

2. Kamphuis M, Leerdam FJM van, Wierenga-van der Hoeven CJ, Bulk-Bunschoten AMW, Deurloo J, Beltman M. JGZ richtlijn Zindelijkheid URINE en FECES. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid; 2011.
3. Boere-Boonekamp MM, Sleuwen BE van. Handreiking samenwerking huisarts - jeugdgezondheidszorg. Utrecht: LHV-NHG-AJN; 2008. Beschikbaar via: [www.ncj.nl/upload/docs/Handreiking%20samenwerking%20huisarts-jeugdgezondheidszorg.pdf](http://www.ncj.nl/upload/docs/Handreiking%20samenwerking%20huisarts-jeugdgezondheidszorg.pdf). Geraadpleegd november 2010.
4. Buiting E, Verkerk PH, Wagenaar MM, HiraSing RA. Verslag Project rechtstreeks verwijzen van de jeugdgezondheidszorg naar de 2e lijn. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven; 2006.
5. Richtlijn Incontinentie bij kinderen. Nederlandse Vereniging voor Urologie, Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde en Vereniging van Nederlandse Incontinentie Verpleegkundigen Richtlijn Incontinentie bij kinderen. 2008. [www.nvu.nl/uploads/YO/\\_U/YO\\_UAq7N29pbE4JKMDqbyw/Incontinentie-bij-Kinderen-07112008.pdf](http://www.nvu.nl/uploads/YO/_U/YO_UAq7N29pbE4JKMDqbyw/Incontinentie-bij-Kinderen-07112008.pdf).
6. Diemel JM, Hurk APJM van den, Muris JWM, Pijpers MAM, Verheij AAA, Kurver MJ. NHG-Standaard Obstipatie. Huisarts Wet 2010;53:484-98. [nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k\\_richtlijnen/k\\_nhgstandaarden/NHGStandaard/M92\\_std-1.htm#Inleiding](http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/NHGStandaard/M92_std-1.htm#Inleiding).
7. Mulder Z, Vijverberg M. Bedplassen daar wil je vanaf. 2e druk. Haarlem: Gottmer; 2008.
8. Haaren KAM van, Visser HS, Vliet S van, Timmermans AE, Yadava R, Geerlings SE, Riet G ter, Pinxteren B van. NHG-Standaard Urineweginfectie (tweede herziening). Huisarts Wet 2005(8):341-52. [nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k\\_richtlijnen/k\\_nhgstandaarden/NHGStandaard/Mo5\\_std.htm#Inleiding](http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/NHGStandaard/Mo5_std.htm#Inleiding).

C.L. van Vuuren, L. van Dieren en M.F. van der Wal

## Risicotaxatie en E-MOVO binnen de Amsterdamse JGZ

JGZ Amsterdam wil door invoering van risicotaxatie binnen het contactmoment in de tweede klas van het voortgezet onderwijs extra tijd vrijmaken voor het bieden van advies, ondersteuning en lichte hulpverlening aan risicogroepen. Risicotaxatie vindt plaats op basis van vier bronnen: 1) het dossier, 2) consultaanvraag door de school, de ouders en/of de jongere zelf, 3) afwijkende meet- en weeggegevens en/of 4) zorgwekkende score in de E-MOVO-medewerkersmodule. Vernieuwend hierbij is dat E-MOVO voor het eerst in Nederland, naast als monitorinstrument, ook is gebruikt als bron voor risicotaxatie en als leidraad voor het gesprek door de JGZ-medewerkers met de jeugdige. Een pilot, met daaraan gekoppeld een procesevaluatie, is uitgevoerd. De resultaten van de procesevaluatie laten zien dat invoering van risicotaxatie op vmbo-t (binnen een scholengemeenschap), havo- en vwo-scholen haalbaar is. E-MOVO lijkt bruikbaar en betrouwbaar om risicokinderen te signaleren en om het consult van JGZ vorm te geven. Bovendien resulteert deze nieuwe werkwijze in meer tijd voor risicokinderen. Het verdient wel de aanbeveling het oproeppercentage en het effect van de nieuwe werkwijze na te blijven gaan.

### Inleiding

Het cluster Jeugdgezondheidszorg (JGZ) van de GGD Amsterdam heeft 2 belangrijke wijzigingen doorgevoerd in het preventief gezondheidsonderzoek (PGO) op het voortgezet onderwijs, klas 2 (VO2), die zijn ingegaan in het schooljaar 2010-2011. De eerste wijziging is werken volgens risicotaxatie, waarbij JGZ-medewerkers jongeren indelen naar zorgbehoefte. Een tweede wijziging is de vervanging van de schriftelijke leefstijl- en gezondheidsvragenlijst door een digitale vragenlijst, genaamd E-MOVO (Elektronische Monitor en Voorlichting). E-MOVO is ontwikkeld door Maastricht University en de

GGD'en in Overijssel en Gelderland.<sup>1</sup> Inmiddels wordt E-MOVO aangeboden en ondersteund door het RIVM en met succes uitgevoerd door verschillende GGD'en in Nederland.

JGZ Amsterdam wil de komende jaren door invoering van risicotaxatie tijdens het PGO meer tijd vrijmaken voor het bieden van advies, ondersteuning en lichte hulpverlening aan risicjongeren.<sup>2-4</sup> Door de invoering van risicotaxatie is het standaard PGO-VO2 waarvoor alle jongeren worden uitgenodigd, omgezet in een contactmoment op basis van het risicoprofiel van een jongere. Er is risicotaxatie ingevoerd op de onderwijsni-

C.L. van Vuuren, onderzoeker, L. van Dieren, onderzoeker, M.F. van der Wal, hoofd productgroep Jeugd, Cluster Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering (EDG), GGD Amsterdam. **Correspondentieadres:** GGD Amsterdam, Cluster EDG, ir. C.L. van Vuuren, Postbus 2200, 1000 CE Amsterdam, [lvvuuren@ggd.amsterdam.nl](mailto:lvvuuren@ggd.amsterdam.nl).

veaus vmbo theoretische leerweg (vmbo-t) binnen een scholengemeenschap, havo en vwo. Op de lagere onderwijsniveaus wordt niet gewerkt met risicotaxatie, omdat bij deze leerlingen gezondheids- en ontwikkelingsproblemen vaker voorkomen.<sup>5</sup> De verwachting van het nieuwe PGO-VO2 is dat zo'n 50% van de jongeren in aanmerking komt voor een consult met de verpleegkundige. Dit oproeppercantage is gebaseerd op de ervaringen van Hulpverlening Gelderland Midden (35-40%), Regio Amstelland van de GGD Amsterdam (20%) en de algemene ervaringen met het grootstedelijke, multiculturele karakter van Amsterdam.

De nieuwe digitale leefstijl- en gezondheidsvragenlijst heeft 2 extra functies in vergelijking met de schriftelijke variant. Ten eerste is E-MOVO interactief, waardoor leerlingen na het invullen van de vragenlijst persoonlijke feedback krijgen over hun gezondheid, met voorlichting op maat en verwijzing naar relevante websites. Ten tweede is E-MOVO niet alleen een leidraad voor het gesprek met de jeugdige, maar ook een risicotaxatie-instrument. Hiervoor heeft de GGD Amsterdam samen met het RIVM de E-MOVO-medewerkersmodule ontwikkeld. Om de antwoorden van de leerling te beoordelen, logt de JGZ-verpleegkundige in op deze module met een gebruikersnaam, wachtwoord en de E-MOVO inlogcode van de leerling. Afhankelijk van de antwoorden van de leerling kleuren bepaalde onderwerpen (tabbladen) blauw (vragen niet/onvoldoende ingevuld), groen (geen zorgwekkende score op dit onderwerp), oranje (lichtzorgwekkende score op dit onderwerp) of rood (zorgwekkende score op dit onderwerp). Onder het tabblad staat een korte toelichting op de verkleuring en de door de jongere gegeven antwoorden bij dit onderwerp. Daarnaast ziet de verpleegkundige in de medewerkersmodule of de leerling behoefte heeft aan een gesprek met hem/haar. Om de module te gebruiken voor risicotaxatie, zijn vooraf selectiecriteria opgesteld (figuur 1). Voorafgaand aan de stadsbrede invoering van risicotaxatie binnen PGO-VO2 en E-MOVO op Amsterdamse VO-scholen is in het schooljaar 2009/2010 een pilot met procesevaluatie uitgevoerd.<sup>6</sup> De onderzoeksvragen waren:

1. Hoeveel jongeren krijgen extra zorg binnen het nieuwe PGO-VO2?
2. Hoeveel jongeren die extra zorg krijgen worden geselecteerd voor een consult op basis van de E-MOVO-medewerkersmodule?
3. Is de E-MOVO-medewerkersmodule bruikbaar voor risicotaxatie en als leidraad voor het gesprek met de jongere?
4. Is er meer consulttijd voor risicjongeren binnen het nieuwe PGO-VO2?
5. Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren voor de invoering van het nieuwe PGO-VO2 volgens risicotaxatie en E-MOVO?

## Methode

### Werkwijze

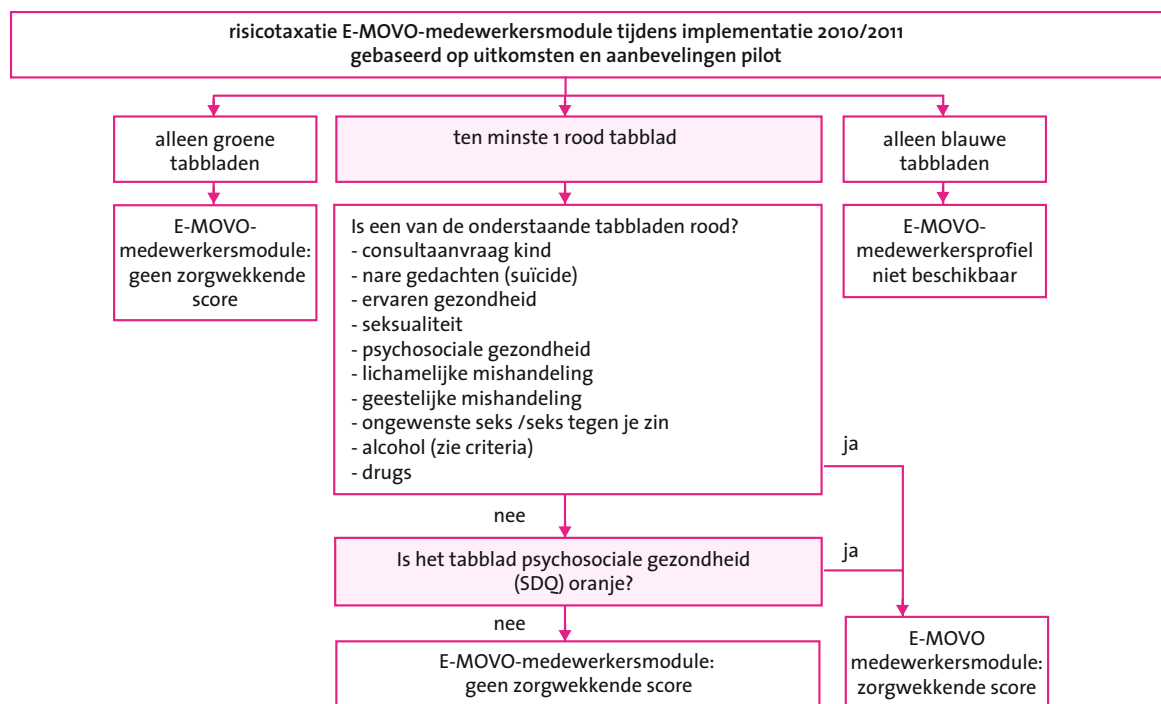
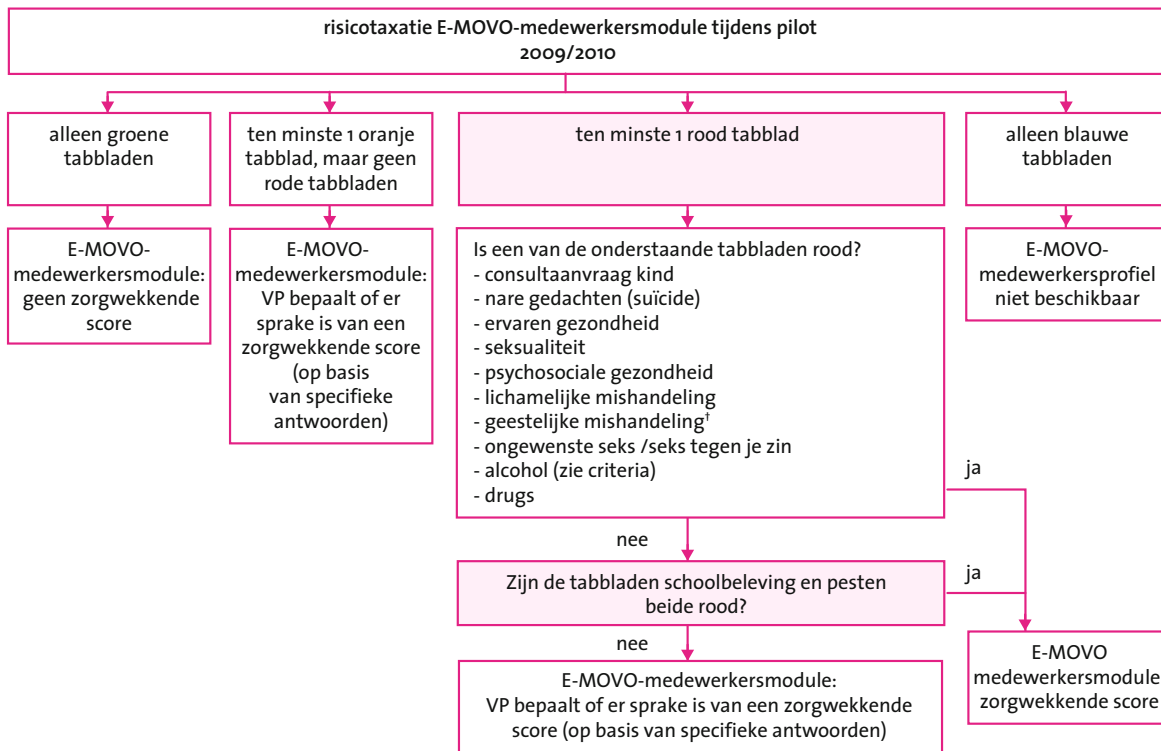
De pilot met procesevaluatie is uitgevoerd in de periode september 2009 tot en met februari 2010 op 6 scholen (283 leerlingen). De scholen verschilden in grootte, ligging, onderwijsniveau en de samenstelling van de leerlingenpopulatie. Bij het onderzoek is de medewerking gezocht van zoveel mogelijk verschillende verpleegkundigen en assistenten. De reden dat aan de pilot alleen verpleegkundigen meewerkten en geen artsen, was dat artsen het PGO-VO2 alleen uitvoeren op vmbo-scholen buiten een scholengemeenschap.

De nieuwe werkwijze en taakverdeling is vastgelegd in een stappenplan, waarover de assistenten en verpleegkundigen voorafgaand aan de pilot scholing ontvingen. In dit stappenplan staat per week omschreven wat gedaan moet worden, wie hiervoor verantwoordelijk is, hoeveel tijd er beschikbaar is en welke documenten beschikbaar zijn ter ondersteuning.

Risicotaxatie vond plaats op basis van vier bronnen: 1) informatie in het dossier, 2) een consultaanvraag door de school, de ouders en/of de jongere zelf, 3) afwijkende meet- en weeggegevens en/of 4) een zorgwekkende score in de E-MOVO-medewerkersmodule (figuur 2). Alle jeugdigen (tenzij afwezig of bij bezwaar) vullen via internet E-MOVO klassikaal in tijdens een lesuur, onder supervisie van de mentor/leerkracht en de verpleegkundige.

### Theoretisch kader

Om een goede en gedegen procesevaluatie uit te voeren, is een procesmodel ontwikkeld op basis van de theorieën en modellen van Fleuren e.a.,<sup>7</sup> Baranowski en Stables<sup>8</sup> en Linnan en Steckler.<sup>9</sup> Volgens het model van Fleuren e.a. zijn bevorderende en belemmerende factoren voor de invoering van het nieuwe PGO-VO2 in te delen als kenmerken van de innovatie (het nieuwe PGO-VO2), de gebruiker (de verpleegkundigen en assistenten), de organisatie (de JGZ en scholen), de sociale omgeving (de jongeren en hun ouders) en de gekozen strategie (het implementatieplan).<sup>7</sup> Naast het in kaart brengen van bevorderende en belemmerende factoren was het belangrijk inzicht te krijgen in de mate en kwaliteit van implementatie van het nieuwe PGO-VO2. Uit onderzoeken van Baranowski en Stables<sup>8</sup> en Linnan en Steckler<sup>9</sup> zijn de volgende maten gebruikt: 'exposure' (blootstelling; de mate waarin het nieuwe PGO-VO2 is aangeboden aan de doelgroep), 'reach' (bereik; de mate waarin de doelgroep daadwerkelijk deelneemt aan of gebruik maakt van het nieuwe PGO-VO2), 'satisfaction' (tevredenheid; de mate van tevredenheid van de doelgroep over het nieuwe PGO-VO2), fidelity (consistentie; de mate waarin de behaalde resultaten van het nieuwe PGO-VO2 overeenkomen met het gestelde doel) en 'context' (alle omgevingsaspecten die de implementatie van het nieu-



**Criteria alcohol**

Jongere drinkt op ten minste 1 doordeweekse dag OF jongere heeft de afgelopen 4 weken \*2 of meer keer \*5 of meer drankjes gedronken gedronken OF jongere drinkt thuis in zijn/haar eentje alcohol OF jongere denkt dat hij/zij teveel alcohol drinkt.

† Bij alleen geestelijke mishandeling in het verleden nu oranje verkleuring (tijdens pilot was dit rood)

**Figuur 1** Risicotaxatie. Interpretieren van gegevens in de E-MOVO-medewerkersmodule.  
VP = verpleegkundige.



Figuur 2 Schematische weergave risicotaxatie.

- a VGV staat voor vrouwelijke genitale verminking. Een hoog risico voor VGV hebben alle meisjes met ten minste één ouder uit: Benin, Burkina Faso, Centraal Afrikaanse Republiek, Djibouti, Democratische Republiek Congo, Egypte, Eritrea, Ethiopië, Gambia, Ghana, Guinee, Guinee Bissau, Ivoorkust, Jemen, Kameroen, Kenia, Liberia, Mali, Mauritanië, Niger, Nigeria, Oeganda, Senegal, Siëra Leone, Soedan, Somalië, Tanzania, Togo of Tsjaad.
- b ZAT staat voor zorg advies team. Jongeren die besproken worden in het ZAT worden opgeroepen voor een verpleegkundig consult in overleg met de arts.
- c De meet- en weeggegevens zijn afwijkend in de volgende gevallen: 1) afbuigende groeicurve; 2) meetpunt in 'lengte naar leeftijd'-groeidiagram  $< -1,3$  SDS; 3) meetpunt in 'lengte naar leeftijd'-groeidiagram  $> +1,3$  SDS; meetpunt in 'gewicht naar lengte'-groeidiagram buigt af naar positief en meetpunt in 'lengte naar leeftijd'-groeidiagram buigt af naar negatief; 4) meetpunt in 'gewicht naar lengte'-groeidiagram  $< -2,0$  SDS (ondergewicht); 5) meetpunt in 'gewicht naar lengte'-groeidiagram  $> +1,0$  SDS (overgewicht en obesitas); 6) twijfel over interpretatie meet- en weeggegevens.

we PGO-VO2 bevorderen of belemmeren (zoals kenmerken van de innovatie, gebruiker, organisatie, sociaal-politieke omgeving en de gekozen strategie)). Het procesmodel staat weergegeven in *figuur 3*.

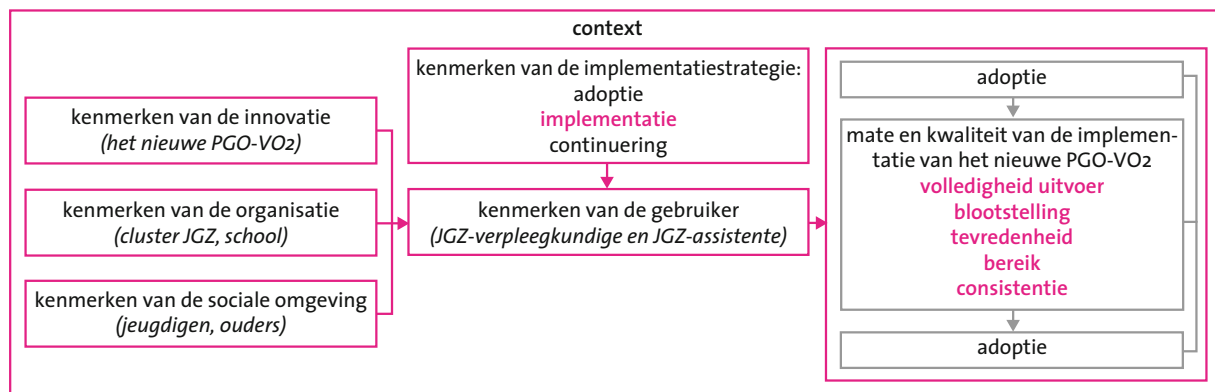
### Meetinstrumenten en dataverwerking

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen is kwantitatief onderzoek verricht (registraties, evaluatieformulieren, E-MOVO-databestand) en kwalitatief onderzoek (observaties, verslagen en een focusgroepinterview). Een belangrijke bron van informatie zijn de registratiegegevens uit de pilot, zoals de aantekeningen in het dossier en de tijdsregistratieformulieren van de JGZ-medewerkers. Uit de aantekeningen blijkt of (en zo ja, waarom) een jongere wordt opgeroepen voor een consult. Verder vullen de jeugdigen het 'E-MOVO-evaluatieformulier' in. In dit evaluatieformulier staan onder andere vragen over het gebruikersgemak van E-MOVO en de lengte en moeilijkheid van de vragenlijst. Daarnaast vullen de assistenten en verpleegkundigen een evaluatieformulier in over hun ervaringen met het stappenplan, zoals de bruikbaarheid van de protocollen, het verloop van de afname op school en het werken met de medewerkersmodule. Het databestand met de vragenlijstgegevens van de jeugdigen is opgevraagd, nadat bij alle klassen E-MOVO was afgenomen. Ook is er regelmatig geobserveerd tijdens de afname en het meten en wegen, met vooral aandacht voor eventuele technische, organisatorische en uitvoeringsproblemen.

Aan het einde van de pilot namen de assistenten en verpleegkundigen deel aan een focusgroepinterview. Tijdens dit interview is extra aandacht besteed aan bevindingen uit de reeds ingevulde en teruggestuurde evaluatieformulieren van de assistenten en de verpleegkundigen. Het focusgroepinterview is opgenomen met behulp van een bandrecorder en letterlijk uitgewerkt in een verslag. Alle verzamelde gegevens ten behoeve van de evaluatie zijn verwerkt met Max-QDA (versie 2007) en SPSS (versie 17.0).

### Resultaten

Het percentage jongeren dat werd opgeroepen voor een verpleegkundig consult (extra zorg) binnen het nieuwe PGO-VO2 op basis van een of meerdere bronnen was 80%. Naar aanleiding van het dossier werd 37,8% opgeroepen; 17,9% vanwege een consultaanvraag door de school, de ouders en/of de jongere zelf en 33,0% vanwege afwijken van de meet- en weeggegevens. De verpleegkundigen registreerden 56,1% van de jongeren als zorgleerling op basis van de E-MOVO-medewerkersmodule. Ongeveer 7% van de leerlingen had E-MOVO niet ingevuld, waardoor zij ook in aanmerking kwamen voor een consult. Ruim 25% van de opgeroepen leerlingen werd uitgenodigd *alleen* op basis van de E-MOVO-medewerkersmodule. Het percentage jongeren dat volgens de registratie door de verpleegkundigen werd uitgenodigd voor een consult



**Figuur 3** Model voor de procesevaluatie naar de invoering van risicotaxatie binnen het PGO-VO2. In deze procesevaluatie lag de nadruk op de roodgekleurde elementen van het procesmodel.

op basis van E-MOVO bedroeg 56,1%, terwijl het percentage dat volgens de vooraf afgesproken criteria uitgenodigd had moeten worden, lager was (39,5%). Dit laatste is berekend op basis van het E-MOVO-databestand. Hieruit bleek dat de verpleegkundigen naast de vastgestelde oproepcriteria ook hun eigen professionele inzicht gebruikten om jongeren op te roepen. Verder bleek een tweetal E-MOVO-onderwerpen een ontzwaarlijk groot effect te hebben op het oproeppercentage. Zo scoorde 20,3% van de jeugdigen rood op 'alcohol' (tabel 1). Veel van deze jeugdigen hadden ooit een slokje alcohol gedronken. Meer dan de helft van deze jongeren (58%) had naast 'alcoholgebruik' geen ander zorgwekkend

probleem op basis van E-MOVO. Analyses lieten ook zien dat 12,9% van de leerlingen slecht scoorde op het item over geestelijke mishandeling (treiteren, kleineren, uitschelden) (tabel 1). De helft van deze jongeren (n = 16) had geen ander zorgwekkend probleem op basis van E-MOVO. Hoewel de extra onderwerpen in de medewerkersmodule geen criteria waren voor risicotaxatie werden zij wel gebruikt ter ondersteuning van het consult. Uit observaties tijdens de afname bleek dat jongeren moeite hadden om al hun fysieke activiteiten van de hele week op te tellen. Dit leidde waarschijnlijk tot een hoog percentage jeugdigen dat zorgwekkend scoorde op voor het extra onderwerp 'bewegen' (52%).

**Tabel 1** Uitkomsten E-MOVO-medewerkersmodule per onderwerp (n = 256).

	groen		oranje		rood		blauw		1 rood tabblad*	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>risicotaxatie-items</i>										
consultaanvraag door kind	224	87,5	n.v.t.		6	2,3	26	10,2	2	3,0
suïcidedachte en -poging	219	85,5	24	9,4	9	3,5	4	1,6	2	3,0
ervaren gezondheid	208	81,3	38	14,8	8	3,1	2	0,8	3	4,5
veilig vrijen	242	94,5	0	0,0	1	0,4	13	5,1	1	1,5
psychosociale problemen (SDQ)	231	90,2	17	6,6	4	1,6	4	1,6	1	1,5
geestelijke mishandeling	201	78,5	17	6,6	33	12,9	5	2,0	16	24,2
lichamelijke mishandeling	238	93,0	4	1,6	8	3,1	6	2,3	3	4,5
ongewenste seks	233	91,0	6	2,3	11	4,3	6	2,3	6	9,1
alcohol	192	75,0	n.v.t.		52	20,3	12	4,7	30	45,5
drugs	232	90,6	n.v.t.		13	5,1	11	4,3	2	3,0
schoolbeleving én pesten rood	n.v.t.		n.v.t.		0	0,0	n.v.t.		0	0,0
<i>extra items</i>										
schoolbeleving	152	59,4	89	34,8	13	5,1	2	0,8		
pesten	245	95,7	n.v.t.		9	3,5	2	0,8		
mondgezondheid	197	77,0	42	16,4	1	0,4	16	6,3		
ingrijpende gebeurtenissen	35	13,7	n.v.t.		197	77,0	24	9,4		
roken	199	77,7	41	16,0	7	2,7	9	3,5		
ontbijten	199	77,7	41	16,0	7	2,7	9	3,5		
bewegen	32	12,5	83	32,4	133	52,0	8	3,1		

groen = geen zorgwekkende score, oranje = licht-zorgwekkende score, rood = zorgwekkende score, blauw = vragen zijn niet/onvoldoende ingevuld. Gedetailleerde informatie over de betekenis van groen, oranje, rood per onderwerp is op te vragen bij de corresponderende auteur. \* 66 jongeren (25,8%).



Daarnaast viel op dat veel jongeren wel zeer regelmatig bewogen, maar ook een rustdag per week hielden, waardoor er een (licht-)zorgwekkende score verscheen in de E-MOVO-medewerkersmodule.

Alle verpleegkundigen vonden de E-MOVO-medewerkersmodule een bruikbaar instrument voor een kwalitatief goede risicotaxatie. Ook vonden zij het een bruikbaar instrument om als leidraad te dienen voor het gesprek met de jeugdige. Zo was voor de meeste jongeren (95%) een volledig en betrouwbaar ingevulde E-MOVO beschikbaar. De meeste leerlingen rondde de vragenlijst binnen een lesuur af en gaven aan de E-MOVO-vragen te begrijpen en goed te kunnen beantwoorden. Slechts 3% van de jongeren vond de vragen moeilijk te begrijpen. Zes jeugdigen gaven in E-MOVO aan een consult te willen met de verpleegkundige. Vier van deze kinderen hadden een zorgwekkende score op basis van E-MOVO. De verpleegkundigen beoordeelden de E-MOVO-medewerkersmodule als gebruiksvriendelijk. De benodigde informatie voor het gesprek met de jeugdige vonden zij overzichtelijk en eventuele problemen en risico's waren in een oogopslag zichtbaar door de rode kleur van de desbetreffende onderwerpen. Verder vonden de verpleegkundigen E-MOVO geschikt voor het aanvragen van een consult door de jeugdige. Zij vonden het voor de jongeren een laagdrempelige en anonieme manier om aan te geven graag met de verpleegkundige te willen spreken en voor henzelf bood de module een eenvoudige en efficiënte manier om consultaanvragen van de leerlingen op te zoeken.

De nieuwe werkwijze voor het PGO-VO<sub>2</sub> creëerde tijdens de pilot meer tijd voor risicjongeren. Volgens de verpleegkundigen was de consulttijd hetzelfde als voorgaande jaren. Dit werd ondersteund door de tijdsregistraties: als het uitvoeren van de nieuwe taken (contact met de mentor: 5 minuten per jongere; risicotaxatie: 10 minuten per jongere) van de totale consultduur van het nieuwe PGO-VO<sub>2</sub> (52 minuten per jongere) werd afgetrokken was de uitkomst (37 minuten per jongere) bijna gelijk aan de duur van het oude PGO-VO<sub>2</sub> (38 minuten per jongere). Echter, in de opzet van het nieuwe PGO-VO<sub>2</sub> werden ten behoeve van de risicotaxatie alle jongeren door de assistente op school gemeten en gewogen. Dit hoeft dan niet meer tijdens het consult te gebeuren, wat een stijging van de consulttijd voor risicjongeren betekent.

Bevorderende factoren voor de invoering van het nieuwe PGO-VO<sub>2</sub> bleken zeer divers. De JGZ-medewerkers waren bijvoorbeeld erg tevreden over de informatie- en trainingsbijeenkomst voorafgaand aan de pilot. Zij vonden het belangrijk om ruim op tijd de afspraken met de scholen te plannen, en zeer nauwgezet na te vragen of de scholen wel voldeden aan de (technische) randvoorwaarden voor de E-MOVO-afname. Verder vonden de verpleegkundigen en assistenten het positief dat ze de leerlingenaantallen eenvoudig digitaal konden opvragen bij de scholen. Ook waren de benodigde E-MOVO-

inlogcodes en -kaartjes op tijd aanwezig en in voldoende aantallen beschikbaar. Alle JGZ-medewerkers vonden dat hun nieuwe taken goed aansloten bij de reeds bestaande taken en werkwijzen en zij voelden zich verantwoordelijk voor het uitvoeren van de taken. Ook waren zij tevreden over de steun van de projectleiders. Tot slot vonden de verpleegkundigen alle 4 de bronnen (zeer) belangrijk voor het uitvoeren van een kwalitatief goede risicotaxatie. Belemmerende factoren tijdens de pilot waren het te sterk vasthouden aan oude rolpatronen/rolverdelingen, het ontbreken van duidelijke afspraken tussen de betrokkenen (JGZ-medewerkers onderling en/of JGZ-medewerkers en de school), een gebrek aan (vertrouwen in de eigen) vaardigheden voor het uitvoeren van de toegewezen taken, het ontbreken van materialen, het 'vrijer' interpreteren van de oproepcriteria voor een consult door de verpleegkundigen en een gebrek aan tijd, met name voor de assistenten.

## Beschouwing

Invoering van risicotaxatie en E-MOVO binnen het PGO-VO<sub>2</sub> lijkt haalbaar en heeft een meerwaarde ten opzichte van het blijven werken volgens de huidige werkwijze. Uit de procesevaluatie blijkt dat 80% van de jongeren wordt opgeroepen voor een consult. Van de leerlingen die niet worden opgeroepen, is de kans op valsnegatieven klein, omdat op grond van meerdere bronnen is besloten de jongere op te roepen. Ondanks dit hoge oproepprocentage neemt de beschikbare consulttijd voor de risicjongeren toe. De consulttijd kan nog verder toenemen door het aanscherpen en strakker naleven van de oproepcriteria. Verder blijkt E-MOVO een meerwaarde te hebben als bron voor risicotaxatie. Een kwart van de jongeren is opgeroepen *alleen* op basis van de E-MOVO-medewerkersmodule. De verpleegkundigen vinden de medewerkersmodule een bruikbaar instrument voor een kwalitatief goede risicotaxatie en een bruikbare leidraad voor het gesprek met de jeugdige.

Uit deze procesevaluatie blijkt verder dat op het onderdeel 'volledigheid van uitvoer' van het gebruikte procesmodel winst te behalen valt. Tijdens de pilot zijn bepaalde oproepcriteria wat 'vrijer' geïnterpreteerd. Jongeren zijn bijvoorbeeld opgeroepen vanwege het ontbreken van een dossier of het missen van een PGO op 10-jarige leeftijd, terwijl dit geen criteria waren. Verder blijkt uit de resultaten dat een paar van de voor de pilot vastgestelde E-MOVO-risicotaxatiecriteria te streng zijn. Ook blijkt dat de jongeren nog te vaak worden opgeroepen op basis van de eigen professionele blik van de verpleegkundige. Het is belangrijk dat de E-MOVO-oproepcriteria voor de onderwerpen 'alcohol' en 'geestelijke mishandeling' (en bewegen voor de extra onderwerpen) verder worden aangescherpt (*figuur 2*). Analyses tonen aan dat aanpassing van de onderwerpen 'alcohol' en 'geestelijke mishandeling' het E-MOVO-oproepprocentage verlaagt van 40% naar ongeveer 20%. Hoe hoog het totale oproep-

percentage is na aanscherping en strakkere naleving van de oproeppcriteria kan niet op basis van dit onderzoek worden bepaald. Door de risicotaxatie voortdurend te blijven monitoren kunnen de oproeppcriteria en het oproeppcentage verder worden geoptimaliseerd. De omgevingsaspecten uit het procesmodel (figuur 3) die de implementatie van het nieuwe PGO-VO2 bevorderen of belemmeren blijken belangrijk. Randvoorwaarden voor een stadsbrede invoering van risicotaxatie binnen het PGO-VO2 zijn: 1) het tijdig informeren van alle JGZ-medewerkers over de nieuwe werkwijze, 2) het tijdig scholen (waaronder een computervaardigheidstraining) van alle JGZ-medewerkers, zodat zij hun (nieuwe) taken zelfstandig uit kunnen voeren, 3) het creëren van voldoende tijd voor alle JGZ-medewerkers voor het uitvoeren van hun (nieuwe) taken, 4) het tijdig verstrekken van alle benodigde materialen voor het uitvoeren van hun (nieuwe) taken aan alle JGZ-medewerkers, 5) het tijdig informeren van alle scholen over de nieuwe werkwijze, waarbij de verantwoordelijkheden voor de scholen besproken moeten worden en duidelijke afspraken gemaakt moeten worden en 6) het aanstellen van een coördinator voor de invoering van het nieuwe PGO-VO2, die beschikbaar is voor het (telefonisch) beantwoorden van vragen van de JGZ-medewerkers over het nieuwe PGO-VO2 en/of het bieden van ondersteuning aan de JGZ-medewerkers bij het uitvoeren van het nieuwe PGO-VO2.

Vernieuwend aan deze pilot is dat risicotaxatie plaatsvond op basis van een combinatie van 4 informatiebronnen, waaronder E-MOVO. Ten tweede dat E-MOVO kan worden gebruikt als belangrijke aanvullende bron om risicojongeren op te sporen en om het consultgesprek vorm te geven. De door de GGD Amsterdam en het RIVM ontwikkelde E-MOVO-medewerkersmodule is via het RIVM vrij beschikbaar, waardoor andere GGD'en met de hier beschreven werkwijze ook aan de slag kunnen. De uitkomsten van deze procesevaluatie geven namelijk voldoende onderbouwing om deze nieuwe werkwijze in te voeren, waardoor een groter vervolgonderzoek niet

nodig is. Het verdient wel aanbeveling het oproepppercentage en het effect van de nieuwe werkwijze na te blijven gaan.

### Dankwoord

De auteurs bedanken de verpleegkundigen, assistenten, schoolmedewerkers en scholieren van de pilotscholen voor hun inzet en enthousiasme.

### Literatuur

1. Nooijer J de, Vries NK de. Monitoring health risk behavior of Dutch adolescents and the development of health promoting policies and activities: the E-MOVO project. *Health Promot Int* 2007 Mar;22(1):5-10.
2. Inventgroep. Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller, beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroeioproblemen. Utrecht: Julius Centrum; 2005.
3. Bezem J, Hund E, Thomas M. Het kwetsbare kind centraal: samen voor het resultaat. Een herpositionering van de jeugdgezondheidszorg. Arnhem: Hulpverleningsdienst Gelderland Midden; 2006.
4. Hulpverleningsdienst Gelderland Midden. Eindrapportage project risicokind centraal. Arnhem: Hulpverleningsdienst Gelderland Midden; 2008.
5. Vuuren CL van. Factsheet gezondheid, welzijn en en leefstijl van leerlingen in de tweede klas van het voortgezet onderwijs in Amsterdam; schooljaar 2005-2006 en 2006-2007. Amsterdam: GGD Amsterdam; 2008.
6. Dieren L van, Vuuren CL van, Hazeveld Y. Procesevaluatie naar de invoering van risicotaxatie; Een nieuwe werkwijze van de JGZ Amsterdam voor het contactmoment in de 2e klas van het VO. Amsterdam: GGD Amsterdam; 2010.
7. Fleuren M, Wiefferink K, Paulussen T. Determinants of innovation within health care organizations: literature review and Delphi study. *Int J Qual Health Care*. 2004 Apr;16(2):107-23.
8. Baranowski T, Stables G. Process evaluations of the 5-a-day projects. *Health Educ Behav*. 2000 Apr;27(2):157-66.
9. Linnan L, Steckler A. Process evaluation for public health interventions and research. San Francisco (CA): Jossey Bass; 2002.