



## Randvoorwaardelijke implicaties JGZ-richtlijn Zindelijkheid

In dit document wordt beschreven welke veranderingen en aanpassingen worden verwacht dankzij de invoering van deze JGZ-richtlijn. Bijvoorbeeld wat is het verschil tussen de huidige werkwijze en de werkwijze die wordt aanbevolen in de richtlijn? Welke organisatorische aanpassingen zijn nodig om de richtlijn uit te kunnen voeren, wat zijn de benodigde financiële om dit te realiseren?

Tabel 1 Mate van verandering en aanpassing JGZ-richtlijn Zindelijkheid

Mate van verandering/aanpassing	Nauwelijks	Enigszins	Groot
Verandering in professioneel handelen			
Benodigde praktische en organisatorische aanpassingen			
Benodigde financiële middelen			

### Toelichting

#### 1. Mate van verandering in professioneel handelen

*Hierbij is gekeken naar het verschil tussen de huidige werkwijze en de werkwijze die wordt beschreven in de richtlijn. Hoe groter het verschil hoe meer bijscholing nodig zal zijn.*

- Het werken met de anamneselijsten is voor sommige organisaties nieuw.
- Voor het starten van begeleiding dient de jeugdverpleegkundige na te gaan of het lichamenlijk onderzoek door een arts eerder is verricht.
- Uit de praktijktest bleek dat met name in de zorg voor 0-4-jarigen weinig nieuwe handelingen werden ervaren door het werken met de richtlijn.

#### 2. Mate van benodigde praktische en organisatorische aanpassingen

*Hier wordt aangegeven welke organisatorische aanpassingen JGZ-organisaties nodig zijn om ervoor te zorgen dat JGZ-professionals de richtlijn kunnen uitvoeren of welke knelpunten te verwachten zijn die om een organisatorische aanpassing vragen.*

- Dit is afhankelijk van de huidige werkwijze in de organisatie. Uit de praktijktest bleek dat voor sommige organisaties het werken met de richtlijn niet meer tijd in beslag neemt. Andere organisaties gaven aan dat de richtlijn voor hen 'nieuwe' aandachtspunten bevat waardoor extra consulttijd en extra controles nodig zijn in vergelijking met de huidige werkwijze.
- Het afnemen van de anamneselijsten kan extra tijd kosten. Dit is echter sterk afhankelijk van de huidige werkwijze in de organisatie. Een aantal organisaties neemt de anamneselijsten al af. Andere organisaties bepalen tijdens het PGO alleen of een kind zindelijk is; er wordt zo nodig een extra consult gepland voor de aanvullende anamnese.
- De verwachting is dat de richtlijn zal leiden tot opsporing van meer kinderen en meer verwijzingen. Dit is echter sterk afhankelijk van de huidige werkwijze in de organisatie. In de praktijktest gaven sommige organisaties aan dat dit 2,5 keer zoveel kinderen zouden zijn. Andere organisaties gaven aan geen extra kinderen te zullen opsporen, omdat hier al rekening mee is gehouden in het huidige beleid. Het is wenselijk de ervaringen met het

werken met de richtlijn een keer per jaar uit te wisselen via casuïstiekbespreking, tijdens werkoverleg, intervisie of intercollegiale toetsing.

- Uit de praktijktest kwam naar voren dat de uitvoering van de richtlijn mede bepaald wordt door het beleid in de keten. Voorlichting en afstemming in de regio is nodig. Dit kan door bijvoorbeeld een bijeenkomst te beleggen met 1e en 2e lijn en gerichte individuele toelichting/terugkoppeling in geval van verwijzing. De benodigde tijd is niet alleen sterk afhankelijk van de huidige werkwijze maar ook van de omvang van een regio.

### **3. Mate van benodigde financiële middelen**

*Bovenstaande punten zijn van invloed op de benodigde financiële middelen (ook voor eventuele extra menskracht en tijd). Het gaat hierbij om financiering voor onderstaande activiteiten of materialen.*

- Interne instructie/bijscholing kost gemiddeld 2 uur per medewerker. Voor degene die de scholing geeft, gemiddeld 4 uur voorbereidingstijd (eenmalig) en daarna 3 uur per instructie.
- Begeleiding op de werkplek, kost gemiddeld 0,5 uur per verpleegkundige/arts die weinig ervaring heeft.
- Aanpassing van folders en verwijderen 'oude' richtlijn/protocollen/folders. Indien wordt gekozen voor het laten drukken van de folder voor ouders, scholen en kinderopvang, zijn de drukkosten voor rekening van de organisaties. De digitale versie van de folder staat op de NCJ website, de versie geschikt voor drukwerk is op te vragen bij het NCJ.
- Informatie en overleg in de keten (huisartsen, kinderartsen, speciale poli's, kinderfysiotherapeuten) door één (staf)medewerker 0-19. Eventueel is dit een medewerker met als aandachtsgebied zindelijkheid. Benodigde tijd: Tussen de 8 - 12 uur voor de (staf)medewerker. Gemiddeld 1 uur per arts en verpleegkundige bij aanwezigheid op een afstemmingsbijeenkomst.
- Extra consulttijd  
0-4 jaar: gemiddeld 0 – 5 minuten per consult.  
4-19 jaar: gemiddeld 0 - 10 minuten per consult.  
Extra tijd begeleiding gesignaleerde kinderen 4-19 jaar: gemiddeld 5 minuten voor de arts. Gemiddeld 2 uur voor de verpleegkundige. De extra tijd voor de jeugdarts is vanwege een extra consult voor lichamelijk onderzoek, indien dit nog niet eerder is gedaan. De extra tijd voor de verpleegkundige is vanwege een intake/indicatieconsult, begeleiding en follow-up (telefonisch of via huisbezoek).