

## **Het Zorginnovatieboek: Meer gezondheid bij gelijkblijvend budget**

Guus Schrijvers, gezondheidseconoom

Voorwoord

Hoofdstuk 1 De nieuwe drie-eenheid van de zorg (reeds geschreven)

Hoofdstuk 2 Gezonde mensen in een gezonde omgeving (reeds geschreven)

Hoofdstuk 3 Gezond maakt mooi, slim en blij (reeds geschreven)

Hoofdstuk 4 Duur in de mond houdt het lichaam gezond (reeds geschreven)

Hoofdstuk 5 De geboortezorg: een goed begin is het halve werk

### **Hoofdstuk 6 De jeugd is gezond en vraagt te veel zorg**

Hoofdstuk 7 Huisartsen gaan aan hun eigen succes ten onder en hoe dat is te voorkomen

Hoofdstuk 8 Het geheel van de chronische zorg is meer dan de som der delen

Hoofdstuk 9 De AWBZ, de Wmo en de zorg aan ouderen: een chaos anno 2015

Hoofdstuk 10 zelfzorg en mantelzorg bij chronische aandoeningen, ouderdom en psychisch lijden

Hoofdstuk 11 De farmaceutische zorg bij chronische zieken, ouderdom en psychisch lijden

Hoofdstuk 12 De geestelijke gezondheidszorg

Hoofdstuk 13 De oncologische zorg: niet alleen snelle diagnostiek maar ook shared decision making

Hoofdstuk 14 De electieve medisch specialistische zorg, centraal en decentraal

Hoofdstuk 15 De acute zorg, ook preventie is van belang

Hoofdstuk 16 De ziekenhuiszorg als bevindingen van hoofdstukken 11 t/m 16 juist zijn

Hoofdstuk 17 De palliatieve netwerken: terminale zorg en toch ook kostenverlaging?

Hoofdstuk 18 Synthese: Is het inderdaad mogelijk meer gezondheid en welzijn voor ons geld te krijgen?

Streefdatum voor publicatie van het boek: oktober 2014

Referenties (alleen digitaal)

Lijst van aanbevolen literatuur (alleen digitaal)

Trefwoordenregister (alleen digitaal)

## **Het Zorginnovatieboek: Meer gezondheid bij gelijk blijvend budget**

### **Hoofdstuk 6 De jeugd is gezond en vraagt te veel zorg**

*Dit hoofdstuk begint met statistische gegevens over de gezondheid en de zorgvraag van de jeugd en biedt verklaringen waarom de zorgvraag groeit, terwijl de jeugd zo gezond is (paragraaf 6.1). Daarna komt de heruitvinding van de jeugd(gezondheids)zorg door de Inventgroep en vele anderen aan de orde (paragraaf 6.2). Door deze heruitvinding kwam veel energie vrij voor productinnovaties: zowel nieuwe signaleringsinstrumenten als nieuwe vroegtijdige interventies kwamen beschikbaar. Ik beschrijf deze in paragraaf 6.3. Vervolgens bespreek ik in paragraaf 6.4 vijf procesinnovaties (waaronder meer samenwerking en taakherschikking) en hun moeizame totstandkoming. In paragraaf 6.5 komen vier systeeminnovaties aan de orde, waarvan alleen de eerste –het CJG– zich snel heeft verspreid. Wijkbudgetten en cultuurveranderingen verspreiden zich minder snel als systeeminnovatie. Dit hoofdstuk eindigt met een beschouwing over de implementatie van alle innovaties genoemd in paragrafen 6.3, 6.4 en 6.5: ik pleit voor een gefaseerde aanpak en keer mij tegen big-bangreorganizations.*

#### **6.1 Enkele statistische gegevens over de gezondheid en de zorgvraag van de jeugd**

Van de Nederlandse elfjarigen geeft 95 procent zijn of haar leven het rapportcijfer zes of hoger (afbeelding 6.1). Het gemiddelde voor de 39 landen in Europa bedraagt 85 procent. Met haar percentage scoort Nederland het beste van Europa. Deze informatie is afkomstig uit een WHO studie die in de jaren 2009 en 2010 plaatsvonden onder meer dan 200.000 scholieren<sup>1</sup>.

Afbeelding 6.1 toont verder, dat Nederlandse kinderen in vergelijking met die elders in Europa weinig gezondheidsklachten hebben, makkelijk praten met hun ouders, veel goede vrienden hebben, hun school leuk vinden, weinig gepest worden, weinig drinken en roken, vaak ontbijten en vaak fruit eten. Zij drinken naar verhouding wel vaak frisdrank, sporten weinig en kijken vaak TV. Tot zover deze informatie uit dit rapport, die worden bevestigd in een rapport van de Unicef, een organisatie die kennelijk op dit punt concurreert met de WHO<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, Loze de M, Roberts C, Samdal O, et al. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6) Zie: [www.hbsc.unito.it/it/images/pdf/hbsc/prelims-part1.pdf](http://www.hbsc.unito.it/it/images/pdf/hbsc/prelims-part1.pdf)

<sup>2</sup> Adamson P. Zie: [www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc11\\_eng.pdf](http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc11_eng.pdf)

Dit is een voorlopige tekst. Je kunt ernaar verwijzen als je dat doet met bronvermelding ([www.guusschrijvers.nl](http://www.guusschrijvers.nl)). Je mag deze tekst verspreiden voor onderwijsdoeleinden, maar niet gebruiken voor commerciële doeleinden. Eind 2014 verschijnt een bewerking van deze tekst in boekvorm.

Afbeelding 6.1 **Gezondheid van 13-jarigen in Nederland en 39 Europese landen**

Gedrag/Uitkomst	Prevalentie in Nederland in procenten	Gemiddelde alle landen in procenten	Rangorde Nederland
<b>Welzijn en Geluk</b>			
Geeft zijn of haar leven een 6 of hoger	95	85	1/39
Heeft vaker dan 1 keer per week 2 of meer gezondheidsklachten	28	32	30/39
<b>Relatie met ouders</b>			
Kan (heel) gemakkelijk praten met moeder	91	83	2/38
Kan (heel) gemakkelijk praten met vader	79	66	3/38
<b>Relatie met vrienden</b>			
Heeft meer dan 2 (goede) vrienden	89	82	6/39
<b>School en relatie met klasgenoten</b>			
Is gepest in de maanden voorafgaand aan het onderzoek	8	12	29/38
<b>Alcoholgebruik</b>			
Drinkt wekelijks alcohol	4	8	32/38
Is 2 keer of vaker dronken geweest	3	9	37/38
<b>Roken</b>			
Rookt wekelijks	4	6	23/29
<b>Gezonde levensstijl</b>			
Ontbijt alle schooldagen	85	61	1/39
Eet dagelijks fruit	31	36	4/39
Drinkt dagelijks frisdrank	33	23	4/39
Beweegt of sport tenminste een uur per dag	20	19	19/39
Kijkt tenminste twee uur per dag televisie	70	65	13/39

Deze geruststellende gegevens staan haaks op de informatie over het zorggebruik in Nederland. Het aantal kinderen dat bijzonder onderwijs volgt ( en gedrags- of leerproblemen heeft) stijgt van 45.830 in 2001 naar 70.130 in 2012: een stijging van 53 procent<sup>3</sup>. Het aantal verwijzingen naar de Bureaus Jeugdzorg neemt toe van 51.739 in 2002 naar 94.047 in 2011: een stijging van 82 procent. Het aantal jeugdige cliënten van de geestelijke gezondheidszorg groeit van 157.100 in 2003 naar 267.716 in 2009.

Van 2000 tot en met 2009 neemt het beroep op de jeugdzorg toe met 8 procent per jaar<sup>4</sup>. Verder neemt het aantal gebruikers (vooral kinderen) van ADHD-medicatie enorm

<sup>3</sup> Centraal Bureau voor de Statistiek Zie [www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/onderwijs/publicaties/artikelen/archief/2004/2004-1550-wm.htm](http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/onderwijs/publicaties/artikelen/archief/2004/2004-1550-wm.htm)

<sup>4</sup> Pommer E, Kempen H. en Sadiraj K. Jeugdzorg in groeifase: Ontwikkelingen in gebruik en kosten van de jeugdzorg. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, 2011. Zie: [www.scp.nl/Publicaties/Alle\\_publicaties/Publicaties\\_2011/Jeugdzorg\\_in\\_groeifase](http://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2011/Jeugdzorg_in_groeifase) en Bouwkamp, R. & Bouwkamp S. (2010).

toe (grafiek 6.1): van 20.000 in 1995 naar 160.000 in 2010. Het aantal gebruikers van ADHD-medicatie onder de jeugd is toegenomen van 44.000 in 2005 naar 108.000 in 2011, een stijging van 145 procent in zes jaar tijd.

### **De paradox van Hermanns**

Er is sprake van een paradox: de jeugd is gezond en toch groeit de zorgvraag. Ik noem deze de paradox van Hermanns, naar de hoogleraar die deze als eerste signaleerde<sup>5</sup>. Hij noemt drie verklaringen die hij verwerpt en waarmee ik hen eens ben.

Ten eerste zou er sprake kunnen zijn van een inhaalbeweging. Veel problemen werden eerder niet gediagnosticeerd. Nu dat wel gebeurt, neemt het zorggebruik sterk toe. Deze verklaring is niet zo aannemelijk.

Het werkelijke zorggebruik overtreft al enige jaren de schattingen van zorgbehoefte die uit epidemiologische studies (genoemd door Hermanns) naar voren komen. De tweede afgewezen verklaring is, dat de problemen zich vooral ontwikkelen bij een relatief klein deel van de jeugd. Dat leidt tot een grote stijging van de zorgvraag. De rest van de jeugd is gezond en vraagt geen zorg. Hermanns soms enkele epidemiologische studies op, waaruit blijkt dat er inderdaad sprake is van relatief veel problemen bij relatief weinig gezinnen. Maar deze zogeheten multi problem families blijken vaak minder gebruik te maken van de beschikbare zorg: zij zijn nogal eens zorgwekkende zorgmijders. Vanwege deze argumentatie wijs ik ook deze tweede verklaring af. De derde verklaring is een optimistische: Het gaat juist zo goed met de gezondheid van het kind, omdat er zoveel professionele hulp is. De vraag is echter in welke mate de gespecialiseerde jeugdzorg en geestelijke gezondheidszorg een bijdrage levert aan de kwaliteit van leven van de Nederlandse jeugdigen. Het effect van de gespecialiseerde zorg is grotendeels onbekend. Deze derde verklaring is onvoldoende empirisch onderbouwd. De vierde verklaring, die Hermanns omarmt, betreft de definiëring van opvoed- en opgroei problemen. Ouders, professionals en politie omschrijven afwijkend gedrag van de jeugd tegenwoordig eerder als niet te accepteren, als psychopathologisch en crimineel. Hoewel ik deze verklaring onderschrijf, zie ik nog een vijfde verklaring. Deze betreft de bijna Pavlov-reactie van Nederlandse massamedia en politici, zodra een kind door ouders is vermoord. Zo'n feit leidde iedere keer tot verhoging van het budget voor de jeugdzorg en tot meer cliënten. In de gezondheidseconomie staat dit verschijnsel bekend als *planning per decibel*. Na gerucht makende gebeurtenissen zoals de zaak-Savanna in 2003 en het Maasmeisje in 2006 vroegen politici en massamedia om het stellen van een daad en het aanwijzen van schuldigen, zeg maar zondebokken. De afgelopen jaren betrof die daad meestal budget verhoging en soms een tuchtrechtzaak tegen een falende hulpverlener. Het probleem is niet te weinig zorg maar te veel ongecoördineerde zorg. Ik kom hierop nog terug in dit hoofdstuk, maar ga nu eerst verder in op de gezondheid en zorgvraag van jeugdigen.

### **De jeugd wordt dikker maar lijkt nu verzadigd**

In 2009 had 12,8 procent van de jongens tussen 2 en 21 jaar en 14,8 procent van de meisjes last van overgewicht. Zij hadden een Body Mass Index (MBI) groter dan 25. Van hun was 1,8 procent respectievelijk 2,2 procent obees. Die groep had een BMI groter dan

30. De overgewichtpercentages zijn twee keer zo hoog<sup>6</sup> als in 1980 en die voor obesitas vier maal hoog. In 2012 verscheen een literatuurstudie, waaruit blijkt dat overgewicht op jonge leeftijd in hoge mate bijdraagt aan hart- en vaatziekten op latere leeftijd<sup>7</sup>.

De Europese onderzoekers Olds en collega's<sup>8</sup> en de Amerikanen Ogden en collega's wijzen erop dat de percentages sinds enkele jaren zich stabiliseren. De jeugd wordt niet nog dikker. Olds en zijn collega's geven hiervoor drie verklaringen. De eerste is dat kinderen verzadigd zijn van alle zoetwaren en frisdrank. Ze lusten die niet meer en worden niet nog dikker. Economisch gesproken: het grensnut is gedaald tot nul. De tweede verklaring is dat preventie programma's werken. Onderzoek op niveau van de programma's zelf weerleggen dit argument. Die programma's zijn alleen effectief als ze geïntegreerd worden aangeboden. In hoofdstuk drie ben ik hierop uitgebreid in gegaan. Het derde argument is dat in de studies van Olds en Ogden dikke kinderen of hun ouders de vragenlijst niet hebben beantwoord. Zij zijn oververtegenwoordigd in de non-respons van deze vragenlijst studies. Wat deze argumentatie weerlegt, is dat ook studies met een zeer hoge respons stabilisatie van overgewicht en obesitas bij kinderen aantonen.

### **Een op de vijf kinderen krijgt zorg vanwege opgroei of opvoedproblemen**

Tussen 1 juni 2011 en 1 juni 2012 ontvingen 34.945 Groningers tussen 0 en 23 jaar een of andere vorm van jeugd(gezondheids)zorg<sup>9</sup>. Dat is 20,7 procent van alle Groningers in die leeftijdsgroep. Dit betekent dat ongeveer tachtig procent (79,3 procent) geen zorg nodig heeft. Omdat dit de meest recente en volledige cijfers zijn ga ik hierop nader in, in de hoop dat de getallen opgaan voor heel Nederland. Van die 34.945 personen ontvangt het grootste deel (96 procent) ambulante zorg en vier procent zorg in een 24-uurssetting. Uit de Groningse data blijkt verder dat jeugdigen die verdere zorg ontvangen na een verwijzing door Bureau Jeugdzorg voor het merendeel worden verwezen naar de geïndiceerde jeugdzorg (63 procent). Een kwart wordt verwezen naar de jeugd-GGZ en 13 procent naar licht pedagogische hulpverlening.

In twee groepspraktijken in de provincie Groningen hebben huisartsen in de genoemde onderzoeksperiode 606 jeugdigen gezien met gedragsmatige en emotionele problemen (10,9 procent van het totale aantal jeugdigen in hun praktijken). Zij verwezen minder dan 10 procent van deze 606 richting geestelijke gezondheidszorg. Verwijzingen door huisartsen naar Bureau Jeugdzorg en/of de geïndiceerde jeugdzorg kwamen niet voor bij de genoemde 606 jongeren.

De ernst van de problematiek zoals gemeten met de Severity and Difficulty Questionnaire (SDQ) (dit is een gevalideerde vragenlijst<sup>10</sup> die jeugdartsen gebruiken) bij de jeugdigen in de geïndiceerde jeugdzorg blijkt vergelijkbaar met die van jeugdigen in de jeugd-GGZ.

6 Schönbäck Y, Talma H, Dommelen van P, Bakker B, Buitendijk SE, HiraSing RA, et al. Increase in Prevalence of Overweight in Dutch Children and Adolescents: A Comparison of Nationwide Growth Studies in 1980, 1997 and 2009. PLoS ONE 6(11): e27608. doi:10.1371/journal.pone.0027608. Zie: [www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0027608](http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0027608)

7 Friedemann C, Hengehan C, Mahtani K, Thompson M, Perera R. en Ward AM. Cardiovascular disease risk in healthy children and its association with body mass index: systematic review and meta-analysis, BMJ 2012;345:e4759doi:10.1136/bmj.e4759. Published 25 September 2012. Cite this as: BMJ 2012;345:e4759. Zie: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3458230/pdf/bmj.e4759.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3458230/pdf/bmj.e4759.pdf)

8 Olds T, Mahler C, Zumin S, Lioret S, Penaeu S, Castetbon K, et al. Evidence that the prevalence of childhood overweight is plateauing: data from nine countries. International Journal of Pediatric Obesity, 2011; 6:342-360. Zie: [www.informahealthcare.com.proxy.library.uu.nl/doi/pdf/10.3109/17477166.2011.605895](http://www.informahealthcare.com.proxy.library.uu.nl/doi/pdf/10.3109/17477166.2011.605895)

9 Eijk L. van, Verhage V, Noordik E, Reijneveld M. en Knorth E. TakeCare Provincie Groningen, Een onderzoek naar kenmerken van jeugdigen en hun ouders in relatie tot de geboden zorg, C4Youth, Groningen, 2013. Zie: [www.TakeCare\\_provincie\\_Groningen\\_webversie.pdf](http://www.TakeCare_provincie_Groningen_webversie.pdf)

10 Muris P, Meesters C. en Berg van den F. The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Eur Child Adolesc Psychiatry, February 2003, Volume 12, Issue 1, pp 1-8 Zie: [www.link.springer.com/article/10.1007/s00787-003-0298-2#page-1](http://www.link.springer.com/article/10.1007/s00787-003-0298-2#page-1)

Op basis van het bovenstaande concluderen de Groningse onderzoekers (en ik met hun) dat het type zorg dat een jeugdige met gedragsmatige en/of emotionele problemen krijgt in belangrijke mate bepaald wordt door de plek waar men zich aanmeldt: bij BJZ of bij de huisarts. In de Groningse populatie van kinderen in zorg heeft 68,4 procent één of meerdere risicokenmerken. Het gaat om kenmerken zoals een gezin met een laag inkomen, een eenoudergezin, een moeder met een lage opleiding of met een allochtone achtergrond. Dit is een hoog percentage. Ter vergelijking: in een onderzoek onder 0 tot 12 jarigen in Nederland die niet in zorg zijn<sup>11</sup> heeft 46 procent te maken met één of meer risicokenmerken.

## **6.2 De Jeugd(gezondheids)zorg opnieuw uitgevonden**

In 2004 vroeg VWS staatssecretaris Ross-Van Dorp enkele wetenschappers om het opgroeien en opvoeden van Nederlandse kinderen onder de loep te nemen. De commissie bestond uiteindelijk uit drie personen: voorzitter en hoogleraar algemene pedagogiek Jo Hermanns, kinderarts en jeugdarts Ferko Öry en ikzelf. De commissie kreeg de naam Inventgroep: ze moest de jeugd(gezondheids)zorg anno 2005 uitvinden. De opdracht kwam, omdat de regering zich zorgen maakte over het toenemende aantal agressieve jongeren en terroristen van allochtone afkomst. De Inventgroep verzocht om verbreding van de opdracht. Ten eerste vonden wij het niet ethisch om alleen externaliserend, zeg maar agressief gedrag te onderzoeken. Ook internaliserend gedrag van bijvoorbeeld meisjes met suïcidale gedachten moest aan bod komen. Ten tweede had het volgens de Inventgroep geen zin om opvoed- en opgroei problemen pas tijdens de pubertijd aan te pakken. Dat moet al vanaf het eerste levensjaar. De derde overweging was dat terroristen meestal geen opvoed- en opgroei problemen hebben. Ze hebben vaak een goede jeugd en opleiding. Ergens in het begin van de volwassenheid raken zij de weg kwijt. Ross-Van Dorp stemde in met de verbreding van de opdracht. Een verzoek om de opdracht te verbreden naar vroegtijdig signaleren en bestrijden van overgewicht, alcohol- en tabaksgebruik wees de staatssecretaris af. Dat was geen taak voor de jeugdgezondheidszorg.

De Inventgroep onderscheidde vier soorten opgroei- en opvoedproblemen: externaliserend gedrag, internaliserend gedrag, kindermishandeling en getuige zijn van huiselijk geweld. Bij een opgroei probleem is sprake van een probleem in het kind zelf, bijvoorbeeld van autistisch gedrag.

Bij een opvoedprobleem ligt het probleem bij de ouders of bij omstandigheden. De ouders hebben bijvoorbeeld geen competenties om op te voeden. Of er is sprake van ongunstige omstandigheden: bijvoorbeeld een (v)echtscheiding, geen inkomen en geen woning. Bij een opvoedprobleem zit het probleem niet in het kind, maar zit het kind in de problemen.

De Inventgroep ging gedurende anderhalf jaar aan de slag. In onze werkwijze stonden twee zaken centraal: een internationale, wetenschappelijke oriëntatie en het houden van vele hoorzittingen met kleine groepen vertegenwoordigers van verenigingen van ouders, professionals uit veld, wetenschappelijke verenigingen en andere wetenschappers. De internationale oriëntatie leidde tot een grote oogst aan bewezen en veelbelovende interventies om opgroei- en opvoedproblemen tijdig te signaleren en vroegtijdig aan te

<sup>11</sup> Zeijl E, Crone M, Wiefferink K, Keuzenkamp S. en Reijneveld M. Gezin en opvoeding in: 'Kinderen in Nederland'. Den Haag/Leiden: SCP Sociaal Cultureel Planbureau/TNO Kwaliteit van Leven (2005).Kinderen\_in\_Nederland-compleet.pdf

pakken. Deze aanpak leidde tot grote waardering in het veld. Die reactie was voor mij onverwacht. Ik verwachtte te worden beticht van betweterigheid. Dit feit was een stimulans om mij in dit boek eveneens internationaal te oriënteren.

Het breed raadplegen van het veld in kleine groepen was een grote logistieke operatie. Leden van de Inventgroep (meestal duo's en soms alleen functionerend) ontvingen gedurende vier hele dagen tientallen groepjes personen gedurende drie kwartier. Wij ondervroegen hen over de onderbouwing van hun oplossingen en om toezending van eigen evaluaties en andere beleidsstukken. Deze interactiviteit leidde tot bijstelling en nuancering van onze standpunten. Bovendien werkte deze als reclame vooraf voor het uit te brengen rapport. Die ervaring leidde ertoe dat ik hoofdstukken van dit boek vooraf op mijn website zette met verzoek om commentaar en in vele lezingen uitprobeerde in 2013 en 2014.

In september 2005 mocht ik het rapport<sup>12</sup> aanbieden op een overvol congres voor gemeentebesturen aan staatssecretaris van Ross-Van Dorp. Voorzitter Jo Hermanns hield een gloedvol betoog. Op die dag werden het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) en de Meldcode Kindermishandeling geboren. Nog nooit had ik aan een rapport meegewerkt, dat zo vaak werd gedownload, gedrukt en besproken en leidde tot zoveel lezingen in den lande. In haar rapport koppelt de Inventgroep vroegtijdige signalering los van vroegtijdige interventies. Ons was opgevallen dat interventies vaak hun eigen instroomcriteria hadden. Bijvoorbeeld als ouders aan bepaalde kenmerken voldoen, dan horen zij in de interventie *Samen Starten* thuis. Maar zo werkt dat niet voor bijvoorbeeld jeugdverpleegkundigen. Die ontmoeten ouders en een kind en signaleren problemen. Daarna komt de keuze uit een arsenaal van interventies. Het is niet vanzelfsprekend dat zij naar het genoemde programma gaan, ook al zouden zij daarin goed passen. De Inventgroep stelde een aantal screenings- en signaleringsinstrumenten voor, te gebruiken afhankelijk van de leeftijd van het kind. Wij onderscheidde daarbij risico-processen. Het is niet interessant of een kind afwijkend gedrag vertoont bij een enkele signalering. Dat kan gebeuren.

Belangrijk is of dit gedrag zich vertoont gedurende enkele jaren. Hiermee gaven wij aan dat risico-processen belangrijker zijn dan de momentopnames die risico profielen opleveren. Daarnaast bepleitten wij het gebruik van een eenvoudige meldcode voor kindermishandeling in alle instellingen en voorzieningen die met kinderen en ouders werken, ook in sportverenigingen en vrijetijdclubs.

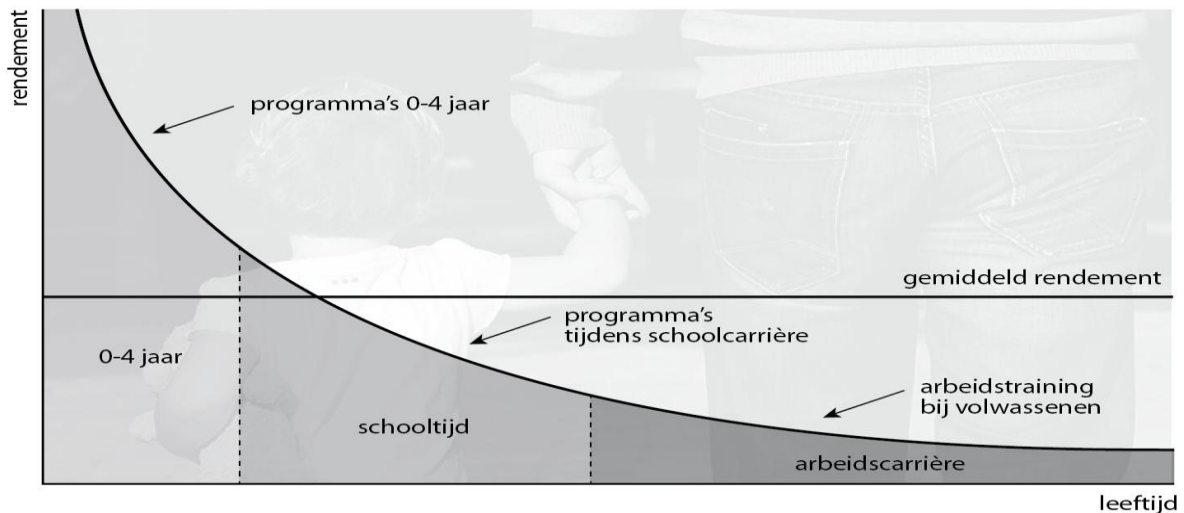
Wij bepleitten ook het vaker gebruiken van vroegtijdige interventies en presenteerden per opgroei- en opvoedprobleem een scala aan mogelijkheden. De Inventgroep beval meer interventies aan tijdens de zwangerschap en de eerste levensjaren, zodat situaties niet onnodig verslechteren en om zorgkosten op lange termijn te voorkomen. Wij baseerden ons hierbij ten eerste op het theoretisch model van Heckman<sup>13</sup>, dat aangeeft dat vroegtijdige interventies meer effect hebben dan interventies op latere leeftijd (zie afbeelding 6.2) .

12 Hermanns J, Öry F, Schrijver G. en Junger M. & Blom M. Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei-problemen. Utrecht, 2005: Inventgroep. Zie: [www.pow-alumni.socsci.uva.nl/alumni/documents/RapportInventgroep.pdf](http://www.pow-alumni.socsci.uva.nl/alumni/documents/RapportInventgroep.pdf)

13 Heckman JJ. Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children, Science 312, 2006, pp. 1900-02.  
Zie: [www.sciencemag.org/content/312/5782/1900.short](http://www.sciencemag.org/content/312/5782/1900.short)

Ten tweede bleek uit diverse cohortstudies<sup>14</sup> dat interventies op jonge leeftijd leidt tot minder zorggebruik, betere schoolcarrières, hogere inkomens en minder werkloosheid op latere leeftijd.

Afbeelding 6.2 Langetermijnrendement opgroei-ondersteuning



### **De geboorte van het Centrum voor Jeugd en Gezin**

Om signalering en interventies te faciliteren bepleitten wij een organisatievorm die later Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) is gaan heten. Het kreeg van ons acht taken mee (zie afbeelding 6.3):

Afbeelding 6.3 Taken van Centra voor Jeugd en Gezin

1. Informatie en voorlichting verstrekken over opvoeding
2. Organiseren van onderlinge steun tussen ouders en andere opvoeders
3. Pedagogisch adviseren van ouders en andere opvoeders
4. Zelf actief opsporen van risico's en problemen op het terrein van opvoeden en opgroeien
5. Beoordelen en verder uitwerken van signalen van opvoed-en opgroei-problemen van al degenen die met kinderen en ouders werken
6. Coördineren van opvoedhulp en opgroeihulp voor kinderen vanaf het begin van de zwangerschap tot 19 jaar in hun werkgebied
7. Verwijzen van kinderen of ouders naar gespecialiseerde hulpverleners
8. Adviseren van gemeentebestuur, scholen en andere instanties over opvoedings-ondersteuning en opgroeihulp

In het laatste hoofdstuk van het Inventgroep-rapport staan zeven voorwaarden voor de organisatie van het CJG (zie afbeelding 6.4), die noodzakelijk zijn om deze acht taken uit te voeren.

14 Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Kitzman H, Powers J, Cole R, et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: fifteen-Year follow-up of a randomized trial. *JAMA*. 1997 Aug 27;278(8):637-43. Eckenrode MJ, Campa, Luckey DW, Henderson CR, Cole R, Kitzman H. et al. Long-term Effects of Prenatal and Infancy Nurse Home Visitation on the Life Course of Youths 19-Year Follow-up of a Randomized Trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010 Jan;164(1):9-15. doi: 10.1001/archpediatrics.2009.240 Melhuish EC. Preschool Matters, Science 333, pp 299-300. Zie: [www.alumnos.inf.utsm.cl/~ntrncos/Science-2011-Melhuish-299-300\\_1.pdf](http://www.alumnos.inf.utsm.cl/~ntrncos/Science-2011-Melhuish-299-300_1.pdf)



## **Afbeelding 6.4 Voorwaarden te stellen aan de organisatie van een Centrum voor Jeugd en Gezin**

1. Mogelijkheid om alle kinderen longitudinaal te volgen
2. Toepassing van elektronische signaleringssystemen als onderdeel van de gehele zorg-, onderwijs- en justitieketen
3. Centraal beheerd elektronisch kinddossier
4. Voldoende expertise bij professionals om de signaleringsinstrumenten toe te passen onder zowel autochtone als allochtone kinderen en ouders
5. Mogelijkheid om (mede met behulp van dit dossier) één persoon de zorg te laten coördineren
6. Afspraken over wat er moet gebeuren als interventies niet helpen en de rechten van het kind geschonden worden
7. Eenheid van subsidievoorwaarden van verschillende subsidiënten en afspraken over besparingen ten gevolge van verschuiving van late naar vroegtijdige interventies

Ik noem ze hier allemaal, omdat ze met kleine wijzigingen ook toepasbaar zijn in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden rond geboortezorg (zie hoofdstuk 5) , chronische zieken (hoofdstuk 8) en psychiatrische problemen (hoofdstuk 11). In het rapport wezen wij een top-down reorganisatie (in het Engels: een bigbang reorganization) af. Wij bepleitten een geleidelijk toegroeien naar de acht taken en het gelijktijdige realiseren van de zeven voorwaarden. Tot zover dat Inventgroep rapport. Wat is er sinds 2005 van gerealiseerd? Daarover gaat over in de volgende paragraaf.

### **6.3 Vele product innovaties in de jeugd(gezondheids)zorg**

Sinds het uitkomen van het Inventgroep rapport zijn er tal van wetenschappelijk onderbouwde signaleringsinstrumenten in de jeugd(gezondheids)zorg verspreid. Ik noem er enkele die thans breed verspreid zijn (zie ook afbeelding 6.5). Kinderarts Ory ontwikkelde Samen Starten<sup>15</sup> in 2005. Het instrument richt zich op kinderen 0-3 jaar. De signalering vindt plaats op het consultatiebureau. Bij problemen bezoekt de verpleegkundige jeugdgezondheidszorg het gezin thuis en maakt samen met de ouders een plan om de problemen aan te pakken.

Het uiteindelijke doel is het voorkomen van psychische en sociale problemen, antisociaal gedrag en criminaliteit. De Spark<sup>16</sup> (Signaleren van Problemen en Analyse van Risico bij opvoeden en ontwikkeling van Kinderen) is een gestructureerd vraaggesprek voor gebruik binnen de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) om (risico op) opvoedings- en ontwikkelingsproblemen bij jonge kinderen vroegtijdig te signaleren. De Spark combineert het perspectief van de ouders met de expertise van de JGZ professional.

<sup>15</sup> Zie: [www.nji.nl/smartsite.dws?id=122729](http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=122729)

<sup>16</sup> Staal IIE, Hermanns JMA, Schrijvers AJP. en, Stel van HF. Vroegsignalering van opvoed- en opgroei problemen bij peuters: validiteit en betrouwbaarheid van een gestructureerd interview, tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg 2013;(45), pp 7-15

## **Afbeelding 6.5 Innovaties in de Jeugd(gezondheids)zorg en opvoedondersteuning sinds 2005**

<b>Productinnovaties</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Signaleringsinstrumenten: Samen Starten, Spark, de Meldcode en Verwijsindex. Ze zijn er nu toch maar.</li><li>• Programma Voorzorg, Sign of Safety. Programma-voorzorg, Triple P, eigen kracht conferenties, Vroegtijdige interventies, die breed verspreid zijn.</li></ul>
<b>Procesinnovaties</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Wel meer samenwerking dankzij Centra voor Jeugd en Gezin, maar zwakke punten blijven</li><li>• Taakherschikking gaat niet van harte</li><li>• Één gezin, één plan, één regisseur: een wenkend perspectief</li><li>• De sociale huisarts, dat is een jeugdarts</li><li>• Enschede pioniert met samenwerking tussen huisarts en jeugdgezondheidszorg</li></ul>
<b>Systeeminnovaties</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Enorme groei van het aantal Centra voor Jeugd en Gezin</li><li>• De opvoedpoli en de Porthos centra in Zeeland</li><li>• Eenheid van bestuur en beleid in Rotterdam</li><li>• Eenheid van cultuur: open boek relatie en polo shirt met CJG erop</li></ul>

De Meldcode Kindermishandeling<sup>17</sup> is na een uitgebreid debat in de Tweede Kamer en met medewerking van de KNMG in het veld geïntroduceerd. De code bestaat uit vijf stappen: 1. In kaart brengen van signalen 2. Overleggen met een collega en eventueel raadplegen Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of Steunpunt Huiselijk geweld 3. Gesprek met de cliënt 4. Wegen van het geweld of de kindermishandeling en 5. Beslissen: hulp organiseren of melden. De verwijsindex<sup>18</sup> risicojongeren (VIR) is een landelijk digitaal systeem waarin hulpverleners meldingen kunnen doen over jongeren tot 23 jaar met problemen. Zo weet een hulpverlener sneller of een kind ook bekend is bij zijn collega's. Ze kunnen dan overleggen wat de beste aanpak is voor hulpverlening. Vaak bestaan er lokale digitale websites waarop zorgprofessionals, onderwijskrachten en politie kunnen melden dat er problemen zijn maar niet wat er aan de hand is. Dit staat bekend als wel melden dat en niet melden wat.

Behalve signaleringsinstrumenten gingen zorgprofessionals zich ook tal van vroegtijdige interventies eigen maken (afbeelding 6.5). Het programma VoorZorg<sup>19</sup> is ontwikkeld in de USA en staat daar bekend als Nurse Family Partnership. Gezinnen hebben vier of meer risicofactoren zoals armoede, ervaring met (seksueel) geweld in verleden of heden, geen netwerk en er is sprake van middelenmisbruik. Vrouwen die in deze moeilijke omstandigheden hun kind krijgen zijn in deze interventie in staat om een langdurig programma te volgen (2,5 jaar), een persoonlijke relatie met 'hun' Voor Zorgverpleegkundige (er zijn er tegenwoordig 35) op te bouwen en te profiteren van zowel gezondheid- als leefstijlondersteuning. De interventie bestaat uit veertig tot zestig huisbezoeken.

17 Zie: [www.meldcode.nl](http://www.meldcode.nl)

18 Zie: [www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/jeugdzorg/vraag-en-antwoord/wat-is-de-verwijsindex-risicojongeren-vir.html](http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/jeugdzorg/vraag-en-antwoord/wat-is-de-verwijsindex-risicojongeren-vir.html)

19 Zie: [www.voorzorg.info](http://www.voorzorg.info)

Het doel van Signs of Safety<sup>20</sup> is een samenwerkingsrelatie op te bouwen met gezinnen waar (mogelijk) sprake is van kindermishandeling. Professionals gaan hierbij na welke positie elk gezinslid inneemt ten opzichte van het probleem en de mogelijke oplossing. Zij ontlocken welke doelen de gezinnen voor het kind hebben. Zij vragen de gezinnen om indicatoren voor de veiligheid van het kind te benoemen en te beoordelen hoe veilig zij menen dat het kind is. Tenslotte beoordelen zij in hoeverre gezinnen bereid zijn om plannen voor verandering uit te voeren.

Triple P<sup>21</sup> (afbeelding 6.5) staat voor *Positive Parenting Program*, ofwel Positief Pedagogisch Programma. Het programma is in Australië ontwikkeld; het doel is de preventie en aanpak van psychosociale problemen bij kinderen door opvoedingsondersteuning. Het programma wordt in Nederland steeds vaker ingezet om ouders te helpen met allerlei opvoedproblemen. Uit onderzoek<sup>22</sup> blijkt dat Triple P ouders helpt positiever op te voeden, waardoor gedragsproblemen bij kinderen uitblijven of in hevigheid afnemen.

De Eigen Kracht conferenties<sup>23</sup> beogen dat gezinnen zelf de verantwoordelijkheid nemen om problemen op te lossen met behulp van hun sociale netwerk. Een Eigen Kracht-conferentie leidt tot een plan met draagvlak van een brede kring, waarmee problemen rondom het opvoeden en opgroeien van kinderen opgelost, verminderd of draaglijk gemaakt kunnen worden. Gedurende een bijeenkomst, waar het gezin, familieleden, vrienden en eventueel professionele betrokkenen aanwezig zijn, wordt een plan opgesteld om de problemen aan te pakken. Voor zover mij bekend zijn er weinig innovaties tot stand gekomen binnen de Centra voor Jeugd en Gezin, gericht op gewichtsvermindering van jongeren en het terugdringen van alcoholconsumptie en roken.

Na de allereerste afwijzing van de Staatssecretaris om dit buiten de jeugdgezondheidszorg te houden, is het er in de latere CJG nooit meer als kerntaak opgenomen. Dat is jammer, want er zijn internationaal gezien goede interventies speciaal voor de jeugd beschikbaar. Ik noem het Assist programma van Hollingworth<sup>24</sup> tegen het roken, de Gezonde School<sup>25</sup> die alcoholgebruik reduceert en een verbod op kindermarketing voor genotmiddelen en frisdrank dat leidt tot gewichtsreductie<sup>26</sup>. Ook al pleit de WHO<sup>27</sup> voor gerichte geïntegreerde interventies (zie hoofdstuk drie) tegen wat zij childhood obesity noemt, haar pleidooi sloeg niet aan bij de CJG's in Nederland.

20 Myers SA. Signs of safety approach to assessing children with sexually concerning or harmful behaviour, *Child Abuse Review* Volume 14, Issue 2, pages 97–112 2005, DOI: 10.1002/car.887

21 Speetjens P, Graaf de I. en Blokland G. Het fundament van Triple P, jeugd en Co, nr. 2, 2007. Theoretische onderbouwing en onderzoek. Zie: [www.link.springer.com/article/10.1007%2FBF03085444#page-2](http://www.link.springer.com/article/10.1007%2FBF03085444#page-2)

22 Sanders MR, Markie-Dadda C en Turner KMT. Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P Positive Parenting Program: a population approach to the promotion of parenting competence, *Parenting Research and Practice Monograph* No. 1. Zie: [www.triplep.be/sites/triplep/files/Parenting\\_Research\\_and\\_Practice\\_Monograph\\_No.1\\_0\\_1.pdf](http://www.triplep.be/sites/triplep/files/Parenting_Research_and_Practice_Monograph_No.1_0_1.pdf)

23 Bartelink C. Eigen Kracht-conferentie, NJI, maart 2013, NJI. Zie: [www.allemaalopvoeders.nl/nji/dossierDownloads/EigenKrachtConferentie.pdf](http://www.allemaalopvoeders.nl/nji/dossierDownloads/EigenKrachtConferentie.pdf)

24 Hollingworth W, Cohen D, Hawkins J, Hughes RA, Moore LAR, Holiday JC, et al. Reducing smoking in adolescents: Cost-effectiveness results from the cluster randomized ASSIST (A Stop Smoking In Schools Trial), doi:10.1093/ntr/ntr155. Published by Oxford University Press on behalf of the Society for Research on Nicotine and Tobacco. *Nicotine & Tobacco Research*, Volume 14, number 2 (February 2012) 161–168. Zie: [www.ntr.oxfordjournals.org/content/14/2/161.full.pdf+html?sid=35c86d6b-b361-49f6-b531-43ba4b8f46ab](http://www.ntr.oxfordjournals.org/content/14/2/161.full.pdf+html?sid=35c86d6b-b361-49f6-b531-43ba4b8f46ab)

25 Busch V, Leeuw JRJ. en Schrijvers AJP. Results of a multibehavioral Health-Promoting School Pilot Intervention in a Dutch Secondary School, *Journal of Adolescent Health*, 2013. *J Adolesc Health*. 2013 Apr;52(4):400–6. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.07.008. Zie: [www.gezondeschool.wordpress.com](http://www.gezondeschool.wordpress.com)

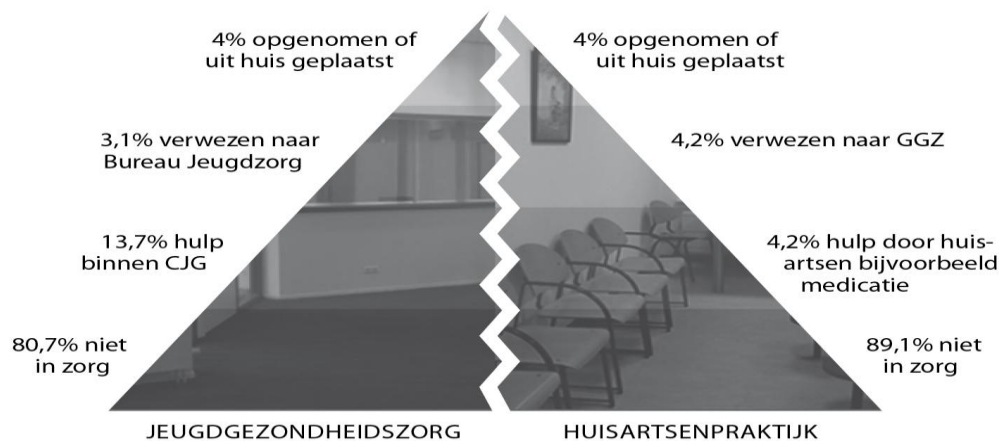
26 Vries de. Over de noodzaak van een gezond aanbod: Kindermarketing: Onverantwoord en ongereguleerd, Foodwatch Nederland, 2013. Zie: [www.foodwatch.nl/onze\\_campagnes/kindermarketing/e45722/FW\\_Kindermarketing\\_rapport\\_onverantwoord\\_ongereguleerd.pdf](http://www.foodwatch.nl/onze_campagnes/kindermarketing/e45722/FW_Kindermarketing_rapport_onverantwoord_ongereguleerd.pdf)

27 Population-based approaches to childhood obesity and prevention, WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland, 2012. Zie: [www.libdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_894.pdf](http://www.libdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf)

### **En toch nog steeds veel ADHD medicatie en verwijzingen naar tweedelij**

De in afbeelding 6.2 genoemde en hierboven besproken productinnovaties hebben zich breed verspreid in de Centra voor Jeugd en Gezin. Ik complimenteer deze professionalisering van jeugdgezondheidszorg en jeugdhulpverlening. Toch hebben deze innovaties de groei van het gebruik van ADHD-medicatie (zie afbeelding 6.1) en van het aantal verwijzingen (zie bijvoorbeeld de Groningse data) naar jeugdpsychiatrie en Bureaus Jeugdzorg niet weten om te buigen. Ik gis dat dit komt door twee oorzaken. Ten eerste ontbreken beslissbomen die leiden van een gesignaleerd probleem via een aantal stappen naar een van de mogelijke vroegtijdige interventies. Er bestaat bijvoorbeeld geen gemeenschappelijke standaard voor huisartsen en jeugdartsen over de vraag wat er moet gebeuren als een gedragsprobleem bij een kind wordt vastgesteld. Tot welke ernst behandelen de genoemde artsen zelf? Wanneer verwijzen zij naar elkaar? Wanneer verwijzen zij naar een jeugdpsychiater en wanneer naar een Bureau Jeugdzorg? De Gemeente Almere introduceerde de zorgpiramide (zie afbeelding 6.6).

Afbeelding 6.6 Het Centrum voor Jeugd en Gezin als zorgpiramide



De percentages zijn afkomstig uit de in het hoofdstuk genoemde Groningse studie

Ingevuld met de eerder genoemde Groningse cijfers geeft de piramide aan, dat 80,7 procent van de kinderen gezien door de jeugdgezondheidszorg in een CJG geen problemen kent die leiden tot een zorgvraag. Bij huisartsen is dat 89,1 procent. Binnen de CJG's ontvangt 13,7 procent hulp (huisartsen 4,2 procent. Dit kan ADHD-medicatie betreffen). Tussen CJG en huisartsen vinden geen verwijzingen plaats. De jeugdgezondheidszorg verwijst 3,1 procent van haar jeugdigen door naar Bureaus Jeugdzorg en huisartsen 4,2 procent naar de jeugdpsychiatrie. In totaal verblijft 4 procent in een 24-uurssetting voor jongeren.

De overgangen tussen de niveaus en tussen segmenten binnen een niveau kunnen een groot probleem zijn. Er bestaat geen overleg tussen segmenten en tussen niveaus over verwijs- en terugverwijsriteria. In mijn ideale model stemmen verwijsriteria van het ene niveau overeen met de intake criteria van het volgende niveau.

De genoemde overgangen zijn niet bewaakt (niemand mag te vroeg of te laat naar het volgende niveau) en vindt geen feedback plaats over (on)terechte verwijzingen. De tweede oorzaak dat de introductie van productinnovaties niet leidde tot ombuiging van de groei van ADHD-medicatie en verwijzingen, is dat deze ombuiging geen Specifieke, Meetbare, Acceptabele, Realistische en Tijdsgebonden ofwel SMART-doelstelling vormde

bij de oprichting van de Centra voor Jeugd en Gezin. Management en professionals waren niet ambitieus om deze doelstelling te halen. Wel om te professionaliseren via de genoemde instrumenten en interventies.

Met deze woorden beëindig ik de bespreking van de productinnovaties, vermeld in afbeelding 6.5. Wat is er geworden van de procesinnovaties? Hieronder volgen antwoorden op deze vraag.

#### **6.4. De Centra voor Jeugd en Gezin leidden tot vele procesinnovaties**

In deze paragraaf komen de procesinnovaties aan de orde, die vermeld staan in afbeelding 6.5.

De nieuwe Centra voor Jeugd en Gezin hebben geleid tot betere samenwerking. Dat is de eerste procesinnovatie genoemd in afbeelding 6.5. Zijn er procesinnovaties tot stand gekomen die leidden tot andere beroepen en overlegvormen? De afgelopen jaren zijn deze vragen niet onderzocht. Wel hebben onderzoeker Busch en zijn collega's onderzocht wat het antwoord is op deze vragen voor de CJG's in Amsterdam. Die heten in deze stad Ouder- en Kindcentra. Ik maak jou, beste lezer, erop attent dat de Amsterdamse Centra voor Jeugd en Gezin al bestaan sinds de jaren negentig. Ten tijde van het onderzoek in 2011 waren ze uit de kinderziekten. Vele zijn gevestigd in mooie gebouwen.

Busch en collega's (waaronder ikzelf) deden een kwalitatief onderzoek<sup>28</sup> op basis van 78 interviews onder professionals, experts en managers en alle beleidsdocumenten over OKC sinds het jaar 1997, toen het concept voor het eerst in een wijk bovenkwam: bottom up dus. Het onderzoek had het karakter van een SWOT-analyse (Strengths, Weaknesses, Opportunities Threats). De respondenten percipieerden als sterke punten: meer continuïteit van zorg, kortere communicatielijnen en lage drempels tussen professionals om elkaar even te spreken. Zij zagen grote kansen voor toekomstige samenwerking. Zij signaleerden als zwakke punten: het ontbreken van multidisciplinaire richtlijnen, trage contacten met verloskundigen en medisch specialisten, niet geschikte accommodaties om bijeen te komen en de taakverdeling tussen de CJG-directeur en de professionals. Ten slotte zagen zij als bedreiging, dat zij een multidisciplinair machtsblok zouden vormen tegenover de cliënt. Dan overheerst professionele noodzaak boven de wens van de cliënt/patiënt.

#### ***Theorieën over samenwerking tussen jeugdprofessionals***

De uitkomsten van deze Amsterdamse studie bevestigden samenwerkingstheorieën die in de afgelopen jaren zijn opgesteld voor samenwerking tussen professionals.

In 2005 publiceerde d'Amour<sup>29</sup> en collega's een uitgebreide literatuurstudie over inspirerende samenwerking tussen professionals. Hun vijf voorwaarden daarvoor staan vermeld in afbeelding 6.7.

28 Busch V, Stel van HF, Leeuw de JRJ, Melhuish E. en Schrijvers AJP. Multidisciplinary integrated Parent and Child Centres in Amsterdam: a qualitative study: Int J Integr Care; Apr-Jun 2013. Zie: [www.ijic.org/index.php/ijic/article/viewArticle/887](http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/viewArticle/887)

29 D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L. en Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks J Interprof Care. 2005 May;19 Suppl 1:116-31. Zie: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16096150](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16096150)

## Afbeelding 6.7 Kenmerken van inspirerende samenwerking

- Delen van verantwoordelijkheden, besluitvorming, filosofie, gegevens, planning en interventies
- Partner zijn: collegiaal, authentiek, constructief, open, eerlijk, wederzijds, vertrouwen en respect
- Wederzijdse afhankelijkheid: niet autonoom, geheel meer dan de delen, gezamenlijke actie
- Delen van macht: kennis en ervaring belangrijker dan functies en titels; symmetrie in machtsrelaties
- Ontwikkelingsproces: altijd transformerend, structurerend, discipline- en domeingrensoverschrijdend

In 2008 publiceerden de Canadese onderzoekers Butt<sup>30</sup> en collega's een model (op basis van een literatuurstudie) over interprofessionele samenwerking in de chronische zorg. Zij concludeerden dat samenwerking vaak mislukt, omdat 1. deze complex is 2. het tijd kost om deze op te zetten 3. inzet vraagt van tijd en geld en 4. de besluitvorming tussen partners niet goed te formaliseren is. Butt en haar collega's onderkenden drie kenmerken aan samenwerking met positieve of negatieve invloed op de patiëntenzorg:

1 Basiscondities: willen professionals wel samenwerking, collegiale relaties, onderlinge afhankelijkheid en leiderschap binnen de samenwerking?

2 Organisatorische factoren: is er voldoende ondersteuning voor de samenwerking op het terrein van bijvoorbeeld (digitaal) berichtenverkeer, secretariael en gemeenschappelijke richtlijnen?

3 Maatschappelijke factoren zoals status- en inkomensverschillen tussen samenwerkende professionals, bestaande eigen beroepsregulering en verkeerde financiële prikkels.

De genoemde auteurs onderscheiden drie uitkomsten van samenwerking. De eerste uitkomst is verbetering van de motivatie tot samenwerking. In wezen is dit het verbeteren van de genoemde basiscondities. De tweede uitkomst betreft organisatorische verbeteringen liggend op de terreinen van factoren 2 en 3. Ten derde zijn er verbeteringen in de kwaliteit in de patiëntenzorg en in de gezondheid van de bediende populatie. Dit is de finale uitkomst van samenwerking en de meest belangrijke.

In 2012 maakte de Engelse oud-hoogleraar interprofessioneel onderwijs Hugh Barr<sup>31</sup> een waarschuwende opmerking: een integratie van organisatiestructuren is niet voldoende om samenwerking tot stand te brengen. Dus het creëren van een Centrum voor Jeugd en Gezin helpt niet, zeker niet als deze de basiscondities van Butt en anderen doet verslechteren. Andere wetenschappers zoals de Canadezen Goldman en collega's pleiten voor het invoeren van triage systemen, richtlijnen, beslisbomen en zorgpaden als vehikel om professionele samenwerking te verbeteren. In dergelijke multidisciplinaire interventies krijgt de samenwerking tussen professionals concreet vorm. Holmesland<sup>32</sup> c.s. and Kilgore & Lanford voegen aan de bovengenoemde recente inzichten in samenwerking toe, dat wederzijds vertrouwen en wederzijds begrip ook belangrijke

30 Butt G, Markle-Reid and Browne G. Interprofessional partnerships in chronic illness care: a conceptual model for measuring partnership effectiveness, International journal of Integrated Care, Vol 8, 14 May 2008, ISSN 1568-4156, [www.ijic.org](http://www.ijic.org)

31 Barr H. Perspectives, Integrated and interprofessional care, Volume 12, 30 August 2012. zie:<http://www.ijic.org>

32 Holmesland AL, Sakkula J, Nilsen Ø, Hopfenbeck M. en Arnkil TF. Open Dialogues in social networks: professional identity and transdisciplinary collaboration, International Journal of Integrated Care - ISSN 1568- 4156 Volume 10, 16 September. Zie: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2948679/>

factoren voor een goede samenwerking zijn. De theorieën van Butt e.a., Goldman e.a. en van Kilgore & Lanford<sup>33</sup> bevelen ik aan aan iemand die samenwerking of het gebrek daaraan bestudeert bij Centra voor Jeugd en Gezin en andere zorgsectoren, die later in dit boek nog aan de orde komen. Tenslotte geeft Bronstein<sup>34</sup> aan, dat flexibiliteit in een samenwerkingsrelatie van groot belang is. Want professionals moeten toestaan dat andere professionals zich af en toe op hun terrein begeven en moeten willen dat zijzelf waar nodig buiten hun eigen domein werken. Ik heb de theoretische modellen van deze wetenschappers verzameld, na uitvoering van de kwalitatieve Amsterdamse studie. Ik vond het verbluffend dat onze uitkomsten zo in lijn lagen met hun theorieën.

### **Taakherschikking lukt en vraagt veel tijd**

Sinds 2011 probeert zorgorganisatie Icare (zie: [www.icare.nl](http://www.icare.nl)) uit, of consultatiebureau-(CB-)verpleegkundigen taken van de CB-arts kunt overnemen. Dit is de twee procesinnovatie vermeld in afbeelding 6.5. In proefgebied A en B beslist vanaf dat jaar een CB-arts op basis van een eigen consult bij de één maand oude zuigeling, of deze wel of niet tot vier jaar door een verpleegkundige kan worden gezien. Indien er geen opgroei- of opvoedproblemen te verwachten zijn gebeurt dat. Bij 70 procent van de zuigelingen is inmiddels gebleken dat dit kan. Tijdens het onderzoek besliste het lot of een zuigeling verder ging op de traditionele manier met afwisselend contact met de CB-arts en de CB-verpleegkundige of dat deze op de experimentele manier verder ging met alleen de CB-verpleegkundige. In die laatste opzet deden CB-verpleegkundigen ook voorheen medische taken zoals het geven van vaccinaties en het screenen van heup-, hart-, gehoor en oogafwijkingen. Zij ontvingen daarvoor aanvullende scholing en trainingen. Indien zij een afwijking constateerden, raadpleegden zij in de proefperiode een CB-arts. Op deze wijze verliepen 27.500 CB-contacten met en evenveel zonder taakherschikking.

Aan het begin van de pilot constateerden de verpleegkundigen meer afwijkingen dan de artsen. Na aanvullende supervisie verdween het verschil in geconstateerde afwijkingen, zo blijkt uit een gepubliceerde studie<sup>35</sup>. Ik merk op dat niet onderzocht is of verpleegkundigen afwijkingen over het hoofd hebben gezien. Dat was bij de CB-artsen ook nog nooit gedaan. Een vergelijkingsstandaard ontbrak. De motivatie van de CB-teams in de gebieden A en B verschilde: het gebied-A team omarmde de taakherschikking en het gebied-B team geloofde er niet in. Na de proefperiode waren de ervaringen van verpleegkundigen en artsen in beide gebieden even positief. De artsen waardeerden dat zij alleen de kinderen met afwijkingen zagen: zij werden aangesproken op hun medische professie. Zij krijgen nu tijd vrij om zorgafspraken te maken met huisartsen over kinderen met gedrags- en andere psychische problemen.

Met kinderartsen lopen besprekingen over het thuis begeleiden van premature baby's, van zuigelingen met reflux, obstipatie, koemelk-eiwit allergie en Syndroom van Down. Ook zijn taakherschikkingen in voorbereiding voor toebegeleiding naar de jeugdpsychiatrie en de Geestelijke gezondheidszorg in het algemeen. Ouders antwoordden in een enquête dat zij het zeer waardeerden vrijwel altijd dezelfde CB-verpleegkundige te ontmoeten. Dat vereenvoudigde het aangaan van een open gesprek (indien nodig), over opvoed- en opgroei problemen.

33 Kilgore RV. & Langford RW. Reducing the Failure Risk of Interdisciplinary Healthcare Teams *Interdisciplinary, Crit Care Nurs Q*, April/June 2009 - Volume 32 - Issue 2 - p 81-88 doi: 10.1097/CNQ.0b013e3181a27af2

34 Parker-Olivier D, Bronstein LR. en Kurzejeski L. A model for interdisciplinary collaboration. *Soc. Work.* 2003;48:297-306

35 Voetnoot nog toevoegen. Artikel verschijnt in najaar 2013

De herschikking van medische taken naar CB-verpleegkundigen is een groot succes. Thans (najaar 2013) krijgen alle verpleegkundigen van Icare scholing en training om die taken op zich te nemen. Dat duurt nog twee jaar. In totaal heeft de invoering van deze innovatie dan vijf jaar geduurd. Dat lukte dankzij de bezielende leiding van de CB-artsen Maurice Damen en Janine Benjaminse. De herschikking van taken van huisartsen, kinderartsen en jeugdpsychiaters naar CB-artsen stagneert. De andere professies werken niet echt mee, er is geen sprake van gezamenlijke doelstellingen om kosten te verlagen en kwaliteit te verhogen door kinderen in hun eigen milieu te ontmoeten. Er is evenmin belangstelling van zorgverzekeraars om beleid te maken op deze kostenbesparende substitutie. Wat ook opvalt, is het negatieve zelfbeeld van CB-artsen. Zij hebben soms niet het zelfvertrouwen om zorgafspraken te maken met andere medische disciplines en laten zich de kaas van het brood eten. Bij gemeenten valt de innovatie wel in goede aarde. De CB-verpleegkundigen gaan deelnemen in de sociale wijkteams en in de Centra voor Jeugd en Gezin. De schoolartsen bij de GGD's aarzelen over de herschikking van medische taken naar verpleegkundigen: wat gaat er gebeuren met hun eigen werkgelegenheid?

### ***Één gezin, één plan, één regisseur***

De derde procesinnovatie in Afbeelding 6.5 biedt een oplossing aan gezinnen met meer dan één probleem. Daar komen vaak verschillende professionals onafhankelijk van elkaar over de vloer. Dit leidt tot misverstanden, dubbel werk, competentiestrijd en als het erop aankomt gebrek aan coördinatie. De Gemeente Rotterdam heeft daarom Staal+ standaardafspraken gesteld, een procesinnovatie die later in geheel Nederland bekend is geworden onder de slogan: *Één gezin, één plan en één regisseur*. De regering Rutte-Asscher heeft dit als beleid overgenomen. Het uitgangspunt van de die Staal+ afspraken<sup>36</sup> is, dat er samenhangende zorg wordt geboden aan een gezin met problemen. Professionals in het gezin werken met behulp van de eerder genoemde verwijzindex.

Deze professionals dragen taken over in een face-to-face contact: er is sprake van een warme overdracht. De kring van hulpverleners is niet groter dan nodig. Gesprekken vinden plaats met het gezin en niet zonder het gezin. Een van de reeds aanwezige professionals neemt de regisseursrol op zich. Hij/zij is de eerste contactpersoon voor het gezin en stelt in overleg met andere hulpverleners en het gezin één samenhangend plan op.

Als de hulpverlening toch vastloopt, schaaft de regisseur op en regelt eventueel met spoed uithuisplaatsing van de kinderen. De procesinnovatie *één gezin, één plan, één regisseur* vindt haar ondersteuning in het in de USA populaire model van de Wraparound Care<sup>37</sup>. Daarin krijgt één centraal persoon de taak om formele en informele zorgverleners te coördineren, die als het ware wrap around the family ofwel rond dat gezin met problemen gaan staan.

### ***Een sociale huisarts***

De eerder genoemde Jo Hermanns en in zijn kielzog de Gemeente Amsterdam pleiten voor een wijkgebonden<sup>38</sup>, generalistische jeugdprofessional (zie procesinnovatie 4 in afbeelding 6.5), die zij de sociale huisarts noemen. Hij/zij coördineert de zorg voor

36 Factsheet Zorgcoördinatie Rotterdam september 2012. Zie: [www.rotterdam.nl/BSO/Document/Veiligheid/Factsheet\\_zorgco%3%B6rdinatie\\_2012\\_DEF.PDF](http://www.rotterdam.nl/BSO/Document/Veiligheid/Factsheet_zorgco%3%B6rdinatie_2012_DEF.PDF)

37 Malysiak R. Exploring the theory and paradigm base for wraparound. *Journal of Child and Family Studies*, 6(4),1997, 399-408

38 Zie: [www.amsterdam.nl/gemeente/organisatie-diensten/dmo/onderwijs-jeugd/veranderingen/nieuwsbrieven-kind/documenten/sociale-huisarts/](http://www.amsterdam.nl/gemeente/organisatie-diensten/dmo/onderwijs-jeugd/veranderingen/nieuwsbrieven-kind/documenten/sociale-huisarts/)



ouders en kinderen met vele opgroei- en opvoedproblemen. Ouders kunnen de sociale huisarts tegen komen op de voorschoolse voorzieningen, de basisschool en het voortgezet onderwijs. Er ontstaat daarmee een laagdrempelige toegang tot hulp en ondersteuning. En burgers kunnen desgewenst hun eigen sociale huisarts kiezen. Geïnspireerd door deze zienswijze heb ik de jeugdartsen van Nederland op de jaarvergadering van hun beroepsvereniging Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) in 2012 aangemoedigd om te kiezen voor deze nieuwe functie van sociale huisarts. Van belang is hierbij dat er bij één gezin slechts één jeugdarts en één jeugdverpleegkundige langs komt. Zoals een huisarts dat ook doet. Het gevolg ervan is dat jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen een naam krijgen, bijvoorbeeld Kees-Jan en Joke. Voorwaarde is wel, dat de jeugdgezondheidszorg afscheid neemt van homogene spreekuren. Dat zijn spreekuren met allemaal cliënten met dezelfde hulpvraag, bijvoorbeeld ouders met een baby van x-weken die voor een bepaalde vaccinatie komen. Daarvoor in de plaats komen heterogene spreekuren, zoals huisartsen die kennen met cliënten van verschillende leeftijden en verschillende hulpvragen. Mijn pleidooi voor deze procesinnovatie viel bij de deelnemers van die artsen in goede aarde: de aanwezige jeugdartsen reageerden uitermate enthousiast. Het wachten is nu op een kleinschalig experiment in een wijk met een sociale huisarts, ingevuld door jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen met een eigen naam en met heterogene spreekuren.

### ***Enschede pioniert***

Betekent de aanwezigheid in een wijk van deze jeugdarts en jeugdverpleegkundige dat huisartsen geen bemoeienis meer hebben met ouders en kinderen met opgroei- en opvoedproblemen? Natuurlijk wel, want er blijven zich kinderen melden met psychische en sociale klachten en met somatische klachten waarin de oorzaak ligt in het gezin dan wel in het kind zelf. Interessant is de observatie van Breedvelt<sup>39</sup>. Hij constateert in een onderzoek in de Utrechtse wijk Leidsche Rijn, dat kinderen met een ongunstige score op de SDQ-vragenlijst van de jeugdgezondheidszorg vaak de huisarts bezoeken.

Hier ligt een kans voor een procesinnovatie (procesinnovatie 5 in afbeelding 6.5): een afstemmingsoverleg tussen huisarts en jeugdarts om te komen tot gemeenschappelijke behandeling en taakverdeling daarbij. Interessant hierbij is ook het Enschedese model, waarbij een huisarts werkt met een praktijkondersteuner jeugd-GGz.

Deze laatste verheldert op verzoek van de huisarts de hulpvraag en brengt in kaart of er sprake is van meervoudige problematiek. Zij werkt samen met een jeugdpsychiater. De gemeente Enschede ziet graag een relatie ontstaan tussen deze POH en de Centra voor Jeugd en Gezin. Zelf schat ik in, dat zo'n POH en een jeugdverpleegkundigen qua competentie niet ver uit elkaar liggen. Kortom, ik zie grote mogelijkheden en noodzaak om jeugdverpleegkundigen, jeugdartsen en huisartsen dicht bij elkaar te brengen. Met de pionierende huisartsen in Enschede rond ik dit gedeelte over procesinnovaties in de jeugd(gezondheids)zorg af. Nu komen enkele systeeminnovaties aan de orde in de volgorde van afbeelding 6.5.

## **6.5. Vier systeeminnovaties in de jeugd(gezondheids)zorg**

In 2008, drie jaar na het rapport van de Inventgroep, gingen de eerste 45 Centra voor

<sup>39</sup> Breedvelt EJ. Presentation of children with psychosocial problems in Dutch general practice, using the Strength and Difficulties Questionnaire, in: EJ Breedvelt, At risk or not at risk, diss. Universiteit Utrecht, 2013

Jeugd en Gezin van start<sup>40</sup>. Eind 2011 staat er in 410 (99 procent) van de 415 Nederlandse gemeenten een CJG met een laagdrempelig inlooppunt. Per gemeente zijn er gemiddeld drie CJG's beschikbaar. In de grotere gemeenten kwamen zij aanzienlijk sneller tot stand dan in kleinere. De snelle verspreiding van deze eerste systeeminnovatie in afbeelding 6.5 kwam tot stand dankzij vereende krachten. Een aparte (!) minister voor Jeugd en Gezin, André Rouvoet, trad in 2007 aan. Er kwam veel geld beschikbaar voor de implementatie. Tweede Kamer en Gemeenteraden zorgden voor politieke druk. Het Nederlands Jeugd Instituut en vele andere onderzoekers en adviseurs stonden klaar om concepten uit te werken en knelpunten op te lossen. Ik merk op dat tijdens de totstandkoming van de CJG ook de overname van de jeugdgezondheidszorg door de GGD's nog speelde. In wezen was hier sprake van een fusie van de schoolartsendiensten en de JGZ. Maar dit heeft de oprichting van CJG's niet vertraagt.

De meeste CJG's (59 procent) zijn eind 2011 gehuisvest rond het aloude consultatiebureau. Vaak vindt deze huisvesting tevens plaats in combinatie met gezondheidscentra (25 procent), een locatie van het onderwijs (23 procent), een locatie van het welzijnswerk (18 procent) en een multifunctioneel gebouw (18 procent). Vrijwel alle CJG's hebben schriftelijke afspraken over te leveren diensten met aanbieders van jeugdgezondheidszorg en opvoedondersteuning en met het onderwijs en Bureaus Jeugdzorg. Alleen de prenatale voorlichting is niet goed van de grond gekomen: 35 procent van de CJG's geeft alleen aan, waar deze in de gemeente te vinden is, maar biedt deze niet zelf aan. Van de CJG's werkt 90 procent met het digitaal kinddossier voor de jeugdgezondheidszorg en ze hebben vrijwel allemaal een eigen website. Een gezamenlijk digitaal dossier voor alle hulpverleners binnen het CJG functioneert, naar mijn weten, alleen in Rotterdam. Een gemeenschappelijke triage-richtlijn voor hulpvragen bij het fysieke, telefonische en digitale inlooppunt kwam ik in 2012 en 2013 nog niet vaak tegen. Ik vind de invoeringsstrategie voor CJG's in Nederland een voorbeeld voor de invoering van een systeeminnovatie in andere zorgsectoren. In andere hoofdstukken kom ik daarop terug.

### ***De opvoedpoli en de Porthos centra in Zeeland***

Naast de CJG's kwamen twee andere systeeminnovaties (zie afbeelding 6.5) naar voren: de opvoedpoli's en de Porthos centra. Ze passeren hieronder de revue. de Opvoedpoli's ([www.opvoedpoli.nl](http://www.opvoedpoli.nl)) zijn een alternatief voor de Centra voor Jeugd en Gezin. Het is een particulier initiatief, met vestigingen in een aantal grote steden verspreid over het land. Er werken psychologen en orthopedagogen vanuit het 'wrap around care' principe, wat betekent dat er vooral wordt samengewerkt met de cliënt, die zelf de regie houdt. De opvoedpoli's maken binnen een week een afspraak. Bij verwijzing door bureau jeugdzorg of de huisarts wordt diagnostiek vergoed door de zorgverzekering.

Het zou wel eens kunnen zijn dat de opvoedpoli's een grote vlucht gaan nemen, nu er zoveel bezuinigingen voor de jeugdgezondheidszorg op de politieke agenda staan. Gezinnen met opvoedproblemen en een meer dan modaal inkomen gaan dan zoeken naar antwoorden op hun pedagogische hulpvragen en komen dan terecht bij opvoedpoli's en vrij gevestigde pedagogen. Ik ben zelf vader van drie kinderen en heb een aantal malen samen met mijn vrouw pedagogische hulp gevraagd en uit eigen zak betaald, als wij er niet uitkwamen. Maar zo redden welgestelden zich. Opvoedpoli's zijn geen

40 Houwer J, Jong de M, Richt A. en Atalay V. Inhoudelijk verslag Brede Doeluitkering Centra voor Jeugd en Gezin over het jaar 2011, BMC onderzoek, 2012.  
Zie: [www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/10/01/inhoudelijk-verslag-brede-doeluitkering-centra-voor-jeugd-en-gezin-over-het-jaar-2011.html](http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/10/01/inhoudelijk-verslag-brede-doeluitkering-centra-voor-jeugd-en-gezin-over-het-jaar-2011.html)

alternatief voor gezinnen met een laag inkomen. En daar komen vele hulpvragen vandaan.

Porthos is een van de drie wereld beroemde musketiers van Alexander Dumas, die als motto hanteerden één voor allen en allen voor één. Met dit logo en deze naam startte de Gemeente Middelburg in 2010 Centra voor jeugd, gezin, volwassenen en ouderen. Zie [www.porthos.nl](http://www.porthos.nl). Bestuurlijk komt dit gezamenlijke centrum neer op het realiseren van één inlooppunt voor hulpvragen voor de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) en de Centra voor Jeugd en Gezin. Professioneel is er veel te zeggen voor deze integratie. Want opvoed- en opgroei problemen hangen vaak samen met problemen van de volwassen ouders zoals een slecht huwelijk, grote schulden en spanningen ten gevolge van werkloosheid. Een Porthos centrum met korte lijnen naar alle hulpverleners biedt dan meer kans op één gezin, één plan en één regie. De Gemeente Vlissingen volgde in 2012 het voorbeeld van Middelburg. Een prachtig, rond gebouwd, Porthos centrum kwam van de grond in een achterstandswijk. Dit centrum vormt voor mij een lange termijn perspectief voor alle Centra voor Jeugd en Gezin in Nederland. Al besef ik, dat het betere vaak de vijand is van het goede. Ik ben al tevreden als de CJG's in de komende jaren komen tot multidisciplinaire richtlijnen en beslisbomen en tot gemeenschappelijke digitale dossiers voor professionals, die toegankelijk zijn voor ouder en kind.

### ***Enheid van beleid en bestuur bereidde Rotterdam voor op sociale wijkteams***

De Stichting CJG Rijnmond is de derde systeem innovatie genoemd in afbeelding 6.5. Zij functioneert sinds 1 januari 2010.<sup>41</sup> Zij runt thans 22 centra in Rotterdam en naburige gemeenten. Eind 2012 telt de organisatie 750 medewerkers en een omzet van 40 miljoen euro. Binnen de Gemeente Rotterdam heeft de Stichting ook de opvoedondersteuners in loondienst. De jaren tot 2013 benutte de stichting, aldus het jaarverslag 2012, om zichzelf in te richten. Een managementstructuur binnen de centra en tussen de centra en de Raad van Bestuur kwam tot stand. Medewerkers en leiding ontwierpen een pedagogische visie met drie uitgangspunten: steunen, stimuleren en Sturen. Zij ontwikkelden tevens een governance structuur voor het kwaliteits- en het financiële beleid. De stichting verwierf de HKZ-accreditering.

Gemeenschappelijke software en een gezamenlijk kinddossier (Kidos) kwamen tot stand. Dankzij dit kidos bleven er minder (ouders met) kinderen weg bij afspraken met de jeugdgezondheidszorg (2011: een no show rate van 15,8 procent en in 2012: 12,5 procent) Werkgroepen van professionals en leidinggevendenden van de centra ontwierpen beslisbomen en zorgpaden voor kinderen met vermoedelijke opgroei- en opvoedproblemen. Een basistakenpakket kwam tot stand dat voor alle CJG's hetzelfde is. Het programma Stevig Ouderschap<sup>42</sup> kreeg grote toeloop.

In dit programma krijgen ouders met zuigelingen jonger dan achttien maanden en met verhoogde kans op opvoedproblemen maximaal zes bezoeken van een CB-verpleegkundige. Ook het eerder in dit hoofdstuk genoemde programma Voorzorg werd gelanceerd en loopt als een trein. De eerste drie jaren van haar bestaan heeft de stichting Rijnmond vooral gebruikt om een slagvaardige, professionele organisatie te worden met duidelijk afgebakende verantwoordelijkheden. Pas nu, aldus het jaarverslag en een toelichting van de bevlogen bestuursvoorzitter en arts Ineke Moerman, is de stichting klaar voor de toekomst. Zij is nu in staat tot brede ondersteuning van de sociale

<sup>41</sup> Zie: [www.cjgrijnmond.nl](http://www.cjgrijnmond.nl)

<sup>42</sup> Zie: [www.stevigouderschap.nl](http://www.stevigouderschap.nl), een website van het Nederlands Jeugd Instituut

wijkteams en populatiegebonden bekostiging en het opvangen van ouders en kinderen die voorheen naar de gespecialiseerde jeugdzorg of jeugdpsychiatrie gingen.

In Nederland vormt de gang van zaken in Rijnmond een systeeminnovatie die haar gelijke niet kent. De jeugdgezondheidszorg werd losgeweekt uit de GGD Rijnmond en gefuseerd met opvoedondersteuning. Zoveel aandacht voor management- en governance structuren ben ik elders in Nederland niet tegen gekomen.

Of het model Rotterdam (eerst de structuur en dan de inhoud en niet andersom) op termijn meer oplevert dan bijvoorbeeld de taakherschikking bij Icare, moet de tijd uitwijzen. Ik denk dat beide methoden geschikt zijn. Ik heb de fusies van het Wilhelmina Kinderziekenhuis, het Academisch Ziekenhuis Utrecht en de Medische Faculteitsbestuur van nabij meegemaakt vanuit mijn positie in de faculteitsraad. Ook hier werd eerst de structuur neergezet en kwam daarna pas een uitgewerkte visie voor de eerstkomende vijf jaar tot stand. De tegenwoordige Geestelijke gezondheidszorg is ontstaan uit tien jaar fusies tussen Regionale Instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG's) en Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen. Daarna ontstonden pas een inhoudelijke visie en een stormachtige ontwikkeling van ex- en intramurale zorgprogramma's per ziektebeeld zoals depressie en eetstoornissen. Er is dus wat voor te zeggen om eerst een zorgorganisatie op orde te brengen. Aan de andere kant is het makkelijker om professionals mee te krijgen op inhoudelijke innovaties. Aan het eind van dit boek kom ik terug op deze tegenstelling.

In mijn dissertatie<sup>43</sup> heb ik gepleit voor eerst vernieuwing van de structuur en daarna pas de inhoud. In mijn boek *Een Kathedraal van Zorg*<sup>44</sup> pleitte ik voor een bottom up benadering: eerst de kleinschalige inhoud en daarna pas de structuur. Mijn wijsheid van toen was kort samengevat: Structure follows strategy. In het slothoofdstuk van dit boek kom ik terug op de verhouding en volgorde van structuren en strategieën.

### ***Eenheid van cultuur: graag een open boek relatie***

Cultuurverschillen vormen vaak een struikelblok bij het aangaan van een samenwerkingsverband. In hoofdstuk vijf kwamen deze aan de orde, toen ik het had over de Verloskundige Samenwerkingsverbanden tussen verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen en kraamverzorgenden. Bij het bespreken van samenwerkingstheorieën, eerder in dit hoofdstuk, gaf ik al aan dat verschillen in denken over en vertrouwen in collegiale relaties, onderlinge afhankelijkheid en leiderschap alsmede eigen beroepsregulering, beroepstrots en inkomensverschillen de samenwerking in de weg staan. In Hoofdstuk 1 heb ik systemen omschreven als de combinatie van structuur en cultuur. Het gaat bij systemen om én de formele (organisatorische) relaties en de informele relaties.

Bij systeeminnovaties komen dan ook de cultuurinnovaties (zie afbeelding 6.5) aan de orde. Ik noem er hier twee. Om cultuurinnovatie bespreekbaar te maken heb ik bij diverse CJG's en op verschillende congressen gepleit voor een open- boekrelatie tussen aanbieders en financiers. In zo'n relatie zijn de begrote financiële middelen, de financiële (kwartaal)verslagen, het aantal formatieplaatsen en de prestaties openbaar voor de verschillende aanbieders en financiers. Zo'n open-boekrelatie verandert ten eerste de relatie tussen gemeente en zorgverzekeraar en zorgaanbieders.

<sup>43</sup> Schrijvers G. Regionalisatie en Financiering van de gezondheidszorg in Engeland, Zweden en Nederland, diss. Universiteit van Maastricht 2009

<sup>44</sup> Schrijvers G. *Een Kathedraal van Zorg*, Elsevier Gezondheidszorg, 2001 Maarsen

Zij stappen uit de rol van verdeel-en-heers en van bilaterale onderhandelingen met elke zorgaanbieder apart. Zij kunnen niet meer het Prisoner's dilemma hanteren. Speltheoretisch gezien gaan zij over van een gesloten spel (bridgen en pokeren met veel bluffen) naar een open spel (schaken en voetballen, met een transparant overzicht voor partijen). Daarvoor in de plaats komen multilaterale onderhandelingen waarin zij hun afwegingen en toewijzingen expliciteren. Bij de zorgaanbieders ontstaat daardoor meer acceptatie voor het beleid. De zorgaanbieders met een open- boekrelatie, gaan elkaar feed back geven over bijvoorbeeld kosten van overhead en over kostprijzen van geleverde prestaties.

Om drie redenen ben ik voorstander van open-boekrelaties. Ten eerste zegt de economische theorie dat volkomen concurrentie (met volledige transparantie van de markt) leidt tot de laagste prijs. Ten tweede bleek de goed en goedkoop presterende zorgorganisatie Kaiser Permanente te werken met een open-boekrelatie. Hierbij is Kaiser de zorgverzekeraar en de Permanente Group het samenwerkingsverband van alle eerste- en tweedelijns werkende artsen. Ten derde heb ik de open-boekrelatie tweemaal uitprobeerd in de Gemeente Almere.

Daar kwam tweemaal onder mijn leiding een regionale zorgbegroting en een regionaal kostenoverzicht tot stand. Deze was uiterst informatief voor gemeente en zorgverzekeraar en ook voor de aanbieders. Ik kreeg helaas geen vaste grond onder de voeten en bleef steken in twee pogingen. De aanbieders hechtten sterk aan hun financiële bedrijfsgeheimen en de zorgverzekeraar was intern te verkokerd om in één keer multilateraal te onderhandelen: men had onvoldoende medewerkers met een totaal overzicht over Almere. De open-boekrelatie kreeg ik als innovatie niet van de grond bij Centra voor Jeugd en Gezin. Men hield liever vast aan het bilateraal overleggen en de vuile was binnen houden. Beste lezer, als jij open-boekrelaties wilt introduceren, mail je mij dan ([mail@guusschrijvers.nl](mailto:mail@guusschrijvers.nl))? Ik voorzien je graag van tips.

### ***CJG-poloshirts, ja graag***

Cultuurverschillen komen naar voren in verschillen in taalgebruik, aanspreekvormen, logo's, visitekaartjes en symbolen. In de eerder genoemde evaluatie van de Amsterdamse Ouder en Kind Centra (OKC's), bleek regelmatig een stammenoorlog binnen een OKC te bestaan over de wijze waarop algemene OKC-medewerkers de telefoon aannemen, bij de balie hulpvragers te woord staan en e-mails beantwoorden. Het lijken details, maar voor professionals zijn dit grote vraagstukken die te maken hebben met maatschappelijke waardering en beroepsuitstraling, met instroommanagement van nieuwe cliënten en daardoor met inkomensverwerving. Als naïeve studeerkamergeleerde begon ik vanaf 2005 te pleiten voor de volgende systeeminnovatie (zie ook afbeelding 6.5) gemeenschappelijke bedrijfskleding binnen CJG's. Die bedrijfskleding is immers gebruikelijk in de dienstensector: in supermarkten, restaurants, schouwburgen, ziekenhuizen, treinen en op campings dragen medewerkers van hoog tot laag herkenbare bedrijfskleding. Cliënten weten dan wie ze moeten aanspreken. Professionals zien er gezagwekkend uit en zijn trots dat zij lid zijn van die ene organisatie.

Enfin, ik heb gepleit voor gemeenschappelijke poloshirts en truien voor alle professionals en andere voor het publiek zichtbare medewerkers in het CJG. Ik kreeg nergens een poot aan de grond.

De cultuurverschillen waren nog te groot: men hield het liever bij de eigen subcultuur.

### **Wijkteams met een eigen budget**

Anno 2013 draaien de CJG's volop. Regering en gemeentebesturen zijn enthousiast geworden om alle jeugdzorg zoveel mogelijk dicht in de buurt aan te bieden. En het daarbij horende terugdringen van de groei in verwijzingen naar Bureaus Jeugdzorg, jeugdpsychiatrie en 24-uursvoorzieningen. Terwijl ik dit hoofdstuk schrijf, wil de regering het nieuwe jeugdstelsel op 1 januari 2015 in werking laten treden. Kinderen en gezinnen die voor die datum reeds zorg ontvangen blijven in 2015 zorg krijgen van dezelfde aanbieder. Kinderen in pleegzorg kunnen gewoon bij dezelfde pleegouders blijven, ook na 2015. Maar al het overige staat ter discussie. Bijvoorbeeld, voor veel jeugdzorgaanbieders geldt dat de subsidierelatie met de huidige financiers in 2013 per 1 januari 2015 is opgezegd. Daarvoor in de plaats komen wijkteams met wrapping around en met een eigen budget, dat gebaseerd is op indicatoren van de wijkpopulatie. Dit eigen budget is de laatste systeem innovaties die in afbeelding 6.5 aan de orde komt. Die bekostiging is vergelijkbaar met de eerder besproken integrale bekostiging van de verloskundige zorg. Hoewel ik deze ontwikkeling op hoofdlijnen onderschrijf, waarschuw ik voor stigmatisering en negatieve beeldvorming over de te creëren wijkteams met een lichte en zware vormen van ondersteuning en zorgverlening. Beide kunnen ontstaan als de wijkteams zich vooral met opsporen van kindermishandeling en -verwaarlozing bezig houden en niet met opvoedondersteuning. Dit leidt tot vermijdingsgedrag en wantrouwen bij gezinnen die nou juist gebaat zijn bij vroegtijdige interventies. Indien door prioritering vooral multiprobleem gezinnen gebruiken gaan maken van de ondersteuning door deze wijkteams, leidt dat tot stigmatisering. Zo'n team is er in de beeldvorming dan voor asociale gezinnen en niet voor modale burgers. Het CJG als algemene voorziening gaat dan ter ziele.

De gemeenten steunen het Rijksbeleid van harte. Zo splitst Amsterdam zich op in 21 buurten met evenzovele Centra voor Jeugd en Gezin, die ook vele taken van de Bureaus Jeugdzorg gaan uitvoeren. In die 21 buurten moeten hulpverleners zo veel mogelijk zelf de problemen aanpakken en kijken hoe familie, vrienden en burens kunnen meehelpen. Ze verwijzen zo min mogelijk door naar specialisten. De Gemeente Rotterdam streeft hetzelfde na. Daar gaan 55 wijkteams aan de slag die het totale pakket van jeugd(gezondheids)zorg gaan aanbieden. Mij valt op in workshops die ik geef aan gemeentelijke beleidsmedewerkers, dat het woord zorg taboe is geworden. Dat woord riekt, aldus workshopdeelnemers, naar paternalisme, patiënten en dokters. De woorden ondersteuning, vroegtijdige interventies en mobiliseren van eigen kracht zijn wel populair. Ik ga daarin mee, maar mis in vele beleidsambities de aandacht voor gesomatiseerde, maatschappelijke en psychische klachten en voor het terugdringen van het overgewicht, roken, alcoholgebruik, ADHD-medicatie en gebruik van antidepressiva.

### **6.6. Pak de verdere innovatie van de jeugd(gezondheids)zorg gefaseerd aan**

Nu alle innovaties van afbeelding 6.5 aan de orde zijn geweest, komt de gezamenlijke implementatie daarvan aan de orde. In 2005 presenteerde de Inventgroep het eerste concept voor Centra voor Jeugd en Gezin in Nederland. Zes jaar later, einde 2011, hadden bijna alle gemeenten zo'n CJG.

Zo veel jaren kostte het om huisvesting te realiseren, contracten te sluiten met professionals, websites te bouwen en bestuurlijke constructies voor de CJG's te bedenken. Verder vond in deze jaren professionalisering plaats: er kwamen betere signaleringsinstrumenten en vroegtijdige interventies. Terugblikkend weet ik niet goed, hoe dit implementatietraject sneller had kunnen verlopen. Dit traject is nog niet afgelopen. Multidisciplinaire richtlijnen en beslisbomen ontbreken nog. Een gemeenschappelijk dossier voor alle professionals bestaat slechts hier en daar. Taakherschikking vindt nauwelijks plaats. Van ombuiging van de groei in verwijzingen en ADHD-medicatie is nog geen sprake. Vanuit deze achtergrond gezien is de ambitie van de regering om per 1 januari 2015 een nieuw jeugdstelsel in werking te laten treden, te groot.

Van Yperen is orthopedagoog en hoogleraar te Groningen. Zijn leeropdracht heet Monitoring en Innovatie Zorg voor de Jeugd. Hij stelt een gefaseerde invoering van de wijkteams voor de jeugd of breder gezegd van de decentralisatie van het jeugdbeleid voor<sup>45</sup>. Hij baseert zich hierbij op een geslaagde, vergelijkbare Deense transformatie<sup>46</sup>. Graag ondersteun ik zijn voorstel, dat het volgende inhoudt: In fase een gaan per 1 januari 2015 de middelen en verantwoordelijkheden over van Rijk en provincies naar gemeenten. Deze transitie gepaard gaat met een korting op het budget, die in 2014 ongeveer 5 procent bedraagt en in 2018 is opgelopen tot wel 15 procent of meer. Als tweede fase vindt ombouw van intensieve zorg (van de jeugdpsychiatrie en de Bureaus jeugdzorg) naar lichtere vormen van zorg plaats, ter vergroting van het volume van de eerste lijn. In de derde fase gaan gemeenten en zorgaanbieders de intensievere, speciale zorg innoveren door onder meer het contracteren van innovatieve zorgaanbieders. In de vierde fase is de transitie gereed, blijven de innovaties behouden en vindt verdere doorontwikkeling plaats van product- en procesinnovaties.

### ***Meer jeugdgezondheid op subgroep niveau en meer doelmatigheid: dat is de theorie***

Ik had dit hoofdstuk willen eindigen met een berekening van de lange termijn effecten van alle genoemde product-, proces- en systeeminnovaties op de triple aims: betere gezondheid voor het kind, meer continuïteit van zorg en lagere kosten per kind. Dat lukt niet, omdat er geen kleinschalige, goede voorbeelden zijn met aangetoonde effecten. Ik leg dat uit. Voor zo'n berekening is ten eerste zicht nodig op lange termijn effecten. Dat is er. Ik heb tal van studies aangehaald die aantonen dat een goede start van het kind op latere leeftijd leidt tot een betere schoolcarrière, minder zorggebruik, minder werkloosheid en minder criminaliteit. Ten tweede is zicht nodig op het zorggebruik op dit moment. Dat is er in redelijke mate. De hier genoemde data over het zorggebruik van de Groningse jeugd kunnen als basis dienen van vooruitberekeningen van het zorggebruik bij ongewijzigd beleid in de toekomst. Ten derde zijn er goede voorbeelden van de in dit hoofdstuk gepresenteerde innovaties nodig die zijn onderzocht op de effecten voor betere start, toename continuïteit en kostenvermindering.

Deze gegevens over goede voorbeelden zijn niet voldoende beschikbaar. Daarom eindig ik dit hoofdstuk met slechts een economische theorie.

45 Yperen van T, Bakker K. en Wilde de E.J. Transformeren met beleid: Maatschappelijke resultaten, kwaliteitsindicatoren en ombouwscenario's transitie jeugdzorg, Nederlands Jeugdinstituut, 2013 Utrecht. Zie: [www.nji.nl/nji/dossierDownloads/Stelsel\\_Transformereren\\_met\\_beleid.pdf](http://www.nji.nl/nji/dossierDownloads/Stelsel_Transformereren_met_beleid.pdf)

46 Berg-le Clercq T. Jeugdzorg in Europa versie 2.0, Nederlands Jeugdinstituut 2012. Zie: [www.nji.nl/publicaties/Jeugdzorg\\_in\\_Europa\\_versie2.pdf](http://www.nji.nl/publicaties/Jeugdzorg_in_Europa_versie2.pdf)

Dit hoofdstuk begon met de constatering dat de jeugdgezondheid in Nederland reeds zeer hoog scoort ten opzichte van andere landen. De genoemde product-, proces- en systeeminnovaties kunnen, denk ik, hieraan niet veel meer toevoegen. Meerwaarde is alleen te realiseren voor subgroepen, zoals multiprobleem gezinnen en kinderen met ernstige psychische problemen. Maar deze komen niet zo heel vaak voor. Voor hen is evenwel die meerwaarde groot, omdat vroegtijdige signalering en interventies zoals aangegeven, grote besparingen opleveren in latere levensfasen: minder werkloosheid, minder zorgkosten en minder criminaliteit.

Triple Aim (zie hoofdstuk een) bevat behalve een betere gezondheid nog twee andere doelstellingen: een betere continuïteit van zorg en een grotere doelmatigheid. Ik zie hier nog grote kansen. Want de CJG's bevorderden de continuïteit van zorg, zoals bleek uit de evaluatie van de Amsterdamse Ouder en Kind Centra. Daarom verwacht ik dat de wijkteams dat ook gaan doen, indien zij gaan werken met de in dit hoofdstuk besproken product- en procesinnovaties. De doelmatigheid van de ondersteuning (en de zorg, al mag ik dat woord bij de wijkteams niet gebruiken) kan omhoog als de besproken zorgpiramide, digitale zorgdossiers en open-boekrelaties gemeengoed worden. Dan lukt het om met deze grotere doelmatigheid een betere gezondheid op subgroepniveau te realiseren.