

5 Algemeen JGZ-beleid in de GGD Groningen Stad en Ommelanden

5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een voorbeeld van een reconstructie en eerste analyse van het algemene JGZ-beleidsproces in de GGD Groningen Stad en Ommelanden (GGD GSO). Dit is het beleidsproces betreffende de hoofdkeuzen in de JGZ in deze regio. In Groningen zijn nog vijf andere beleidsprocessen gereconstrueerd, waarvan de inhoud verkort is weergegeven in bijlage 7.

In paragraaf 5.2 wordt eerst de empirische reconstructie weergegeven van het beleidsproces in Groningen. De reconstructie is gebaseerd op een kwalitatieve analyse van de verzamelde gegevens. Deze gegevens bestaan uit 24 tekstbronnen (waarvan sommige meerdere documenten beslaan; bijvoorbeeld een serie notulen, een serie jaarverslagen of een serie bij elkaar behorende correspondentie; zie bijlage 4) en 12 interviews (zie bijlage 6).

Vervolgens wordt in paragraaf 5.3 het verloop van het beleidsproces uitgewerkt in besluitvormingsrondes. Daarna worden in afzonderlijke paragrafen de analyses weergegeven over actoren en (deel)beleidsnetwerken in het beleidsproces (paragraaf 5.4), hulpbronnen en machtsafhankelijkheidsrelaties (paragraaf 5.5), referentiekaders (paragraaf 5.6) en gebruik van kennis (paragraaf 5.7).

In paragraaf 5.8 wordt het variabelenpatroon in dit beleidsproces beschreven. In paragraaf 5.9 tenslotte, worden de bevindingen samengevat in enkele conclusies.

De GGD'en in de provincie Groningen

Eind jaren tachtig bestonden in de provincie Groningen drie GGD'en, die elk in hun eigen werkgebied de JGZ organiseerden:

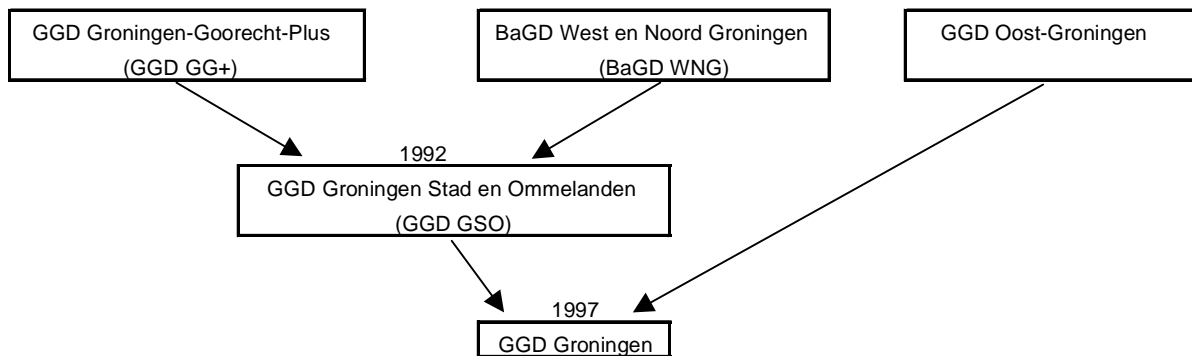
- De in 1928 oorspronkelijk als stads-GGD opgerichte GGD Groningen-Goorecht-plus (GGD GG+). Deze leverde de zorg voor de stad Groningen en enkele gemeenten aan de oostelijke kant van de stad: Haren, Hoogezand-Sappemeer en Slochteren. Deze GGD was een onderdeel van de Hulpverleningsdienst van de gemeente Groningen.
- De in 1986 opgerichte Basisgezondheidsdienst West en Noord Groningen (BaGD WNG). Deze leverde de zorg voor de gemeenten ten westen en noorden van de stad Groningen: Marum, Leek, Grootegast, Zuidhorn, de Marne, Winsum, Bedum, Ten Boer, Loppersum, Eemsum, Appingedam en Delfzijl.
- De in 1981 als Districtsgezondheidsdienst opgerichte GGD Oost-Groningen, die de zorg leverde voor de gemeenten in het oostelijk deel van de provincie: Veendam, Menterwolde, Scheemda, Reiderland, Winschoten, Bellingwedde, Pekela, Stadskanaal en Vlagtwedde.

Tussen de drie GGD'en bestonden eind jaren tachtig weinig verschillen in interne organisatiestructuur. Elk had een bestuur, een directeur, een afdeling JGZ en één of meer andere lijnafdelingen.

In 1992 fuseerden de GGD GG+ en de BaGD WNG tot de GGD Groningen Stad en Ommelanden (GGD GSO). De afdelingen JGZ gingen daarbij op in de afdeling Algemene Preventieve Gezondheidszorg (APGZ), die in regioteams werd georganiseerd.

In 1997 fuseerde de GGD GSO weer met de GGD Oost-Groningen tot de GGD Groningen. Deze heeft hele provincie Groningen als werkgebied. De afdeling APGZ werd bij die fusie omgevormd tot de afdeling Openbare Gezondheidszorg (OGZ), die ook in regioteams werd georganiseerd. Binnen de regioteams werden wel weer clusters Jeugd gevormd. In schema 5.1 zijn de fusies aangegeven. In paragraaf 5.4 zijn organogrammen uitgewerkt.

Schema 5.1: GGD'en in de provincie Groningen



5.2 Procesbeschrijving: het 'verhaal'

Uitgangssituatie

Eind jaren tachtig bestond in zowel de GGD GG+ als de BaGD WNG een klassieke benadering van de JGZ, met veel nadruk op vooral somatisch gerichte Periodieke Gezondheidsonderzoeken (PGO's). Deze werden uitgevoerd op de scholen in de gehele regio. Er was een regionaal hoofdenoverleg JGZ, dat zich ver van de politiek afspeelde. Het Ministerie betaalde de JGZ via de landelijke subsidieregeling en voor de subsidiegelden moesten PGO's worden uitgevoerd. De schoolartsen waren verder vrij autonoom in de exacte invulling van hun takenpakket: de inhoud van de PGO's en de tijdstippen waarop de PGO's in het basisonderwijs (BaO) en voortgezet onderwijs (VO) werden uitgevoerd. In beide GGD'en werden eind jaren tachtig doktersassistenten aangesteld om het mogelijk te maken dat de verpleegkundigen meer zelfstandige taken gingen uitvoeren (periodiek verpleegkundig onderzoek). De verpleegkundigen hadden tot dan een assisterende taak voor de artsen. In de GGD GG+ hadden de verpleegkundigen hiervoor een opleiding maatschappelijke gezondheidszorg gevolgd, op de HBO-Verpleegkunde (HBOV).

De discussie over PGO's en collectieve activiteiten

De BaGD WNG was in 1986 gevormd uit twee schoolartsendiensten. Alle schoolkinderen werden tot dan door die twee schoolartsendiensten om de twee jaar onderzocht in de vorm van een PGO. Toch moest de nieuwe dienst met vrijwel dezelfde financiële middelen ook andere GGD-taken gaan uitvoeren, zoals de algemene gezondheidszorg en de bedrijfsgezondheidszorg. De directeur van de nieuwe organisatie kwam van buiten de JGZ. Hij vormde een management team (MT) met de afdelingshoofden. Door de van rijkswege in het vooruitzicht gestelde Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) ontstond er ruimte om aan beleidsontwikkeling te gaan doen. Tot dan betaalde het Ministerie, als eerder gezegd, per schoolkind een subsidie onder de voorwaarde dat er PGO's werden uitgevoerd. Met de WCPV werd die subsidie naar het gemeentefonds overgeheveld. De gemeenten kregen daarbij de vrijheid om zelf de JGZ in te vullen.

In het management team van de BaGD WNG kwam al eind jaren tachtig de vraag op wat de doelen van JGZ waren en of deze wel werden bereikt. Eén van de vragen betrof wat er gebeurde met de maatschappelijk problemen die weliswaar werden gesignaleerd, maar die niet werden aangepakt omdat daarvoor geen ruimte bestond. Gaandeweg de discussies over deze vragen ontstond in het MT de mening dat JGZ zich meer op collectieve activiteiten

zou moeten richten. De proefschriften van Huijsman-Rubing en Wagenaar ^{a)} en van Zielhuis ^{b)} hadden laten zien dat JGZ ook op een andere manier kon worden uitgevoerd: namelijk zonder alle kinderen uitgebreid te onderzoeken.

Het hoofd JGZ kreeg van het MT opdracht om te beginnen met protocollair werken (om meer uniformiteit te brengen in de uitvoering van de PGO's) en om collectieve elementen te betrekken in de taakuitvoering van de afdeling JGZ. Onder collectieve elementen werd verstaan: vangnet, voorlichting, benaderen van andere ingangen dan alleen de scholen en 'inspelen op de omgeving'.

Daarnaast kregen het hoofd JGZ en de medewerkers van de afdeling JGZ te maken met genoemde discussie over de doelstellingen en strategie van de jeugdgezondheidszorg. Deze discussie werd niet alleen binnen de BaGD WNG gevoerd. Ook de portefeuillehouders van gemeentebesturen mengden zich hierin. De beleidsdiscussie werd echter al snel een middelendiscussie: het ging over de instrumenten (wel of niet PGO's) en niet meer over het doel, namelijk antwoorden bieden op maatschappelijke problemen.

Een epidemiologisch geïnteresseerde jeugdarts had ondertussen een verrichtingenregistratie voor de JGZ opgezet. De afdeling JGZ bleek namelijk vragen van de directeur over de gezondheid van de jeugd niet te kunnen beantwoorden. Uit die registratie kwam onder meer naar voren dat JGZ wel veel werk deed (in kwantitatieve zin), maar dat de effectiviteit van de PGO's, onder meer gemeten als het percentage verwijzingen, betrekkelijk gering was. In deze periode was het aantal kinderen per arts van 6.000 naar 10.000 gegaan. Dit kwam door een wijziging in de wettelijke 'normgetallen' voor jeugdartsen, die als basis dienden voor de rijkssubsidie (de WCPV was eind jaren tachtig nog niet ingevoerd). Door de gewijzigde normgetallen moest het aantal leeftijdsmomenten worden teruggebracht waarop jeugdartsen PGO's uitvoerden. Om in de daardoor gevoelde lacune te voorzien werd het periodiek verpleegkundig onderzoek ingevoerd. Dit stond los van de op dat moment gevoerde discussie over de doelen van JGZ. Het was wel een uitvloeisel van een al eerder ingezet traject om de verpleegkundigen een meer zelfstandig takenpakket binnen de JGZ te geven.

De directie nam een adviesbureau in de arm om advies uit te brengen over de uitvoering van de JGZ. Daarnaast werd hiertoe een werkgroep ingesteld van JGZ-ers, een GVO-er (gezondheidsvoorlichting en -opvoeding) en een epidemioloog. De discussie in deze groep liep vast, omdat er voor- en tegenstanders waren van het handhaven van PGO's versus het invoeren van vernieuwingen binnen de JGZ. Deze werkgroep stelde desondanks in 1989 een concept-beleidsplan JGZ op. Dat beleidsplan was weliswaar breder was dan het oude takenpakket, maar het hield de PGO's in stand. Het was een 'kaasschaaf'-aanpak: een vorm van bezuinigen waarbij inhoudelijke keuzes worden vermeden door alle activiteiten in stand te houden, maar op een 'lager' uitvoeringsniveau.

Grofweg stelde de werkgroep voor om in plaats van vier PGO's (namelijk in groep 2, 4 en 7 Basisonderwijs: BaO; en klas 2 Voortgezet Onderwijs: VO) door arts en verpleegkundige samen, in het vervolg twee PGO's door arts en assistente (groep 2 BaO en klas 2 VO) en twee qua inhoud beperkte screenings (door de assistente in groep 4 en door de arts in groep 8) uit te voeren. Hiernaast kwam er een verpleegkundig onderzoek in groep 1 en 7. Bovendien kwam er voor de hogere klassen in het VO een spreekuur door de arts. De werkgroep presenteerde deze verandering als behorende tot een overgangsfase.

In 1988 was de directeur van de BaGD WNG ook directeur van de GGD GG+ geworden. Op bestuurlijk niveau werd een fusie tussen beide GGD'en overwogen. De GGD GG+ had toen net een nieuw beleidsplan gemaakt (het Beleidsplan 1990). Daarin stond een grote lijst van onderwerpen met betrekking waartoe beleid moest worden geformuleerd, waaronder ook

a) Huijsman-Rubing RRR & Wagenaar TRAM. De jeugdgezondheidszorg in Nederland voor 4-16 jarigen. Structuur en functioneren. Proefschrift Universiteit van Amsterdam, 1983.

b) Zielhuis G. Conditie voor wetenschappelijk onderzoek binnen de schoolgezondheidszorg. Proefschrift Instituut Sociale Geneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen, 1985.

jeugd. Ook werd daarin projectmatig werken geïntroduceerd. In 1991 was het JGZ-gedeelte van dit plan door medewerkers van de afdeling JGZ uitgewerkt in een concept-beleidsplan jeugdgezondheidsbeleid. In de GGD GG+ werden twee PGO's in het BaO en één PGO in het VO uitgevoerd, naast spreekuren op VO-scholen.

De beide GGD-besturen gaven bij de fusiebesprekingen dat ze weinig zicht hadden op wat JGZ deed. Ook in deze besturen ontstond discussie over het JGZ-beleid. Sinds 1990 bestond in de BaGD WNG een kleine nieuwe werkgroep over de toekomst van de JGZ, met daarin de directeur, een GVO-er en de jeugdarts-epidemioloog. In deze werkgroep werd de conclusie getrokken dat de PGO's 'verrassend weinig uitkomsten' leverden. Met name het percentage verwijzingen bij de PGO's was laag. De directeur werd daardoor voorstander van het afschaffen van de PGO's. Hij wilde vanwege de WCPV ook dat de afdeling JGZ zich meer met risicogroepen bezig ging houden. Daarvoor werd de '70-30-regel' geïntroduceerd: 70% van het werk moest gericht zijn op de 30% die dit het hardst nodig had. De werkgroep stelde voor om daarover samen met de GGD GG+ verder te denken, waarmee immers fusiebesprekingen gaande waren.

Vanaf 1990 werd de discussie die in de BaGD WNG was gestart, dus door beide GGD'en gezamenlijk voortgezet. De fusiebesprekingen verliepen goed, maar de samenwerking tussen de beide JGZ-afdelingen ging moeizaam vanwege persoonlijke conflicten. De verpleegkundigen van de GGD GG+ hadden bovendien als reactie op de standpunten van de voor hen nieuwe directeur, een toekomstvisie over de jeugd geschreven. Daarin waren ze kritisch over PGO's, maar ook over de 70-30 regel.

Het hoofd JGZ van de GGD GG+ werd verantwoordelijk voor een nieuw Project Jeugd. De inhoud van de discussie in de daarbij behorende projectgroep verschoof ook al weer snel van beleidsstrategie naar inzet van instrumenten. Opnieuw veroorzaakte vooral de uitvoering van de PGO's onenigheid. Ondanks pogingen van de (als discussieleider aan het project toegevoegde) beleidsmedewerker van de GGD GG+ om de zaak vlot te trekken, leidde deze onenigheid tot het verzanden van dit project.

Rond de fusiedatum (1 januari 1992) vertrokken bovendien de beide hoofden JGZ. De logopedisten in de BaGD WNG ontwikkelden begin jaren negentig wel nog een preventief plan voor de eigen discipline (de GGD GG+ had geen logopedisten).

Totstandkoming van het Plan Jeugd

Wegens gebrek aan voortgang van het Project Jeugd stelde de directeur van de GGD GSO een nieuwe projectgroep in. Deze bestond uit een GVO-er, de 'jeugdarts-epidemioloog', een JGZ-er en de directeur zelf. Die nieuwe projectgroep, feitelijk een vervolg op de eerdere werkgroep binnen de BaGD WNG, moest knopen doorhakken vanuit de beleidsvisie dat PGO's moesten verdwijnen. Daarbij werd de informatie gebruikt die de eerdere JGZ-werkgroep had verzameld. Vervolgens werden in een aantal interne sessies de contouren opgesteld voor de nieuw te vormen GGD. Hierin was geen plaats meer voor PGO's. Het was de bedoeling dat de afdelingen Jeugdgezondheidszorg en Algemene Gezondheidszorg (AGZ) zouden worden samengevoegd tot drie regioteams voor Algemene Preventieve Gezondheidszorg (APGZ). Hierdoor zou flexibeler kunnen worden omgegaan met de inzet van personeel voor onderdelen van het takenpakket van de GGD. Onderdeel van deze reorganisatie was dat alle artsen en verpleegkundigen, alle voorkomende APGZ-taken moesten kunnen uitvoeren. Zo zou er betere samenwerking komen tussen de onderdelen AGZ, JGZ en de voorlichters. Daardoor zou de GGD ook met een meer 'eenduidig gezicht naar buiten' komen, zo argumenteerde de projectgroep.

De afdeling AGZ was tot de fusie in 1992 niet betrokken geweest bij de discussie over het JGZ-takenpakket. Het idee voor de regioteams kwam vanuit de directie en haar beleidsmedewerkers en niet van 'onderaf'. De uitvoerende JGZ-medewerkers zagen in de invoering van de regioteams vooral een poging van de top van de GGD om meer invloed te krijgen op een afdeling die voorheen vrij zelfstandig functioneerde.

Deze aanpak met de nieuwe kleine projectgroep resulteerde in vrij korte tijd (nog in 1992) in het Plan Jeugd. Daarin werden de PGO's afgeschaft. Ze werden deels vervangen door screenings: in groep 2 BaO op visus, gehoor, motoriek en gebitstoestand, in groep 4 BaO op visus en gehoor en in klas 1 VO op houdingsafwijkingen en kleurenzien. De collectieve taken (schoolgezondheidsbeleid, groepsvoorlichting, begeleiding bij het fluoride-spoelprogramma, lespakketten, epidemiologisch onderzoek) werden tegelijkertijd op de voorgrond geplaatst. De doktersassistenten en de jeugdverpleegkundigen kregen meer taken en verantwoordelijkheden in vergelijking met de oude situatie. Er werd een uitgebreide epidemiologische verantwoording opgenomen van de prioriteiten die werden gesteld bij het werken voor de jeugd. Deze verantwoording was grotendeels gebaseerd op lokaal epidemiologisch onderzoek, maar ook op landelijke cijfers.

Het Plan Jeugd is in concept besproken met onder meer de gemeentebesturen en beleidsambtenaren, enkele scholen, de onderwijsbegeleidingsdiensten en de RIAGG. Deze instellingen reageerden over het algemeen positief.

Uiteindelijk werd in 1994 een landelijke bijeenkomst georganiseerd om het Plan Jeugd aan de beroepsgroep voor te leggen. Vanuit de landelijke beroepsgroep kwamen namelijk sterk negatieve reacties op het Plan Jeugd. De GGD GSO was namelijk de eerste GGD in Nederland die de PGO's afschafte.

Implementatie van het Plan Jeugd

Toen het Plan Jeugd eenmaal door de directie van de GGD en het GGD-bestuur was vastgesteld, gingen de APGZ-regioteams programma's opstellen voor de uitvoering van het nieuwe beleid. De teams hadden veel ruimte voor een eigen invulling daarvan. Alleen de screenings lagen vast. Naar aanleiding van de 70-30-regel werd door het stadsteam in 1993 een uitgebreider pakket ontwikkeld voor scholen die onder het gemeentelijke onderwijsvoorrangsbeleid vielen (de zogenoemde OVB-scholen). Daarin zaten onder meer spreekuren op school. Opvoedcursussen zijn hierin, na overleg met de verpleegkundigen, uiteindelijk niet opgenomen. In het team West werden bijvoorbeeld in 1995 al telefonische spreekuren ingevoerd.

De logopedisten van de GGD formuleerden naar aanleiding van het Plan Jeugd een nota logopedie 2000. Doel van de nota was de logopedie beter te laten aansluiten op de ontwikkelingen binnen de andere disciplines.

De implementatie van het Plan Jeugd verliep moeizaam vanwege drie problemen. Allereerst waren er in korte tijd enkele wisselingen in de leiding van de regioteams, hetgeen de aansturing van het plan belemmerde. Dit werd versterkt toen een van de drie regiomanagers door ziekte lange tijd afwezig was. Dit leidde uiteindelijk tot samenvoeging van de teams West en Noord, zodat er twee regioteams kwamen in plaats van drie.

Ten tweede hadden de uitvoerende disciplines te maken met grote veranderingen in korte tijd. De doktersassistenten en jeugdverpleegkundigen kregen door het Plan Jeugd meer verantwoordelijkheden (o.a. zelfstandig screenen en zelf contact leggen met scholen). Ze moesten hun houding en gedrag daaraan aanpassen. Vooral sommige verpleegkundigen hadden hier veel moeite mee. De jeugdartsen mochten daarentegen juist minder PGO's uitvoeren en hadden daar ook moeite mee. Een andere verandering was dat alle medewerkers met het aandachtsgebied jeugd met computers moesten gaan werken, omdat de JGZ-dossiers daarin werden opgeslagen. Bij de invoering van het Plan Jeugd was namelijk ook besloten dat de papieren JGZ-dossiers moesten verdwijnen. De gegevens van screenings werden geautomatiseerd. Complicatie hierbij was dat de medewerkers het computerprogramma niet vertrouwden, omdat het naar hun mening niet goed werkte. Bovendien moesten in die periode mensen zich ook gaan bezighouden met het ontwikkelen van lokaal gezondheidsbeleid. Daarvoor was een dialoog met wethouders en beleidsambtenaren nodig. Hiervoor werd echter geen extra formatie beschikbaar gesteld. Dit alles leidde tot een hoog ziekteverzuim, vooral in de regio waar ook de regiomanager lange tijd

ziek was. Een aantal jeugdartsen stapte in die periode over naar de nieuwe afdeling voor Sociaal-Medische Advisering en de Wet Voorzieningen Gehandicapten. Ook moesten er nieuwe protocollen en andere zaken worden ontwikkeld, waarvoor GGD-interne werkgroepen en protocolcommissies werden ingesteld. Hiermee werd in de zomer van 1992 begonnen. Werkgroepen die bestonden uit medewerkers van de afdeling APGZ gingen de praktische uitwerking van het nieuwe beleid vastleggen. Daarbij werden de werkgroepen sterk begeleid en gemotiveerd door het management van de GGD en de staf van APGZ. Die hadden daardoor een grote invloed op de voorstellen, die volgens de uitvoerders echter niet altijd even praktisch waren. De moeizame implementatie speelde niet alleen bij de artsen, de verpleegkundigen en de assistenten. Ook de implementatie van het plan logopedie 2000 in het team West/Noord verliep niet goed. Er werd wat foldermateriaal ontwikkeld, maar de screenings bleven het overgrote deel van de tijd van de logopedisten vergen. De ontwikkeling van collectieve activiteiten bleef daardoor achter.

Er was volgens het management geen sprake van duidelijke tegenwerking of uitgesproken weerstand van medewerkers. Wel bleken de ambities soms te hoog. Verder waren er 'uitslijt-effecten' van de oude werkwijze (met veel PGO's en vastlegging van gegevens in papieren dossiers). Ook was er sprake van 'professionele bezorgdheid' bij medewerkers of alles wel goed ging. Een voorbeeld hiervan is het onderzoeken van 'indicatiekinderen'. In het Plan Jeugd was aangeduid dat artsen wel nog 'op indicatie' probleemkinderen mochten blijven onderzoeken. Sommige artsen bleven echter veel indicatie-onderzoeken verrichten. Ook wilden sommige artsen de hercontroles, die moesten worden gedaan na de screenings door doktersassistenten en de onderzoeken door jeugdverpleegkundigen, zelf blijven doen. Deze 'uitslijt-effecten' werden door de regiomanagers bewaakt en gecorrigeerd (via onder meer de verrichtingenregistraties) en zijn geleidelijk aan verdwenen. Bij het opstellen van het Plan Jeugd was weinig contact geweest met de regionale partners. In de implementatiefase moest het plan daarom nog worden toegelicht. Zelfs binnen de GGD moest het plan steeds weer worden uitgelegd om inhoudelijk voortgang te kunnen boeken. Dit vroeg veel inzet van het management. Pas toen het plan voor alle GGD-interne partners duidelijk was, kon het management de externe communicatie starten. De uitvoerende medewerkers hadden er veel moeite mee dat zij aan externe partners steeds weer het Plan Jeugd moesten uitleggen. Dit terwijl ze zelf niet voor de in het plan uitgewerkte aanpak hadden gekozen en er soms ook niet helemaal achter stonden. Vooral enkele basisscholen begrepen niet waarom de PGO's waren afgeschaft. En juist die scholen moesten de nieuwe 'Groeiboekjes' voor schoolgaande kinderen gaan uitdelen aan leerlingen in groep 1. In die Groeiboekjes kunnen ouders zelf gegevens bijhouden over de groei en ontwikkeling van hun kind. Het idee was ontleend aan de reeds bestaande Groeiboekjes voor zuigelingen. Een aantal ouders en de Thuiszorg klaagden bij Regionale Inspectie Gezondheidszorg over het 'afschaffen' van de PGO's. De inspectie was echter niet bevoegd in te grijpen. Wel adviseerde ze bij een inspectiebezoek aan de GGD in 1993, om een evaluatie van het Plan Jeugd uit te voeren.

De implementatieproblemen waren in de stad Groningen groter dan in de 'ommelanden', omdat de gezondheidsproblemen in de stad Groningen van zwaarder kaliber waren. Het nieuwe beleid vanuit de GGD schoot namelijk tekort bij het aanpakken van deze problemen. Naast de eerder genoemde implementatieproblemen sloot de inhoud van het gezondheidsprogramma voor de jeugd bovendien onvoldoende aan op bijvoorbeeld het onderwijsvoorrangsbeleid in de stad. Daarbij kwam dat het programma slechts gedeeltelijk werd uitgevoerd. Drie onderdelen werden wel gerealiseerd: schoolgezondheidsbeleid, zorgkinderen en buurtnetwerken. De scholen en de gemeentelijke dienst Onderwijs, Sociale zaken en Welzijn (OSW) in de stad Groningen protesteerden tegen de inhoud van het Plan Jeugd. De GGD diende daarom het Plan Jeugd te verantwoorden.

Aan de andere kant waren er in de stad Groningen ook factoren die de invoering van het Plan Jeugd juist gemakkelijker maakten, vooral nadat de eerste weerstanden waren overwonnen. De invoering van Vensterscholen (waarin scholen en andere maatschappelijke voorzieningen vanuit één gebouw samenwerken aan de aanpak van maatschappelijke problemen) en het Grote Steden Beleid (dat beoogt een extra impuls te geven aan de aanpak van problemen in achterstandswijken) maakten het in de latere jaren gemakkelijker middelen te verwerven om in de stad extra projecten uit te voeren.

Een apart discussiepunt was dat de GGD GSO de consultatiebureau-dossiers niet meer wilde overnemen van de thuiszorg. Er werden weliswaar afspraken gemaakt over een overdrachtsformulier. Deze werden door de Thuiszorgorganisaties echter ervaren als opgelegd door de GGD. De afdelingen Ouder- en Kindzorg (OKZ) van de Thuiszorgorganisaties in Groningen hebben hierover wel gesprekken gevoerd met de GGD. Ze moesten zich echter uiteindelijk neerleggen bij het feit dat de GGD gewoon haar eigen beleid volgde. Recentelijk is een nieuw overdrachtsprotocol gemaakt door GGD en OKZ samen. Daarbij zijn nieuwe afspraken gemaakt over criteria voor het overdragen van de gegevens van individuele kinderen. Op het moment van het veldwerk voor deze studie (eind 1998 - begin 1999) werd overleg gevoerd over de introductie van eenzelfde elektronisch dossier bij GGD en OKZ. De relatie tussen GGD en OKZ stond bovendien onder druk door de ontevredenheid bij de OKZ over het feit dat de GGD niet bereid was taken op het gebied van bedplasma begeleiding en opvoedingsondersteuning op zich te nemen.

Evaluatie van het Plan Jeugd en de fusie met de GGD Oost-Groningen

In 1993 was binnen de GGD al besloten dat het Plan Jeugd op termijn geëvalueerd diende te worden. De Regionale Inspectie Gezondheidszorg vroeg eveneens naar een evaluatie. Zij vroeg zich af of de doelen van het plan bereikt werden. Ook de landelijke weerstand tegen het 'Gronings model' maakte een evaluatieonderzoek wenselijk. Dit vond uiteindelijk plaats in de periode 1996 - 1998. De evaluatie werd door de GGD zelfstandig uitgevoerd, zonder daarbij andere lokale partners te betrekken. Wel is een landelijke begeleidingsgroep geformeerd en een interne begeleidingsgroep, waarin ook uitvoerende medewerkers zitting hadden. Deze uitvoerende medewerkers werden evenwel naar hun mening onvoldoende betrokken bij het opzetten van de evaluatie. Zij uitten in de regioteam-werkoverleggen ook kritiek op de methodiek van de evaluatie.

De evaluatie van het Plan Jeugd behelsde drie vragen:

- Zijn de doelen van het Plan Jeugd bereikt?
- Welke middelen zijn gebruikt om de doelen te bereiken?
- Hoe beoordelen medewerkers het Plan Jeugd?

Voor de evaluatie zijn twee typen onderzoeksgegevens gebruikt: tevredenheidsonderzoeken en epidemiologische gegevens.

De scholen kregen lijsten toegestuurd met vragen over hun tevredenheid. Deze vragenlijsten waren gebaseerd op de landelijk door de GGD Nederland ontwikkelde Klantentoets Jeugd. Deze lijsten waren drie jaar eerder ook al een keer gebruikt, waardoor gegevens over bijvoorbeeld klanttevredenheid konden worden vergeleken. Ook de medewerkers werd gevraagd naar hun tevredenheid over het Plan Jeugd.

Er werd verder lokale epidemiologische informatie gebruikt voor de evaluatie, verzameld in bijvoorbeeld gezondheidsenquêtes, maar ook landelijke informatie van het Trimbos Instituut. Deze informatie was goed bruikbaar, omdat de GGD aan een landelijk onderzoek van dit instituut had meegedaan. De regionale gegevens uit dit onderzoek konden worden vergeleken met de landelijke gegevens. Gegevens die TNO-PG had verzameld over de gezondheid van de jeugd in Nederland konden niet als vergelijkingsmateriaal worden gebruikt. TNO-PG koppelde de uitvoering van haar onderzoeken namelijk aan de in Groningen niet meer uitgevoerde PGO's.

Uit de evaluatie kwam naar voren dat zich over het algemeen geen verslechtering in de leefstijl en gezondheid van de Groningse jeugd had voorgedaan. Dat was iets dat veel critici van het Plan Jeugd wel hadden gevreesd. De jeugdarts-epidemioloog verrichtte in dit kader nader onderzoek naar de effectiviteit van een aantal instrumenten in de JGZ en promoveerde daarop ^{c)}.

Onderzoek naar de mening van scholen en medewerkers toonde dat de medewerkers kritischer waren over het plan dan de scholen. Dit terwijl juist de scholen aanvankelijk heftig geprotesteerd hadden bij de besluitvorming van het Plan Jeugd, vanwege het vervallen van de periodieke onderzoeken. Veel medewerkers bleken nog steeds moeite te hebben met het Plan Jeugd. In de evaluatie werden enkele adviezen verwerkt van de Regionale Inspectie Gezondheidszorg, die waren gebaseerd op signalen van ouders en de regionale OKZ.

Conclusie van de evaluatie was dat het Plan Jeugd kon worden voortgezet. Wel moest het aantal doelstellingen worden beperkt en was een aantal onderdelen voor verbetering vatbaar. Dit betrof bijvoorbeeld de registratie, het invoeren van de klantentoets, de externe informatievoorziening en enkele uitvoeringstaken.

De evaluatie van het Plan Jeugd leidde tot verbetering van de aansturing van de afdeling Openbare Gezondheidszorg (OGZ; zoals de voormalige afdeling APGZ na de fusie met de GGD Groningen was gaan heten). De communicatie tussen de disciplines en de communicatie tussen leiding en professionals bleek ook voor verbetering vatbaar. In 1996 waren binnen de regioteams, op initiatief van de regiomanager stad en met instemming van de directeur, ook weer functionele werkeenheden 'jeugd' gevormd. Daarmee werd het generalistische idee van de teamvorming uit 1992 weer deels ongedaan gemaakt. Bij de fusie met Oost-Groningen in 1997 is een afstemmingsoverleg gecreëerd tussen de 'clusters' jeugd van de verschillende regioteams.

Naar aanleiding van de evaluatie van het Plan Jeugd concludeerde de directie dat de GGD op de goede weg was. Het GGD-bestuur was het daarmee eens. Dat was belangrijk, omdat bij de fusie van de GGD GSO met de GGD Oost-Groningen de evaluatie een extra argument was om ook daar de PGO's af te schaffen. Na de fusie is ook in het werkgebied van de toen inmiddels voormalige GGD Oost-Groningen geleidelijk aan het JGZ-beleid ingevoerd zoals dat in het Plan Jeugd was uitgewerkt.

Het beleidsplan van de afdeling OGZ

Bij de fusie werd de afdeling APGZ als gezegd omgevormd in de afdeling Openbare Gezondheidszorg (OGZ). De directeur van de voormalige GGD Oost-Groningen werd hoofd van deze afdeling. De afdeling had drie regioteams, die elk een cluster Jeugd hadden gekregen. In het beleidsplan van de afdeling OGZ uit 1997-1998 werden vier operationele doelen voor de JGZ aangegeven:

1. Periodiek verzorgen van gezondheidsrapportages over de jeugd.
2. Samenwerken met gemeenten en andere organisaties in het integraal jeugdbeleid.
3. Werken aan een integraal JGZ-programma voor 0-19 jaar.
4. Op basis van het Plan Jeugd en de aanbevelingen uit de evaluatie daarvan het zorgprogramma verwezenlijken.

Uitgangspunten voor dit laatste punt waren:

- Zorg bieden voor alle kinderen via informatie, screeningen en spreekuren.
- Extra aandacht voor 'zorgenkinderen' door deze te volgen, overdracht naar jeugdhulpverlening, aanspreekpunt te zijn voor scholen en deelname aan buurtnetwerken.
- Werken aan voorwaarden voor gezondheid door bijdragen aan gemeentelijk jeugdbeleid, schoolgezondheidsbeleid, projecten rond gezond gedrag en deelname buurtnetwerken.

Het beleidsplan gaf geen afzonderlijke inhoudelijke onderbouwing van de JGZ-doelen, maar bouwde duidelijk voort op het Plan Jeugd en de evaluatie daarvan.

c) Wieggersma PA. Long-term effects of preventive activities of youth health care for schoolchildren in The Netherlands. Proefschrift Katholieke Universiteit Nijmegen, 1999.

Situatie in 1999

Op het moment dat het veldwerk voor deze studie werd verricht, was het Plan Jeugd stevig verankerd in het Groningse. De onderdelen 'zorgenkinderen', 'schoolgezondheidsbeleid' en 'buurtnetwerken' werden uitgevoerd. Het idee uit het Plan Jeugd om de aandachtskinderen structureel een betere zorg te bieden, is echter niet goed uit de verf gekomen.

Het stadsteam heeft binnen de afdeling OGZ een bijzondere positie door zijn sterke relatie met de gemeente Groningen. De manager van het stadsteam neemt deel aan het portefeuille-overleg met de wethouder 'zorg'. Het stadsteam is bovendien verantwoordelijk voor de beleidsvoorbereiding volksgezondheid voor de gemeente. Bijna de helft van het budget van het stadsteam komt rechtstreeks van de gemeente Groningen, en niet via de GGD-begroting. Daardoor is de omvang van het stadsteam de laatste jaren bijna verdubbeld en heeft het veel meer mogelijkheden dan de andere regioteams.

Buiten de stad Groningen hebben de afzonderlijke gemeenten hun eigen beleidsmedewerkers en treedt de GGD op als beleidsadviseur. Het jaarlijks overzicht voor de gemeenten van wat de GGD voor hen doet, is voor de andere regioteams vaak het belangrijkste contactmoment met de regiogemeenten. Voor deze regioteams is het ook veel moeilijker financiering te vinden voor aanvullende projecten. Veel professionals hebben naar de mening van de regiomanagers nog steeds veel moeite om te effectief te communiceren met bijvoorbeeld de wethouders en ambtenaren van gemeenten. Daarbij bestaan grote verschillen tussen individuele medewerkers. Vooral de regiomanagers zijn er wel in geslaagd een werkrelatie op te bouwen met gemeentebesturen. Op basis van informatie die aan de gemeenten kan worden aangereikt over de gezondheid van 'hun' jeugd, slagen zij er ook steeds beter in om bijvoorbeeld projecten gefinancierd te krijgen.

5.3 Het proces in besluitvormingsrondes

Het algemeen JGZ-beleidsproces in de GGD GSO kan worden onderverdeeld in vier 'rondes' van beleidsvorming. Gezamenlijk vormen deze een meerjarig beleidsproces, waarin wordt overgegaan van een op PGO's gebaseerde JGZ naar een op de collectieve benadering gebaseerde JGZ. De vier rondes worden begrensd door vier 'cruciale besluiten':

- Het niet vaststellen van het concept-beleidsplan JGZ in de BaGD WNG in 1989.
- Het vaststellen van het Plan Jeugd in de GGD GSO in 1992.
- Het vaststellen van de evaluatie van het Plan Jeugd in de GGD GSO 1996.
- Het vaststellen van het beleidsplan OGZ in de GGD Groningen in 1998.

Ronde 1: 1986-1989 (discussie PGO's in BaGD WNG)

Kort tijdsverloop:

1986: Vorming BaGD WNG uit twee schoolartsendiensten.

1988: De directeur van de BaGD WNG stelt kritische vragen over het nut van PGO's.

1989: Concept-beleidsplan JGZ BaGD WNG wordt uiteindelijk niet vastgesteld.

Het cruciale 'niet-besluit' markeert het einde van de eerste besluitvormingsronde in dit beleidsproces. Het komt eenvoudigweg niet tot besluitvorming, daar het beleidsproces als het ware 'verzandt'. De besluitvorming in deze ronde kan in termen van de in hoofdstuk 3 uitgewerkte variabelen dan ook worden gekarakteriseerd als een 'niet-besluit' dat autonoom is genomen en daarna ook niet tot uitvoering is gekomen. De interactie is competitiegericht: de JGZ-uitvoerders werken duidelijk het streven van de directeur tegen om de PGO's ter discussie te stellen (en zelfs af te schaffen).

Ronde 2: 1990-1992 (opstellen Plan Jeugd)

Kort tijdsverloop:

1990: De discussie over het nut van de PGO's wordt een belangrijk thema bij de fusiebesprekingen tussen de BaGD WNG en de GGD GG+.

1991: De discussie over vernieuwing van het JGZ-beleid verzandt.

1992: Een kleine projectgroep stelt het Plan Jeugd op. Bij de fusie worden JGZ en AGZ in de nieuwe GGD GSO gereorganiseerd tot regioteams binnen een afdeling APGZ.

Het vaststellen van het Plan Jeugd markeert de tweede besluitvormingsronde. De besluitvorming heeft het karakter van een duidelijk, autonoom genomen, uitgevoerd besluit. De interactie is vermijdingsgericht: de kleine projectgroep vermijdt interactie met de JGZ-uitvoerders en de veldpartners en schrijft in kleine kring het Plan Jeugd. Dat wordt feitelijk pas besproken met gemeentebesturen en anderen als het al min of meer vast ligt.

Ronde 3: 1993-1996 (implementatie en evaluatie Plan Jeugd)

Kort tijdsverloop:

1993: Implementatie en regionale uitleg Plan Jeugd.

1994: Landelijke uitleg Plan Jeugd.

1996: Evaluatie Plan Jeugd met als conclusie: doorgaan.

Het vaststellen van de evaluatie van het Plan jeugd markeert de derde besluitvormingsronde. Ook dit besluit heeft het karakter van een duidelijk, autonoom besluit dat tot uitvoering is gebracht. De interactie neigt naar competitie, hoewel dat door een aantal geïnterviewde actoren expliciet wordt ontkend. De reconstructie laat echter de indruk achter dat de tegenwerking door de 'voormalige JGZ-uitvoerders' er in de implementatiefase van het Plan Jeugd wel degelijk was, maar door de leiding werd 'weggerationaliseerd'. Ook bij de evaluatie zelf blijkt dat de JGZ-uitvoerders nog vrij negatief oordelen over het Plan Jeugd.

Ronde 4: 1997-1998 (consolidatie Plan Jeugd)

Kort tijdsverloop:

1997: Bij de fusie met de GGD Oost-Groningen wordt het Plan Jeugd richtinggevend. Er worden wel clusters Jeugd gevormd binnen de APGZ-teams, die onderling een afstemmingsoverleg jeugd voeren.

1998: Nieuw beleidsplan van de afdeling OGZ bouwt voort op het Plan Jeugd.

De vierde besluitvormingsronde wordt gemarkeerd door het vaststellen van het beleidsplan OGZ. Dit is opnieuw een duidelijk, autonoom, uitgevoerd besluit. Er zijn geen aanwijzingen voor onderhandelingen over het JGZ-beleid tussen de fusie-GGD'en. De vorming van de clusters Jeugd was een ontwikkeling die reeds, onafhankelijk van de fusie, was ingezet. De fusie was wel een 'natuurlijk moment' voor die invoering. In deze ronde is geen sprake meer van tegenwerking. De interactie kan het best worden aangeduid als consensusgericht. Het verzet van de voormalige JGZ-ers, zoals dat in de derde ronde aanwezig was, is nu afwezig. Bij de fusie lijken alle inspanningen van de medewerkers in de voormalige GGD GSO erop gericht om snel weer tot uitvoering van taken over te kunnen gaan.

5.4 Actoren en netwerken

Kwalitatieve analyse

Voor de kwalitatieve analyse van actoren en netwerken is in de reconstructie in paragraaf 5.2 nagegaan welke actoren in het beleidsproces prominent aanwezig waren en hoe deze actoren konden worden gegroepeerd in het beleidsnetwerk en in deelnetwerken of arena's (zie ook paragraaf 3.2.2).

In de eerste ronde zijn er vrijwel uitsluitend GGD- en JGZ-interne actoren actief in het beleidsnetwerk in de BaGD WNG. De directeur is in deze fase prominent aanwezig als initiator van het beleidsproces. Ook het hoofd JGZ en de jeugdartsen en -verpleegkundigen zijn in deze ronde belangrijk. De jeugdarts-epidemioloog (toen nog gewoon jeugdarts) is belangrijk door het opzetten van de verrichtingenregistratie. Hij zat ook met de GVO'er en andere JGZ-ers in de werkgroep die het concept-beleidsplan JGZ opstelde. Er is sprake van een JGZ-interne arena, waarin de JGZ-ers het met elkaar eens proberen te worden, en een GGD-interne arena, waar de afdeling JGZ het met de directeur eens moet zien te worden. De verbindingen tussen beide arena's liggen in de relaties van de directeur met het hoofd JGZ en de jeugdarts-epidemioloog.

Aan het begin van de tweede ronde worden de jeugdarts-epidemioloog en de GVO'er, die samen met de directeur in een werkgroep zaten, geleidelijk aan belangrijker. De JGZ-interne actoren worden onbelangrijk, behoudens de ene JGZ'er, die ook in de werkgroep zit. De gemeentebesturen spelen alleen een rol bij het vaststellen van het Plan Jeugd. Ook scholen, RIAGG, thuiszorg en gemeentelijke diensten lijken niet echt belangrijk. Feitelijk geldt in deze ronde dat er alleen een GGD-interne arena is, waarin het Plan Jeugd wordt vormgegeven. Er is geen sprake van een duidelijke afzonderlijke JGZ-interne of GGD-externe arena.

In de derde ronde verandert de arenastructuur. De implementatie en evaluatie van het Plan Jeugd leiden ertoe dat de voormalige JGZ-ers weer belangrijke actoren worden. Ook de directeur en de jeugdarts-epidemioloog blijven belangrijk. De directeur vooral bij de communicatie naar 'buiten' en de jeugdarts-epidemioloog vooral bij de evaluatie van het Plan Jeugd. Externe actoren worden belangrijk, omdat de GGD het Plan Jeugd moet gaan uitleggen en de externe actoren later betreft bij de evaluatie van het plan.

In deze ronde lijkt er sprake van twee beleidsarena's: een GGD-interne, waar de 'oude' medewerkers het nieuwe Plan Jeugd moeten gaan uitvoeren, en een GGD-externe, waar de GGD het nieuwe Plan Jeugd moest gaan uitleggen. Binnen de GGD is geen afzonderlijke JGZ-interne arena te onderscheiden, omdat er geen afdeling JGZ meer is. De verbinding tussen de beide arena's wordt gevormd door de directeur GGD en de nieuwe regio-managers. Dezen stuurden zowel de uitleg naar 'buiten' als de invoering naar 'binnen' aan.

In de vierde ronde wordt de voormalige directeur van de GGD Oost-Groningen een belangrijke actor. Hij wordt na de fusie hoofd van de afdeling OGZ en voorzitter van het afstemmingsoverleg tussen de clusters jeugd van de regioteams. Hij consolideert hij het beleid van het Plan Jeugd in het nieuwe beleidsplan van de afdeling OGZ. Bij de fusie-besprekingen zijn waarschijnlijk de directeur GGD GSO en de jeugdarts-epidemioloog belangrijk. De evaluatie van het Plan Jeugd wordt bij de fusie namelijk als argument gebruikt om het 'Groningse model' ook in Oost-Groningen in te voeren.

In deze ronde is er één beleidsarena: de GGD-interne arena (het geheel van de twee GGDen die samen de GGD Groningen vormen). Er is geen GGD-externe arena.

Kwantitatieve analyse

Voor de kwantitatieve analyse van actoren in het algemene JGZ-beleidsproces van de GGD GSO is in de gegevensbronnen nagegaan welke actoren zijn genoemd en in hoeveel verschillende gegevensbronnen zij zijn aangeduid (zie ook paragraaf 3.2.3). De resultaten van zijn weergegeven in overzicht 5.4.1. Dit overzicht is gesplitst in vier onderdelen: de GGD-interne actoren en drie groepen GGD-externe actoren: regionale inhoudelijke actoren, regionale bestuurlijke actoren en landelijke actoren. Voor de tekstbronnen en de interviews is afzonderlijk weergegeven hoe vaak een actor genoemd is.

Overzicht 5.4.1: Actoren algemeen JGZ-beleid GGD GSO in bronnen en interviews

	aantal maal genoemd in bronnen (n=24)	aantal maal genoemd in interviews (n=12)	totaal aantal malen genoemd
1. GGD-intern			
GGD-algemeen	13	11	24
directeur GGD	11	7	18
Management Team GGD	5	6	11
GVO-functionaris	3	4	7
epidemioloog	8	3	11
beleidsmedewerker	1	6	7
Ondernemingsraad	2	0	2
JGZ-algemeen	18	8	26
management JGZ algemeen	2	2	4
hoofd JGZ	4	7	11
waarnemend hoofd JGZ	0	1	1
regiomanagers (voor o.a. JGZ)	4	7	11
disciplines JGZ algemeen	8	5	13
jeugdartsen	12	5	17
jeugdverpleegkundigen	11	6	17
assistentes JGZ	7	1	8
logopedisten	3	2	5
jeugd tandzorg	1	0	1
prominente medewerkers JGZ	5	1	6
projectgroep JGZ	5	5	10
andere afdelingen algemeen	2	1	3
prominente medewerkers andere afdelingen	3	1	4

Overzicht 5.4.1: Actoren algemeen JGZ-beleid GGD GSO in bronnen en interviews - vervolg 1

	aantal maal genoemd in bronnen (n=24)	aantal maal genoemd in interviews (n=12)	totaal aantal malen genoemd
2. Extern regionaal inhoudelijk			
regionaal hoofdenoverleg JGZ	2	0	2
provinciale kring jeugdverpleegkundigen	1	0	1
JGZ 0-4 of Ouder- en Kindzorg (OKZ)	6	9	15
Bureau Vertrouwensarts	3	0	3
Raad voor de Kinderbescherming	2	0	2
Bureau Jeugdzorg	1	6	7
andere lokale jeugdzorginstellingen	1	1	2
onderwijsveld algemeen	7	6	13
scholen Basis Onderwijs (Ba)	3	3	6
scholen Voortgezet Onderwijs (VO)	1	0	1
scholen Speciaal Onderwijs (SO)	1	0	1
schoolbegeleidingsdienst	4	3	7
zorginstellingen algemeen	2	0	2
huisartsen	4	3	7
tandartsen	2	0	2
andere regionale beroepsbeoefenaren	1	0	1
welzijnswerk	3	2	5
RIAGG	7	3	10
Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs (CAD)	2	0	2
Universiteit	2	0	2
overig lokaal inhoudelijk	3	0	3
adviesbureaus	1	3	4

Overzicht 5.4.1: Actoren algemeen JGZ-beleid GGD GSO in bronnen en interviews - vervolg 2

	aantal maal genoemd in bronnen (n=24)	aantal maal genoemd in interviews (n=12)	totaal aantal malen genoemd
3. Regionaal Bestuurlijk			
GGD-bestuur	3	2	5
gemeentebestuur algemeen	8	9	17
gemeenteraad	1	3	4
wethouder volksgezondheid	0	4	4
gemeente ambtelijk algemeen	1	3	4
ambtenaar volksgezondheid	1	1	2
ambtenaar onderwijs	1	1	2
ambtenaar jeugd beleid	0	4	4
Provincie algemeen	0	3	3
gedeputeerde volksgezondheid	0	1	1
regionale inspectie volksgezondheid	1	1	2

Overzicht 5.4.1: Actoren algemeen JGZ-beleid GGD GSO in bronnen en interviews - vervolg 3

	aantal maal genoemd in bronnen (n=24)	aantal maal genoemd in interviews (n=12)	totaal aantal malen genoemd
4. Extern Landelijk			
Rijksoverheid algemeen	1	3	4
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)	5	1	6
landelijke onderzoeksinstellingen algemeen	1	0	1
TNO Preventie en Gezondheid (TNO-PG)	1	1	2
Trimbos Instituut	1	0	1
wetenschappelijke en beroepsverenigingen	1	1	2
Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (NVJG)	1	0	1
Landere Vereniging van Verpleegkundigen in GGD'en (LVSVGGD)	1	0	1
GGD Nederland	1	1	2
Nederlandse Vereniging voor Logopedie Foniatrie (NVLFF)	0	1	1
overige landelijke actoren	0	1	1
andere (prominente) GGD'en	4	4	8

Uit het overzicht blijkt dat vooral GGD-interne actoren vaak zijn aangeduid of genoemd. De 'federatieve actoren' JGZ-algemeen en GGD-algemeen worden daarbij relatief vaak genoemd. Het betreft hier aanduidingen voor het organisatieonderdeel of de hele organisatie waarbij niet waarneembaar is (in de tekstbron of voor de geïnterviewde) wie daarbinnen de actie onderneemt. Dit komt blijkbaar nogal eens voor. Vaak zal hier het hoofd JGZ of de directeur GGD degene zijn die als formele woordvoerder optreedt, maar zonder dat duidelijk is of dit een persoonlijke mening is of een intern breed gedragen mening. Dit speelt vooral een rol bij bijvoorbeeld jaarverslagen en andere documenten die formeel namens de organisatie worden opgesteld. Vanaf 1992 bestaat binnen de GGD GSO geen afdeling JGZ meer. Daardoor is het voor externe geïnterviewden moeilijk aan te geven wie nu precies wat doet.

Binnen de JGZ vallen verder de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen duidelijk op, evenals de regioteamleiders, de JGZ-disciplines als 'federatieve' eenheid, de projectgroepen JGZ. Dat het hoofd JGZ minder 'scores' heeft, was te verwachten aangezien sinds 1992 geen afdeling meer JGZ bestond.

Breder in de GGD wordt vooral de directeur vaak genoemd, naast het MT en de epidemioloog. Andere lijnafdelingen spelen nauwelijks een rol, andere staffuncties (GVO, beleidsmedewerker) worden wel een redelijk aantal malen genoemd.

Buiten de GGD vallen in het zorgveld direct de thuiszorg (JGZ 0-4), het onderwijsveld (vooral scholen, maar ook de onderwijsbegeleidingsdienst) en de RIAGG op. Vooral bij de interviews wordt de Jeugdzorg ook vrij vaak genoemd. Bestuurlijk lijken de gemeentebesturen veel belangrijker dan het GGD-bestuur.

Landelijke actoren worden weinig genoemd. Alleen andere GGD'en, die protesteerden tegen het Plan Jeugd, en de rijksoverheid / Ministerie van VWS (samen genomen) worden meer dan 5 maal genoemd.

Op basis van overzicht 5.4.1, ondersteund door de sociomatrix van machtsafhankelijkheidsrelaties in paragraaf 5.5, is een analyse verricht van beleidsarena's binnen het beleidsnetwerk. De gegevens lijken erop te duiden dat er sprake is van drie arena's: een JGZ-interne arena, een GGD-interne arena en een GGD-externe arena. Vooral na 1992 is voor externen het onderscheid JGZ en GGD niet goed meer te maken, omdat er geen afdeling JGZ meer bestaat. Het is daarmee waarschijnlijk dat er vanaf 1992 feitelijk slechts twee beleidsarena's bestaan: de GGD-interne en de GGD-externe.

De kwalitatieve en de kwantitatieve analyse gecombineerd

Zowel uit de kwalitatieve als de kwantitatieve analyse blijkt dat de directeur een belangrijke actor is. Ook de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen komen in beide benaderingen als belangrijk naar voren, evenals de jeugdarts-epidemioloog, de projectgroepen JGZ en de regioteamleiders. Het beeld voor het hoofd JGZ is op het eerste gezicht minder duidelijk. In

de kwalitatieve analyse, waarin een uitsplitsing in besluitvormingsrondes kon worden gemaakt, blijkt dat het hoofd JGZ in de eerste ronde wel en in de latere rondes geen belangrijke actor is. In de kwantitatieve analyse, waar deze detailanalyse niet mogelijk was, komt het hoofd JGZ daardoor niet prominent naar voren.

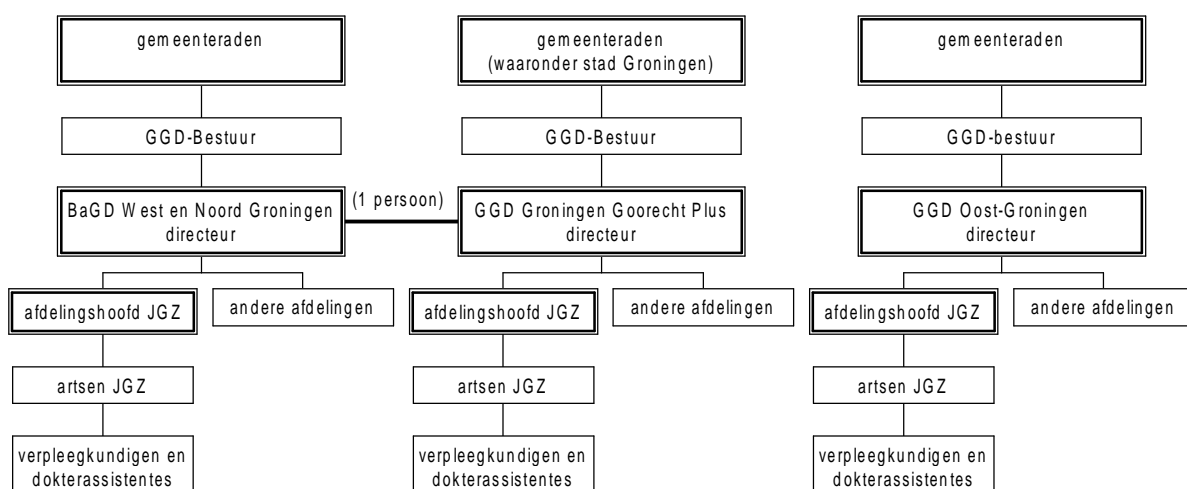
Opmerkelijk is dat enkele actoren die in de kwantitatieve analyse vaak worden genoemd, in de kwalitatieve analyse niet prominent naar voren komen. Dit betreft bijvoorbeeld de gemeentebesturen, die in de kwalitatieve analyse onbelangrijk lijken, maar blijkbaar op de achtergrond wel een rol spelen in bijvoorbeeld de formele besluitvorming. Ze worden immers vaak als actor genoemd. Ook de thuiszorg (JGZ 0-4) wordt veel genoemd. Dit betreft blijkens het 'verhaal' vooral pogingen tot invloed, die niet succesvol zijn geweest. Hetzelfde geldt voor het onderwijsveld. Het relatief hoge aantal scores van de RIAGG is minder goed te verklaren. Wel is het zo dat de RIAGG in het 'verhaal' met name is genoemd als een van de instellingen waaraan het Plan Jeugd werd uitgelegd. Mogelijk heeft de RIAGG op de achtergrond een belangrijke invloed op het zorgveld in de regio.

De kwalitatieve analyse duidt vóór 1992 op het bestaan van een JGZ-interne en een GGD-interne arena. Na 1992 kan dat onderscheid niet meer gemaakt worden. In de derde ronde is er wel duidelijk sprake van een GGD-externe arena. De sociomatrix over het gehele beleidsproces, die in paragraaf 5.5 wordt besproken, duidt over de gehele periode op drie arena's: een JGZ-interne, een GGD-interne en een GGD-externe.

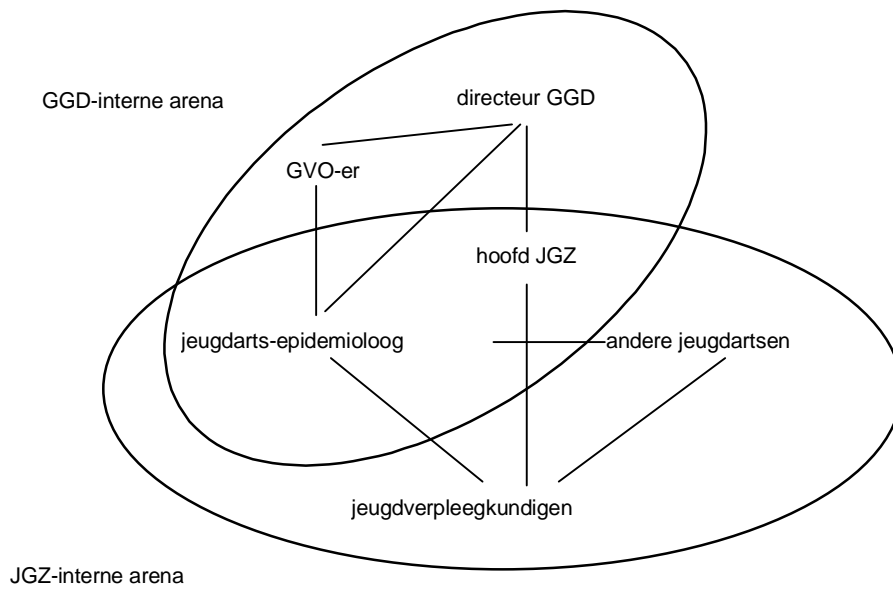
Schematisch zien de organogrammen van de GGD'en in de provincie Groningen en de beleidsarena's rond het algemeen JGZ-beleidsproces in achtereenvolgens de BaGD WNG (eerste ronde: schema 5.4.2 en 5.4.3), de GGD GSO (tweede en derde ronde: schema 5.4.4, 5.4.5 en 5.4.6) en de GGD Groningen (vierde ronde: schema 5.4.7 en 5.4.8) er als volgt uit. Het niveau van de Hulpverleningsdienst (waar de GGD GSO als organisatie onderdeel van uitmaakt) is uit de organogrammen weggelaten. Dit organisatieniveau speelt in het beleidsproces namelijk geen enkele rol.

In de eerste ronde:

Schema 5.4.2: GGDen in de provincie Groningen in 1989

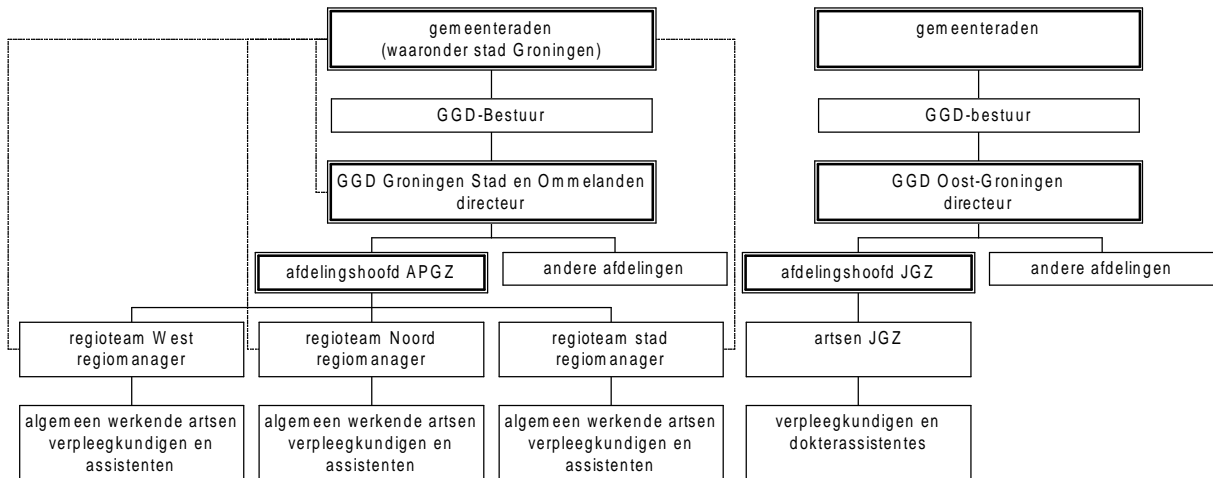


Schema 5.4.3: Actoren in de eerste ronde

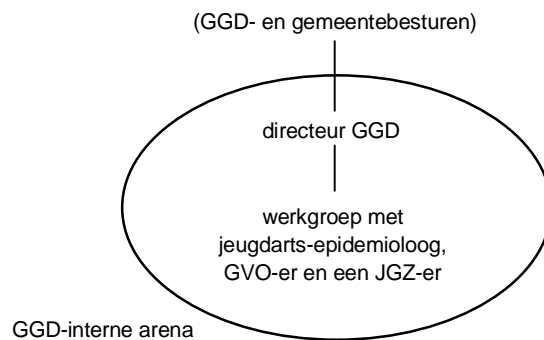


In de tweede en derde ronde:

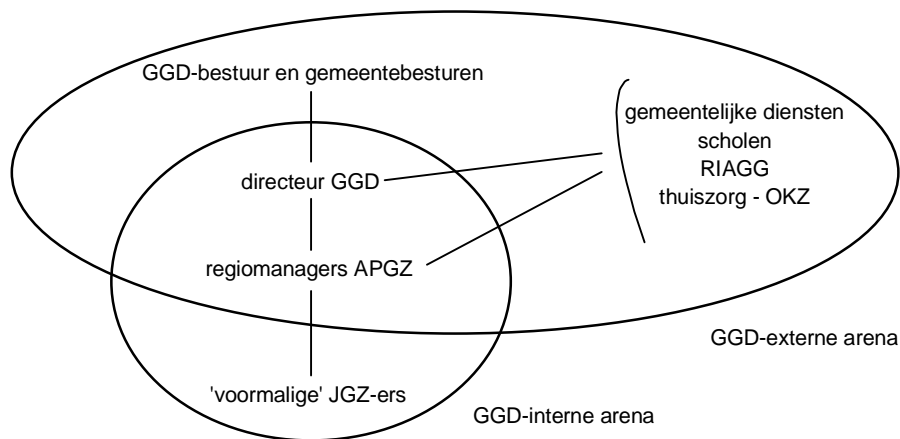
Schema 5.4.4: GGDen in de provincie Groningen in 1992



Schema 5.4.5: Actoren in de tweede ronde

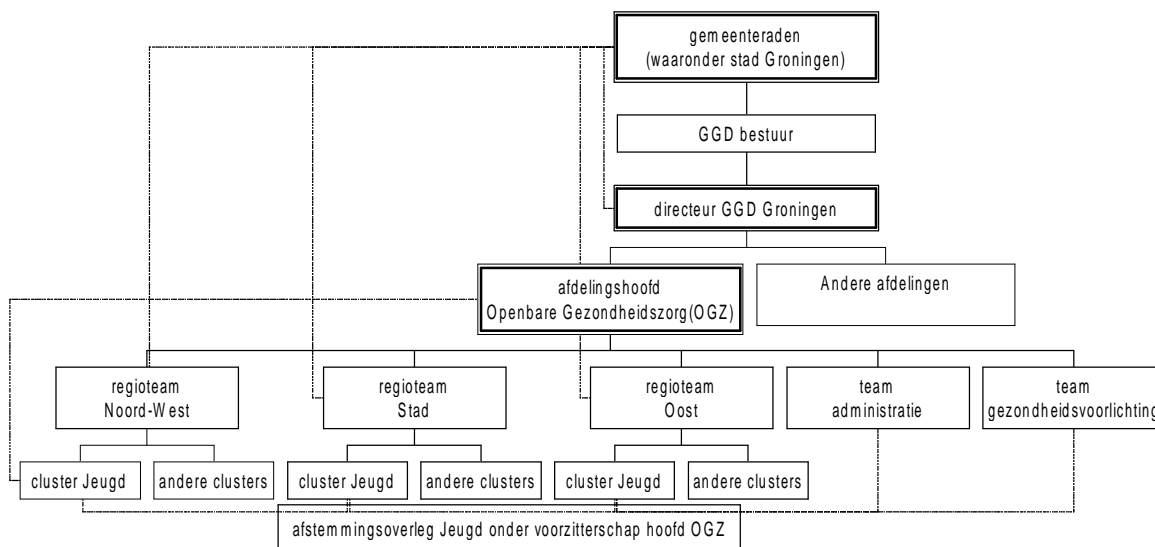


Schema 5.4.6: Actoren in de derde ronde

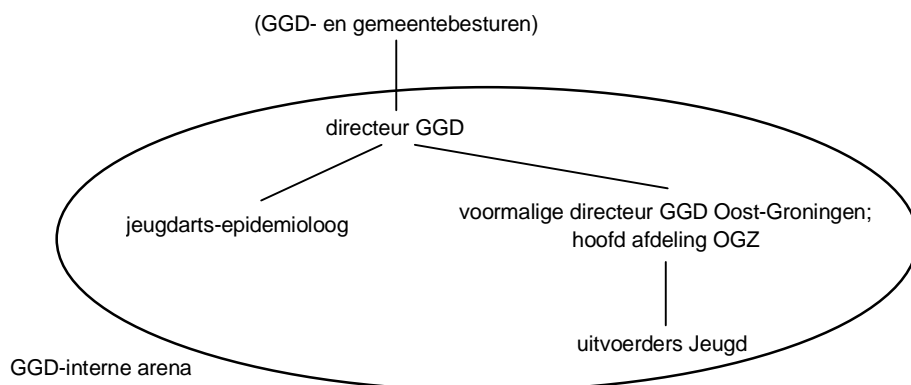


In de vierde ronde:

Schema 5.4.7: GGD Groningen vanaf 1997



Schema 5.4.8: Actoren in de vierde ronde



5.5 Invloed en macht: hulpbronnen en machtsafhankelijkheidsrelaties

Kwalitatieve analyse

Voor de kwalitatieve analyse van hulpbronnen en macht is in de reconstructie in paragraaf 5.2 nagegaan welke hulpbronnen actoren hebben gebruikt en welke actoren machtig waren (zie ook paragraaf 3.2.2, 3.5.2 en 3.5.3).

In het gehele beleidsproces blijkt de directeur de machtigste actor. Zijn macht lijkt hij vooral te ontleen aan de inzet van de hulpbron 'formele bevoegdheden', die is gerelateerd aan zijn positie in de formele GGD-organisatie. De directeur geeft in de eerste besluitvormingsronde bijvoorbeeld aan het hoofd JGZ de opdracht om het beleid aan te passen.

Hoofd JGZ, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen zijn in het gehele proces afhankelijk van de directeur. In de eerste ronde kunnen ze de wensen van de directeur nog tegenwerken. De machtsrelatie is in deze fase wederkerig. De directeur krijgt ook na inzet van een adviesbureau het gewenste nieuwe beleid niet uitgewerkt. Het proces verzandt in een discussie over het wel of niet uitvoeren van PGO's. De JGZ-ers zetten vooral de hulpbron menskracht in, en in mindere mate de hulpbron deskundigheid (in de discussie over het nut van PGO's). In deze ronde zet de jeugdarts-epidemioloog een verrichtingenregistratie op, die hem geen duidelijke macht, maar wel invloed verschaft. Door de uitkomsten van de verrichtingenregistratie te presenteren beïnvloedt hij de discussie over het nut van de PGO's. Dit kan worden beschouwd als inzet van de hulpbronnen deskundigheid en toegang tot informatie.

In de tweede ronde concentreert de macht zich bij de werkgroep van de directeur, de jeugdarts-epidemioloog, de GVO-er en een JGZ-er. Toch lijken meer de afzonderlijke leden machtig, en dan vooral de directeur, dan de groep als geheel. De hulpbronnen die zij inzetten zijn deskundigheid en menskracht (initiatief en arbeidstijd bij het schrijven van het Plan Jeugd). De directeur zet weer formele bevoegdheden in (bij het vaststellen van het plan), maar ook relaties met belangrijke derden (het GGD-bestuur en de gemeentebesturen).

In de derde ronde, in de implementatiefase van het Plan Jeugd, blijkt dat de (voormalige) JGZ-ers niet helemaal machteloos zijn. Door 'problemen bij de implementatie', verloopt de invoering van het plan moeizaam. Dit duidt vooral op de inzet van de hulpbron menskracht door in het gedrag een tijdlang vast te blijven houden aan de oude werkwijze. De jeugdarts-epidemioloog lijkt hier invloedrijk omdat deze de evaluatie van het Plan Jeugd uitvoert, via de inzet van deskundigheid en toegang tot informatie.

Hoewel het 'verhaal' dit niet expliciet aanduidt is het in de vierde ronde waarschijnlijk de directeur GGD GSO die in de aanloop naar de fusie met de GGD Oost-Groningen, het 'Groningse model' als vanzelfsprekend model voor de fusie-GGD beschouwt. Het feit dat dit niet duidelijk wordt teruggevonden kan ermee te maken hebben dat dit zo vanzelfsprekend was, zeker na de evaluatie van het Plan Jeugd, dat dit nergens duidelijk is afgesproken. Het betreft een gecombineerde inzet van formele bevoegdheden (als grootste en machtigste fusiepartner) en toegang tot informatie en deskundigheid (gebaseerd op de evaluatie van het Plan Jeugd). Het hoofd OGZ is machtig bij het opstellen van het beleidsplan OGZ (menskracht en formele bevoegdheden).

Kwantitatieve analyse

Voor de kwantitatieve analyse van invloed en macht is nagegaan in hoeveel gegevensbronnen aanwijzingen zijn aangetroffen voor het gebruik van hulpbronnen door actoren in dit beleidsproces (zie ook paragraaf 3.2.3 en 3.4.2). Ook is nagegaan welke machtsafhankelijkheidsrelaties kunnen worden afgeleid uit de gegevensbronnen (zie ook paragraaf 3.4.1). De resultaten over beide aspecten van invloedsuitoefening worden in matrices weergegeven. De

cijfers betreffen het aantal gegevensbronnen waarin een aanwijzing is aangetroffen voor de inzet van een hulpbron door een actor c.q. een machtsrelatie tussen actoren. Een derde aspect van macht betreft de positie van de actoren in het formele organogram. De organogrammen zijn reeds weergegeven in paragraaf 5.4.

Hulpbronnengebruik

De aangetroffen hulpbronnen zijn in matrix 5.5.1 weergegeven. De cijfers op de bovenste rij van de matrix duiden de verschillende hulpbronnen aan. In het nevenstaande kader is de betekenis van de verschillende cijfers kort weergegeven. Als leesvoorbeeld, voor de directeur GGD zijn tien aanwijzingen gevonden dat deze de formele bevoegdheden heeft ingezet en één voor de hulpbron geld.

Betekenis cijfers in de matrix gebruik van hulpbronnen:

1. formele bevoegdheden
2. geld
3. menskracht
4. andere fysieke middelen
5. mobiliseren van wet- en regelgeving
6. toegang tot de doelgroep
7. relaties met belangrijke derden
8. ervaring
9. deskundigheid
10. persoonlijke vaardigheden
11. toegang tot informatie
12. reputatie en vertrouwen

De matrix is voor de overzichtelijkheid gesplitst in delen, evenals matrix 5.4.1.

Matrix 5.5.1: Gebruik van hulpbronnen												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. GGD-intern												
GGD-algemeen	4	1	6		1		5		5		4	
Directeur GGD	10	1	3		2						2	
MT	5									1		
GVO-functionaris	1		4						1	2		
Epidemioloog	1		2						2			
Beleidsmedewerker			2								1	
Ondernemingsraad	1						1					
JGZ-algemeen	1		5		3		1		3		2	
Hoofd JGZ	3		2				1			1		
Regiomanagers	1		1									
Disciplines JGZ			6		1		1		3	1		
Artsen JGZ			4		1	2	1		5	2	1	
Verpleegkundigen JGZ			10						1	1	1	
Assistentes JGZ			4						1			
Logopedisten			2									
Prominente medewerkers JGZ			2						1			
Projectgroep JGZ			1						2		1	1
Andere afdelingen algemeen			1									
Prominente medewerkers andere afd.									1			

Matrix 5.5.1: Gebruik van hulpbronnen - vervolg 1												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2. Extern regionaal inhoudelijk												
Provinciale jeugdartsenkring									1			
JGZ 0-4			5				6		3		1	
Bureau Vertrouwensarts							2		1			
Raad voor de Kinderbescherming							1		1			
Bureau Jeugdzorg			1						2			
Andere jeugdzorginstellingen							1		1		1	
Onderwijsveld algemeen			2			4	2				3	
Scholen BaO			1			2						
Schoolbegeleidingsdienst			1				3		1			
Zorginstellingen algemeen				1			1					
Huisartsen			2				1		1		1	
Tandartsen							1					
Andere regionale beroepsgroepen							1		1			
Welzijnswerk			3				2		2		1	
RIAGG							4		3		1	
Overig regionaal inhoudelijk				1								
Adviesbureaus									2			

Matrix 5.5.1: Gebruik van hulpbronnen - vervolg 2												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
3. Regionaal bestuurlijk												
GGD-bestuur	1											
Gemeenten bestuurlijk algemeen	8	8	3								2	
Gemeenteraad	2	1										
Wethouder volksgezondheid	1											
Gemeenten ambtelijk algemeen	1	1					1					
Ambtenaar onderwijs							1		1			
Ambtenaar jeugdbeleid	2	1	1				1					
Provincie algemeen		1							1		1	
Gedeputeerde volksgezondheid			1									
Regionale inspectie VG	2				1		1		1			1
4. Landelijk												
Rijksoverheid algemeen	4		1									
Ministerie van VWS	3	2							2			
TNO-PG									1			
GGD Nederland			1						1			
Andere (prominente) GGD'en			1				1					
Totaal	52	16	78	2	9	8	41	0	51	8	24	2

In de matrix zien we dat het gebruik van de hulpbronnen menskracht (78x), formele bevoegdheden (52x), deskundigheid (51x) en relaties met belangrijke derden (41x) duidelijk domineren. Daarna volgen de ook nog redelijk vaak genoemde hulpbronnen toegang tot informatie (24x) en geld (16x). De overige hulpbronnen komen beduidend minder voor.

Het gebruik van hulpbronnen is niet bij alle actoren uit het beleidsnetwerk gelijk. Binnen de JGZ valt op dat vooral de hulpbronnen menskracht (sterk bij de verpleegkundigen) en deskundigheid (vooral bij de artsen) hoog scoren. Vooral de artsen JGZ blijken veel verschillende hulpbronnen te gebruiken. Ook bij JGZ-algemeen zien we veel verschillende hulpbronnen.

Breder binnen de GGD zien we dat formele bevoegdheden domineert, vooral bij directeur, MT en GGD-algemeen. Bij directeur en GGD-algemeen zien we ook gebruik van veel verschillende hulpbronnen. Ook menskracht (hier vooral initiatief nemen), deskundigheid en toegang tot informatie zijn vrij vaak ingezet.

Buiten de GGD zien we in het zorgveld geen inzet van formele bevoegdheden. Wel worden menskracht, relaties en deskundigheid veel ingezet. Dit houdt verband met het ontbreken van formele bevoegdheden in de relaties tussen GGD en zorgveld. JGZ 0-4 en onderwijsveld vallen op door hun grote totale hulpbronnengebruik.

Heel anders is dit bij de regionaal bestuurlijke actoren. Hier vallen vooral het gebruik van de hulpbronnen formele bevoegdheden en geld op, vooral bij gemeentebesturen. Op ambtelijk niveau zien we ook wel enig gebruik van andere hulpbronnen.

Bij de landelijke actoren zien we vooral gebruik van formele bevoegdheden (Ministerie) en deskundigheid. Deze observatie is echter op een beperkt aantal scores gebaseerd.

Machtsafhankelijkheidsrelaties

In matrix 5.5.2 zijn de machtsafhankelijkheidsrelaties uitgezet die in de onderzochte tekstbronnen en/of interviews zijn aangetroffen. Als uiteengezet in paragraaf 3.4.2, geven de cijfers in de matrix het volgende aan: het aantal malen dat aanwijzingen zijn aangetroffen dat de actor in de horizontale rij (langs de y-as van de matrix) afhankelijk is van de actor in de verticale kolom (langs de x-as van de matrix).

Matrix 5.5.2: Machtsafhankelijkheidsrelaties algemeen JGZ-beleid GGD GSO.

y \ x	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
01 GGD-algemeen		1			1			1				1								1			6	1		1		4	1
02 directeur				1	2	1		2				1	1																
03 MT								1	1	1								1											
04 GVO-ers		1			1	1		5				2																	
05 epidemiologen		1		1				3				1																	
06 beleidsmedewerker				1	1							1																	
07 OR	1				1																								
08 JGZ-algemeen	2	6	5	5	4	1						1	1	4		3	1		3	2	1	1	7	2	1	4	1	6	1
09 management JGZ			1															1											
10 hoofd JGZ		1												1									1						
11 regiomanagers		1		1																			1						
12 disciplines JGZ				2	2	1		1	1							1													
13 artsen	1	1				1			1				3	1									1						
14 verpleegkundigen										1	1		7	1	1														2
15 assistentes														1	1														
16 logopedisten	1		1					2	1	1	1	1	1	1	1								1						
17 jeugdtdanzorg								1																					
18 projectgroep JGZ		2	1					1	1				1	1						1									
19 andere afdelingen								3																					
20 prominenten and. afd.	1							1																					
21 jeugdzorginstellingen alg.																													
22 prov. kring verpleegkundigen								1																					
23 JGZ 0-4	6							6	1	1		1														1			
24 bureau vertrouwensarts	1							2																					
25 raad v.d. kindbescherming								1																					
26 bureau jeugdzorg	1							2															1						
27 and. regionale jeugdzorginst.								1																					
28 onderwijsveld	2							4						1															
29 scholen BaO	1																												
30 scholen SO								1																					
31 schoolbeg. dienst								5																					
32 zorginstellingen alg.								1																					
33 huisartsen	1							2																					
34 tandartsen	1																												
35 andere lokale/regionale disciplines	1																												
36 welzijnswerk	1							2																					
37 RIAGG	1							6																					
38 CAD								3																					
39 Universiteit								2																					
40 overig lokaal/regionaal inhoudelijk																													
41 GGD-bestuur																													
42 gemeentebestuur algemeen	1																						1						
43 gemeenteraden																													
44 wethouders volksgez.												1																	
45 gemeente ambtelijk												1	1																
46 ambtenaren volksgezondheid																													
47 ambtenaren onderwijs	1																												
48 ambtenaren jeugdbeleid	2							1																					
49 provincie algemeen																													
50 regionale inspectie GZ	1																												
51 rijksoverheid algemeen																													
52 Ministerie van VWS																													
53 landelijke ond. instellingen								1																					
54 Trimbos instituut								1																					
55 wetenschappelijke/beroepsver.								1																					
56 LSVGGD								1																					
57 GGD Nederland	1							1																					
58 prominente GGD'en	1							2																					
TOTAAL x	29	14	8	11	12	5	0	68	2	6	5	9	11	13	2	7	1	2	4	4	1	1	19	3	1	6	1	12	2

																													totaal machtsrate				
30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	TOTAAL y	n = x + y	r = x/(x+y)		
			1	1	1	1	2				2	4		1		1	1	3		2		1					1	1	41	70	0,41		
																													8	22	0,64		
																													4	12	0,67		
																													10	21	0,52		
																													6	18	0,67		
																													3	8	0,63		
																													2	2			
	5	2	2			2	7	3	2			5		1				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	103	171	0,40
																													2	4			
																													3	9	0,67		
												1		1	1														6	11	0,45		
															1														9	18	0,50		
																							1						10	21	0,52		
																													13	26	0,50		
										1																			3	5	0,40		
																													12	19	0,37		
																													1	2			
																													8	10	0,20		
																													3	7	0,57		
						1																							3	7	0,57		
																													0	1			
																													1	2			
													1																17	36	0,53		
																													3	6	0,50		
																													1	2			
																													4	10	0,60		
																													1	2			
																													7	19	0,63		
																													2	4			
											1																		1	1			
																													5	10	0,50		
																													1	3			
																													3	6	0,50		
																													1	2			
																													1	2			
												1																	5	9	0,44		
																													7	16	0,56		
																													3	6	0,50		
																													2	4			
																													0	1			
																													0	3			
																													2	14	0,86		
																													0	1			
																													2	6	0,67		
																													3	3			
																													0	1			
																													1	2			
																													4	8	0,50		
																													0	1			
																													2	6	0,67		
																													0	1			
																													0	4			
																													1	2			
																													1	2			
																													1	2			
																													1	2			
																													2	4			
																													1	2			
																													2	4	0,50		
																													4	8			
0	5	2	3	1	1	4	9	3	2	1	3	12	1	4		1	1	4	1	4	1	4	1	1	1	1	1	2	4	339			

De matrix moet als volgt worden gelezen: voor de directeur GGD (nummer 02 in de matrix) is tweemaal aangetroffen dat deze als afhankelijk van de epidemioloog (nummer 05) wordt gezien. Voor de epidemioloog (nummer 05) is éénmaal aangetroffen dat deze als afhankelijk van de directeur GGD (nummer 02) wordt beschouwd. In de matrix kan in de meest rechtse kolom worden afgelezen dat de directeur GGD een machtsrate van 0.64 heeft en de epidemioloog een machtsrate van 0.67. De epidemioloog wordt dus, als het om het vormgeven van algemeen JGZ-beleid gaat, als ongeveer even machtig gezien als de directeur GGD. De berekening van de machtsrate is uitgelegd in paragraaf 3.4.2. Daar is ook al gezegd dat voor actoren met minder dan 5 scores geen machtsrates zijn berekend, omdat toevalsschommelingen een te grote rol spelen.

Voorzichtigheid moet ook worden betracht bij de vergelijking van de absolute machtsrates, vooral tussen actoren in het JGZ/GGD-interne netwerk en het GGD-externe netwerk. De grens tussen beide netwerken loopt over de federatieve actoren JGZ-algemeen en GGD-algemeen. In de matrix is duidelijk zichtbaar dat binnen de GGD veel onderlinge (wederzijdse) machtsafhankelijkheidsrelaties bestaan. De GGD-interne relaties liggen in de matrix in het grijs gekleurde gebied. In relaties van externen met JGZ wordt de afdeling JGZ en zelfs de gehele GGD vaak als een geheel gezien. Daarom wordt in de analyse onderscheid gemaakt tussen het JGZ/GGD-interne en het GGD-externe netwerk. Voor de overzichtelijkheid zijn alle scores desondanks in één matrix ondergebracht.

Voor de beide actoren JGZ-algemeen en GGD-algemeen, die zich op de grensvlakken van de in- en externe netwerken bevinden, zijn veel relaties zijn 'gescoord'. De rijen en kolommen cellen die op deze actoren betrekking hebben zijn in de matrix grijs gekleurd. Zij scoren beide als relatief afhankelijk (respectievelijk 0,40 voor JGZ-algemeen en 0,41 voor GGD-algemeen). De grote aantallen scores op JGZ-algemeen en GGD-algemeen, in verhouding tot bijvoorbeeld het aantal scores voor hoofd JGZ en de directeur GGD, leiden tot de conclusie dat externe machtsafhankelijkheidsrelaties worden beoordeeld als relaties met de afdeling JGZ en/of de GGD als geheel en niet als relaties met individuele actoren.

In de matrix van machtsafhankelijkheidsrelaties valt op dat er maar een beperkt aantal relatief machtige actoren is. De directeur GGD en het MT, de epidemioloog en de beleidsmedewerker zijn op algemeen GGD-niveau machtig als het gaat om het JGZ-beleid. Uit de beschrijving van het beleidsproces blijkt ook dat zij een belangrijke invloed hebben gehad op het ontwikkelen van het Plan Jeugd. De relaties waarop deze machtsrates zijn gebaseerd zijn echter uitsluitend GGD-intern. De relaties met het GGD-externe veld verlopen blijkbaar via de meer 'federatieve' actor GGD-algemeen.

Binnen de JGZ is alleen het hoofd JGZ relatief machtig, terwijl de assistentes, de logopedisten en de project/werkgroepen JGZ relatief afhankelijk zijn. Kijken we alleen naar de machtsrelaties tussen JGZ-interne actoren, dan blijken behalve het hoofd JGZ (0,80) ook de artsen JGZ (0,64) relatief machtig. Er zijn relatief weinig machtsrelaties van binnen de JGZ naar buiten de JGZ. Worden de JGZ-interne relaties bij de berekening van de machtsrates buiten beschouwing gelaten, dan worden voor de afzonderlijk JGZ-interne actoren te weinig scores aangetroffen voor het berekenen van een machtsrate. De relatieve machtspositie van de artsen blijkt vooral te bestaan uit een afhankelijkheidsrelatie tussen de verpleegkundigen en de artsen. Ook de relatieve machtspositie van het hoofd JGZ is vooral gebaseerd op JGZ-interne relaties. De actor JGZ-algemeen scoort zowel in het interne als het externe netwerk als afhankelijk.

Buiten de GGD zijn Jeugdzorg Groningen, het onderwijsveld, de gemeentebesturen, de wethouders volksgezondheid en de regionale inspectie volksgezondheid relatief machtig. Hierbij valt de hoge score op van de gemeentebesturen.

De kwalitatieve en de kwantitatieve analyse van hulpbronnen en machtsafhankelijkheidsrelaties gecombineerd

Zowel in de kwalitatieve als de kwantitatieve analyse van hulpbronnen en machtsafhankelijkheidsrelaties als in het organogram van de GGD, heeft de directeur GGD een machtige positie. Zijn macht ontleent hij vooral aan zijn formele bevoegdheden als directeur. Indien er bij de kwantitatieve analyse van wordt uitgegaan dat de actor GGD-algemeen verwijst naar de directeur GGD, dan blijken er ook duidelijke aanwijzingen te zijn voor de inzet van de hulpbronnen menskracht (vooral initiatief nemen en meeschrijven aan het Plan Jeugd), toegang tot informatie, deskundigheid en relaties. In de matrix van machtsafhankelijkheidsrelaties vinden we aanwijzingen dat de directeur, zeker als we de actor GGD-algemeen aan de directeur koppelen, zijn machtspositie vooral ontleent aan GGD-interne relaties. De relaties met het regionale zorgveld zijn machtsneutraal en in de relaties met het regionaal bestuurlijke veld is de directeur zelfs afhankelijk.

Ook de relatief machtige posities van het MT en de jeugdarts-epidemioloog zijn uitsluitend op GGD-interne relaties gebaseerd. De beleidsmedewerker komt in de kwantitatieve analyse als machtig naar voren, maar in de kwalitatieve analyse niet. Mogelijk heeft hij weliswaar geen duidelijk zichtbare rol gehad in het beleidsproces, maar wel veel invloed achter de schermen. De beleidsmedewerker zit dicht bij de directeur en bleek bijvoorbeeld in de fase vóór de vorming van het Plan Jeugd door de directeur te zijn ingezet als discussieleider in de projectgroep Jeugd. Het MT baseert haar macht op formele bevoegdheden, de GVO'er op menskracht en persoonlijke vaardigheden en de jeugdarts-epidemioloog op menskracht en deskundigheid.

Het hoofd JGZ (in de eerste ronde) valt in de matrix van machtsafhankelijkheidsrelaties op als relatief machtig, wat in de kwalitatieve analyse niet naar voren komt. De machtsrate blijkt vooral gebaseerd op JGZ-interne relaties. Breder in de GGD en daarbuiten is het hoofd JGZ niet machtig. Ook de afdeling JGZ als geheel scoort binnen de GGD afhankelijk. Aangenomen mag worden dat de 'federatieve' actor JGZ-algemeen over het algemeen verwijst naar het hoofd JGZ. Verder zijn binnen de afdeling JGZ geen machtige actoren te onderkennen.

Het hulpbronnengebruik sluit hierbij aan. We zien binnen de afdeling JGZ vooral inzet van de hulpbron menskracht en de hulpbron deskundigheid. Dit blijkt zowel uit de kwalitatieve analyse als uit de kwantitatieve analyse. Vooral bij de jeugdartsen is de inzet van veel verschillende hulpbronnen geconstateerd, maar blijkbaar zonder dat dit tot een machtige positie heeft geleid.

In de kwalitatieve analyse komen we buiten de GGD geen machtige actoren tegen. In de kwantitatieve matrix van machtsafhankelijkheidsrelaties vallen echter wel de gemeentebesturen (en daarbinnen de wethouders volksgezondheid), de regionale inspectie gezondheidszorg, het onderwijsveld en de Jeugdzorg op als relatief machtig. Voor de gemeentebesturen geldt dat zij op formele besluitvormingsmomenten gebruik maken van formele bevoegdheden en geld. Dit gebruik van hulpbronnen kan in de reconstructie van het beleidsproces en in de kwalitatieve analyse daarvan relatief onzichtbaar blijven, indien het slechts formaliteiten betreft. Het geeft weliswaar een belangrijke potentiële machtspositie, maar er is blijkbaar weinig gebruik van gemaakt.

Voor de scholen geldt dat de GGD hen nodig heeft om het Plan Jeugd te realiseren. Hier wordt nogal eens door geïnterviewden naar verwezen. Het gebruik van de hulpbronnen 'toegang tot de doelgroep' en 'toegang tot informatie' verwijst hier ook naar.

Voor de Jeugdzorg is niet duidelijk waarom deze in de kwantitatieve analyse machtig lijkt. Wel is opmerkelijk dat bij de JGZ 0-4 (de thuiszorg) relatief veel hulpbronnengebruik is geconstateerd (vooral menskracht en relaties en in mindere mate deskundigheid), maar dat dit niet heeft geleid tot een hoge machtsrate. Het feit dat de visie van de JGZ 0-4 niet spoorde met de nieuwe beleidsvisie uit het Plan Jeugd is hier mogelijk mede debet aan.

5.6 Referentiekaders

Kwalitatieve analyse

Voor de kwalitatieve analyse van referentiekaders is in de reconstructie nagegaan welke referentiekaders bij welke actoren werden aangetroffen (zie ook paragraaf 3.2.2 en 3.5.4).

De directeur GGD lijkt de eerste twee rondes vooral te opereren vanuit een economisch referentiekader, in enige mate gecombineerd met een wetenschappelijk referentiekader. Hij initieert namelijk het beleidsproces vanuit de perceptie dat hij met dezelfde middelen meer taken moet gaan uitvoeren en dat hij dus schaarste moet verdelen. Bovendien blijven er volksgezondheidsproblemen liggen, terwijl het rendement van de PGO's die de afdeling JGZ uitvoert niet duidelijk is. Ook het politiek-bestuurlijk referentiekader lijkt bij de directeur aanwezig. Hij 'speelt' als het ware met macht bij het sturen van de JGZ-werkgroep en de werkgroep Plan Jeugd in de eerste en tweede beleidsvormingsronde.

De directeur heeft een duidelijk groepsgerichte en risicogerichte opvatting over de JGZ. Deze is in het begin vooral gebaseerd op het feit dat deze aanpak goedkoper is, terwijl de voordelen van de duurdere individugerichte en algemeen gerichte aanpak niet duidelijk zijn.

Het hoofd JGZ lijkt in de eerste ronde een combinatie van een wetenschappelijk en een politiek-bestuurlijk referentiekader te hebben. Het hoofd begint in opdracht van de directeur met een discussie over taken in de JGZ en laat daar eerst geen en later (onder druk van de directeur) in beperkte mate anderen bij toe. Voor de andere JGZ-ers is niet duidelijk een referentiekader te onderkennen. Hoofd JGZ en de andere JGZ-ers hebben een duidelijk individugerichte en algemeen gerichte opvatting over de JGZ, waarbij de praktijk sterk somatisch gericht is.

De jeugdarts-epidemioloog opereert duidelijk vanuit een wetenschappelijk referentiekader. Hij vertaalt de onzekerheid over het nut van PGO's in de eerste ronde in een registratie. Hij motiveert later het Plan Jeugd met informatie over de gezondheid van de jeugd en voert uiteindelijk een evaluatieonderzoek over het Plan Jeugd uit. Hij heeft een groepsgerichte en risicogerichte opvatting over de JGZ.

Voor de meeste andere actoren is het moeilijk op basis van het 'verhaal' een referentiekader vast te stellen.

Kwantitatieve analyse

Per actor is in de tekstbronnen en interviews nagegaan hoe vaak deze gerelateerd kon worden aan één van de vier referentiekaders. In de tabel is het aantal gegevensbronnen weergegeven waarin een aanwijzing is gevonden die een bepaald referentiekader in verband brengt met een bepaalde actor (zie ook paragraaf 3.2.3 en 3.4.3).

Helaas was het niet voor alle actoren mogelijk referentiekaders te bepalen, wegens het ontbreken van aanwijzingen daarvoor in de gegevensbronnen. Voor de belangrijkste actoren in het beleidsnetwerk was dit wel mogelijk.

In overzicht 5.6 valt meteen op dat het wetenschappelijk referentiekader en het politiek-bestuurlijk referentiekader domineren. Het wetenschappelijk referentiekader domineert vooral binnen de JGZ, het politiek-bestuurlijk vooral in het management van de GGD en de JGZ en bij de gemeentelijke actoren. Het economisch referentiekader wordt beperkt aangetroffen bij de directie GGD en de bestuurders. Het juridisch referentiekader is vrijwel afwezig. In het bijzonder de directeur (vooral wanneer we deze combineren met de actor GGD-algemeen) combineert duidelijk verschillende referentiekaders. Bij de GGD-externen inhoudelijke actoren zien we uitsluitend een wetenschappelijk referentiekader.

Overzicht 5.6: Referentiekaders van actoren op basis van aanwijzingen in tekstbronnen en interviews.

	wetenschappelijk	economisch	juridisch	politiek-bestuurlijk
1. GGD-interne actoren				
GGD-algemeen	6	2		3
Directeur GGD		2		4
MT				1
Epidemiologen	1			1
Beleidsmedewerker				1
OR				1
JGZ-algemeen	8			2
Hoofd JGZ	3	1		2
Regiomanagers	1			3
Disciplines JGZ	2		1	2
Artsen JGZ	4			
Verpleegkundigen JGZ	4			
Assistentes JGZ	1			
Logopedisten	1			
Prominente medewerkers JGZ				1
project/werkgroep JGZ		1		1
2. Extern regionaal inhoudelijk				
JGZ 0-4	1			
Onderwijsveld algemeen	2			
Scholen BaO	1			
3. Regionaal bestuurlijk				
GGD-bestuur	1	2		2
Gemeente bestuurlijk		1		2
Beleidsambtenaar volksgezondheid				1
Beleidsambtenaar jeugdbeleid				1
Regionale inspectie gezondheidszorg	1		1	
4. Landelijk				

De kwalitatieve en de kwantitatieve analyse gecombineerd

In zowel de kwalitatieve als de kwantitatieve analyse laat de directeur GGD vooral een economisch en een politiek-bestuurlijk referentiekader zien. Bij het hoofd JGZ treffen we in de eerste ronde een gecombineerd wetenschappelijk en politiek-bestuurlijk referentiekader aan. De uitvoerende JGZ-ers lijken vooral wetenschappelijk te denken.

Het beeld van de jeugdarts-epidemioloog is niet geheel duidelijk. In de kwalitatieve analyse komt deze naar voren met een wetenschappelijk referentiekader. In de kwantitatieve analyse is dit door het geringe aantal aanwijzingen in tekstbronnen en interviews niet zo duidelijk. Doordat de jeugdarts-epidemioloog vaak namens de GGD schrijft, zijn de aanwijzingen ook vaak beoordeeld als behorende bij de actor GGD-algemeen.

Ook voor de regiomanagers komt geen duidelijk beeld naar voren. Het politiek-bestuurlijk referentiekader lijkt het sterkst, maar ook het wetenschappelijk referentiekader lijkt aanwezig. Bij de bestuurlijke actoren lijken op basis van vooral de kwantitatieve analyse het politiek-bestuurlijke en het economisch referentiekader het sterkst aanwezig.

5.7 Gebruik van kennis

Kwalitatieve analyse

Voor de kwalitatieve analyse van kennisgebruik is in de reconstructie nagegaan welk gebruik van kennis kon worden vastgesteld (zie ook paragraaf 3.2.2 en 3.3.2).

Gebruik van wetenschappelijke kennis is in het beleidsproces in enkele besluitvormingsrondes duidelijk aan te wijzen. Om te beginnen is in de eerste ronde een verrichtingenregistratie opgezet om de vraag van de nieuwe directeur over het nut van PGO's te kunnen beantwoorden. Toen daaruit bleek dat de effectiviteit van de PGO's gering

was, bracht de jeugdarts-epidemioloog deze informatie in het beleidsproces in. Dit gebruik betreft rationeel gebruik van recente, GGD-interne, medisch-inhoudelijke feitenkennis.

In de tweede ronde zijn de beleidskeuzen in het Plan Jeugd uitgebreid gemotiveerd met epidemiologische informatie over de gezondheid van de kinderen in de regio. Het Plan Jeugd zelf leest bijna als een epidemiologisch rapport. Dit gebruik betreft deels gevestigde, deels 'recente', GGD-interne en (inter)nationale, medisch-inhoudelijke (en in mindere mate sociaal-wetenschappelijke) feiten- en modellenkennis. Het is deels rationeel en deels rationaliserend gebruik van kennis. Enerzijds ondersteunden namelijk objectieve feiten (het bestaan van risicogroepen en de geringe effecten van PGO's) de gemaakte keuzen. Anderzijds was echter de keuze al gemaakt om PGO's te laten vervallen en meer gericht op risicogroepen te gaan werken en werd daar ondersteunende kennis bij gezocht.

In de derde ronde is een evaluatie verricht van de effecten van het Plan Jeugd op de gezondheid van de Groningse jeugd. Ook is de mening over het plan onderzocht van de medewerkers en klanten van de GGD op het gebied van jeugd. Deze evaluatie heeft het continueren van de aanpak uit het Plan Jeugd ondersteund en geleid tot aanpassingen in de aansturing en communicatie hierover. Dit betreft rationeel gebruik van vooral recente GGD-interne en (inter)nationale, medisch-inhoudelijke (en in mindere mate sociaal-wetenschappelijke) feitenkennis. Ook hier geldt dat de gebruikte terminologie wijst op een defensieve opstelling en daarmee op een in elk geval gedeeltelijk rationaliserend gebruik van kennis. Er wordt namelijk gesproken over: 'onderbouwen dat het Plan Jeugd niet tot de gevreesde verslechtering van de gezondheid van de jeugd heeft geleid'.

In de vierde ronde is geen expliciet kennisgebruik naspeurbaar. Wel is het zo dat de evaluatie van het Plan Jeugd uit de derde ronde, in de vierde ronde impliciet ondersteunend was voor het vasthouden aan het 'Gronings model' bij de fusie van de GGD GSO met de GGD Oost-Groningen. Daarom kan op de vierde ronde hetzelfde kennisgebruik van toepassing worden verondersteld als in de derde ronde.

Verder blijken op detailniveau in de loop van de jaren epidemiologische gegevens te worden gebruikt bij discussies over bijvoorbeeld de aanpak van het roken, toen dat ondanks de aanpak in GVO-verband toch bleef toenemen. In de interviews kwam nog naar voren dat resultaten uit onderzoek ook worden gebruikt in pogingen om projectgelden te verwerven en om de ontwikkeling van de vensterscholen te ondersteunen. Dit betreft enerzijds gegevens uit de gezondheidsenquêtes en andere afzonderlijke GGD-onderzoeken. Anderzijds betreft het gegevens uit de jeugdmonitor, die jaarlijks wordt uitgevoerd als onderdeel van de bredere monitor die de gemeente Groningen uitvoert. Keuzen in het dagelijkse werk worden echter vooral gemaakt op basis van de dagelijkse ervaringen.

Kwantitatieve analyse

De verschillende vormen van gebruik van wetenschappelijke kennis in het beleidsproces zijn kwantitatief in beeld gebracht aan de hand van scores op de verschillende bronnen en interviews. De cijfers in matrix 5.7 betreffen het aantal gegevensbronnen waarin aanwijzingen zijn gevonden voor het betreffende gebruik van onderzoek door een actor (zie ook paragraaf 3.2.3 en 3.3.1).

In 18 gegevensbronnen zijn aanwijzingen gevonden voor gebruik van 'body of knowledge' kennis en in 25 voor gebruik van recente kennis. Het kennisgebruik was vooral rationeel, maar ook een aantal malen rationaliserend. De meeste kennis was GGD-intern geproduceerd (verrichtingenregistratie en lokaal epidemiologisch onderzoek), maar ook de (inter)nationale literatuur is vaak geraadpleegd. Medisch inhoudelijk onderzoek is het meest gebruikt, maar ook gebruik van organisatorische kennis is vrij vaak aangetroffen.

Een deel van de scores betreft het gebruik van onderzoek voor het adviseren over gemeentelijk gezondheidsbeleid bij de gemeenten in het werkgebied van de GGD GSO. De GGD gebruikt deze gegevens om op basis van professionele en epidemiologisch kennis de gemeenten te adviseren. In het verleden werd onderzoek gepresenteerd in de vorm van dikke rapporten. Deze werden door het GGD-bestuur en de gemeentebesturen minder gewaardeerd en nauwelijks gelezen. Tegenwoordig wordt gewerkt met fact sheets per onderwerp. Dit betreft weliswaar gebruik van wetenschappelijke kennis, maar niet primair in het algemeen JGZ-beleidsproces.

Matrix 5.7: Aanwijzingen voor kennisgebruik door actoren in tekstbronnen en interviews.

Actoren	Aard van de kennis		Inhoudelijk kennisdomein			Mate van acceptatie		Herkomst		Wijze van gebruik	
	Feiten-kennis	Modellen kennis	Medisch inhoudelijk	Sociaal wetensch.	Overig	Gevestigde kennis	'Recente' kennis	Regionaal	(Inter)-nationaal	Rationeel	Rationaliserend
GGD-algemeen	4	3	4	2	2	4	5	7	4	5	4
Directeur GGD	1				1	1	1	1		1	
Epidemiologen	1				1		1	1		1	
JGZ-algemeen	11	4	10	1	3	3	11	9	4	10	1
Hoofd JGZ						1					
Regiomanagers	1		1				1	1			1
Disciplines JGZ			3	1		3	2		2	1	
Artsen JGZ	1		1				1	1		1	
Verpleegk. JGZ						1			1	1	
Logopedisten	1		1	1			1	1	1		
Projectgroep JGZ		2	2			3	1		2		
JGZ 0-4						1					
Adviesbureaus					2		1	1			
Beleidsambt. jeugdbeleid	1			1	1		1	2		1	1
Regionale insp. gez.zorg	2		1			1		1	1	1	
TOTAAL	23	9	23	6	9	18	25	25	15	22	7

De kwalitatieve en de kwantitatieve analyse gecombineerd

In zowel de kwalitatieve als de kwantitatieve analyse wordt zowel gebruik van recente, mogelijk nog omstreden, kennis als gebruik van gevestigde 'body of knowledge'-kennis aangetroffen. De gebruikte kennis is in beide analyses ook veel vaker epidemiologische feitenkennis dan theoretische-modellenkennis en vooral vaak medisch inhoudelijke kennis. Het betreft vooral rationeel gebruik, maar ook rationaliserend. Dit laatste komt vooral voor bij het motiveren van het Plan Jeugd en de evaluatie van hetzelfde plan.

De grootste gebruikers van onderzoek verschillen tussen beide analyses. In de kwalitatieve analyse is de (jeugdarts)-epidemioloog een belangrijke kennisgebruiker, maar in de kwantitatieve analyse niet. Deels kan dit te maken hebben met de eerder genoemde veronderstelling dat de epidemioloog anoniem schreef voor de GGD en daarmee in de kwantificerende analyses minder herkenbaar is. Voor een deel suggereert de kwantitatieve analyse echter ook dat de epidemioloog wellicht meer als een producent dan als een gebruiker van kennis moet worden gezien. De directeur GGD komt uit beide analyses naar voren als een belangrijke kennisgebruiker.

De disciplines JGZ hebben blijkens de kwantitatieve analyse medisch-inhoudelijke kennis gebruikt. De wijze van kennisgebruik en de herkomst van de kennis was minder goed te karakteriseren. In de kwalitatieve analyse komen de JGZ-disciplines niet naar voren als belangrijke kennisgebruikers. Het kennisgebruik door de JGZ-disciplines is waarschijnlijk diffuus verdeeld over verschillende kleinere problemen. Een van de geïnterviewden vertelde namelijk dat JGZ-medewerkers, als ze problemen in het werk tegenkomen, vaak de literatuur raadplegen.

5.8 Het variabelenpatroon

In deze paragraaf worden eerst per besluitvormingsronde de netwerkenmerken en het gebruik van onderzoek op een rij gezet. Vervolgens wordt op basis van dit overzicht de relatie tussen de afzonderlijke variabelen nader onderzocht.

Overzicht van besluitvormingsrondes

In de datamatrix van besluitvormingsrondes (zie paragraaf 1.4.3 en 3.6.2) worden voor dit beleidsproces vier rondes opgenomen. De waarden van de variabelen in de matrix worden hieronder weergegeven.

Ronde 1 (discussie PGO's in BaGD WNG):

Aanwezige actoren:	Directeur, epidemioloog, GVO-er, hoofd JGZ, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen.
Aanwezige arena's:	JGZ-interne en GGD-interne arena.
Dominante hulpbronnen:	Formele bevoegdheden, menskracht, deskundigheid en toegang tot informatie. Niet homogeen verdeeld.
Machtige actoren:	Directeur, hoofd JGZ en jeugdartsen.
Dominante referentiekaders:	Wetenschappelijk, economisch en politiek-bestuurlijk. Niet homogeen verdeeld.
Besluitvormingskarakteristieken:	Autonoom, niet uitgevoerd niet-besluit met competitie-gerichte interactie.
Kennisgebruik:	Rationeel gebruik van recente, regionale, medisch-inhoudelijke feitenkennis.

Ronde 2 (opstellen Plan Jeugd):

Aanwezige actoren:	Gemeentebesturen, directeur, GVO-er, epidemioloog en jeugdarts.
Aanwezige arena's:	GGD-interne arena.
Dominante hulpbronnen:	Formele bevoegdheden, menskracht, relaties en deskundigheid. Homogeen verdeeld.
Machtige actoren:	Alleen directeur GGD.
Dominante referentiekaders:	Wetenschappelijk, economisch en politiek-bestuurlijk. Homogeen verdeeld.
Besluitvormingskarakteristieken:	Autonoom, uitgevoerd besluit met vermijdingsgerichte interactie.
Kennisgebruik:	Alle vormen van kennisgebruik zijn aangetroffen, behalve gebruik van 'andere' kennis.

Ronde 3 (implementatie en evaluatie Plan Jeugd):

Aanwezige actoren:	Directeur, epidemioloog, jeugdartsen en -verpleegkundigen, JGZ 0-4, RIAGG en scholen.
Aanwezige arena's:	GGD-interne en GGD-externe arena.
Dominante hulpbronnen:	Formele bevoegdheden, menskracht, deskundigheid en toegang tot informatie. Niet homogeen verdeeld.
Machtige actoren:	Directeur GGD en epidemioloog.
Dominante referentiekaders:	Wetenschappelijk en politiek-bestuurlijk. Niet homogeen verdeeld.
Besluitvormingskarakteristieken:	Autonoom, uitgevoerd besluit met competitiegerichte interactie.
Kennisgebruik:	Gebruik van recente feitenkennis, rationeel en rationaliserend, regionaal en nationaal, medisch-inhoudelijk en sociaal-wetenschappelijk.

Ronde 4 (consolidatie Plan Jeugd):

Aanwezige actoren:	Directeur, epidemioloog, hoofd OGZ (waaronder jeugd).
Aanwezige arena's:	Alleen een GGD-interne arena.
Dominante hulpbronnen:	Formele bevoegdheden, menskracht, deskundigheid en toegang tot informatie. Homogeen verdeeld.
Machtige actoren:	Directeur en hoofd OGZ (waaronder jeugd).
Dominante referentiekaders:	Wetenschappelijk en politiek-bestuurlijk. Homogeen verdeeld.
Besluitvormingskarakteristieken:	Autonoom, uitgevoerd besluit met consensusgerichte interactie.
Kennisgebruik:	Gebruik van recente feitenkennis, rationeel en rationaliserend, regionaal en nationaal, medisch-inhoudelijk en sociaal-wetenschappelijk.

De relaties tussen de variabelen

In het beleidsproces valt op dat in de eerste ronde de wederzijdse machtsafhankelijkheidsrelaties leiden tot een competitiegerichte interactie en een 'niet-besluit' dat ook niet wordt uitgevoerd. Deze ronde is geïnitieerd door de vooral economisch en politiek-bestuurlijk denkende directeur. De jeugdarts-epidemioloog brengt in deze ronde kennis uit onderzoek in het proces, maar dat wordt nog niet gebruikt.

Pas in de tweede ronde, waarin de directeur zijn formele bevoegdheden gebruik en de afdeling JGZ grotendeels buiten spel zet, krijgt de jeugdarts-epidemioloog de kans de verzamelde kennis, aangevuld met recente kennis, te gebruiken in het Plan Jeugd. Het lijkt erop dat dit zo goed ging, omdat de kennis aansloot op de veranderwens van de directeur. Verder lijkt van belang dat de jeugdarts-epidemioloog niet uitsluitend wetenschappelijk denkt en dat de directeur open staat voor wetenschappelijke argumentatie. De machtsuitoefening door de directeur leidde in de tweede ronde ook tot een autonoom beslisproces. Doordat in de eerste ronde het beleidsproces verzandde, kon de directeur zich gelegitimeerd voelen tot dit ingrijpen op basis van macht. De deskundige professionals waren er onderling immers niet uitgekomen. Na de beslissing tot invoering van het Plan Jeugd blijkt bij de implementatie dat alsnog de slag met de dan ex-JGZers moet worden gewonnen. Door hier sterk op aan te sturen wordt dit gerealiseerd. Hierbij lijkt kennis geen rol in te spelen.

In de derde en vierde ronde wordt met de evaluatie van het Plan Jeugd de ingezette lijn geconsolideerd. De evaluatie lijkt hier een belangrijke rol in te spelen, omdat deze de lijn steunt. Er is weinig sprake meer van machtsuitoefening.

Referentiekaders en kennisgebruik

In dit beleidsproces lijkt de, vooral economisch en politiek-bestuurlijk maar deels ook wetenschappelijk denkende, directeur strategisch kennis te hebben gebruikt om zijn doelen te ondersteunen. De jeugdarts-epidemioloog, die dezelfde probleemopvatting had als de directeur en niet uitsluitend wetenschappelijk dacht, vormde een coalitie met de directeur om de hervormingen in de JGZ te bewerkstelligen. Deze twee actoren slaan de brug tussen kennis en beleid. Daarbij worden aanwijzingen gevonden voor rationaliserend gebruik van onderzoek. De combinatie van referentiekaders bij de directeur en in mindere mate bij de epidemioloog, lijkt belangrijk voor het verbinden van onderzoek en beleid.

De jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen, waarvan kan worden verwacht dat zij ook toegang hebben tot wetenschappelijke kennis, zetten die kennis niet in het beleidsproces in. Bij hen worden alleen aanwijzingen gevonden voor een wetenschappelijk referentiekader. Het is opmerkelijk dat de JGZ-ers het wetenschappelijk denken niet hebben gecombineerd met meer gebruik van kennis. Dat zou op basis van het theoretisch kader namelijk wel verwacht worden. Blijkbaar gaat een wetenschappelijk referentiekader niet vanzelfsprekend samen met gebruik van wetenschappelijke kennis in beleidsprocessen.

De JGZ-ers worden in de tweede en derde ronde feitelijk buiten spel gezet. Hun eenzijdig medisch-wetenschappelijk denken kan hebben bewerkstelligd dat ze er niet in zijn geslaagd een coalitie tot stand te brengen. Daardoor werd hun deskundigheid door de tegenspelers, de directeur en de projectgroep die het Plan Jeugd schreef, niet meer relevant gevonden. Het door de artsen en verpleegkundigen gebruikte argument van het 'missen' van kinderen met bepaalde problemen door de nieuwe werkwijze uit het Plan Jeugd, werd bijvoorbeeld door de directie en het management niet serieus genomen.

Resumerend lijkt het gebruik van kennis gerelateerd te zijn aan het gecombineerd voorkomen van een wetenschappelijk en een politiek-bestuurlijk referentiekader. Het gebruik van de hulpbronnen deskundigheid en toegang tot informatie is alleen gerelateerd aan een wetenschappelijk referentiekader.

Hulpbronnengebruik en kennisgebruik

Tussen het hulpbronnengebruik en het kennisgebruik door de actoren worden geen duidelijke relaties gevonden. Gebrek aan variatie tussen de beleidsvormingsrondes kan hier de oorzaak van zijn. In alle rondes zijn zowel formele bevoegdheden als menskracht en deskundigheid gebruikt. In alle rondes is ook sprake van enige vorm van gebruik van wetenschappelijke kennis. Hooguit kan worden gesteld dat er mogelijk sprake is van een relatie van kennisgebruik met een combinatie van hulpbronnen. De homogeniteit van de hulpbronnen verdeling lijkt daarbij niet van belang.

Macht en kennisgebruik

Opvallend is dat in alle vier de besluitvormingsrondes sprake is van kennisgebruik en dat in alle vier de rondes de directeur GGD machtig is. Het lijkt daarbij wel enigszins uit te maken of er één duidelijk machtige actor is, de directeur GGD, of dat er naast de directeur meer machtige actoren zijn, zoals in de eerste ronde. In de eerste ronde lijkt de weliswaar formeel machtige directeur kennis in te zetten om zijn argumentatie te ondersteunen. Blijkbaar had hij dat nodig in het rollenspel met de toen nog machtige jeugdartsen en het hoofd JGZ. In de tweede ronde is de directeur echter veel duidelijker machtig, maar lijkt het kennisgebruik ook veel groter. Hier zal waarschijnlijk een rol hebben gespeeld dat er niet zozeer sprake was van een interne 'strijd', die had de directeur feitelijk al beslecht, maar van een anticiperen op de te verwachten kritiek vanuit de landelijke JGZ-sector. Die landelijke JGZ-sector had namelijk forse kritiek op het Plan Jeugd. Dat plan week door het beëindigen van het uitvoeren van PGO's namelijk op een belangrijk punt af van wat in de sector tot dan toe gebruikelijk was. Door dit plan epidemiologisch te motiveren kon hierop worden geanticipeerd. Dezelfde argumentatie gaat ook op voor de evaluatie van het Plan Jeugd in de derde ronde. Die lijkt vooral bedoeld om de argumenten van critici definitief te ontkrachten. In alle drie de rondes wordt kennis duidelijk machtsondersteunend ingezet.

5.9 Samenvatting en conclusies

Samenvatting van de bevindingen

Het algemeen JGZ-beleidsproces in de GGD GSO, kan worden ingedeeld in vier rondes: 1) het ter discussie stellen van PGO's, 2) het opstellen van het Plan Jeugd, 3) de implementatie en evaluatie van het Plan Jeugd en 4) de consolidatie van het Plan Jeugd.

Het beleidsnetwerk wordt gedomineerd door GGD-interne actoren. De directeur GGD, de jeugdarts-epidemioloog, het hoofd JGZ (tot de fusie in 1992), de jeugdartsen en de jeugdverpleegkundigen zijn de belangrijkste actoren. Buiten de GGD zijn vooral thuiszorg, onderwijsveld en RIAGG belangrijke actoren, naast de gemeentebesturen.

Binnen de JGZ zijn menskracht en deskundigheid de meest gebruikte hulpbronnen. Breder in de GGD zijn daarnaast formele bevoegdheden en in mindere mate toegang tot informatie van belang. Buiten de GGD domineren menskracht, relaties en deskundigheid. De directeur GGD en de jeugdartsen gebruiken veel verschillende hulpbronnen.

De directeur GGD, het MT en de jeugdarts-epidemioloog zijn machtige actoren. In de eerste ronde is ook het hoofd JGZ machtig. De jeugdartsen zijn in het JGZ-interne netwerk machtig, maar daarbuiten niet. Buiten de GGD zijn de jeugdzorg, de scholen, de gemeentebesturen en de regionale inspectie gezondheidszorg relatief machtig.

Binnen JGZ en in het externe zorgveld domineert het wetenschappelijk referentiekader. Bij de GGD-top en -staf en bij de gemeenten wordt vooral het politiek-bestuurlijk en in mindere mate het economisch referentiekader aangetroffen.

Regionale en landelijke wetenschappelijke kennis is vooral rationeel, maar ook rationaliserend gebruikt voor het ter discussie stellen van de PGO's en voor het motiveren, 'verkopen' en evalueren van het Plan Jeugd. Hiernaast is wetenschappelijke kennis gebruikt bij discussies op detailniveau en voor projectaanvragen.

Conclusies omtrent mogelijke relaties tussen de variabelen

De directeur en de jeugdarts-epidemioloog vormden een coalitie. In die coalitie sloegen zij een brug tussen het wetenschappelijke denken enerzijds en het economische en politiek-bestuurlijke denken anderzijds. Die coalitie lijkt het gebruik van kennis uit wetenschappelijk onderzoek te hebben bevorderd. De JGZ-ers daarentegen dachten vooral wetenschappelijk. Doordat zij onderling niet tot een nieuw beleid konden komen, bewerkstelligden zij dat hun deskundigheid door hun tegenspelers niet meer als relevant werd erkend.

Het gebruik van kennis in het beleidsproces lijkt derhalve gerelateerd aan het gecombineerd voorkomen van een wetenschappelijk en een politiek-bestuurlijk referentiekader.

Hiernaast lijkt het gebruik van de hulpbronnen: deskundigheid, menskracht en toegang tot informatie, gerelateerd aan kennisgebruik. Ook de verdeling van macht lijkt een rol te spelen. De aanwezigheid van machtige of als machtig beleefde tegenspelers (de jeugdartsen en het hoofd JGZ in de eerste ronde en de landelijke critici in de tweede en derde ronde) lijkt het machtsondersteunend gebruik van wetenschappelijke kennis door genoemde directeur en jeugdarts-epidemioloog te hebben bevorderd.