

Jeugdgezondheidszorg: zijn we op de goede weg?

Bericht van een reiziger.



Jeugdgezondheidszorg: zijn we op de goede weg?

Bericht van een reiziger.



Dit is een publicatie van Public SPACE Foundation
Drs. Steven P.M. de Waal, Voorzitter Public SPACE Foundation

In opdracht van GGD Nederland

Januari 2010

Inhoud



1. Voorwoord	7
2. We winnen nog vooral de vorige oorlog	9
3. 'Extra contactmoment': het gevaar van de verkeerde taal	13
4. Wel public health, maar fundamenteel anders	15
5. De 'fuij' van vraag naar aanbod werkt nog niet goed en we remmen verkeerd	17
6. Preventie als structureel 'vergeten' kwestie	21
7. De politieke verslaving aan loketten	23
8. De ontbrekende sociale brandweer	27
9. De 'poten in de modder' GGD	31
10. Bijlage gesprekspartners	33
11. Bijlage geraadpleegde bronnen	35
12. Colofon	38

1. Voorwoord



In de loop van 2009 werd ik benaderd vanuit GGD Nederland. Of ik ervoor voelde een tijdlang mee te reizen met hen in de veranderende wereld van de Jeugdgezondheidszorg (hierna JGZ). En daarover vrij te rapporteren, niet per se vanuit het perspectief van de GGD zelf, maar breder. Ze hadden behoefte aan de blik van een ervaren buitenstaander. Iemand die omliggende werelden, zoals die van gezondheidszorg en rijksoverheid en nationale politiek goed kende. Daar kwam bij dat er in de verte belangrijke pleisterplaatsen opdoemen: volgend jaar gemeenteraadsverkiezingen en, ca 1 jaar later, ook nationale en provinciale verkiezingen, allemaal belangrijke momenten waarop het openbaar bestuur zich verantwoordt en herbezint. Het gehele landschap verandert dan ook nog door de effecten van de kredietcrisis die met elke dag voelbaarder worden en de publieke middelen volledig (gaan) omgooien. Ze hoopten op nieuwe strategische inzichten en routes naar de toekomst, het is aan de lezer van dit bericht of dat voldoende gelukt is.

Bij het benaderen van een veld van publieke dienstverlening of maatschappelijke problematiek heeft Public SPACE standaard enige onderzoeksvragen:

- *Urgentie en Agendering*: Wat is de onderliggende maatschappelijke problematiek en urgentie? Wat gaat er echt mis, wie is slachtoffer, waarop zouden media en politiek geïnteresseerd moeten raken? Wat krijgt nu al aandacht en is dat juist/voldoende?
- *Big picture*: Hoe raakt dit de grote thema's van onze publieke sector?¹
- *Institutioneel antwoord*: Wat vinden we van de huidige aanpak van deze problematiek door publieke en private partijen, eventueel gezamenlijk? Welke strategieën/tactieken/interventies² worden in de strijd geworpen en hoe evalueren we die? Welke rolverdeling, constructies worden gehanteerd, welke vergeten?
- *Over de grenzen*: Wat kunnen we leren van het buitenland?
- *Maatschappelijk Ondernemerschap*: Welke 'best persons' of 'civic leaders' springen eruit? Welke best practices? Waar zit de innovatie en waar zou deze meer moeten zitten (grensgebieden, tussen domeinen in, nieuwe technologie, nieuwe culturele trends onder doelgroepen)?

¹Zie manifest Public SPACE 'Naar een intelligente en verbonden overheid' (2007)

²Zie 'Strategisch management voor de publieke zaak', drs SPM de Waal, Lemma 2008

2. We winnen nog vooral de vorige oorlog

Gezien de korte termijn hebben we de vraag naar een buitenlandvergelijking overgeslagen. We kregen medewerking van vele personen voor indringende gesprekken (zie bijlage pagina 33 en hebben de relevante nota's (zie bijlage pagina 35) tot ons genomen.

In deze korte reis heb ik een groot commitment aangetroffen voor de jeugd, oprechte betrokkenheid, zorgen, wensen, terwille van diezelfde jeugd. Dat drijft de mensen in deze sector: uitvoerders, managers, beleidsmakers. Het is een sector vol empathie en natuurlijk altruïsme. Uit professionele overwegingen ('Daarom heb ik dit vak gekozen'), uit persoonlijke overwegingen ('Ik heb zelf ook kinderen') en uit maatschappelijke overwegingen ('Er gaat nog veel te veel fout'). Er zijn echter twee hele grote 'kanttekeningen' bij dit gevoel en die worden bepaald door de positie die personen innemen in twee grote vraagstukken in de zorg voor de jeugd. Dat gaat dan allereerst om: de noodzaak van modernisering van de aanpak die zou moeten volgen op de fundamentele verandering in de jeugdproblematiek. En vervolgens gaat het om de omgang met de bureaucratische (on-)logica van deze sector. Hierin zijn juist hele grote verschillen tussen personen: van vasthouden aan het succes uit het verleden en oude routines tot regelrecht cynisme of wanhoop. Van bereidheid tot innovatie tot verdediging van het bestaande inzicht. Van grensoverschrijdend denken tot verdediging van de eigen 'toko'. Willen we het oorspronkelijk idealisme van iedereen in deze sector vasthouden dan zal aan deze modernisering en bureaucratie veel gedaan moeten worden. Dat lijkt, ondanks alle beleidsinspanningen van de laatste jaren, vanaf de Operatie Jong, echt onvoldoende gelukt. Sterker nog: een aantal oplossingen van de laatste jaren wordt juist geplaatst onder 'toename bureaucratie' of 'ouderwets', exact het tegenovergestelde van wat zou moeten gebeuren.

Ik dank allen die ik mocht spreken voor hun inzicht, inbreng, bereidheid. Ik dank GGD Nederland, met name Monique Kavelaars en Laurent de Vries voor hun vraag aan mij die me de kans heeft gegeven deze 'wondere' wereld intensief te mogen verkennen en Ingeborg ter Laak voor de deskundige en snelle ondersteuning.

Reist u kort met me mee?
Steven de Waal

Ondanks al onze welvaart en onze professionele gezondheidszorg, is onze jeugd helemaal niet zo gezond. Belangrijke nieuwe, modern-Westerse ziekten betreffen: alcoholverslaving, drugsverslaving, eetstoornissen, vetzucht, depressies, adhd, autisme, astma. Veel van deze problemen doen zich voor vanaf de puberleeftijd, zeg 13 jaar³. Veel van deze problemen worden niet veroorzaakt door slechte publieke infrastructurele voorzieningen, zoals de oorspronkelijke *public health* problemen werden veroorzaakt door ontbrekende riolering, huizen met weinig licht, slechte luchtkwaliteit, epidemieën en (toen nog) ontbrekende vaccinaties. Zo op het oog is het zelfs de vraag of we ze wel als een probleem van *public health* moeten zien. Zijn het niet gewoon patronen van nieuwe individuele ziekten die zich dus ook individueel manifesteren en daar aangrijpingspunt zijn voor de klassieke curatieve zorg? Hoogstens zou dus een beetje voorlichting gericht op die individuen kunnen helpen in het voorkomen van sommige van deze moderne jeugdziekten en dus een taak voor *public health* kunnen zijn.

Er zijn vele redenen waarom dit de verkeerde, benepen reactie is en er de noodzaak blijft van brede publieke verantwoordelijkheden en aanpakken:

- Deze ziekten worden sterk beïnvloed door structurele maatschappelijke en gezinsfactoren zoals gezinsmilieu, inkomenscategorie, werkloosheid, slechte buurten. Economische en sociale positie bepalen dus in hoge mate deze moderne ziekten. Het zicht daarop is wat vervaagd omdat we zulke geweldige *public health* maatregelen hebben genomen op de klassieke ziekten die vooral voortkwamen uit slechte fysieke omstandigheden (woonmilieu, werkomstandigheden, gezinsonveiligheid). De huidige structurele 'ziekmakende' factoren zijn zeker aangrijpingspunt voor overheidsbeleid, al is dat vaak buiten het pure gezondheidszorg domein. De gezondheidszorg heeft hier een grote signalerende en monitorende functie, hetgeen op sommige plaatsen echt wordt opgepakt, maar bij veel ook niet. De boodschap is ook niet prettig: mensen worden dus ziek of overlijden eerder door falend economisch en sociaal beleid.
- Er zijn ook morele redenen om dit van overheidswege aan te pakken. Het is onrechtvaardig: bepaalde bevolkingsgroepen treft dit 'noodlot' veel meer dan andere.

³Zie voor een belangrijke onderbouwing en soms ook nuancering het RIVM rapport 'Spelen met gezondheid'

- Er ontstaat toenemend een grote of zelfs grove onevenwichtigheid in de publieke inspanning: veel aandacht gaat naar de screening, vaccinatie en beoordeling van de jonge kinderen (vanaf 0), zoals de hieprijk, de consultatiebureaus, de schoolarts. Dit is zo succesvol dat vrijwel 95% van de kinderen wordt gezien, ons vaccinatiebereik in die groep op internationaal heel hoog niveau staat en veel leed wordt voorkomen. Maar het succes genereert ook onzichtbaarheid, het nadeel van alle preventie. Naarmate meer problemen worden 'voorkomen', wordt steeds vaker gevraagd naar de meerwaarde van al die inspanningen⁴. De maatschappelijke resultaten zijn immers negatief van aard: problemen 'verdwijnen'. Hoe kan je dan nog aantonen dat je nuttig bezig bent? Tegelijk worden de problemen van de oudere jeugd, ten dele medisch gerelateerd, steeds meer als maatschappelijk probleem ervaren. Dus waarom het een (screening van jongere jeugd) niet vervangen door het ander (aanpak van oudere jeugd)? Daarmee de – onzichtbare – resultaten weggooiend en vermoedelijk het paard achter de wagen spannend. In de politieke urgentie om iets te doen aan risicojongeren of jongeren die veel overlast veroorzaken is dit echter wel een logische afweging. We zullen toe moeten naar een nieuwe balans tussen een generalistische aanpak (alle kinderen zien) en een specifieke (sommige beter volgen of zelfs opzoeken).
- En nog sterker: zou al die screening van jongere jeugd er niet toe moeten leiden dat we beter signaleren wat er daarna, op oudere leeftijd, met hen fout kan gaan, medisch en niet-medisch? We screenen dus blijkbaar niet het goede, we zien niet meer wat we zouden moeten zien. Iedere jongere die in moeilijkheden komt, sociaal of medisch, is gezien in dat fantastische public health systeem. Publieke screening, zeker als het wettelijk verplicht wordt opgelegd aan de burger, creëert dus publieke verantwoordelijkheid. Dit is de paradox van de moderne overheid: omdat je een publieke screening van jeugd gezondheidszorg in stand houdt, kun je ook verantwoordelijk worden gehouden voor alle gerelateerde problemen die zich met die jeugd voordoen. Waarom heeft de overheid dit immers niet zien aankomen? Het probleem in onze moderne tijd is dat de private verantwoordelijkheid lijkt te eroderen, die van ouders, scholen, buurten. Er resteert dan vooral een (verwijt-)cultuur van het private naar de overheid. Deze gewenning aan een alomvattende overheid leidt tot het 'pech-moet-weg'- syndroom⁶.
- Het effect van deze – individuele – moderne jeugdziekten is niet alleen individueel van aard, maar ook collectief en dus ook publiek van aard. Economisch: het drukt op onze

collectieve zorgvoorzieningen als kostenpost. Preventie, indien mogelijk, is dan een nuttige investering. Sociaal: ons onderwijs, buurtbeheer, veiligheid op straat, veiligheid van eigendom, verkeer, worden negatief beïnvloed door jeugdproblematiek.

Het is dus geen kwestie van principe, maar van aanpak en werkwijze. Er zijn vele goede argumenten voor het handhaven van een publiek gezondheidszorgsysteem voor de jeugd, maar de huidige aanpak wint voor ons vooral de vorige oorlog.

Demografisch:

De vorige oorlog: We zien veel kinderen op meerdere momenten op jonge leeftijd en kijken nog sterk lichamelijk; de komende oorlog zit echter in de leeftijdsgroep daarna en veel op meer sociaal-geneeskundig gebied; en nog sterker: de huidige jeugdzorg en jeugdgezondheidszorg instanties hebben een grote culturele bias ten opzichte van het totaal van de bevolking en zeker de bevolkingsgroepen die een sociaal en medisch risico lopen. Het overgrote deel van personeel en management is zeer overwegend wit, middenklasse, hoog opgeleid, vrouw. Het kan niet anders dan dat dit de effectiviteit toenemend enorm ondermijnt⁵. Zowel in het contact (wie er überhaupt afkomt op het soort oproepen dat de JGZ plaatst), de screening zelf (wat zien we als een probleem, welke signalen pikken we op), als in het vertrouwen in het gegeven advies en de instantie. En: we zien niet wat we niet zien. Er is dus ook een grote kans dat dat hele jeugdcircuit zelf niet zal constateren dat ze hele bevolkingsgroepen missen⁷.

Cultureel:

De vorige oorlog liep via het medisch model en een combinatie van publieke maatregelen en private gehoorzaamheid: de overheid had het goede met ons voor en creëerde een publieke infrastructuur met veel draagvlak. De burger deed ook wat de dokter zei. In de

⁴Taleb in *The Black Swan* noemt een illustratief voorbeeld. Als een ambtenaar voor 11 september 2001 had kunnen verordenen dat in alle vliegtuigen stalen deuren tussen vliegtuig passagiers en cockpit moesten zitten, was er vermoedelijk geen terreuraanslag geweest. Waarschijnlijk hadden we ons dan tot in lengte van jaren afgevraagd welke bureaucraat die dure regel had uitgevaardigd.

⁵Voor een deel kan dit door te blijven publiceren hoeveel risicogevalen in die algemene screening eruit zijn gevestigd en zijn behandeld/doorverwezen. Dit kan overigens gemakkelijker voor puur medische signalen (problemen met gehoor, gewrichten, eten) dan voor sociaal gerelateerde 'ziekten'.

⁶Titel van een uitgave van het Nederlands Gespreks Centrum, onder redactie van prof. dr. F.J.H. Mertens e.a.

3. 'Extra contactmoment': het gevaar van de verkeerde taal vooral de vorige oorlog

nieuwe oorlog is het medische vooral een laagdrempelige toegang om andere sociale, economische, mentale problemen te constateren. Dankzij deze 'veilige' toegang via lichamelijke screening en klachten, kunnen daarna niet-medische zaken aangekaart en gesignaleerd worden. Maar daar moeten diezelfde dokters en verpleegkundigen dan wel toe bereid en in staat zijn! Er zijn niet zoveel algemeen publieke maatregelen meer te verzinnen, het meeste zal zich moeten richten op het individu, maar ook zijn/haar directe omgeving vanuit een ruim gedefinieerde publieke verantwoordelijkheid. Er is ook veel meer private ongehoorzaamheid: 'De dokter kan dat nou wel zeggen, maar ik weet het beter'. Ook dat vergt een andere aanpak: buiten de spreekkamer en alert op opvolging. De gezondheidswinst moet veroverd worden, in het gezin, op straat, in het onderwijs.

Qua publieke dienst:

In de vorige oorlog deed ieder zijn eigen nuttige publieke ding. De nieuwe oorlog betreft reductie, stroomlijning en herontwerp van rijke, bureaucratische, verkokerde voorzieningen die niet alleen naast, maar ook door en soms zelfs tegen elkaar werken. Dit vergt een actieve ontkokerende, dwarsdoorsnijdende, terrierachtige en onbevangen aanpak, politiek gedragen. In de moderne tijd is bureaucratie niet langer de vanzelfsprekende hulp van de politiek, zoals in de tijd van Weber, maar ook het probleem. Veel politieke voornemens creëren echter nog steeds bureaucratie, in plaats van deze tot een minimum te reduceren.

Een goed voorbeeld van wat deze kloof met zich meebrengt is de discussie over *'het extra contactmoment'*. Binnen het circuit⁸ wordt daarvoor al enige tijd gepleit, gericht op de leeftijd van 15-16 jaar. Hier dreigt de eigen wereld aan de eigen logica ten onder te gaan. De term en het bijbehorende beleid is van de eerste helft van de vorige eeuw. Een gewone buitenstaander vraagt zich ernstig af of de moderne jeugd in die leeftijdscategorie en zeker uit de risicogroepen onder de indruk zal zijn van een wettelijke bepaling, ook niet als het een verplichting zou zijn. Gegeven het feit dat de vragers niet onder de indruk zullen zijn, kan het alleen een maatregel zijn die het aanbod moet helpen, maar waar vooral een ander soort aanbod bij hoort. Het creëert gewicht voor een budgettaire claim naar de rijksoverheid en binnen de budgettaire onderhandelingen van de gemeente. Oke, dan heb je dus meer middelen om 'iets' te doen voor en met de oudere jeugd, hetgeen terecht is. Maar je grootste probleem is dat je cultureel en demografisch die doelgroep überhaupt niet bereikt. Daar zit je dan met je contactmoment.

In een recent bericht hierover in De Telegraaf⁹ wordt dan ook niet alleen van dat contactmoment gesproken, maar ook van een vernieuwend aanbod via de schoolarts. De kop van dat artikel geeft overigens goed het echte probleem weer: "Stuur puber naar schoolarts". Wie stuurt hier dan? Was het probleem van 'pubers' niet dat ze zich zo slecht laten 'sturen', ook al is het in hun eigen belang? Is dit dus niet toch weer een middle class antwoord op een niet-middle class probleem? Je zou kunnen zeggen: de wetgever is straks klaar, het echte antwoord zal van de professionals in het veld moeten komen. Die dus niet moeten denken dat hun oude aanpak zal werken of dat een wettelijke verplichting enige indruk zal maken op de jongeren om wie het gaat. Het goede nieuws is dat het hier een innovatieve samenwerking tussen JGZ en scholen zal betreffen. Maar ook hier geldt: van diverse kanten wordt me verzekerd dat de meest succesvolle vernieuwing op dat vlak van de laatste jaren, de Zorg Advies Teams, nu net op het (V)MBO niet van de grond komt! Inmiddels zijn er op diverse plaatsen (o.a. West-Brabant, Utrecht en Rotterdam) wel voorbeelden van samenwerkingen vanuit JGZ rondom verzuim van leerlingen op juist deze schooltypen. Deze leiden succesvol tot het oppikken van het signaal van het verzuim om beter te kijken wat er echt met die jongeren aan de hand is, medisch, sociaal-medisch of puur sociaal.

⁷We hadden de instructieve case van de oproep tot inenting rond baarmoederhalskanker van meisjes tussen 13-16 jaar. Een culturele botsing van jewelste. Dit bolwerk, onder leiding van de RIVM, meende nog steeds dat het gezag van de dokter met witte jas voldoende zou zijn om vertrouwen te wekken. Tevens werden vele moderne communicatiekanalen waar deze jeugd zeer vertrouwd mee is, gemist. Engeland bood parallel een prachtig ander voorbeeld. Een populair jeugdidoel, Jane Goody, overleed aan deze ziekte. Haar voortdurende oproep – bij leven - tot inenting verhoogde de Engelse score drastisch. Een kaalgeworden ster uit het Big Brother huis, die daar vooral opviel door haar grof en discriminerend taalgebruik, was dus gezaghebbender dan dokters. Teken van de nieuwe tijd en de nieuwe jeugd.

⁸Zie bijvoorbeeld het rapport van de Inspectie voor de Gezondheids Zorg 'De jeugdgezondheidszorg in beweging', april 2009.

⁹De Telegraaf, 28 oktober 2009

4. Wel public health, maar fundamenteel anders



De keus moet dus niet gaan over een verschuiving van een generalistische benadering (alle kindertjes zien) naar een meer specifieke (de risicogroepen aanpakken) of over het verminderen van de publieke preventieve aanpak ten gunste van een meer individuele, curatieve, maar wel om een stevige verschuiving in die balans. Veel middelen gaan nu naar het screenen en monitoren van relatief gezonde kinderen op jonge leeftijd, dat kan efficiënter, wellicht door taakverschuiving. En meer middelen moeten naar de latere leeftijd, maar dat vergt ook cultureel en professioneel een heel andere aanpak¹⁰.

De belangrijkste verschuivingen qua aanpak zouden moeten zijn:

- Veel meer loskomen van de culturele bias in het benaderen van deze doelgroep; juist de communicatiestijl en tegelijk communicatiedrukke is enorm veranderd voor die groep¹¹;
- Veel meer focus op sociaal-geneeskundig gebied, hoe het medische relateert aan het sociale; het medische ook benutten als laagdrempelige toegang tot een gesprek over het sociale of de meer brede levensthema's;
- Een veel dwingender benadering, pro-actiever, meer aan huis, school, buurt;

Deze laatste twee elementen leiden ertoe dat ik verderop pleit voor een sociale brandweer.

Maar moeten we niet nog veel verder gaan? Is contact tussen jongere en publieke hulp niet het meest schaarse wat we hebben? Moet dat niet tot elke prijs worden uitgebuit op deze nieuwe manier: pro-actief, sociaal gericht, niet-vrijblijvend? De logische uitkomst hiervan zou wel eens kunnen zijn dat in de spreekkamer van de JGZ er niet alleen geobserveerd en geregistreerd moet worden, maar vooral geadviseerd, geïntervenieerd en gericht gestuurd. Het werk van de JGZ is dan als de essentie van de tennissport. Tennis is een sport waarbij met elke bal die jouw kant op komt, telkens het meest optimale gedaan moet worden, elk balcontact biedt een nieuwe, unieke kans op winnen of verliezen, om die reden is de wedstrijd nooit over tot de laatste bal, omdat het spel elk moment opnieuw gespeeld wordt en

¹⁰ Vergelijkbare conclusies trekt ook The Economist (septembre 5th 2009) uit de bespreking van een recent OECD rapport "Doing better for children": je moet blijven inzetten op screening op jonge leeftijd (omdat dat het meeste preventieve effect sorteert), maar tegelijk moet je van 'universal medicalised' care naar sociaal-geneeskundige zorg voor moeders en kinderen met hoog risico.

¹¹ Zie bijvoorbeeld hoe 'Your World. Rotterdam European Youth Capital 2009' probeert dit te doen, inclusief een speciale uitgave van AD Your World.

5. De 'fuik' van vraag naar aanbod werkt nog niet goed en we remmen verkeerd

kan kantelen, en waarbij uit elke positie, hoe onmogelijk ook, gescoord kan en soms moet worden. Zo is het ook met jongeren en de JGZ: met elke jongere die in de buurt komt, moet op dat moment het best mogelijke gedaan worden, elk contact met een jongere is een laatste kans, elk contact is een kans op verder spelen, geen contact mag 'gemist' worden. In de ogen van anderen is dat ook de unieke kracht van de JGZ: Zij zien elk kind, fysiek, bij hen op bezoek, in hun spreekkamer! Er bestaat dus eigenlijk niet zoiets als 'later' of 'verderop in de keten', het gaat om nu, dat ene moment dat de jongere in contact komt met de professional. De frontlinie van het publieke zorgaanbod is de enige linie die ertoe doet, verderop wordt de wedstrijd verloren.

Het probleem van de JGZ is het omgekeerde van dat van een markt: diegenen die het meest hulp of publiek toezicht nodig hebben, vragen daar het minst om. Dat geldt voor het gezin vaak en voor het kind zeker. Daar komt bij dat het soort aanbod dat we klaar hebben staan voor jeugdproblemen nou niet bepaald aantrekkelijk kan worden genoemd: begeleiders die je dagelijkse werkzaamheden controleren en disciplineren, mensen die je verplicht naar werk of onderwijs 'begeleiden' tot en met onder toezichtstelling, uit huis plaatsing of opname in een besloten instelling met verplichte behandeling. Lekker wereldje. Natuurlijk weten of vermoeden kinderen en gezinnen dat ook. Het is dus een circuit waar je maar beter niet in terecht kunt komen (tenzij om erger te voorkomen: opname in gevangenis en psychiatrische inrichting). Het is natuurlijk ook allemaal niet zo erg als ik nu schets: voor een deel is er werkelijke hulp (bijvoorbeeld bij kindermishandeling of alcoholisme), werkelijke ondersteuning bij levenskwesaties (bijvoorbeeld bijscholing of hulp bij het aanvragen van een uitkering) en werkelijke hulp voor het gezin (zoals maatschappelijk werk). Maar dat andere element, dat niet-vrijblijvend vanuit publieke belangen en 'belangstelling' opzoeken van de problemen en opdringen van 'hulp', is er zeker ook. We bemoeien ons om goede, publieke redenen actief met de toekomst van onze kinderen, maar die, noch hun ouders, zitten daar niet altijd op te wachten. Dan is het erg vreemd dat we tegelijk zo inzetten op de objectieve indicatiestelling, alsof er een 'aanzuigende' werking uitgaat van het aanbod¹².

Er zijn grofweg 4 vormen van te dure zorg aan te duiden, waarvoor het denkbaar is dat een 'rem' van buiten het zorgcircuit nodig kan zijn:

1. Onnodige zorg: de professional schrijft meer voor of doet meer dan nodig, uit eigenbelang;
2. Onnutte zorg: de zorg die wordt geleverd heeft niet het beoogde effect of is alleen maar een placebo voor iets anders;
3. Onduidelijke zorg: de uren of handelingen die worden geleverd of verricht hebben geen professionele of wetenschappelijke basis en dus is het effect niet eens vast te stellen;
4. Onaffe zorg: er wordt wel nuttige zorg geleverd, maar er is meer of nog iets anders ook nodig om het probleem werkelijk te verhelpen.

¹² Misschien is hier toch te gemakkelijk en ondoordacht de systematiek van de AWBZ, wat vooral ouderenzorg is, doorgetrokken?

‘Objectieve indicatiestelling’ zoals neergelegd in de AWBZ richt zich vooral op probleem 1: professionals die hun eigen hulp diagnosticeren, kunnen in de verleiding komen meer voor te schrijven dan nodig. Gelukkig kantelt dat beeld van wantrouwen nu en wordt in gang gezet dat eenvoudige indicaties gewoon door huisarts en wijkverpleegkundige kunnen worden gedaan (met hoogstens wat steekproeven ter controle). Op probleem 2 en 4 kunnen de indicatieorganen echter niet veel. Dat zijn namelijk problemen die zich niet op papier of met een gesprekje achteraf laten controleren. Daarvoor is het nodig tijdens het zorgproces aanwezig te zijn en de werkelijkheid te observeren. Voor probleem 3 hebben we nu net behoefte aan professionele inzichten. Niet-professionals op grote afstand van de client, zoals indicatieorganen, hebben hier niet veel toegevoegde waarde.

Ik denk dat de jeugdzorg veel meer kampt met de problemen 3 en 4. Daar heeft indiceren via aparte bureaucratische organen helemaal geen zin. Neen, we hebben het hier over twee geheel andere problemen:

- a. de werkelijke hulpvraag verschuilt zich en moet actief gezocht worden en ook het aanbod moet niet-vrijblijvend worden aangeboden¹³ en
- b. de werkelijk kostenverhogende aanzuigende werking zit in de rijkdom en tegelijk verkokering van het hulpaanbod: iedere hulpverlener en instantie heeft er belang bij zelf iets te doen aan het probleem, binnen het eigen domein, maar ook om het daarna gelegitimeerd door te schuiven naar een andere instantie. We gaan van bureaucratisch¹⁴ voorgeschreven half-fabriek naar half-fabriek en we leveren de dossiers en de officiële verantwoording erbij! Deze keten functioneert al lang, maar is gericht op het in stand houden van zoveel mogelijk en verschillend aanbod en veel tussentijdse diagnoses, niet voor het leveren van hulp die werkelijk de zaak ‘oplost’¹⁵, sterker nog vaak ontbreekt de definitie van – voldoende – resultaat. Het stroomlijnen van de hulpketen, het verminderen van de indicatie drukte en het leggen van de regie in een ontokerd financieel systeem rond jongere en gezin *met veel vertrouwen in de uitvoerende professionals*¹⁶, zal ons veel van deze kosten besparen¹⁷.

¹³Voor een deel kun je zelfs zeggen dat ons publieke hulpaanbod concurreert met de echte markt: de commerciële aanbieders van vet eten, drank, rookgerei en entertainment doen voortdurend een offer you can't refuse aan onze moderne jeugd, met belangrijke moderne welvaartsziekten als gevolg.

¹⁴Een verzamelterm voor een mengsel dat buiten de directe hulpverlening en professionele uitvoering staat, maar daar veel invloed op heeft en wil hebben en ‘meekomt’ met staatsfinanciering. Het mengsel bevat (verkokerde) wetgeving, financiële stromen en hun verantwoordingsprocedures, gestolde en voorgeschreven organisatiestructuren en toezichts- en inspectie-eisen.

¹⁵Zoals in de film ‘This boy is mine’ van M. Baloch 2007, aangehaald in het rapport van de Stichting Kind en Maatschappij (2008), een sterk vernieuwende beweging binnen de jeugdgezondheidszorg, onder leiding van Suzanne Boomsma en Bart Eigeman.

Kern is daarbij dat we steeds moeten beseffen dat de verhouding publiek/privaat hier geheel anders is dan op een ‘markt’: de vraag verschuilt zich, de echte ‘vrager’ (het kind of jongere) is kwetsbaar en verdient publieke bescherming en het aanbod is niet-vrijblijvend en belegt met publieke bevoegdheden. Deze laatste gaan heel ver en kunnen ertoe leiden dat de officiële private zeggenschap van ouders over hun kinderen publiek wordt doorbroken en vervangen¹⁸.

Er is dus om te beginnen een actieve ‘fuik’ nodig waarin de belangrijkste en meest urgente problemen bij de jeugd worden ‘gevangen’. Deze heeft te maken met vindplaatsen: van *civil society* (buurt, onderwijs, sport) via eerstelijns gezondheidszorg naar tweedelijns en complexe case-behandeling. Deze heeft te maken met levensloop: van jong gezien en al gesignaleerd, van gezien op oudere leeftijd en er dan steeds meer aan gaan doen of op gaan letten. En met professionaliteit in de aanpak: van behoeften onderkenning tot en met behandeling en afronding met inschakeling van alle signalerende instanties¹⁹.

Op dit vlak zijn er al jaren veel analyserende nota's verschenen en vanaf Operatie Jong is er ingezet op een heel pakket beleidsmaatregelen (mede naar aanleiding van *wrange cases* als ‘Het Maasmeisje’ en ‘Savanna’). Het is lastig er nu al hard greep op te krijgen, maar in mijn rondgang door deze wereld van de jeugdgezondheidszorg is er heel weinig tevredenheid, heel weinig het gevoel dat het nu wel goed gaat. De huidige zwakten zitten nog steeds overal in deze keten van aanpak: de verkeerde vindplaatsen, zwakke signalering van de echte problemen, zwakke doorverwijzing, zwakke opvolging, zwakke integrale case-monitoring, geen keten aansprakelijkheid voor het hele zorgtraject van het kind, teveel extra schijven en wachttijden²⁰. De JGZ-afdelingen van de GGD'en ontkomen niet aan ditzelfde beeld.

¹⁶Een aanzet tot deze discussie zat al in het WRR rapport ‘Bewijzen van goede dienstverlening’, 2004.

¹⁷Deze richting is ook al te vinden in de rapportage van Steven van Eijck in de afronding van zijn werk als Commissaris Jong, april en november 2006.

¹⁸Op mijn weblog heb ik naar aanleiding van de casus van het ‘meisje dat wilde gaan zeilen’, Laura Dekker, aangegeven dat ik me afvraag of de officiële instanties wel beseffen hoeveel van deze ingrijpende bevoegdheden ze inmiddels – terecht - hebben en hoezeer ze daar zorgvuldig en proportioneel mee om moeten gaan.

¹⁹Op mijn weblog heb ik naar aanleiding van de casus van het ‘meisje dat wilde gaan zeilen’, Laura Dekker, aangegeven dat ik me afvraag of de officiële instanties wel beseffen hoeveel van deze ingrijpende bevoegdheden ze inmiddels – terecht - hebben en hoezeer ze daar zorgvuldig en proportioneel mee om moeten gaan.

²⁰Interessante stroomschema's over de huidige werking van ‘de fuik’ zijn te vinden bij Stichting Kind&Maatschappij (ibid, pag 12) en rapport commissie Paas (juni 2009) (pag. 12).

²¹Er is voor dit beeld meer circumstantial evidence. Hetzelfde beeld rijst op uit een andere ‘rondgang’: NRC Onderzoek Jeugdhulp: ‘Kinderen van de verwijsmachine’. Hetzelfde beeld uit de ‘Actie Frankenstein’ in Amsterdam, onder leiding van wethouder Lodewijk Asscher, waar fase 1 bestond uit een (poging tot een) objectieve beschrijving van de ‘werkelijkheid’ van alle jeugdinstanties.

6. Preventie als structureel 'vergeten' kwestie



In de afgelopen 5 jaar is het stelsel van de Nederlandse gezondheidszorg fundamenteel veranderd, met name aan de curatieve kant (Zorgverzekeringswet) en de sociale dienstverlening (WMO). De AWBZ is nog het minst aangepakt, maar via kleine stapjes in deze kabinetsperiode en waarschijnlijk een versnelling in de volgende zal dat ook wel gaan gebeuren²¹. In al die stelselveranderingen is gereguleerde marktwerking het dominante paradigma: keuzevrijheid, concurrentie, output bekostiging, persoonsgebonden en –volgende budgetten, contractering en aanbesteding zijn de sleuteltermen. Alleen de WMO kent qua intenties²² ook een breder en minder op alleen voorzieningen en output gedefinieerd domein, met veel aandacht voor de aansluiting op *civil society* en (burger)participatie. In de bestuurlijke praktijk wordt deze wet door de meeste gemeenten echter gemanaged alsof het uitsluitend een voorzieningwet is.

In dat dominante paradigma is preventie het ondergeschoven kindje. In een privaat, markt-achtig systeem heeft immers niemand van de private partijen voldoende publieke missie, drive, bevoegdheden en belangen om te gaan voor publiekgerichte collectieve preventie. Wat er al op dat vlak plaatsvindt is aan het individu gebonden, zoals anti-*rook* cursussen, subsidie op fitness centra of zwangerschaps voorlichting. Soms is dat aanbod gratis, soms gekoppeld aan bepaalde polissen, soms gekoppeld aan revalidatieprogramma's. Zo gauw de aanpak breder en structureler wordt en dus buiten de directe 'klantenkring' van zorgaanbieder of zorgverzekeraar komt, is er immers grote kans dat deze 'gezondheidswinst' ook terecht komt bij andere, private concurrenten²³.

Dus ligt hier een enorme kans voor overheidsinstanties, vooral in een regirol. Nieuwe allianties zijn daarbij nodig. Met name het gemeentelijk niveau heeft hier, niet alleen via de WMO, veel taken en middelen om bij te dragen aan preventie: van schone, leefbare buurten tot goede woningbouwplanning, inclusief speciale woningen voor specifieke patiëntgroepen, van welzijnswerk tot vrijwilligerswerk, van openbaar vervoer tot luchtkwaliteit. Klassiek is er echter een heel grote kloof tussen gemeenten en zorgsector, zelfs met de eerstelijnszorg. In

²² Zie de memorie van toelichting

²³ Er is een begin van discussie hierover, bijvoorbeeld naar aanleiding van het recente boek van Michael Porter 'Redefining Health Care' (2009) met een oproep tot outcome (health) sturing in plaats van output (health care) sturing. Het voorkomen van kosten van gezondheidszorg door te investeren in preventie wordt dan onderdeel van de verantwoordelijkheid van private partijen. In Nederland zou dat kunnen door budgetten te baseren op genormeerde zorgkosten per inwoner, in jargon *capitated fee* genoemd. Allemaal nog erg ver weg en zeker niet de huidige dynamiek die nog steeds doorgaat richting perfectionering van de marktwerking. Sommige zorgverzekeraars zoeken in preventie echter wel toenemend hun onderscheidende positionering, maar ook hier is nauwelijks strategische koppeling aan het JGZ circuit.

7. De politieke verslaving aan loketten

dat sterk veranderde veld hebben dus ook GGD/JGZ- afdelingen nauwelijks een strategische positie.

Deze inspanning draagt bij aan het geluk en welbevinden van de bevolking, zeker ook de groep die het meest kwetsbaar is voor gezondheidsproblemen. Daar is dus ook zeker maatschappelijke en politieke 'winst' te halen. Er is echter een probleem in het aanboren van de creativiteit van het gemeentelijk niveau terwille van preventie. Deze inspanning draagt weliswaar bij aan het geluk en welbevinden van de bevolking, zeker ook de groep die het meest kwetsbaar is voor gezondheidsproblemen. Daar is dus ook zeker maatschappelijke en politieke 'winst' te halen. De financiële opbrengst wordt echter, indirect, vooral zichtbaar in het klassieke zorgcircuit, van Zorgverzekeringswet en AWBZ. Hoe vermijden we nu allerlei afwenteleffecten en non-commitments²⁴?

Vermoedelijk is het beste om het lokale budget hiervoor helder te omschrijven en te normeren (inclusief een maximum budget voor verwijzing naar derden) en om veel meer dan nu te investeren in rapportages over de epidemiologische en ziekte effecten hiervan, waarbij ook aanpakken en gemeenten onderling op gezondheidsresultaat worden vergeleken. Dus als we de publieke zaak van de preventie niet budgettair (kosten en opbrengsten) tot èen probleem voor èen instantie (de lokale overheid) kunnen maken, dan kunnen we dat nog wel in termen van sturing via informatie: normen, kengetallen, prestatie indicatoren. Next best, maar goed genoeg. Hier is nog een element van 'geslotenheid' aan toe te voegen: maak de gemeente, lees: de wethouder/dienst, ook verantwoordelijk voor de jongeren die 'buiten zorg' zijn²⁵ en daarom mogelijk zichzelf en hun omgeving tot last zijn. De jeugdgezondheidszorg is een heel goed terrein om hiermee te beginnen, omdat in ieder geval uit alle studies blijkt dat preventieve inspanning niet alleen iets kan doen aan de ziekteverschijnselen bij de jeugd zelf, maar ook een groot preventief effect zal hebben op latere leeftijd. Investeren in de gezondheid van jeugd betaalt zich dus dubbel uit.

²⁴ Dat was het mooie van de Wet Werk&Bijstand: op gemeentelijk niveau 'betaalt' een gerichte inspanning om mensen met een uitkering weer naar werk te leiden zich direct uit, de cirkel van inspanning en opbrengst is dus zichtbaar gesloten en direct in de gemeentelijke begroting terug te zien. Dit heeft tot zeer ondernemende en proactieve Gemeentelijke Sociale Diensten, vaak in combinatie met 'Werk' geleid.

²⁵ Ik kwam hiervan twee goede voorbeelden tegen. Zowel Almere als Tilburg hanteren een systeem met 'ambtenaren met bestuurlijk mandaat' die bevoegdheden hebben om met jongeren waarmee iets is, maar die zweven tussen kokers of op een wachtlijst staan, toch iets te doen, bijvoorbeeld een soort dwingende aanwijzing aan het aanbod te geven (indien nodig). Vergelijkbaar met de bevoegdheden van de burgemeester rond gedwongen opname. Maar, treffend, bij die laatste is het vaak de betrokkene die zich verzet en toch overlast veroorzaakt, hier is het vaak het aanbod dat zich 'verzet' tegen een gestroomlijnde en sluitende aanpak. Overigens: ook hier zou informatie helpen, bijvoorbeeld over de lokale wachtlijsten via de Bureaus Jeugdzorg, lang nog niet overal bestuurlijke praktijk.

Nederland lijkt rijk en af. Voor elk probleem is er een instantie die zijn werk professioneel kan doen, omdat er genoeg geld is. Toenemend wordt echter gezien dat er hierdoor een soort meta-probleem is ontstaan: die instanties zijn er allemaal wel, maar ze werken niet erg *outreaching* en effectief ('naar binnen gekeerd'; '9 tot 5 - mentaliteit') en al helemaal niet goed samen. Bureaucratisch, verkokerd, meer gericht op routine dan op uitzonderingen, de interne procedures belangrijker dan klanten. Dit probleem wordt vaak niet echt onderkend door deze instanties zelf, maar vooral van buitenaf door de politiek. In plaats van een professioneel antwoord komt er dan dus een politiek antwoord. En voor politici hebben 'loketten' een zeer prettige klank: het is tastbaar te maken (bijvoorbeeld door een gebouw, een balie, een telefoonnummer), het klinkt burgergericht en het klinkt efficiënt. Het is *the obvious thing to do*. De Centra voor Jeugd en Gezin zijn zo'n politiek antwoord op een coördinatieprobleem. Vreemd want er was al een coördinerende instantie, namelijk Bureau Jeugdzorg en die zijn niet opgeheven²⁶. Daarmee voegt het vooral bureaucratie toe aan disfunctionerende bureaucratie²⁷. Hierover is vrijwel iedereen in het veld het wel eens. Er zal dus gekozen moeten worden. Het zal duidelijk zijn dat al mijn bevindingen hiervoor ertoe leiden dat we moeten inzetten op het lokale, liefst nog buurtniveau van de CJG's en niet op de provinciale Bureaus Jeugdzorg. Hun taken zullen gericht en zorgvuldig naar voren moeten worden geschoven in de 'fuik' op zoek naar de tijdige signalering van de jongeren met de echte problemen en goede coördinatie van het hulpaanbod over de hele keten.

Ook het rapport Paas²⁸ kiest deze route, net als eerder de Commissaris Jong. Als je eenmaal weet waar je heen wilt, weet je ook wat je moet uitzoeken. Belangrijke kwestie zal zijn de doorverwijzing naar de grootschaliger georganiseerde instellingen als Jeugd-GGZ, gezinsvoogdij, intramurale jeugdinstanties. Tevens moet er naar buiten en qua bevoegdheden naar de ouders een scherp onderscheid zijn met het justitiële circuit, terwijl daar wel mee wordt samengewerkt.

²⁶ En dat is een cruciale misser, het advies hierover van Steven van Eijk, 'Koersen op het Kind' van 2006 waarin de CJG's uitvoerig zijn opgenomen en uitgewerkt, gaf dat wel aan.

²⁷ Zie een vergelijkbare analyse van de RMO "De ontkokering voorbij"

²⁸ 'Van Klein naar Groot', Commissie Zorg om Jeugd, juni 2009

Rond die Centra voor Jeugd en Gezin is inmiddels veel ervaring opgedaan. Vanaf de start van het nieuwe kabinet, onder leiding van een nieuwe program minister voor Jeugd en Gezin is dit concept geïntroduceerd en lokaal geïmplementeerd. Uit mijn rondgang destilleer ik de volgende inzichten, CJG's gaan goed als:

- het niet alleen een fysiek loket is, maar ook virtueel;
- het niet alleen een loket is, maar ook eenvoudige hulp direct kan verlenen;
- het niet alleen een loket is, maar ook een coördinatieplek voor professionals die ertoe doen;
- het als loket op een natuurlijke plek voor jeugd en gezin is gepositioneerd, nabij andere instanties die met jeugd en gezin werken²⁹;
- alle verwijsrelaties en opvolgingsrelaties helder zijn, aanwezig zijn en gebruikt worden;
- het om een zorg- en hulploket gaat en er geen vermenging is met het juridische circuit; het gaat hier om de formele positie qua bevoegdheden en naam, dit laat onverlet dat de zorg zelf minder vrijblijvend kan worden aangeboden;
- er daarna niet opnieuw papieren hoeven te worden ingevuld, indicaties gesteld en diagnoses uitgewisseld.

In praktijk betekent dit dat professionals dit loket moeten ontwerpen, gebruiken en steunen, een politieke of ambtelijke overheersing leidt niet tot een succesvol ontwerp. Tevens horen in zo'n loket de ZorgAdviesTeams er logisch bij. De huidige open benadering van het Ministerie voor Jeugd & Gezin (men heeft geen blauwdruk aan het veld opgelegd) is dus mogelijk nog zo slecht niet geweest. Inmiddels lijkt er professioneel en lokaal politiek veel draagvlak voor te zijn. Het extra geld hiervoor, zeker in deze opstartfase, is welkom, het idee heeft zijn werk gedaan. De praktijk leert ook dat het zeker niet nodig is te bepalen wie hierin het voortouw moet nemen, bijvoorbeeld de GGD.

In de kern richt het functioneren van de JGZ (zoals van veel zorginstanties) zich op drie velden:

- a. de taakuitoefening;
- b. de coördinatie rond patiënten en afstemming met andere instanties;
- c. de beleidsadviesing, in dit geval aan gemeentebesturen, maar ook bij het grotere publiek.

²⁹ Veel van deze bevindingen zijn ook terug te vinden in het recente proefschrift van PieterJan van Delden 'Samenwerking in de publieke dienstverlening' (2009). Het komt erop neer dat alleen fysiek concentreren van diensten of disciplines nauwelijks hun samenwerking bevordert. Ditzelfde zien we bij Gezondheidscentra.

Rond onderdeel a heerst er een degelijke, professionele naam, maar zoals eerder door mij aangegeven: juist hier zal de werkwijze drastisch om moeten. Rond onderdeel b heerst een wisselend beeld, sterk afhankelijk van lokale inkleuring, lokaal initiatief, lokale voortrekkers en bestuurlijke kansen. Op dit onderdeel speelt zich ook het meedoen aan de CJG-ontwikkeling af, de inschatting is nu dat in zo'n 50% van de gevallen de GGD/JGZ hier het voortouw heeft. Het derde element is het meest kwetsbaar: terwijl de belangstelling voor jongeren en hun gezondheid al jaren politiek en maatschappelijk toeneemt, hebben de GGD/JGZ-afdelingen daar soms nauwelijks een beleidsstelsel in. Hier is ook veel voor nodig: eigen onafhankelijk onderzoek en rapportage rond gezondheidsprobleem, visie stukken, PR en mediagerichtheid, pro-activiteit, publiek ondernemerschap, politieke gevoeligheid. Dit is ook een gebied dat je moet veroveren. Niemand vraagt om publieke constatering die politiek niet welgevallig zijn of niet goed vallen in het collega circuit van dienstverleners. So be it. Vanuit professioneel gezag moet het toch gezegd worden, maar dat vergt ook professionele verankering (steun, legitimering, cultuur): in statuten, in opleidingstrajecten, in management cultuur, in protocollen, in wetenschappelijke studies. Dit professionele tegenwicht lijkt nu soms wat verminderd, in de richting van een meer ambtelijke opstelling.

Dit neemt niet weg dat er inmiddels ook vanuit GGD'en innovatieve concepten rond de CJG's zijn neergezet. Bijvoorbeeld in Gelderland waar er een onderscheid is gemaakt in de regie en 'triage'³⁰ op de voorkant, ook naar scholen en 1e lijnszorg toe en de achterkant waar vele partijen in participeren (dit richt zich op onderdeel b). En bijvoorbeeld Rotterdam waar een splitsing wordt gemaakt in regie en beleidsadviesing enerzijds en uitvoering anderzijds. Bij dit laatste wordt personeel van GGD en private partijen samengevoegd en op afstand gezet. Het geheel leidt tot een integraal jeugdgezondheidszorg aanbod van 0-19 jaar (dit richt zich op onderdeel c (beleidsadviesing) en ten dele b).

³⁰ Dat wil zeggen dat een professional, niet altijd een dokter, 'quick and dirty' beoordeelt wat er met patiënt aan de hand is en dan gericht zelf iets doet of doorsluist. Het systeem bestaat zelfs voor spoedeisende hulp in ziekenhuizen. In ditzelfde systeem wordt er in Gelderland ook nog uitdrukkelijk aanbod toegevoegd: preventieve outreachende JGZ geheten, gericht op het risico kind. Ik ga daar nader op in rond de 'sociale brandweer'. Ook in Zuid-Limburg zijn nu plannen om via 'triage' (waarbij ook scholen en ouders worden ingeschakeld) eerder en sneller onderscheid aan te brengen in risico's van kinderen en daarmee in 'basiszorg' en 'extra zorg'

8. De ontbrekende sociale brandweer



Een van de grootste problemen is het vinden, vasthouden en 'behandelen' van jongeren boven de 13 jaar. Daarop zal veel ingezet moeten worden om ze te vinden en aan te kunnen spreken: scholen, disco's, dance partys, popconcerten, hangplekken, internet-communities. Al de daarbij betrokken partijen zullen blij zijn met een aanbod uit de zorg, maar verkokering van budgetten e.d. is ook hier een probleem. Maar: jeugdzorg is ook en vooral volwassenenzorg³¹. Bij alles wat publieke instanties zouden willen doen met en voor jongeren, is allereerst de medewerking van de ouders nodig en zijn hun eigen inzichten en gedrag cruciaal. Dus lopen we tegen nog meer verkokering aan, ook als we ons op jeugd richten. De JGZ zou daarin het voortouw kunnen nemen.

We hebben denk ik twee fundamentele problemen in de jeugd(gezondheids)zorg: overvloedigheid en een tekort. De overvloedigheid hebben we besproken: teveel loketten, teveel regels, teveel schijven, teveel kansen tot doorschuiven van jongeren in de verkokering. Het tekort is moeilijker vast te pinnen. In de kern bereiken we de echte probleem jongeren en hun directe omgeving niet. En al onze screening en monitoring leidt niet tot het tijdig signaleren van problematiek. Er lijkt dus een gat te zitten in ons publiek aanbod. Ik heb het hier over een concreet gat in de praktische hulp. Er is ook nog zoets als een min of meer ideologisch gecreëerd gat. Een meer fundamentele kwestie is immers dat die publieke verantwoordelijkheid nu vanuit burger en politiek niet begrensd, feitelijk oneindig is: de overheid wordt geacht alles te zien, alles te voorzien, in alles goed op te treden. Dan richten we ons hier ook nog ongelimiteerd op gezondheids- en levensvragen van moderne jongeren, die ook bijna onuitputtelijk zijn. Het publieke stelsel kan dan alleen maar falen. Zoals de houding van burger en overheid nu is, leidt ieder incident niet zozeer tot een leerproces, maar vooral tot regeldruk om ze in de toekomst te voorkomen³². Het zou helpen als de politiek verantwoordelijken minder inzetten op aandacht voor *nieuwe* problemen, *nieuwe* targets en *nieuwe*

³¹ Opmerking Hans Kamps in interview

³² Deze lijn kiezen RVZ en RMO, twee adviesorganen van de rijksoverheid, ook in hun recente rapport. Zij pleiten daarbij voor een meer inzetten op de sociale netwerken rond probleemgevallen, om die aanzuigende werking op de professionele hulp tegen te gaan.

structuren, maar vooral op een definitie wat de overheid niet kan of hoeft te doen en vooral waar private verantwoordelijkheid (en dus ook ruimte) geboden is en verwacht wordt. Anders dreigt toch, met alle goede bedoelingen, wat de Engelsen noemen: de 'nanny state'³³.

Hierop zijn 3 mogelijke antwoorden geformuleerd:

- a. betere coördinatie van de procedures en aanpakken achter de professional (de ondersteuningsstructuur);
- b. betere coördinatie van de uitvoering rond jongere en gezin (het case- en ketenmanagement);
- c. verbreding van het professioneel aanbod aan de gezinnen/jongeren zelf (de structuur van het aanbod)

Onderdeel a (de ondersteuningsstructuren) komt erg veel terug in allerlei nota's en beleidsaanbevelingen. Van elektronisch kind dossier tot verwijs index, van CJG's tot Bureaus Jeugdzorg.

Onderdeel b (het case- en ketenmanagement) is te zien in bijvoorbeeld de stadsmarinier van Rotterdam: een met openbare bevoegdheden gemandateerde uitvoerende manager die complexe cases in wijken onder zijn hoede neemt en van daaruit het aanbod stuurt. Het aanbod wordt dan gestuurd vanuit de complexe vraag, met oog voor de effecten van openbare orde en hygiëne in buurten e.d., niet vanuit het verkokerde aanbod. Maar ook Zorg Advies Teams vallen onder dit deel: professionals coördineren hun uitvoering.

Onderdeel c (ander of breder aanbod) zien we niet veel. De consensus zegt immers dat er eerder teveel professionals en hulpdiensten zijn, dan te weinig. Ik vraag het me af: willen we niet een andere, bredere professionele inzet? Het nadeel van variant a en b is evident: het voegt een coördinerende instantie of uitvoerder toe, het leidt tot bureaucratische druk op de uitvoerenden, het voegt structuren toe waar ook de jongere last van heeft, het creëert zijn eigen coördinerende drukte. En het voldoet niet aan mijn tenniscriterium: contact is zo schaars, dat moet optimaal worden uitgebuit. Het zou toch veel beter zijn als de professional die het dichtst op het probleem en het gezin zit meer doet? De kraamverzorgster,

de politieagent, de opbouwwerker van de woningcorporatie, de wijkverpleegkundige, de huisarts? Dit soort risico cliënten geven hun vertrouwen toch maar een keer, vaak aan een professional die echt problemen oplost en hen begrijpt? Er zijn ook professionals die specifiek in gezinnen worden gepositioneerd om daar een vertrouwensfunctie te vervullen: de GGD Den Haag kent gezinsbegeleiding en gezinscoaches, de thuiszorg kende klassiek de gespecialiseerde gezinsverzorgster en thuisbegeleiding. Het kan dus wel. Daarvoor is nodig na te gaan waar die verkokering tot op professioneel niveau vandaan komt: taakopvatting, opleiding, financiering, competenties? Ik voel wel voor een verkenning naar variant c: in plaats van meer structuur en meer management, een bredere professionele aanpak, die dan natuurlijk wel mentaal en financieel beloond en erkend wordt!

Het onderscheid dat ik hier maak is in praktijk geen gemeengoed. Onder invloed van de grote publieke en maatschappelijke druk en urgentie dreigt iedereen over elkaar heen te vallen op zoek naar 'de probleemjongere', zoals bij pupillenvoetbal. Hier zullen opnieuw zinnige grenzen moeten worden getrokken. Degenen die geen professioneel contact hebben met cliënten (managers, beheerders, administrateurs, beleidsambtenaren) zouden zich echt moeten concentreren op antwoord a en dan nog in alle bescheidenheid en dienstbaarheid. Ik hoor teveel dat in dit veld, met name binnen de structuur van de Centra voor Jeugd en Gezin, dergelijke functionarissen ook menen sturend te moeten zijn op antwoord b.

Als het gaat om de echte probleemgevallen, die altijd een combinatie zijn van individuele problemen, gezinsproblemen en zaken waar de buurt last van heeft, is er vooral behoefte aan *outreaching werken*: we hebben professionals nodig die op de moeilijkste, vervelendste, asociaalste gezinnen en problemen afstappen. Dit zou een nieuwe (sociale) hygiëne rol voor de GGD kunnen zijn. Op verschillende plaatsen, zoals GGD Hollands Midden, wordt daarover nagedacht en aan gewerkt. Het is ook terug te vinden in de aanpak van het Vangnet Jeugd, dat al enige jaren bestaat, o.a. in Amsterdam en Alkmaar. Het doel is in te grijpen in een bedreigende situatie van een kind door ze snel naar passende hulpverleningsinstellingen te leiden en om bestaande zorg te coördineren. Het is een gat in de hulpverlening, maar ook een kans voor de GGD om ook voor zichzelf de 'hulpverlenings cirkel' te sluiten: niet alleen screenen, monitoren en uitvoeren van publieke health programma's in algemene zin, maar

³³ Deze lijn kiezen RVZ en RMO, twee adviesorganen van de rijksoverheid, ook in hun recente rapport 'Investeren rondom kinderen'. Zij pleiten daarbij voor een meer inzetten op de sociale netwerken rond probleemgevallen, om die aanzuigende werking op de professionele hulp tegen te gaan.
zie bijvoorbeeld Financial Times: 'Big Nanny's plan for us all', 14 novembre 2009

9. De 'poten in de modder' GGD

ook zien welke type problemen er zichtbaar ook door hun eigen mazen verdwijnen, welke eerdere screening faalde, welke oplossingen acuut denkbaar zijn, maar ook preventief. Ook in beleidsmatig opzicht is dit een goede keuze. Alleen algemene preventie taken hebben immers, zoals eerder geconstateerd, de neiging onzichtbaar te worden, weg te zakken uit de publieke belangstelling en daarmee ook de instituten die die taak uitvoeren. Deze nieuwe rol maakt de GGD/JGZ middelpunt van de maatschappelijke en politieke prioriteit. Het heeft wel heel veel gevolgen voor personeel en organisatie, de afstand tot de echte probleemgevallen lijkt nu soms wel erg groot. Er is interne differentiatie nodig naar een soort taskforce of sociale brandweer. Het salarisgebouw zal moeten worden aangepast: werken op straat en met deze doelgroep moet het meest worden beloond. Ten dele zijn er andere rechtsposities (dit is geen 9-5 job) nodig: van parttime werkenden naar meer fulltimers. Dit is een omslag van zodanige omvang dat dit vele jaren zal vergen en vooral zal moeten komen van vernieuwende krachten in de beroepsgroepen zelf.

Vergt deze moderne oorlog in de jeugdgezondheidszorg niet ook een andere dienst? Hoe pakt die combinatie met de rest van de GGD eigenlijk cultureel uit? Hier zie ik zowel kansen als bedreigingen.

De grootste bedreiging voor de noodzakelijke cultuuromslag die ik beschrijf (de klassieke taak veel sociaal-medischer en pro-actiever aanpakken en de handschoenen van sociale brandweer oppakken) zou wel eens kunnen zijn het combineren van de huidige JGZ met de consultatiebureaus. Sinds enige jaren is er sprake van regie door gemeenten ook op die zorg voor 0-4 jarigen, klassiek uitgevoerd door de consultatiebureaus. Zoals vaker in Nederland wordt regie voornamelijk vertaald als 'baas' en daarna al snel als 'fusie'. Vaak is dit een zwaktebod: regie werkt namelijk het beste als je helder bent over je normatieve kader: doelen, middelen en aanpakken. Wanneer die duidelijkheid ontbreekt, lijkt al snel hiërarchie het enige antwoord. Dergelijke fusies worden nu op veel plaatsen in het land vormgegeven. Ten opzichte van de huidige omvang van de JGZ afdelingen bij de GGD betekent dit meer dan een verdubbeling in personeel. Mijn vermoeden is dat het niet zal bijdragen aan de hier beoogde cultuurverandering, ook de consultatiebureaus werken nogal klassiek en vrijblijvend. Juist van de klassieke GGD taken en hun cultuur valt veel te leren voor de JGZ. Het bewijst ook maar weer eens dat onderbrengen onder een organisatie nog niet meteen leidt tot de juiste culturele bestuiving.

Er is echter een heel positief aanknopingspunt: een groot deel van de 'rest' van de GGD heeft juist al een pro-actieve, publieke rol die lijkt op die van de sociale brandweer: de rol in de verslaafden- en daklozenzorg, in de hygiëne aan huis, in de opsporing en voorlichting rond de seksueel overdraagbare ziekten of party drugs, in de forensische zorg. Ik pleit ervoor die connectie en dat optreden de komende jaren actief op te zoeken vanuit de JGZ en samen te bouwen aan een 'poten-in-de-modder'-GGD.

10. Bijlage Gesprekspartners

Gesprekspartners (vaak met hun functionele hoofden of beleidsmedewerkers)

Aad Koster	Directeur Actiz
Annelie Stevens	Directeur GGD Brabant Zuid-Oost
Bart Eigeman	Wethouder, gemeente Den Bosch
Hanneke Hoogeveen	Manager JGZ GGD Nijmegen
Hans Kamps	Voorzitter MO-groep Jeugdzorg
Henk Visch	Manager JGZ GGD Hollands Midden
Jamil Jawad	Beleidsmedewerker VNG
Jan van Wijngaarden	Inspecteur voor de Volksgezondheid (IGZ).
Johanna Haanstra	Wethouder, gemeente Almere
Jose Lazeroms	DG Primair en Voortgezet Onderwijs, Ministerie van OCW
Marcel van Gastel	DG Jeugd en Maatschappelijke Zorg, Ministerie voor Jeugd & Gezin
Marianne Donker	(voormalig) Directeur GGD Rotterdam-Rijnmond
Paul van der Velpen	Directeur GG&GD Amsterdam
Steven van Eijck	Voorzitter LHV (en oud-Commissaris Operatie Jong)
Simone Buitendijk	Bijzonder hoogleraar Integrale preventieve gezondheidszorg
Ype Schat	Directeur GGD Gelderland Midden



11. Bijlage geraadpleegde bronnen



ActiZ/ MOVISIE: *Transparant aanbod thuisbegeleiding. Modulen als bouwstenen voor de hulpverlening*, Utrecht, 2009

ActiZ: *JGZ in perspectief. Strategieën 2009-2010*, Publicatienummer 09.002, Utrecht, 2008

Bakering, W.: *Integrale JGZ in GGD-verband biedt vooral voordelen: één organisatie, één gezicht, één gezin, één plan*, GGD Nederland, Utrecht, 2008

Boere-Boonekamp, M. en Van Steeuwen, B.: *Handreiking samenwerking Huisarts- Jeugdgezondheidszorg*, TNO, 2008

Boonsma, S. en Bekink, A.: *Koesteren&ontwikkelen. Een visie op de jeugdgezondheidszorg als Publieke Zorg voor de Jeugd*, Stichting Kind&Maatschappij, 2008

Commissie Zorg om Jeugd: *Van klein naar groot*, (in opdracht van) Vereniging Nederlandse Gemeenten, 2009

Delden, PieterJan van *Samenwerking in de publieke dienstverlening*, Eburon 2009

Eijck, S. van, e.a.: *Koersen op het kind. Sturingsadvies deel 1 en 2*, Projectbureau Operatie Jong, 2006

GGD Amsterdam *Inventarisatie van de werkwijze Vangnet Jeugd in vijf steden*, 2008

GGD Gelderland Midden: *CJG en Zorgregiemodel*, 2008

GGD Nederland: *JGZ: de ruggengraat van de integrale jeugdzorg!* Speerpunt GGD Nederland, Utrecht, 2006-2008

GGD Nederland: *Zorgcoördinatie door de Jeugdgezondheidszorg. Wat kan de Jeugdgezondheidszorg bieden? Wat is hiervoor nodig?*, Utrecht, 2008

Hermanns, J., Öry, F., Schrijvers, G.: *Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller, beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen*, Utrecht, 2005

Keulen, M. van,: *Jeugdgezondheidszorg: 'een gigantisch effect voor een prikkie'*, Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland, 2009

Leeuwen, M. van.: *Kansen voor de JGZ in het Lokaal Jeugd beleid*, GGD Nederland, Utrecht, 2005

Lieshout, M. van: *Maatschappelijke opgraven Jeugd. Trends, uitdagingen en onderzoeksvragen*, ZonMW, Den Haag, 2007

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.: *Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op preventie*, Den Haag, 2007

Nederlands Gesprekscentrum, Dr. F.J.H. Mertens, Dr. R. Pieterman, Prof. dr. mr. C.J.M. Schuyt en Prof. dr. G. de Vries: *Pech moet weg*, 2003

NHG: *Huisartsenzorg en jeugd. 'Kom we gaan naar de dokter...'*, Nederlands Huisartsen Genootschap, 2008

NICIS: http://www.nicis.nl/kcgs/dossiers/Organiserendvermogen/Frontlijnsturing/Stadsmariniers-in-Rotterdam_1000.html

Osté, J., Koster P., Van der Wal, M., Verhoeff, A.: *Inventarisatie van de Werkwijze Vangnet Jeugd in vijf steden*, GGD Amsterdam, 2007

Putters K.: *Besturen met duivelselastiek*, oratie, Erasmus Universiteit, Rotterdam, 2009

RMO (Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling) *'Investeren rondom kinderen'*, Den Haag 2009

RMO *'De ontkokering voorbij'*, Den Haag 2008

RIVM: *Activiteiten Basistaken Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar per Contactmoment (ABC)*, Rapport 295001001

RIVM: *Spelen met Gezondheid. Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd*. Rapport 270232001

Rouvoet, A. en Dijkma, S. en Bijsterveld-Vliegenthart, M.: *Kamerbrief JOZ/ 127716*, 2009

Sociaal Economische Raad (SER) *Over de toekomst van de AWBZ*, 2008

Sociaal Cultureel Planbureau: *Jaarrapport 2008, Landelijke jeugdmonitor*

Wal, G. van der.: *De jeugdzorg in beweging*, Jeugd Gezondheidszorg, Den Haag, 2009

Westerouen van Meeteren, M.A., Advies. *Consequenties van het Gessica-rapport Zorg voor Gezondheid BV.*, Vught, 2007

Media

Rotterdam en Riagg ruziën over melden mishandeling, Algemeen Dagblad 8 april 2009

Woudstra, L.: *Mislukken Vaccinatie te wijten aan overheid zelf*, Financieele Dagblad

Breeuwsma, G.: *Kind wordt te weinig met rust gelaten*, NRC Handelsblad 26 mei 2009

Klinkenberg, T. van den, *Meldcode huiselijk geweld moet meteen de prullenbak in Financieele dagblad*

Jeugdzorg kan flinke groep niet bereiken De Volkskrant 13 juni 2009

Er wordt maar gedaan alsof interview André Rouvoet Algemeen dagblad 18 april 2009

Karsten. N. *Even los van uw hartaanval, slaat u uw kinderen wel 'ns?* NRC Handelsblad 21 april 2009

Kinderen van de verwijismachine NRC Weekblad 12 september 2009

13. Colofon

Dit rapport is uitgebracht door Steven de Waal, Public Space in opdracht van GGD Nederland.

Vormgeving en productie: AC+M, Schippersgracht 19, 3603 BC Maarsse

© Public Space

Alle rechten voorbehouden. Januari 2010

De tekst van dit advies kan ook geraadpleegd worden op www.publicspace.nl en www.ggd.nl

Jeugdgezondheidszorg: zijn we op de goede weg?

Bericht van een reiziger.

