West-Brabant

Gemeente Roosendaal
T.a.v. burgemeester en wethouders
Postbus 5000
4700 KA ROOSENDAAL

Kenmerk:	UIT-13016782	Datum:	28 juni 2013
Behandeld door:	A. van der Zijden	E-mail:	A.Zijden@ggdwestbrabant.nl
Onderwerp:	begrotingswijzigingen extra contactmoment		

Geacht college,

Hierbij sturen wij u twee wijzigingen op de begrotingen 2013 en 2014 van de Gemeenschappelijke regeling Openbare gezondheidszorg (GROGZ) West-Brabant. De voorstellen komen aan de orde in de vergadering van het Algemeen Bestuur van 14 november en zijn de uitwerking van een voorstel om meer aandacht te besteden aan (de gezondheid van) kwetsbare jongeren in het voortgezet en middelbaar beroepsonderwijs.

Extra rijksgeld voor jongeren

Het rijk wil jongeren bewust maken van hun eigen gezondheid en gezond gedrag en hen (preventief) begeleiden. Daarvoor geeft zij gemeenten vanaf 2013 een structurele bijdrage voor het intensiveren van het contact tussen adolescenten en de jeugdgezondheidszorg (JGZ). De staatssecretaris neemt het nieuwe contactmoment op in het (nieuwe) basistakenpakket JGZ.

In 2010 begon de GGD met risicogericht werken in de jeugdgezondheidszorg. Geheel in lijn met deze werkwijze stelden we het Algemeen Bestuur (AB) van de GGD voor om een deel van de middelen voor het extra contactmoment in te zetten voor een kwetsbare groep jongeren. We kwamen tot dit voorstel op basis van de wensen van scholen, ouders en ambtenaren en van de gezondheidscijfers.

GGD West-Brabant
Postbus 3024
5003 DA Tilburg
Telefoon: (076) 528 20 00
Telefax: (076) 521 60 62

www.ggdwestbrabant.nl
Bankrek.: 55.92.47.443
KvK: 20164916

Bezoekadres
Doornboslaan 225-227
4816 CZ Breda

ISO 9001 HKZ

We stelden voor om het contactmoment in te vullen met ziekteverzuimbegeleiding, om zo effectief bij te dragen aan het verminderen van voortijdig schoolverlaten. In 2013 voor de scholen die we al eerder begeleidden, in 2014 voor alle scholen voor voortgezet en middelbaar beroepsonderwijs.
We besteden dan onder andere tijd aan individuele consulten door de jeugdarts en een nabespreking daarvan met de school. Per school ondersteunen we onder andere de docenten en adviseren we over het schoolbeleid rond verzuim en gezondheid.
Als toelichting voegen we het voorstel toe waarmee het Algemeen Bestuur instemde.

AB-besluit over begrotingen

Het Algemeen Bestuur stemde op 20 juni in met ons voorstel en vroeg ons om begrotingswijzigingen voor te bereiden, zodat hij in zijn volgende vergadering daarover een besluit kan nemen.
Dat doen wij met deze brief, door u in kennis te stellen van ons voornemen, waarover u nu de zienswijze van uw raad kunt vragen. De zienswijzen die we vóór 26 oktober ontvangen, voegen we bij de vergaderstukken van het Algemeen Bestuur die we eind oktober naar de gemeenten versturen.

Gevolgen voor uw begroting

Voor de 18 gemeenten die de jeugdgezondheidszorg voor de 4- tot 19-jarigen door de GGD West-Brabant laten uitvoeren, bedraagt het jaarlijkse budget vanuit het rijk ongeveer € 600.000 structureel. Zie verder de bijlagen 2 en 3 voor de verdeling per gemeente.
De totale kosten bedragen in 2013 € 76.000 en in 2014 € 493.000. Het restantbedrag kan elke gemeente zelf inzetten.
Nadat het Algemeen Bestuur in november een besluit heeft genomen, vormt dit de juridische grondslag op basis waarvan u de begrote bedragen in uw begrotingen opneemt. Wij vragen u om nu alvast rekening te houden met deze besluiten.

Wij hopen u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Het Dagelijks Bestuur van de GROGZ West-Brabant,
namens deze,

A. van der Zijden directeur publieke gezondheid

West-Brabant

Invulling extra contactmoment adolescenten

Inleiding

Het bevorderen van gezondheid en gezond gedrag van de jeugd staat hoog op de agenda. Dit blijkt onder meer uit de uitgangspunten voor de verdere ontwikkeling van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) in de landelijke nota *Gezondheid dichtbij* (2011). Bovendien stelt het rijk vanaf 2013 structureel € 15 miljoen beschikbaar aan gemeenten voor een extra contactmoment van de jeugdgezondheidszorg met jongeren vanaf 14 jaar. Het geld komt via de decentralisatieuitkering CJG; daarnaast krijgt elke gemeente ook nog geld voor het versterken van die CJG's zelf.

Met deze notitie stellen we de invulling van het extra contactmoment voor, op basis van de uitkomsten van de behoeftepeilingen onder scholen, ouders en ambtenaren. U vindt er ook een financiële doorberekening en, in een bijlage, een samenvatting van de laatst gehouden jeugdmonitor en informatie over onze huidige werkwijze in het voortgezet onderwijs.
In 2013-2014 willen we starten met een experiment en na een evaluatie gaan we over tot definitieve invoering. Ons aanbod blijft daarbij ruim binnen het kader (van € 591.81). Elke gemeente kan het restantbedrag, in het kader van de flexibilisering, lokaal invullen.

Gezond gedrag

Het doel van het contact tussen adolescenten en de JGZ is het bevorderen van de gezondheid van jongeren om zo hun participatie aan de maatschappij te vergroten. Dit bereiken we door hen bewust te maken van hun eigen gezondheid en gezond gedrag en hen (preventief) te begeleiden om hun eigen kracht te vergroten.
Juist in deze leeftijd zijn er grote lichamelijke en psychosociale veranderingen. Dat vraagt veel van de jongere, die zoekt naar de eigen identiteit en de eigen rol in de samenleving. De minister stelt nadrukkelijk niet voor om een standaardinvulling te geven aan het contactmoment, maar om aan te sluiten bij de behoefte van jongeren en om moderne middelen te gebruiken, zoals social media.

Eigen kracht

We willen naar een samenleving die uitgaat van minder zorgen en meer zelfredzaamheid.
Met deze verschuiving in denken en met de decentralisatie van de jeugdzorg[1] zet de overheid grote stappen. Positief opvoeden en opgroeien, staat hierbij centraal. Daarvoor is een omslag nodig, zó georganiseerd, dat die kinderen met wie het goed gaat, gestimuleerd worden. En waarbij de

[1] De verantwoordelijkheden en middelen voor de jeugdzorg, de geestelijke gezondheidszorg voor de jeugd en de zorg voor kinderen en jongeren met een licht verstandelijke handicap gaan naar de gemeenten.

kinderen die een steuntje nodig hebben, snel weer op weg worden geholpen. Zodat ze die zorg snel, tijdig en dichtbij krijgen of kunnen vinden.
Deze gedachte sluit aan op het advies van de commissie De Winter. Zij adviseert een basispakket dat zich niet alleen op het individu richt, maar ook vanuit een collectieve en omgevingsgerichte blik preventief werkt. De gedachte is dat de JGZ ontzorgt en elk kind biedt wat het nodig heeft. De uitvoering kan dus per kind verschillen.
Dit (geadviseerde) basispakket en de daarbij behorende rol van de JGZ, passen prima bij de doelstellingen die ten grondslag liggen aan de transitie en transformatie van de jeugdzorg. Samen met gemeenten wil de GGD zich dan ook vooral inzetten op het versterken van de eigen kracht van de jongere en hen, daar waar nodig, ondersteunen.

Extra contactmoment
In 2010 begonnen we met risicogericht werken in de jeugdgezondheidszorg, om zo alle kinderen in beeld te houden en vooral te focussen op het signaleren en begeleiden van kinderen/jongeren die extra zorg en aandacht nodig hebben. Inmiddels hebben we onze drie vaste contactmomenten in groep 2 en groep 7 van het basisonderwijs en in klas 2 van het voortgezet onderwijs hier helemaal op ingericht.

Het extra contactmoment is op dezelfde wijze ingericht, niet standaard maar gericht op jongeren die die zorg echt nodig hebben[2]. We hebben positieve ervaringen opgedaan met ziekteverzuim-begeleiding waarbij we kwetsbare jongeren bereiken en schoolverzuim en voortijdig schoolverlaten verminderen. Ziekteverzuimbegeleiding is een voorkeur van de scholen en komt tegemoet aan de wens om kwetsbare jongeren, ook als zij zelf geen hulpvraag formuleren, in beeld te krijgen. Ziekteverzuim is een belangrijk signaal voor psychosociale problematiek.
We stellen voor om deze methode in te zetten als basis voor het extra contactmoment. Zij past erg goed in de huidige ontwikkelingen van passend onderwijs en jeugdzorg, waarin meer onderlinge samenhang beoogd wordt in de zorg voor jeugd. Zo leggen we een verbinding met risicogerichte werkwijze, de lokale CJG's en de (geregionaliseerde) leerplicht. Het budget wordt zo efficiënt en veelzijdig benut.

1 Behoeftepeiling

Behoeften van het voortgezet onderwijs
De GGD voerde in 2011 en 2012 voor zijn nieuwe werkwijze met alle 57 scholen gesprekken om hun wensen en behoeften rond de (gezondheids)problemen bij jongeren te inventariseren.
Over het algemeen geven scholen aan dat zij de meeste problemen ervaren op het terrein van alcohol- en middelengebruik, overgewicht, seksuele vorming en het gebruik van social media. Ook geven ze aan dat ze een actieve aanpak van schoolverzuim als goede ingang zien om jongeren met (gezondheid)problemen op te sporen en te begeleiden. Dit sluit aan bij de cijfers uit de jeugd-monitor van 2011 (zie ook bijlage 1).

[2] Het gaat hierbij om de jongeren vanaf 14 jaar op het voortgezet onderwijs (VO) en het middelbaar beroepsonderwijs (MBO).

Behoeften van ouders

In februari 2013 evalueerden we onze nieuwe werkwijze niet alleen met de VO-scholen, maar hielden we ook een veldverkenning onder 100 ouders. Hierin vroegen we naar hun tevredenheid over het vernieuwde contactmoment in het tweede leerjaar en wat zij belangrijk zouden vinden in een eventueel vervolg.

Van de 100 ouders reageerden er 34. Veel ouders geven aan dat zij het belangrijk vinden dat zij en/of hun zoon/ dochter zelf een verzoek kunnen doen voor een contact en de inhoud ervan kunnen bepalen. Ook willen zij meer eigen keuzevrijheid hebben voor het tijdstip van het contact.

Behoeften van gemeenten

Namens het ambtelijk overleg volksgezondheid (AOV) waren drie ambtenaren nauw betrokken bij het tot stand komen van de koers voor en de en inhoud van het extra contactmoment. Als belangrijke pijlers noemden zij:

- ook een aanbod voor 'stille leerlingen';
- bereiken van 'zorgwekkende zorgmijders';
- van aanbod naar vraag, aansluiten bij eigen kracht van ouders/leerlingen;
- oog voor normale opgroeivragen;
- focus op preventie en normaliseren;
- aanhaken en aansluiten bij de CJG-structuur èn transitie jeugdzorg.

In een brainstormronde met de afgevaardigde ambtenaren, coördinatoren van de samenwerkingsverbanden Voortgezet Onderwijs en JGZ-medewerkers noemden zij de volgende overwegingen:

1. Doorontwikkelen en verstevigen huidige werkwijze in klas 2 van het VO (VO-2): alle jeugdigen in beeld en aandacht voor vragen:
   - overweging dit contactmoment te verplaatsen naar klas 1 van het VO (VO-1)[3];
   - aansluiten bij de E-movo, een vragenlijst via internet, door uitvoering op school een hoge respons en een betrouwbaar beeld van de gezondheid van jongeren. Jongeren kunnen persoonlijk gezondheidsadvies ontvangen met tips en verwijzing naar interessante websites, de mentor of vertrouwenspersoon op school of de GGD.
   - collectieve profielen op school en gemeentelijk niveau. VO- en MBO-scholen krijgen inzicht in de gezondheid en de leefstijl van hun leerlingen en de factoren die daarop van invloed zijn. De school kan deze gegevens gebruiken voor haar school-gezondheidsbeleid.
2. Extra contactmoment:
   - aandacht voor het reduceren van ziekteverzuim en schooluitval met als uitkomst verhogen van arbeidsparticipatie;
   - aanbod op vraag: de ouder kan/mag in het kader van eigen kracht zelf bepalen of een oproep van de GGD nodig/wenselijk is.
   - aanbod op noodzaak: het extra contactmoment is een vervolg op de individuele uitkomst van het contactmoment in VO-2
   - aanbod op het MBO.

[3] Deze suggestie nemen we nog niet over.

2 Voorstel contactmoment

Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) pleit in haar handreiking *JGZ in beeld bij adolescenten* voor een 'couleur locale' en het ontdekken van een nieuw creatief en innovatief aanbod in plaats van het traditionele periodieke gezondheidsonderzoek. Zie verder bijlage 2.

Het extra contactmoment moet aansluiten bij de behoefte van jeugdigen, ouders, scholen en lokale wensen om gezondheid en welzijn van jeugdigen bevorderen, beschermen en bewaken. Het gaat hierbij om maatwerk, juist voor die jongeren die een extra steuntje kunnen gebruiken, dichtbij en laagdrempelig georganiseerd. Belangrijk is ook dat het efficiënt bijdraagt aan de kwaliteit van zorg die beschikbaar is rond jongeren, logische verbinding maakt met preventie en tijdige en juiste verwijzing. Ook belangrijk is de bijdrage aan het gezondheidsbeleid dat al gevoerd wordt op school en in de gemeente.
We stellen voor om het contactmoment in te vullen met ziekteverzuimbegeleiding op alle VO- en MBO-scholen. Een gezamenlijk besluit door alle gemeenten is daarbij nodig: jongeren gaan vaak naar VO- en MBO-scholen in een andere gemeente.

Ziekteverzuimbegeleiding
De aanpak van ongeoorloofd verzuim is bij wet geregeld (leerplichtambtenaar), maar de aanpak van *geoorloofd* verzuim is dat niet. Achter langdurig of veelvuldig geoorloofd schoolverzuim schuilen vaak andere problemen, bijvoorbeeld een onrustige thuissituatie of leer- en motivatie-problemen.
De JGZ zet haar sociaal-medische expertise op het VO en MBO gericht in als medisch adviseur bij schoolverzuim, die voorkomt dat schoolverzuim leidt tot vroegtijdig en ongekwalificeerd school-verlaten. Bij langdurig of frequent ziekteverzuim blijft de school in contact met de jongere en zijn ouders/verzorgers. De jeugdarts wordt geconsulteerd en adviseert en voert bij een complexe situatie een sociaal medisch onderzoek uit en adviseert jongere, ouders en school.
Ziekteverzuimbegeleiding is een voorkeur van de scholen en komt tegemoet aan de wens om jeugdigen, ook als zij zelf geen hulpvraag formuleren, in beeld te krijgen. Ziekteverzuim is een belangrijk signaal voor psychosociale problematiek. Het voorkomt voortijdig schoolverlaten en draagt bij aan optimale groei en ontwikkeling en draagt daarmee ook bij aan participatie.

Een pilot in Amsterdam laat zien dat een verzuimaanpak alleen succesvol kan zijn als het een structurele aanpak wordt die consequent èn breed door iedereen gedragen en nagekomen wordt. Een focus op ziekteverzuim komt tegemoet aan meerdere functies van de JGZ; opsporen, begeleiden naar zorg, brugfunctie en monitoren. Ziekteverzuim als signaal wordt, in samenwerking met de school, de hele schoolperiode gemonitord. Voordeel van deze focus is dat de zorg direct uitgaat naar de jongeren die aandacht nodig hebben, maar dat er ook actieve aandacht is voor het verzuimbeleid van de school.

In West-Brabant loopt er momenteel een onderzoek naar de effectiviteit van een aanpak op ziekteverzuim. We hopen hiermee vragen te kunnen beantwoorden als 'Wie zijn de leerlingen met omvangrijk ziekteverzuim?' 'Welke problemen hebben ze?' en 'Bij welke verzuimomvang zijn welke problemen evident aanwezig?'. In november/december 2013 zijn de onderzoeksuitkomsten bekend. Zie voor meer achtergrondinformatie bijlage 3.

Concreet
In 2013 willen we starten met de scholen die ons al eerder betrokken bij de begeleiding; dat zijn er ongeveer 15. Daarnaast maken we nieuwe afspraken met gemeenten en scholen om te zorgen voor een goede start en zorgvuldige invoering. In 2014 breiden we het aantal uit naar alle scholen.

3 Financiën

In een eerdere notitie berekenden we, op basis van de septembercirculaire bij het Gemeentefonds, het jaarlijkse extra gemeentelijk budget op ongeveer € 600.000. Dit budget bedraagt in werkelijkheid € 591.831, zie verder bijlage 5 voor o.a. de verdeling per gemeente.

De (invoerings)kosten voor 2013 zijn € 76.000. Het zijn de uitvoeringskosten vanaf augustus 2013 voor 15 scholen (€ 46.000) en de invoeringskosten van het hele traject (€ 30.000, o.a. voor de kosten van een projectleider en materiele uitgaven, zoals flyers, folders, formulieren, e.d.).
In 2014 zijn de kosten € 493.000. De uitgangspunten hierbij zijn:

- 66 scholen met per school gemiddeld 20 leerlingen die in aanmerking komen voor ziekteverzuimbegeleiding
  - per leerling besteden we tijd aan:
    - individueel consult;
    - uitwerking en registratie in het elektronisch kinddossier;
    - het nabespreken met de school (mentor/zorgcoördinator);
    - het (telefonisch) contact met behandelaar/medisch specialist/huisarts;
    - eventuele reistijd.
  - bij de contacten met de school besteden we tijd aan:
    - het vertalen van individueel naar collectief (signaleren van ontwikkelingen, trends);
    - het ondersteunen van docenten en mentoren in hun verzuimgesprekken met de leerlingen;
    - het adviseren over het schoolbeleid rond gezondheid en over het verzuimbeleid.

Begin 2015 voeren we een eerste evaluatie uit die we dan verwerken in een voorstel voor definitieve invoering in 2016.

Het basisaanbod blijft dus ruim binnen het kader (van € 591.81). Elke gemeente kan het restantbedrag, in het kader van de flexibilisering, lokaal invullen. Dat kunnen we naar behoefte en op maat afspreken. Dit geldt overigens niet voor de gemeenten Baarle-Nassau en Rucphen, die hun extra gemeentelijke budget al volledig benutten.

Bijlage 1

Jeugdmonitor

In West-Brabant zijn er 65.768 kinderen tussen 12-19 jaar bekend bij de GGD en hebben een actief dossier gekoppeld aan een school. In 2011 voerden we de laatste jongerenmonitor uit onder deze groep. Die laat de volgende resultaten zien voor de 15- tot 17-jarigen:

- Er is een toename van **lichamelijke inactiviteit, een matig tot slecht oordeel over de gezondheid**, geslachtsgemeenschap, **onveilig vrijen** en **genotmiddelengebruik**.
- **Overgewicht** komt het meest voor bij jongeren die VMBO/Praktijkonderwijs volgen (14%) en het minst bij jongeren die HAVO (6%) of VWO (7%) volgen.
- **Chronische aandoeningen en belemmeringen** komen meer voor bij jongeren die VMBO/Praktijkonderwijs volgen (resp. 31% en 25%) dan bij jongeren die MAVO/VMBO theoretisch, MBO, HAVO of VWO (resp. 23-26% en 18-21%) volgen.
- Het percentage jongeren dat voldoet aan de norm van 7 dagen per week minimaal 1 uur per dag sporten of bewegen, is op het MBO lager (15%) dan op VMBO/Praktijkonderwijs, MAVO/VMBO theoretisch, HAVO en VWO (21-28%).
- In het algemeen komt **genotmiddelengebruik** meer voor op het MBO dan op VMBO/Praktijkonderwijs, MAVO/VMBO theoretisch, HAVO en VWO.
- Op het MBO is het percentage jongeren dat ooit **geslachtsgemeenschap** heeft gehad hoger (48%) dan op VMBO/Praktijkonderwijs, MAVO/VMBO theoretisch, HAVO en VWO (21-31%). Dat geldt ook voor het percentage dat wel eens **onveilig** heeft gevreeën (25% versus 7-17%)
- Op VMBO/Praktijkonderwijs, MAVO/VMBO theoretisch, MBO, HAVO en VWO heeft ongeveer 35% van de jongeren in de afgelopen 4 weken wegens ziekte **verzuimd** van school.
- Het percentage jongeren dat in de afgelopen 4 weken wegens **ziekte** heeft verzuimd van school is hoger bij jongeren met:
    - chronische aandoeningen en belemmeringen als gevolg daarvan;
    - een slecht sociaal en emotioneel welbevinden;
    - lichamelijke inactiviteit;
    - genotmiddelengebruik;
    - geslachtsgemeenschap, onveilig vrijen, ongewenste seksuele ervaring;
    - 1 of beide ouders/verzorgers werkloos/arbeidsongeschikt of langdurig ziek;
    - 1 ouder in het gezin;

Op korte termijn kan het risicovolle gedrag van pubers zorgen voor afwezigheid op school en slechtere schoolprestaties. Op de lange termijn kan het leiden tot voortijdig schoolverlaten zonder startkwalificatie, verminderde arbeidsparticipatie en hogere ziektekosten.

Bijlage 2

Landelijke handreiking

Landelijk geeft het NCJ in haar handreiking *JGZ in beeld bij adolescenten* richting aan de invulling van het contactmoment. In deze handreiking pleit zij voor een zogenaamde 'couleur locale' en het ontdekken van een nieuw creatief en innovatief aanbod in plaats van het traditionele periodieke gezondheidsonderzoek. Het NCJ geeft hiervoor onderstaande bouwstenen:

1. *Bekend, zichtbaar en toegankelijk zijn als JGZ op school*
    - Laagdrempelig contact
    - Regelmatig in en om de school zijn
    - Aanhaken bij een logische plek waar jongeren naar informatie zoeken (digitale omgeving)
    - Verbindingen maken met andere JGZ organisaties (internet, maar ook VO scholen zijn niet gebonden aan regiogrenzen)
    - Laat digitale middelen niet op zichzelf staan, maar koppel deze aan andere interventies

2. *JGZ inbedden in het gezondheidsbeleid van de school*
    - JGZ als aanspreekpunt en schakel tussen de GVO'ers, beleidsmakers etc.
    - Opstellen van een preventieplan (gezondheidsbeleid). Welke doelen wil de school volgend jaar bereiken?

3. *Versterken van de kwaliteit van het zorgbeleid*
    - Ondersteunen docenten/mentoren bij het signaleren van mogelijke problemen of risico's rond de gezondheid.
    - Door deelname aan het ZAT is de JGZ in staat vragen te beantwoorden, situaties te normaliseren en specialistische adviezen te vertalen naar de schoolse praktijk.
    - JGZ inzetten als medisch adviseur bij schoolverzuim
    - Voorkomen dat schoolverzuim leidt tot een stagnerende (leer)ontwikkeling en vroegtijdig schoolverlaten

Bijlage 3

Verzuim en voortijdig schoolverlaten

Verzuim en voortijdig schoolverlaten zijn hardnekkige en complexe verschijnselen. Sinds jaar en dag zet de overheid in op een aanpak van het voortijdig schoolverlaten, van preventie tot curatie en van projectbeleid tot het de aanpak binnen het reguliere systeem.
Ook in de Leerplichtwet 1969 is een aantal wijzigingen doorgevoerd. In 1993 wordt de startkwalificatie als minimum opleidingsgrens geïntroduceerd. Daarnaast is een belangrijke boodschap: 'het onderwijs kan het niet alleen'. Daarmee wordt ingezet op een preventieve en decentrale aanpak. Niet alleen scholen worden aangesproken, ook de lokale overheid en de jeugdzorg, justitie/politie en arbeidsvoorziening en de arbeidsmarkt blijven actief betrokken.

Ondanks deze maatregelen blijft het voortijdig schoolverlaten onacceptabel hoog. Dat is voor bewindslieden in 2006 de aanleiding om 'Aanval op de uitval' te lanceren. In cijfers:

- de meeste schooluitval vindt plaats tussen 17 en 18 jaar;
- de overstap van het VMBO naar het MBO is groot struikelblok;
- 55% van de voortijdig schoolverlaters komt van het MBO (vooral het eerste jaar)
- 25% van de voortijdig schoolverlaters komt van het VMBO;
- 16% van de leerlingen van VMBO-4 haalt geen diploma of gaat geen vervolgopleiding doen.

De ambitie is het aantal nieuwe voortijdig schoolverlaters terug te dringen tot maximaal 35.000 in 2010. En daarnaast de leerlingen die toch uitvallen beter en sneller te begeleiden naar school, werk of combinaties van die twee. De overheid schrijft geen acties voor, maar benoemt wel vier thema's:

- vroege preventie;
- soepele overgangen;
- bij de les houden;
- de praktijk als leermeester.

Er worden in 12 regio's convenanten afgesloten die ervoor moeten zorgen dat er maatregelen worden genomen die echt een bijdrage leveren aan het verminderen van verzuim en uitval. West-Brabant zit hier nog niet bij.

Bijlage 4

Het huidig pakket – een stevige basis

Alle jongeren in beeld

De huidige werkwijze van de GGD op het voortgezet onderwijs is dat we in het tweede leerjaar bij alle jongeren een vragenlijst afnemen met belangrijke gezondheidsitems zoals gezond gewicht, roken, veilig vrijen, alcohol- en middelengebruik, social media. We hanteren een risicomodel waarbij we 100% van de leerlingen in beeld hebben en actief in gesprek gaan bij vragen en signalen. Waar nodig vervolgen we de screening met een onderzoek op indicatie, kortdurende begeleiding of verwijzing naar passende hulpverlening.
Behalve op de eigen kracht van jongeren zet de JGZ in op het versterken van de omgeving waarin jongeren verkeren. Zo spelen ouders een belangrijke rol en zet de JGZ in op het versterken van de signaleringsrol van docenten op school. Daarnaast levert de rol van de JGZ binnen het zorg(advies)team en in CJG-verband een bijdrage aan de kwaliteit van zorg op school.

Collectieve gezondheidsprofielen

De GGD heeft onderzoekt in 2013 in een pilot de mogelijkheden om de –geanonimiseerde- gegevens van alle tweedeklassers te verwerken tot zogenoemde collectieve gezondheidsprofielen. In dit profiel staan trends en signalen die een goed zicht geven op de belangrijkste (gezondheids)problemen binnen de school. Dit biedt school de mogelijkheid gezondheidsbeleid te formuleren met heldere resultaten en hier gericht en integraal interventies op in te zetten. Voor de gemeente zijn de gegevens een belangrijke aanvulling zijn op de jongeren-monitor en een basis voor de lokale invulling van gezondheidsdoelen en passende interventies. Bijvoorbeeld:

- thematische projecten zoals preventie van alcoholgebruik en -misbruik (Think before you drink);
- de Gezonde school, een meerjarig programma gericht op gezond gedrag en een gezonde schoolomgeving;
- inzet vanuit Sense gericht op relaties en seksualiteit.

Aansluiting bij het CJG

Ook dit wordt lokaal, op maat uitgewerkt. Basisgedachte is dat de JGZ een vast onderdeel is van het CJG, een sluitend netwerk rondom jeugd en een vraagbaak voor ouders/opvoeders en jongeren voor vragen rondom opgroeien en opvoeden. Ouders hebben landelijk aangegeven meer behoefte te hebben aan voorlichting, cursussen en advies op maat ten aanzien van 'het omgaan met pubers'. Door bundeling van de krachten van alle ketenpartners onder vlag van het CJG kunnen jongeren en hun ouders beter bereikt en geïnformeerd worden. Tevens kan er door de contacten vanuit de GGD op de scholen (wijkgericht werken) eerder ingesprongen worden op bepaalde trends.

Social media

Social media zijn een goede manier om jongeren te bereiken en te informeren. De ontwikkelingen op dit gebied gaan snel. Jongeren, onze toekomstige generatie, weten, denken, kunnen niet anders meer: ze groeien op met social media. Voor hen is het geen trucje, kunstje of hype, maar het is dé vorm van communicatie.
Daarbij gaat het ook om de inhoud. Waar wij vroeger nog op de bel drukten om met de buurjongen af te spreken, onderhoudt de jongere nu met zijn duimen het contact met klasgenoten die 15 km verderop wonen. En dit in een tempo dat veel sneller gaat dan andere communicatievormen. Al langere tijd leeft de wens bij de GGD om hierop aan te sluiten.
We zien het als onze verantwoordelijkheid om onze diensten en werkwijzen hierop aan te passen. Dus: de GGD vraagt hiervoor geen extra middelen, maar bekostigt het uit eigen budget. Hieronder twee actuele voorbeelden.

Dr. Google
Jongeren zoeken en vinden steeds meer informatie via het internet. In het kader van 'eigen kracht' is dit natuurlijk prima. Wel is het de vraag of zij de juiste informatie vinden. Niet alle websites zijn even up to date en/of betrouwbaar qua informatie. De GGD West-Brabant wil deelnemen aan het project 'Jouwggd' van de GGD Amsterdam (zie http://www.jouwggd.amsterdam.nl/) en mede een landelijk chatteam bemensen.
'Jouwggd' leent zich er prima voor om landelijk uitgerold te worden mét genoeg ruimte voor lokale invulling. Aanvullende manieren om het contact met jongeren vorm te kunnen gaan geven bestaan onder andere uit e-hulpverlening (deelname aan landelijke initiatieven zoals @deschoolarts en @ggdjongeren).

Mijn Kind in Beeld
Mijn Kind in Beeld wordt door de GGD West-Brabant samen met Careyn Thuiszorg ontwikkeld. Het is een digitale toepassing voor jeugdigen en ouders om inzicht te krijgen in de ontwikkeling en gezondheid. Waar nodig kunnen zij advies krijgen worden ze toegeleid naar ondersteunende instanties.
De GGD krijgt hiermee vroegtijdig inzicht in (potentiele) risicokinderen en kan de juiste acties inzetten. Bovendien geeft het gemeenten en GGD inzicht in gezondheid, ontwikkeling en het welzijn van de kinderen en kunnen gebruikt worden voor beleid.

Bijlage 5

Extra middelen contactmoment adolescenten per gemeente

Per gemeente zien de extra middelen en de kosten van de begeleiding er als volgt uit:

gemeenten	aantal inwoners per 31 oktober 2012 (gebruikt voor de beleidsbegroting 2014)	Beschikbare extra middelen voor de gemeenten vanuit het Rijk voor het extra contact moment	bedrag per gemeente obv aantal inwoners	Verschil wat gemeente ontvangen en wat het voor de gemeente kosten obv aantal inwoners
Aalburg	12.758	€ 13.012	€ 9.111	€ 3.901
Alphen-Chaam	9.643	€ 8.093	€ 6.886	€ 1.207
Baarle-Nassau	6.703	€ 4.711	€ 4.787	€ -76
Bergen op Zoom	66.176	€ 57.594	€ 47.258	€ 10.336
Breda	178.182	€ 153.540	€ 127.245	€ 26.295
Drimmelen	26.697	€ 21.967	€ 19.065	€ 2.902
Etten-Leur	42.219	€ 37.503	€ 30.150	€ 7.353
Geertruidenberg	21.489	€ 18.063	€ 15.346	€ 2.717
Halderberge	29.253	€ 24.048	€ 20.890	€ 3.158
Moerdijk	36.638	€ 31.261	€ 26.164	€ 5.097
Oosterhout	53.770	€ 47.407	€ 38.399	€ 9.008
Roosendaal	77.201	€ 68.350	€ 55.132	€ 13.218
Rucphen	22.321	€ 15.761	€ 15.940	€ -179
Steenbergen	23.477	€ 18.828	€ 16.766	€ 2.062
Werkendam	26.415	€ 24.563	€ 18.864	€ 5.699
Woensdrecht	21.685	€ 17.254	€ 15.486	€ 1.768
Woudrichem	14.452	€ 12.915	€ 10.321	€ 2.594
Zundert	21.272	€ 16.961	€ 15.191	€ 1.770
TOTAAL	**690.351**	**€ 591.831**	**€ 493.000**	**€ 98.831**

Bijlage 2

Gemeentelijke bijdrage 2013 per gemeente inclusief extra contactmoment adolescenten

Per gemeente ziet de gemeentelijke bijdrage 2013 er als volgt uit:

(bedragen in euro's)

gemeenten	aantal inwoners per 31 oktober 2012	TOTAAL BIJDRAGE DEELNEMENDE GEMEENTEN 2014 (BELEIDSBEGROTING 2014)	Bijdrage extra contactmoment adolescenten	TOTAAL BIJDRAGE DEELNEMENDE GEMEENTEN 2014 INCL. BEGROTINGSWIJZIGING
Aalburg	12.758	**238.458**	9.111	247.569
Alphen-Chaam	9.643	**178.958**	6.886	185.844
Baarle-Nassau	6.703	**121.556**	4.787	126.343
Bergen op Zoo	66.176	**1.258.322**	47.258	1.305.580
Breda	178.182	**3.309.084**	127.245	3.436.329
Drimmelen	26.697	**483.350**	19.065	502.415
Etten-Leur	42.219	**775.636**	30.150	805.786
Geertruidenbe	21.489	**392.398**	15.346	407.744
Halderberge	29.253	**548.650**	20.890	569.540
Moerdijk	36.638	**683.783**	26.164	709.947
Oosterhout	53.770	**999.035**	38.399	1.037.434
Roosendaal	77.201	**1.457.255**	55.132	1.512.387
Rucphen	22.321	**412.413**	15.940	428.353
Steenbergen	23.477	**440.509**	16.766	457.274
Werkendam	26.415	**484.953**	18.864	503.816
Woensdrecht	21.685	**409.181**	15.486	424.667
Woudrichem	14.452	**273.218**	10.321	283.539
Zundert	21.272	**384.604**	15.191	399.795
TOTAAL	**690.351**	**12.851.362**	**493.000**	**13.344.362**

Bijlage 3

Gemeentelijke bijdrage 2014 per gemeente inclusief extra contactmoment adolescenten

Per gemeente ziet de gemeentelijke bijdrage 2014 er als volgt uit:

(bedragen in euro's)

gemeenten	aantal inwoners per 30 november 2011	TOTAAL BIJDRAGE DEELNEMENDE GEMEENTEN 2013	Bijdrage extra contactmoment adolescenten (begrotingswijziging)	TOTAAL BIJDRAGE DEELNEMENDE GEMEENTEN 2014 INCL. BEGROTINGSWIJZIGING
Aalburg	12.754	**241.160**	1.408	242.568
Alphen-Chaam	9.521	**179.897**	1.051	180.948
Baarle-Nassau	6.732	**124.140**	743	124.883
Bergen op Zoo	66.133	**1.276.604**	7.300	1.283.904
Breda	176.564	**3.326.044**	19.490	3.345.534
Drimmelen	26.616	**489.424**	2.938	492.362
Etten-Leur	41.994	**782.287**	4.635	786.922
Geertruidenbe	21.486	**397.207**	2.372	399.579
Halderberge	29.344	**558.540**	3.239	561.779
Moerdijk	36.506	**691.457**	4.030	695.487
Oosterhout	54.015	**1.017.370**	5.962	1.023.332
Roosendaal	77.396	**1.482.167**	8.543	1.490.710
Rucphen	22.321	**420.294**	2.464	422.758
Steenbergen	23.369	**445.997**	2.580	448.577
Werkendam	26.393	**491.314**	2.913	494.227
Woensdrecht	21.700	**414.698**	2.395	417.093
Woudrichem	14.417	**276.514**	1.591	278.105
Zundert	21.252	**391.553**	2.346	393.899
TOTAAL	**688.513**	**13.006.667**	**76.000**	**13.082.667**