

# Een betere Zorg voor Jeugd. Decentralisatie van de Jeugdzorg als kans.

Een reiziger blijft zich verwonderen



# Een betere Zorg voor Jeugd. Decentralisatie van de Jeugdzorg als kans.

Een reiziger blijft zich verwonderen



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

In opdracht van GGD Nederland

Mei 2011

## Inhoud

Introductie	7
Bestuurlijke samenvatting	9
Eerste verbaasde observaties	13
Conceptuele uitgangspunten van een nieuw stelsel 'Zorg voor Jeugd'	19
Visie op de toekomstige organisatie(s)	35
Bijlage: geraadpleegde bronnen	41
Colofon	46



## Introductie



Opnieuw leest u een verslag van mij van een rondreis. Door een breder gebied en met een andere blik dit keer: het gaat nu om de hele jeugdzorg en om de bestuurlijke en organisatorische vragen die leven rond de voorgenomen decentralisatie naar het gemeentelijk niveau. Laten we dit nieuwe uitgebreide gebied van de hele keten voortaan *Zorg voor Jeugd* noemen. Namen doen ertoe en oude namen hebben oude imago's. We maken een nieuwe start en gaan in samenhang naar alle Zorg voor Jeugd kijken.

Dit essay is een soort vervolg op dat van begin 2010, waarin mijn ervaringen en inzichten in de jeugdgezondheidszorg (JGZ)<sup>1</sup> centraal stonden, maar vanuit een heel ander perspectief en gericht op een breder domein. Alsof het eerste een treinreis door België en dit tweede een helikoptervlucht over West-Europa is. Daarmee dreigt het complexer, groter en moeilijker te worden een lijn te trekken en een eerste goede herkenbare observatie als reiziger neer te zetten. Gelukkig had ik opnieuw de steun van GGD Nederland<sup>2</sup> en van vele gesprekspartners die me leidden door deze wondere wereld, zijn lopende debatten en vele nota's en beleidsvisies over hoe het verder moet.

Opnieuw waren de omstandigheden voor PublicSPACE<sup>3</sup> hetzelfde: 'Kijk open rond en kom met een publicatie waarin een onafhankelijke, niet belangen gebonden visie op heden en toekomst van de (organisatie van de) Zorg voor Jeugd'. Het blijft heel bijzonder dat een branchevereniging als GGD Nederland dit aandurft. Ik ben dankbaar voor dit vertrouwen en maak even dankbaar gebruik van de door hen geboden ruimte. Ik word gesterkt door de ervaringen met het vorige essay: het is op heel veel plaatsen meegenomen in congressen en leergangen. Het heeft geleid tot veel uitnodigingen om te komen spreken met bestuurscolleges of managementteams in en rond de GGD. Ook buiten de directe JGZ heeft het al meteen aandacht gekregen.

<sup>1</sup> 'Zijn we op de goede weg? Bericht van een reiziger', uitgave GGD Nederland/PublicSPACE Foundation (2010), aangeboden aan voormalig programmaministerie van Jeugd & Gezin.

<sup>2</sup> Met name Laurent de Vries (directeur), Monique Kavelaars (voorzitter programmaad Jeugd) en Ingeborg ter Laak (senior beleidsmedewerker) als begeleiders en Ed d'Hondt (voorzitter) op de achtergrond.

<sup>3</sup> PublicSPACE is een private, onafhankelijke Denktank en Platform met als missie de bevordering van maatschappelijk ondernemerschap en innovatie in het publieke domein, zie [www.publicspace.nl](http://www.publicspace.nl); zie ook 'Strategisch Management voor de Publieke Zaak' (Lemma 2008) van deze auteur.

## Bestuurlijke samenvatting

Concrete aanleiding voor deze verkenning was natuurlijk de passage in het regeerakkoord waarin een forse reorganisatie van de hele jeugdzorgketen werd aangekondigd. Dat was in lijn met veel consensus op dat moment, zoals ook verwoord in het eerste essay. Samengevat: meer naar de voorkant van de keten, meer aansluiten op de civil society en andere instituten in de samenleving (scholen, sport, jongerenwerk). Meer aaneenkoppelen van bevoegdheden en budget rond concrete jongeren en hun gezinnen, verminderen van de vertraging en stappen in de keten en dus de keten opschonen door meer naar lokaal bestuurlijk niveau (gemeenten) te brengen.

Dit essay is meer nog dan het vorige een work-in-progress. De onderwerpen zijn ten dele complexer. De uitdaging en drang om met nieuwe inzichten te komen is veel groter, juist omdat er al veel gestudeerd en gesproken is. De directe domeinbelangen zijn groter. Het spel van lobby en tegenlobby is al begonnen. Het onderwerp is op het eerste oog ook niet sexy en nogal saai: voor je het weet zit je in domeingevechten en kokerdiscussies over keuzen rond nu al verouderde structuuro oplossingen. Die iedereen graag lijkt te voeren, maar tegelijk bij bestuurders terecht gevoelens van machteloosheid en ideeënarmoede oproepen. Het verschijnt nu ook middenin het proces van grote keuzen, de opgave voor ieder nieuw kabinet aan het begin van de rit en kan daarom al bij verschijnen op onderdelen de plank geheel misslaan. *So be it*. Zonder innovatie en nieuwe ideeën wordt de reorganisatie sowieso meer van hetzelfde en zal deze ook lang niet de oplossingen gaan bieden die nodig zijn. Hoe meer en wildere ideeën en concepten in dit stadium hoe beter. Dus laat ik mijn nek maar uitsteken door er een paar hier te beschrijven. Vroeger behoorden overigens onthoofdingen en ophangingen al tot het belangrijkste stedelijke vermaak, waar van heinde en verre publiek op afkwam. Als deze openbare terechtstelling nu ook leidt tot dat soort grote publieksaandacht voor een deel van deze ideeën, hebben we in dit mediatijdperk toch weer een slag gewonnen. Het uiteindelijke doel is immers het bouwen aan een betere, effectievere zorg voor kwetsbare jongeren.

Ik wens u veel inspiratie en plezier bij het lezen van dit nieuwe reisverslag.

Dit essay is geschreven vanuit een open, op innovatie en dynamiek gerichte benadering, met veel vergelijkingsmateriaal uit andere sectoren. Het is het verslag van een voortgezette reis die de afgelopen jaren heeft geleid tot een breed overzicht van de hele kolom Zorg voor Jeugd<sup>4</sup>. Hoe zou die kolom er uit moeten en kunnen zien na (verdere) decentralisatie naar het lokale niveau? Aangezien weinigen nu deze hele kolom overzien (vandaar dat ik hier ook een nieuwe naam introduceer: Zorg voor Jeugd), kan zo'n rondgang een nieuw perspectief en nog niet verkende ideeën opleveren. Concrete aanleiding is het kabinetsvoornemen, met brede parlementaire steun<sup>5</sup>, om forse delen van de jeugdzorg te decentraliseren<sup>6</sup>. Dit kabinetsvoornemen steunt zeker ook op breed gedragen inzichten in de sector zelf.

Ik start met enige verbaasde observaties als nog steeds relatieve buitenstaander:

- **Het onmogelijke werd mogelijk: Centra voor Jeugd en Gezin;**
- **Ambtenaren als staatspedagoog;**
- **De fout van de indicatiestelling;**
- **De duurste professionals doen niet altijd het dringendste werk;**
- **Jeugd is niet alleen een zorg.**

Dan noem ik enige conceptuele uitgangspunten vanuit noodzakelijke inhoudelijke vernieuwing en meer effectiviteit<sup>7</sup>:

### I. De staat-op-maat:

Een staat die leert adequaat en zeer individueel op te schalen van hulp naar dwang, van zorg naar straf, maar ook weer terug van algemeen naar bijzonder; dat lukt alleen door de individuele beoordeling en behandeling op afstand te zetten onder de hoede van professionals en niet te verambtelijken;

<sup>4</sup> Het vorige essay heeft uitgelokt dat na de presentatie in januari 2009 de dialoog werd voortgezet in het GGD-circuit via bijeenkomsten met colleges van (nieuwe) wethouders en managementteams, het CJG-circuit via vele lezingen en, op uitnodiging, ook directies van Bureaus Jeugdzorg en gespecialiseerde jeugdzorg instellingen.

<sup>5</sup> Parlementaire werkgroep o.l.v. Pierre Heijnen.

<sup>6</sup> Dit zijn: provinciale jeugdzorg, jeugdbescherming en jeugdreclassering, jeugd-GGZ (inclusief begeleiding), zorg aan licht verstandelijk beperkte jeugdigen en de gesloten jeugdzorg.

<sup>7</sup> Uit het bestuursakkoord 2011-2015 van het Rijk met andere overheidslagen: "Het gaat niet alleen om het verleggen van verantwoordelijkheid, maar vooral ook om een nieuwe opbouw van een inhoudelijk fundament.."



## II. De sturende publieke as in een innovatief privaat veld:

De publieke as krijgt alle taken en bevoegdheden rond preventie en tevens specifiek binnen het curatieve deel: screening, toegang, casemanagement; private organisaties richten zich op hulp en curatie en leveren deze zo innovatief en kwalitatief mogelijk. Op basis van deze scherpe rolverdeling kunnen veel taken en vooral bevoegdheden (met name rond diagnose, toeleiding en ketenmanagement) worden uitgezuiverd;

## III. Modernisering en redding van de preventie:

Modernisering: minder algemeen en meer gefocust op risicogroepen, een moderne risicoanalyse gericht op het fenomeen welvaartsziekten en andere vormen van communicatie met de oudere jeugd. Meer inschakelen van de reële pedagogische civil society, met name sport en scholen/kinderopvang ('het tweede opvoedingsmilieu')<sup>8</sup>. Redding: er komt nu een grote, urgente, politiek gevoelige, hulpverlenende taak op gemeenten af. Er is een grote kans dat die aandacht en druk de preventieve taak zal marginaliseren en wegduwen, zeker nu de modernisering ervan nog maar net begonnen is;

## IV. Krachtige tegenmacht in een samenhangende keten:

Er zijn 5 terechte en waardevolle breuklijnen in de keten van Zorg voor Jeugd:

1. Ondersteunen van civil society *versus* professionele hulp;
2. In gezin/huis laten *versus* uitplaatsen;
3. Generalistische *versus* specialistische hulp;
4. Professioneel *versus* politiek-bestuurlijk oordeel;
5. Collectieve preventie *versus* curatie.

Die moeten we niet 'wegmanagen', maar juist afzonderlijk beleggen bij de meest deskundige instellingen en organisatieonderdelen. Wel is er vervolgens een krachtig casemanagement door de hele keten heen vanaf de voorkant nodig;

## V. Echte professionaliteit:

We moeten weg van de voortgaande verambtelijking van de uitvoering en inzetten op een systeem van bestuurlijke kaders, heldere rolverdeling door de hele keten en een zeer professioneel, streng klimaat voor de uitvoering met veel discretionaire bevoegd-

heden in individuele gevallen. Dit is een belangrijk punt omdat in de hele kolom Zorg voor Jeugd een zeer wisselend professioneel klimaat heerst en de managementcultuur verschoven lijkt naar een ambtelijke. De HRM-cultuur en sturing op diensten van gemeenten zal hiertoe zeker moeten worden aangepast<sup>9</sup>.

Tenslotte geef ik wat eerste doorkijkjes naar ontwikkeling van elementen, zoals van het CJG als reisbureau of een regionale backbone van zorgfuncties en ketentaken, van de stadhuizen, de GGD en de landelijke regie.

Het gaat goed met een groot deel van de Nederlandse jeugd, maar niet met de Zorg voor de meest kwetsbare of ongelukkige Jeugd. Dat moeten we ons aantrekken. Niet door hals-over-kop in de bestuurlijke drukte van techniek, procedures en reorganisaties te duiken, maar door met open oog te kijken naar de zwakheden van dit moment en tijd te nemen voor nieuwe concepten. Er is nu niets praktischer dan bestuurlijke bezinning en aandacht voor innovatie.

<sup>8</sup> Uitvoerig beschreven en onderbouwd in het vorig essay (2010).

<sup>9</sup> Ook mijn observatie uit een workshop met gemeentebestuurders en directeuren die ik voorzat op de Blommestein conferentie Het Gemeentedebat dd. 20 april 2011.

## Eerste verbaasde observaties



Als je van relatief buitenaf de hele keten van Zorg voor Jeugd probeert te overzien, ook in het licht van de voorgenomen decentralisatie, is er veel dat verbazing wekt. Als je die verbazing deelt, blijken velen wel hetzelfde te voelen, maar er nooit zo over nagedacht te hebben, ook al werken ze al jaren in die Zorg voor Jeugd. Het is een ander perspectief, zoals een Groninger die de Martinitoren beklimt en de stad van daaruit bekijkt. De scheiding en het verschil tussen stad en ommelanden krijgen ineens een echte betekenis. Het leuke van herordenen is dat dit een soort wit vel papier oplevert, waarin je die verbazing en die topdown blik kan omzetten in nieuwe vormen en werkwijzen. Sterker: dat moet ook, want later krijg je die kans niet meer. Dan leeft iedereen weer in zijn wijk in de ‘stad Zorg voor Jeugd’ en doet net alsof er nooit een stadsuitleg of bestemmingsplan geweest is.

### Het onmogelijk werd mogelijk: Centra voor Jeugd en Gezin

Een Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) is een raar, strategisch ‘ding’. In het normale leven, als organisaties gaan samenwerken, beginnen ze elkaar eerst voorzichtig te verkennen. Vervolgens besluiten ze mogelijk eerst tot een gezamenlijke innovatie of product, en heel schoorvoetend, verkennen ze daarna ook samenwerking ‘achter de voordeur’, zoals rond huisvesting en administratie. Helemaal aan het eind van deze verkennende rit, die jaren kan duren en vaak ook niet verder komt, en als de strategische noodzaak echt is aangetoond, gaan ze over tot samenwerking aan de voorkant. Daar waar ze de cliënt ontmoeten en ontvangen, zoals loketten, balies, folders, PR en website. Hier is een goede reden voor: het voortbestaan van de organisatie hangt af van het hebben van voldoende en de juiste cliënten en hen kunnen bedienen met de zorg en dienstverlening waar je goed in bent. Dat kun je alleen met anderen delen als je ze volledig vertrouwt, sterker nog: als je met huid en haar aan elkaar verbonden bent. Dit stadium leidt dan ook vaak tot een fusie. Het CJG begint echter helemaal aan het eind van dit proces. Het CJG coördineert de voorkant van de aangesloten instellingen. Die instellingen blijven echter ook intact en behouden hun eigen ‘voorkant’: balies, spreekuren, folders en verwijzingen. Vaak doen deze organisaties meer dan alleen jeugdzorg, hetgeen een zekere losheid van de jeugd kolom ook rechtvaardigt. Het CJG is dan ook nog een voorkant die coördineert met soft tools: overzicht, hulp, informatie en ondersteuning. Er liggen geen harde bevoegdheden onder qua doorverwijzing en eerste behandeling vanuit het CJG. Het CJG is letterlijk ‘voor de keten’ gezet, vaak zonder

verdere ingrepen in de rest van de keten (dit verschilt lokaal). Zelfs de toentertijd bedoelde opheffing van Bureaus Jeugdzorg (BJZ) heeft niet plaatsgevonden<sup>10</sup>. In een positieve bui verklaar ik het succes van de CJG's<sup>11</sup> uit de grote doorleefde maatschappelijke verantwoordelijkheid van alle meewerkende instellingen die inzagen dat een dergelijke coördinatie nodig was in het jeugddomein voor een stad of streek. In een wat cynischer bui zeg ik dat zo lang het bij softe coördinatie blijft en alle kosten volledig gesubsidieerd worden<sup>12</sup>, voor iedere instelling medewerking beter is dan tegenwerking. Baat het niet, het schaadt dus ook niet. Daar komt bij dat veel gemeenten zich concentreren op de fysieke vormgeving van een CJG, dit is vooral belangrijk voor de professionals die in het CJG werken. Voor de cliënten, zeker de jongeren met de meeste problemen (vanaf ca. 13 jaar), is dit nauwelijks relevant. Als 'inlooppunt' leiden CJG's zeker niet tot meer toegang tot probleemjongeren en -gezinnen. Dat gebrek aan strategische noodzaak bij alle aangesloten instellingen en aan ingrepen verderop in de keten zijn de zwakke punten in het licht van het nu komende vervolg. Het is als een piramide die op de punt wordt neergezet: die hele grote keten van Zorg voor Jeugd kan niet rusten op dit smalle en zwakke fundament van de CJG's<sup>13</sup>. Daar moet verdere ontwikkeling in plaatsvinden. Je zou overigens ook kunnen zeggen dat de rijksoverheid hier heel handig en tactisch heeft geopereerd: eerst de CJG's ervoor zetten en vooral geen weerstand organiseren, dus vrijheid van vormkeuze, voluit betalen en inregelen. Nu dan de Bureaus Jeugdzorg alsnog opheffen en een bezuiniging van € 300 miljoen inboeken (toevallig ook ongeveer de kosten van de CJG's). Wie zegt dat hier geen mastermind achter zit?

### Ambtenaren als staatspedagoog

Wie de hele officiële keten van Zorg voor Jeugd overziet en denkbeeldig doorwandelt, vraagt zich af wanneer er nu eindelijk eens hulp wordt geboden aan betreffende jongeren en de gezinnen. Er is een CJG, maar vaak geeft die alleen voorlichting, informatie en doorverwijzing, soms lichte opvoedingsondersteuning. Er is een JGZ, maar vaak screent die alleen vanuit preventief oogpunt en registreert en verwijst door (met lokale uitzon-

deringen). Er is een BJZ maar ook die stelt alleen indicaties, beoordeelt, maakt plannen en verwijst veelal door. De uiteindelijke Zorg voor Jeugd wordt dus vooral geboden in en vanuit de private eerstelijns (maatschappelijk werk, jongerenwerk, thuiszorg) en tweedelijns zorgorganisaties (de gespecialiseerde hulp, ambulante en residentiële). Gelukkig kan daar ook rechtstreeks naar doorverwezen worden door huisartsen of schoolartsen. Maar voor de tweedelijns is natuurlijk wel een indicatiestelling van BJZ nodig. En dan zijn er nog wachtlijsten bij de echte hulp (ook soms bij de indicatiestelling, maar die zijn redelijk verdwenen)<sup>14</sup>. Kortom: het lijkt erop alsof de bureaucratie domineert. De niet-hulp heeft qua aandacht, budget, contactmomenten gewonnen van de hulp. Het gaat zo ver dat we kunnen zeggen dat het jeugdzorgsysteem de jongere en zijn/haar ouders vooral ambtelijk contact biedt. Voor het gevoel van de uitvoerenden die dit doen, is dat nog steeds indirect werk en gericht op werkelijke hulp, voor de jongeren is het de start van hun opvoeding en therapie van staatswege. Het onderscheid in management en therapie lijkt verdwenen. De bureaucratie is onderdeel van de hulp geworden. We moeten ook niet vergeten dat het hier over jongeren gaat, de groep die het best en snelst wil leren waar het om gaat in dit leven. De staatsbureaucratie is een van de opvoeders die zij tegenkomen. Waar gaat die therapie over: leren bureaucratisch te handelen, het jargon leren van de ambtenaar, zelf je dossier ook een beetje bijhouden, zelf mee coördineren en je probleem definiëren in de categorieën van de indicatiestelling<sup>15</sup>. Als jongere (en ouder) geeft het systeem je dus les in bureaucratisch gedrag, voordat je toekomt aan hulp<sup>16</sup>. Soms zitten er zelfs echt perverse elementen in het systeem: je wordt uiteindelijk geïndiceerd als heel complex en heel urgent, maar moet dan vervolgens, met die officiële indicatiestelling onder de arm, nog drie maanden wachten op echte hulp. Hoe ziek kan een bureaucratisch zorgsysteem zijn?

### De fout van de indicatiestelling

Deze bureaucratie wordt natuurlijk het meest gesymboliseerd door de indicatiestelling van het BJZ. In het vorige essay heb ik al beschreven hoe ondoordacht hier het overheidsinstrument voor de remming op de potentieel explosieve vraag van de ouderenzorg is gekopi-

<sup>10</sup> Zie Steven van Eijck: "Koersen op het Kind" (2006).

<sup>11</sup> In april 2011 heeft 66% van de gemeenten (275 gemeenten) een fysiek CJG. 69% heeft een CJG-website.

<sup>12</sup> De Brede Doel Uitkering CJG bedraagt € 304,8 miljoen (2010).

<sup>13</sup> Ook in getallen zichtbaar: JGZ kost nu ca. € 500 miljoen per jaar, CJG's € 304,8 miljoen en de rest van de keten kost nu ruim € 3 miljard, dus structureel per jaar bijna 4x zoveel dan het huidige lokale budget.

<sup>14</sup> Laatste brancherapport MO Groep.

<sup>15</sup> Dit heet 'pigeon holing': net als de duiven die ophokken via 'hun gat', leren cliënten hun probleem te benoemen in het juiste hokje om 'thuis te kunnen komen'.

<sup>16</sup> Voor een deel is dit ook het gedrag en effect waar Dalrymple zijn kritische analyse op baseert van groepen die structureel en cultureel hebben geleerd te 'blijven hangen in het zorgsysteem'.



eerd naar de Zorg voor Jeugd. Daar is namelijk juist de ontwijkende en wegduikende vraag het probleem. Dus daar waar de meest hulpbehoevende jongere (en ouder) al zelf veel remming en (letterlijk) wegloupedrag vertoont (uit schaamte, onwil, karakterfouten en zwakke opvoeding), gaat het systeem nog eens extra remmen. Alsof de cliënt overvraagt en de hulpverleners met hem/haar. En alsof je juist bij jeugd niet moet inzetten op hun revitaliserende vermogens, op hun enorme drijfveer uit dit soort systemen te komen en 'op eigen benen te gaan staan'. Een deel van hun schaamte komt juist voort uit het gevoel het op jonge leeftijd al niet alleen te kunnen. Die vitaliteit van de jeugd wordt niet aangeboord, hetgeen begrijpelijk is als je een instrument leent uit de wereld van de kwetsbare, vaak eenzame oudere die een pad inslaat van steeds meer zorg.

Daar komt nog een probleem bij dat inherent is aan het instrument indicatiestelling. Degene die de indicaties verzorgt, is niet de hoogst gekwalificeerde zorgprofessional en ziet de cliënt vaak niet zelf. Het is dus niet vergelijkbaar met de taken van een zorgprofessional: deskundig diagnose stellen en een behandelplan opstellen, samen met cliënt. Het is echt ambtelijk werk: achter het bureau, geen cliënt in zicht, dossiers volledig maken, instanties bellen en doorverwijzen. Vaak gebeurt dit door lager opgeleide beroepskrachten in plaats van degene die de diagnose aanlevert.

Dit is exact de reden waarom er in de ouderenzorg weer voor wordt gekozen om de eenvoudige indicaties en herindicaties terug te leggen bij de zorgprofessionals: huisartsen en wijkverpleegkundigen. De sociaal-medische component, de inschatting van het sociale steunsysteem, neemt daarbij toe. Dat kan alleen als je die thuissituatie ook werkelijk kent en niet alleen via een intakegesprek met een checklist. In een nieuw stelsel zal de zorgprofessional weer dominant en sturend vooraan moeten worden gezet. Het beste is geheel opheffen van de indicatiestelling en alle controle en toetsing te plaatsen buiten de individuele zorgketen. Door steekproefsgewijze toetsing achteraf. Door kengetallen per professional bij te houden die aangeven of er 'overconsumptie' plaatsvindt<sup>17</sup>. Door evidence based inkopen van dure of tweedelijnszorg en alleen uit deze selectie de professionals te laten kiezen. We zouden in de nieuwe keten van de Zorg voor Jeugd kunnen leren van de verkeersfilosofie

van (wijken) Hans Monderman<sup>18</sup>, waarbij verkeersdeelnemers leren weer verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen en andermans gedrag, onder andere door het weghalen van de enorme hoeveelheid verkeersborden die alleen al door hun overdaad averechts en gevaarverhogend werken.

### De duurste professionals doen niet altijd het dringendste werk

De hele keten Zorg voor Jeugd overziend valt op dat de dure, academisch geschoolde professionals aan de voorkant, lokaal, vaak geconcentreerd in de GGD/JGZ, niet het zwaarst en meest acute jeugdzorgwerk doen. Die academici concentreren zich nu op preventie. Daarnaast kent de keten een accent op hoge opleiding aan de achterkant: de specialistische zorg. Dat laatste is logisch en gebruikelijk. Dit accent van de inzet van de duurste en hoogst opgeleide professionals valt natuurlijk pas op als we ontkokerd en nieuw kijken, we spreken immers over een historisch gegroeide verdeling. De provinciaal gestuurde jeugdzorg concentreert zich juist op de moeilijkste jongeren, hun acute problemen en de te bieden hulp. Dat deel decentraliseren naar lokaal niveau en dan ook nog in de volumes die ik hiervoor aangaf, is absoluut geen vrijblijvende zaak. Uitdrukkelijk wordt beoogd dat alle jongerenproblemen (ook de zeer complexe zoals jongeren met combinaties van handicaps, psychiatrische stoornissen en onmogelijke gezinsomstandigheden) en hun oplossingen meer op lokaal bestuurlijk niveau worden neergelegd en aangeboden. Dat zal de vraag uitlokken of die academisch geschoolde professionals aan de voorkant niet beter en directer hierop kunnen worden ingezet. Beter wil hier dan zeggen: meer sturend, dominanter, maar ook meer gericht op directe hulp en zorg. Hun inzet op de preventieve taak zal verder ter discussie komen. Zowel vanuit het gemeentebestuur als vanuit de lokaal werkende professionals zelf: hun handen zullen jeuken om hun opleiding en vakmanschap werkelijk dienstbaar te maken aan de meest urgente, complexe en acute jeugdprobleemgevallen.

In het vorige essay heb ik al betoogd dat het voor de uitoefening van de preventieve taak goed is als de GGD ook verantwoordelijkheid neemt voor de 'poten in de modder'-problematiek van acute jongerenproblemen, zoals bijvoorbeeld via Vangnet Jeugd. Niks beters voor een preventieve screening als je af en toe ook ziet welke jongeren blijkbaar

<sup>17</sup> Ineens zijn er veel kinderen met ADHD-indicatie in de klas, maar de leraar blijkt vervangen door iemand die geen orde kan houden.

<sup>18</sup> 'Shared Space'-filosofie, onder andere toegepast in Drachten en Makkinga.

## Conceptuele uitgangspunten van een nieuw stelsel 'Zorg voor Jeugd'

eerder in hun leven niet goed gezien zijn en waar dat aan ligt. 'Alle kindertjes zien' roept ook een verantwoordelijkheid op voor wat je niet gesignaleerd hebt en voor hoe goed de rest van de keten blijkbaar werkt waarnaar eerder wellicht is doorverwezen. Daarmee wordt de GGD veel meer een lerende organisatie en een partner in de hele jeugdketen. Dit betoog ging echter nog uit van een concentratie op hun kerntaak: van preventie. Het wordt nu echter hoog tijd de preventie te redden van de decentralisatie jeugdzorg. Door haar volledig te herdefiniëren. Niet door vast te houden aan het huidige systeem. Daarvan constateerde ik eerder dat we daarmee de vorige oorlog winnen. We staan dus voor twee parallelle paradigmatische bewegingen: decentralisatie jeugdzorg en herijking van de preventieve jeugdgezondheidszorg. Er dreigt nu al een spagaat tussen beide ingezette bewegingen, als een ruiter die bij volle galop toch niet kan kiezen op welk paard in het tweespan te gaan zitten.

### Jeugd is niet alleen een zorg

Tenslotte een observatie die je alleen kunt doen als je niet de hele dag in de jeugdzorg werkt. Jeugd is historisch, biologisch, filosofisch en in beelden nu net het tegengestelde van zorg. Jeugd staat voor toekomst, vitaliteit, spontaniteit, weerstand, verandering, grens overschrijding, avontuur en risico. Het in een woord vangen van 'jeugd' en 'zorg' en dat ook de hele tijd tegen elkaar uitspreken, leidt tot het vreemde effect dat je dat vergeet. Ik pleit hiermee zeker niet voor het kleineren van de grote, emotionele en fysieke problemen van veel jongeren die worden opgevangen in het jeugdzorgcircuit. Ik pleit er wel voor om voor ogen te blijven houden dat je ook kunt en moet vertrouwen op hun vitaliteit en terugveervermogen. Tevens moet de jeugdzorg steeds beseffen dat ze opereert in het uitzonderingsgebied van de dominante perceptie van onze samenleving op jeugd. Ik ben zelf nogal betrokken bij voetbal, een sport met meer dan 1 miljoen deelnemers. De nadruk ligt daar zeker niet op zorg, maar op discipline, prestaties, gezondheid, meedoen, teamspirit, luisteren naar leiding, allemaal dus ook elementen van de normale relatie tussen samenleving en jeugd.

In vele toonaarden wordt nu verkondigd dat we dankzij de voorgenomen decentralisatie de kans hebben opnieuw te beginnen, fundamenteel te herijken en te leren van onze fouten<sup>20</sup>. Die constatering en oproep zijn mooi, maar we zullen dan ook met nieuwe of beter passende concepten en ideeën moeten komen. Daar ontmoeten twee werelden: de nationale politiek en rijksoverheid enerzijds en het veld van jeugdzorginstellingen en hun professionals anderzijds. Ieder heeft veel ideeën, maar binnen het eigen domein en doelen. Zelden ontmoeten die elkaar en al helemaal niet in een stadium dat er onderling nog creatief kan worden geleerd. Mijn reis tussen die twee werelden op dit moment biedt de kans tot 'gemengde concepten', hopelijk met draagvlak en herkenning in beide.

### I. De staat-op-maat

We staan op een omslag voor wat betreft de rol van de staat. Na de uitbouw van de verzekeringsstaat<sup>21</sup> kwam de verzorgingsstaat: een staat die ook voor je zorgt en verzorgingsarrangementen niet alleen financiert, maar ook (laat) organiseren en zich verantwoordelijk verklaart voor toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. De volgende stap in deze doorontwikkeling van een steeds krachtiger, grotere en regulerende staat dient zich al aan: de preventieve staat<sup>22</sup>. Niet alleen risico's solidair verzekeren en niet alleen hulp laagdrempelig organiseren, maar zoveel mogelijk risico's voor burgers voorkomen<sup>23,24</sup>. In dit veld terug te vinden in: vroegtijdige risicosignalering, dwang- en drangconcepten, actief aanbieden van opvoedingsondersteuning aan risicogroepen, 'achter de voordeur'- optreden, koppeling van bestanden uit diverse staatsdomeinen als hulp, opsporing en belastingen. Maar diverse krachten, zeer ongelijksoortig, staan klaar en werken nu samen om die verdere expansie tegen te gaan.

Allereerst is dat de nieuwe financiële werkelijkheid, waarin rijksuitgaven onder de discipline

<sup>20</sup> Bijvoorbeeld briefadvies RMO, april 2011.

<sup>21</sup> Zie Sloterdijk (2006).

<sup>22</sup> Beter te duiden met de fraaie Engelse term, die goed past bij de jeugdzorg: de Nanny State; in navolging van prof. Trommel (VU) spreekt de RMO (ibid) van 'een gulzige overheid' en een 'gulzig stelsel'.

<sup>23</sup> Het pech-moet-weg-syndroom, Mertens e.a. (2003).

<sup>24</sup> Recente voorbeelden in dit domein: Rapport Onderzoeksraad voor Veiligheid over kindermishandeling en rapport cie. Gunning over de zedenzaak in de Amsterdamse kinderopvang. De mix van maatregelen is bekend (en niet zo evidence based): meer overheidstoezicht (Gunning is hier overigens opvallend terughoudend in), meer protocollen en meer dossiervorming. Boeiend is dat het toezicht begrip in beide rapporten ook wordt uitgebreid tot de burger: ook die moet kritisch zijn en signaleren. De overheid kan het niet alleen. Dat wisten we al. Nu wordt het ook toegegeven.

<sup>19</sup> Als voorzitter van de stichting aandelen FC Utrecht.



van financiële markten zijn gebracht en dus een voor financiële experts geloofwaardig begrotingsbeleid moet worden gevoerd. Dat zet nog jaren een klem en krimp op de rijks-uitgaven. Dan is er ook het politiek-bestuurlijk klimaat waarin veel bestuurders inmiddels ervaring hebben opgedaan met deze overheidsrol en hebben ontdekt dat dit tot een soort rupsje-nooit-genoeg-houding leidt bij veel burgers. Het voortdurend maar wegnemen van private verantwoordelijkheden en plichten leidt tot een steeds minder zelfredzame houding bij burgers. En het ergste is: ze tonen niet eens dankbaarheid, maar vooral verder claimgedrag en boosheid. Als politici al meenden hiermee de burger aan zich te binden, het blijkt een heilloze weg en bodemloze put. De burger maakt parallel ook zo'n proces van nader inzicht door. Het besef begint door te dringen dat deze goed bedoelde paternalistische overheid zich niet alleen richt op 'de ander' ('waar het wel eens goed voor zou zijn'), maar ook grote gevolgen heeft voor hoe overheid (en andere aanpalende instanties) met jou omgaan. Iedere burger lijkt ineens 'verdacht', 'object van onderzoek', 'risicogeval' en wordt ook zo bejegend. De eerste twijfels over de oprechtheid en vrijblijvendheid van de adviezen van de consultatiebureaus zijn al geuit. In dit veld van Zorg voor Jeugd moeten we op weg naar een staat-op-maat, dat wil zeggen een die leert adequaat en zeer individueel op te schalen van hulp naar dwang, van zorg naar straf en van algemeen beleid naar de aanpak van een individueel risicogeval. Daar is een bureaucratie notoir slecht in. Daar geldt immers de fictie van de 'gelijke gevallen', van de regels, van de beoordeling op papier en van de dreiging van precedentwerking. Dit betekent dat de publieke bevoegdheden best stevig mogen zijn om te kunnen ingrijpen, maar dat dit gebaseerd moet zijn op een individuele onderbouwde professionele inschatting. Hier vult echte professionaliteit (zie verderop) het ambtelijke en politieke aan, al speelt het zich nog steeds af vanuit politiek-bestuurlijk verantwoorde bevoegdheden.

## II. De sturende publieke as in een innovatief privaat veld

De kolom 'Zorg voor Jeugd' heeft een bijzondere structuur wat betreft de verdeling van publieke taken en organisaties versus private: de hele uiteindelijke signalering<sup>25</sup>, de volledige preventie en de screening, doorverwijzing, planvorming en budgetbewaking is publiek georganiseerd op de as van CJG naar GGD/JGZ tot BJZ. Dit is organisch gegroeid en er zijn wel wat uitzonderingen op deze regel. Veel zorginstellingen doen de overheidsindicatie

<sup>25</sup> Vaak natuurlijk in samenhang met het brede pedagogisch veld: scholen, kinderopvang, politie en buurtbeheer.

nog eens dunnetjes over bij hun toegang. Er is niet zo'n strikt onderscheid in direct (eerste-lijn) en op verwijzing toegankelijk (tweedelij). Als toegang functioneren CJG's vaak zwak, waardoor er ook veel toegang is via allerlei andere instanties en loketten. BJZ is, mede omdat dit veld niet alleen gezondheidszorg is, ook direct toegankelijk voor 'veldinstanties' zoals, politie, huisartsen en 'informele verwijzers', zoals scholen en verontruste burgers (o.a. ook AMK). De bevoegdheden van BJZ om werkelijk te plaatsen zijn gering, het is meer onderhandelen. Er zijn capaciteitsproblemen elders in het veld (zoals gezinsvoogdij en sommige behandelplekken bijvoorbeeld in jeugd-GGZ) die de publieke macht relativeren. Ook zijn er publieke instanties die zelf hulp of ondersteuning bieden.

Het duidelijk aanwezige hoofdmodel biedt echter een zeer goede basis voor een scherpe, krachtige en volledig dekkende publiek/private taakverdeling: de gehele preventieve taak en het keten- en inkoopmanagement van officiële zorg<sup>26</sup> in de publieke as, de hulp en zorguitvoering via heldere, desnoods concurrerende private aanbieders<sup>27</sup>. Er is een grijs gebied binnen de preventietaak, waar men lokaal verder zelf in kan kiezen: delen van de uitvoering van de preventieve taak kunnen onder directe publieke regie door private partijen worden gedaan, zoals bij consultatiebureaus. Er is ook een grijs gebied in het curatieve stuk, namelijk rond de directe zorg aan de voorkant, (zoals maatschappelijk werk, gespecialiseerde gezinsverzorging, gezinsvoogd, sociaal psychiatrisch verpleegkundige en pedagogische huisarts), waarbij ik voorkeur zou hebben dat dit ook wordt ingehuurd bij private partijen door de publieke manager van de voorkantorganisatie (zie verderop bij toekomst CJG). Ik denk dat dat beter past bij een zuivere, geconcentreerde taakverdeling vanuit ieders kracht<sup>28</sup>.

<sup>26</sup> Onder dat laatste valt ook de nog steeds aansterkende publieke rol in (formele) kwaliteitsbewaking, zie rapport Gunning (ibid), maar ook recent in dit veld de controle op private informele partijen, zoals pleeggezinnen, zorgboerderijen en gezinshuizen (aankondiging VWS, n.a.v. de Brabantse case rond het mishandelde meisje Sofia M.).

<sup>27</sup> In jargon: de purchaser-provider split, die in onze reguliere gezondheidszorg niet goed kan worden ingevoerd, omdat ook onze zorgverzekeraars privaat en concurrerend zijn.

<sup>28</sup> Dit is het tweede element waar de hele keten van Zorg voor Jeugd zich nu een voorsprong kan verwerven: de organisatie van de voorkant en het daarna volgend casemanagement kan in èen publieke, professionele hand worden gebracht; in de reguliere eerstelijnszorg ontbreekt een dergelijke coördinerende en faciliterende partij te midden van de kleinschalige, op privaat ondernemerschap gebaseerde professionele praktijken. Zie verder: 'Professioneel ondernemerschap in de eerstelijnszorg', Public SPACE (2008).

	Preventie	Curatie/hulp
Publieke as	Planning, risicoanalyse, signalering en uitvoering, kosten- en rendementsbewaking	Toegang/keten-/Inkoop- en casemanagement/ budgetbewaking
Lokale keuze	Uitbestede private uitvoering	Publiek of private uitvoering van directe zorg vooraan de keten
Private uitvoering		Divers aanbod, innovatie, horizontale coördinatie

Al de eerder genoemde dubbelingen en overlappingsen, zowel binnen de publieke as als tussen publieke as en privaat aanbiedend veld, zouden eruit gesneden kunnen worden om een zeer goede, moderne taakverdeling, passend bij ieders kracht en rol, over te houden.

### III. De modernisering en de redding van de preventie

Om preventie te kunnen behouden, moet we wel weten wat het is en wat de inspanningen opleveren.

Ik maak een onderscheid in:

- maatregelen die de public health direct beïnvloeden (maar, let op, de meest belangrijke worden niet direct geleverd of uitgevoerd door de preventieve gezondheidszorg, maar vaak wel door haar geadviseerd of gestimuleerd<sup>29</sup>);
- maatregelen gericht op collectieve preventie, algemeen en rond bepaalde risicoprofielen, met name geografisch en demografisch (deze worden vaak wel geleverd door de officiële publieke gezondheidsorganisaties);
- maatregelen gericht op individuele preventie (van ziekterisico's en van afhankelijkheid van steeds zwaardere zorg). Dit is ook zeker een taak in het curatieve zorgveld.

#### Ad a: Public health maatregelen

Hieronder vallen heel veel klassieke overheidsmaatregelen, zoals aanleg van riolering, vuilophaal, andere bouwvoorschriften leidend tot lichte en schone woningen, hygiëne-

<sup>29</sup> Recente voorbeelden waarbij gepleit wordt voor interventies van buiten het zorgdomein gericht op het bevorderen van publieke gezondheid: Q-koorts, hoogspanningsmasten en milieumaatregelen.

eisen aan voedselproducenten en horeca, maar ook algemene milieumaatregelen en goed ingrijpen bij milieurampen (recent: chemieramp Moerdijk, maar ook: nucleaire ramp Japan). De fraaiste, meest recente en tegelijk de meest verknoeiende maatregel op dit terrein was het rookverbod in de horeca, waarvoor zeer veel draagvlak was. Dit geeft aan: heel veel rendement wordt gemaakt met voorschriften en reguleringen buiten de officiële preventieprogramma's van public health instellingen. Het rijksvaccinatieprogramma is daarbinnen het meest bekende en waarschijnlijk ook nog steeds het meest effectieve qua gezondheidswinst. Maar via kopieer- en copinggedrag (ook wel aangeduid met zwermintelligentie en -gedrag<sup>30</sup>) draagt ook de burger sterk bij aan zijn/haar gezondheid: de groei van de fitnesscentra is geen overheidsmaatregel, maar het gevolg van welbegrepen zelfsturing door burgers. Publieke voorlichtingscampagnes kunnen hier zeker positief op inspelen. Het kan ook misgaan met de aansluiting op zwermintelligentie, namelijk als officiële overheids campagnes niet vertrouwd worden. Zoals bij de bankrun op de DSB bank of de (oorspronkelijke) weigering van meisjes van 13-16 jaar mee te doen aan de vaccinatiecampagne tegen baarmoederhalskanker. Deze zwermintelligentie wordt veel belangrijker en sturender door het grote bereik van (mobiele) social media.

*Ad b: Collectieve preventie, liefst zo gericht mogelijk*

Hieronder reken ik allerlei voorlichting- en targetprogramma's gericht op zwakke wijken, risicogroepen en -vindplaatsen (zoals rond obesitas, alcoholmisbruik, etc.). Hier is cruciaal dat deze kennis van risico's ook publiek en politiek wordt gecommuniceerd en er over specifieke targets en aanpakken goed wordt nagedacht.

In mijn vorige essay heb ik de hoofdlijnen van de noodzakelijke veranderingen al aangegeven:

- dat de moderne ziekterisico's, die horen bij een hoge welvaart en vooral neerslaan bij jongeren vanaf 13 jaar, nu veel te weinig worden signaleerd;
- dat de preventie-inspanning daar relatief nu ook te weinig op gericht is ('de vorige oorlog'); in feite wordt er nog steeds teveel volgens model (a) gewerkt ('alle kindertjes zien') en te weinig volgens model (b): targeting op basis van risicoanalyse<sup>31</sup>;
- dat het opsporen en communiceren met deze doelgroepen en hun ouders ook een heel andere cultuur van contact leggen en overtuigen vergt.

<sup>30</sup> Zie o.a. Len Fisher (2008).

<sup>31</sup> Al zie ik sinds de vorige verkenning wel duidelijke verbeteringen, onder andere door de officiële contactmomenten uit de wet alleen nog te richten op risicogroepen, vanaf de (jonge) leeftijd waarop die risico inschatting mogelijk is.

Hier is in termen van rendement nog heel veel te doen. De cijfers tonen nog steeds aan dat het mis is met de toegang tot een gezond leven en gezondheidszorg voor mensen met een laag inkomen en dito sociaaleconomische status. Zij gaan gemiddeld ca. 6 à 7 jaar<sup>32</sup> eerder dood, met meer ziekte op het eind van hun leven dan de andere groep<sup>33</sup>! Voor de jeugd geldt een vergelijkbaar resultaat. Uit internationaal vergelijkend onderzoek komt naar voren dat de Nederlandse jeugd 'het goed doet en zich goed voelt', maar tegelijk dat de VMBO-jongeren (de helft van de jeugd) het veel problematischer hebben dan de andere groep. De verschillen tussen de opleidingsniveaus groeien, in negatieve zin voor de VMBO-jeugd<sup>34</sup>. Achterliggend probleem, dat buiten de jeugdzorg lijkt te staan, maar direct bepaalt hoe succesvol ze kan zijn: het gevoel van sociale stijging is weg. Deze jeugd heeft het gevoel dat zij er niet beter uit zullen komen dan hun ouders en dat gevoel van moedeloosheid en tegenslag heeft direct gevolgen voor hun welbevinden, schoolcarrière, zorg voor zichzelf, etc.<sup>35</sup> Het blijft belangrijk, hoe onwelgevallig soms ook, dat dergelijke gegevens en een mogelijke aanpak publiek bekend worden gemaakt. Een belangrijke, geprofileerde taak van de huidige GGD'en die hiervoor de mensen en epidemiologische kennis hebben.

Aangezien voorlichting bij jeugd notoir een slecht bereik heeft, speelt ook hier de vraag hoe je de intelligentie en steun van de burger, de positieve *civil society*<sup>36</sup>, beter kunt benutten. Er is een grote kans dat die zich niet langer afspeelt in buurten en wijken, dat ook daar de anonimiteit en afstand scheppende diversiteit<sup>37</sup> heeft toegeslagen. Zoals ikzelf mocht zien in Rotterdam Zuid<sup>38</sup>, maar wel is te organiseren rond de bundeling van gelijkgestemden, bij kinderdagverblijven, scholen en sportverenigingen<sup>39</sup>. De preventieaanpak concen-

<sup>32</sup> 'Zo leven mensen met alleen basisschoolopleiding gemiddeld 6 à 7 jaar korter dan degenen met een HBO of universitaire opleiding. Deze verschillen zijn de afgelopen 10 jaar gelijk gebleven.' Volksgezondheid Toekomstverkenning 2010; RIVM 2010.

<sup>33</sup> 'Mensen met een hoog inkomen hebben ongeveer 14 gezonde levensjaren meer en gemeten naar opleiding loopt dat verschil nog op tot 17 jaar!'; RIVM 2010 *ibid*.

<sup>34</sup> 'Health Behaviour in School-aged Children Report 2010', 11-16 jaar, Trimbos Instituut e.a. (2010).

<sup>35</sup> Dit is zeker niet alleen een Nederlands fenomeen. De Angelsaksische cultuur met zijn grotere retorische gaven heeft ook beleid en wetten voor de boeg met titels als 'the Big Society' en 'Opening doors, breaking barriers' en wat te denken van al een oudje uit de US: 'The no-child-left-behind Act'?

<sup>36</sup> Er wordt zelfs gesproken van een pedagogische *civil society*, Stam en van Yperen (2009).

<sup>37</sup> Putnam (2006).

<sup>38</sup> Tijdens mijn deelname aan een visitatiebezoek onder leiding van de evaluatiecommissie Deetman/vanderLans/Scherpenisse in april 2011.

<sup>39</sup> Zie voor de mogelijke rollen van de burger mijn FD-essay en voor verdere uitbouw van deze richting de theorie van 'commons' door Elinor Ostrom (Nobelprijswinnares voor de Economie in 2009, maar, tekenend, met een politologische achtergrond!).



treren op deze werkelijke pedagogische circuits zou een heel nieuwe aanpak van risicogerichte preventie kunnen gaan betekenen.

#### *Ad c: Individuele preventie*

Deze is gericht op het per individu voorkomen van zwaardere ziekte of langdurige hulp<sup>40</sup>. Met de individualisering van de samenleving en de ontwijkende vraag van jongeren (en ouders) zelf wordt dit steeds belangrijker in de Zorg voor Jeugd. Kenmerk van dit derde onderdeel is echter dat het verschil tussen preventie en 'curatie' of 'hulp' vrijwel verdwijnt. Feitelijk is het al goed zichtbaar bij de consultatiebureaus waar toenemend op maat advies wordt gegeven, ook al is het kind gezond. Individuele preventie is de normale taak van een goede zorgprofessional. We hebben nog steeds de collectieve preventieprogramma's nodig, maar om vandaaruit gericht het individuele of risicogerichte traject in te gaan. Dit is dus een grijs tussengebied tussen collectieve preventie en curatie. Het maakt dit onderscheid niet overbodig, maar leidt wel tot naar elkaar toegroeien van de aanpak op professioneel niveau. Voor het gevoel van de in de preventie werkende zorgprofessional komt hij/zij daarmee dichterbij een curatieve rol.

In dit onderdeel schets ik het tweede galopperende paard, naast dat van de decentralisatie jeugdzorg: de fundamentele verschuivingen die plaats moeten vinden in de huidige preventieaanpak in de JGZ. Het grootste gevaar is dat de decentralisatie van de jeugdzorg (die ertoe leidt dat er lokaal echte druk komt, namelijk vanuit noodzaak van hulp, multiprobleem jongeren en ingrijpen) deze vernieuwing in de preventieaanpak 'smoort', nog voor deze kans heeft gezien zichzelf te bewijzen. De kritische noten die we kunnen plaatsen bij de huidige praktijk, leiden er dan toe dat we de preventie-inspanning in zijn geheel minimaliseren, in plaats van de sector de tijd te geven de innovatieve veranderingen die gaande zijn door te voeren, leidend tot een hoger rendement. Overigens zou dit haaks staan op alle vrome wensen rond de decentralisatie jeugdzorg en op trends elders in de zorg<sup>41</sup>. Onder invloed van bezuinigingen en bestuurdersstress kan het zomaar gebeuren.

<sup>40</sup> De GGZ maakt ook dit onderscheid in collectieve preventie en wat zij noemen: geïndiceerde preventie.

<sup>41</sup> Zie RVZ: 'Van Z(org) en Z(iekte) naar G(edrag) en G(ezondheid)'.



#### IV. Krachtige tegenmacht in een samenhangende keten

Het woord 'keten' lokt als reflex de roep om samenhang en samenwerking uit<sup>42</sup>. Dat is niet helemaal de ervaring bij goed functionerende ketens: daar is ook sprake van belangen, circuits en inzichten die bewust gescheiden worden, juist om tot optimale resultaten te komen. Dit inzicht is het gevolg van een verschuiving in sturingsfilosofie die wereldwijd gaande is, van New Public Management<sup>43</sup> naar Public Value Management<sup>44</sup>. De eerste benadrukte de bedrijfsmatigheid van veel processen in de publieke sector, met instrumenten als outputsturing, contractmanagement, verzelfstandiging en efficiencydoorlichting. In het algemeen leidt dit ook tot een versterking van de positie van zakelijk management ten opzichte van politiek bestuur. De tweede kijkt veel meer naar beoogd maatschappelijk rendement en benadrukt van daaruit zaken als legitimiteit & accountability, transparante waardenafweging en effectiviteit. Bij dit laatste komt dan ook, meer dan in New Public Management, uitdrukkelijk de mogelijkheid van coproductie en alliantie met private krachten aan de orde. In de eerste benadering is elk domeingedrag onzakelijk, 'slecht' en inefficiënt. In de tweede benadering probeer je via een goede scheiding van machten in een keten aan alle publieke belangen, waarden en partijen recht te doen.

*De volgende breuklijnen zouden in de toekomstige keten goed gemarkeerd moeten worden:*

Breuklijn 1: Ondersteunen civil society (amateurisme, informaliteit en onderlinge solidariteit) *versus* professionele hulp;

Breuklijn 2: In gezin/huis laten (en daar helpen) *versus* uitplaatsen (al dan niet gericht op verdere hulp)<sup>45</sup>;

Breuklijn 3: Generalistische hulp *versus* specialistische hulp;

Breuklijn 4: Professioneel oordeel *versus* politiek-bestuurlijk oordeel;

Breuklijn 5: Collectieve preventie *versus* curatie.

#### *Curatie drukt preventie weg*

Ik denk dat een eventuele inrichting van een nieuw stelsel Zorg voor Jeugd deze 5 grenzen/domeinen goed moet markeren en moet beleggen over verschillende organisaties of organisatieonderdelen heen (en vervolgens weer een mechanisme moet worden ingebouwd om patstellingen te onderkennen en te doorbreken!). Bijvoorbeeld **breuklijn 1 (ondersteunen civil society versus professionele hulp)** ligt klassiek tussen welzijnsorganisaties, zoals jongerenwerk (die deels met vrijwilligers werken) aan de ene kant en de professionele zorginstellingen aan de andere kant. In de Zorg voor Jeugd is nu veel aandacht voor allerlei niet-zorginstellingen dicht op de samenleving, zoals: scholen, sport- en hobbyclubs, buurtverenigingen, kinderdagverblijven en woningcorporaties. Eigenlijk wordt hiermee de klassieke functie van welzijnswerk overgenomen (of opnieuw uitgevonden) door instanties die dichter op de mensen zitten en effectiever kunnen zijn<sup>46</sup>. **Breuklijn 2 (in gezin/huis laten versus uitplaatsen)** is nu al belegd, omdat voor uitplaatsing een gerechtelijke uitspraak nodig is, waar ook heel andere instanties (zoals gezinsvoogdij en kinderscherming) in hun eigen aparte circuit bij betrokken zijn. **Breuklijn 3 (generalistische versus specialistische hulp)** bestaat nu al en is ook zeer gebruikelijk. Zoals eerder gezegd zou ik hier wel voor een scherpere markering van de breuk willen zijn, analoog aan de positie van de huisarts in de curatieve keten<sup>47</sup>. **Breuklijn 4 (professioneel versus politiek-bestuurlijk oordeel)** zal opnieuw doordacht moeten worden, heel veel bewegingen in de publieke sector staan nu haaks op echte professionalisering (zie verderop). **Breuklijn 5 (collectieve preventie versus curatie)** wordt weer heel belangrijk om goed te markeren en, vermoedelijk, organisatorisch beter te scheiden. Onder druk van de enorme volumes en middelen die nu naar lokaal zullen komen gericht op echte, ook acute, hulp aan jongeren, dreigt het aloude adagium 'curatie drukt preventie weg'. Zowel de politiek bestuurlijke als professionele cultuur versterken elkaar hierin.

<sup>42</sup> Zie de verzuchting van de RMO (2008): De ontkokering voorbij.

<sup>43</sup> Zie Jan-Erik Lane (2000).

<sup>44</sup> Zie Mark Moore (1995).

<sup>45</sup> Deze twee breuklijnen samen, lijken op de drietraps aanpak van Stam/vYperen: Opvoeding Versterken, Versterking Ondersteunen en Opvoeding Overnemen.

<sup>46</sup> Mijn conclusie, mede naar aanleiding van een recent debat van de RMO onder leiding van Jos van der Lans over de toekomst van het (institutionele) welzijnswerk, uitkomst nu recent verschenen: "Krachtig Burgerschap" (RMO 2011).

<sup>47</sup> Ook van belang voor de GGZ-sector, nog steeds Europees kampioen bedden (Trimbos/TNO (2009), vooral omdat de eerstelijnspositie zwak is ingevuld. De fusie van RIAGG's met APZiekenhuizen heeft er op veel plaatsen toe geleid dat deze breuklijn niet goed meer wordt beheerd.

### *Noodzakelijk tegenwicht: Glashelder en bevoegd caseownership*

Dit is een meer organisatorische visie op de keten. Om die structuur te laten werken is er echter coördinatie en sturing nodig, vaak aangeduid met ketenmanagement. Dat begrip heeft in praktijk twee betekenissen: het management van de relaties tussen de diverse betrokken organisaties 'in de keten' en het casemanagement op individueel niveau van een jongere 'door de keten'. Het eerste is te typeren als 'slechts' bestuurlijk leed, het tweede richt zich op jongerenleed en is vele malen belangrijker<sup>48</sup>. Bij het tweede moet erop worden ingezet dat op professioneel niveau organisatiebelangen ondergeschikt kunnen zijn aan het (gepercipieerde) cliëntenbelang en dus de afstemming goed kan plaatsvinden tussen betrokken professionals. Dat vergt dan wel het mechanisme dat het caseownership glashelder wordt belegd en leidt tot bevoegdheden door de hele keten heen<sup>49</sup>. Ketenmanagement is dus geen kwestie van ketenmanagers, maar van professionals met ketenbevoegdheden en -informatie.

## **V. Professionaliteit**

Daarmee komen we op het laatste conceptuele uitgangspunt: professionals. De afgelopen jaren heeft hier in de hele publieke sector een verambtelijking plaatsgevonden. De Zorg voor Jeugd in zijn geheel lijkt hieraan ook te lijden. Cultureel wordt dit het grootste vraagstuk bij de decentralisatie: vestigen we een ambtelijke of een professionele cultuur in de omgang met deze indringende publieke vraagstukken rondom de jeugd?

### *Twee achtergronden: arbeidsmarkt en publieksbescherming*

Het begrip professional heeft twee achtergronden: vanuit de uniciteit van bepaalde individuele competenties en vaardigheden (het arbeidsmarktperspectief) en vanuit publieke afscherming van bepaalde gevoelige handelingen (het publieksperspectief).

Het *arbeidsmarktperspectief* gaat erover dat niet iedereen getalenteerd of gedisciplineerd genoeg is unieke vaardigheden en kennis op te doen. Tevens dat die competenties niet los zijn te maken van een individu. Het individu bezit ze. Daarmee zijn deze personen schaars,

<sup>48</sup> Ook terug te vinden in een recente visienota GGD Amsterdam: het gaat om individuele trajecten met bewezen resultaat, niet om coördinatie tussen organisaties.

<sup>49</sup> Daar faalt bijvoorbeeld de curatieve keten nu nog steeds vaak: veel huisartsen krijgen niet te horen, na verwijzing van een patiënt naar een medisch specialist, hoe het dan met hem/haar verder gaat.

uniek en vaak ook duur. Het leidt ertoe dat ze hun werk in relatieve autonomie moeten doen, omdat alleen andere, even unieke individuen hen kunnen beoordelen. Een hele grote groep is in dit arbeidsmarktperspectief professional te noemen: ambachtslieden, voetballers, financial dealmakers<sup>50</sup>, interim-managers, leraren, accountants, advocaten, chirurgen, verpleegkundigen, etc. Ter vaststelling van hun uniciteit, controle op kwaliteit en ter bevordering van hun excellentie bestaan er drie private systemen (ook in combinatie): openlijke competitie (zoals in de sport, maar zie ook de vele juryshows op TV), het marktmechanisme (goede professionals zijn duurder of stichten een eigen praktijk; de betaling moet ook hoog zijn, anders zoeken ze een alternatief) en het gildesysteem (meester-gezel, peerselectie en onderlinge solidariteit). In de hele keten Zorg voor Jeugd ontbreken deze mechanismen alledrie<sup>51</sup>. Dit geeft al aan dat er niet van nature een geprofileerd professioneel klimaat heerst.

Het *publieksperspectief* gaat erover dat diezelfde uniciteit van aangeleerde competenties, nog een extra dimensie krijgt, omdat sommige handelingen zo ingrijpend en belangrijk zijn en tegelijk slecht individueel te controleren, dat we deze handelingen onderhevig maken aan een overheidssysteem van selectie en vergunningverlening vooraf: de voorbehouden handelingen. Dat speelt maar bij een deel van bovengenoemde professionals: advocaten en accountants, maar dus ook bij (para-) medici, in Nederland via de wet BIG. Hier is de professe een – van overheidswege beschermd, bewaakt, gecontroleerd - instituut geworden. Daar vallen nu ook sommige categorieën van medewerkers in de Zorg voor Jeugd onder.

### *Goede sturing op professionals*

De kern van beide benaderingen is: dergelijke professionals kunnen iets wat anderen niet kunnen, mogen iets wat anderen niet mogen en we sturen aan de voorkant op de toegang tot de professe: via opleiding, diploma's, erkenning, reputatie en – mogelijk – periodieke herexamens. Als dat allemaal gebeurd is, kunnen en moeten we vertrouwen op die profes-

<sup>50</sup> Veel van de moderne strijd gaat om de vraag of besturen net zo'n unieke capaciteit vraagt. Dit speelt bijvoorbeeld rond de bankenbonussen: ontstaan bij (schaarse) dealmakers, maar waarom voor bankbestuurders? Zie ook de machtsstrijd van Crujff rond Ajax: hoe uniek is het besturen van een voetbalclub en vooral: hoe excellent zijn de huidige bestuurders? Verder: Mirko Noordeggraafs 'strijd om de professionaliteit' (2009).

<sup>51</sup> Ik heb de indruk dat de grote schaarste onder kinder- en jeugdpsychiaters nu begint te leiden tot een begin van marktmechanisme.

sionaliteit. Waarmee niet gezegd is dat die professionaliteit zich niet verder ontwikkelt, maar dat vindt dan plaats in het professionele domein. Zakelijk: evidence based beoordeling, protocollen, vaktoetsen, wetenschappelijke studies, peerreview en update cursussen. Persoonlijk: passie, betrokkenheid, vasthoudendheid en lust tot leren. Dan gaan we er ook vanuit dat ze 'het beste' doen, zowel vanuit het belang van de cliënt als vanuit hun profesie en wetenschappelijke onderbouwing. Alle systemen van vertrouwen hebben natuurlijk onderhoud nodig en controlemechanismen. Eventueel ingrijpen in een professionele cultuur vindt echter plaats langs diezelfde lijn van de input: 'Hebben we nog vertrouwen in de persoon en zijn/haar vaardigheden en leermogelijkheden?' Zo niet: dan starten we een traject van afscheid nemen of verminderen van de zelfstandigheid en status. In feite introduceren veel professionele organisaties in hun interne cultuur daarom delen van genoemde private mechanismen: openlijke competitie, beloning via marktmechanisme en meester/gezel verhoudingen. Ook dat treffen we nu nauwelijks aan bij instellingen in de Zorg voor Jeugd.

#### *De praktijk: ambtelijke sturing en minder professionaliteit*

Hier lijkt inmiddels iets ernstig misgegaan, op heel veel plaatsen in de overheidssector: het vertrouwenssysteem is vervangen door wantrouwen; publiek en politiek lijken ook te menen dat ze er net zoveel verstand van hebben als de professional. Toelating van de persoon als toetsmechanisme is vervangen, ook door beroepsgroepen zelf, door controle vooraf en permanente toetsingen, zelfs per case<sup>52</sup>. In het jargon: we zijn van een strenge, eenmalige inputtoets overgegaan naar permanente throughput- en outputsturing. Er is bij sommigen, ook beroepsverenigingen, helaas zelfs het ernstige misverstand ontstaan dat dit dan juist professionalisering zou zijn: meer studies, meer protocollen, meer checklisten, meer verplichte raadpleegprocedures. Neen, meer professionaliteit betekent meer zelfstandigheid van de individuele professional tot een eigen inschatting en diagnose en tot direct zelfstandig of teamgericht initiatief en handelen. In jargon: meer discretionaire bevoegdheden. De professionele mechanismen om met eventueel disfunctioneren om te gaan en gebrek aan kwaliteit zijn vervangen door bureaucratische mechanismen. Persoonlijk denk ik dat ingrijpen op personen en hun prestaties vele malen effectiever en minder vrijblijvend is,

<sup>52</sup> Delen van deze analyse en waarschuwing zijn terug te vinden in het WRR rapport, o.l.v. Pauline Meurs: "Bewijzen van goede dienstverlening" (2004).

dan proberen nog meer papieren voorschriften, functiewaarderingssystemen en competentieprofielen te stapelen.

Dit alles leidt tot de bekende, negatieve verschijnselen: verantwoordingsdruk, lange doorlooptijden, handelingsverlegenheid, dossiergerichtheid en managers die zorg tot op casusniveau beoordelen. Dit zijn dus twee – onderscheiden - routes die een lokaal bestuurder straks heeft: inzetten op een krachtige, individuele, doortastende professionaliteit of op een degelijke, voorgeschreven, geprotocoliseerde, dubbelgecheckte en gereguleerde ambtelijkheid. Nu zijn die twee werelden helaas door elkaar gaan lopen. Dit heeft grote gevolgen voor de positionering en sturing van een eventuele gemeentelijke of regionale dienst die de integrale jeugdtaak op zich neemt<sup>53</sup>. Het beoordelen, aanpakken en begeleiden van problemen van jongeren zal een zelfstandig professioneel oordeel én direct handelen vragen. Daarvoor zal het politiek bestuur veel ruimte moeten maken en dus vertrouwen moeten opbouwen en geven. Het lijkt me dat ook een wethouder niet graag in de gemeenteraad individuele jongeren en gezinnen wil bespreken, als hij al denkt dat dat tot een betere aanpak en oordeel zal leiden. Deze oproep wordt des te klemmender, omdat straks ook de publieke bevoegdheden tot ingrijpen in gezinnen op lokaal niveau zullen liggen. Een plaats waar letterlijk iedereen daar een mening over heeft en dus de wethouder en de krant wel zal weten te vinden. Kortom: ik pleit voor een expliciete inzet op een professionele cultuur in de lokale jeugdzorg.

<sup>53</sup> Dit betekent vanuit het bestuur inzetten op kwalitatief goede kaders (waarden, maatschappelijk rendement), goede checks and balances en borging van een echte professionele cultuur met discretionaire bevoegdheden.

## Visie op de toekomstige organisatie(s)



Tot zover de principes, uitgangspunten en overwegingen vanuit een visie op jeugd, zorg en Zorg voor Jeugd. Dat vergt op zichzelf al veel discussie, uitwisseling en wederzijds begrip. Daar moeten we ook ruim de tijd voor nemen. Maar we zitten ook middenin een bestuurlijke discussie over modellen en organiseervarianten. De ervaring leert dat dat dominant kan worden. Tevens is filosofie mooi, maar er moet ook gewerkt en bestuurd worden. Dus: enige doorkijkjes naar modellen en organisatievarianten kan de discussie zeker verscherpen en ook tot versnelling leiden in het bestuurlijk debat.

### Organisatieprincipes

Uit het voorgaande zijn wel enige organisatieprincipes af te leiden (uitgaande van een opheffing van BJZ op provincieniveau):

- Spreek voortaan voor het hele domein van Zorg voor Jeugd. Een nieuwe start vergt een nieuwe term. Veel van de oude onderdelen zullen nog blijven bestaan, met hun oude naam en hun, soms niet zo goede, imago;
- Zet in op een professionele dienst op lokaal en/of regionaal niveau met voldoende zelfstandigheid en een echte professionele cultuur; pas de HRM-systemen en de binnengemeentelijke sturing hierop aan;
- Schaf parallel de ambtelijke indicatiestelling af en vervang die door een systeem van professionele diagnose en behandeling enerzijds en lokale/regionale budgetbeheersing en inkoopsturing naar duurdere zorg anderzijds; het lijkt er zeker op dat dit tot versnelling van de doorlooptijden en tot kostenbesparing moet kunnen leiden;
- Laat dat laatste (inkoop) niet alleen over aan economen en inkopers, maar bouw ook een zorgwetenschappelijke toets in<sup>54</sup>. Om ook rendement te verdienen, niet alleen kosten te reduceren;
- Regel het caseownership vanaf de voorkant (de eerste professional, liefst met de hoogste medische kwalificaties) door de hele keten;
- Maak een scherp onderscheid in de publieke as en het private aanbod; de publieke as levert geen hulp of zorg zelf, de private as doet niet alle ketenmanagement en diagnoses nog eens dunnetjes over; dit vergt waarschijnlijk strakkere echelonnering van de hele keten;

<sup>54</sup> Technology and Treatment assessment.

- De publieke as doet de collectieve preventie;
- Organiseer binnen de publieke as collectieve preventie los van sturingstaken in de curatieve keten;
- Benoem expliciet de verantwoordelijkheid van het ondersteunen van de (pedagogische) civil society, los of zelfs tegen de aanzuigende werking van de professionele keten<sup>55</sup>. Goed alternatief zou in de WMO-hoek gezocht kunnen worden<sup>56</sup>; vooral aandacht voor de samenwerking met scholen, kinderopvang en sport;
- Maak het fundament van het CJG, als de voorkant van de publieke as en de keten, veel steviger.

### Houtskoolschetsen

Om deze principes nog wat tastbaarder te maken, schets ik hier wat contouren van organisatieontwikkeling waar men aan kan denken in de vervolgstappen.

Ik zie twee routes voor me (die ten dele kunnen overlappen) voor de noodzakelijke verdere ontwikkeling van het CJG: ontwikkeling naar reisbureau en naar professionele backbone.

### CJG als reisbureau

Als je een reisbureau binnenstapt gebeuren er allerlei dingen met je die, professioneler en wetenschappelijker, ook met je gebeuren in een 'zorgloket' of 'CJG': je vraag wordt verhelderd, je bestemmingsopties bekeken, je wensen geïnventariseerd, je 'eigen mogelijkheden' geanalyseerd en je reis gepland in tijd. Het meest opvallende is echter: er wordt direct op de computer gekeken of er plek voor je is op vluchten, hotels, evenementen in verre, arme landen over de hele wereld. De zorg kan dat nu helemaal niet, vrijwel nergens<sup>57</sup>. Maar het wordt nog erger: het reisbureau kan ook je plaats direct boeken, je reis vastleggen en je plek reserveren! Direct on line en voor je neus. En vanuit het reisaanbod: transparant en vrijwillig. Het systeem saneert ook zichzelf: louche reisaanbieders vallen er telkens weer uit.

<sup>55</sup> In beroepsmatige termen en overheidsfinanciering is dit preventie; in civil society termen is dit 'naoberschap'! Belangrijk vraagstuk waar dit aan raakt: de monetarisering van de vrijwillige verbanden.

<sup>56</sup> Er loopt nu een goed aansluitend VNG-project 'De Kanteling' geheten, waarmee de omslag van aanbod- en voorzieningengedreven naar vraag- en participatiegedreven werken wordt gestimuleerd.

<sup>57</sup> Er lopen beperkte experimenten om dit mogelijk te maken tussen een ring van huisartsen en innovatieve ziekenhuizen; twee jaar geleden kreeg ziekenhuis Flevopolder een prijs als eerste ziekenhuis waar je per mail een afspraak met een medisch specialist kon maken en, revolutie!, de open plekken in zijn/haar agenda kon inzien.

Dat zou mijn droom zijn voor de Zorg voor Jeugd. De basis is er in de vorm van de heldere centrale publieke as en het CJG als loket. Op een onderdeel wijkt de zorgketen sterk af van de reisketen: de professional is hard nodig om goede diagnoses en plannen te maken, dat kan de jongere per definitie niet (geheel) zelf. Hoe eerder en eerlijker dat gebeurt, hoe beter. Verderop in de keten zitten ook weer allemaal sterke, eigenwijze professionals. Dat betekent dat in dat CJG de hoogst opgeleide professional zou moeten zitten die het hele dossier kan inzien, het formele caseownership krijgt en de bevoegdheid tot plaatsen elders in de keten. Dat laatste vergt veel meer transparantie over plaatsen en hulp van het zorgaanbod en het loslaten van de gedachte dat er nog telkens selecties plaats kunnen vinden verderop in de keten. Deze selecties komen nu ook ten dele juist voort uit onduidelijkheden en vaagheden in het aanbod. Deze aanpak lokt dus een transparantieslag uit. Dit is ook veel beter geborgd door een zorgprofessional niet een ambtelijke indicatiestelling, maar een zorgdiagnose met dwingende verwijzing te laten stellen. Binnen zo'n CJG is op veel onderdelen heel goed een delegatiemodel te hanteren: de chef van het CJG is in ieder geval een (jeugd)arts en heeft het publieke mandaat, maar veel taken worden gedelegeerd onder zijn/haar hoede uitgevoerd. Dit is absoluut geen managementmodel: de chef<sup>58</sup> heeft veel verstand van zorg en ziet en beoordeelt zelf altijd iedere cliënt. Deze doorontwikkeling heeft vele voordelen, waaronder een sanerende werking op de schakels in de rest van de keten, je investeert aan de voorkant (macht en tegenmacht) en laat dure krachten ook verantwoordelijk werk doen. Omdat het een droom is, zal ik niet ingaan op twee – onderling tegenstrijdige - bezwaren die ik wel hoor: "zo'n CJG leidt tot onnodige medicalisering" en "het moet wel een heel specialistisch CJG zijn om te kunnen beoordelen wat er verderop in de keten 'te koop' is". Ik zie heel veel mogelijkheden om aan deze bezwaren tegemoet te komen.

### CJG met een regionale backbone

De backbone van het CJG waar ik over spreek, komt voort uit de noodzaak het lokale niveau te versterken door een aantal zorgtaken op een hoger schaalniveau, lees: regionaal, te leveren. Ik vermijd liever de term backoffice. Die staat voor mij voor schaalvergroting in ondersteunende diensten, zoals huisvesting, catering, administratie, drukwerk, etc. Die kan ook gerealiseerd worden met externe inhuur. Hier gaat het om zorgzaken als: zorgcontinuïteit,

<sup>58</sup> Fraai toepasbaar begrip: chef de clinique.

24/7 achterwacht in bereikbaarheid, gespecialiseerde opleidingen, de vraagbaakfunctie naar zorgspecialisten en ook wel zaken als dossierbeheer. Deze backbone is op zichzelf al hard nodig om CJG's lokaal goed te laten functioneren<sup>59</sup>. De opheffing van het BJZ biedt hieraan nog een extra kans en zelfs noodzaak om een aantal van hun voormalige taken niet lokaal neer te leggen, maar regionaal. Met name de 'vertakking' naar het 'andere' jeugdzorgspoor, namelijk dat van het gedwongen kader, kan hier beter worden gemaakt dan puur lokaal. Ik pleit ervoor om die 'breuklijn' (nummer 2) niet lokaal te willen leggen, maar tussen lokaal en regionaal. Omdat er nu eenmaal een groot verschil is tussen preventie, lichte hulp en curatie op vrijwillige basis, dicht op de civil society enerzijds en ingrijpen vanuit justitieel of overlastperspectief anderzijds. Enige bezonnenheid, bestuurlijke afstand en een andere cultuur van kijken naar een jongere, zijn hierbij gewenst.

Bevordering amateurisme en civil society wordt belegd in het WMO veld en de ketenprofessionaliteit begint bij het CJG. De breuk tussen vrijwillig en gedwongen kader wordt gelegd in een backboneorganisatie op regionaal niveau, ook werkend voor de lokale CJG's, een soort T-splitsing in de route van een jongere.

### Stadhuizen die alles bij elkaar brengen en op rendement sturen

Veel heb ik nu gesproken over professionaliteit in zorg en preventie, maar we hebben het over decentralisatie: wat moeten gemeentebestuur en zijn beleidsstaf anders gaan doen? Er komt een grote taak, een groot budget en grote verantwoordelijkheden voor kwetsbare jongeren op hen af. Ik zie drie grote vernieuwingen waar de stadhuizen leiding aan moeten geven:

- a. Het lokale en regionale stelsel (ik zou zeggen: lees dit essay);
- b. De besturing op geld en maatschappelijk rendement (public value management);
- c. De goede aanpak en verantwoording daarover van risicjongeren en probleemjeugd (ik pleitte hier al voor meer in plaats van minder professionaliteit).

Het tweede onderdeel is het belangrijkste en behoort ook tot de hoofddoelen van de decentralisatie: taken, verantwoordelijkheden en budget meer in een hand leggen.

<sup>59</sup> Al zijn mij niet zoveel van deze modellen nu bekend, Gelderland timmert aan de weg met een model dat hierop lijkt, maar het is maar in een deel van die provincie toegepast.

Analoog aan de Wet Werk en Bijstand, hetgeen heeft geleid tot een ondernemende aanpak vanuit sociale diensten en het arbeidsveld. Ik denk dat we die bestuurlijke innovatie opnieuw zouden willen. Op de stadhuizen komen alle informatielijnen bij elkaar: epidemiologisch, demografisch, politie, zorg, preventie, maar ook: wonen, wijken, industriebeleid, werkloosheid, horecabeleid, kinderopvangbeleid, etc. De grote uitdaging wordt om over alle hokjes en financiële stromen heen te kijken naar maatschappelijk rendement en slimme combinaties. Zoals gezegd: inzetten op preventie (en dus besparen op de kosten van de zorg- en justitiële keten) gebeurt het meest effectief vanuit niet-zorg terreinen en vanuit de kracht (en zwakte) van de civil society. Dit is intellectueel/conceptueel, qua data en sturingsprincipes geheel nieuw terrein. Qua uitvoering heb ik hiervoor aangegeven dat drie onderdelen deze verzwaarde lokale jeugdtaak gaan merken: het systeem van de WMO, het systeem van de collectieve preventie op jeugd en de CJG's in combinatie met een regionale backbone. Maar daarmee is nog niet aangegeven wie de informatielijnen aan elkaar knoopt, verbindt met concrete individuele gevallen en het totaal budget lokaal bewaakt en slim inzet. Ik denk dat deze ontwikkeling zou moeten starten met verkenning van de data die nu verspreid over de verschillende onderdelen liggen en breed brainstormen over mogelijke innovaties. Tenslotte zal op het stadhuis (de burgemeester?) ook een plek gevonden moeten worden voor de publieke bevoegdheden die te maken hebben met de noodzaak in te grijpen in het gezin en met probleemjongeren.

### Toekomst GGD

Deze verandering van het lokale krachtenveld zal ook gevolgen hebben voor de GGD. De jeugdpreventieve taak moet geheel anders worden ingericht, dat is al een hele klus. Dan komen er sterkere CJG's, een sterker WMO-circuit, meer ingrijpende bevoegdheden, een grotere budgettaire verantwoordelijkheid en meer druk om over traditionele sectoren heen zaken innovatief aan te pakken. Uitdagingen genoeg, misschien zelfs teveel. Toch liggen deze velden allemaal dicht genoeg bij de GGD om er op in te spelen of mee te denken met het gemeentebestuur. Dit wordt de tijd waarop zichtbaar wordt of de GGD gezien wordt als een integrale en stevige beleidsadviseur voor gemeentebesturen vanuit een goede kijk op jongeren en jongerenproblemen.



### Landelijke regie op het proces

Tenslotte is er nog een partij die zich buigt over het landelijke proces. Altijd een mix tussen visie, tactiek en machtsverhoudingen. In dit geval zit er zoveel vernieuwing in ook de werkwijze en cultuur dat het nog een hele klus wordt dat gefaseerd door te voeren en de juiste inrichting te bereiken. Het zal in ieder geval een zeer goed en vernieuwend gesprek moeten worden tussen veld, beroepskrachten en bestuurders. Dit reisverslag biedt daarvoor hopelijk een inspirerende aanzet.

## Bijlage: geraadpleegde bronnen

### Artikelen/boeken op naam

Eijck, S. van "Koersen op het kind. Sturingsadvies deel 1 en 2",  
Projectbureau Operatie Jong, 2006

Ostrom, Elinor, "Governing the commons: the evolution of institutions for collective action",  
Cambridge University Press 1990

vanYperen, Stam "Opvoeden Vertserken", uitgave VNG, november 2010

Drs. S.P.M. de Waal "Jeugdgezondheidszorg: zijn we op de goede weg?",  
uitgave PublicSPACE en GGD Nederland, januari 2010

Drs. S.P.M. de Waal "Strategisch management voor de publieke zaak",  
Lemma uitgeverij 2008

Dalrymple, Th. "Life at the bottom: the worldview that makes the underclass",  
Dee, 2001

Sloterdijk, Peter "Het kristalpaleis. Een filosofie van de globalisering",  
SUN 2006

prof. Trommel, Willem, oratie VU 17 september 2010

Nederlands Gesprekscentrum prof Mertens cs "Pech moet weg",  
uitgave 2003

Drs S.P.M.de Waal e.a. "Professioneel ondernemerschap in de 1e lijnszorg",  
uitgave PublicSPACE 2008 ([www.publicspace.nl](http://www.publicspace.nl))

Fisher, Len "Zwerminelligentie. Over slimme groepen en domme massa's",  
Maven Amsterdam 2009

Putnam, Robert "E pluribus unum: Diversity and community in the Twenty first century",  
Scandinavian Political Studies 2006

Drs. S.P.M. de Waal "Bouwen op burgerschap", 18 sept 2010,  
FD essay

Jan-Erik Lane "New Public Management",  
Routledge 2000

Moore, Mark H. "Creating Public Value. Strategic management in government",  
Harvard Univ Press 1995

Prof. M. Noordegraaf "Professioneel bestuur. De tegenstelling tussen publieke managers en  
professionals als 'strijd om professionaliteit'",  
Lemma 2008

## Nota's

"Jeugdzorg Dichterbij", Parlementaire werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg,  
18 mei 2010, o.l.v. PvdA kamerlid P. Heijnen, uitgave Tweede kamer

"Gezondheid en Determinanten", Deelrapport van de VTV 2010 "Van gezond naar  
beter", RIVM uitgave 2010

"Arbeidsbesparende innovaties in de zorg", deelstudie RVZ nota, CEAN Consulting,  
1 juli 2010

"De toekomst van Zorginnovatie", lessen uit het transitieprogramma in de langdurige  
zorg", Uitgave Ministerie VWS, augustus 2010

Rapport HBSC onderzoek, onder redactie van Univ Utrecht, Trimbos instituut en SCP,  
uitgave december 2010

RMO, van der Meer "Indicatiestelling: Omstreden toegang tot zorg", juni 2010

VNG Factsheet Decentralisatie Jeugdzorg, januari 2010

MO Groep "Brancherapportage Jeugdzorg 2009, uitgave augustus 2010

GGZ Nederland, Trimbos en ZonMw: "Manifest voor een breed gedragen inspanning voor  
geestelijk kapitaal" Dees e.a., uitgave 2010

Trimbos en TNO, van Hoof, F. e.a. "Toekomstverkenning intramurale GGZ",  
Centrum Zorg en Bouw, 2009

GGD Amsterdam, "GGD Brede visie op jeugd", Amsterdam, 1 maart 2011

GGD Nederland Factsheet Jeugdgezondheidszorg, oktober 2010

VNG Factsheet Jeugd, uitgave februari 2010

Min. VWS, 'Brief inzake jeugdzorg plus', dd. 13 april 2011

GGZ Nederland "Jeugd-GGZ: Investeren in de toekomst. Ambities voor 2011-2014"

MO Groep (W&MD) "Visie decentralisatie jeugdzorg", februari 2011

G32 "Transitie van de jeugdzorg. Strategisch visiedocument G32", 8 februari 2011

MO Groep "De kerntaak van bureau jeugdzorg en de samenwerking met lokale partners", Utrecht maart 2008

MO Groep "Aandacht, ondersteuning, bescherming en toezicht. Visiedocument Bureaus Jeugdzorg", Utrecht, maart 2003

VGN, "Vroeg, voortdurend en integraal", brochure, namens vele jeugdketenpartners, Utrecht, juni 2007

"Handreiking CJG ontwikkeling voor jongeren van 12 tot 23 jaar", uitgave IVA Tilburg

"Beschrijving Vangnet Jeugd. Inventarisatiefase van het evaluatieonderzoek naar de werkwijze Vangnet Jeugd in vijf steden", juni 2007

Onderzoeksraad voor veiligheid, "Over de fysieke veiligheid van het jonge kind. Themastudie: voorvallen van kindermishandeling met fatale of bijna fatale afloop", Den Haag januari 2011

AD 22 april 2011: "Wildgroei pleeggezinnen wordt aan banden gelegd"

RMO "Nieuwe ronde, nieuwe kansen", uitgave RMO april 2011

"Rapport onafhankelijke commissie onderzoek zedenzaak Amsterdam", gemeente Amsterdam, april 2011

RMO en RVZ samen, "Investeren rondom kinderen", Den Haag, september 2009

Alares "Technische innovaties. Kansen voor de jeugdsector", min VWS, december 2010

Bestuursakkoord 2011-2015 VNG, IPO, UvW en rijksoverheid, uitgave april 2010

RMO briefadvies "Bevrijdend kader voor de jeugdzorg", Den Haag 2011

RVZ "Zorg voor gezondheid", discussienota, april 2010

RMO "De ontkokering voorbij", uitgave Den Haag 2008

WRR "Bewijzen van goede dienstverlening", prof P. Meurs e.a., uitgave december 2004

## Colofon

Dit rapport is uitgebracht door Drs. Steven P.M. de Waal, PublicSpace in opdracht van GGD Nederland.

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

© PublicSPACE Foundation

Alle rechten voorbehouden. Mei 2011

De tekst van dit advies kan ook geraadpleegd worden op [www.publicspace.nl](http://www.publicspace.nl) en [www.ggd.nl](http://www.ggd.nl)

