

Onderweg naar vraaggestuurde zorg

Jeugdgezondheidszorg als schakel tussen preventie en curatie

Wetten worden gemaakt om rechten, plichten en belangen van burgers te waarborgen. De manier waarop een wet is opgebouwd en geformuleerd, heeft daar directe invloed op. Vorm en inhoud zijn ook op dit niveau niet te scheiden (Van Bekkum, 1997). In de nieuwe Wet op de Jeugdzorg worden rechten en belangen van ouders en kinderen met hulpvragen geregeld en de commissie Günther maakt in haar rapport van december 1999 die hulpvragen van kinderen en hun ouders tot uitgangspunt: 'Het Bureau Jeugdzorg werkt vraaggestuurd' (Günther, 1999, p. 23). De commissie legt niet verder uit wat ze daarmee bedoelt.¹ Kan de nieuwe wet zo geformuleerd worden dat het principe van vraaggestuurdheid consequent als leidraad dient voor het organiseren, niet alleen op het niveau van ministeries, maar ook op dat van provincies, van gemeentes en van directies van instellingen, van de jeugdzorg en het jeugdbeleid? Het consequent versterken vraaggestuurde ondersteuning zal het probleemoplossend vermogen van families kunnen vergroten. Families, ouders en overheid hebben veel gemeenschappelijke, maar soms strijdige belangen.² De kwaliteit en effectiviteit van de jeugdzorg zou toenemen indien in de nieuwe wet de belangen van de overheid in het grootbrengen van jonge nieuwe burgers afgewogen worden tegen die van families, ouders en kinderen. De jeugdgezondheidszorg werkt al heel lang en steeds meer vraaggestuurd en kan de afstand tussen preventieve en curatieve jeugdzorg overbruggen.

Sociale contexten

Werkelijk vraaggestuurde jeugdzorg voorziet in een grote behoefte van gezinnen aan snelle en passende hulp. De belangen van ouders, die hulp vragen of nodig hebben, vallen lang niet altijd samen met de belangen van de overheid om nieuwe burgers groot te brengen. Recht op hulpverlening is niet hetzelfde als het belang van een veilige en stabiele omgeving. Kinderen en hun ouders hebben stabiliteit, voldoende inkomen en een prettige, veilige (woon) omgeving nodig. De commissie noemt deze groeiende (ontwikkelingsgerichte) omgevingen fysieke en sociale contexten: gezin, dagverblijf, school, kerk (over moskee en hindoeïstische tempel hoor je haar niet), peuterspeelzaal, buurt, sportclub, stad en vriendenkring. Het zo-zo-zo beleid van de bestaande wet op de jeugdhulpverlening (hulp dient zo vroeg, zo snel, zo kort, zo licht en zo passend mogelijk te zijn; zo lang mogelijk thuis of in de familie kan daaraan nog worden toegevoegd) kan met dit uitgangspunt worden aangepast. Vraaggestuurd werken betekent dat de belangen van het kind en de behoeften van de ouders altijd en overal in het beleid en organisaties uitgangspunt voor aanbod zijn.

Hoe worden de verschillende, in het rapport Günther genoemde, sociale contexten met elkaar in verband gebracht? Hoe koppelen ouders die contexten? Zij zijn als eerste verantwoordelijk voor de groei van hun kinderen en een samenhangend systeem van veilige en groeiende contexten zal beter toegeruste kinderen produceren. Om optimale groei omstandigheden voor hun kinderen te organiseren koppelen, vooral moeders, familie, andere ouders, sociale netwerken in de buurt, school en onderwijzers, leraren enzovoorts. Maar waar en hoe volgt de preventieve en curatieve jeugdzorg ouders om zo vroeg mogelijk te reageren als het niet goed gaat? Dat doen preventieve professionals en sleutelpersonen, waaronder de jeugdarts en leraren. De wijkagent voor de straat, de intern begeleider voor de school, de jongerenwerker voor het buurthuis, het arbeidsbureau voor werk, de pastoor of imam voor de zingeving, maatschappelijk werk voor de materiele en immateriële hulpverlening, de sporttrainer het sportveld et cetera. Deze mensen signaleren vroegtijdig en geven de signalen door. Waar nodig koppelen zij de sociale contexten van ouders en hun kinderen en bieden zonodig preventieve ondersteuning of passende hulpverlening. Hoe meer samenhang de wereld voor

kinderen krijgt, des te beter worden ouders ondersteund en des te sterker zijn de waarborgen voor vraaggestuurd werken.

Vraaggestuurd werken en preventie

In het rapport *Jeugd en samenwerking* doen Bakker en De Bruyn (1999) verslag van hun onderzoek naar aansluiting van preventieve op curatieve zorg op acht locaties in Nederland. Zij vonden onder andere dat de professionals in netwerken door hun grote loyaliteit jegens kinderen, ondanks zwakke beleidsmatige organisatorische ondersteuning in de aansluiting van preventieve op curatieve zorg, vrij succesvol zijn. Indien de nieuwe wet werkelijk vraaggestuurde zorg nastreeft zal, duidelijker dan in het rapport Günther en andere nota's, de aansluiting op het preventieve beleid concreter gestalte moeten krijgen (zie Advies, 2000; BANS, 1999). Hoe lossen ouders en grootfamilies bijvoorbeeld hun gezinsproblemen op zonder tussenkomst van derden? Hoe kunnen hulpverleners hen faciliteren om zoveel mogelijk op eigen kracht hun kinderen groot te brengen? In de negentiende eeuw was de invloed van de kerken op het gezinsleven groot en die van de overheid beperkt. Gezinsproblemen van en met kinderen werden opgelost door de familie en de directe omgeving, buurt-, kerk- en dorpsgemeenschap. Veel autochtone en migrantenfamilies hebben nog dergelijke tradities: ze willen de problemen in eigen kring oplossen.² Dankzij grote beschikbaarheid en inzet hebben zulke families betere mogelijkheden om problemen op te lossen. Professionals komen daarna pas in beeld. Directe contacten met gezinnen in hun woon-leeftijd situatie geven de eerste en beste signalen om zo vroeg mogelijk (nog bij het ontstaan van problemen) ondersteuning te bieden. Dan zijn de buurt, scholen en sociale netwerken de belangrijkste plaatsen om te signaleren en te reageren. Het rapport Günther benadrukt het belang om alle kinderen te leren participeren in de genoemde sociale contexten en constateert een gedeelde verantwoordelijkheid van ouders en overheid voor het grootbrengen van kinderen (Günther, 1999, p. 10). De eersten hebben meer recht van spreken in het privé-domein, de laatste meer in het publieke domein. De commissie verwacht 'dat de effectiviteit van de jeugdzorg met sprongen omhoog gaat als de zorg uitgaat van de kracht en de waarde van de jeugdige en zijn sociale omgeving'.

Lichamelijke en andere ontwikkelingen

Een goede ontwikkeling van kinderen begint bij een goede lichamelijke gezondheid. Dat lijkt nog wel eens vergeten te worden in de opbouw van de toegang tot de jeugdzorg (zie rapporten Projectgroep Toegang) Niet alleen jonge kinderen zijn in de groei kwetsbaar, maar ook adolescenten die in hun lichamelijke en geestelijke groeiversnelling hun vertrouwde kindergedrag moeten loslaten en op zoek gaan naar volwassen gedragspatronen. Vooral jongens hebben een fysieke benadering nodig om lichamen, emotioneel en sociaal te groeien en niet te vervallen in grensoverschrijdend gedrag (Ykema, 2000). Participatie is nodig, maar adolescenten zijn nog niet in staat blijvend ondersteunende structuren te organiseren om de overgang naar volwassenheid te vergemakkelijken. Dat is de taak van hun gehele omgeving, waaronder professionals. De transitionele kenmerken van de adolescentie zijn onderbelicht in het jeugdbeleid en in de jeugdzorg. (Van Bekkum, 1998). Een brede preventieve geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en adolescenten is in Nederland nooit echt van de grond gekomen. De jeugdgezondheidszorg (JGZ) echter heeft in de afgelopen honderd jaar op dit gebied een grote expertise opgebouwd. Jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen zijn ervaren in het herkennen van en interveniëren bij psychosociale, lichamelijke, emotionele en sociale problemen bij kinderen van nul tot negentien jaar (en hun ouders). In het preventieve jeugdbeleid en in het voorportaal van de jeugdzorg kan de JGZ een belangrijke rol spelen om de preventieve geestelijke gezondheidszorg voor de jeugd te verbeteren. De werker van de JGZ heeft via preventieve gezondheidsonderzoeken (PGO's), individuele follow-ups en spreekuur op school inzicht in zowel het kwetsbare individuele kind als diens omgeving. Zij hebben gegevens van de consultatiebureaus en kunnen zonodig naar andere artsen verwijzen. Daarmee hebben zij in een vroeg stadium een belangrijke signalerings- en verwijzingsfunctie. Het preventieve buurtnetwerk met zijn verschillende werksoorten en daarnaast de school kunnen reageren als er nog geen duidelijke hulpvraag is of deze niet zal komen, zoals bij huiselijk geweld, verwaarlozing, seksueel misbruik of andere

gedragsproblemen. De jeugdarts en jeugdverpleegkundige zijn in staat signalen van stagnerende en gestoorde ontwikkelingen te herkennen. Een jeugdarts is opgeleid als sociaal geneeskundige en kan als specialist van normale kind veel sneller analyseren hoe lichamelijke, psychische, emotionele en sociale ontwikkelingen samenhangen. Ook de draaglast-draagkracht verhouding kan de JGZ snel inschatten. Tenslotte kan een jeugdarts door zijn/haar medische bevoegdheid en kennis van de sociale kaart snel signaleren en verwijzen.

JGZ als schakelaar

De JGZ is een belangrijke partner in het preventieve jeugdbeleid. De herpositionering van de JGZ binnen het jeugdbeleid maakt een lacune zichtbaar in de ontwikkelingen van de Bureaus Jeugdzorg en het preventieve jeugdbeleid. In geen van beide beleidstrajecten was de JGZ tot voor kort aanwezig. En nog steeds is de positie van de JGZ onvoldoende duidelijk. In de nieuwe wet kan dat worden hersteld. Het is nodig om de JGZ een duidelijke plaats te geven voorafgaand aan curatieve jeugdzorg. Met haar gegevens over de ontwikkeling van kinderen kan de JGZ een plaats te krijgen in vroegtijdige signalering, in prediagnostiek en in de advisering in de zorgtoewijzing. Haar grote hoge deskundigheid zou in de deze drie laatste deelfuncties een rol kunnen spelen in het verminderen van de wachtlijsten. Op beleids- en management niveau kunnen afspraken gemaakt worden over de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de JGZ in het voorportaal van de Bureaus Jeugdzorg. Deze beleidsinspanningen leiden tot: betere verwijzing; kortere wachtlijsten; betere nazorg, en betere samenwerking van de jeugdarts met bijvoorbeeld andere professionals. Structurele samenwerking is een belangrijke voorwaarde voor een goede pre-screening zoals in het buurtnetwerk.

Netwerken

Vraaggestuurd werken wordt bevorderd door sociale en professionele netwerken meer en beter te laten samenwerken. Jeugd- en buurtnetwerken zijn gremia voor integraal en vraaggestuurd werken. De JGZ, belast met primaire preventie en met vroegtijdige signalering en verwijzing, kan hier een belangrijke verbinding leggen met het Bureau Jeugdzorg. Buurt- en schoolnetwerken zijn de aangewezen samenwerkingsverbanden voor vroegtijdig onderkennen van problemen van kinderen en hun families. Al enkele jaren geven wij meerdaagse trainingen aan jeugdartsen en andere werkers in de JGZ om hen te leren werken met nieuwe doelgroepen en binnen netwerken (Filedt Kok-Weimar & Van Bekkum, 1999). Deelnemers uit het hele land berichten over het gebrek aan tijd, organisatie, structuur, middelen en coördinatie van allerlei netwerken waarin zij werken. Dat is niet toevallig. De preventieve context is uiterst complex. Werkelijke samenhang en kwaliteit van zorg is alleen te organiseren vanuit de 'schoenen van de ouders en andere opvoeders'.

De medische, psychiatrische, psychologische, pedagogische, veiligheids-, welzijnsvisies op kinderen en jongeren hebben zich de afgelopen honderd jaar maatschappelijk en wetenschappelijk verzelfstandigd. Het gevecht voor autonomie en het 'discipline-centrisme' van deze beroepsgroepen werkte en werkt verkokering in de hand. Een jeugdarts spreekt vanuit een academische, klinische achtergrond, een jongerenwerker vanuit een welzijnskader, een wijkagent of leerkracht vanuit weer een ander opleidings- en denkkader. Dit schept voor de preventieve netwerken een Babylonische spraakverwarring. De bestuurskundigen Kerkhoff en Van Heffen formuleerden de kenmerken in interdisciplinaire samenwerking (1997). Zij citeren hun collega Hollander over samenwerking: 'Elke discipline heeft een geheel andere kijk op de patiënt-cliënt en een eigen taal om daarover te communiceren. Deze taal is dusdanig binnen de eigen discipline ontwikkeld dat zij, zoals elke vaktaal, verkeer met collega's gemakkelijk maakt en met een vertegenwoordiger van een andere discipline niet of nauwelijks tot elkaar-begrijpen leidt.' Volgens Kerkhoff en Van Heffen liggen de oorzaken van wederzijds onbegrip echter nog dieper. Het gaat niet alleen om terminologische verschillen maar ook om andere logica's, paradigma's van denken en handelen, om andere referentiekaders of rationaliteiten. Maar het kader van Kerkhoff en van Heffen is niet voldoende. Voor de complexiteit voor buurtnetwerken is een breder verklarend kader nodig. (Van Bekkum,

1998) Naast de spraakverwarring tussen beroepsgroepen in buurtnetwerken bestaat een tweede: die tussen overheids- en ambtelijke sectoren. Hoewel in verandering, heeft de verkoking van ministeries en beleidssectoren in provincies en gemeente haar weerslag op het functioneren van de netwerken. De derde spraakverwarring, hoewel meer op afstand, bestaat tussen theorie en praktijk. Beleidsmaker en managers bedenken wat goed is voor de werkvloer, ouders en kinderen. Dat strookt lang niet altijd met de behoeftes van deze partijen. Om deze drievoudige Babylonische spraakverwarring werkbaar te maken zijn, ten aanzien van preventieve netwerken, ook duidelijke afspraken tussen landelijke overheid, provincie en gemeente nodig (Van Bekkum & Gorissen, 2000) De kwaliteit van samenwerking is te verbeteren met bijzondere ondersteuning vanuit provincie (jeugdzorg), gemeente (jeugdbeleid) en directies van zorginstellingen (primaire proces). Daarvoor is een organisatorisch en methodisch kader, op provinciaal, instellings- en lokaal niveau nodig.³ De gemeente is als regisseur van het jeugdbeleid als eerste verantwoordelijk voor de organisatie en kwaliteit van de netwerken.⁴

De ongekende JGZ

Op dit moment is er veel beweging in de JGZ. GGD Nederland heeft een brochure uitgegeven die een goed beeld geeft van de positie en de inhoud van JGZ. (GGD Nederland, 2000). Verder heeft de beroepsvereniging van jeugdartsen een profiel ontwikkeld van de ‘Sociaal Geneeskundige in de Jeugdgezondheidszorg’ (NVJG, 1999). Noord-Brabant heeft als eerste provincie haar visie op samenwerking tussen de jeugdzorg en de JGZ/GGD op schrift gesteld. Op landelijk niveau is eind vorig jaar een bestuursakkoord nieuwe stijl geformuleerd waarin de positie van de JGZ zichtbaar wordt. (BANS, 1999). De VNG voert een project integraal jeugdbeleid uit. (VNG, 2000). Wat is de intermediaire kwaliteit en expertise van de JGZ? Hoe kan zij optimaal geïntegreerd worden in de huidige jeugdzorg? Kinderen worden in JGZ, op de meeste locaties, van nul tot negentien diverse keren op somatisch-psychisch en sociaal-emotioneel functioneren onderzocht en begeleid. De medewerkers van de JGZ scannen het functioneren van de ouders, de leerkracht, andere familieleden en het sociale netwerk het functioneren van ouders. Zo hebben zij veelvuldig contact met de leerkracht en kennen de sociale kaart. Jeugdartsen hebben een schat van informatie over kinderen en hun omgeving. Ze zijn opgeleid als jeugdartsen: sociaal geneeskundigen met een specialisatie voor kinderen. Zij of hij ‘kent als taak het beïnvloeden van relevante gezondheidsdeterminanten: medisch-biologische factoren, gezondheidsgedrag, sociaal-fysische factoren en het zorgsysteem zelf’. (NVJG, 1999). Op dit moment is de jeugdgezondheidszorg van vier tot negentien jaar wettelijk geregeld in de Wet Collectieve Preventie en valt ze onder de gemeenten binnen de GGD. De JGZ tot vier jaar sluit op deze zorg aan. Als één geheel van nul tot negentien omvat het de volgende ‘producten’: monitoring en signalering, vaststellen zorgbehoefte, screenings en vaccinaties, voorlichting, advies, instructie-begeleiding, beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen, samenwerking rond zorgsystemen, netwerken en overleg, sturing. Deze ‘diensten’ bevatten zowel individueel- als populatiegerichte activiteiten, zoals cursussen ‘opvoeding zo’. Veranderingen in risicogedrag en risicovolle situaties of andere gezondheidsbedreigingen in gezinnen, buurten, gemeenten en regio’s worden het eerst zichtbaar worden bij de JGZ. Epidemiologen van de GGD kunnen deze observaties in getallen en tabellen gieten zodat trends zichtbaar worden waarop zonodig beleid ontwikkeld kan worden. Het takenpakket van de JGZ laat duidelijk hun schakelpositie zien tussen Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en algemene gezondheidszorg (AGZ), tussen privé en publiek domein en vooral tussen de preventieve en curatieve zorg. De JGZ is in staat om veranderingen in gezondheidsgedrag en gezondheidsrisico’s bij de jeugd per school, buurt en gemeente te signaleren en te rapporteren via de JIS-registratie Zij hebben de gegevens en cijfers rechtstreeks van de kinderen en ouders. Dit is de basis voor (vraaggestuurde) collectieve preventie.

Hoe verder?

De JGZ is een belangrijke schakel tussen jeugd, jeugdbeleid en jeugdzorg. De discussie over de jeugd en haar lichamelijke en geestelijke gezondheid is volop gaande. Enerzijds is er de constatering dat de jeugd in Nederland verhoudingsgewijs goed (lichamelijk) gezond is, anderzijds worden trends

gesignaleerd die wijzen op een toename van maatschappelijke, psychosociale- en emotionele problemen. Jeugdcriminaliteit, schooluitval en het gebruik van alcohol en drugs vragen de laatste tijd veel aandacht. Koppeling van epidemiologische gegevens van kinderen kan belangrijke inzichten opleveren voor preventieve interventies. Deze overwegingen komen voort uit grote getallen en beleidsdenken, maar goede zorg is ook maatwerk, en maatwerk is per definitie klantgericht en vraaggestuurd. Kwaliteit in jeugdbeleid en jeugdzorg is uiteindelijk te vinden in een evenwicht tussen het belang van ouders om hun kinderen groot te brengen en het belang van de overheid bij goede en gezonde burgers. Geen enkele inspanning vanuit door de overheid gefinancierde zorg voor jeugd kan echter de betrokkenheid en inzet overtreffen van ouders, verdere familie en andere sociale verbanden om kinderen groot te brengen. Alle, ook hooggekwalificeerde, hulp en zorg zal goedkoper en beter worden indien families op allerlei manieren ondersteund worden om hun tijdelijk beperkt opvoedend vermogen op peil te brengen en te houden. De jeugdarts en jeugdverpleegkundige kunnen, als hooggekwalificeerde sociaal-medische professionals, een brug slaan tussen de belangen van ouders en de belangen van de overheid voor een gezonde jeugd. Het zou goed zijn indien deze overwegingen een plaats krijgen in de vaststelling van een goed basispakket gezondheidszorg voor alle jeugdigen.⁵ Vraaggestuurde zorg, een die voortdurende balans zoekt tussen belangen van ouders en overheid, met de JGZ als voorbeeld, verdient een duidelijke verankering in de nieuwe Wet op de Jeugdzorg. Met dank aan Neel de Bruyn, Ben Rensen en Jules van Wijngaarden voor hun reacties op eerdere versies van dit artikel.

Noten

1. De commissie gebruikt 'vraaggestuurd' op pagina 23 in het kader van volume in aanbod, mogelijke klantstromen en grootte van verzorgingsgebied. Vraaggestuurd en vraaggericht zijn concepten die in rapporten en notities vaker niet worden uitgelegd. In dit artikel gebruiken de auteurs 'vraaggestuurd' als 'klantgericht'. Het is bedoeld als verbindend concept om de verschillen zichtbaar te maken tussen a) de belangen en behoeftes van families aan ondersteuning bij het grootbrengen van hun kinderen, b) de belangen van de overheid om nieuwe jonge burgers in de samenleving te sluiten en c) de belangen van de professionele dienst-, zorg- en hulpverleningssectoren die bij jeugd betrokken zijn. Vraagsturing in deze zin heeft consequenties voor alle partijen om zich meer rekenschap te geven over hun positionering in het totale, in beweging zijnde, veld.
2. **Familiecontinuïteit** is een hulpverleningsconcept uit Groot-Brittannië, Australië en de Verenigde Staten. De methode is afkomstig van Maori en Australische aboriginal groepen en gaat uit van het probleemoplossende vermogen van grootfamilies: ouders, kinderen, opa's, oma's, ooms en tantes). Vanuit eigen ervaring en uit de systeemtherapie weten we dat grootouders een deels ander en scherper zicht hebben op de belangen van hun kleinkinderen dan de (bijvoorbeeld scheidende) ouders. Dat zijn hun (schoon)zonen en schoondochters. In probleemsituaties kan deze 'derde generatie deskundigheid', maar ook de kijk van tantes en ooms een belangrijke en positieve rol spelen (Tjin A Djie & Jessurun, 2000). Er bestaat een groeiende belangstelling voor methodieken en instrumenten die families in staat stellen hun problemen zoveel mogelijk zelf op te lossen. Verschillende van deze eigenmachtig makende (empowering) en vraaggestuurde (clientcentered) programma's worden al in de jeugdzorg geïntroduceerd. NIZW, de stichtingen Family Continuity International en Op Kleine Schaal ontwikkelen en implementeren in Nederland methodieken zoals Client-Oriented-Need-Assessment (CONA), Familie Raad en Echt Recht. Gezinnen en grootfamilies krijgen in deze methodieken een grotere rol in het vaststellen en uitvoeren van hulpverleningstrajecten. Informatie hierover bij de auteurs.
3. Voor verdere uitwerking van de knelpunten in de **samenwerking in netwerken** zie: Van Bekkum & Gorissen, 2000 en Van Bekkum, 1998.
4. Er zijn handreikingen voor het opbouwen van de regierol van gemeentelijk jeugdbeleid (OLPJ, 1998). In een andere sector van het gemeentelijke takenpakket, de inburgering van nieuwkomers, is een uitstekend handboek (Piersgroep, 1997) beschikbaar waarin de gemeentelijke regierol van is uitgewerkt.
5. Dit **basispakket** zal bij wet verankerd worden. Het plan is om dit najaar tot wetgeving te komen.

Literatuur

- Advies inzake de Relatie Jeugdzorg-GGD* (jeugdgezondheidszorg), Provinciale Raad voor de Volksgezondheid en maatschappelijke Zorg in Noord-Brabant, Den Bosch, januari 2000.
- Bakker, I. & N. de Bruyn (1999). *Jeugd en Samenwerking, Aansluiting tussen lokaal jeugdbeleid en jeugdzorgbeleid: acht voorbeelden uit de praktijk*. Utrecht: NIZW.
- Bekkum, D. van (1997). Interculturalisatie in teams en afdelingen in de gezondheidszorg: vorm en inhoud gaan samen. *Sietar Nieuwsbrief*, 6, p. 3.
- Bekkum, D. van (1998). Veel jongeren doen het gewoon goed. Torens van Babel in Jeugdbeleid. *Utrechts Nieuwsblad*, 23 april.

- Bekkum, D. van (1998). De transitionele wereld van jongeren, Naar een samenhangend intercultureel beleidskader. In: *Handboek voor Jeugdbeleid*. Den Haag: Elsevier Bedrijfsinformatie.
- Bekkum, D. van & W. Gorissen (2000). Netwerken als werkwoord, balanceren tussen professionele en persoonlijke identiteit. In: *Handboek Jeugdgezondheidszorg*. Maarssen, Elsevier Bedrijfsinformatie.
- BANS (1999). *Jeugdbeleid in ba(la)ns* (Bestuur Akkoord Nieuwe Stijl). Den Haag: Ministerie Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.
- Filedt Kok-Weimar, T. & D. van Bekkum (1999). Keer het tij voor de gezondheidszorg, de onmisbare partner in beeld. *GGD Nieuws*, februari.
- GGD Nederland (2000). *Integrale jeugdgezondheidszorg bij gemeenten en hun GGD'en in vertrouwde handen*. Utrecht: GGD Nederland.
- Günther, I. (1999). 'Van antwoord naar vraag: Een nieuw zicht op jeugdzorg', *Eindrapport Adviescommissie Wet op de Jeugdzorg*. Den Haag: @vws.
- Kerkhoff, A., & O. van Heffen (1997). De jeugdarts en andersdenkenden: laveren tussen verschillende rationaliteiten. *Tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg*, 29, 3.
- NVJG (1999). *Profiel 'Sociaal geneeskundige in de jeugdgezondheidszorg'*. Utrecht: Nederlandse Vereniging Jeugdgezondheidszorg.
- OLPJ (1998). *Overzie de regie. Handreiking voor lokaal preventief jeugdbeleid*. Rijswijk: VWS.
- Piersgroep (1997). *Handboek regie inburgering*. Rijswijk.
- Tjin A Djie, K. (1998). *Ouderschap in een Wij systeem, 2^e Alice van der Pas Lezing*. Rotterdam: Stichting Interdisciplinair Netwerk Ouderbegeleiding (INO).
- VNG. *Programma aanbod 2000 van het project lokaal jeugdbeleid*. Den Haag, 2000.
- Ykema, F. (2000). *Rock and Water, Educational Program centred around Safety and Integrity, Men and Boys Program van het Family Action Centre*. Callaghan, Australia: University of Newcastle.

Personalia

- Drs. H.J. van Bekkum (1947) is cultureel antropoloog, adviseur jeugdbeleid-jeugdzorg en partner in adviesbureau Moira CTT te Utrecht. www.ctt.nl
- T.L. Filedt Kok-Weimar (1943) is jeugdarts en cursusleider Jeugdartsenopleiding bij het Instituut TNO Preventie en Gezondheid te Leiden.