

NETWERKEN IN DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Voorbij de (drie) torens van Babel

Dirck van Bekkum & Wim Gorissen

Drs. Dirck H.J. van Bekkum is medisch antropoloog en partner in adviesbureau MOIRA CTT, Rijnlaan 45A, 3522 BC Utrecht, 030-2800926 fax 2871722 email moira@ctt.nl www.ctt.nl

Drs. Wim H.M. Gorissen is sociaal geneeskundige en adjuncthoofd jeugdgezondheidszorg bij de GG en GD te Utrecht, Postbus 2423, 3500 GK Utrecht, 030-2863326, fax 030-2863344, email wim.gorissen@utrecht.nl

1. Inleiding

In onze samenleving is het belang van het geheel, in dit geval de verantwoordelijkheid voor het grootbrengen van nieuwe generaties kinderen tot volwaardige burgers, niet voor alle partijen even helder, even groot en hetzelfde. Alle deelculturen in Nederland, ook non-profit organisaties zoals gemeentes en zorginstellingen, hebben hun eigen belangen en zijn ook uit op hun voortbestaan. Alle (deel)culturen zijn per definitie eenkennig en menen dat hun visie op en begeleiding van kinderen van meer betekenis is dan die van andere echelons, sectoren, disciplines. Dit is lang niet altijd in het belang van kinderen en hun ouders. In het samenwerkingsproces in de jeugdzorg wordt regelmatig het Grote Belang, *gezamenlijk* met ouders en bewoners in een buurt kinderen grootbrengen, uit het oog verloren. (Van Bekkum en Filedt Kok-Weimar 2000) Het beleid van de afgelopen tien jaar rondom de Bureaus jeugdzorg, de Brede Scholen en het Preventief Jeugdbeleid is erop gericht om het Grote Belang weer tot gezamenlijke inzet te maken. Maar dat lukt nog lang niet altijd. Netwerken zijn prima instrumenten om zorg tijdig, passend en samenhangend, dichterbij het gezin te brengen. Veranderingen in de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) gaan snel. Zowel in de organisatie (aanbod van diensten) als in de doelgroep jeugd vinden grote verschuivingen plaats. Landelijke ontwikkelingen in de vorm van de toegang tot de jeugdzorg en het lokaal preventief jeugdbeleid beïnvloeden de JGZ. De doelgroep jeugd is multicultureel van samenstelling geworden, de behoeften van ouders en kinderen zijn meer gedifferentieerd en het opgroeien is voor kinderen complexer geworden. De eigenheid van de JGZ kenmerkt zich traditioneel door haar positie op het grensvlak van overheid en dagelijkse gezondheidszorg. Op dit moment bevindt de JGZ zich op het grensvlak van toegang tot de jeugdzorg en preventief jeugdbeleid, hetgeen geen eenvoudige positie is. De landelijke ontwikkelingen worden in de grotere steden meer of minder ingebed in het wijkgerichte beleid van de overheid. Daarin staan werk, onderwijs, veiligheid, zorg en leefbaarheid centraal. Verschuivingen in bevoegdheden, verantwoordelijkheden, formatieplaatsen en geldstromen als gevolg van landelijke beleidsontwikkelingen zijn in de jeugdhulpverlening al langer gaande en hebben de jeugdgezondheidszorg en geestelijke gezondheidszorg bereikt. De ontwikkelingen rondom de Bureaus Jeugdzorg, de Brede Scholen en het Preventief Jeugdbeleid beïnvloeden de dagelijkse praktijk van werkers in de JGZ. De jeugd GGZ en de jeugdgezondheidszorg hebben relatief laat gereageerd op de veranderingen. Hun rol en taakstelling leken tot voor kort 'vanzelfsprekend en onaantastbaar'. Maar er is een toenemende druk om 'het product' aan te passen aan deze veranderingen. Een heroriëntatie was nodig en die is thans in volle gang. (Burgmeijer e.a., 1997, Kwakkelstein 1997)

Op veel plaatsen in het land verwerft de JGZ een nieuwe positie. Over enkele jaren zijn de onderlinge verhoudingen tussen de betrokken partijen uitgekristalliseerd: kinderen-ouders, gemeente, wijkbureaus en (wijk)regiegroepen, bureau jeugdzorg, welzijnsinstellingen, onderwijs en begeleiding, politie, bureaus Halt, leerplicht, arbeidsvoorziening enzovoorts. Het verwerven van een passende positie en speelruimte voor de JGZ zal dan moeilijker zijn. Binnen de GGDen is

ook veel in verandering mede onder invloed van het landelijk onderzoek door KPMG. Ook binnen de GGDen verandert de positie van de JGZ. De opleiding van jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen ondergaat een gedaanteverandering. Voor de leesbaarheid wordt in deze tekst steeds 'jeugdarts' gebruikt. Het kan hier gaan om zowel schoolartsen als consultatiebureau-artsen, maar ook om schoolverpleegkundigen en consultatiebureau-verpleegkundigen. Bij al deze disciplines zijn natuurlijk vrouwelijke en mannelijke vertegenwoordigers. Zij zullen de komende 10 jaar in alle aspecten van het werk de gevolgen van al deze verschuivingen ervaren. Hoe meer de JGZ zich daar als werker, als afdeling en als beroepsgroep op voorbereidt en erop reageert, des te meer zal zij een rol van betekenis blijven spelen in de zorg voor jeugd. Zo niet, dan loopt zij de kans om de boot te missen en aan de zijlijn te belanden.

Netwerken dienen om a) problemen in een vroegtijdig stadium te herkennen en b) behoeften van kinderen en ouders te inventariseren om preventieve activiteiten op te zetten. c) juiste verwijzing en afstemming en werkverdeling tot stand te brengen tussen sectoren en disciplines. Netwerken zijn gericht op het inrichten en verbeteren van integrale zorg. Het kind en de ouders krijgen die tijdige, passende, samenhangende ondersteuning en hulp die zij nodig hebben. Netwerken waarin jeugdartsen functioneren ontstaan op het raakvlak van preventieve en curatieve jeugdzorg. De Bureaus jeugdzorg kennen drie, lang niet overal geïntegreerde, sectoren: jeugdhulpverlening, jeugdbescherming en jeugd-GGz. De (groepen) kinderen besproken in deze netwerken hebben veelal psychosociale stoornissen en stoornissen in de sociaal- emotionele ontwikkeling. Ook bestaan netwerken waar de medisch-somatische aspecten van kinderen aan de orde komen. De JGZ en de jeugdarts zal zich in dit sterk bewegende veld een positie moeten vinden.

Dit hoofdstuk gaat over netwerken in twee betekenissen: als werkwoord en als samenwerkingsverbanden waar zorg voor kinderen en ouders wordt besproken en georganiseerd. Vanuit deze twee betekenissen zal de positie van de JGZ beschreven worden. Netwerken is niet extra vergaderen en nog minder tijd overhouden voor directe zorgcontacten met kinderen en hun ouders.

- Netwerken, is een activiteit, een voortdurende aandacht en bezigheid in contacten met collega's uit eigen en andere disciplines en sectoren die zich ook met jeugd bezighouden. Netwerken doet een jeugdarts niet alleen tijdens netwerkvergaderingen. Juist daarbuiten gebeurt het echte werk.
- In netwerken kan van collega's uit gespecialiseerde hulpverlening geleerd worden welke signalen tot ernstige problemen leiden. (van curatie naar preventie)
- Het is een manier om het vak en expertise 'up to date' te houden en een manier om het professionele zelfbeeld bij te stellen en te verfijnen.
- Het is ook een manier om de specifieke vakbekwaamheid uit te dragen in multidisciplinaire overlegstructuren.
- Adequaat kunnen netwerken is eveneens van belang om met andere beroepsgroepen en andere sectoren te kunnen samenwerken aan een gemeenschappelijk doel.

Een vertegenwoordiger van de JGZ kan met onderwijs, sociaal-cultureel werk en justitie, gemeenschappelijke, overlappende, maar ook tegenstrijdige en soms zelfs conflicterende standpunten hebben ten aanzien van kinderen en families. Hoe beter je collega netwerkdeelnemers weten wat jij te bieden hebt, en dat is als JGZ nogal wat, hoe beter jij je werk kunt doen. Hoe beter jouw inspanningen aansluiten bij die van andere disciplines en sectoren. De JGZ heeft een voor beleid onmisbare toegang tot cijfers over veranderingen bij (groepen) kinderen. De jeugdarts en jeugdverpleegkundige kunnen door hun positie, opleiding en ervaring een brugfunctie vervullen tussen de toegang tot de jeugdzorg en het preventieve jeugdbeleid.

Netwerken zijn ook samenwerkingsverbanden en daarmee structuren om (preventieve) zorg te organiseren. In de opbouw en organisatie van netwerken gaat nogal wat eens mis. Gemeentes zijn

als regisseurs jeugdbeleid als eersten verantwoordelijk voor de opbouw en kwaliteit van de netwerken. Iemand zal verantwoordelijk moeten zijn voor de opbouw en het 'onderhoud'. Wat is het doel? Hoe is de afstemming van de verschillende sectoren en disciplines? Wat moet een voorzitter in huis hebben? Hoe wordt effectief vergaderd? Hoe wordt de privacy geregeld? Wat is mijn positie en rol in dit en andere netwerken? Netwerken als activiteit en als zorgstructuur worden beide in dit hoofdstuk uitgewerkt. Het eerste deel van dit hoofdstuk (paragraaf 3 en 4) beschrijft het veranderende veld van preventief werken. De positie van de netwerken en andere overlegstructuren wordt verhelderd. Dan wordt een poging gedaan te formuleren wat integrale samenwerking is en veranderingen in risicoprofielen en in de samenstelling van de jeugd worden beschreven. In het tweede deel van dit hoofdstuk (paragraaf 5 t/m 7) wordt het interdisciplinaire netwerk voorgesteld als drie Torens van Babel waarin professies, sectoren, beleid-praktijk verschillende talen vertegenwoordigen. De netwerkdeelnemers kunnen hun functioneren in de netwerken analyseren en verbeteren door hun zes loyaliteiten in het oog te houden: beroep, sector, gender (seksen), etniciteit, leeftijd en echelons. Alle overlegsituaties zijn multi-sectoraal, multidisciplinair en de deelnemers zijn zowel mannen als vrouwen en in toenemende mate multicultureel. (Veldhuizen & van den Ouwelant 1997) Ook kunnen de opleidingsniveaus nogal verschillen. Dat maakt effectieve communicatie minder vanzelfsprekend. U vindt twee open modellen om het complexe jeugdbeleid en netwerken zichtbaar te maken. Het eerste schema is een overzicht van het aanbod in jeugdbeleid en het tweede is een figuur om de dynamiek van interdisciplinaire samenwerking inzichtelijk te maken. Zes loyaliteiten van deelnemers in de samenwerking worden zichtbaar gemaakt. Wat is nodig voor het opzetten van buurtnetwerken om een minimale productiviteit van een netwerk te garanderen? Welke rol en taken heeft de voorzitter en aan welke maatstaven dient een lid van een netwerk te voldoen? De groepsdynamische processen in netwerkvergaderingen zijn vaak complex en lang niet altijd doelmatig (efficiënt) en doelgericht (effectief). Netwerken als professionele activiteit wordt met teamsport vergeleken. Hoe meer motivatie, plezier en duidelijke afspraken hoe groter de kans op succes. In het derde deel van het hoofdstuk (paragraaf 8 t/m 10) worden een aantal concrete netwerken benoemd, zoals die in een stad als Utrecht functioneren. (zie ook bijlage I) Hier wordt onderscheid gemaakt tussen de rol van de JGZer als deskundige en als belangenbehartiger op verschillende echelons (organisatieniveaus). De inbreng in inhoudelijke zorgnetwerken en in beleidsnetwerken is nogal verschillend. Het hoofdstuk wordt afgesloten met enkele kantekeningen en aspecten van het netwerken die in dit hoofdstuk niet konden worden uitgewerkt (paragraaf 11).

2. Positie en potentie van netwerken als samenwerkingsverbanden

Waarin en hoe kan de JGZ zich positioneren en profileren? In de toename en betekenis *van zorg- en beleidsnetwerken* in de jeugdzorg en het jeugdbeleid liggen daarvoor grote kansen. De grote klacht van ouders uit kansarme en kwetsbare gezinnen is dat professionele ondersteuning en hulp niet passend, niet tijdig en niet samenhangend is. Netwerken hebben enkele potenties om het opgroeien van kinderen beter te ondersteunen dan tot nu toe gebeurde. Netwerken kunnen daardoor vraaggestuurde zorg op gang brengen en verbeteren. Door zo dicht mogelijk aan te sluiten bij de familie- en sociale netwerken van de kinderen en ouders kan een overlap tussen beide ontstaan hetgeen werkelijk vraaggestuurde zorg kan opleveren. (Van Bekkum en Filedt Kok-Weimar 2000) Netwerken dwingen verschillende sectoren en disciplines de zorg op elkaar af te stemmen. Netwerken kunnen overheden dwingen te reageren op veranderende patronen en behoeftes onder kinderen en hun ouders. Netwerken kunnen gedefinieerd worden als teams samengesteld uit mensen van verschillende organisaties. Er zijn verder unidisciplinaire teams zoals jeugdartsen binnen een GGD, multidisciplinaire teams zoals Riagg teams van een jeugdafdeling. Al deze teams, zeker in grote steden, werken al met sterk multicultureel samengestelde klantenpopulaties en 'inkleuring' met allochtone collega's is noodzakelijk. Wanneer meer culturen in teams en netwerken instromen wordt leeftijd en sekse belangrijker omdat in veel migrantengroepen deze culturele categorieën het gedrag sterker bepalen dan in de

Nederlandse nationale cultuur. Vanuit dit gezichtspunt is het preventieve netwerk in wijken en buurten het meest complex van samenstelling. Dit vraagt om bijzondere aandacht qua organisatie, onderhoud en het primaire proces: hoe worden kinderen en ouders besproken, hoe worden plannen gemaakt en acties ondernomen. Zelfsturing is een goed antwoord voor teams in één organisatie op een snel veranderende organisatorische en klantomgeving. Maar voor een netwerk dat eens per maand bijeenkomt en van welk de deelnemers uit verschillende organisaties komen is zelfsturing geen oplossing.

Een van de doelen van integrale samenwerking in netwerken is de wisselwerking tussen intensievere hulpverlening en de meer preventieve inspanningen anderzijds. Met andere woorden: mensen, die dagelijks met jongeren op school werken, in het buurthuis, in de bibliotheek en op straat, verwerken ervaringen vanuit zwaardere hulpverlening in hun deskundigheid om risicogedrag en problemen te herkennen en te voorkomen. Van de verleners van intensieve hulp wordt verwacht dat zij ook van de ervaringen van deze dagelijkse werkers zoals leraren, agenten en jongerenwerkers leren. Het informeren en betrekken van kinderen en ouders (participatie) vormt in deze wisselwerking een onmisbare schakel. In de opbouw van beleids-, regie- en buurtnetwerken rond de jeugd staat veel op het spel. Veel geld en energie wordt gestoken in nieuwe en bestaande netwerken. Lang niet altijd gebeurt dit systematisch en professioneel. De signalerende en de preventieve rol van netwerken om de behoeftes van individuele en groepen jongeren in kaart te brengen zijn al duidelijk merkbaar. Ook de effecten van deze inspanningen worden in een aantal wijken en steden meer zichtbaar. In Rotterdam bijvoorbeeld heeft het Jouw Project onder andere via netwerken een dekkend zorgpatroon als het gaat om probleemjongeren uit de allochtone groepen. Het gemeenschappelijke doel van buurtnetwerken voor alle betrokken deelnemers en de ouders kan duidelijker worden. Met het groeien van het vertrouwen van de buurt in jeugdnetwerken zullen ook de knelpunten rondom het privacy probleem van kinderen en hun families gemakkelijker op te lossen zijn. Ouders zullen dan gemakkelijker toestemming geven voor bespreking van hun kind in bijvoorbeeld een buurtnetwerk.

In de grote steden ontstaan per wijk regiegroepen waar vorm wordt gegeven aan operationeel beleid, afstemming van vraagsturing en aanbodsturing, integratie met ander op de jeugd gericht of voor de jeugd gevolgen hebbend beleid en de daadwerkelijke uitvoering van beleid in een wijk. In buurtnetwerken 0-12 en 12+ werken jeugdartsen en -verpleegkundigen mee aan het uitvoeren van preventieve jeugdzorg. Veel teamassistenten, jeugdverpleegkundigen, jeugdartsen en leidinggevenden in de JGZ zien hun werkinvulling snel veranderen. Het is echter niet helder welke invloed dat heeft op de directe zorg, hun taakstelling, de werkdruk en kwaliteit van de JGZ. Voor hen die direct met jeugdigen in contact komen is er grote behoefte aan samenhang en stabiliteit omdat zij de directe zorg voor kinderen onder druk voelen staan. Hoe helderder de rol (taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden) van de GGD en de JGZ ten opzichte van andere sectoren en beroepsgroepen is, hoe groter de samenhang en stabiliteit.

3. Veranderingen in gezondheidsprofielen en samenstelling van de jeugd

Om het veld van de JGZ vanuit de invalshoek van netwerken in kaart te brengen is een heroriëntatie op de samenstelling en hulpbehoeften van de jeugd nodig. Hiermee is ondertussen een begin gemaakt. (Beker e.a. 1998, Bestuursinformatie 1999, CBS 1999, Gemeente Utrecht 1999-1, 1999-2, NIBUD 1999) De afgelopen decennia is zowel de samenstelling van de jeugd als het aantal risicofactoren in de gezondheid van de jeugd sterk veranderd. Daarmee veranderde de klantenpopulatie en prioriteiten van de JGZ en de Jeugdzorg. Nieuwe doelgroepen ontstaan en andere raken op de achtergrond. (Filedt Kok-Weimar & van Bekkum 1999) Deze groepsgebonden sociaal-economische en etnische gezondheidsverschillen zullen zich verder ontwikkelen. Dit proces kent meerdere niveaus:

I) Toename van aantal syndromen onder kinderen. In 1947 werd autisme als syndroom ontdekt. In de vorige eeuw, en vooral na de WO II, is het aantal te onderscheiden ziektes en klachtenpatronen bij kinderen sterk toegenomen. Zoals bijvoorbeeld lactose-intolerantie en de toename van atopie-gerelateerde klachten en verschijnselen (denk aan astma en de relatie met het binnenmilieu in woningen). In de psychiatrie en orthopedagogiek zijn ook voorbeelden te noemen: verschillende patronen als gevolg van vroege hechtingproblemen, borderline patronen, ADHD, syndromen als gevolg van een couveuseperiode, gevolgen van pesten en van schooluitval, dissociatieve stoornissen en andere samenhangende klachten als gevolg van incest bij meisjes en jongens, dyslexie, drugsgebruik, et cetera.

II) Nu vrouwengezondheidszorg en vrouwenhulpverlening vaste voet hebben verworven in onze samenleving heeft dit invloed op de hulpverlening van meisjes. Ook de mannenhulpverlening zal de komende jaren aan terrein en invloed winnen. Daar lijken nieuwe vormen van preventieve en curatieve zorg en hulp te gaan ontstaan omdat de drempel voor jongens en mannen voor reguliere instellingen nog hoger is dan bij meisjes, vooral als het gaat om psychosociale en sociaal-emotionele problematiek. Seksespecifieke zorg voor kinderen en jongeren vanuit de JGZ was er altijd al maar weinig expliciet. Deze zorg zal meer expliciet en meer gedifferentieerd worden. Naast de toename van genderspecifieke preventie wordt cultuurspecifieke voorlichting en begeleiding ook een belangrijke speerpunt door de expertise instituten NIGZ te Woerden, Transact te Utrecht, Forum te Utrecht en Mikado te Rotterdam.

III) Door de migratiegolven na de tweede wereldoorlog is in ons land de jeugd sterk multicultureel geworden. In de grote steden komt meer dan de helft van de jeugd uit gezinnen met een migratieachtergrond. Omdat allochtone families meer in marginale situaties terechtkomen, lopen de kinderen extra risico's. De grote diversiteit in deze steden, 100 tot 180 nationaliteiten, dwingt de JGZ tot een sterke herijking en vernieuwing van haar registratie-, screenings-, diagnose- en verwijzingsmethoden. Door meertaligheid zijn leerachterstanden onder gemarginaliseerde allochtone families groter en komen vaker voor dan onder gemarginaliseerde autochtone families. Bij een aantal jeugdinstanties is de culturele diversiteit opgelopen tot bijna de helft van het cliëntenbestand. In sommige jeugdgevangenissen komt 90% van de jongeren uit gezinnen met een migratie achtergrond. In juni 1997 verscheen op initiatief van de Landelijke Projectgroep Toegang Jeugdzorg een handreiking Transculturele Toegang Jeugdzorg. (Bellaart, 1997) Hierin wordt aangegeven dat een deel van de kinderen uit families met een migratieachtergrond nog steeds in een aantal opzichten extra kwetsbaar zijn en behoren tot de belangrijkste achterstands- en risicogroepen die in aanmerking komen voor geïndiceerde jeugdzorg. Het zelfbeeld en toekomstbeeld zijn graadmeters voor de geestelijke gezondheid en het welbevinden van jongeren. Allochtone kinderen hebben onder andere door stigmatisering en discriminatie een negatiever zelfbeeld én een somberder toekomstbeeld dan de meeste autochtone kinderen. Dit kan zich uiten, behalve in schooluitval en criminaliteit, onder andere in zelfmoordpogingen. Bij autochtone jeugdigen is dit 5 %, bij Marokkaanse en Turkse 11 % en bij Surinaamse en Antilliaanse jeugdigen 12 %. (ibid. 1997)

4. Netwerken en integrale samenwerking

De samenwerking in de zorg voor kinderen is de laatste jaren intensiever geworden. Het aantal partijen in de samenwerking is toegenomen. Al die partijen moeten zich net als de JGZ heroriënteren op de eigen positie in relatie tot die van samenwerkingspartners. Integrale samenwerking heeft tot doel het versnipperde aanbod voor jeugd meer doorzichtig, meer samenhangend en vooral meer passend en sluitend te maken. Door het hoge tempo van veranderingen in de samenleving en de gegroeide diversiteit aan behoeftes onder de jeugd is consequent vraaggericht, liefst vraaggestuurd, werken een noodzaak geworden. Over de invulling van vraaggericht en vraaggestuurd werken is, zeker in de preventieve sector, veel discussie. Het

ontdekken van nieuwe risico en ‘syndroom’ (klachtenpatroon) groepen en daar met die doelgroep adequaat op reageren, noemen wij hier preventief vraaggestuurd. Alle aanpassing van bestaande activiteiten en ontwikkelen van nieuwe activiteiten dient voort te komen uit aantoonbare wensen (‘demand’) en/of behoeften (‘need’) van kinderen, jongeren en hun ouders. Zonder het betrekken van de politiek, andere professionals, kinderen en hun ouders, en waar nodig andere familieleden en buurtbewoners, is het niet mogelijk vernieuwende netwerken op te bouwen. Ouders en andere verwanten zijn en blijven immers, zoals een aantal gemeentes in de formulering van het lokaal preventief jeugdbeleid ook expliciet aangeeft, primair verantwoordelijk voor het grootbrengen van hun kinderen. Uit het voorgaande zijn drie uitgangspunten voor het netwerken als activiteit en het (verder) opbouwen van buurtnetwerken te formuleren.

Op de eerste plaats zal de dienst-, zorg-, en hulpverlening van iedere werksoort, indien zij dat nog niet is, meer gender- en cultuurspecifiek worden. Veel instanties zijn bezig hun bestaand en nieuw aanbod passend voor jongens en meisjes in te vullen. In alle wijken in de grote, en in veel wijken in middelgrote, steden heeft meer dan 10% van de bewoners een migratieachtergrond. De JGZ, net zoals alle professionele organisaties in de (preventieve) jeugdzorg, zal zich moeten verantwoorden hoe zij omgaat met de diversiteit in de demografie en vraag (demand) van hun verzorgingsgebied. Ook hun beleid en methodieken zullen zij hierop moeten afstemmen. De meeste instellingen zijn hier wel mee bezig maar beschouwen dit lang niet als een speerpunt in hun beleid. Cultuur- en genderspecifiek werken betekent niet dat men alleen voor allochtone kinderen en hun families werkt. Het heeft te maken met beleidsmatig en professioneel recht doen aan de sociaal-economische, sekse, etnische en culturele diversiteit in een wijk of gemeente. De diversiteit in sociaal-economische positie en opleiding onder autochtone jeugd is hierin tevens een structureel onderdeel. Opzetten van zelfsturende teams in de diverse instellingen, en ook de JGZ, kan een antwoord op grotere vraaggestuurdheid zijn. Voor preventieve netwerken is het geen oplossing omdat de aansturing bij teveel partijen ligt.

Op de tweede plaats zal een integrale samenwerking voor een aantal werkers en organisaties een omslag in hun manier van denken en werken vragen. Integrale samenwerking vraagt om een inhoudelijk samenhangend kader voor de verschillende deelnemende disciplines en sectoren. Het vraagt ook om een organisatorische structuur om netwerken op te bouwen en te onderhouden. Bestaande handboeken buurtnetwerken kunnen als kader voor betere samenwerking dienen. Voor intensievere samenwerking is reflectie en heroriëntatie op eigen rol en taak nodig. Deze professionele zelfreflectie, als noodzakelijke voorwaarde voor intersectorale en interdisciplinaire samenwerking, geldt natuurlijk voor alle betrokken partijen. De gemeente in haar nieuwe regierol is eindverantwoordelijke voor de opbouw en het onderhoud van netwerken. De handreiking van Huppe en Klijn vanuit de landelijke projectgroep Ontwikkeling Lokaal Preventief Jeugdbeleid (OLPJ) met het vijf ‘S’-en model kan voor de gemeentelijke regierol als uitgangspunt dienen. Zij positioneren de bestuurlijke regierol van de gemeente ‘tussen enerzijds het hiërarchisch streven naar regulering van de planner en anderzijds de laissez faire houding waarin primair op ‘de markt’ wordt vertrouwd’. Kenmerkend voor besturen in dit ‘tussengebied’ is de >veelheid van actoren= waarin géén ‘centrale actor - anders dan tegen hoge kosten - zijn wil dwingend aan anderen op kan leggen.’ De onderzoekers stellen een strategie model voor dat bestaat uit vijf componenten: stimuleren, situeren, steun creëren, structureren en sturen. ‘De kunst is om bij bestaande initiatieven aan te sluiten en organisaties tot samenwerking te prikkelen.’ (Huppe & Klijn 1997, 7-8)

Het derde uitgangspunt is het ontwikkelen en inzetten van een gezamenlijke en verbindende (interdisciplinaire) visie op kinderen en jongeren. Die, cultuur- en genderspecifieke, visie is nodig om de genoemde veranderingen onder de jeugd beleidsmatig te kunnen sturen. Die integrale beleidsvisie is ook nodig om de verschillen in visie, verantwoordelijkheden, taakstelling en

bevoegdheden tussen sectoren en disciplines van partijen in een netwerk te overbruggen. Het gaat om het overbruggen van meerdere Torens van Babel. (zie paragraaf 6) Veel verantwoordelijken in de ontwikkeling van jeugdbeleid zijn beleidsambtenaren en/of politici. De gemeente voert, zo heeft de overheid bepaald, regie. Beleidsambtenaren zien het vaak nog niet als hun taak, of zijn niet in staat om een dergelijke samenhangende en verbindende visie te (laten) ontwikkelen en te implementeren. De landelijke, provinciale en lokale overheden zijn en blijven eindverantwoordelijk voor het tot stand komen en inzetten van dergelijke samenhangende en verbindende visie en werkbare kaders.

5. Samenhangende en verbindende kaders

Samenhangende en verbindende kaders hebben een primaire proceskant en een organisatorische proceskant. Organisatorische aanzetten zijn er wel, maar combinaties van het primaire en organisatorische proces zijn onvoldoende uitgewerkt. (Huppe & Klijn 1997, van der Neut en Nijssen, 1993) Gemeentes kiezen ad hoc en selectief hun uitgangspunten voor jeugdbeleid. De landelijke projectgroep Ontwikkeling Lokaal Preventief Jeugdbeleid heeft de bestuurskundigen Huppe en Klijn onderzoek laten doen hoe gemeenten regie kunnen voeren in de complexiteit van het lokaal preventief jeugdbeleid. (1997) Organisatorisch ligt er nu een prima model voor gemeentes. Voor de organisatie op netwerk niveau en voor het dagelijks werk is er echter geen algemeen geaccepteerd model. Inhoudelijk bouwen Huppe en Klijn hun analyse op het beleidsadvies van de socioloog-criminoloog Schuyt (Schuyt 1995). Schuyt heeft in 1995 een ketenbenadering geformuleerd waarin de overgang naar volwassenheid in tien schakels is verdeeld. Hij ziet periodes van grote uiterlijke en innerlijke verandering in het leven van kinderen waarin zij extra risico's lopen. Deze periodes zijn 'overgangsmomenten'. Zij moeten 'schakelen' van bijvoorbeeld thuis naar de buurt, van thuis naar school, van school naar de buurt, van school naar werk. Als een kind voor het eerst alleen buiten gaat spelen is dat een stap. Voor het eerst naar de peuterspeelzaal, naar de basisschool en naar het voortgezet onderwijs zijn belangrijke stappen voor het kind en voor de ouder.

gezin gezin/school school na school school-werk: uitval beroepsvoorbereiding aan het werk op het werk zonder werk in maatschappij

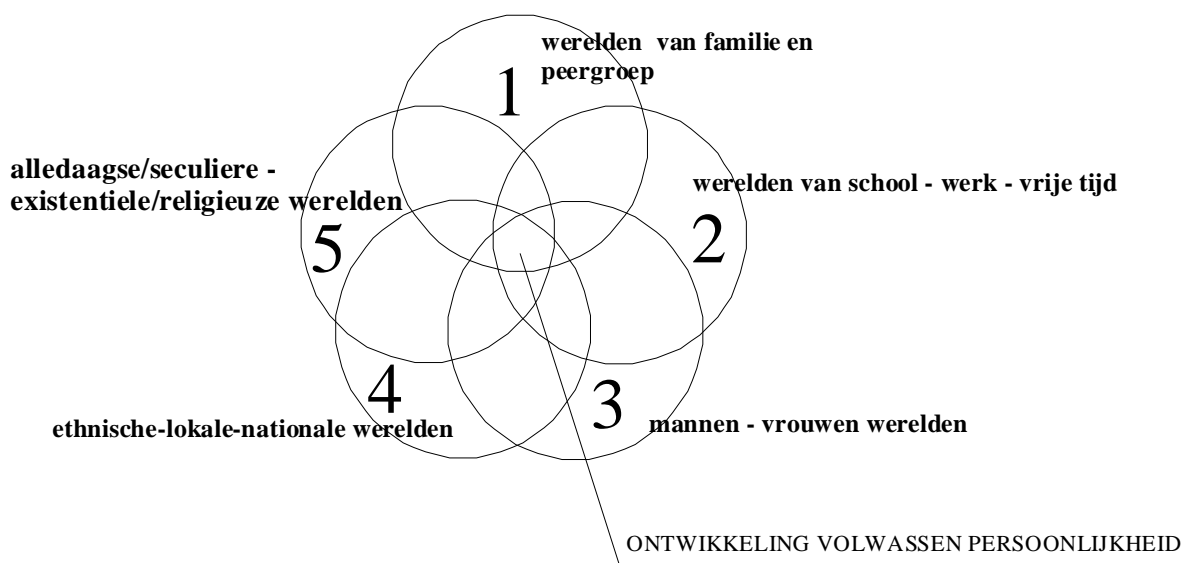
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schema 1: Ketenbenadering van overgang naar volwassenheid (Schuyt 1995)

Familie, school, na school, beroepsvoorbereiding, werk etc. zijn de leefgebieden waartussen wordt geschakeld. Het kader van schakeling is bruikbaar voor het bestuur en voor beleidsmensen om regie te voeren. Schuyt schematiseert de overgang naar volwassenheid als een chronologisch proces. Dit sluit aan op de longitudinale benadering van de JGZ. Voor het organisatorische deel om de partijen in netwerken, op beleidsmatig niveau, samen te brengen lijkt de ketenbenadering van Schuyt in combinatie met de regiemodel van Huppe en Klijn bruikbaar. Maar voor het primaire procesdeel, het directe cliëntenoverleg in de netwerken, lijkt het onvoldoende. Slechts op weinig plekken blijkt het gebruikt te worden als samenhangend en verbindend kader in netwerken. Er zijn meer aanwijzingen die wijzen op een behoefte van een meer klantgericht kader. In het veldwerkonderzoek en praktijkervaringen met jonge mannen bemerkte Van Bekkum dat een rechtlijnig ontwikkelingsperspectief voor de groeiende diversiteit onder kinderen, zoals dat van Schuyt, als verbindend kader voor de dagelijkse praktijk aanvulling behoeft (van Bekkum 1992, 1998b). Net zoals het competentie (ontwikkelingstaken) model van Slot e.a. leunt Schuyt's ketenbenadering sterk op een psychologisch paradigma van chronologische ontwikkelingsstadia. (Slot & Spanjaard 199) De hoogleraar orthopedagogiek Jan van der Ploeg stelt dat het competentie model een oplossing zoekt 'in het bijspijkeren van de sociale competentie van jeugdigen. ... niet een gebrek aan sociale competentie hen brengt tot onaangepast gedrag, maar hun vijandigheid tegenover de maatschappij. Zij gebruiken hun vaardigheden veeleer om zich af te zetten tegen een

maatschappij die zij beschouwen als onderdrukkend, onrechtvaardig en discriminerend.’ (Van der Ploeg 1999, 109-110) Hun vader is werkeloos, zij leven van een uitkering, school verwacht dingen van hen die zij met geen mogelijkheid waar kunnen maken en de politie heeft het altijd op hen gemunt.

Welk kader dekt nu wel voldoende deze complexe (multiculturele) werkelijkheid van zoveel mogelijk kinderen en jongeren? Dat is een model dat zo dicht mogelijk tegen hun leeftijdgebonden wereld aanzit en genoeg ruimte laat voor de grote diversiteit aan belevingen en ervaringen. Zij komen in hun adolescentie oude blokkades tegen, die zij proberen te overwinnen. Jongeren keren soms van de ene schakel naar de andere terug of proberen een schakel over te slaan. Zij gaan bijvoorbeeld snel werken en gaan later weer naar school. Drie stappen voorwaarts en één terug om een vergeten stuk in te halen. Jongeren bereiken volwassenheid niet zelden via een wevend of een ‘heen en weer’ traject. Internationaal is er steeds meer aandacht om de puberteit en adolescentie te zien als een overgangsfase, als een transitie, van de kinderwereld naar de volwassenwereld. Heel veel jongeren vragen in hun gedrag om ondersteuning, om een rite de passage, om die ingewikkelde volwassenwereld binnen te kunnen gaan. (Van Bekkum 1998a) Voor jongens is dit behoorlijk anders dan voor meisjes en lang niet altijd is dat hulpverlening. Een transitionele benadering neemt de belevingswereld van jongeren zelf als uitgangspunt. In elk van de genoemde gebieden dient de jongere een evenwicht te vinden tussen verschillende intra- en interpersoonlijke loyaliteiten. Het uitkristalliseren van loyaliteiten naar ouders, naar vrienden, naar school, naar werk, enz... zal uiteindelijk leiden tot een, volwaardige of minder volwaardige, volwassen persoonlijkheid. In Schuyt’s benadering komen twee belangrijke leefgebieden van jongeren niet aan de orde: de relatie tussen de mannen- en de vrouwenwerelden en de relatie tussen de alledaagse en religieus existentiële wereld. Het (risico)gedrag van jongeren wordt naast de relatie gezin-school-vrije tijd-werk minstens zo sterk bepaald door sekseverschillen en existentiële vragen over het leven. Voor 12+ netwerken kan de transitionele benadering een samenhangend en verbindend kader vormen.



Schema 2: Balanceren van loyaliteiten in vijf domeinen in de overgang naar volwassenheid
Alle beroepskrachten in de wijk kunnen het schema gebruiken om aan elkaar (en aan ouders) om

het ingewikkelde leven van jongeren te verhelderen. Omdat het ontwikkeld is vanuit begeleiding van jongeren met lichte én zwaardere problemen kan het gebruikt worden als een verbindend concept tussen beroepsdisciplines, sectoren, ouders, kinderen. De transitionele benadering is uitgewerkt in twee artikelen. (van Bekkum 1998a, 1998b)

Een alternatief voor de ketenbenadering in 12- en 12+ netwerken is de benadering van de familie continuïteit. Familie continuïteit is een concept dat uitgaat van inspanningen van leden van de (groot)familie om het voortbestaan van de familie te waarborgen. In veel gevallen dienen individuele belangen in evenwicht gebracht te worden met familiebelangen. Veel conflicten die familie continuïteit bedreigen hebben hiermee te maken. Twee belangrijke gebieden waar familie continuïteit in het gedrang komen zijn slecht functionerende vrouw/moeder-man/vader relaties en verhoudingen tussen generaties. Echtelijke conflicten en scheidingen bijvoorbeeld bedreigen steeds vaker de ontwikkeling van kinderen en daarmee de familie continuïteit. Het belang van grootouders (primaire generatie) in ouder-kind (generatie) conflicten is cruciaal. Zij zijn in staat om de wensen en belangen van hun kleinkinderen, die prioriteit hebben op die van de >ouder= (tweede) generatie, het beste te 'horen' (lezen) en te verwoorden aan de tweede (ouders) generatie. Ook voor interculturele aspecten in de (preventieve) jeugdzorg is de benadering van familie continuïteit inzetbaar. Inschakelen van de wijdere familie om groei- en opvoedingsproblemen met kinderen op te lossen is een innovatieve benadering. (Tjin a Djie 2000) Het centraal stellen van familie continuïteit is een alternatief voor het werken met de ketenbenadering. De Stichtingen Familie Continuïteit International en Op Kleine Schaal introduceren in Nederland methodieken, zoals Familie Raad en Echt Recht, die zijn ontwikkeld uit de benadering van familie continuïteit.

6. Torens van Babel

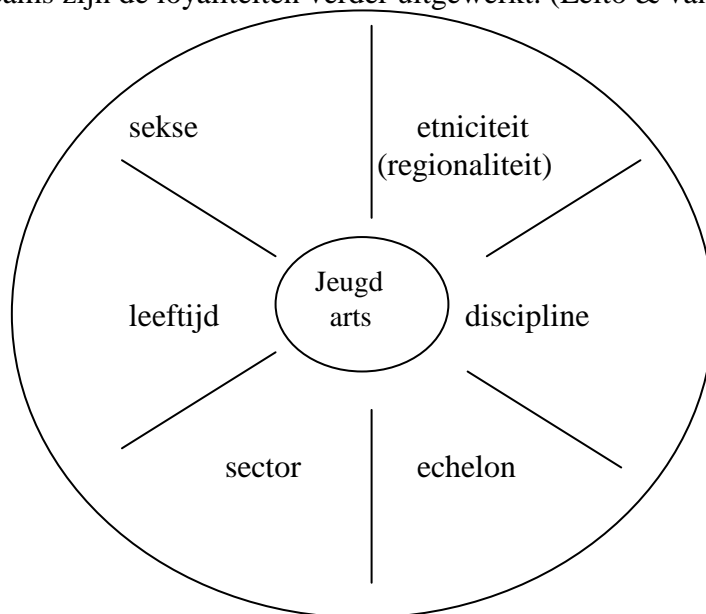
De complexe realiteit van netwerken vraagt om verheldering. De medische, psychiatrische, psychologische, pedagogische, veiligheids-, welzijnsvisies op kinderen en jongeren hebben zich de afgelopen 100 jaar maatschappelijk en wetenschappelijk verzelfstandigd. Het gevecht voor autonomie en het 'discipline etnocentrisme' van deze beroepsgroepen werkte en werkt, in weerwil van alle inspanningen, nog steeds verkokering in de hand. Een jeugdarts spreekt vanuit een (academische) sociaal-geneeskundige achtergrond, een jongerenwerker vanuit een welzijnskader, een wijkagent of leerkracht vanuit weer een ander opleidings- en denkkader. Dit schept voor de preventieve netwerken een eerste Toren van Babel. 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 gaat 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 verklarend kader van Kerkhoff en van Heffen is niet voldoende. Voor de complexiteit voor buurtnetwerken is een breder kader nodig. (Van Bekkum 1998b) Naast de Torens van Babel tussen beroepsgroepen in buurtnetwerken bestaat een tweede toren: die tussen overheids- en ambtelijke sectoren: justitie, onderwijs, gezondheidszorg, sport, sociaal-cultureel werk, sociale zaken enz... Hoewel in sterk in verandering hebben de schotten tussen ministeries en beleidssectoren in provincies en gemeente zijn weerslag op het functioneren van de netwerken. De derde Toren, hoewel meer op afstand, is die tussen theorie en praktijk. Politici, beleidsmaker en managers bedenken wat goed is voor de werkvloer, voor ouders en kinderen. Dat strookt lang niet altijd met de behoeftes van deze partijen. Een jeugdarts spreekt vanuit een academisch-klinische opleidingsachtergrond. Een jongerenwerker heeft een HBO beroepsmatig welzijnskader, een wijkagent of leerkracht heeft weer een ander opleidings- en denkkader van waaruit hij of zij spreekt. Een wethouder of ambtenaar hebben weer

andere belangen en denkkaders. Het zijn deze vele ‘talen’ die de complexiteit van netwerken uitmaken.

De ‘stereotypen’ van elkaars discipline dienen doorbroken: ‘De dokter is arrogant’, ‘de psycholoog is een warhoofd en niet te verstaan’, ‘de agent wil alleen maar orde en rust’. Om deze meervoudige Babylonische spraakverwarring werkbaar te maken zijn een aantal inhoudelijke en organisatorische stappen nodig. Een samenhangende en verbindende visie op het grootbrengen van kinderen door ouders, ‘co-ouders’ en medeopvoeders is vereist. Elke sector en discipline mag een eigen visie en benadering hebben. In de besluitvorming rondom een kind of gezin is intensieve afstemming nodig over de te nemen stappen nodig. Een deskundige en sterke voorzitterrol is noodzakelijk. Op verschillende plekken wordt een protocol gebruikt hoe casuïstiek in te brengen. Er bestaan aanwijzingen en protocollen hoe om te gaan voor privacy van cliënten in netwerken. (Pannebakker en Vorstermans 1994) Duidelijke afspraken zijn nodig tussen landelijke overheid, provincie en gemeente over wie welke verantwoordelijkheden ten aanzien van het instellen en onderhouden van netwerken heeft. De kwaliteit van samenwerking is te verbeteren met bijzondere ondersteuning vanuit provincie (organisatie jeugdzorg), gemeente (organisatie jeugdbeleid) en directies van zorginstellingen (primair proces). Een organisatorisch en methodisch kader, op provinciaal, instellings- en lokaal niveau is daarvoor nodig. De gemeente is als regisseur van het jeugdbeleid eindverantwoordelijk voor de organisatie en kwaliteit van de netwerken.

7. Zes loyaliteiten in het netwerken

De bijdragen en reacties van jeugdartsen in netwerken worden mede beïnvloed door hun 1) leeftijd, 2) sekse, 3) nationaliteit, regionaliteit en etniciteit (religie en seculariteit), 4) beroep en opleiding (verpleegkunde en medicijnen), 5) organisatieniveau (echelon) waarin zij opereren en 6) sector (gezondheidszorg). Het werk en professioneel handelen in netwerken wordt door deze zes loyaliteiten beïnvloed. Bezinning op de eigen rol betekent het professionele JGZ zelfbeeld opnieuw bekijken en bespreken in het licht van de lopende en komende ontwikkelingen. Is de jeugdarts man of vrouw, gelovig of ongelovig, Brabantse man in de Randstad, Marokkaanse vrouw in Breda dan kunnen deze loyaliteiten een rol spelen in de bijdrage in het netwerk. De samenhang van deze loyaliteiten is hieronder gevisualiseerd. In een artikel over samenwerking in multiculturele teams zijn de loyaliteiten verder uitgewerkt. (Leito & van Bekkum 1997)



Schema 3: ZES LOYALITEITEN DIE HET NETWERKEN BEÏNVLOEDEN

Vanuit deze reflectie op de verschillende petten (loyaliteiten) van netwerkers is een goede presentatie van dit beeld in woord en geschrift een tweede belangrijke stap. Verder is een duidelijk beeld nodig van de rol en de taak van de andere partners in een netwerk of ander werkverband. Om een goede start te maken met dit complexe professionele samenwerkingsproces is de rol van een voorzitter van een samenwerkingsverband cruciaal. Deze voorzitter is verantwoordelijk voor (het op gang brengen van) het samenwerkingsproces, bijvoorbeeld met behulp van de zes loyaliteiten, om samenhang en afstemming te verbeteren. Het is groepsdynamisch gezien aan te bevelen om de voorzitter niet uit een van de netwerkpartijen te selecteren. Onafhankelijkheid, inhoudelijke deskundigheid en groepsdynamisch inzicht zijn kernkwaliteiten van een voorzitter. Jeugdartsen hebben de neiging om, bij gebrek aan structuur, taken van de voorzitter of coördinator op zich te nemen. Van belang is de niet (goed) ingevulde taken en verantwoordelijkheden van een netwerk aan de orde te stellen. Dit kan in het netwerk gebeuren maar meestal is daar onvoldoende ruimte voor. In dat geval kan het hoofd van de JGZafdeling, de gemeentelijk regisseur of een andere beleidsverantwoordelijke aangesproken worden om actie te ondernemen.

8. Netwerken als Teamsport

Samenwerking is vooral het overbruggen van verschillen in de manier waarop de deelnemers (actoren) naar kinder- en jongerenproblemen kijken. Hoewel mogelijk in de praktijk van veel netwerkoverleg nog geen grote verschillen en weinig onbegrip voorkomen, gaat het in dit hoofdstuk juist om de kans en de verwachting dat dit in de toekomst wel kan en zal gebeuren. En deze kans is groter naarmate er meer spelers in het veld van de zorg voor de jeugd komen met verschillende disciplinaire, sectorale en etnische achtergronden. Samenwerking kan, naast het verbeteren van de kwaliteit van zorg en ondanks extra inspanningen, ook leuk zijn. Indien het goed loopt lijkt het netwerk op een voetbal- of volleybalteam dat als team veel meer kan dan iedere individuele speler. Die toegevoegde waarde, grotere kwaliteit van de geleverde zorg, is nooit af te dwingen of te garanderen. Men kan er alleen naar toewerken. Een goede coach schept zoveel mogelijk de voorwaarden om het extra van de toegevoegde waarde mogelijk te maken. Die voorwaarden zijn niet bij elke wedstrijd dezelfde en moeten dus telkens worden bijgesteld. Alle spelers moeten meedenken en zich bewust zijn van hun rol binnen die voorwaarden. Anders zullen de kick en het resultaat uitblijven. In buurtnetwerken en andere overlegsituaties is het resultaat een goede preventieve zorg voor jongeren en de kick als je samen een jongere, een groep jongeren of buurtbewoners hebt geholpen. In het derde deel van dit hoofdstuk (paragraaf 9-11) wordt de jeugdarts, als speler in het complexe veld, als actor benoemd.

9. Dagelijkse praktijk van Netwerken

Hoe zien de 'Torens van Babel' en de zes loyaliteiten er nu in de praktijk van de in het veld werkende jeugdarts uit? In het voorgaande zijn hiervoor al aanwijzingen gegeven. Belangrijk is om een conceptueel en handelingsonderscheid te maken tussen de rol van jeugdartsen in twee soorten netwerken. De jeugdartsen die hierin participeren hebben twee 'petten' op die zij goed moeten kunnen wisselen. Dat is zeker in het begin lastig, maar het is goed aan te leren. De eerste rol die de jeugdarts in netwerken kan vervullen is die van deskundige. Dit betreft vooral zorgnetwerken, waarin de zorg rond individuele kinderen centraal staat. De tweede rol is die van een actor (belangenbehartiger) die invloed probeert uit te oefenen op wat er gaat gebeuren. Dat betreft vooral beleidsnetwerken. De jeugdarts opereert in zorg- en beleidsnetwerken vanuit de preventieve gezondheidszorg, die kan worden gepositioneerd op het grensvlak van gezondheidszorg en (inter)gemeentelijke overheid. Beide rollen waarin de jeugdarts in netwerken terecht kan komen, vragen om een fundamenteel andere opstelling van de jeugdarts. Deze worden in twee afzonderlijke paragrafen uitgewerkt.

10. Zorgnetwerken: de jeugdarts als interdisciplinair denkend deskundige

Zorgnetwerken sluiten qua doelstelling het meest aan op de klassieke individu-gerichte taken van de JGZ. Middels een programmatisch aanbod van kindcontacten (periodieke gezondheidsonderzoeken en/of screenings) en door kinderen te onderzoeken op verzoek van bijvoorbeeld ouders, leerkrachten of de kinderen zelf, vindt signalering van individuele problemen bij kinderen en in gezinssystemen plaats. Nadat een probleem bij een kind is geconstateerd moet het probleem uiteraard worden aangepakt. Hiertoe neemt de jeugdarts het initiatief. In de meest eenvoudige gevallen volstaat een controleafspraak om te bezien of de tijdens een eerder contactmoment gegeven adviezen voldoende effect hebben gehad. Vaak is echter ook verwijzing nodig. In Utrecht blijkt van alle kinderen die door de schoolarts of schoolverpleegkundige worden onderzocht, dat bij 33% een vervolcontact nodig is voor onder andere lichamelijke (26%) en/of psychosociale (12%) problemen. Verder blijkt ruim 10% te moeten worden verwezen naar huisarts of specialist en nog eens bijna 10% naar een scala aan andere hulpverleners (o.a. tandarts, Bureau Jeugdzorg). Het gaat om 16% verwijzingen voor lichamelijke en 5% verwijzingen voor psychosociale problemen. De cijfers voor de consultatiebureaus voor 0-4 jarigen liggen in de stad Utrecht rond de 15% verwijzingen, vooral voor lichamelijke problemen. Om effectief individuele zorg te kunnen verlenen aan kinderen met problemen is een goede kennis van de 'sociale kaart' erg belangrijk. Door deze kennis kan gericht en effectief worden verwezen. Voor complexe problemen bij kinderen is een verwijzing vaak echter niet afdoende. Dan is overleg met meerdere hulpverleners nodig, die allen tegelijk met een kind of een gezinssysteem contact hebben, om de zorg af te stemmen. Wanneer dit regelmatig voorkomt voor een zelfde soort probleemkinderen, neemt dit om redenen van efficiency en effectiviteit vaak de vorm aan van een meer of minder structureel zorgnetwerk. Een zorgnetwerk kan zo worden gezien als een in de evolutie van het instrumentarium van de JGZ passende zijtak, die een belangrijke aanvulling biedt op de directe individuele contacten met kinderen. Het is een vorm van netwerk die de JGZ ook al langer kent, bijvoorbeeld in de vorm van de vroegere toelatingscommissies van scholen voor (voortgezet) speciaal onderwijs. Zorgnetwerken zijn dus netwerken waarin hulpverleners, vaak in een vaste samenstelling, in georganiseerd verband met elkaar overleggen over de aanpak van complexe problemen bij een afgebakende groep individuele kinderen. Elk zorgnetwerk heeft dus in principe zijn eigen 'doelgroep' en heeft vaak een vaste 'organisatie'. Voorbeelden van Zorgnetwerken vindt u in bijlage I. In Utrecht woonden jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen van de GGD in 1998-1999 in totaal 133 vergaderingen van buurtnetwerken bij en 325 vergaderingen van zorgbreedtecommissies. Per buurtnetwerkvergadering werden gemiddeld 7 kinderen besproken en per zorgbreedtecommissievergadering gemiddeld 8.

Dit overigens geenszins complete, en in de tijd aan verandering onderhevige, lijstje in bijlage laat vooral zien dat in de zorgnetwerken professionals zitten met verschillende beroepsachtergronden. Vanuit hun basisopleiding hanteren zij vaak verschillende begrippenstelsels en referentiekaders wanneer zij naar hetzelfde kind met dezelfde problemen kijken. Waar een arts geneigd is een probleem primair vanuit de medische invalshoek te bezien, zal de pedagoog een probleem primair van de opvoedkundige hoek bezien en zal de wijkagent primair de overlast zien. Van de jeugdarts wordt in zorgnetwerken weliswaar primair verwacht dat deze zich opstelt als inhoudelijk deskundige op (sociaal) medisch gebied, die vanuit zijn deskundigheid over ziekten, symptomen en therapieën een professioneel advies geeft aan de andere zorgverleners die zich met een individueel kind of gezinssysteem bezig houden. Maar dat is niet voldoende. De jeugdarts moet zich in een zorgnetwerk ook zorgvuldig verdiepen in de gezichtspunten van andere participanten om een wisselwerking tot stand te helpen brengen die tot een gezamenlijke diagnose en plan van aanpak leidt. Om de muren van de altijd dreigende 'Torens van Babel' te slechten moet de jeugdarts zich dus steeds afvragen vanuit welk referentiekader de andere hulpverleners naar het kind met zijn problemen kijken. Dan is hij pas in staat om een advies te geven dat aansluit op de belevingswereld van de andere hulpverleners. We zouden dit de rol van de *'interdisciplinair*

denkend deskundige' willen noemen. Uiteraard zal het soms zo zijn dat een duidelijk medisch probleem de verklaring voor de gesignaleerde problematiek vormt, maar meestal zal er sprake zijn van een complexe interactie tussen verschillende verklarende factoren.

11. Beleidsnetwerken: de jeugdarts als deskundig belangenbehartiger

Dit laatste speelt nog veel sterker wanneer we de stap maken naar beleidsnetwerken. Laten we deze eerst nader positioneren. Beleidsnetwerken sluiten ook aan op de klassieke individu-gerichte taken van de JGZ, maar vertegenwoordigen in de evolutie van het instrumentarium van de JGZ een iets andere richting. Naast de al besproken individu-gerichte signalerings- en initiatieffunctie van de jeugdarts, heeft deze als sociaal-geneeskundige ook een signalerings- en initiatieffunctie op groepsniveau. Deze groepsgerichte functie is van oudsher een van de bestaansgronden van de sociale geneeskunde. Het gaat hierbij om het vertalen van de problemen van meerdere individuen naar een probleem van de lokale of regionale (of zelfs landelijke) samenleving. Deze functie wordt door de JGZ al jarenlang uitgeoefend door het signaleren van knelpunten in het zorgsysteem en/of de leefomgeving en steeds vaker door het doen van epidemiologisch onderzoek, bijvoorbeeld naar de gezondheid van de jeugdigen in een regio ('van geval naar getal'). Ook op groepsniveau is de jeugdarts niet in staat alle gesignaleerde problemen zelf op te lossen vanwege de grenzen van de bevoegdheid en competentie. Dan moeten anderen ertoe worden bewogen het gesignaleerde probleem te helpen oplossen. Wanneer het gaat om problemen met hygiëne en veiligheid op school is dat nog te overzien en kan worden volstaan met een dialoog met de schoolleiding. Steeds vaker echter wordt de jeugdarts betrokken bij problemen die complexer van aard zijn en moet deze meepraten over preventief jeugdbeleid of een regiovisie op de jeugdzorg. Dan kunnen de discussieonderwerpen variëren van een visie op opvoedingsondersteuning en ontwikkelingsstimulering tot voldoende veilige buitenspeelruimte en het beperken van overlast door 'hangjongeren'. Voor voorbeelden van beleidsnetwerken zie bijlage I) In het schooljaar 1998-1999 woonden medewerkers van de afdeling JGZ van de GG&GD Utrecht in totaal 93 stedelijke beleidsnetwerk bijeenkomsten bij en 21 bijeenkomsten van wijk-beleidsnetwerken. Hiernaast werden nog 18 bijeenkomsten van overige stedelijke netwerken, 34 incidentele stedelijke bijeenkomsten, 19 vergaderingen van overige wijknetwerken en 32 incidentele wijkbijeenkomsten bijgewoond. Dit betreft over het algemeen ook bijeenkomsten met een beleidskarakter. Het aantal bijgewoonde vergaderingen en bijeenkomsten in beleidsnetwerken is de afgelopen jaren sterk gegroeid en groeit nog steeds sterk door.

Om goed te begrijpen hoe de jeugdarts in deze netwerken moet opereren is het zaak te weten hoe beleidsnetwerken functioneren. Een beleidsnetwerk is een netwerk waarin, vaak in een in de tijd wisselende samenstelling, hulpverleners, beleidsmedewerkers, managers en/of politici met elkaar overleggen over het te voeren beleid over een bepaald onderwerp. De participanten in een beleidsnetwerk worden ook wel actoren genoemd. Alle actoren in het beleidsnetwerk proberen invloed uit te oefenen op het te voeren beleid. Dat uitoefenen van invloed proberen ze door zogenoemde 'hulpbronnen' in te zetten. Hierbij moet worden gedacht aan formele macht, deskundigheid, relaties met machtige anderen, menskracht, geld, en dergelijke (Cook & Whitmeyer 1992, Gorissen 1998a, 1998b, 1999). Het zal duidelijk zijn dat de jeugdarts het vooral moet hebben van deskundigheid en menskracht (het uitvoeren van activiteiten).

Waar de jeugdarts in een zorgnetwerk echter kan vertrouwen op zijn onomstreden (sociaal) medische deskundigheid op het gebied van ziekten, symptomen en therapieën, is deze in een beleidsnetwerk van veel beperkter waarde. De verschillende actoren in het beleidsnetwerk hebben namelijk sterk van elkaar verschillende referentiekaders voortkomend uit hun opleiding, beroep, echelon en sector: een wetenschappelijk (zoals b.v. de jeugdarts, de psycholoog of de sociaal-wetenschapper), een economisch (zoals veel managers), een juridisch (zoals sommige beleidsmedewerkers) of een politiek/bestuurlijk referentiekader (zoals sommige beleidsmedewerkers en veel wethouders). Heeft de jeugdarts in het zorgnetwerk dus te maken met verschillende professionele visies op de problemen van een kind, in een beleidsnetwerk heeft de

jeugdarts te maken met totaal verschillende brillen waardoor naar de lokale/regionale samenleving wordt gekeken. En medische deskundigheid is voor een actor met een politiek/bestuurlijk referentiekader niet onomstreden. Een uitsluitend op medische deskundigheid gebaseerd advies zal dan aan dovemansoren zijn gericht.

Om zijn deskundigheid in een beleidsnetwerk tot zijn recht te laten komen zal de jeugdarts hier dus niet uitsluitend vanuit zijn individu-gebonden medische deskundigheid moeten adviseren. ***Hij moet zich opstellen als deskundige op het gebied van gezondheidsproblematiek in de samenleving.*** Daarbij heeft hij epidemiologische kennis nodig over de jeugd in de regio en kennis over de structuur van de regionale zorg, de grensvlakken van de gezondheidszorg met andere sectoren (als welzijn, jeugdhulpverlening, onderwijs, justitie, openbare ruimte) en knelpunten daarin. De jeugdarts zal bovendien moeten proberen deze deskundigheid te ‘vertalen’ naar begrippen die aansluiten op de referentiekaders van de andere actoren in het netwerk. Dit betekent dat de jeugdarts de (politieke) haalbaarheid in de huidige maatschappelijke context (politiek/bestuurlijk referentiekader), de financiële consequenties van een standpunt (economisch referentiekader) en de bestaande spelregels (juridisch referentiekader) in zijn adviezen over mogelijke oplossingen voor een probleem moet verwerken. We zouden deze rol van de jeugdarts willen aanduiden als de rol van de ‘**deskundige actor**’. Zo kan de mogelijke ‘Babylonische spraakverwarring’ beheersbaar worden gemaakt met behulp van de ‘zes loyaliteiten’ als analyse- en handelingskader.

Bij deze rol moet de jeugdarts zich bovendien steeds realiseren dat hij niet opereert als een zelfstandig professional. Waar in zorgnetwerken de jeugdarts vanuit zijn professionele autonomie volledig zelfstandig kan bepalen wat de inhoud van de gegeven adviezen is, is hij in beleidsnetwerken vooral ook vertegenwoordiger van een groter geheel: de afdeling JGZ, de GGD of zelfs de gemeente(n). Dit betekent dat hij zich steeds moet afvragen (en zonodig navragen) wat het formele standpunt van de organisatie is ten aanzien van het punt dat in het beleidsnetwerk op de agenda staat en dat hij op de hoogte moet zijn van beleidsdocumenten die de eigen organisatie heeft geproduceerd (ook die van andere afdelingen). En hij moet in staat zijn de betekenis van deze (vaak visionaire) standpunten voor actuele beleidsthema’s in beeld te brengen.

12. Is dit alles?

Netwerken, als activiteit en als organisatievorm, biedt de JGZ kansen om haar veranderende positie als intermediaire sector tussen curatieve en preventieve jeugdzorg te profileren en te verankeren. Vraaggestuurd en klantgericht werken was altijd al kenmerk van de JGZ en dat kan zij in netwerken verder verstevigen. Het is daarom van groot belang dat jeugdartsen het belang en de complexiteit van netwerken in hun werk integreren. Managers en beleidsmakers in de GGD sector zouden in onderhandeling met gemeente en provincie het belang van de JGZ in netwerken moeten benadrukken. Gemeente en provincie zijn gezamenlijk voor de opbouw, kwaliteit en continuïteit van netwerken verantwoordelijk en zouden, indien zij dit al niet doen, op hun verantwoordelijkheid als regisseur van preventie en curatie gewezen moeten. Het opbouwen en onderhouden van netwerken kunnen niet zonder een samenhangende en verbindende visie op opgroeien en grootbrengen van kinderen. Hoe meer organisatorische visie in dienst staat van de ondersteuning van kinderen en hun ouders, hoe beter de kwaliteit van zorg in de netwerken zal zijn. Privacyreglement, functieprofiel, taken-verantwoordelijkheden-bevoegdheden van de voorzitter, bijscholing om als deelnemer effectief in het netwerk te functioneren zijn onmisbaar voor een goed werkend netwerk. In bijlage twee vindt u de belangrijkste stappen opgesomd voor netwerkopbouw.

Het mag duidelijk zijn dat netwerken als activiteit en als organisatievorm een thema is dat in de opleiding tot jeugdarts een belangrijker plaats verdient dan tot voor kort gebruikelijk. Jeugdartsen die weinig ervaring hebben in met name beleidsnetwerken en hun leidinggevendenden zouden we dan

ook willen aanbevelen zich af te vragen of gerichte bijscholing en/of training op dit terrein wenselijk is. Bijscholing die niet alleen kennisgericht moet zijn, maar ook een training in vaardigheden die nodig zijn voor het opereren in deze netwerken. Om de complexiteit van netwerken te ontrafelen is de metafoor van niet één maar drie Torens van Babel gebruikt: disciplines, sectoren en theorie (beleid) – praktijk (netwerk). Beleidsontwikkelaars spreken een andere taal dan directeuren, managers een andere taal dan de werkvloer, jeugdartsen en andere taal dan jeugdverpleegkundigen, academici anders dan HBOers en MBOers. En dan hebben we het hier alleen nog maar over de JGZ. Deelnemers aan netwerken hebben te maken met zes loyaliteiten: discipline, sekse, etniciteit, leeftijd, sector en echelon. Vanuit dit beeld is het eigenlijk verbazingwekkend dat in de jeugdnetwerken zoveel goed werk wordt geleverd. De zes loyaliteiten kunnen als kader dienen om vragen te gaan stellen, om de eigen positie en rol van de JGZ in netwerken te bespreken en om een proces van reflectie op gang te brengen. Daarnaast kan het dienen om het functioneren van een netwerk en de eigen rol daarbij te analyseren. Als derde kan het gebruikt worden, zoals een van de auteurs doet, om de samenwerking in netwerken te verbeteren en de dagelijkse activiteit van netwerken zichtbaar te maken en te verbeteren. De kern van netwerken als professionele activiteit is het voortdurend ‘schakelen van denkramen’ tussen de eigen loyaliteiten en die van collega’s. Wij hebben hier de context en het raamwerk proberen te beschrijven om deze kernactiviteit zichtbaar te maken. Het is een inspannend, vaak leuk en boeiend, leerproces om tussen de verschillende denkramen te schakelen. Het schakelen van denkramen (shifting mindsets) als professionele expertise is onderdeel van een bijscholingscursus van TNO-PG te Leiden.

Uiteraard zijn met zorgnetwerken en beleidsnetwerken niet alle netwerken aangeduid waarmee de jeugdarts te maken heeft. Het veld in Nederland is te ingewikkeld om de pretentie te hebben met een theoretisch concept en de twee soorten netwerken een alomvattende beschrijving te geven. Er is nog een scala aan andere netwerken die soms zeer lokaal/regionaal gebonden zijn. Met het concept van de ‘Torens van Babel’ en de begrippen zorgnetwerken en beleidsnetwerken met in het verlengde daarvan de aangeduide opstelling van de jeugdarts, kan hij/zij in de meeste netwerken uit te voeten. Kernvragen zijn telkens: Welke rol heb ik hier en welke spraakverwarring dreigt in dit netwerk? Is er voldoende structuur vanuit de voorzitter? Neemt de gemeentelijk regisseur zijn verantwoordelijkheid om het netwerk goed te organiseren en te onderhouden? Als de jeugdarts zich deze vragen stelt (en deze beantwoordt) zal zijn/haar rol van ‘interdisciplinair denkende deskundige’ en ‘deskundige actor’ effectiever zijn. De in de eerste twee delen van dit hoofdstuk beschreven visie, analyse en positionering van netwerken helpen hierbij.

Bijlage I Verschillende soorten netwerken

Zorgnetwerken: de jeugdarts als interdisciplinair denkend deskundige

Zorgnetwerken zijn netwerken waarin hulpverleners, vaak in een vaste samenstelling, in georganiseerd verband met elkaar overleggen over de aanpak van een complexe problemen bij een gedefinieerde groep individuele kinderen. Elk zorgnetwerk heeft dus in principe zijn eigen ‘doelgroep’ en heeft vaak een vaste ‘organisatie’. Enkele netwerken die in veel regio’s voorkomen en waar de meeste jeugdartsen dus mee te maken zullen krijgen, zijn:

- Buurtnetwerken 0-12** De buurtnetwerken 0-12 hebben als doel om problemen rond kinderen van 0-12 jaar in een vroeg stadium aan te pakken. Naast schoolarts en consultatiebureau-arts (ofwel de schoolverpleegkundige of consultatiebureau-verpleegkundige) participeren vaak het welzijnswerk, scholen, jeugdzorg en de wijkagent. De coördinatie ligt vaak bij het welzijnswerk, maar soms ook elders. In de stad Utrecht ligt de coördinatie bijvoorbeeld bij het Bureau Pedagogische Preventie, een onderdeel van de afdeling Preventie van het Bureau Jeugdzorg.
- Buurtnetwerken 12+** De buurtnetwerken 12+ hebben dezelfde doelstelling als die van 0-12, maar voor een oudere en minder aan de buurt gebonden doelgroep. De participanten zijn het welzijnswerk, politie, onderwijshulpverlening, leerplicht, Bureau Jeugdzorg en de jeugdarts of jeugdverpleegkundige. Soms schuiven ook justitiële instellingen aan. De coördinatie ligt ook hier vaak bij het welzijnswerk. In de stad Utrecht wordt dit verzorgd door STADE, een onafhankelijk stedelijk (het Utrechtse welzijnswerk is georganiseerd per wijk) uitvoerings- en adviesorgaan op welzijnsgebied.
- Zorgplatforms SO** De zorgplatforms voor het Speciaal Onderwijs coördineren de toelating van leerlingen. De namen wisselen sterk naar gelang de regio en de tijd. Voor de type I scholen (voorheen IOBK, LOM, MLK) functioneerden eerst de Regionale Verwijzings Commissies en op het moment van schrijven van dit artikel de Permanente Commissies Leerlingenzorg (PCL’s) en de Zorgplatforms in het kader van ‘Samen Weer Naar School’. Voor de type II/III scholen zijn vergelijkbare constructies in de maak (Regionale Expertise Centra). De schoolarts participeert hierin met onder meer pedagogische en psychologische deskundigen. Soms participeert de schoolarts niet direct in het platform, maar levert deze alleen een schriftelijk advies.
- Zorgbreedtecommissies SO** De zorgbreedtecommissies in het Speciaal Basis Onderwijs of Speciaal Voortgezet Basisonderwijs, ook wel Commissies van Begeleiding genoemd, coördineren de zorg voor leerlingen op de scholen. Ook hierin participeren naast de jeugdarts pedagogische en psychologische deskundigen. Afhankelijk van het schooltype kunnen hier ook andere deskundigen in zitten.
- Zorgbreedtecommissies VO** In het Voortgezet Onderwijs zien we in toenemende mate zorgbreedtecommissies ontstaan. Deze hebben als doel leerlingen die bijvoorbeeld vroege tekenen van dreigende schooluitval vertonen vroegtijdig te signaleren en ‘binnenboord’ te houden en adequate hulp en/of zorg te organiseren. Participanten zijn naast de schoolarts of schoolverpleegkundige onder meer de interne leerlingbegeleider, conrectoren en/of mentoren, leerplicht en soms mensen uit de jeugdzorg, het welzijnswerk en/of de justitiële/politionele hoek.
- Zorgbreedtecommissies BO** Voorzichtig beginnen op geleide van de ervaringen in het Speciaal Onderwijs en het Voortgezet Onderwijs ook in het Basisonderwijs zorgbreedtecommissies hun intrede te doen. Hier gaat het vooral om de aanpak van leerlingen met leerproblemen en gedragsproblemen. Behalve de schoolarts of schoolverpleegkundige participeren de interne leerlingbegeleider of, als die er niet is, de remedial teacher, de schoolbegeleidingsdienst en soms de ‘ambulante’ deskundigen van het Speciaal Onderwijs.

In de stad Utrecht woonden jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen van de GG&GD in 1998-1999 in totaal 133 vergaderingen van buurtnetwerken bij en 325 vergaderingen van zorgbreedtecommissies. Per buurtnetwerkvergadering werden gemiddeld 7 kinderen besproken en per zorgbreedtecommissievergadering gemiddeld 8.

Beleidsnetwerken: de jeugdarts als deskundig belangenbehartiger

Als voorbeeld een (niet uitputtend) lijstje van beleidsnetwerken waar in de stad Utrecht JGZ-medewerkers bij zijn betrokken.

Stedelijke netwerken:

Staf jeugdbeleid De staf jeugdbeleid is in Utrecht een maandelijks overleg van de wethouder jeugdbeleid en de programmacoördinator van het 'Programma voor de Jeugd' met de beleidsambtenaren van de relevante diensten en dienstonderdelen: onderwijs, welzijn, wijkgericht werken, cultuur, sport en recreatie (in Utrecht alle onderdeel van de Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling), de Gemeentebibliotheek en de afdeling Jeugdgezondheidszorg van de GG&GD. De staf formuleert, regisseert en bewaakt het gemeentelijk jeugdbeleid.

Expertgroep jeugdbeleid De expertgroep jeugdbeleid is een brede adviesgroep voor het gemeentelijk jeugdbeleid die onregelmatig bijeenkomt op uitnodiging van de programmacoördinator van het 'Programma voor de Jeugd'. Hierin hebben een manager-arts en een GVO-functionaris van de afdeling JGZ van de GG&GD zitting naast vertegenwoordigers van wijkwelzijnsinstellingen, vakbonden, justitie, jeugdzorginstellingen en binnenkort ook een vertegenwoordiger van de JGZ 0-4. En uiteraard de bij de staf jeugdbeleid betrokken gemeentelijke sectoren, aangevuld met stadsontwikkeling en openbare orde en veiligheid (o.a. politie).

Regiegroep Forumschool Een medewerker van de afdeling JGZ participeert in de werkgroep die de Utrechtse variant van de 'brede school' verder vorm probeert te geven: de Forumschool. Hierin participeren verder onder meer ambtenaren van de afdeling Onderwijs en de afdeling Welzijn, schoolbesturen en bouwkundigen.

Wijknetwerken:

Wijkregiegroep jeugdbeleid De wijkregiegroepen jeugdbeleid zijn in Utrecht verantwoordelijk voor het operationaliseren van het stedelijk jeugdbeleid naar de wijken en om daarbij een balans te zoeken tussen aanbodsturing vanuit de stedelijke vakdiensten en vraagsturing vanuit de wijk. Ze hebben de opdracht jaarlijks een wijkprogramma voor de jeugd op te stellen en uit te voeren en adviseren over subsidieaanvragen uit te wijken. In elke wijkregiegroep heeft een uitvoerend jeugdarts van de GG&GD zitting die in die wijk werkt, naast onder meer wijkfunctionarissen van de Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling (zie boven), de politie en het gemeentelijk Wijkbureau.

Wijknetwerk OVB De wijknetwerken Onderwijsvoorrangsbeleid (tegenwoordig: lokaal onderwijsachterstandenbeleid) hebben als taak te adviseren over prioriteiten in de besteding van de niet-schoolgebonden gelden voor het lokaal onderwijsachterstandenbeleid. Een jeugdarts uit de wijk participeert in het netwerk, dat op termijn waarschijnlijk zal opgaan in de wijkregiegroepen jeugdbeleid.

Bijlage 2 Stappenplan voor het opstarten en onderhouden van netwerken

Gemeente en provincie zijn samen verantwoordelijk voor de opbouw, kwaliteit en continuïteit van zorgnetwerken. Gemeente is eerst- en eindverantwoordelijk.

Stap A) de gemeente zoekt een opdrachtnemer voor het opstarten en onderhouden van zorgnetwerken

Stap B) de gemeente c.q. opdrachtgever draagt zorg de formulering van een programma van eisen waaraan een netwerk moet voldoen

In het programma van eisen is opgenomen:

- doelstellingen en taakstellingen voor het netwerk
- plaats, frequentie en duur bijeenkomsten
- wie zitting heeft in het netwerk
- rol voorzitter/coordinator (taken-verantwoordelijkheden-bevoegdheden) tijdens en tussen de bijeenkomsten
- bijscholing van de deelnemers in het functioneren het netwerken: 'Toren van Babel'
- deskundigheidsbevordering in bepaalde gewenste onderwerpen: interculturele competentie, seksespecifieke zorg, vroegtijdige signalering, familie continuïteit, enzovoorts.
- structureren van in- en uitstroom van deelnemers in verband met de kwaliteit en continuïteit van het netwerk (bijvoorbeeld door instellen mentorschappen en introductiepakket)
- structuur voor controle en evaluatie
- opstellen en eens per jaar bijstellen van privacy reglement
- registratie en rapportage van in- en uitstroom van besproken kinderen en families

Stap C) Het afsluiten van een convenant tussen gemeente (eventueel provincie) en partners uit het veld die aan het netwerk deelnemen.

Stap D) Het concrete starten van het netwerk inclusief introductie training gericht op interdisciplinair werken en twee keer per jaar bijscholing op samenwerking en gewenst thema.

Literatuurlijst

- Beker M & Maas C. J., m.m.v. Boelhouwer J & Hoff S.J.M. Rapportage Jeugd 1997. Sociaal Cultureel Planbureau, Rijswijk, 1998.
- Dirck van Bekkum, Integratieve socialisatie van jongeren: een interetnisch perspectief vanuit de culturele antropologie, p. 55-65, in: Interdisciplinariteit in jeugdhulpverlening en adolescentenzorg, P. v. d. Doef (ed), Acco, Amersfoort, 1992.
- Dirck van Bekkum, 'Rite de passage' ondersteunende structuur bij volwassenwording, in: Justitiële Verkenningen, 6, 1998a.
- Dirck van Bekkum, De transitionele wereld van jongeren, Naar een samenhangend intercultureel beleidskader, Handboek voor Jeugdbeleid, Elsevier Bedrijfsinformatie, Den Haag, 1998b.
- Dirck van Bekkum & Tonny Filedt Kok-Weimar, Op Weg naar vraaggestuurde zorg, jeugdgezondheidszorg tussen curatieve en preventieve zorg, Maandblad geestelijke Volksgezondheid, 6/7, 2000. Theresia Bernet & Dirck van Bekkum, Zorgbemiddeling: transmurale zorg verenigen in nieuwe functie, Kwaliteit in beeld, 2, 1999.
- Indra Boedjarath & Dirck van Bekkum, (redactie), Een blik in de transculturele hulpverlening, 15 jaar ervaring met verlies en verrijking, Jan van Arkel, Utrecht, 1997.
- Bellaart H., Transculturele Toegang tot de Jeugdzorg, commentaar op het advies van de Projectgroep Toegang, VWS/NIZW, Utrecht, 1997
- Burgmeijer RJF, Geenhuizen YM van, Filedt Kok-Weimar T & Jager AM de. Op weg naar volwassenheid. Evaluatie jeugdgezondheidszorg 1996. TNO Preventie en Gezondheid en KPMG N.V., Leiden/Maarssen, 1997.
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Jeugd 1999; Cijfers en feiten. CBS, Voorburg/Heerlen, 1999.
- Commissie Versterking Collectieve Preventie . Gemeentelijk gezondheidsbeleid Beter op zijn plaats. Advies van de Commissie Versterking Collectieve Preventie (commissie Lemstra). Hageman B.V. Zoetermeer, 1996.
- Cook KS & Whitmeyer MJ. Two approaches to social structure: exchange theory and network analysis. Annual Review of Sociology 1992,18:109-127.
- Gemeente Utrecht, Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling. Waar het hart vol van is.... Beleid 1999-2002 en werkprogramma 1999. Integraal jeugdbeleid in Utrecht. Beleidsnota, 1999-1.
- Gemeente Utrecht, Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (GG&GD Utrecht). Gezond leven in gezond Utrecht. Beleidsnota volksgezondheid 1999-2003. Beleidsnota, 1999-2.
- Gorissen W.H.M. Hulpbronnen en beleidsvorming. Beleidsvorming in de preventieve jeugdgezondheidszorg voor 4-19 jarigen in Nederlandse GGD-regio's en de rol van onderzoek. Paper t.b.v. de workshop "Beleid, gedrag en macht" op het Politicologenetmaal 1998a, (28/29 mei te Doorn).
- Gorissen W.H.M. & Penris M.J.E., De continue gezondheidspeiling: deel 5. De Jeugd. GG&GD Utrecht, 1998b.
- Gorissen W.H.M., Registratiejaarverslag jeugdgezondheidszorg schooljaar 1997-1998. Afdeling Jeugdgezondheidszorg GG&GD Utrecht, 1999.
- Filedt Kok-Weimar, Tonny & Dirck van Bekkum, Keer het tij van de jeugdgezondheidszorg: de onmisbare partner in beeld, GGD Nieuws, februari 1999.
- Hupe, P.L. & E.H. Klijn, De gemeente als regisseur van het preventief jeugdbeleid, OLPJ/Sardes, Utrecht, 1997.
- Kerkhoff A. & O. van Heffen, De jeugdarts en andersdenkenden: laveren tussen verschillende rationaliteiten, Tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg, 29, nr. 3, 1997.
- Kwakkelstein, P. H., Naar een lokaal toegepaste jeugdzorg, toegang tot de jeugdzorg, NIZW, Utrecht, 1997.
- Abbas Leito & Dirck van Bekkum, Samenwerken in multiculturele teams, in: Een blik in de transculturele hulpverlening, 15 jaar ervaring met verlies en verrijking, Indra Boedjarath en Dirck van Bekkum (red), Jan van Arkel, Utrecht, 1997.
- NIBUD, Nationaal Instituut voor Budgetvoorlichting. Nationaal Scholieren Onderzoek 1996. Deel 2: Gedrag en gezondheid van scholieren. NIBUD, Utrecht, juli 1999.
- Neut A. C. van der en A. J. Nijssen. Intersectoraal samenwerken rond jeugd: inventarisatie en analyse, Research voor Beleid, Leiden, 1994.
- Pannebakker, Maria & Marieke Vorstermans, Buurtnetwerken Jeugdhulpverlening, NIZW-Liose, SWP, Utrecht, 1994.
- Jan van der Ploeg, Kwetsbare jeugd en de jeugdzorg, in: Kwetsbaar en competent, sociale participatie van kwetsbare jeugd, theorie, beleid, praktijk, K. Bakker e.a. (redactie), NIZW, Utrecht, 1999.
- Slot, N.W. & H.J.M. Spanjaard, Ontwikkelingstaken voor ouders van jonge kinderen. Het competentiemodel en gezinsgerichte hulpverlening, Jeugd en Samenleving, jrg. 26, 1, 1996.
- Tjin A Djie, Kitlyn, Ouderschap en Wij-systeem, Tweede Alice van der Pas Lezing, Stichting Interdisciplinair Netwerk Ouderbegeleiding (SION), Rotterdam, 2000.
- Veldhuizen, Annette & Willem van den Ouwelant, Intersectoraal samenwerken op beleidsterrein Jeugd: jeugdgezondheidszorg beleid en/of uitvoering, GGD Nieuws, november 1997.