdat zij zijn verhuisd en 364 ouders hebben de vragenlijst eind 2010 ontvangen en kunnen de vragenlijst nog inleveren. Dit is een respons van 64,1%.

Aan de hand van de ingevulde vragenlijst wordt vastgesteld of een gezin in aanmerking komt voor deelname aan het programma Stevig Ouderschap. Ouders kunnen ook deelnemen op advies van de wijkverpleegkundige. Geselecteerde gezinnen worden een ondersteuningsprogramma aangeboden, bestaande



uit 6 huisbezoeken door een specifiek hiervoor opgeleide wijkverpleegkundige (interventieverpleegkundige). Dit aanbod start in principe 6 weken na de geboorte van het betreffende kind en loopt door tot minimaal 18 maanden. Bij zwaarwegende motivatie kunnen extra bezoeken worden afgelegd (maximaal 10 totaal). Spreiding van de bezoeken vindt plaats in overleg met de ouders, richtlijn hiervoor is 6 weken, 3 maanden, 6 maanden, 9 maanden, 12 maanden en 18 maanden. Tussentijds telefonisch contact wordt aangemoedigd. Huisbezoeken duren circa 100 minuten.

Het percentage ouders dat in aanmerking kwam in 2010 was 11,8%. Dit selectie percentage is berekend over het aantal geretourneerde en ingevulde vragenlijsten.

Wanneer de interventieverpleegkundige heeft doorgekregen dat een gezin in aanmerking komt voor Stevig Ouderschap, legt zij telefonisch contact met de ouder(s). Zij biedt het programma aan en geeft aanvullende informatie. Wanneer ouders twijfel hebben over de deelname wordt er een kennismakingsbezoek afgelegd om de drempel te verlagen. Ouders besluiten daarna over uiteindelijke deelname.

Van de ouders die in aanmerking kwamen in 2010 is 61,7% met het programma gestart. Het deelname percentage is berekend over het aantal geselecteerde gezinnen. Bij zo'n 8% van de gezinnen blijkt in het eerste gesprek met de wijkverpleegkundige dat de ouders toch niet tot de doelgroep voor Stevig Ouderschap behoren. In 2010 gaf 22% van de ouders aan niet mee te willen doen aan het programma en zag 5,8% van de ouders af van deelname omdat het gezin al hulpverlening krijgt.



In onderstaande tabel worden de respons-, selectie- en deelnamepercentages vergeleken met de landelijke cijfers uit 2008. In 2011 worden nieuwe landelijke cijfers gepubliceerd.

	Landelijk	JGZ Kennemerland
Response	58,4%	64,1%
Selectie	12,2%	11,8%
Deelname	68,8%	61,7%

In 2010 werden in het kader van Stevig Ouderschap huisbezoeken afgelegd bij ouders van kinderen geboren in 2007, 2008 en 2009. In totaal 844 huisbezoeken bij 334 kinderen.

Het laatste huisbezoek in het kader van Stevig Ouderschap wordt afgelegd als het kind rond de 18 maanden oud is. Aan het eind van het programma registreert de interventieverpleegkundige een samenvatting in het DD JGZ en krijgen ouders een evaluatieformulier. Uit de samenvatting blijkt dat de aard van de problematiek in de meeste gevallen in de persoonlijke omstandigheden van de moeder ligt of in de voorgeschiedenis van de ouder. Daarnaast spelen onzekerheid over het ouderschap en ontbreken van sociale en/of relationele steun een rol.

Eén op de tien ouders werd tijdens de uitvoering of na het beëindigen van het SO programma verwezen naar hulpverlening, zoals Jeugdriagg, Bureau Jeugdzorg, GGZ voor volwassenen, Maatschappelijk werk, Thuisbegeleiding, Home Start of Tien voor Toekomst.

De ouders gaven de diverse aspecten van de huisbezoeken (persoonlijke ondersteuning, de extra tijd en aandacht, aansluiting bij wat gezin nodig had, gegeven adviezen en informatie, contact met de verpleegkundige) als gemiddeld rapport cijfer een 8. Enkele reacties van ouders: "de huisbezoeken waren ontzettend fijn en gezellig", "bedank, voor extra steuntje in rug om juiste stappen te ondernemen", "wij vonden het erg fijn, iemand te hebben voor vragen etc. fijn kunnen praten, aanrader voor andere ouders die dit nodig hebben, bedankt", "ik wil wijkverpleegkundige bedanken voor haar gesprekken, zij heeft mij een goed steuntje in de rug gegeven", "in eerste instantie geschokt dat ik was uitgenodigd (doe ik iets verkeerd), maar was er erg blij mee", "positief en hulpzaam is dat de bezoeken thuis in gezinssituatie plaats vinden".



2.3

Screeningen en vaccinaties

Binnen de JGZ wordt een aantal screeningen uitgevoerd. Een screening is een bevolkingsonderzoek, dat volgens een (min of meer) gestandaardiseerde onderzoeksmethodiek wordt uitgevoerd en is gericht op de vroegtijdige opsporing van een aantal specifieke ziektes en afwijkingen of de voorstadia daarvan. Onder deze opsporingsactiviteiten vallen de uitvoering van het landelijke screeningsprogramma op aangeboren (stofwisselings)ziekten, middels de zogenaamde hielprik, en de neonatale gehoorscreening. De overige screeningen worden uitgevoerd tijdens de consulten op het consultatiebureau (screening op oogafwijkingen, aangeboren hartafwijkingen, heupafwijkingen, niet ingedaalde testikels en spraaktaalstoornissen).

Neonatale screeningen

HIELPRIK

In de eerste week na de geboorte wordt een beetje bloed uit de hiel van de pasgeboren baby onderzocht op een aantal zeldzame, maar ernstige aandoeningen. Deze aandoeningen zijn niet te genezen maar wel goed te behandelen, bijvoorbeeld met medicijnen of een dieet. Tijdige opsporing van deze aandoeningen kan zeer ernstige schade aan de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling voorkomen. Het bloed van de hielprik wordt onderzocht op 17 verschillende aandoeningen. Het gaat om een aandoening van de schildklier en de bijnier, een bloedziekte (sikkelcelziekte) en een aantal stofwisselingsziekten. De meesten daarvan zijn erfelijk. Door de tijdige tests kunnen de opgespoorde kinderen snel worden verwezen voor verdere diagnostiek en behandeling. Jeugdgezondheidszorg Kennemerland voerde in 2010 bij bijna 83% van de zuigelingen de hielprik uit; 5 ouders gaven geen toestemming voor het uitvoeren van de hielprik en de rest van de kinderen onderging de hielprik in het ziekenhuis of elders. De hielprik werd bij 97,8% van de zuigelingen op tijd (dat wil

zeggen op de 4e tot 8e dag na de geboorte) uitgevoerd. Bij 35 kinderen werd een 2e hielprik gedaan in verband met een dubieuze uitslag van het eerste bloedonderzoek of omdat er de eerste keer niet voldoende bloed was afgenomen.

NEONATALE GEHOORSCREENING

Alle kinderen die in Nederland geboren worden, of voor de leeftijd van 6 weken in Nederland komen wonen, worden op aangeboren slechthorendheid getest door middel van de neonatale gehoorscreening (OAE screening). Voor kinderen die langer dan 24 uur op een Neonatale Intensive Care Unit (NICU) hebben gelegen is een apart screeningsprogramma. Deze kinderen lopen namelijk een groter risico op gehoorproblemen dan gezonde baby's. Per jaar worden ongeveer 200 kinderen met een aangeboren dubbelzijdig gehoorverlies geboren. Hiervan is ongeveer één derde deel afkomstig uit de NICU populatie. Kinderen met aangeboren gehoorverliezen waarbij de begeleiding is gestart voor de leeftijd van zes maanden, hebben een betere taalontwikkeling dan kinderen bij wie het gehoorverlies op latere leeftijd is ontdekt.





De deelname aan de neonatale gehoorscreening bij onze organisatie was in 2010 ook weer bijna 100%: (3 ouders zagen er vanaf). Screeningen die elders werden verricht: 69 kinderen kregen meteen na de geboorte een gehoortest in het ziekenhuis (NICU), 15 kinderen kwamen meteen in aanmerking voor een andere gehoortest, 18 kinderen verhuisden voordat de screening was verricht, en 23 kinderen zijn buiten ons werkgebied gescreend. Door onze medewerkers zijn in 2010 3.985 screeningen verricht. 95% van de kinderen scoorde voldoende op de 1e test.

Bij een onvoldoende score aan één of beide oren wordt de test na ongeveer 5 dagen herhaald. Er zijn 198 2e testen uitgevoerd in 2010. Indien ook het resultaat van de 2e test onvoldoende is (in 2010 bij 69 kinderen) wordt er ongeveer een week later een 3e test uitgevoerd. Bij deze 3e test wordt een andere methode gebruikt (A-ABR screening). Kinderen die op deze 3e test onvoldoende scores worden verwezen naar een audiologisch centrum voor uitgebreider onderzoek. In 2010 zijn 12 kinderen verwezen naar een audiologisch centrum: 2 van deze kinderen bleken bij nader onderzoek een zeer ernstig tweezijdig perceptief gehoorverlies te hebben; 2 kinderen hebben een éénzijdig (matig) perceptief gehoorverlies; 1 kind een tweezijdig matig perceptief gehoorverlies en bij 3 kinderen was er sprake van een normaal gehoor maar minder horen door geleidingsverlies en 1 kind had een normaal gehoor. Bij 3 kinderen is de uitslag van het onderzoek nog niet bekend. Zowel wat de deelnamepercentages als het tijdsplan betreft in de drie screeningsrondes voldoet Jeugdgezondheidszorg Kennemerland aan de kwaliteitseisen die landelijk gesteld worden aan deze screening.

Overige screeningen

OOGAFWIJKINGEN

Op het consultatiebureau wordt de gezichtscherpte van een kind gemeten door middel van de visustest. Hiervoor wordt de zogenaamde Amsterdamse Plaatjeskaart gebruikt. Het afnemen van deze test kan vanaf de leeftijd van 3 jaar; de meeste kinderen kunnen de plaatjes dan herkennen en benoemen. De meest voorkomende stoornissen op jonge leeftijd zijn strabisme (scheelzien) en refractiestoornissen. Beiden kunnen leiden tot het ontwikkelen van amblyopie (lui oog). Er zijn aanwijzingen dat de behandeling van amblyopie effectiever is naarmate de amblyopie minder lang bestaat. In de literatuur wordt het voorkomen van amblyopie gesteld op 2-5%.

In 2010 kregen 3.919 kinderen het standaard 3 jaar consult. Bij 95% van deze kinderen werd de visustest tijdens dit consult afgenomen. Als een kind al onder behandeling van een orthoptist of oogarts is, neemt de arts geen visustest af. Het komt ook voor dat er tijdens het consult andere problematiek speelt, zodat de arts of wijkverpleegkundige een consult op indicatie afspreekt voor het afnemen van deze test. In 2010 is het nieuwe landelijke visusprotocol geïmplementeerd. Door de bijscholing en het toepassen van de strengere beoordeling scoorden meer 3 jarigen dan in 2009 onvoldoende of twijfelachtig. Zo'n 69% van de 3 jarigen waarbij de test afgenomen werd scoorde voldoende; 7,7% onvoldoende en bij 23,5% had de test een twijfelachtige uitkomst. Bij zo'n 10% van de 3 jarigen was het niet mogelijk om de visustest af te nemen. De meest voorkomende reden was dat het kind niet mee wilde werken, maar ook het (nog) niet kunnen benoemen van de plaatjes deed de test in deze gevallen vaak mislukken. Deze kinderen vallen onder de twijfelachtige uitslag. Kinderen met een onvoldoende uitslag worden verwezen. Bij kinderen met een twijfelachtig uitslag wordt de test op korte termijn herhaald. Is de uitslag de tweede keer weer twijfelachtig dan volgt een verwijzing.

Tijdens het consult van 3 jaar 9 maanden voert de wijkverpleegkundige de visustest nogmaals uit. In 2010 kregen 3.924 kinderen een consult rond deze leeftijd en 89% van de kinderen deed mee aan de test. Redenen voor het niet afnemen van de test op deze leeftijd waren: onder controle van orthoptist of oogarts (bijna de helft van de kinderen waarbij de test niet afgenomen is), uitstel van de test in verband met problematiek of omdat de test kortgeleden al was afgenomen tijdens een extra consult of op het inloopspreekuur. Van de bijna 4 jarigen had 80% een voldoende, 14,5% een onvoldoende en 6,2% een twijfelachtige uitslag. Het percentage kinderen dat op deze leeftijd niet coöperatief was en daardoor onvoldoende scoorde, lag op 3,5%. In 2010 zijn 647 kinderen verwezen in verband met een onvoldoende visustest. Vanwege het grotere aantal verwijzingen is er in 2010 onderzoek gestart om na te gaan of deze verwijzingen terecht zijn. In dit kader is overlegd met de oogartsen en orthoptisten in de regio.

HEUPAFWIJKINGEN

Dysplastische heupontwikkeling (DHO) komt in de groep zuigelingen in de leeftijd van 6 maanden bij 3,7% voor. Onder DHO vallen de volgende aandoeningen: geluxeerde heup, luxeerbare of instabiele heup, sublaxatie van de heup en heupdysplasie. Een belaste familieanamnese in de 1e of 2e graad en stuitligging in het laatste trimester van de zwangerschap verhogen het risico op een DHO. Vroege diagnose en behandeling van heupafwijkingen is belangrijk voor prognose en eindresultaat van de behandeling. De opsporing van DHO gebeurt door standaard onderzoek van de heupen door de arts. Van de kinderen geboren in 2010 zijn 909 zuigelingen door de jeugdarts verwezen; 75 kinderen hadden al een afspraak voor een echografisch heuponderzoek. Van zo'n 40% van de verwezen kinderen staat op 31-12-2010 de uitslag van het onderzoek in het DD JGZ. De huisarts heeft deze kinderen op verzoek van de jeugdarts doorverwezen of de jeugdarts heeft zelf rechtstreeks verwezen voor onderzoek in het ziekenhuis. Bij 2 kinderen was de huisarts het niet eens met de verwijzing en 1 ouder was niet gemotiveerd om de verwijzing op te volgen. Van 342 kinderen waarvan de uitslag van het onderzoek bekend is op 31-12-2010: bij 325 kinderen werd geen afwijking aan de heupen geconstateerd; bij 15 werd een heupdysplasie geconstateerd en bij 2 kinderen gaf het onderzoek een twijfelachtige uitslag.

De behandeling van de 15 kinderen bestaat uit een spreidbroek. De kinderen met twijfelachtige uitslag komen voor controle bij de orthopeed.

NIET-INGEDAALDE TESTIKELS

Tijdens het eerste consult op het consultatiebureau voert de jeugdarts bij alle jongens een gestandaardiseerd onderzoek uit naar de ligging van de testikels. Een niet-ingedaalde testikel kan aangeboren zijn, maar de testikel kan ook 'opstijgen' op basisschoolleeftijd. Bij niet-ingedaalde testikels is er op langere termijn grotere kans op infertiliteit en maligniteit. Het registreren of de testikels volledig zijn ingedaald kan onnodige ongerustheid of operaties voorkomen, wanneer op basisschoolleeftijd de testikels bij onderzoek niet te vinden zijn. Niet-ingedaalde testikels komt voor bij 6% van alle pasgeboren jongetjes. Op de leeftijd van 3 maanden is dit afgenomen tot 1,6%. Bij de groep jongens geboren tussen 1-6-2009 en 1-6-2010 registreerde de arts tijdens het 4 weken consult dat bij 38 jongens (1,9%) één of beide testikels niet goed waren ingedaald. Op de leeftijd van 6 maanden was dit nog bij 13 jongens (0,7%) het geval. De jongens die nog niet onder behandeling van kinderarts/uroloog waren, zijn door de jeugdarts verwezen.

SPRAAKTAALSTOORNISSEN

Een kind heeft een spraak- en/of taalstoornis als de spraak, het taalbegrip en of de taalproductie zich in vergelijking tot leeftijdsgenootjes langzamer of anders ontwikkelt. Op basis van uitgebreid literatuuronderzoek wordt het voorkomen van taalontwikkelingsstoornissen bij kinderen op 3 à 4 jarige leeftijd zeer globaal op 5% geschat. Taalontwikkelingsstoornissen zijn daarmee de meest voorkomende ontwikkelingsstoornissen die een professional in de jeugdgezondheidszorg ziet. De achterstand in spraaktaalontwikkeling heeft gevolgen met name voor het gedrag en de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind. Voor het aanleren van taal geldt een kritische leeftijd tot 4 jaar. Later starten met behandeling heeft vaak een slecht resultaat. Uit onderzoek blijkt dat vroegtijdige signalering (op de leeftijd van 24 maanden) op 8 jarige leeftijd een reductie van 30% in het speciaal onderwijs geeft. In 2009 is Jeugdgezondheidszorg Kennemerland gestart met 'Een uniforme signalering van een vermoeden van een taalachterstand en een uniform follow up beleid'.

Deze richtlijn is in 2007 opgesteld door een breed platform van deskundigen uit jeugdgezondheidszorg, wetenschap en ouders. Volgens deze richtlijn wordt tijdens het consult op de leeftijd van 24 maanden het VTO taal 2-jarigen instrument (van de Nederlandse Stichting voor het Dove en Slechthorende Kind, NSDSK) door de arts afgenomen. Het instrument wordt zowel voor het Nederlands als voor de moedertaal van het kind gebruikt.

In 2010 is bij 3.389 kinderen tijdens het 2 jaar consult de taalontwikkeling met behulp van het VTO taal signaleringsinstrument beoordeeld: 76 kinderen (2,2%) scoorden 'onvoldoende' en 376 (11%) 'net voldoende'. De jeugdartsen verwezen 66 kinderen met onvoldoende score naar het multidisciplinaire spraak/taal team van het audiologisch centrum; 1 kind was al onder behandeling van een kinderarts, 2 kinderen waren nog maar kort in Nederland en bij 7 kinderen wilde de jeugdarts eerst een nadere analyse van de taalomgeving van het kind. Twaalf ouders volgden de verwijzing niet op. Het vervolg voor een kind dat 'net voldoende' scoort, is dat de wijkverpleegkundige tijdens een gesprek met de ouder de taalomgeving van een kind in kaart brengt, zo nodig verwijst (VVE) en/of begeleidt (advisering, voorlichting over stimuleren van spraaktaalontwikkeling). Op de leeftijd van 2,5 jaar wordt het kind conform de richtlijnen weer getest op zijn spraaktaalontwikkeling.



Vaccinaties

VACCINATIE VOLGENS RVP

Het uitvoeren van het Rijksvaccinatieprogramma is een kerntaak van de jeugdgezondheidszorg. Op het consultatiebureau worden kinderen gevaccineerd tegen difterie, kinkhoest, tetanus, kinderverlamming (polio) (samen DKTP), influenza type B (Hib), infecties veroorzaakt door pneumokokken (Pneu), bof, mazelen, rode hond (samen BMR) en meningitis veroorzaakt door meningokokken C (MenC).

VACCINATIEGRAAD

Voor een optimale bescherming van de bevolking streeft Jeugdgezondheidszorg Kennemerland naar een zo'n hoog mogelijke vaccinatiegraad in haar werkgebied. De Wereldgezondheidsorganisatie stelt voor de vaccinatiegraad de norm van 90%. Het RIVM levert de cijfers over de vaccinatiegraad. Landelijk gezien lagen de gemiddelde vaccinatiepercentages voor alle vaccinaties uit het Rijksvaccinatieprogramma in 2010 ruim boven deze norm van 90%. Voor zuigelingen was het percentage voor BMR en meningokokken C 96%, DKTP en Hib 95% en voor pneumokokken 94%. Ook in Midden- en Zuid-Kennemerland ligt het gemiddelde voor de DKTP, Hib, Pneumokokken, meningokokken C en BMR boven de 90%. Bij 5 gemeenten ligt de vaccinatiegraad voor de DKTP 4 jarigen onder de 90%, in 2009 was dit het geval in 3 gemeenten. Nader onderzoek zal plaatsvinden in 2011. De cijfers voor de zuigelingen geboren in 2007 en de kleuters geboren in 2004 staan in tabel 16 in de bijlage.

AFWIJKEND SCHEMA MET REDEN

Op tijd vaccineren is belangrijk om de vaccinatiegraad hoog te houden. In Nederland is niemand wettelijk verplicht om zijn kind te laten vaccineren tegen welke ziekte dan ook. Vrijwel alle ouders laten dit echter vrijwillig doen. In 2010 werd bij 7,3% van de kinderen een afwijkend vaccinatieschema afgesproken. In de meeste gevallen (43% in 2010) gebeurt dit op verzoek van de ouder. Een kleine groep ouders wil zijn kind niet laten vaccineren of wil op een latere leeftijd van het kind met het vaccinatieprogramma beginnen.

In 2010 hadden 105 kinderen (39% van de kinderen met een afwijkend schema) dit, omdat zij meededen aan het vaccinatieonderzoek van het Spaarne ziekenhuis (onderzoek naar het effect van pneumokokkenvaccinaties in vier verschillende vaccinatieschema's op de afweerrespons). Andere redenen voor een afwijkend schema waren medische indicatie of de komst uit het buitenland van een kind.

HEPATITIS B VACCINATIE

Kinderen waarvan de ouders geboren zijn in een land waar hepatitis B veel voorkomt, krijgen ook nog vaccinaties tegen deze vorm van geelzucht. Ook kinderen met het syndroom van Down en kinderen van moeders die draagster zijn van het hepatitis B virus, worden gevaccineerd tegen hepatitis B. Bij deze laatste groep kinderen is het belangrijk dat na de vaccinaties vastgesteld wordt of het kind voldoende afweer tegen hepatitis B heeft. Hiervoor is bloedonderzoek nodig. De toeleiding naar dat onderzoek wordt gedaan door het consultatiebureauteam. In 2010 is voor 856 zuigelingen de indicatie voor de hepatitis B vaccinatie gesteld (21,8% van de zuigelingen). De indicatie werd in 98% van de gevallen gesteld, omdat de ouder van het kind uit een zogenaamd doelgroep land komt, in 1,9% in verband met hepatitis B dragerschap van de moeder en in 0,1% in verband met het syndroom van Down bij het kind.

VACCINATIE TEGEN TUBERCULOSE

Als één van de ouders afkomstig is uit een land waar tuberculose veel voorkomt, komt een zuigeling in aanmerking voor de zogenaamd BCG vaccinatie (vaccinatie tegen tuberculose). Tijdens de intake informeert de wijkverpleegkundige de ouder over het belang van deze vaccinatie, waarna ze met toestemming van de ouder de persoonsgegevens van het kind naar de afdeling tuberculosebestrijding van GGD Kennemerland stuurt. De GGD nodigt ouder en kind dan uit voor deze vaccinatie. In 2010 werd op deze manier 11,1% van de zuigelingen verwezen.

2.4

Voorlichting, advies, instructie en begeleiding

Het is van oudsher een taak van de JGZ om ouders te ondersteunen door middel van voorlichting, advies, instructie en begeleiding. De JGZ kan aan zowel ouders als jeugdigen -individueel of in groepen- voorlichting en advies geven. Als uit het probleemverhelderend gesprek blijkt dat de vragen of problemen van de ouder en/of het kind liggen op het gebied van de JGZ, dan biedt de wijkverpleegkundige de ouder opvoedingsondersteuning vanuit Jeugdgezondheidszorg Kennemerland aan.



Toeleiding

Onder toeleiden wordt het motiveren van ouders om gebruik te gaan maken van voorschoolse voorzieningen, VVE-programma's of bepaalde gezinsgerichte hulpverlening verstaan. Dit gebeurt onder andere door extra contacten met de ouder (telefonisch of in de vorm van huisbezoeken), samenwerking met peuterspeelzalen en bijvoorbeeld met medewerkers van Home Start. In het DD JGZ wordt de interventie 'toeleiding' aangemaakt. In 2010 zijn 374 van dergelijke interventies geregistreerd. Het betrof 369 kinderen; 314 kinderen werden toegeleid naar VVE; 17 naar een 'gewone' peuterspeelzaal; 11 naar Stap In en 1 naar Spel aan huis. Het aantal toeleidingen naar Home Start betrof 23 gezinnen. Drie gezinnen werden aangemeld voor Tien voor Toekomst.

Opvoedingsondersteuning

Opvoedingsondersteuning ondersteunt ouders bij de opvoeding om een optimale ontwikkeling van het kind te bevorderen. Het doel hierbij is de pedagogische competenties en vaardigheden van ouders te vergroten.

Jeugdgezondheidszorg Kennemerland gebruikt de visie van het programma Positief Opvoeden volgens de methode Triple P als uitgangspunt voor de opvoedingsondersteuning die wordt aangeboden. Binnen Jeugdgezondheidszorg Kennemerland wordt op verschillende manieren opvoedingsondersteuning aangeboden aan ouders/verzorgers. Dit gebeurt vooral tijdens huisbezoeken. In 2010 is een duidelijke toename ten gunste van de Triple P methodiek te zien. De wijkverpleegkundige kan tijdens een huisbezoek of een bezoek van ouders aan het consultatiebureau, informatie en tips geven over de opvoeding volgens de methode Triple P niveau 2. Op niveau 3 van Positief Opvoeden Triple P kan de wijkverpleegkundige in vier gesprekken met ouders gericht persoonlijk advies geven. Ook de (ortho) pedagogen kunnen dit aanbieden tijdens het opvoedspreekuur.

Daarnaast kan de wijkverpleegkundige intern verwijzen naar Video Home Training, themabijeenkomsten en een (ortho) pedagoog.



In 2010 zijn 3.759 interventies opvoedingsondersteuning geregistreerd. Het betrof 3.159 kinderen: 1.012 0-1 jarigen en 2.147 1-4 jarigen. In percentage van het aantal kinderen dat op 31-12-2010 in zorg was bij Jeugdgezondheidszorg Kennemerland is dit 25,1% van de zuigelingen en 17,9% van de peuters. In een landelijk onderzoek bleek dat ongeveer 20% van de ouders de periode van de eerste drie levensjaren als moeilijkst ervaren. Zie ook tabel 21 'Opvoedingsondersteuning' in de bijlage. In 2010 zijn 1.175 huisbezoeken opvoedingsondersteuning door de wijkverpleegkundigen gemaakt.

Daarnaast hebben wijkverpleegkundigen aan ouders van 361 kinderen antwoord gegeven op hun opvoedvraag volgens Triple P niveau 2 (418 contacten). De meeste contacten gingen over het slapen van het kind.

Aan ouders van 211 kinderen hebben de wijkverpleegkundigen persoonlijk advies gegeven bij een specifiek gedragsprobleem van hun kind (Triple P niveau 3: 568 contacten). Deze gesprekken gingen over gedrag, drift en koppigheid en slaapproblemen. Aan het eind van de begeleiding volgens Triple P niveau 3 krijgen ouders een vragenlijst in het kader van het cliënttevredenheidsonderzoek.

In juli heeft in het Noord-Hollands Dagblad, editie Kennemerland, een interview gestaan met als titel 'Soms is de oplossing zo simpel'. Hierin werd een ouderpaar uit Heemskerk en een wijkverpleegkundige van Jeugdgezondheidszorg Kennemerland geïnterviewd over hun ervaringen met Positief Opvoeden Triple P. Ook de ouders zijn enthousiast. "Dit programma zegt niet: 'Dit doe jij als ouder fout, of dit doet je kind fout.' Er wordt je verteld wat je goed doet en wat je zou kunnen verbeteren", zegt de moeder. "Je krijgt niet het gevoel dat je een slechte ouder bent", vult de vader aan. De ouders vonden ook de informatie dvd en brochure heel herkenbaar. Ze zagen zichzelf erin terug, want er zijn veel meer ouders die tegen hetzelfde aanlopen als zij. "Soms is de oplossing zo simpel", zeggen ze. Maar omdat ze er middenin stonden, zagen ze het niet meer.

Video home training

Opvoeden heeft alles te maken met contact maken en het begrijpen van je kind. Video home training (VHT) kan een goed hulpmiddel zijn om dit te bevorderen. Zo worden onder andere de speciaal hiervoor opgeleide wijkverpleegkundigen van Jeugdgezondheidszorg Kennemerland betrokken door de ziekenhuizen om ouders met couveusekinderen te ondersteunen. Zij leren de ouders de subtiele tekenen van baby's te herkennen, waardoor de band tussen baby en ouders verstevigd wordt. Ook in de thuissituatie wordt de VHT begeleiding als pedagogische ondersteuning ingezet. Door het tonen en het bespreken van de opgenomen videobeelden gaan de ouders hun kinderen beter begrijpen en worden de ouders gemotiveerd om zelf hun opvoeding aan te passen. Als gevolg hiervan laat het kind in zijn/haar gedrag zien, dat het zich ook beter begrepen voelt.

De problematiek die aanleiding was voor de inzet van VHT, betrof in 2010 vooral gedragsproblemen bij oudere kinderen, drift en koppigheid bij peuters en problemen met hechting bij zuigelingen. VHT werd ook (preventief) ingezet bij prematuren. Uit de evaluaties blijkt, dat ouders na een VHT begeleiding hun kinderen beter weten te bereiken en zij zich sterker zijn gaan voelen in hun rol van opvoeder. In 2010 zijn 149 gezinnen begeleid met gemiddeld 3,5 huisbezoeken per begeleidingstraject (163 kinderen). Nieuw in 2010 was de mogelijkheid voor de kinderopvang om VHT aan te vragen met toestemming van ouders. Leidsters en ouders van 3 kinderen zijn op de kinderopvang begeleid. In het kader van de ketenzorg is de mogelijkheid om VHT in te zetten als aanvulling op de begeleiding van logopedisten in 2010 verder uitgewerkt in gesprekken met diverse logopedistenpraktijken. Ook zijn er afspraken gemaakt met het Spaarne ziekenhuis om te komen tot betere afstemming tussen VHT bij prematuren (o.a. verwijzing vanuit ziekenhuis naar VHT als vervolg op begeleiding in ziekenhuis en afspraken over overdracht).

Opvoedspreekuur

Op 6 locaties in ons werkgebied worden spreekuren door (ortho)pedagogen gehouden. In Haarlem zijn er wekelijks spreekuren in de CJG in de Amsterdamstraat en Schalkwijk. In 2010 zijn er ook spreekuren gestart op het consultatiebureau in de PC Hoofdstraat, Colensostraat en Koppeestokstraat in Haarlem. Ouders kunnen bellen voor een afspraak, maar het consultatiebureauteam kan ook ter plekke een afspraak maken voor het opvoedspreekuur van de (ortho)pedagoog. In Uitgeest kunnen ouders en verzorgers op het consultatiebureau of via het bedrijfsbureau van Jeugdgezondheidszorg Kennemerland een afspraak voor een gesprek met de (ortho)pedagoog maken. In totaal zijn er 95 spreekuren gehouden in 2010, waarop 110 ouders zijn geweest.

Daarnaast begeleiden de (ortho)pedagogen door middel van 1 of meer gesprekken ouders van 59 kinderen (totaal 73 gesprekken). De problematiek betrof gedragsproblemen, drift en koppigheid, problemen in de ontwikkeling en echtscheiding. Jeugdartsen en wijkverpleegkundigen kunnen de (ortho)pedagogen ook raadplegen. In 2010 is dit 102 maal gebeurd.

De (ortho)pedagogen hebben via de website Positief Opvoeden online advies gegeven aan 40 ouders, die op deze manier een anonieme vraag stelden. Deze vragen werden op Triple P niveau 2 beantwoord.

Folders standaard en op indicatie

Standaard informatie wordt aan alle ouders uitgereikt. Zo krijgen alle ouders tijdens de intake de zogenaamde 'Groeigids' met allerlei informatie over de eerste vier levensjaren van een kind. Daarnaast krijgen de ouders schriftelijke adviezen over slaaphouding, borstvoeding, voorkomen voorkeurshouding, voorkomen passief roken en het stimuleren van de spraaktaalontwikkeling. Verder horen ook de vier veiligheidsinformatiekaarten tot het standaard pakket. Aan het begin van een ontwikkelingsfase van een kind (0-6 maanden, 6-12 maanden, 1-2 jaar en 2-4 jaar) wordt zo'n kaart aan de ouder/verzorger gegeven door de wijkverpleegkundige. De kaart wordt mondeling toegelicht. In een volgend consult kan op de inhoud teruggekomen worden. Ook de adviezen over een gezonde



voeding voor zuigelingen of peuters worden ondersteund met schriftelijk materiaal.

Met schriftelijke informatie op indicatie ondersteunen de jeugdartsen en wijkverpleegkundigen hun adviezen en voorlichting aan ouders. De informatie gaat dan over specifieke zaken die op dat moment bij het kind spelen. Zo zijn er in 2010 zo'n 902 folders op indicatie uitgedeeld. De top 3 voor zuigelingen werd in 2010 gevormd door folders over afbouwen van borstvoeding, rust en regelmaat en over leren praten. Bij peuters waren het naast de folders met praktische tips over het slapen, eten en zindelijkheid, de folder over het voorkomen van habitudeel mondademen en de folder met adviezen over het stimuleren van de spraaktaalontwikkeling.

Themabijeenkomsten

Naast de individuele consulten op het consultatiebureau en de zorg op maat voor het individuele kind worden er themabijeenkomsten gegeven door de wijkverpleegkundige.

Er wordt ook in samenwerking met peuterspeelzalen en kinderdagverblijven voorlichting gegeven. In 2010 zijn er 34 themabijeenkomsten gehouden; 13 bijeenkomsten werden op het consultatiebureau georganiseerd en 21 maal vond de bijeenkomst plaats op een locatie en in samenwerking met een andere instelling. Zo werden 6 bijeenkomsten op een peuterspeelzaal gehouden, 6 op een kinderdagverblijf, 5 in een moedercentrum, 2 op een locatie van het Maatschappelijk Werk, 1 in de bibliotheek en 1 in het Blijf huis. In totaal bezochten 375 ouders de themabijeenkomsten en waren 8 leidsters aanwezig.

De thema's betroffen: als je pas een baby hebt; peuters lief maar lastig; beweegkriebels; lastige eters en positief opvoeden. Enkele reacties uit de evaluaties met ouders: "Mag vaker!", "Goed andere moeders en hun ervaringen te horen, ik heb het als zeer nuttig ervaren", "Fijn om begrepen te worden en handvaten te krijgen omtrent de zorgen die ik nu heb", "Veel kun je ook wel in boeken lezen, maar prettig om wat te horen van elkaar" en "Veel goede bruikbare informatie".



2.5

Beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen

Omgevingsfactoren kunnen de gezondheid van een kind negatief beïnvloeden. Dit kan bijvoorbeeld slechte huisvesting zijn, een onveilige verkeerssituatie en weinig speelgelegenheid maar het kan ook gaan om ouders die moeite hebben met opvoeden of hun kind structureel verwaarlozen. Het beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen valt onder het maatwerkdeel van het Basistakenpakket. Afhankelijk van welke bedreigingen zijn vastgesteld, zal een op een individueel kind of op groepen kinderen afgestemde interventie worden gekozen (uit Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19).

Voorkomen passief roken

Dat meerroken schadelijk is voor kinderen is natuurlijk al langer bekend. Kinderen die meeroken zijn vaker ziek dan kinderen die niet meeroken (bijvoorbeeld oorontstekingen, bovenste luchtweginfecties) en meeroken is een risicofactor voor wiegendood. In Nederland worden ouders via voorlichting, en waar mogelijk ondersteuning, zoveel mogelijk gestimuleerd om niet te roken waar hun kinderen bij zijn. Vanaf 1997 loopt de landelijke campagne 'Niet roken waar de kleine bij is'. Bij 98% van de zuigelingen geboren in 2010 is een intake afgenomen en ingevuld. Als een kind 14 dagen oud is, antwoordt 93,8% van de ouders ontkenkend op de vraag of er in huis wordt gerookt. 248 ouders (6,2%) roken binnenshuis en 18 ouders uit deze groep gaven aan dat zij ook roken als het kind erbij is (7,3% van de ouders die binnenshuis roken). Dat dit percentage lager ligt dan het percentage uit het onderzoek van Stivoro is mogelijk te verklaren uit het feit dat de wijkverpleegkundige het roken met ouders bespreekt als het kind 14 dagen oud is en ouders dan nog vol goede voornemens zijn. Als de ouder bij het kind rookt, wordt het kind in de helft van de gevallen blootgesteld aan 10 of meer sigaretten per dag.

Bij 14 kinderen heeft de wijkverpleegkundige in een apart gesprek met de ouder(s) of huisbezoek aandacht besteed aan het voorkomen van het meeroken door het kind.

Zie tabel 17 in de bijlage 'Roken in huis kinderen geboren in 2010'

Voorkomen wiegendood

Wiegendood komt nog maar weinig voor in Nederland in vergelijking met andere geïndustrialiseerde landen. Uit onderzoek blijkt echter dat ouders, zonder herhaalde instructie in de loop van het eerste half jaar, steeds vaker buikligging van de baby toepassen, meestal met als reden het kind beter te laten slapen. Om wiegendood te voorkomen krijgen alle ouders het advies om hun baby op de rug te laten slapen, geen dekbed te gebruiken, het kind niet in het ouderlijk bed te laten slapen en niet te roken in de buurt van het kind. Tijdens de intake bespreekt de wijkverpleegkundige de slaaphouding van het kind. In 2010 registreerde de wijkverpleegkundige bij 10,3% van de baby's een bijzonderheid ten aanzien van de slaaphouding. Van het totale aantal zuigelingen waarbij gegevens over de slaaphouding bekend zijn, ligt 0,4% rond de leeftijd van 14 dagen in buikligging en 8,2% wordt nog in zijligging in bed gelegd.



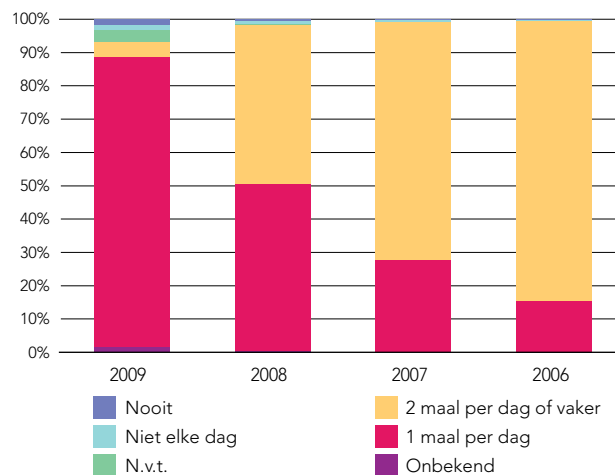


Andere bijzonderheden waren: slapen onder een dekbed (0,4%) of bij de ouders in bed (1%). Landelijk wordt gesteld dat 8-10% van de ouders hun baby tegen de adviezen in toch nog op de buik te slapen legt. *Zie tabel 18 in de bijlage 'Slaaphouding kinderen geboren in 2010'*

Tandenpoetsen - bezoek tandarts

De jeugdgezondheidszorg heeft een belangrijke rol bij de preventie van gebitsproblemen zoals cariës. De arts en wijkverpleegkundige doen dit door voedingsadvisering, het adviseren van tanden poetsen met fluoridentandpasta en aanbeveling van het tandartsbezoek. Bijna alle ouders poetsen de tanden van hun kind; bij de 1-2 jarigen wordt bij 1,7% van de kinderen nooit gepeetst en bij 1,3% nog niet elke dag; bij de 2-3 jarigen is dit 0,4% resp. 0,9%; bij de 3-4 jarige 0,2% en 0,5% en bij de 4-5 jarigen 0,1% en 0,4%. In deze groep wordt bij 15,5% maar eenmaal per dag gepeetst. Dit laatste percentage is hoger dan in 2009. *Zie ook tabel 19 'Tandenpoetsen' in de bijlage*

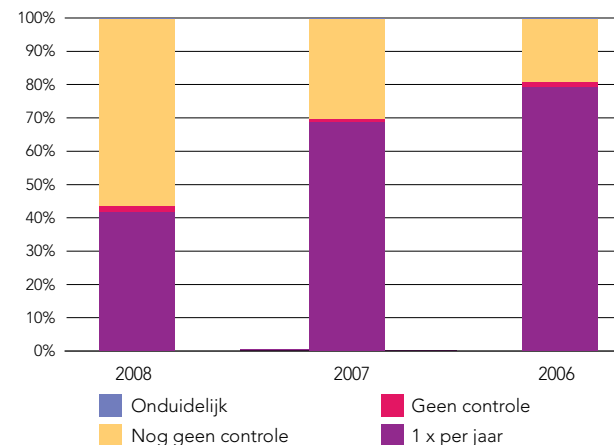
Tanden poetsen



Het kindergebit behoort twee keer per jaar gecontroleerd te worden door de tandarts. Vanaf 4 jaar is dat echt nodig. Om te voorkomen dat de tandarts als een soort boeman wordt gezien, is het handig de kinderen vanaf hun tweede verjaardag te laten wennen door ze mee te nemen als de ouder zelf naar de tandarts gaat. Tijdens het 18 maanden

consult geeft de wijkverpleegkundige dit advies. Tijdens de volgende peuterconsulten wordt het bezoeken van de tandarts nagevraagd en geregistreerd. Tegen hun 4e jaar is bijna 80% van de kinderen een keer bij de tandarts geweest. Dit percentage is gelijk aan het percentage in 2009. *Zie ook tabel 20 'Tandartsbezoek' in de bijlage*

Controle tandarts



Vermoeden kindermishandeling

Een van de taken van de jeugdgezondheidszorg is het signaleren van (vermoedens van) kindermishandeling. In 2010 was er 90 maal een vermoeden kindermishandeling. Bij een vermoeden van kindermishandeling wordt er door de arts en wijkverpleegkundige actie ondernomen door het delen van de zorgen en de signalen met de ouders, contact op te nemen met andere zorgverleners of derden die te maken hebben met het gezin, en het maken van een gezamenlijk plan van aanpak. Zo nodig worden de ouders verwezen. In het DD JGZ is bij 47 kinderen een interventie 'Zorgwekkende opvoedingssituatie' en bij 25 kinderen een interventie 'Huiselijk geweld' aangemaakt. Indien ouders zich onttrekken aan, of onvoldoende openstaan voor hulpverlening wordt er een melding gedaan bij het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK). In 2010 is het AMK 49 maal geconsulteerd en er is 11 maal een melding gedaan. Daarnaast is over 153 kinderen contact geweest tussen Bureau Jeugdzorg/AMK en wijkverpleegkundige of arts in verband met gegevens uitwisseling. Dit is een verdubbeling ten opzichte van 2009.



2.6

Zorgsysteem, netwerken, overleg en samenwerking

Netwerken, overleggen en samenwerken zijn belangrijk voor goede, integrale zorg voor jeugdigen. Op doelgroep en/of populatieniveau is beleidsontwikkeling en afstemming op instellingsniveau en tussen verschillende instellingen het doel. Op individueel niveau is er sprake van zorgcoördinatie, waarbij samenwerking essentieel is.

Zorgcoördinatie

Coördinatie van zorg is noodzakelijk in die gevallen waarin behalve door de jeugdgezondheidszorg, ook door andere instellingen tegelijkertijd of achtereenvolgend zorg wordt verleend. Gezien de frequente contacten en de laagdrempeligheid kan de jeugdgezondheidszorg in deze gevallen optreden als zorgcoördinator. Rondom een individueel kind werkt het consultatiebureauteam al regelmatig samen met peuterspeelzaal- en kinderdagverblijfsleidsters. Wanneer er meerdere hulpverleners betrokken zijn bij een gezin en er zorgcoördinatie nodig is, neemt de wijkverpleegkundige of jeugdarts contact op met collega's van andere instellingen om de zorg af te stemmen en te komen tot één plan voor het gezin. Bij 426 kinderen staat in het DD JGZ dat er in 2010 meerdere hulpverleners betrokken waren. Afgelopen jaar is de registratie zorgcoördinatie in het DD JGZ aangepast, zodat duidelijk wordt hoe vaak de wijkverpleegkundige of de jeugdarts de zorgcoördinatie organiseert en hoe vaak zij de rol van zorgcoördinator vervult. In de gezinnen waar hulpverlening aanwezig is, neemt de wijkverpleegkundige of jeugdarts, indien nodig, het initiatief tot het organiseren van zorgcoördinatie,

maar voert vaak zelf de zorgcoördinatie niet uit. In overleg neemt een hulpverlener deze verantwoordelijkheid op zich. In 2010 was er bij 169 kinderen sprake van zorgcoördinatie: bij 89 kinderen werd zorgcoördinatie georganiseerd, bij 37 kinderen was de wijkverpleegkundige de zorgcoördinator en bij 43 kinderen stond de zorgcoördinatie nog op de oude manier geregistreerd (geen onderscheid tussen organiseren of uitvoeren). Bij relatief eenvoudige problematiek was telefonische informatie uitwisseling en het maken van samenwerkingsafspraken al voldoende; bij ingewikkelde problematiek werd een gezinsplanoverleg (GPO) gehouden. In 2010 organiseerden de wijkverpleegkundigen 53 GPO's (39 gezinnen) en namen aan 193 overleggen (71 gezinnen) deel. Dit is een duidelijke toename ten opzichte van 2009 en een gevolg van de regionale afspraken over samenwerking en zorgcoördinatie. Tijdens een GPO wordt niet alleen een gezamenlijk plan van aanpak gemaakt, maar ook vastgesteld wie de zorgcoördinator is. De zorgcoördinator wordt per gezin aangesteld, afhankelijk van de situatie (goed contact met gezin, meest actief in het gezin, zwaarte van de problematiek). Bij 32 kinderen staat in het DD JGZ een gezinsplan met de samenwerkingsafspraken.





In 2010 is door de jeugdgezondheidszorg voor 12 gezinnen Thuisbegeleiding verkregen. Dit is een daling ten opzichte van 2009 en dat hangt samen met de veranderde regelgeving. Hierdoor wordt het voor het JGZ team steeds moeilijker om deze praktische en lichte vorm van ondersteuning, die snel ingezet kan worden, te verkrijgen.

Alle kinderen in beeld

Alle kinderen blijven in beeld doordat medewerkers van Jeugdgezondheidszorg Kennemerland gezinnen die geen contact met de jeugdgezondheidszorg hebben of die het contact hebben verloren, opsporen en (opnieuw) in zorg brengen. Ouders kunnen het contact met de JGZ verliezen door bijvoorbeeld het niet nakomen van afspraken, langdurige ziekenhuisopname van hun kind, verblijf in het buitenland of het verhuizen met onbekende bestemming. Wanneer een ouder niet verschijnt op een afspraak zonder afmelding, volgt automatisch een uitnodiging met een nieuwe afspraak voor een consult. Wanneer de ouder ook deze afspraak niet opvolgt en geen afbericht geeft, neemt de wijkverpleegkundige telefonisch contact op met de ouder of gaat langs op het huisadres. Deze acties worden geregistreerd als een speciale interventie in het DD JGZ. In 2010 zijn 87 ouders van zuigelingen op deze manier benaderd. Het aantal ouders van peuters ligt hoger (977). Het resultaat van de inspanningen is dat het kind wel weer op een afspraak op het consultatiebureau komt of dat bekend is waarom de ouders niet komen en waar het kind wel 'onder controle' is. Soms verblijven kinderen op een ander woonadres dan Jeugdgezondheidszorg Kennemerland door krijgt vanuit de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA). Extra inspanningen zijn nodig om deze kinderen 'op te sporen'. Dit is in 2010 bij 30 kinderen gebeurd.

Samenwerking peuterspeelzalen en kinderopvang

De orthopedagoog biedt ondersteuning aan peuterspeelzaalleidsters en leidsters kinderopvang door middel van flexibel casusoverleg en (telefonische) consultatie. Zij kan ook gevraagd worden om een kind te observeren en advies uit te brengen in het kader van een gezamenlijk plan van aanpak van het consultatiebureauteam en de leidster van de peuterspeelzaal of kinderdagverblijf. Door middel van een observatie wordt het beeld van het kind verduidelijkt en dit geeft een aanvulling op de al aanwezige informatie. Op deze manier kan er gericht advies gegeven worden, maar ook een eventuele verwijzing plaatsvinden, waarbij alle betrokkenen in een flexibel casusoverleg het plan van aanpak kunnen onderschrijven. Ouders en leidster kunnen met op elkaar afgestemde adviezen verder of er is informatie om bij een verwijzing mee te nemen.

In 2010 hebben de orthopedagogen 93 kinderen geobserveerd op de peuterspeelzaal, het kinderdagverblijf, op het consultatiebureau of bij het kind thuis (109 observaties). Het merendeel van deze kinderen is in 2007 (42) of 2006 (37) geboren. Naar aanleiding van deze observaties hebben zij 90 maal een flexibel casusoverleg georganiseerd met ouders, wijkverpleegkundige en/of peuterspeelzaal- of kinderdagverblijfleidster. Het betrof 69 kinderen. Over 17 kinderen is meer dan eenmaal overlegd, omdat er veel zorgverleners bij het gezin waren betrokken of in verband met de follow-up na een verwijzing. Daarnaast heeft de orthopedagoog ouders van 41 kinderen begeleid door middel van één of meerdere gesprekken (15 ouders na de observatie van hun kind). Problematiek waarbij de orthopedagogen geraadpleegd werden betrof in de meeste gevallen het gedrag van het kind, maar ook achterstand in ontwikkeling of moedertaal en gezinsproblematiek.



Samenwerking met Jeugdriagg

Veel problemen waarmee kinderen en jongeren kampen hebben hun oorspong in de vroege kindertijd. Hoe eerder deze problemen aangepakt worden, des te meer problemen voorkomen kunnen worden. Om dit te realiseren is specialistische Jeugd-GGZ beschikbaar via het consultatiebureau. Medewerkers vanuit de Jeugdriagg Noord-Holland Zuid houden spreekuur op drie locaties van Jeugdgezondheidszorg Kennemerland: in Zandvoort en op twee consultatiebureaus in Haarlem. Ouders kunnen meteen een afspraak voor het spreekuur maken als zij het consultatiebureau bezoeken, maar ook door middel van een telefoontje naar het bedrijfsbureau van Jeugdgezondheidszorg Kennemerland. De medewerkers van de Jeugdriagg zijn gespecialiseerd in de ouder/kind begeleiding vanuit de Infant Mental Health Care. Deze behandeling is geschikt voor vele soorten problemen van kinderen van 0 tot en met 4 jaar en hun ouders. Zowel slaapproblemen, als ook ingewikkelde hechtingsproblemen bij kinderen van ouders met eigen (psychiatrische) problemen kunnen zo aangepakt worden. In het afgelopen jaar zijn 41 kinderen door het consultatiebureauteam verwezen naar de Jeugdriagg. Bij 21 andere kinderen vond afstemming van zorg en informatie-uitwisseling plaats.

In Midden-Kennemerland is in samenwerking met Lucertis Kinder- en Jeugdpsychiatrie gestart met spreekuren op onze consultatiebureaus in Beverwijk en Heemskerk.

Samenwerking Integrale Vroeghulp

Om de samenwerking tussen de medewerkers van Jeugdgezondheidszorg Kennemerland en Integrale Vroeghulp te versterken zijn afspraken gemaakt. De criteria om naar Integrale Vroeghulp te verwijzen en de manier van informatie uitwisseling zijn beschreven. In 2010 zijn 8 kinderen door het consultatiebureauteam of de orthopedagoog naar Integrale Vroeghulp verwezen. Tien kinderen zijn door de jeugdarts verwezen naar het audiologisch centrum (AC) en werden na onderzoek bij het AC ook begeleid door Integrale Vroeghulp. Bij een aantal kinderen was de vraag naar schoolkeuze de aanleiding voor de verwijzing. Bij 25 andere kinderen vond afstemming van zorg en informatie-uitwisseling plaats tussen het consultatiebureauteam en integrale Vroeghulp.

VerKen

Eind 2009 is de Verwijsindex Midden- en Zuid-Kennemerland, VerKen, geïmplementeerd in de regio. Eind 2010 zijn zo'n 30 instellingen aangesloten en er zijn totaal 587 gebruikers. Het werken met VerKen is goed op weg. Door verschillende instellingen wordt gebruik gemaakt van de verwijsindex, waardoor belangrijke matches ontstaan en hulpverlening goed afgestemd kan worden. Jeugdgezondheidszorg Kennemerland wil de risicosignalering, informatie-uitwisseling en ketenhulpverlening in samenwerking met haar partners verbeteren en ziet VerKen als één van de middelen die daarbij kan helpen. De implementatie van VerKen binnen onze organisatie is eveneens eind 2009 afgerond. De professionals werken sinds eind 2009 met de verwijsindex en kennen de afspraken met de samenwerkingspartners die deelnemen aan de verwijsindex. In 2010 hebben zij 132 kinderen (103 gezinnen) gemeld in VerKen. Dit leverde 34 matches op; 4 met het AMK, 9 met Bureau Jeugdzorg, 19 met de Raad voor de Kinderbescherming, 1 met Maatschappelijk Werk en 1 met Vangnet Flevoland. In 2011 zullen nog meer organisaties aangesloten worden en de verwachting is dat dit meer matches zal opleveren.

3.0

Bijlage

1. Bereik per gemeente 31-12-2010

Geboortjaar	Beverwijk	B'daal	Haarlem	H'liede	Heemskerk	Heemstede	Uitgeest	Velsen	Zandvoort
2010	99,1%	94,8%	96,5%	86,4%	99,7%	98,1%	100,0%	99,2%	94,0%
2009	96,6%	93,4%	95,8%	85,7%	99,0%	98,2%	97,8%	98,2%	96,6%
2008	99,3%	94,4%	94,0%	100,0%	98,5%	98,3%	96,5%	99,4%	98,5%
2007	97,8%	95,6%	95,6%	92,6%	98,8%	96,8%	96,2%	98,4%	96,0%

2. Werk ouders van kinderen geboren in 2010

MOEDER	Z- en M Kennemerland	Beverwijk	B'daal	Haarlem	H'liede	Heemskerk	Heemstede	Uitgeest	Velsen	Zandvoort
Totaal	4.104	449	147	1997	19	377	213	141	645	116
Werk onbekend	63	3	4	33		7	2	3	10	3
Totaal met bekend werk (100%)	4.041	446	143	1964	19	370	211	138	635	113
Ja, verricht betaald werk	78,0%	72,6%	81,1%	78,2%	78,9%	77,6%	84,4%	86,2%	76,9%	78,8%
Nee, verricht geen betaald werk	22,0%	27,4%	18,9%	21,8%	21,1%	22,4%	15,6%	13,8%	23,1%	21,2%

VADER	Z- en M Kennemerland	Beverwijk	B'daal	Haarlem	H'liede	Heemskerk	Heemstede	Uitgeest	Velsen	Zandvoort
Totaal	4.025	433	147	1.967	19	365	206	140	634	114
Werk onbekend	67	6	6	30	0	9	1	2	9	4
Totaal met bekend werk (100%)	3.958	427	141	1.937	19	356	205	138	625	110
Ja, verricht betaald werk	95,4%	95,3%	98,6%	95,4%	100,0%	94,9%	99,0%	93,5%	94,9%	91,8%
Nee, verricht geen betaald werk	4,6%	4,7%	1,4%	4,6%	0,0%	5,1%	1,0%	6,5%	5,1%	8,2%

3. Geboorteland ouders van kinderen geboren in 2010

MOEDER	Z- en M Kennemerland	Beverwijk	B'daal	Haarlem	H'liede	Heemskerk	Heemstede	Uitgeest	Velsen	Zandvoort
Totaal	4.104	449	147	1.997	19	377	213	141	645	116
Geboorteland onbekend	54	3	4	27	0	7	1	2	8	2
Totaal met bekend geboorteland (100%)	4.050	446	143	1.970	19	370	212	139	637	114
Nederland	80,1%	77,8%	88,8%	76,7%	89,5%	81,1%	84,0%	89,9%	85,6%	82,5%
Westers m.u.v. Nederland	7,5%	7,2%	4,2%	8,7%	5,3%	5,1%	9,0%	4,3%	5,5%	12,3%
Suriname	0,5%	0,2%	0,0%	0,7%	0,0%	0,8%	0,0%	1,4%	0,3%	0,0%
Nederlandse Antillen	0,2%	0,0%	0,7%	0,3%	0,0%	0,3%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Marokko	3,2%	1,8%	0,0%	4,9%	0,0%	1,4%	1,9%	0,0%	2,0%	1,8%
Turkije	2,6%	4,9%	0,7%	2,8%	0,0%	2,2%	1,0%	0,0%	2,2%	0,9%
Niet Westers overig	5,9%	8,1%	5,6%	5,8%	5,3%	9,2%	3,8%	4,3%	4,4%	2,6%

VADER	Z- en M Kennemerland	Beverwijk	B'daal	Haarlem	H'liede	Heemskerk	Heemstede	Uitgeest	Velsen	Zandvoort
Totaal	4.072	442	147	1.982	19	374	208	141	644	115
Geboorteland onbekend	56	3	5	27	0	8	2	2	8	1
Totaal met bekend geboorteland (100%)	4.016	439	142	1.955	19	366	206	139	636	114
Nederland	81,3%	76,1%	90,1%	77,9%	94,7%	82,2%	86,4%	95,0%	87,4%	86,0%
Westers m.u.v. Nederland	5,1%	5,5%	4,2%	6,6%	5,3%	2,2%	5,3%	1,4%	3,1%	2,6%
Suriname	0,8%	0,2%	0,0%	0,9%	0,0%	1,1%	1,0%	0,0%	0,9%	0,9%
Nederlandse Antillen	0,6%	0,9%	0,0%	0,6%	0,0%	1,1%	0,5%	0,7%	0,3%	1,8%
Marokko	3,8%	2,7%	1,4%	5,8%	0,0%	1,6%	1,5%	0,0%	2,0%	2,6%
Turkije	3,1%	6,6%	1,4%	3,3%	0,0%	2,7%	1,0%	0,0%	2,2%	0,9%
Niet Westers overig	5,3%	8,0%	2,8%	4,9%	0,0%	9,0%	4,4%	2,9%	3,9%	5,3%

4. Opleiding ouders van kinderen geboren in 2010

MOEDER	Z- en M Kennemerland	Beverwijk	B'daal	Haarlem	H'liede	Heemskerk	Heemstede	Uitgeest	Velsen	Zandvoort
Totaal	4.104	449	147	1.997	19	377	213	141	645	116
Opleiding onbekend	71	4	6	32		8	6	5	9	1
Totaal met bekende opleiding	4.033	445	141	1.965	19	369	207	136	636	115
Geen	1,3%	1,3%	0,7%	1,5%	0,0%	0,8%	1,0%	0,0%	0,9%	2,6%
Basisonderwijs	3,7%	6,1%	1,4%	3,5%	0,0%	3,8%	0,0%	0,0%	5,2%	2,6%
Lager of voorbereidend beroepsonderwijs	6,0%	11,0%	2,1%	4,7%	5,3%	8,4%	2,4%	4,4%	6,6%	10,4%
Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs	7,9%	8,8%	4,3%	6,9%	5,3%	8,4%	5,3%	4,4%	13,2%	4,3%
Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs	27,4%	39,8%	22,0%	20,8%	15,8%	42,3%	11,6%	39,0%	34,0%	33,0%
Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs	5,1%	3,6%	2,8%	4,5%	15,8%	2,2%	6,8%	3,7%	9,1%	8,7%
Hoger beroepsonderwijs	27,9%	22,7%	32,6%	30,3%	47,4%	26,6%	30,0%	34,6%	20,4%	31,3%
Wetenschappelijk onderwijs	20,2%	5,6%	34,0%	27,1%	10,5%	7,0%	42,5%	14,0%	10,4%	7,0%
Anders	0,5%	1,1%	0,0%	0,7%	0,0%	0,5%	0,5%	0,0%	0,2%	0,0%

VADER	Z- en M Kennemerland	Beverwijk	B'daal	Haarlem	H'liede	Heemskerk	Heemstede	Uitgeest	Velsen	Zandvoort
Totaal	4.018	434	147	1.956	19	365	209	141	633	114
Opleiding onbekend	109	10	7	45	0	12	7	7	19	2
Totaal met bekende opleiding (100%)	3.909	424	140	1.911	19	353	202	134	614	112
Geen	0,7%	0,7%	0,0%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,7%	2,7%
Basisonderwijs	3,5%	5,9%	1,4%	3,7%	0,0%	2,8%	0,5%	0,7%	4,4%	0,9%
Lager of voorbereidend beroepsonderwijs	8,7%	14,6%	4,3%	6,8%	26,3%	12,2%	1,5%	6,0%	10,3%	18,8%
Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs	6,1%	4,7%	0,7%	5,2%	15,8%	6,5%	2,0%	5,2%	11,7%	7,1%
Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs	27,9%	37,5%	19,3%	21,5%	21,1%	40,5%	14,9%	42,5%	37,3%	28,6%
Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs	4,8%	5,9%	4,3%	4,2%	0,0%	2,3%	3,0%	3,7%	7,5%	8,0%
Hoger beroepsonderwijs	27,1%	20,0%	27,9%	30,8%	31,6%	26,1%	29,7%	32,8%	20,4%	18,8%
Wetenschappelijk onderwijs	20,7%	9,0%	42,1%	26,7%	5,3%	9,3%	46,5%	8,2%	7,8%	15,2%
Anders	0,4%	1,7%	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%

5. Talen die ouders met kind spreken (kinderen geboren in 2010)

MOEDERS	Z- en M Kennemerland	Beverwijk	B'daal	Haarlem	H'liede	Heemskerk	Heemstede	Uitgeest	Velsen	Zandvoort
Totaal	4.104	449	147	1.997	19	377	213	141	645	116
Taal onbekend	66	4	4	36		7	1	2	10	2
Totaal met bekende taal (100%)	4.038	445	143	1.961	19	370	212	139	635	114
Andere taal	8,8%	8,1%	4,9%	11,7%	5,3%	5,7%	8,0%	3,6%	5,0%	4,4%
Nederlands	80,6%	76,4%	90,9%	77,9%	94,7%	78,9%	85,4%	91,4%	84,7%	87,7%
Nederlands en andere taal	10,7%	15,5%	4,2%	10,4%	0,0%	15,4%	6,6%	5,0%	10,2%	7,9%

VADERS	Z- en M Kennemerland	Beverwijk	B'daal	Haarlem	H'liede	Heemskerk	Heemstede	Uitgeest	Velsen	Zandvoort
Totaal	4.025	434	147	1.966	19	364	208	139	635	113
Taal onbekend	96	9	7	51	0	10	3	0	15	1
Totaal met bekende taal (100%)	3.929	425	140	1.915	19	354	205	139	620	112
Andere taal	6,0%	4,7%	1,4%	8,6%	5,3%	3,4%	6,3%	0,7%	2,7%	3,6%
Nederlands	82,1%	75,1%	92,9%	79,4%	94,7%	83,1%	90,7%	93,5%	85,2%	88,4%
Nederlands en andere taal	12,0%	20,2%	5,7%	12,0%	0,0%	13,6%	2,9%	5,8%	12,1%	8,0%

6. Alcohol tijdens zwangerschap

	Z- en M Kennemerland	Beverwijk	B'daal	Haarlem	H'liede	Heemskerk	Heemstede	Uitgeest	Velsen	Zandvoort
Totaal	4.104	449	147	1.997	19	377	213	141	645	116
Alcoholgebruik tijdens zwangerschap onbekend	98	3	6	53	0	13	3	7	12	1
Alcoholgebruik tijdens zwangerschap bekend (100%)	4.006	446	141	1.944	19	364	210	134	633	115
1 of minder eenheden per week	1,0%	0,0%	2,1%	1,1%	0,0%	0,5%	2,9%	0,0%	0,6%	1,7%
2 tot 7 eenheden per week	0,2%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,9%
Nee, geen alcoholgebruik	92,0%	97,1%	81,6%	91,1%	89,5%	96,7%	74,3%	96,3%	97,2%	84,3%
Wel eens alcohol gedronken	6,9%	2,9%	16,3%	7,5%	10,5%	2,7%	22,4%	3,7%	2,2%	13,0%

7. Roken tijdens zwangerschap

	Z- en M Kennemerland	Beverwijk	B'daal	Haarlem	H'liede	Heemskerk	Heemstede	Uitgeest	Velsen	Zandvoort
Totaal	4.104	449	147	1.997	19	377	213	141	645	116
Roken tijdens zwangerschap onbekend	99	5	6	50		14	3	7	12	2
Totaal bekend met roken tijdens zwangerschap (100%)	4.005	444	141	1.947	19	363	210	134	633	114
Ja, niet dagelijks	1,5%	1,8%	1,4%	1,1%	0,0%	3,0%	0,0%	0,7%	2,5%	1,8%
Ja, dagelijks	8,4%	10,4%	4,3%	7,2%	5,3%	9,9%	2,9%	5,2%	13,0%	11,4%
Ja, maar gestopt	2,9%	2,0%	4,3%	2,6%	5,3%	2,5%	3,3%	0,0%	4,1%	6,1%
Nee	87,2%	85,8%	90,1%	89,1%	89,5%	84,6%	93,8%	94,0%	80,4%	80,7%

8. Melkvoeding op geboortedag kinderen geboren in 2010

	Z- en M Kennemerland	Beverwijk	B'daal	Haarlem	H'liede	Heemskerk	Heemstede	Uitgeest	Velsen	Zandvoort
Totaal	4.104	449	147	1.997	19	377	213	141	645	116
Melkvoeding op geboortedag onbekend	86	4	5	45		11	1	7	12	2
Totaal bekende melkvoeding op geboortedag	4.018	445	142	1.952	19	366	212	134	633	114
Borstvoeding zonder bijvoeding	66,2%	62,6%	62,0%	68,3%	42,1%	66,9%	67,5%	68,7%	61,0%	74,6%
Gemengde voeding	13,2%	9,9%	17,6%	16,3%	36,8%	8,7%	15,6%	7,5%	8,1%	7,9%
Kunstvoeding	19,9%	27,1%	20,4%	14,6%	21,1%	22,7%	17,0%	23,9%	29,7%	17,5%
Anders	0,8%	0,4%	0,0%	0,8%	0,0%	1,6%	0,0%	0,0%	1,3%	0,0%

9. Borstvoeding

	Beverwijk	B'daal	Haarlem	H'liede	Heemskerk	Heemstede	Uitgeest	Velsen	Zandvoort
Geboortedag	65,6%	65,2%	64,9%	48,0%	68,5%	73,4%	75,0%	63,6%	72,1%
14 dagen (marge: 10 tot 21 dagen)	55,6%	62,3%	64,3%	50,0%	56,8%	70,6%	60,2%	51,0%	59,8%
1 maand (marge: 3 tot 7 weken)	46,1%	59,9%	56,9%	36,0%	46,7%	68,3%	47,2%	43,8%	56,8%
2 maanden (marge: 7 tot 11 weken)	35,2%	44,1%	45,3%	20,0%	36,2%	56,4%	37,7%	35,4%	43,0%
3 maanden (marge: 11 tot 15 weken)	25,7%	35,8%	37,0%	22,2%	23,7%	42,9%	31,9%	28,3%	41,3%
4 maanden (marge: 15 tot 23 weken)	17,8%	24,3%	26,7%	12,5%	19,2%	26,7%	17,7%	22,5%	25,5%
6 maanden (marge: 23 tot 29 weken)	6,2%	12,3%	10,8%	4,5%	5,1%	12,4%	10,2%	8,8%	24,5%

10. Fysiek milieu

	Z- en M Kennemerland	Beverwijk	B'daal	Haarlem	H'liede	Heemskerk	Heemstede	Uitgeest	Velsen	Zandvoort
Totaal	4104	450	147	1999	19	376	211	141	645	116
Gegevens over fysiek milieu onbekend	265	14	15	151		27	12	14	28	4
Totaal met gegevens over fysiek milieu (100%)	3839	436	132	1848	19	349	199	127	617	112
Geen bijzonderheden	79,2%	87,8%	77,3%	75,3%	52,6%	88,5%	74,4%	73,2%	80,2%	99,1%
Onveilige buurt (criminaliteit, drugsoverlast)	0,9%	1,1%	0,0%	1,2%	0,0%	1,1%	0,0%	0,8%	0,2%	0,0%
Onveilige buurt (criminaliteit, drugsoverlast), Weinig speelgelegenheid	0,2%	0,5%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%
Open water in buurt	5,4%	2,3%	5,3%	5,5%	21,1%	3,4%	11,1%	12,6%	5,5%	0,9%
Open water in buurt, Onveilige buurt	0,1%	0,0%	0,8%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Open water in buurt, Weinig/geen speelgelegenheid	0,2%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,2%	0,0%
Veel verkeer in buurt	8,8%	5,5%	12,9%	9,0%	15,8%	6,3%	11,6%	10,2%	11,3%	0,0%
Veel verkeer in buurt, Onveilige buurt	0,3%	0,2%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%
Veel verkeer in buurt, Open water in buurt	1,7%	0,0%	0,0%	3,1%	10,5%	0,0%	0,5%	1,6%	0,3%	0,0%
Veel verkeer in buurt, Open water in buurt, Onveilige buurt	0,2%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Veel verkeer in buurt, Open water in buurt, Weinig speelgelegenheid	0,2%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Veel verkeer in buurt, Weinig/geen speelgelegenheid	0,8%	0,9%	1,5%	1,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,8%	0,6%	0,0%
Weinig/geen speelgelegenheid	2,1%	1,6%	2,3%	3,0%	0,0%	0,6%	1,5%	0,0%	1,3%	0,0%

11. Gebruik voorschoolse voorzieningen

Kinderen geboren in 2010	Z en M Kennemerland	Beverwijk	B'daal	Haarlem	H'liede	Heemskerk	Heemstede	Uitgeest	Velsen	Zandvoort
Totaal	4.104	449	147	1.997	19	377	213	141	645	116
Gebruik voorschoolse voorzieningen onbekend	157	10	9	79	2	21	3	3	26	4
Totaal gebruik voorschoolse voorzieningen bekend (100%)	3.947	439	138	1.918	17	356	210	138	619	112
Maakt gebruik	68,1%	63,6%	72,5%	69,5%	82,4%	53,7%	76,2%	73,9%	71,1%	62,5%
Maakt geen gebruik	31,9%	36,4%	27,5%	30,5%	17,6%	46,3%	23,8%	26,1%	28,9%	37,5%
Au pair	0,7%	0,0%	2,9%	0,5%	0,0%	0,3%	1,9%	0,0%	1,0%	0,9%
Gastouder	6,0%	9,1%	2,2%	5,2%	0,0%	9,8%	5,7%	6,5%	6,0%	0,9%
Informele oppas	32,8%	41,2%	18,8%	26,1%	17,6%	40,2%	23,8%	46,4%	47,2%	31,3%
KDV	44,2%	28,2%	60,9%	49,8%	64,7%	28,1%	62,9%	47,8%	38,1%	33,0%
MKD	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Kinderen geboren in 2009	Z en M Kennemerland	Beverwijk	B'daal	Haarlem	H'liede	Heemskerk	Heemstede	Uitgeest	Velsen	Zandvoort
Totaal	4.272	472	172	2.007	24	403	288	139	619	148
Gebruik voorschoolse voorzieningen onbekend	45	2	8	23		2			7	3
Totaal gebruik voorschoolse voorzieningen bekend (100%)	4.227	470	164	1.984	24	401	288	139	612	145
Maakt gebruik	77,5%	72,6%	87,8%	77,2%	95,8%	74,8%	86,5%	84,9%	76,8%	68,3%
Maakt geen gebruik	22,5%	27,4%	12,2%	22,8%	4,2%	25,2%	13,5%	15,1%	23,2%	31,7%
Au pair	0,8%	0,0%	4,9%	0,5%	0,0%	0,2%	3,1%	0,7%	0,8%	0,7%
Gastouder	6,7%	10,6%	1,8%	5,4%	4,2%	11,2%	5,9%	12,9%	5,7%	4,1%
Informele oppas	37,6%	44,0%	32,9%	31,0%	50,0%	54,6%	28,8%	53,2%	44,1%	37,2%
KDV	48,4%	31,3%	59,8%	56,1%	45,8%	30,4%	62,8%	51,1%	36,6%	39,3%
MKD	0,0%	0,2%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%	0,0%

11. Gebruik voorschoolse voorzieningen (vervolg)

Kinderen geboren in 2008	Z en M Kennemerland	Beverwijk	B'daal	Haarlem	H'liede	Heemskerk	Heemstede	Uitgeest	Velsen	Zandvoort
Totaal	4.009	446	170	1.719	31	411	303	141	655	133
Gebruik voorschoolse voorzieningen onbekend	47	8	3	21		4	4	1	5	1
Totaal gebruik voorschoolse voorzieningen bekend (100%)	3.962	438	167	1.698	31	407	299	140	650	132
Maakt gebruik	90,1%	88,6%	96,4%	87,8%	93,5%	90,2%	97,3%	92,1%	91,2%	90,9%
Maakt geen gebruik	9,9%	11,4%	3,6%	12,2%	6,5%	9,8%	2,7%	7,9%	8,8%	9,1%
Au pair	0,9%	0,2%	4,8%	0,6%	0,0%	0,5%	2,7%	0,7%	0,2%	2,3%
Doet mee VVE	1,6%	3,7%	0,6%	1,0%	0,0%	3,9%	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%
Voorschools project	0,2%	0,5%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%
Gastouder	7,0%	13,2%	5,4%	5,2%	0,0%	9,8%	7,4%	13,6%	5,8%	1,5%
Informele oppas	38,3%	47,0%	30,5%	30,7%	29,0%	52,1%	32,1%	54,3%	47,1%	31,8%
PSZ	17,7%	26,7%	16,8%	13,9%	16,1%	20,1%	16,1%	5,7%	20,6%	34,1%
KDV	48,1%	31,1%	56,3%	57,4%	58,1%	32,2%	63,5%	47,9%	38,8%	34,1%
PSZ en KDV	3,8%	3,7%	10,2%	3,2%	0,0%	1,2%	7,0%	3,6%	2,0%	14,4%
MKD	0,2%	0,2%	0,0%	0,3%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%

11. Gebruik voorschoolse voorzieningen (vervolg)

Kinderen geboren in 2007	Z en M Kennemerland	Beverwijk	B'daal	Haarlem	H'liede	Heemskerk	Heemstede	Uitgeest	Velsen	Zandvoort
Totaal	4.122	449	200	1.776	26	423	311	154	637	146
Gebruik voorschoolse voorzieningen onbekend	35	4	4	20		1	1		4	1
Totaal gebruik voorschoolse voorzieningen bekend (100%)	4.087	445	196	1.756	26	422	310	154	633	145
Maakt gebruik	96,0%	95,1%	96,9%	95,4%	92,3%	96,0%	99,0%	94,8%	96,8%	96,6%
Maakt geen gebruik	4,0%	4,9%	3,1%	4,6%	7,7%	4,0%	1,0%	5,2%	3,2%	3,4%
Au pair	0,9%	0,2%	4,6%	0,6%	0,0%	0,5%	1,9%	0,6%	0,8%	0,7%
Doet mee VVE	6,6%	10,1%	0,0%	4,8%	0,0%	9,2%	0,0%	0,0%	15,0%	4,1%
Voorschools project	1,4%	1,8%	0,0%	1,7%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	1,6%	5,5%
Gastouder	6,6%	10,1%	4,1%	6,6%	0,0%	8,8%	3,9%	9,1%	5,2%	2,1%
Informele oppas	38,0%	43,8%	26,5%	31,3%	42,3%	49,8%	28,7%	57,8%	47,1%	41,4%
PSZ	35,8%	50,1%	23,5%	30,8%	26,9%	46,2%	27,4%	30,5%	40,8%	42,8%
KDV	43,1%	30,8%	45,9%	50,5%	46,2%	32,2%	53,5%	48,7%	35,9%	22,8%
PSZ en KDV	7,8%	4,3%	23,0%	6,0%	3,8%	3,8%	15,2%	5,2%	6,6%	24,8%
MKD	0,5%	0,4%	0,0%	0,7%	3,8%	0,5%	0,3%	0,6%	0,3%	0,7%

11. Gebruik voorschoolse voorzieningen (vervolg)

Kinderen geboren in 2006	Z en M Kennemerland	Beverwijk	B'daal	Haarlem	H'liede	Heemskerk	Heemstede	Uitgeest	Velsen	Zandvoort
Totaal	4.061	467	213	1.633	36	394	316	163	687	152
Gebruik voorschoolse voorzieningen onbekend	23	2	3	6		3	4		5	
Totaal gebruik voorschoolse voorzieningen bekend (100%)	4.038	465	210	1.627	36	391	312	163	682	152
Maakt gebruik	97,0%	97,4%	98,1%	96,7%	97,2%	95,9%	98,4%	95,1%	97,4%	96,7%
Maakt geen gebruik	3,0%	2,6%	1,9%	3,3%	2,8%	4,1%	1,6%	4,9%	2,6%	3,3%
Au pair	1,1%	0,4%	5,7%	0,4%	0,0%	0,5%	4,5%	1,2%	0,1%	2,0%
Doet mee VVE	7,8%	12,9%	0,0%	6,0%	0,0%	9,7%	0,0%	0,0%	16,4%	5,3%
Voorschools project	1,6%	1,3%	0,0%	2,0%	0,0%	1,3%	0,0%	0,0%	2,3%	3,9%
Gastouder	5,6%	6,2%	5,2%	4,7%	2,8%	7,4%	5,8%	6,7%	7,0%	1,3%
Informele oppas	39,1%	48,2%	30,0%	31,8%	36,1%	52,7%	34,9%	49,7%	47,1%	29,6%
PSZ	42,8%	56,8%	32,9%	38,5%	38,9%	53,7%	27,6%	39,3%	47,9%	46,1%
KDV	38,6%	28,4%	34,8%	44,9%	47,2%	29,2%	50,3%	49,1%	33,3%	17,8%
PSZ en KDV	9,5%	4,9%	27,1%	8,7%	11,1%	5,4%	16,0%	3,7%	6,2%	26,3%
MKD	0,5%	0,4%	0,5%	0,4%	5,6%	0,3%	0,6%	1,2%	0,3%	0,7%

12. Overgewicht

Jongens geboren in 2008	Z en M Kennemerland	Beverwijk	B'daal	Haarlem	H'liede	Heemskerk	Heemstede	Uitgeest	Velsen	Zandvoort
Totaal	2.078	233	94	865	14	220	153	78	346	75
Overgewicht onbekend	608	72	19	307	3	51	36	13	95	12
Totaal bekend overgewicht (100%)	1.470	161	75	558	11	169	117	65	251	63
Overgewicht	5,6%	5,0%	4,0%	6,1%	0,0%	5,3%	5,1%	3,1%	7,2%	3,2%
Obesitas	0,5%	0,6%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%

Meisjes geboren in 2008	Z en M Kennemerland	Beverwijk	B'daal	Haarlem	H'liede	Heemskerk	Heemstede	Uitgeest	Velsen	Zandvoort
Totaal	1.931	213	76	854	17	191	150	63	309	58
Overgewicht onbekend	578	63	22	295	4	56	29	9	93	7
Totaal bekend overgewicht (100%)	1.353	150	54	559	13	135	121	54	216	51
Overgewicht	7,1%	4,0%	1,9%	9,1%	0,0%	6,7%	3,3%	9,3%	7,9%	5,9%
Obesitas	0,9%	1,3%	0,0%	0,5%	0,0%	1,5%	0,0%	3,7%	0,5%	3,9%

Jongens geboren in 2007	Z en M Kennemerland	Beverwijk	B'daal	Haarlem	H'liede	Heemskerk	Heemstede	Uitgeest	Velsen	Zandvoort
Totaal	2.167	236	109	929	8	223	165	87	349	61
Overgewicht onbekend	75	5	4	45	1	4	1	0	14	1
Totaal bekend overgewicht (100%)	2.092	231	105	884	7	219	164	87	335	60
Overgewicht	4,9%	4,8%	4,8%	5,2%	0,0%	6,4%	3,7%	3,4%	5,1%	1,7%
Obesitas	1,0%	0,9%	0,0%	0,9%	0,0%	1,8%	0,6%	0,0%	1,5%	0,0%

Meisjes geboren in 2007	Z en M Kennemerland	Beverwijk	B'daal	Haarlem	H'liede	Heemskerk	Heemstede	Uitgeest	Velsen	Zandvoort
Totaal	1.955	213	91	847	18	200	146	67	288	85
Overgewicht onbekend	66	9	3	26	0	6	3	2	11	6
Totaal bekend overgewicht (100%)	1.889	204	88	821	18	194	143	65	277	79
Overgewicht	6,9%	5,9%	5,7%	7,7%	5,6%	10,3%	7,0%	6,2%	3,2%	7,6%
Obesitas	1,1%	1,0%	0,0%	1,5%	0,0%	1,0%	1,4%	0,0%	0,7%	0,0%

12. Overgewicht (vervolg)

Jongens geboren in 2006	Z en M Kennemerland	Beverwijk	B'daal	Haarlem	H'liede	Heemskerk	Heemstede	Uitgeest	Velsen	Zandvoort
Totaal	2.115	243	111	827	18	203	157	97	375	84
Overgewicht onbekend	34	2	3	16	0	2	4	1	5	1
Totaal bekend overgewicht (100%)	2.081	241	108	811	18	201	153	96	370	83
Overgewicht	5,0%	6,2%	4,6%	5,3%	5,6%	5,5%	3,3%	5,2%	4,9%	2,4%
Obesitas	1,3%	1,7%	0,0%	1,7%	5,6%	1,0%	0,0%	1,0%	1,4%	0,0%

Meisjes geboren in 2006	Z en M Kennemerland	Beverwijk	B'daal	Haarlem	H'liede	Heemskerk	Heemstede	Uitgeest	Velsen	Zandvoort
Totaal	1.946	224	102	806	18	191	159	66	312	68
Overgewicht onbekend	38	6	2	14	1	3	3	1	6	2
Totaal bekend overgewicht (100%)	1.908	218	100	792	17	188	156	65	306	66
Overgewicht	7,1%	9,1%	2,8%	9,4%	5,6%	6,5%	4,6%	5,2%	4,3%	4,8%
Obesitas	1,4%	1,4%	0,0%	1,9%	0,0%	1,1%	0,6%	0,0%	1,6%	0,0%

13. Zittingen en consulten in 2010

CB-LOCATIE	Aantal zittingen door arts	Aantal consulten door arts	Aantal zittingen door w.v.	Aantal consulten door w.v.
Beverwijk	375	3.483	355	2.947
Uitgeest	109	984	110	895
Heemskerk	284	2.688	280	2.380
Velsen	472	4.331	453	3.807
- Velsen Noord	53	441	47	372
- IJmuiden	236	2.171	223	1.856
- Velsbroek	183	1.719	183	1.579
Haarlem	1.486	13.727	1.402	11.739
- P.C.Hoofdstraat	256	2.357	250	2.038
- Colensostraat	377	3.640	357	3.115
- Amsterdamstraat	298	2.714	275	2.364
- Koppestokstraat	264	2.408	249	1.991
- Schalkwijk	291	2.608	271	2.231
Heemstede	312	2.775	281	2.346
Zandvoort	111	987	111	870
Totaal	3.149	28.975	2.992	24.984

Avondbureaus				
Beverwijk	12	57	12	52
IJmuiden	13	71	13	66
P.C. Hoofdstraat	11	54	10	38
Koppestokstraat	13	62	12	41
Schalkwijk	13	67	13	56
Heemstede	13	65	13	55
Totaal	75	376	73	308

14. Reden verwijzing

Kinderen geboren in	2006	2007	2008	2009	2010
Groei	15	33	21	25	21
Motoriek	6	14	12	75	275
Neurologisch		2	1	9	12
Ogen	136	48	17	55	31
Oren	6	6	11	8	7
Hart en vaten	6	10	10	18	38
Mond	1	7	4	9	12
Longen		1	1	6	10
Buik	2	2	5	3	7
Voedingsstoornissen	1	4		13	17
Voedselallergie				17	10
Uro-genitaal	2	1	7	16	19
Huid		5	4	21	28
Bewegingsapparaat	2	7	10	33	68
Bloed			1	2	10
Niet-motorische ontwikkelingsachterstand	2	3		1	
Gedragsproblematiek	8	5	2	1	
Opvoedingsproblematiek	6	3	3	2	
Achterstand spraaktaalontwikkeling moedertaal	7	20	35		
Spraakstoornis	19	55	4		
Achterstand spraaktaalontwikkeling Nederlands (2e taal)	4	5	2	1	
SMI Kinderopvang	5	14	18	7	2
Overig	2	3	1	6	7
VVE indicatie	19	124	200	68	2
Problematiek ouder(s)		2		1	3
Onvoldoende score VTO taal		10	49		
Onvoldoende score GM-SNEL		10	6		
Heupen		1	9	121	859
Visus	338	308	1		
Totaal	587	703	434	518	1.438
Aantal kinderen	548	645	396	467	1.242

15. Meertalig opvoeden kinderen geboren in 2010

		Beverwijk	B'daal	Haarlem	H'liede	Heemskerk	Heemstede	Uitgeest	Velsen	Zandvoort
Totaal	4.104	449	147	1.997	19	377	213	141	645	116
Onbekend of er meertalig wordt opgevoed	79	5	7	41		9	5	2	8	2
Totaal bekend meertalig opvoeden (100%)	4.025	444	140	1.956	19	368	208	139	637	114
Ja, simultaan meertalig	17,7%	23,6%	11,4%	19,4%	0,0%	18,8%	12,0%	10,1%	14,1%	12,3%
Ja, successief meertalig	5,2%	5,0%	0,7%	7,1%	5,3%	4,1%	4,3%	0,7%	3,1%	1,8%
Nee, geen meertalige opvoeding	77,1%	71,4%	87,9%	73,5%	94,7%	77,2%	83,7%	89,2%	82,7%	86,0%

16. Vaccinatiegraad

	Kinderen geboren in	Beverwijk	Bloemendaal	Haarlem	H'liede	Heemskerk	Heemstede	Uitgeest	Velsen	Zandvoort
DKTP basisimmunititeit	2007	97,5%	91,7%	94,9%	100,0%	97,1%	95,7%	96,9%	96,1%	96,6%
Hib	2007	98,6%	93,3%	95,7%	100,0%	97,6%	96,7%	96,9%	96,4%	96,6%
Pneumokokken	2007	96,4%	90,7%	92,4%	95,2%	94,2%	94,0%	96,3%	95,0%	95,2%
BMR	2007	98,0%	94,8%	94,2%	92,9%	97,4%	96,0%	98,1%	97,4%	94,6%
Meningokok C	2007	97,7%	94,8%	94,8%	100,0%	97,4%	95,7%	97,5%	96,9%	94,6%
DKTP 4 jarigen	2004	94,9%	83,0%	87,5%	86,8%	94,5%	89,7%	96,7%	91,1%	89,3%

17. Roken in huis kinderen geboren in 2010

	Z- en M Kennemerland	Beverwijk	B'daal	Haarlem	H'liede	Heemskerk	Heemstede	Uitgeest	Velsen	Zandvoort
Totaal	4.104	449	147	1.997	19	377	213	141	645	116
Onbekend of er in huis wordt gerookt	84	5	8	44		9	4	3	10	1
Totaal bekend in huis roken (100%)	4.020	444	139	1.953	19	368	209	138	635	115
Er wordt in huis gerookt	6,2%	5,9%	4,3%	5,5%	0,0%	4,1%	2,9%	6,5%	11,0%	7,8%
Er wordt niet in huis gerookt	93,8%	94,4%	95,7%	94,5%	100,0%	95,9%	97,1%	93,5%	89,0%	92,2%

18. Slaaphouding kinderen geboren in 2010

	Z- en M Kennemerland	Beverwijk	B'daal	Haarlem	H'liede	Heemskerk	Heemstede	Uitgeest	Velsen	Zandvoort
Totaal	4.104	449	147	1.997	19	377	213	141	645	116
Slaaphouding onbekend	99	6	10	55		13	6	4	11	2
Totaal met bekende slaaphouding (100%)	4.005	443	137	1.942	19	364	207	137	634	114
Bijzonderheden slaaphouding	10,3%	11,7%	8,0%	10,6%	5,3%	15,9%	12,6%	10,2%	6,2%	4,4%
Geen bijzonderheden slaaphouding	89,7%	88,3%	92,0%	89,4%	94,7%	84,1%	87,4%	89,8%	93,8%	95,6%

19. Tandpoetsen

Kinderen geboren in 2008	Z- en M Kennemerland	Beverwijk	B'daal	Haarlem	H'liede	Heemskerk	Heemstede	Uitgeest	Velsen	Zandvoort
Totaal	4.009	446	170	1.719	31	411	303	141	655	133
Tanden poetsen onbekend	96	11	5	52	1	8	6	2	9	2
Totaal bekend tanden poetsen (100%)	3.913	435	165	1.667	30	403	297	139	646	131
1 maal per dag	50,5%	62,3%	55,8%	53,4%	60,0%	35,7%	35,4%	30,2%	56,2%	38,9%
2 maal per dag of vaker	47,7%	35,2%	42,4%	44,1%	40,0%	63,3%	64,3%	68,3%	42,9%	61,1%
Nvt	0,4%	0,5%	0,6%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%
Niet elke dag	1,0%	1,6%	1,2%	1,4%	0,0%	0,2%	0,3%	0,7%	0,6%	0,0%
Nooit	0,4%	0,5%	0,0%	0,4%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%

Kinderen geboren in 2007	Z- en M Kennemerland	Beverwijk	B'daal	Haarlem	H'liede	Heemskerk	Heemstede	Uitgeest	Velsen	Zandvoort
Totaal	4.122	449	200	1.776	26	423	311	154	637	146
Tanden poetsen onbekend	75	6	6	42	1	2	4	1	8	5
Totaal bekend tanden poetsen (100%)	4.047	443	194	1.734	25	421	307	153	629	141
1 maal per dag	27,6%	45,8%	29,9%	27,9%	32,0%	11,2%	12,7%	8,5%	37,0%	24,1%
2 maal per dag of vaker	71,6%	53,5%	70,1%	71,1%	60,0%	88,6%	87,3%	90,8%	62,3%	75,2%
Niet elke dag	0,6%	0,5%	0,0%	0,8%	8,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,5%	0,7%
Nooit	0,2%	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%

Kinderen geboren in 2006	Z- en M Kennemerland	Beverwijk	B'daal	Haarlem	H'liede	Heemskerk	Heemstede	Uitgeest	Velsen	Zandvoort
Totaal	4.061	467	213	1.633	36	394	316	163	687	152
Tanden poetsen onbekend	46	4	4	18	1	4	4	1	8	2
Totaal bekend tanden poetsen (100%)	4.015	463	209	1.615	35	390	312	162	679	150
1 maal per dag	15,5%	26,1%	15,3%	13,9%	20,0%	7,7%	6,7%	5,6%	23,4%	12,7%
2 maal per dag of vaker	83,9%	73,2%	83,7%	85,4%	80,0%	92,1%	93,3%	93,8%	76,0%	86,7%
Niet elke dag	0,5%	0,6%	0,5%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,4%	0,0%
Nooit	0,1%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,1%	0,7%

20. Tandartsbezoek

Kinderen geboren in 2006	Z- en M Kennemerland	Beverwijk	B'daal	Haarlem	H'liede	Heemskerk	Heemstede	Uitgeest	Velsen	Zandvoort
Totaal	4.061	467	213	1.633	36	394	316	163	687	152
Tandarts bezoek onbekend	468	52	27	245	10	32	11	3	70	18
Totaal bekend tandartsbezoek (100%)	3.593	415	186	1.388	26	362	305	160	617	134
1 x per jaar	79,2%	75,4%	84,4%	76,2%	80,8%	80,1%	79,7%	86,9%	84,9%	76,1%
Geen controle	1,6%	1,2%	1,6%	2,2%	7,7%	1,7%	1,0%	0,0%	0,8%	3,7%
Nog geen controle	19,0%	23,4%	13,4%	21,3%	11,5%	18,2%	19,3%	12,5%	14,3%	20,1%
Onduidelijk	0,2%	0,0%	0,5%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%

Kinderen geboren in 2007	Z- en M Kennemerland	Beverwijk	B'daal	Haarlem	H'liede	Heemskerk	Heemstede	Uitgeest	Velsen	Zandvoort
Totaal	4.122	449	200	1.776	26	423	311	154	637	146
Tandarts bezoek onbekend	1.150	110	47	637	11	88	22	14	192	29
Totaal bekend tandartsbezoek (100%)	2.972	339	153	1.139	15	335	289	140	445	117
1 x per jaar	68,8%	66,4%	68,6%	65,7%	86,7%	72,2%	63,7%	85,0%	73,9%	68,4%
Geen controle	1,0%	0,9%	0,7%	1,6%	0,0%	0,6%	0,3%	0,7%	0,4%	1,7%
Nog geen controle	30,0%	32,2%	30,7%	32,4%	13,3%	27,2%	36,0%	14,3%	25,6%	29,9%
Onduidelijk	0,2%	0,6%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

21. Opvoedingsondersteuning

Aantal interventies per geboortjaar van het kind	2006	2007	2008	2009	2010	Totaal
Borstvoeding			2	48	386	436
Voeding zuigeling (geen BV)				49	126	175
Begeleiding voedselallergie		1	1	31	26	59
Overgewicht	18	59	48	8	1	134
Voeding overig	6	16	26	68	46	162
Zuigeling overig			3	57	221	281
Hechting				3	10	13
Achterstand moedertaal	8	37	104	14	1	164
Achterstand taalverwerving Nederlands (2e taal)	10	31	14	6		61
Huilen		1	1	33	153	188
Eten	14	28	41	30	8	121
Slapen	17	87	125	322	142	693
Bewegen					1	1
Spelen		1	1	2		4
Drift en koppigheid	14	56	67	30	3	170
Zindelijkheid	39	21	1			61
Gedrag	104	240	155	65	6	570
Ontwikkeling	12	14	13	9		48
Huiselijk geweld	2	6	7	6	4	25
Verstandelijke beperking (ouder)					2	2
Psychi(atr)ische problemen (ouder)	2	7	5	21	27	62
Zorgwekkende situatie	3	8	13	12	14	50
PPD	1	1	1	1	17	21
Sociaal	1	2	5	7	10	25
Onveilige omgeving	1		1		2	4
Echtscheiding	10	15	10	8	3	46
Gezinsproblematiek overig	15	32	26	56	54	183
Totaal interventies	264	594	616	766	1.072	3.759
Aantal kinderen	257	567	587	736	1.012	3.159

Locaties Jeugdgezondheidszorg Kennemerland

Consultatiebureau Uitgeest

Graskamplaan 10
1911 LH Uitgeest

Consultatiebureau Heemskerk

Maltezerplein 27
1961 JC Heemskerk

Consultatiebureau Beverwijk

Romerkerkweg 10
1942 EZ Beverwijk

Consultatiebureau Velsen-Noord

Wijkerstraatweg 61A
1951 EB Velsen-Noord

Consultatiebureau IJmuiden

Zeewijkplein 262
1974 PL IJmuiden

Consultatiebureau Velsbroek

Aletta Jacobsstraat 200-220
1991 PW Velsbroek

Consultatiebureaus Haarlem

P.C. Hooftstraat 45
2026 XR Haarlem

Colensostraat 11
2021 BA Haarlem

Amsterdamstraat 71
2032 PN Haarlem

Koppestokstraat 87
2014 AN Haarlem

Athenestraat 31
2034 EA Haarlem

Consultatiebureau Zandvoort

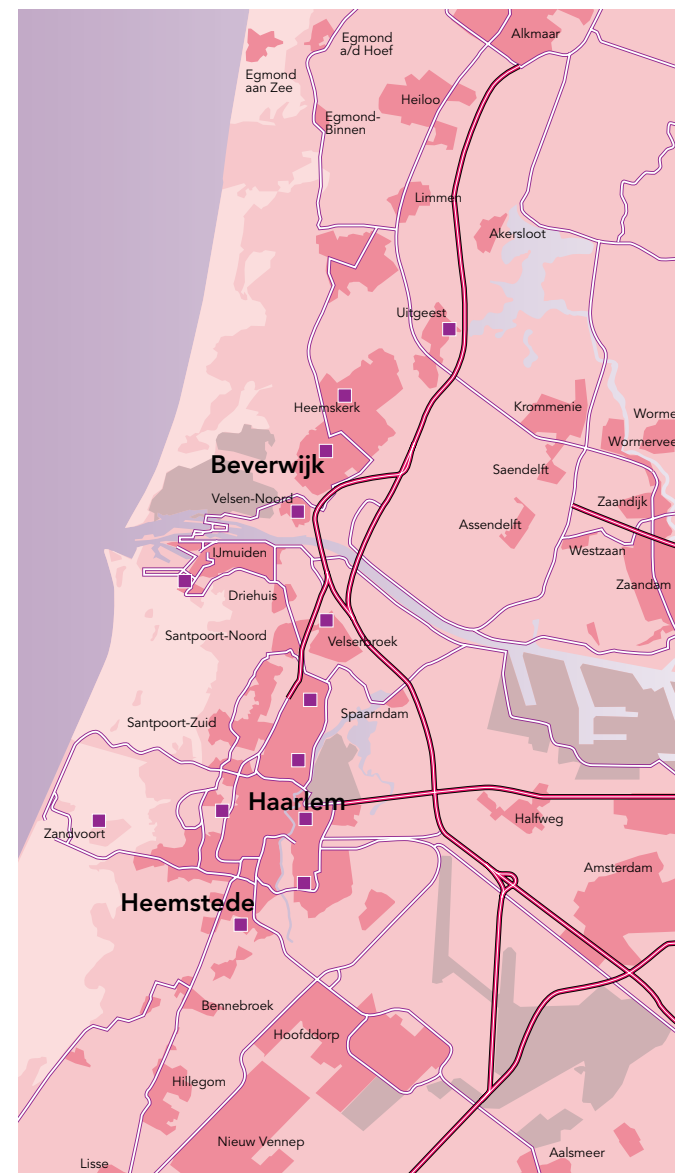
H. Heijermansweg 73
2042 XR Zandvoort

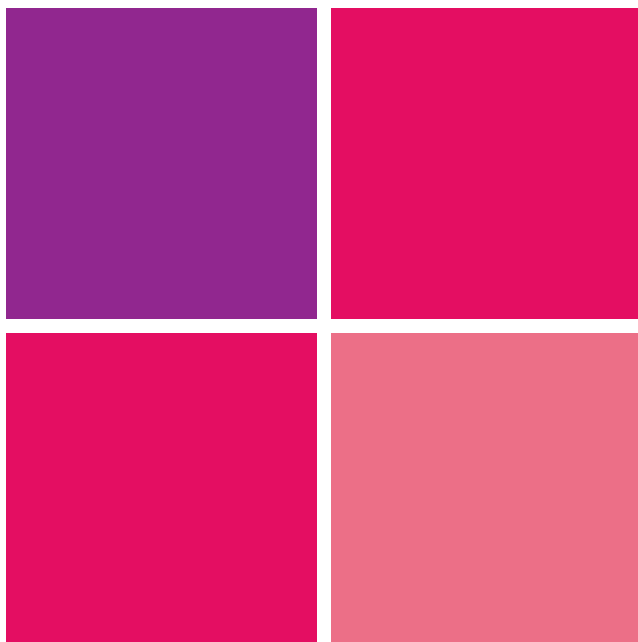
Consultatiebureau Heemstede

Lieven de Keylaan 7
2101 VD Heemstede

Hoofdkantoor Jeugdgezondheidszorg

Kleermakerstraat 51A
1991 JL Velsbroek
Telefoon 088 - 995 95 95





Colofon

Uitgave

Jeugdgezondheidszorg Kennemerland
Kleermakerstraat 51A, 1991 JL Velsersbroek

Tekst

Margaret Brouwer, Manager
Riemke Rip, Stafarts

Redactie

Wilma Lorist

Fotografie

Fotostudio Arnold Bartman
Leo Tillmans

Vormgeving/realisatie

The KEY Agency, Amsterdam