

Journal of Social Intervention: Theory and Practice –  
2015 – Volume 24, Issue 2, pp. 47–61  
URN:NBN:NL:UI:10-1-117134

ISSN: 1876-8830

URL: <http://www.journalsi.org>

Publisher: Uopen Journals, in cooperation  
with Utrecht University of

Applied Sciences, Faculty of Society and Law

Copyright: this work has been published under a

Creative Commons Attribution-Noncommercial-No

Derivative Works 3.0 Netherlands License

**Dr. Gert Schout** is senior researcher at the Department  
of Medical Humanities, VU University Medical Center,  
Amsterdam, the Netherlands.

E-mail: [g.schout@vumc.nl](mailto:g.schout@vumc.nl)

Received: 30 December 2014

Accepted: 8 May 2015

Category: Theory

# EGOLOOS HULPVERLENEN EN DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG. EEN VERKENNING VAN MOGELIJKHEDEN

GERT SCHOUT

---

## ABSTRACT

### **Egoless care and Preventive Youth Health Care. An exploration of possibilities**

Egoless care is a relatively unknown concept in Dutch Preventive Youth Health Care (PYHC). This article is the result of a study into the concept of “egoless care” coined by Gerritsen and its capabilities for PYHC. Egoless care builds on a paradigm of indirect makeability; families and communities are mobilized to make a plan themselves, professionals support and encourage this process. Egoless care provides the opportunity to take a different approach of referring children, youth and families to specialized care and to reduce medicalization in preventive youth health care practices. The concept of egoless care refers, however, to a classic care practice and must be tailored to the preventive nature of PYHC. An orientation on egoless care means a lesson in humility; it brings a critical stance to all forms of normalization and control the State imposes via PYHC practices.

## Keywords

Egoless care, Preventive Youth Health Care, makeability, Foucault, vertical epistemologies, horizontal epistemologies, vertical morality, horizontal morality, co-creation

## **SAMENVATTING**

### **Egoloos hulpverleners en de Jeugdgezondheidszorg. Een verkenning van mogelijkheden**

Egoloos hulpverleners is een relatief onbekend begrip in de Jeugdgezondheidszorg (JGZ). Dit artikel is een weerslag van een onderzoek naar het begrip “egoloos hulpverleners” van Gerritsen en de mogelijkheden ervan voor de JGZ. Egoloos hulpverleners bouwt voort op een paradigma van indirecte maakbaarheid; primaire groepen worden gemobiliseerd om zelf een plan te maken en de professional ondersteunt en stimuleert dit proces. Egoloos hulpverleners biedt de JGZ mogelijkheden om het toeleiden van kinderen, jongeren en families naar de tweedelijns instellingen anders aan te pakken en het medicaliseren in de jeugdsector terug te dringen. Het begrip refereert echter nog aan een klassieke hulpverleningspraktijk en moet toegesneden worden op het preventieve karakter van de JGZ. Een oriëntatie op egoloos hulpverleners betekent een lesje in bescheidenheid: het brengt een kritische doordenking met zich mee van alle vormen van normalisering en controle die de JGZ van staatswege op zich neemt.

## **Trefwoorden**

Egoloos hulpverleners, Jeugdgezondheidszorg, indirecte maakbaarheid, Foucault, verticale epistemologieën, horizontale epistemologieën, verticale moraliteit, horizontale moraliteit, co-creatie

## **DANKWOORD**

Dit artikel is gebaseerd op een studie in opdracht van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ). Het NCJ wil zich inhoudelijk oriënteren op de ideeën van Gerritsen over “egoloos hulpverleners” en welke waarde deze kunnen hebben voor het realiseren van doelen op het gebied van jeugdpreventie. Ook wil ze antwoord op de vraag of deze inhoudelijke oriëntatie leidt tot nieuwe inzichten op het toeleiden van cliëntsystemen en op de positionering van de JGZ in sociale wijkteams. Dit artikel zal later gebruikt worden voor enkele blogs en een weblecture.

Frans Bakker, Tinneke Beirens, Erik Gerritsen, Yvonne van Heerwaarden, Harry Kunneman, Wico Mulder, Frans Pijpers en Rianne Reijs worden bedankt voor hun commentaar op eerdere versies van dit artikel. Het NCJ wordt bedankt voor de financiering van de studieopdracht waar dit artikel op gebaseerd is.

## INLEIDING

Bij de stelselwijziging krijgen de gemeenten vanaf 2015 de bestuurlijke en financiële regie over alle ondersteuning, hulp en zorg voor de jeugd. Kernpunten van deze stelselwijziging zijn een omslag naar preventie, uitgaan van eigen kracht, minder medicaliseren en het leveren van passende, integrale hulp (Rijksoverheid, 2013). Mede als gevolg van de stelselwijziging, maar ook door de opkomst van de sociale wijkteams in de Nederlandse gemeenten ontstaat er een nieuw krachtenveld, een krachtenveld waarin de Jeugd Gezondheidszorg (JGZ) zich wil positioneren. Wat haar missie en taken zijn is wel duidelijk<sup>1</sup>, maar hoe het beschermen, bewaken en bevorderen van gezondheid op microniveau gestalte zou moeten krijgen is veel minder helder.

JGZ-professionals hebben te maken met wat Gerritsen (2011, p. 17) "ongetemde problemen" noemt: "problemen die inhoudelijk complex zijn, waarover verschil van mening bestaat ten aanzien van na te streven normen en waarden en waarbij wederzijds afhankelijke actoren betrokken zijn met eigen deelbelangen en percepties, in een situatie waarin niemand de baas is". De pedagogische tik was vroeger geen probleem, nu is ze moreel onacceptabel en verboden (Kole, 2013). Als ouders in het bijzijn van kinderen blowen, maar verder wel liefdevol zijn, is bemoeienis nodig of niet? Wanneer wordt plagen pesten en wanneer wordt somberheid een depressie? Erodeert de JGZ de private verantwoordelijkheid van ouders, scholen, buurten? Moet de JGZ naast het beschermen, bewaken en bevorderen van gezondheid zich ook bezighouden met optimaliseren van groei en ontwikkeling? Zijn jonge kinderen met overgewicht het slachtoffer van kindermishandeling?

In de memorie van toelichting op de Jeugdwet wordt gesignaleerd dat in het huidige stelsel problematisch gedrag onnodig wordt gemedicaliseerd en dat er te vaak verwezen wordt naar dure gespecialiseerde zorg. Wanneer is toeleiden geboden en wanneer heeft afwachten de voorkeur? Wat verbeteren we en wat aanvaarden we? Bij deze moerassige problemen zijn eenduidige antwoorden of richtinggevende protocollen niet voorhanden en worden professionals geconfronteerd met complexiteit, onbepaaldheid en onzekerheid. Wat als verbeterbaar wordt gezien houdt verband met wat als aanvaardbaar en wat als maakbaar wordt beschouwd. Deze constatering vormt de achtergrond van de studie naar het begrip "egoloos hulpverleners" waar dit artikel op gebaseerd is.

De term egoloos hulpverleners laat Gerritsen vallen in twee artikelen. In een artikel (2013a) over eigen kracht typeert hij die manier van hulpverleners als volgt: iemand die bevestigt,

## EGOLOOS HULPVERLENEN EN DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG

stimuleert, activeert, iemand die aanmoedigt en geniet van de resultaten die de familie boekt. In een andere publicatie (2013b) omschrijft hij egoloos hulpverleners als "professionals die vanuit een basishouding van respect voor onmachtige ouders en kinderen, een oprecht geloof dat niemand kinderen bewust iets aan wil doen en dat ieder mens over positieve krachten bezit waar op kan worden voortgebouwd, goed zijn in 'empathisch confronteren', in goed luisteren, op afstand betrokken zijn, in het ontketenen van positieve energie, in tegelijkertijd engageren en positioneren, kortom in 'egoloos hulpverleners'". Professionals die zich zo opstellen zoeken geen applaus voor hun interventies, leggen ook geen relatie tussen hun interventie en het behaalde resultaat, maar werken vanuit het besef dat complexe problemen alleen opgelost kunnen worden als er sprake is van eigenaarschap, dat de mensen zelf een plan maken, dat hun eigen culturele stempel draagt.

In het eigen-kracht-denken waar Gerritsen een pleidooi voor houdt, wil men "de kring vergroten". Dat wil zeggen, de engere familiekring uitbreiden met de denkkraft en sociale steun van ooms en tantes, burens en vrienden (Pennell & Burford, 1994). De egolooze hulpverlener is dus iemand die mobiliseert<sup>2</sup>, iemand die zo weinig mogelijk overneemt, iemand die bovengemiddeld goed op zijn of haar handen kan zitten en vertrouwen heeft in het vermogen van de groep om orde op zaken te stellen. In zijn dissertatie maakt Gerritsen een onderscheid tussen het functionalistische paradigma, dat uit gaat van directe maakbaarheid, en een en een sociaal-interpretatief paradigma, dat meer uit gaat van een indirecte maakbaarheid via het stimuleren van leerprocessen en zelforganisatie (2011, p. 243). Praktijk en theorie van de egolooze hulpverlener staat in de traditie van die laatste denktrant.

Dit heeft verregaande consequenties voor het handelen en de beroepsopvattingen van professionals. De familie maakt het plan, de behandelplannen of verpleegplannen van professionals worden hieraan dienstbaar. Merkel-Holguin (2004) heeft het over een verschuiving van "professional driven" naar een aanpak dat zij typeert als "family driven" en doelt daarmee op een verschuiving van kennis en macht naar families; het is niet meer "werken met de familie", maar "resultaten behalen door de familie". Professionals stellen ouders met kennis en informatie in staat om zelf plannen te maken. Daarmee lijkt het sterk op wat Pathare en Shields (2012) aanduiden als een verschuiving van "shared decision making" naar "supported decision making". Egoloos hulpverleners is, met andere woorden, een manier om families en andere primaire groepen te versterken door ze aan te spreken, uit te breiden, te voeden met kennis en ze plannen te laten maken. Is het daarmee iets voor de JGZ? Zo ja, wat voegt het toe?

## **METHODOLOGIE: EEN RONDGANG IN DE WERELD VAN DE JGZ**

Foucault, die verderop in dit artikel terug komt, hecht veel waarde aan de analyse van vertogen (discours). Gebaseerd op zijn werk ontwikkelden Kendall en Wickham (1999) een methode om vertogen te analyseren. Zij kijken daarbij niet alleen naar vertogen als specifiek systeem van betekenissen en sociale regels, maar ook naar de belichaming ervan in handelingen, gedragingen en sociale praktijken. De manieren waarop kennis, macht en waarheidsaanspraken met elkaar verbonden zijn in vertogen en praktijken vormen hun aangrijpingspunt. Gebruikmakend van deze aanwijzingen heb ik niet alleen gekeken naar het begrip “egoloos hulpverleners” aan refereert en waar het op voortbouwt, maar ook naar het vermogen ervan om de bestaande orde te transformeren door nieuwe verbanden te leggen. Kortom, naar wat het teweegbrengt in het veld van de JGZ.

In deze traditie ging ik op pad, ging me openstellen en ging op zoek naar vraagstukken, thema's, theorieën en dominante verhalen in de wereld van de JGZ. Als startpunt voor deze studie had ik een aantal vragen over de toegevoegde van egoloos hulpverleners voor de JGZ en afspraken voor interviews met twee spraakmakende jeugdartsen. De beide geïnterviewde jeugdartsen zijn ambitieuze professionals: ze schrijven artikelen en blogs, voeren het woord op congressen, binnen hun beider organisaties nemen ze allerlei initiatieven en mede hierdoor hebben ze een zekere bekendheid verworven in het JGZ-veld. De ene jeugdarts is vrouw en dertiger, de ander is man en is begin veertig. Beiden gaven aan dat egoloos hulpverleners voor hen een nieuwe term is. Ik vroeg mijn gesprekspartners om teksten en publicaties die zicht konden geven op mijn vraagstelling. Via hen kwam ik in contact met andere sleutelfiguren uit de wereld van de JGZ. Al interviewend, lezend, reflecterend, schrijvend ontstond geleidelijk een beeld en een tekst over mijn bevindingen. De laatste legde ik voor aan een steeds groter groepje geïnterviewden en meelezers (zie dankwoord). Vervolgens heb ik de bedenker van het begrip egoloos hulpverleners, Erik Gerritsen, bestuursvoorzitter van Jeugdbescherming Regio Amsterdam, geïnterviewd en voorlopige conclusies aan hem voorgelegd. Tot slot heb ik met behulp van de inzichten van de filosofen Kunneman en Foucault geprobeerd de vraag naar de toegevoegde waarde van egoloos hulpverleners voor de JGZ te beantwoorden. Uit deze praktijk-theorie-interactie is dit artikel ontstaan.

## **BEVINDINGEN**

Uit de interviews en vervolginterviews met beide jeugdartsen destilleerde ik een tabel met uitspraken. Met hun toestemming vroeg ik vervolgens of de uitlatingen van de één ook gedeeld

werden door de ander. Zo ontstond er een tabel van gedeelde uitlatingen die ik vervolgens geclusterd heb tot vijf thema's. De vijf thema's werkte ik uit in een tekst met voorlopige bevindingen. Tot slot raadden beide geïnterviewden mij aan om rapporten of artikelen te lezen en vond ik zelf publicaties die de vijf thema's nog verder verduidelijkten. De bevindingen hieronder zijn een weerslag van die initiële zoektocht.

### **Twee zielen**

De geïnterviewden benadrukken het vermogen van de JGZ om met haar taken op het gebied van vaccinaties, screening, monitoring en signalering, niet alleen alle kinderen van Nederland te zien, maar ook een laagdrempelige ingang te hebben bij alle gezinnen. Samen met de brede sociaal-medische blik biedt dit een unieke uitgangspositie voor jeugdpreventie. De wereld van de JGZ is daarmee een wereld van de grote getallen: de JGZ ziet alle kinderen van Nederland, alle inwoners van Nederland hebben één jaar van hun gezonde levensverwachting te danken aan de JGZ, het gewonnen aantal gezonde levensjaren bedraagt ruim tweehonderdduizend jaar (Dam, 2012). Om alle kinderen van Nederland te zien is een grootschalige werkorganisatie nodig die tot in de haarvaten van de samenleving reikt. Tegelijkertijd is het een organisatie die een voertuig is voor het zien, beoordelen, registreren, voorlichten, begeleiden, vergaderen en samenwerken rond problemen die een diffuus karakter hebben, zoals pesten, obesitas, mishandeling, blowen, achterstelling, onmondigheid en uitsluiting. In het ene segment staat meten, screenen en vaccineren centraal; in het andere aansluiten, ondersteunen en bemoedigen. Het eerste segment staat dicht bij het denken en doen van directe maakbaarheid, terwijl het tweede segment wellicht baat heeft bij het denken en doen van indirecte maakbaarheid. In de discussie en conclusie kom ik hier op terug.

### **Verticaal**

De beide geïnterviewde jeugdartsen beklemtonen dat een ideale JGZ-organisatie plat georganiseerd is, zodat er snel kan worden geschakeld. Als ideaal zien zij kleine, zelfstandige, zelfsturende teams voor zich, die veel handelingsvrijheid hebben om te doen wat nodig is. Deze kenmerken zijn echter afwezig in de bestaande werkorganisatie. De lijnen tussen de werkvloer en de top van de organisatie zijn lang. De beide geïnterviewden jeugdartsen beschrijven het JGZ-veld bovendien als weinig innovatief. De ene wijt dat aan de sterk hiërarchische en bureaucratische organisatie, met zijn lange lijnen en moeizame communicatie tussen JGZ-professionals en de managers, de andere ziet te weinig op vernieuwing en innovatie gerichte collegae om zich heen, zowel bij managers als professionals. Beiden associëren het JGZ-veld niet met ambitie en de

wens om zich te profileren. Medewerkers worden niet op hun professionaliteit aangesproken, staan laag in de pikorde en laten dat toe. JGZ-professionals stellen zich veelal bescheiden op naar externen, naar collegae artsen en ook binnen hun eigen organisatie. Bovendien zijn ze gevoelig voor medische hiërarchie. Eén van hen zegt letterlijk: "Ze kunnen zichzelf niet goed verkopen of laten zich betuttelen door huisartsen of kinderartsen." De ene geïnterviewde kijkt hoopvol naar de samenwerking tussen jeugdartsen en huisartsen. Dit met het oog op het feit dat de jeugdarts zelf mag verwijzen. De andere geïnterviewde geeft aan dat de JGZ niet in het vizier zit bij de huisartsen en vaak wordt vergeten bij de overdracht.

Tot slot zijn er zorgen om de toekomst van de JGZ, of positief geformuleerd, ambities en wensenlijstjes. De ene geïnterviewde heeft zorgen om de randvoorwaarden en formuleert wensen daaromtrent, de ander heeft inhoudelijke zorgen en ambities. De zorgen om de randvoorwaarden betreffen de bezuinigen die gepaard gaan met de stelselherziening. Die betreffen niet zozeer de JGZ als wel andere instanties om het kind heen. De gevolgen kunnen zijn dat er minder integraal gewerkt wordt, dat er meer inzet komt van lager en anders opgeleid personeel, zoals sociaal werkers die de brede, bio-psychosociale kijk missen. De grootste zorg van de geïnterviewde blijft echter de afnemende handelingsvrijheid om zich, wanneer dat nodig geacht wordt, te bemoeien met 19–23 jarigen, met kinderen uit het MBO die buiten het gezichtsveld van de jeugdartsen vallen en om waar nodig het gezinssysteem even niet toe te leiden naar instanties, maar ze zelf onder je hoede te nemen.

Het mobiliseren van primaire groepen vraagt om handelingsvrijheid en horizontale werkverhoudingen (vgl. Ney, Stoltz & Maloney, 2013). Denkbaar is dat het participatieve discours van het egoloze hulpverleners moeilijk gedijt in een omgeving met lange gezagslijnen. Beide geïnterviewden zien de verticale werkverhoudingen niet als een gunstige voedingsbodem voor innovaties. In de discussie kom ik hier op terug.

### **Moeite met mobiliseren**

Beiden erkennen het belang van egoloos hulpverleners en zien hier ook kansen. Het gaat er om dat, voordat er wordt toegeleid naar preventief of hulpaanbod, er vaker gekeken wordt naar de mogelijkheden van het gezin, het netwerk eromheen geactiveerd wordt en de regie bij de ouders wordt gelaten. Beide geïnterviewden geven echter aan dat er nog een wereld te winnen is voordat de JGZ uitvoering kan geven aan het begrip egoloos hulpverleners. Dit onderbouwen zij onder meer doordat JGZ-professionals veel medicaliseren en nog weinig mobiliseren.

Eén van de geïnterviewden noemt dat JGZ-artsen zelf uit goede milieus komen en met die ogen kijken naar wat "good enough parenting" is. Mogelijk dat ze hierdoor weinig vertrouwen hebben in de hulptroepen die er op de been gebracht kunnen worden, moeilijk kunnen "loslaten", moeite hebben om "op hun handen te zitten" en handelend op willen treden. De huidige verticale organisaties lenen zich niet om te experimenteren met egoloos hulpverleners. Of de nieuw op te zetten sociale wijkteams, weg van de kantoren en de bureaucratieën, een broedplaats kunnen worden voor deze nieuwe werkvorm weten de geïnterviewden niet.

### **Sterke ego's**

De term "egoloos" schept verwarring. In de interviews komt naar voren dat professionals in de JGZ wel degelijk moeten beschikken over een sterk ego.<sup>3</sup> Soms moeten ze mensen begrenzen, confronteren, tot de orde roepen of tegen zichzelf in bescherming nemen. Bijvoorbeeld door te zeggen: "zou u de GSM tijdens het gesprek willen opbergen?" (bij een gezinsgesprek op school waarbij ouders ogenschijnlijk weinig serieus kijken naar de problemen van hun kind), of indringend met de schoolleiding bespreken dat ze wel degelijk een rol hebben bij het bestrijden van overgewicht (bij een school waar overgewicht een probleem is en waar de kantine gevuld is met vette snacks). In dit soort situaties is de inzet van een sterke morele persoonlijkheid geboden: iemand die kan schakelen tussen begrenzen en bemoedigen, tussen confronteren en bevestigen en die daar bovendien kritisch op kan reflecteren.

### **De polsstok van de ambities**

Eén van de geïnterviewden vindt dat de JGZ te weinig inhoudelijke ambities heeft. Men is nog teveel gericht op "wat nu voor het kind speelt" en niet zo zeer op "wat we voor dit kind en deze maatschappij in de toekomst willen voorkomen". De determinanten in de brede systemen van gezin, buurt, klas en samenleving die gezondheid bevorderen of in de weg staan, staan nog te weinig op het netvlies van de JGZ. De ambitie zou verlegd moeten worden van "ziekte-opsporend" naar "gezondheid-maken" en de geïnterviewde refereert daarbij aan een artikel van Doove, Heller en Feron (2013) waarin dit wordt samengevat als van "find it and fix it" naar "predict it and personalize it". Alhoewel ze erkent dat het ideaal dat alle mensen gezond in de hemel komen niet haalbaar is, zegt deze geïnterviewde letterlijk: "Je kunt als JGZ'er over generaties kijken en gezondheid maken in de toekomst".

De ambitie van de JGZ zoals de commissie de Winter (2013) die onlangs heeft verwoord, kan samengevat worden als het streven dat "niemand achterblijft". De geïnterviewde JGZ-



artsen lijken “geraakt” door de diepe wens dat ieder kind meedoet en dat families, klassen en buurten daar de voorwaarden voor scheppen. Zij lijken te verlangen naar handelingsruimte en horizontale werkverhoudingen om die diepe drijfveren in hun praktijken vorm te geven. Net als de geïnterviewden schetst ook De Waal (2010; 2011) de bureaucratie en de verticale verhoudingen in de JGZ als barrière om de poten in de modder te steken, als rem op innovatie.

### **HOG E GRONDEN EN MOERASSIG LAAGLAND**

De interviews en de bestudeerde literatuur maken een spanning zichtbaar tussen medicaliseren en demedicaliseren, tussen maakbaarheid en aanvaarding, tussen problematiseren en deproblematiseren, tussen een JGZ-professional die enerzijds zichzelf belangrijk maakt, die zichzelf ziet als een spin in het web, die het medisch specialistisch aandeel in de preventie uitvergroot en anderzijds een professional die zichzelf overbodig wil maken, die mobiliseert, vertrouwen heeft in de competenties en goede bedoelingen van ouders, die cliëntsystemen als spin in het web ziet: een professional die demedicaliseert. De opdracht van het NCJ om te verkennen wat egoloos hulpverleners kan betekenen voor de JGZ-praktijk legt de spanning bloot tussen directe en indirecte vormen van maakbaarheid.

Als één van de geïnterviewden naar voren brengt dat ze een ideale JGZ graag ziet verschuiven “van ziekte-opsporend” naar “gezondheid-maken” van “find it and fix it” naar “predict it and personalize it”, dat ze het liefst een JGZ voor zich ziet die het accent verlegt van “brandjes blussen” naar “gezondheid produceren”, dan klinkt daarin de wens van directe maakbaarheid in door. Die wens klinkt ook door in de schrijfstijl en woordkeus van Doove et al. (2013) als ze het in hun artikel hebben over “[...] groei, gezondheid en ontwikkeling van kinderen te optimaliseren en waar nodig complexe problemen te reduceren” (p. 5) en verderop “elk kind in beeld” (p. 6).

De JGZ en de vele vormen van preventie en leefstijlpolitiek die ons via allerlei media bereiken, kunnen met behulp van Foucault's inzichten over macht en toezicht gezien worden als fijnmazige instrumenten van normalisering en disciplineren. In het boek “Discipline, toezicht en straf” analyseert Foucault de subtiele werking van panoptische macht (1989a). Hij maakt gebruik van de tegenstelling tussen enerzijds de verticale, asymmetrische relaties op geleide van de “panoptische blik” en horizontale, wederkerige relaties anderzijds. Vanuit de verstengeling van organisatorische macht en sociaalwetenschappelijke kennis met al haar vormen van objectivering en ordenend meten, vestigen zij verticale verhoudingen waarin de disciplineren, normalisering, controle en macht van de staat tot in de periferie van het platteland verwezenlijkt wordt. Waar eerst openbare

## EGOLOOS HULPVERLENEN EN DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG

terechtstellingen de mensen moesten afschrikken voor buitensporig gedrag (disciplineren), worden mensen nu tot meegaande burgers gekneed door subtiele vormen van toezicht en controle, in de vorm van scholing, cameratoezicht en gezondheidszorginstellingen als de GGZ, BIZ en de JGZ. Risico's voor ziekten en calamiteiten worden van te voren ingeschat, gescreend en gemonitord. Dit kan geïllustreerd worden met de opmerking van De Waal (2010, p. 10) dat de gewenning aan een alomvattende overheid leidt tot het "pech-moet-weg"-syndroom, of met de samenvatting die Aleid Truijens (2014) maakt van het boek *Theodicee* van F.B. Hotz: een verhaal dat in de toekomst speelt en waarin de overheid alles keurig heeft geregeld.

"Ieder mogelijk onheil is uitgebannen. Alle ziekten zijn te genezen, de leefomgeving is veilig, iedereen leeft gezond, nergens is oorlog. Iedereen glimlacht naar elkaar. Iedereen verveelt zich dood. Seks bestaat niet meer en de behoefte om kunst te maken is stilaan verdwenen. Maar dan steekt een man, radeloos, een zwaard in zijn borst. Velen volgen zijn voorbeeld; er ontstaat een enthousiast bloedbad. Dokters komen in actie, ambulances rijden gillend rond. In alle gezinnen heersen hoop en vrees. Mensen kruipen weer bij elkaar in bed. Ze vertellen verhalen, schilderen en componeren over de chaos. Het leven is terug. Een beetje angst en risico houden de vaart erin." (p. 14)

Het late werk van Foucault (1989b) biedt aanknopingspunten voor de JGZ-praktijk om te ontsnappen aan een overmaat aan toezicht en controle. Vrijheid is in de ogen van Foucault het vermogen om voor zichzelf te zorgen, waardoor toezicht en sturing van anderen minder nodig is. Wie zichzelf bestuurt heeft, met andere woorden, de sturing van anderen minder nodig. Doorredenerend op Foucault zou de JGZ zichzelf op kunnen vatten als een organisatie die vrijheidspraktijken bevordert en zich minder toelegt op toezichtspraktijken. Als de JGZ – in lijn met het egoloze hulpverleners – primaire groepen zou mobiliseren, hun zelfzorg en zelforganisatie zou aanspreken, dan verandert ze de verhouding van een toezichtspraktijk naar een vrijheidspraktijk.

Voortbouwend op Foucault's inzichten en gebruikmakend van het werk van Schön introduceert de filosoof Kunneman (2014) vier begrippen die een verrassend licht werpen op de spanningen die aan het begin van deze paragraaf uiteengezet zijn: de spanning tussen horizontale en verticale vormen van moraliteit en tussen horizontale en verticale vormen van kennis (epistemologieën). Schön laat in zijn boek *"The Reflective Practitioner"* zien dat professionals in hun gevarieerde professionele praktijken te maken hebben met "moerassige laaglanden" en "hoge gronden" (p. 42). In de laatste kunnen professionals gebruik maken van op onderzoek gebaseerde theorie en techniek, zoals bijvoorbeeld het TNO-rapport naar welke basistaken gesteund worden door

wetenschappelijke evidentie (Deurloo, Van Rooijen, Beckers, Dunnink & Verkerk, 2012). In het moerassig laagland daarentegen worden JGZ-professionals geconfronteerd met de complexiteit van onzekerheden, tegenstrijdigheden, conflicterende claims, botsende belangen en moerassige restproblemen waar protocollen en technieken maar beperkte zeggingskracht hebben. Kunneman (2014) ziet een verschuiving van verticale vormen van moraliteit en kennisvererving naar horizontale vormen van moraliteit en horizontale epistemologieën. Dit idee is van belang voor JGZ-professionals zodat de moerassige omstandigheden van hun werk niet ontkend of verdrongen worden maar zich kunnen ontwikkelen tot praktijken waar gewerkt wordt met dit gegeven.

In verticale epistemologieën (kennisleer) maken experts de dienst uit en streven zij naar de zekerheid van onwankelbare fundamenten voor kennis. Niet alleen is hier een verticaal onderscheid tussen experts en leken, tussen objectief en subjectief, tussen rationeel en intuïtief, maar ook tussen zij die dwalen en zij die zich deze waarheidsclaims eigen hebben gemaakt. Horizontale epistemologieën daarentegen geven het idee van zekere fundamenten als het definiërende kenmerk van geldige kennis op. Naast stabiliteit, regelmatigheid, patroonherkenning, voorspelling en technische controle kenmerkt de werkelijkheid zich door beweeglijke, onderling interacterende complexe systemen, die zich in de tijd ontwikkelen en nieuwe, emergente<sup>4</sup> eigenschappen vertonen, die maar ten dele voorspelbaar en beheersbaar zijn.

De spanningen tussen feiten en waarden, tussen cognitieve modellen en normatieve uitgangspunten, tussen empirisch-analytische en narratieve bronnen van kennis, spanningen die in het werk van de JGZ zo'n grote rol spelen, worden in deze kennisleer niet verdrongen maar erkend. In de verzuilde jaren vijftig van de vorige eeuw domineerden verticale vormen van moraliteit: de levensbeschouwelijke instituties stonden garant voor vaste normen over seks (na het huwelijk), gezond eten (3 x daags volgens de schijf van vijf), de bedtijd van kinderen (na het journaal), disciplinaire maatregelen (een pedagogische tik). De JGZ kan sinds het einde van deze grote verhalen niet meer uit naam van deze pedagogische regimes handelen, maar moet aansluiting zoeken bij de pluriformiteit van gezinnen en de variatie aan opvattingen die daar te vinden is. Horizontale vormen van moraliteit zijn daarbij behulpzaam. Dit zijn vormen van moraliteit waar bewust afstand wordt gehouden van absolute geldigheidspretenties over wat een goed leven is en dus ook van wat een goede opvoeding of een aanvaardbare vorm van participatie zou zijn. Doorredenerend op Kunnemans ideeën zou de JGZ bewust afstand moeten houden van het moderne idee van verticale veiligheid, gebaseerd op technische controle over het leven van gezinnen, het uitbannen van risico's en gevaren en op zoek moeten naar de wijze waarop uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek over gezond leven en opvoeden hier, met deze

mensen, werkbaar gemaakt kan worden. Jeugdgezondheidszorg wordt daarmee een co-creatie van burgers en professionals.

### **CONCLUSIE: AFSTAND NEMEN VAN DE HELDENROL**

Egoloos hulpverleners is een relatief onbekend begrip in de JGZ, dit blijkt niet alleen uit de interviews, maar ook uit het ontbreken van hits bij het zoeken in Google Scholar en andere databases. Het begrip egoloos hulpverleners refereert echter nog aan een klassieke hulpverleningspraktijk en moet vertaald worden naar het veld van de jeugdpreventie. In deze laatste afsluitende paragraaf wil ik dat proberen te doen.

Egoloos hulpverleners toegepast op de wereld van de JGZ impliceert afstand houden van de heldenrol die de beleidscontext en de bestuursorganen met hun hang naar toezicht, controle en risicoreductie de JGZ aanreikt. En, doorredenerend op Foucault, "niet alles te willen zien" en niet alles te willen uitvragen.<sup>5</sup> Het betekent een bescheiden rol waarin JGZ-professionals de bereikte resultaten bij kinderen, in gezinnen, op scholen en in wijken niet toeschrijven aan hun interventies of programma's, maar aan de kracht van de primaire groep. Deze professional brengt de kennis over roken, pesten, snoepen, bewegen, opvoeden, veilig vrijen niet als een tijdloze waarheid in, maar als een beginpunt van een gesprek. Kennis is input voor co-creatie. Een oriëntatie op egoloos hulpverleners betekent ook een kritische doordenking van alle vormen van normalisering en controle die de JGZ van staatswege op zich neemt. Dat geldt ook voor de wens om gezondheid in de toekomst te willen produceren. De wereld lijkt stukje bij beetje maakbaarder te worden – denk bijvoorbeeld aan de gestage uitbanning van het Downsyndroom en andere chromosomale afwijkingen – maar ongewild en onbedoeld wordt de acceptatie van afwijkingen en variatie ondergraven (Haring & Huijter, 2014, p. 8–9). De JGZ zou met haar kennis primaire groepen kunnen ondersteunen in het nemen van beslissingen over hoe zij om willen gaan met nieuwe prenatale testmogelijkheden. Professionals die oog hebben voor de verlokkingen van de heldenrol zijn beducht voor de totalitaire kanten die monitoring, screening en het kijken achter de voordeur met zich mee kunnen brengen.

Is egoloos hulpverleners iets voor de JGZ? Egoloos hulpverleners biedt de JGZ niet alleen mogelijkheden om zich in te voegen in gezinssystemen die zich zonder persoonlijke vormen van empathie en co-creatie moeilijk kunnen geven, maar het biedt bovendien mogelijkheden om de krachten van "civil society" en "professional society" te bundelen en zou daarmee een uitbreiding betekenen van het repertoire van JGZ-professionals. Egoloos hulpverleners gedijt echter in een context waar, naast directe vormen van maakbaarheid (screening en vaccinaties), ruimte is voor

indirecte vormen van maakbaarheid (primaire groepen mobiliseren en hen met kennis ter zijde staan zodat zij beslissingen kunnen nemen).

Denkbaar is dat egoloos hulpverleners ook een directe impact heeft op het toeleiden. In plaats van klassieke vormen van toeleiden (het cliëntsysteem wordt naar de expert en diens kantoor verwezen) worden er sociale situaties gecreëerd waarin hulptroepen uit de samenleving en experts uit de eerste, tweede en derde lijn hun expertise inbrengen, om zo het maken van keuzes en plannen door primaire groepen (ouders, families, gemeenschappen) te ondersteunen. De arena verschuift daarmee van het kantoor van de expert naar de aula van de school, een bijzaal van het wijkgebouw, of de huiskamer van een gezin. Ook is denkbaar dat er minder toegeleid wordt, omdat de gemobiliseerde hulptroepen met ondersteuning van (sociale wijkteams met daarin) de JGZ, zelf plannen maken, die gespecialiseerde hulp overbodig maken of in een andere rol (van adviseur) brengen.

Zouden de nieuwe problemen van de jeugd zoals alcoholverslaving, drugsverslaving, eetstoornissen, vetzucht, depressies, ADHD, autismen en astma die De Waal beschrijft, zich lenen om te oefenen met indirecte vormen van maakbaarheid, waar egoloos hulpverleners een verschijningsvorm van is? Het mobiliseren van peer groups en familiale netwerken kon nog wel eens verrassende resultaten opleveren.

## NOTEN

1 Zie:

- ActiZ (2012). *Jeugdgezondheidszorg een gezonde basis. Standpunt over het basisaanbod preventie Jeugd* [Sound fundamentals for Youth Health Care. Position paper on the proffer policy of youth prevention]. Utrecht: NCJ.
- GGD Nederland (2013). *Visie GGD Nederland op JGZ in het nieuwe jeugdstelsel* [Position paper of the Dutch Public Health Service on the new youth system]. VNG/GGD Nederland.
- Boode, K., & Pijpers, J. (2014). *Preventieve Zorg voor Jeugd. JGZ als preventieve basis binnen de integrale zorg voor jeugd* [Preventive Care for Youth. PYHC as a preventive basis within the integrated care for youth]. Utrecht: NCJ.

2 Mobiliseren is een begrip dat hier eigenlijk niet goed past, maar in het Nederlands kon ik geen goede alternatieven vinden. Het begrip "mobiliseren" refereert aan militaire praktijken en suggereert een zekere onvrijwilligheid. Naastliggende begrippen als appelleren of activeren passen echter ook niet goed. Het in beweging komen en gehoor geven aan een oproep vanuit oprechte betrokkenheid, wordt hier bedoeld.

- 3 Foucault (1989b) die verderop in dit artikel aangehaald wordt, heeft het niet over egoloosheid. Wel analyseert hij de rol van zelftechnieken (p. 40), het vermogen om voor zichzelf te zorgen, zelfkennis (p. 41), de zelfverloochening in de christelijke moraal, zelfonderzoek (p. 48), gewetensonderzoek (p. 51), ascese (p. 54) en het vermogen om eigen verlangens te beteugelen om daarmee vrijheid te verwerven, van de oudheid tot nu. De vrijheidspraktijken die Foucault voor ogen staan, staan niet ver af van de egoloze hulpverlener die Gerritsen voor ogen heeft.
- 4 Spontaan optredend, tevoorschijn tredend.
- 5 Zie bijvoorbeeld de kritiek op "impertinente vragen van de jeugdgezondheidszorg"  
Retrieved 20 April, 2015 from <http://www.ouders.nl/forum/algemeen-ouderschap/sdq-sterke-kanten-en-moeilijkheden-ouderlijst>.

## REFERENTIES

- ActiZ (2012). *Jeugdgezondheidszorg een gezonde basis. Standpunt over het basisaanbod preventie Jeugd* [Sound fundamentals for Youth Health Care. Position paper on the proffer policy of youth prevention]. Utrecht: NCJ.
- Boode, K., & Pijpers, J. (2014). *Preventieve Zorg voor Jeugd. JGZ als preventieve basis binnen de integrale zorg voor jeugd* [Preventive Care for Youth. PYHC as a preventive basis within the integrated care for youth]. Utrecht: NCJ.
- Commissie de Winter (2013). *Een stevig fundament. Evaluatie van het basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg* [A solid foundation. Evaluation of the basic tasks of Youth Health Care]. Commissie Evaluatie Basistakenpakket JGZ.
- Dam, P. (2012). *Kosteneffectiviteit van de Jeugdgezondheidszorg* [Cost-effectivity of Youth Health Care]. Retrieved April 20, 2015, from [www.actiz.nl/stream/kosteneffectiviteit-van-de-jgz](http://www.actiz.nl/stream/kosteneffectiviteit-van-de-jgz)
- Deurloo, J. A., Rooijen, K. van, Beckers, M., Dunnink, T., & Verkerk, P. H. (2012). *Een beknopte evaluatie van het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg* [A brief review of the Basic Tasks of Youth Health Care]. Leiden: TNO.
- Doove, B., Heller, J., & Feron, F. (2013). JGZ op de drempel naar gepersonaliseerde zorg [Youth Health Care on the threshold of personalized care]. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 91(7), 366–367.
- Foucault, M. (1989a). *Discipline, toezicht en straf. De geboorte van de gevangenis* [Discipline and Punish: The Birth of the Prison]. Groningen: Historische Uitgeverij.

- Foucault, M. (1989b). Zelftechnieken [Technologies of the self]. In M. Foucault (Ed.), *Breekbare vrijheid. De politieke ethiek van de zorg voor zichzelf* [Fragile freedom. The political ethics of care of the self] (pp. 38–68). Amsterdam: Boom-Parrèsia.
- GGD Nederland (2013). *Visie GGD Nederland op JGZ in het nieuwe jeugdstelsel* [Position paper of the Dutch Public Health Service on the new youth system]. VNG/GGD Nederland.
- Gerritsen, E. (2011). *De slimme gemeente nader beschouwd. Hoe de lokale overheid kan bijdragen aan het oplossen van ongetemde problemen* [The smart municipality look. How local governmental authorities deal with wicked problems]. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Gerritsen, E. (2013a). *Het geloof in de Eigen Kracht-conferentie is terecht* [Confidence in Family Group Conferencing is justified]. Retrieved April 20, 2015, from <http://www.socialevraagstukken.nl/site/2013/03/29/het-geloof-in-de-eigen-kracht-conferentie/>
- Gerritsen, E. (2013b). *De Wonderen zijn de wereld nog niet uit* [Miracles still happen]. Retrieved April 20, 2015, from <http://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/opinie/columns/de-wonderen-zijn-de-wereld-nog-niet-uit.8974453>
- Haring, B., & Huijjer, M. (2014). Leven zonder Down, is dat perfect? [Life without Down, is that perfect?]. *Trouw, de Verdieping*, pp. 8–9.
- Kendall, G., & Wickham, G. (1999). *Using Foucault's methods*. London: Sage.
- Kole, J. (2013). *Woorden met waarden. Kernbegrippen bij de aanpak van kindermishandeling* [Words with values. Key concepts in dealing with child abuse]. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Kunneman, H. (2014). *Kleine waarden en grote waarden. Normatieve professionalisering als politiek perspectief* [Small values and great values. Normative professionalization as political perspective]. Amsterdam: SWP.
- Merkel-Holguin, L. (2004). Sharing power with the people: Family Group Conferencing as a democratic experiment. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 31(1), 155–173.
- Ney, T., Stoltz, J. A., & Maloney, M. (2013). Voice, power, and discourse: Experiences of FGC participants in the context of child protection. *Journal of Social Work*, 13(2), 184–202. Doi: 10.1177/1468017311410514
- Pathare, S., & Shields, L. S. (2012). Supported decision-making for persons with mental illness: A review. *Public Health Reviews*, 34(2), 1–40.
- Pennell, J., & Burford, G. (1994). Widening the circle: The Family Group Decision Making Project. *Journal of Child and Youth Care*, 9b(1), 1–12.
- Rijksoverheid (2013). *Memorie van toelichting bij de Jeugdwet. Kamerstuk 01-07-2013* [Explanatory notes to the juvenile law. parliamentary note 01-07-2013]. Retrieved

#### EGOLOOS HULPVERLENEN EN DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG

April 20, 2015, from <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/07/01/memorie-van-toelichting-bij-de-jeugdwet.html>

Schön, D. (1983). *The reflective Practitioner*. New York: Basic Books.

Truijens, A. (2014). Valt er nog wat te beleven in het fietsenhok? [Anything going on in the bike cellar?]. *Volkskrant*, pp. 14.

Waal, S. P. M. de (2010). *Jeugdgezondheidszorg: Zijn we op de goede weg? Bericht van een reiziger* [Youth Health Care: Are we on the right track? Report of a traveller]. Utrecht: Public SPACE/GGD Nederland.

Waal, S. P. M. de (2011). *Een betere Zorg voor Jeugd. Decentralisatie van de Jeugdzorg als kans. Een reiziger blijft zich verwonderen* [A better care for youth. Decentralization of youth care as an opportunity. A traveler is amazed, is once again]. Utrecht: Public SPACE/GGD Nederland.