

Vergaderjaar 2007–2008

31 394

Ketenbesef op de werkvloer

Nr. 2

RAPPORT

Drie voorbeelden: toezicht op asbestverwijdering, aanpak kindermishandeling en acute zorgverlening

Inhoud

Deel I: Conclusies, aanbevelingen en bestuurlijke reacties		5	Deel II: Onderzoeksbevindingen		33
1	Over dit onderzoek	7	1	Inleiding	35
1.1	Achtergrond	7	1.1	Opzet onderzoek	35
1.2	Aanleiding, vraagstelling en doelstelling	7	1.2	Normen	35
1.3	Leeswijzer	8	1.3	Begrippen	35
2	Conclusies en aanbevelingen	9	2	Toezicht op asbestverwijdering	38
2.1	Algemeen beeld	9	2.1	Inleiding	38
2.2	Toezicht op asbestverwijdering	10	2.2	Hoe ziet de keten eruit?	39
2.3	Aanpak van kindermishandeling	14	2.3	Problemen in de uitvoering	40
2.4	Acute zorgverlening	18	2.3.1	Geen structurele afstemming en informatie-uitwisseling in de handavingsketen	40
2.5	Samenvattend overzicht succes-faalfactoren	20	2.3.2	Handavingsniveau niet in overeenstemming met geringe naleving	41
3	Reactie ministers en nawoord Algemene Rekenkamer	23	2.3.3	Handhaving asbestregelgeving geen prioriteit voor gemeenten	41
3.1	Toezicht op asbestverwijdering	23	2.3.4	Discussie over taakin-vulling en nut certificerende instellingen	42
3.1.1	Algemeen beeld	23	2.3.5	Asbesttransport een lastige schakel	43
3.1.2	Reflectie binnen handavingsketen op gezamenlijke aanpak risico's	23	2.4	Succes- en faalfactoren	43
3.1.3	Zicht op feitelijke naleving asbestregels	24	2.4.1	Geen structurele afstemming en informatie-uitwisseling in de handavingsketen	43
3.1.4	Toezichtsaanpak VROM-Inspectie	24	2.4.2	Handavingsniveau niet in overeenstemming met geringe naleving	45
3.1.5	Certificerende instellingen	24	2.4.3	Discussie over taakin-vulling en nut certificerende instellingen	46
3.1.6	Asbesttransport	25	2.4.4	Asbesttransport een lastige schakel	47
3.2	Aanpak van kindermishandeling	25	3	Aanpak kindermishandeling	48
3.2.1	Signalering en melding	25	3.1	Inleiding	48
3.2.2	Wachttijden en doorlooptijden	25	3.2	Hoe ziet de keten eruit?	49
3.2.3	Doeltreffendheid van de hulpverlening	26	3.3	Problemen in de uitvoering	51
3.2.4	Aansturing van de zorgverleners	27	3.3.1	Signalering en melding	51
3.2.5	Informatie-uitwisseling	27	3.3.2	Wachttijden	51
3.3	Acute zorgverlening	27			
3.3.1	Aanrijtijden ambulances langer dan toegestaan	27			
3.3.2	Toegang tot de acute zorgketen	28			
3.3.3	Kwaliteit van de verleende acute zorg	29			
Overzicht van conclusies, aanbevelingen en toezeggingen		30			

3.3.3	Doeltreffendheid van de preventie en hulpverlening	52	4.3.3	Samenwerking belemmerd door financieringssy- tematiek zorg	65
3.4	Succes- en faalfactoren	53	4.3.4	Onzekerheid over kwaliteit	65
3.4.1	Signalering en melding	53	4.3.5	Autonome opstelling zorgaanbieder vereist bijzondere sturing	65
3.4.2	Wachttijden en doorlooptijden	55	4.4	Succes- en faalfactoren	66
3.4.3	Doeltreffendheid van de hulpverlening	57	4.4.1	Toegang tot de keten	66
3.4.4	Autonomie en regie	59	4.4.2	Onzekerheid over kwaliteit	67
4	Acute zorgverlening	61	4.4.3	Aansturing zorgverleners	68
4.1	Inleiding	61	Bijlage 1	Bevindingen uit het vooronderzoek	69
4.2	Hoe ziet de keten eruit?	62	Literatuur		75
4.3	Problemen in de uitvoering	64			
4.3.1	Aanrijtijden soms te lang	64			
4.3.2	Toegang tot acute zorg niet altijd duidelijk	64			

**DEEL I: CONCLUSIES, AANBEVELINGEN EN BESTUURLIJKE
REACTIES**

1 OVER DIT ONDERZOEK

1.1 Achtergrond

Sommige problemen in onze samenleving hebben zoveel verschillende kanten dat er uiteenlopende expertise nodig is om ze aan te pakken. Al die expertise is vaak niet in één enkele organisatie te vinden. Het heeft ook niet altijd zin om alle expertise die vereist is voor de behandeling van een bepaald probleem onder één dak te plaatsen. De verschillende onderdelen van het probleem kunnen dan beter door gespecialiseerde organisaties worden aangepakt. Tezamen vormen zij de schakels van een keten, die hun activiteiten op elkaar afstemmen.

Het publieke domein in Nederland telt vele van dit soort samenwerkingsketens, bijvoorbeeld op het gebied van werkgelegenheid, sociale zekerheid, justitie, onderwijs en gezondheidszorg. Deze ketens functioneren niet per definitie doelmatig en succesvol; soms verloopt de samenwerking niet optimaal. Voor burgers is dit merkbaar wanneer zij bijvoorbeeld diverse keren achter elkaar bij verschillende instanties hetzelfde verhaal moeten vertellen, wanneer zij met veel doorverwijzingen te maken krijgen, of wanneer zij te lang moeten wachten op de juiste hulp voor hun probleem. Op bestuurlijk niveau betekent een gebrekkig functionerende keten dat er onnodig veel kosten worden gemaakt (bijvoorbeeld doordat er dubbel werk wordt verricht) en dat bepaalde beleidsdoelen niet of maar ten dele worden gerealiseerd.

De Algemene Rekenkamer heeft tussen mei 2005 en oktober 2007 onderzoek gedaan naar het functioneren van samenwerkingsketens van organisaties en instellingen in het publieke domein. Wij hebben onderzocht welke factoren bepalen dat een samenwerkingsketen goed functioneert of juist niet.

Wij spreken van «goed functionerende ketensamenwerking» wanneer de schakels van de keten hun taken en verantwoordelijkheden in onderlinge samenhang hebben afgebakend en verdeeld, hun werkzaamheden op elkaar afstemmen, structureel alle relevante informatie uitwisselen, zorgen voor eenheid van optreden, dubbel werk voorkomen, zo doelmatig mogelijk werken en de gezamenlijke ketendoelen goed bewaken.

1.2 Aanleiding, vraagstelling en doelstelling

In maart 2003 publiceerden wij het onderzoek *Tussen beleid en uitvoering* (Algemene Rekenkamer, 2003). Uit het rapport kwam naar voren dat er in Nederland erg veel beleid wordt ontwikkeld, maar dat de uitvoering daarvan nogal eens strandt. Als één van de mogelijke oorzaken voor de falende beleidsuitvoering werd een *gebrek aan regie* gesignaleerd.¹ Uitvoeringsketens worden daardoor onbeheersbaar, zo constateerden we. Deze bevinding uit 2003 vormde de aanleiding voor het huidige onderzoek.

¹ Andere oorzaken van uitvoeringsproblemen die in het rapport worden gesignaleerd betreffen gebreken die met het ontwerp van het beleid te maken hebben, zoals de verhouding tussen ambities en concrete mogelijkheden qua tijd, geld en menskracht.

² Het betreft hier drie probleemvelden waarnaar de Algemene Rekenkamer nog niet eerder onderzoek heeft gedaan. We hebben ze onder meer uitgekozen op basis van signalen dat er in deze ketens sprake zou zijn van problemen op uitvoeringsniveau.

We hebben in dit onderzoek gekeken welke factoren een succesvolle ketensamenwerking in het publieke domein bevorderen en welke factoren daarvoor juist een belemmering vormen. Om deze vraag te kunnen beantwoorden hebben we het onderzoek toegespitst op drie concrete samenwerkingsketens:²

- de samenwerkingsketen rond de handhaving van de wettelijke regels voor het verwijderen van *asbest* uit slooppanden;
- de samenwerkingsketen rond de aanpak van *kindermishandeling*;

- de samenwerkingsketen rond de verlening van *acute zorg* (ambulancetzorg en eerste hulp).

Voor elk van deze drie ketens zijn we nagegaan wat de belangrijkste problemen zijn in de samenwerking tussen de schakels en met welke problemen de afzonderlijke organisaties te maken hebben bij uitvoering van hun taak. Ook hebben we geanalyseerd wat de mogelijke *verklaringen* zijn voor het wel of niet goed functioneren van de samenwerkingsketens. Deze succes- en faalfactoren hebben we aangegrepen om oplossingsrichtingen aan te geven voor de geconstateerde problemen.

Met de aanbevelingen die uit dit onderzoek voortvloeien willen we de uitvoeringsorganisaties die werkzaam zijn in de drie onderzochte ketens handvatten geven om hun (gezamenlijke) prestaties te verbeteren. Ook willen we de betrokken bewindspersonen inzicht geven in wat zij kunnen doen om de kwaliteit van de samenwerking in deze drie ketens te versterken.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 van dit eerste deel van het rapport bespreken we de conclusies en aanbevelingen van het onderzoek. De bestuurlijke reacties op het onderzoek en ons nawoord daarbij zijn opgenomen in hoofdstuk 3.

Dit rapport telt tevens een deel II; daarin gaan we meer in detail in op onze bevindingen over de drie samenwerkingsketens die in het onderzoek centraal staan. Informatie over de inrichting en methodiek van het onderzoek is opgenomen in de inleiding van dit tweede deel van het rapport. Ook de precieze bronvermeldingen bij onze bevindingen vindt u in deel II.

2 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk schetsen we het algemene beeld dat oprijst uit ons onderzoek naar de ketensamenwerking bij het toezicht op asbestverwijdering, de aanpak van kindermishandeling en de acute zorgverlening (§ 2.1). Aansluitend formuleren we onze specifieke conclusies en aanbevelingen voor elk van de onderzochte ketens (§ 2.2 tot en met § 2.4). Tot slot geven we in een samenvattend overzicht aan wat de voornaamste succes- en faalfactoren zijn bij ketensamenwerking (§ 2.5).

2.1 Algemeen beeld

Zowel bij het toezicht op asbestverwijdering, de aanpak van kindermishandeling als bij de acute zorgverlening is sprake van een vorm van samenwerking tussen de betrokken uitvoeringsinstanties, die vanuit de praktijk is gegroeid. De mate waarin die samenwerking is uitgekristalliseerd tot een volwaardige, goed functionerende keten verschilt van terrein tot terrein echter aanzienlijk.

Bij het toezicht op asbestverwijdering is de ketensamenwerking tussen de handhavende instanties het minst ver ontwikkeld; er is hier bijvoorbeeld geen sprake van structurele afstemming, informatie-uitwisseling en eenheid van optreden. De betrokken organisaties realiseren zich niet of nauwelijks dat zij onderdeel zijn van een keten. Zulk «ketenbesef» is cruciaal om te komen tot een goede samenwerking.

Bij de begeleiding van slachtoffers van kindermishandeling functioneert de ketenaanpak beter. Toch spelen hier enkele grote problemen in de samenwerking, waarvan de cliënten (mishandelde kinderen en hun ouders) nadelige, soms zelfs ernstige gevolgen ondervinden.

In de acute zorgverlening verloopt de ketensamenwerking verreweg het best. Hoewel ook in deze keten nog wel een aantal elementen valt te verbeteren, zijn de afzonderlijke schakels hier goed op elkaar ingespeeld en weet iedereen wat zijn taak is. Er is onmiskenbaar sprake van «ketenbesef».

Verklaring van de verschillen

Uit ons onderzoek komen drie factoren naar voren, die de verschillen tussen de ketens kunnen verklaren:

1. *Tijd.* Voor een deel zijn de verschillen waarschijnlijk gewoon een kwestie van tijd. De ambitie om het toezicht op asbestverwijdering te organiseren in de vorm van een samenwerkingsketen is pas recent (in 2005) uitgesproken. De begeleidende regelgeving, het Asbestverwijderingsbesluit, is nog korter geleden (in 2006) in werking getreden. Het is logisch dat samenwerkingsketens die al tientallen jaren bestaan, zoals bij de aanpak van kindermishandeling en bij de acute zorgverlening, beter gestroomlijnd zijn.
2. *Urgentie.* Ook de urgentie van het probleem waaraan in de keten wordt gewerkt, verklaart waarschijnlijk waarom de samenwerking in het ene geval hechter is dan in het andere. Als een gebrekkige of trage aanpak van het probleem niet onmiddellijk zichtbare of voelbare negatieve gevolgen heeft, zal bij de betrokken instanties minder snel de noodzaak worden gevoeld om «de rijen te sluiten» en prioriteit te geven aan zaken als afstemming en informatie-uitwisseling. In de acute zorg vermindert elke verloren minuut de kans op overleven. Maar als asbest niet volgens de regels wordt verwijderd en er komen daarbij vezels vrij die iemand inademt, duurt het nog twintig tot dertig

jaar voordat kanker of andere longziekten zich openbaren. Mogelijk verklaart dit mede waarom er op gemeentelijk niveau tot op heden weinig energie wordt gestoken in de totstandkoming van een goed functionerende handavingsketen. Bij de aanpak van kindermishandeling zien we dat de samenwerking relatief goed verloopt in gevallen waar onmiddellijk, acuut gevaar dreigt. Moeilijker is het waar het gaat om preventie of om het beperken van langetermijngevolgen voor mishandelde kinderen, zoals psychische problemen.

3. *Hoeveelheid andere taken.* De door ons onderzochte gevallen duiden erop dat het eenvoudiger is om ketensamenwerking op te bouwen tussen organisaties die gespecialiseerd zijn in het werkgebied van die keten, dan tussen organisaties die daarnaast nog allerlei andere werkgebieden hebben. Zo vormt het toezicht op asbestverwijdering voor de gemeentelijke diensten, de VROM-Inspectie en de Arbeidsinspectie slechts één van de vele taken. Het management van deze organisaties kan er op goede gronden voor kiezen een hogere prioriteit aan andere onderwerpen toe te kennen. Dat kan vervolgens wel een verzwakking betekenen van de ketensamenwerking op het gebied van de asbesthandhaving. Die spanning is er niet voor een organisatie die uitsluitend binnen één keten functioneert, zoals een ambulancedienst.

Bovenstaande factoren beïnvloeden naar onze inschatting de mate waarin ketensamenwerking kans van slagen heeft. Het betreft echter factoren die maar in geringe mate door politiek en beleid zijn te veranderen.³ We presenteren ze hier dan ook veeleer als een gegeven om rekening mee te houden.

Er zijn ook factoren die de ketensamenwerking bevorderen respectievelijk belemmeren en die wél op afzienbare termijn beïnvloedbaar zijn. Deze succes- en faalfactoren vermelden we in § 2.5; zij vloeien logisch voort uit onze conclusies bij elk van de onderzochte ketens die we bespreken in de nu volgende paragrafen 2.2 tot en met 2.4.

2.2 Toezicht op asbestverwijdering

Conclusies

De belangrijkste conclusies uit ons deelonderzoek naar het toezicht op asbestverwijdering zijn:

- Er is in de asbesthandavingsketen nog geen sprake van de door de voor milieuhandhaving verantwoordelijke bewindspersonen⁴ beoogde structurele afstemming, informatie-uitwisseling en eenheid van optreden («ketenbesef»).
- Het handavingsniveau is niet in overeenstemming met de geringe naleving van de asbestregelgeving door sloopbedrijven.
- De handhaving van de asbestregelgeving heeft geen prioriteit binnen gemeenten.
- De wijze waarop de verstrekking van asbestverwijderingscertificaten aan bedrijven is geregeld, is niet onomstreden.
- Het transport van asbest blijkt de lastigst te controleren schakel binnen de keten te zijn.

We lichten deze conclusies hieronder toe en formuleren aansluitend enkele aanbevelingen.

³ In theorie kunnen politiek en beleid op de factor «hoeveelheid andere taken» wél invloed uitoefenen. Het is immers mogelijk om (toezicht)organisaties met een breed takenpakket op te splitsen in kleinere organisaties die zich ieder op één probleemgebied richten. Dat zou echter haaks staan op de keuze die de laatste tien jaar bewust is gemaakt voor grote, professionele inspecties.

⁴ Dit zijn de ministers van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer (VROM), van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit (LNV) en van Justitie, alsmede de staatssecretaris van Verkeer en Waterstaat (VenW).

Geen structurele afstemming, informatie-uitwisseling en eenheid van optreden in de handhavingsketen

Er is nog een groot verschil tussen enerzijds de ideeën die de voor milieuhandhaving verantwoordelijke bewindspersonen hebben geformuleerd voor de handhaving van de asbestregelgeving, en anderzijds de feitelijke handhaving door onder meer gemeenten, provincies, politie, Arbeidsinspectie, VROM-Inspectie en Inspectie Verkeer en Waterstaat. De betrokken bewindspersonen van VROM, LNV, Justitie en VenW, die voor dit beleidsterrein opereren vanuit het Landelijk Overleg Milieuhandhaving (LOM), vinden dat het toezicht op de verwijdering van asbest bij sloop (en renovatie) prioriteit moet hebben, vanwege de grote gezondheids- en milieurisico's die zich voordoen wanneer asbest niet volgens de regels wordt geïdentificeerd, verwijderd, ingepakt en vervoerd – hetgeen vermoedelijk op grote schaal voorkomt (zie hierna).

De bewindspersonen hebben voor de handhaving van de asbestregelgeving een ketengerichte aanpak voor ogen, waarbij de diverse handhavinginstanties hun werkzaamheden op elkaar afstemmen. Er is in de praktijk echter nog geen sprake van een gezamenlijke aanpak. Tijdelijke initiatieven daargelaten blijven de handhavende instanties vooral gericht op eigen doelen en op het uitvoeren van de eigen taken en plannen. Het voor adequate samenwerking zo cruciale ketenbesef ontbreekt. Tot nu toe is het niemand gelukt om samenwerking of eenheid van optreden te bewerkstelligen. Het gevolg is dat de al jaren bestaande gezondheids- en milieurisico's rond asbest vooralsnog niet worden teruggedrongen. Een verzachtende kanttekening die we hierbij wel willen maken is dat de asbesthandhavingsketen een betrekkelijk «jonge» keten is. Het strategiedocument waarin de vier bewindspersonen ketentoezicht als handhavingstrategie hebben geïntroduceerd, is in april 2005 vastgesteld en het Asbestverwijderingsbesluit is pas sinds 2006 van kracht. Het is begrijpelijk dat het op orde brengen van naleefgedrag door een structureel andere manier van handhaven tijd nodig heeft.

Handhavingsniveau niet in overeenstemming met geringe naleving

De asbestverwijderingsbranche is een branche waarin de naleving van de regels nog sterk verbeterd kan worden. Er zijn indicaties dat er op grote schaal illegaal wordt gesloopt, zonder dat gemeente, politie of inspecties daar zicht op hebben. En ook waar legaal wordt gesloopt nemen calculerende bedrijven het niet zo nauw met de regels. Zo besparen ze veel kosten en de pakkans is gering, omdat de ketenpartners maar over een beperkte toezichtscapaciteit beschikken.

Met het idee van beperkte controles is op zichzelf niets mis, maar dan moet er in de branche wel een prikkel tot naleving aanwezig zijn. Die lijkt hier te ontbreken.

Handhaving asbestregelgeving geen prioriteit binnen gemeenten

De handhaving van de regelgeving rond de verwijdering van asbest heeft binnen gemeenten over het algemeen geen prioriteit en is niet op orde. Veel gemeenten hebben er te weinig handhavingcapaciteit voor beschikbaar.⁵ Het komt dan ook regelmatig voor dat gemeenten een sloopvergunning afgeven zonder dat er sprake is geweest van controle of asbestinventarisatie.

Deze gebrekkige handhaving is niet alleen een probleem op gemeentelijk niveau; het heeft gevolgen voor de effectiviteit van de asbesthandhavingsketen als geheel. De keten begint immers op het moment dat bij de gemeente een sloopvergunning wordt aangevraagd. Als het daar fout gaat, hebben de handhavers verderop in de keten, die toezicht moeten

⁵ Gedegen onderzoek hiernaar binnen een aselechte steekproef van gemeenten hebben we niet gevonden. De gegevens die wel beschikbaar zijn wijzen er echter op dat zeker de helft van de gemeenten zijn handhaving niet op orde heeft.

houden op de risico's tijdens de sloopwerkzaamheden, geen houvast meer bij het bepalen van hun werkzaamheden. Zonder voldoende toezicht bestaat de kans dat asbest niet correct wordt verwijderd uit een sloopwerk. Dat heeft gevolgen voor de direct betrokkenen: werknemers en omwonenden lopen een gezondheidsrisico. Bovendien komt er dan asbest terecht in het puin en – als gevolg daarvan – mogelijk ook in het milieu. Voor de landelijke inspecties is het cruciaal dat de gemeenten misstanden signaleren en de informatie daarover doorgeven. De Arbeidsinspectie en de VROM-Inspectie hebben niet zelf direct zicht op de slooppraktijken binnen gemeenten. Daarvoor staan ze er als landelijke inspectiedienst te ver van af. De pakkans neemt toe met de goede werking van de «oog- en oorfunctie» van de gemeentelijke toezichthouders. Het is nog onzeker in hoeverre de recent aangepaste regelgeving (Asbestverwijderingsbesluit 2005) en de onlangs vernieuwde toezichtsaanpak van de VROM-Inspectie zullen bijdragen aan een betere handhaving door gemeenten. Hierover wordt door de ketenpartners verschillend gedacht.

Twijfel over taakinvulling en nut certificerende instellingen

Er blijkt bij verschillende ketenpartners (Arbeidsinspectie, VROM-Inspectie, gemeenten, Openbaar Ministerie) twijfel te bestaan over het nut van de certificerende instellingen en over hun werkwijze. Het gaat hier om de instellingen die, nadat zij hebben gecontroleerd of asbestinventarisatie- en sloopbedrijven de richtlijnen goed naleven, deze bedrijven een certificaat verstrekken. De ketenpartners hebben het sterke vermoeden dat de certificerende instellingen te mild optreden tegen malverserende asbestinventarisatie- en sloopbedrijven en dat de certificering «een wassen neus is». Een bedrijf dat zich niet aan de regels houdt, kan namelijk als zijn certificaat is ingetrokken overstappen naar een andere certificerende instelling om een nieuw certificaat te bemachtigen.

Asbesttransport een lastige schakel

Het toezicht op het transport van asbest naar de eindverwerking vormt een lastige schakel binnen de asbesttoezichtsketen. Vanaf het moment van transport is gesloopt asbest nog maar moeilijk te traceren. Extra inzet van inspectie op transport levert relatief weinig op, zo heeft de ervaring geleerd, omdat de kans om asbest aan te treffen heel klein is. Voor zover er bij de algemene transportcontroles die de politie samen met enkele inspecties wekelijks houdt, bij toeval asbest wordt aangetroffen, geeft de controle daarvan geen uitsluitel over eventueel «weggemoffelde» hoeveelheden asbest. Als asbest eenmaal in een verzamelcontainer zit, is de inhoud daarvan namelijk niet meer op te splitsen naar de afzonderlijke herkomstlocaties (sloopprojecten).

De VROM-Inspectie heeft daarom besloten om haar aandacht te richten op de eerste schakels in de keten, en niet op de transportfase. Hiermee is de handhavingssketen dus geen gesloten geheel. Asbest wordt niet door de keten heen gevolgd, iets wat juist een meerwaarde zou moeten zijn van het werken als keten.

De aan het LOM verbonden bewindspersonen hebben in het strategiedocument voor de asbesthandhaving expliciet aangegeven dat handhaving bij transport op gecoördineerde en samenhangende wijze ingericht moet worden. We hebben hierover echter geen concrete afspraken aangetroffen.

Aanbevelingen

Reflectie binnen handhavingsketen op gezamenlijke aanpak risico's

We zien dat elke organisatie haar eigen prioriteiten stelt en er te weinig terecht komt van structurele afstemming, informatie-uitwisseling en eenheid van optreden. Dit is onontbeerlijk om de gevaren te beperken die onzorgvuldige asbestverwijdering oplevert voor werknemers en omwonenden.

Wij bevelen de ministers van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en van VROM dan ook aan om te bevorderen dat zo snel mogelijk een constructief rondetafelgesprek tot stand komt tussen de betrokkenen uit alle schakels van toezicht en handhaving: van het afgeven van sloopvergunningen tot en met de definitieve opslag van asbesthoudend afval. In dat gesprek zou centraal moeten staan hoe de ketenpartners er gezamenlijk voor kunnen zorgen dat de risico's voor werknemers en omwonenden tijdens sloopwerken (de kans op inademen van asbestvezels), tijdens het transport en rond stortplaatsen (de kans op vrijkomen van asbestvezels vanuit het afval) zo veel mogelijk worden beperkt. Sleutelfiguren uit de betrokken organisaties zouden bijvoorbeeld om te beginnen gezamenlijk het probleem van (het toezicht op) asbestverwijdering kunnen definiëren. Vanuit die gedeelde probleemdefinitie zouden ze vervolgens kunnen aangeven hoe elk van de organisaties nu al bijdraagt aan oplossingen, welke gaten er nog zijn en hoe elk van de organisaties kan helpen om die te vullen. Betrokken organisaties zijn in elk geval: de gemeentelijke diensten Bouw- en Woningtoezicht, de gemeentelijke diensten Milieu-handhaving, de provinciale milieudiensten, de certificerende instellingen, de VROM-Inspectie, de Arbeidsinspectie, het Openbaar Ministerie en het LOM.

We bevelen de ministers van SZW en van VROM aan om dit initiatief van gezamenlijke reflectie te faciliteren.

Als uit de gesprekken duidelijk wordt dat de toezichthouders en handhavers in bepaalde schakels over te weinig capaciteit beschikken, en als daar ook met «slimmere» werkwijzen geen oplossing voor te vinden is, zouden de verantwoordelijke bewindspersonen (of andere bestuurders, als het gemeenten of provincies betreft) dit expliciet moeten maken, de consequenties in termen van gezondheidsrisico's moeten benoemen en kenbaar moeten maken aan de volksvertegenwoordiging.

Zicht op feitelijke naleving asbestregels

Wij bevelen de bij de asbestproblematiek betrokken bewindspersonen van VROM, Justitie, SZW en VenW aan om ervoor te zorgen dat er door middel van metingen periodiek gegevens beschikbaar komen over de mate waarin de asbestregelgeving wordt overtreden c.q. nageleefd. Tegelijk met deze metingen zou moeten worden onderzocht of de activiteiten van de VROM-Inspectie het gewenste effect hebben, dat wil zeggen: of zij gemeenten er daadwerkelijk toe aanzetten om werk te maken van hun rol in de asbestketen. Wij verwijzen hier naar een van onze aanbevelingen uit 2005: «Handhavers dienen regelmatig het feitelijke nalevingsniveau te meten van alle bepalingen, en de resultaten daarvan te laten doorwerken in hun handhavingsinspanningen» (Algemene Rekenkamer, 2005, p. 68).

Toezichtsaanpak VROM-Inspectie

- Om te bewaken dat er op het niveau van de gemeentelijke diensten werk wordt gemaakt van de landelijk vastgestelde asbesthandhavingsdoelen, is het tweedelijns toezicht dat door de VROM-Inspectie wordt uitgeoefend van belang. Deze inspectie is van plan om gemeenten die

weinig doen aan toezicht op asbestverwijdering harder te gaan aanpakken, waarbij ook het opleggen van sancties tot de mogelijkheden behoort. Wij bevelen aan om in het gezamenlijke overleg tussen de handhavingspartners (zie onze eerste aanbeveling in deze paragraaf) deze werkwijze zo te preciseren dat er een grote kans is dat hij positief uitwerkt bij de gemeenten die nog weinig doen, maar óók een extra stimulans geeft aan de gemeenten die juist actief zijn.

Certificerende instellingen

- In het gezamenlijke overleg tussen de handhavingspartners (zie onze eerste aanbeveling in deze paragraaf) zou men bijzondere aandacht moeten besteden aan de certificerende instellingen. Het is voor alle handhavers, maar ook voor eigenaren van te slopen panden, van groot belang om er zeker van te kunnen zijn dat een gecertificeerd bedrijf de sloop van een pand met asbest zorgvuldig uitvoert. Dat betekent dat een certificaat niet alleen zekerheid moet bieden dat het betreffende sloopbedrijf zijn zaken op papier goed heeft geregeld, maar ook dat het zich in de praktijk aan de voorschriften houdt. Voor een goede werking van de asbesthandavingsketen is het cruciaal dat alle ketenpartners het eens zijn over de betekenis van het certificaat. Ook de wijze waarop certificerende instellingen nagaan of een bedrijf het certificaat waard is (en blijft) zou binnen de keten onomstreden moeten zijn.

Asbesttransport

- Over het nut van controle van asbesttransporten blijken de meningen tussen diverse handhavers uiteen te lopen. Volgens de VROM-Inspectie voegt controle op transport weinig toe als er goede controle is op de sloop en aansluitend op de verpakking van het asbesthoudende afval, en ná transport op de overslag- en stortplaatsen. Bovendien kost toezicht op transport veel tijd, omdat er zo'n geringe trefkans is (de meeste vrachtwagens vervoeren nu eenmaal geen asbesthoudend afval). In de LOM-strategie wordt toezicht op transport echter wel als belangrijk aangemerkt. In het ketenoverleg waarvan we in onze eerste aanbeveling spreken zal dit punt expliciet aandacht moeten krijgen: (hoe) kunnen transportcontroles substantieel bijdragen aan vermindering van het gevaar dat asbestafval oplevert, en staat dat in redelijke verhouding tot de kosten?

2.3 Aanpak van kindermishandeling

Conclusies

In verschillende opzichten functioneert de keten voor de aanpak van kindermishandeling relatief goed:

- De afzonderlijke rollen binnen de keten zijn redelijk duidelijk afgebakend: de gemeente is eerstverantwoordelijke voor preventie en lichte hulpverlening, de provinciale Bureaus Jeugdzorg zijn eerstverantwoordelijke voor verdergaande hulpverlening, de Raad voor de Kinderbescherming en de rechtspraak wegen af welke maatregelen opgelegd moeten worden.
- Onder de noemer «centra voor jeugd en gezin» of «ouder-kindcentra» gaan instellingen uit het gemeentelijke circuit en soms ook de provinciale Bureaus Jeugdzorg steeds vaker bij elkaar zitten op goed bereikbare plekken. Zowel ouders met een vraag om advies als ouders of kinderen met ernstiger problemen kunnen hier terecht.

Er spelen echter ook enkele grote problemen, die ten dele wel en ten dele nog niet worden aangepakt:

- De signalering en melding van kindermishandeling verlopen niet optimaal.
- Ouders en kinderen hebben in het hulpverleningscircuit te maken met lange wacht- en doorlooptijden.
- In veel gevallen is de hulpverlening aan mishandelde kinderen niet of onvoldoende effectief.
- Het ontbreekt in de zorgverleningsketen rond kindermishandeling aan duidelijke regie, terwijl die wel nodig is.
- De informatie-uitwisseling tussen en binnen de bij kindermishandeling betrokken organisaties is slecht georganiseerd.

We lichten deze problemen hieronder nader toe en formuleren aansluitend enkele aanbevelingen.

Signalering en melding kindermishandeling niet optimaal

Voor zover er betrouwbare cijfers bekend zijn, duiden deze erop dat er veel meer gevallen van kindermishandeling zijn dan er officieel worden gemeld. Dat betekent dat de signalering van het probleem (door bijvoorbeeld consultatiebureaus, huisartsen en beroepskrachten die met kinderen werken) beter zou moeten.

Hieraan wordt wel gewerkt: er worden cursussen georganiseerd voor mensen die veel met kinderen werken om hen te leren signalen te herkennen. Huisartsen werken echter lang niet altijd actief mee aan signalering. Zij zijn terughoudend om vermoedens van kindermishandeling te melden, in verband met hun beroepsgeheim. Diverse beroepsverenigingen ontplooiën thans overigens activiteiten om artsen een actievere rol te laten spelen.

Een ander probleem betreft de melding van kindermishandeling, als deze eenmaal is gesignaleerd. Hiervoor bestaan twee loketten. Bij welk loket je moet zijn, hangt af van het soort melding dat je wilt doen: hulp vragen in verband met je eigen kind of je zorgen uiten over een kind uit een ander gezin moet bij de «afdeling Toegang» van het Bureau Jeugdzorg. Maar bij concrete vermoedens van kindermishandeling moet je bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling zijn. Het onderscheid is veel mensen niet duidelijk. De vele doorverwijzingen die het gevolg zijn van deze onduidelijkheid vormen voor zowel melders als hulpverleners een onnodige belasting.

Lange wachttijden en doorlooptijden

Bij verschillende onderdelen in de hulpverlening rond kindermishandeling zijn de afgelopen jaren wachtlijsten ontstaan. De wachttijden voor cliënten overschrijden daardoor regelmatig de maximumnorm. De wachtlijsten aan de «ingang» van de keten, bij de Bureaus Jeugdzorg, zijn in de loop van 2006 met behulp van tijdelijke extra gelden vrijwel weggewerkt. Maar in de loop van 2007 zijn ze weer flink gegroeid. Nu er veel wordt gedaan om de signalering van kindermishandeling te verbeteren, zullen er de komende jaren steeds meer meldingen komen en dus nieuwe wachtlijsten. Tijdelijke financiering is hiervoor geen doelmatige oplossing, omdat de betreffende organisaties dan steeds weer nieuwe mensen voor een betrekkelijk korte periode moeten inwerken. De minister voor Jeugd en Gezin ontwikkelt dan ook een systematiek die op realistische ramingen van de vraag gebaseerd is. Deze moet in 2009 ingaan.

Ook de doorlooptijden in het hulpverleningscircuit zijn zeer lang. De normtijden bedragen alles bij elkaar 314 dagen (van de eerste melding tot het moment dat er een gezinsvoogd is en een plan voor wat er

vervolgens moet gebeuren). Afhankelijk van de gewenste hulp en de beschikbaarheid daarvan, komen er nog wachttijden bij alvorens dat plan uitgevoerd kan worden.

Voor verkorting van de doorlooptijden over de gehele linie is het van belang dat hulpverleners alleen «na elkaar» werken als dat echt nodig is, en anders tegelijkertijd. In een onderdeel van het beleidsprogramma «Beter Beschermd» is het volgens diverse geïnterviewden gelukt om de doorlooptijd tussen de eerste melding en het moment waarop de rechter zich uitspreekt over ondertoezichtstelling, fors in te korten.⁶ Dit programma is tot nu toe in enkele proefregio's uitgevoerd maar zal in het hele land beschikbaar komen. Tot nu toe is de stap van ondertoezichtstelling tot daadwerkelijke hulpverlening nog niet in het programma betrokken. Ook heeft men zich gericht op «veelbelovende» gevallen, namelijk gevallen waarin eigenlijk veel informatie beschikbaar was en dus door betere uitwisseling snelle vooruitgang mogelijk was.

Hulpverlening niet altijd effectief

Door plaatsgebrek bij de jeugdzorgaanbieders krijgt het Bureau Jeugdzorg mishandelde kinderen niet altijd op de juiste plek geplaatst. Ze krijgen dan soms overbruggingshulp. In dat geval staat het kind niet meer op de wachtlijst, maar wordt het waarschijnlijk niet zo doeltreffend geholpen als anders het geval zou zijn geweest.

Een ander probleem is dat een fors aantal kinderen dat bij het Bureau Jeugdzorg binnenkomt met een psychisch trauma als gevolg van mishandeling, ten onrechte niet wordt behandeld. Dat komt doordat trauma's bij de indicatiestelling vaak niet worden waargenomen door de medewerkers van het Bureau Jeugdzorg.

Ook als het wél tot gerichte hulpverlening komt, is lang niet altijd bekend of de ingezette methoden echt helpen. De kennis over de effectiviteit van preventie- en behandelmethoden is nog beperkt. Naar sommige methoden wordt wel onderzoek gedaan, maar het aantal bewezen effectieve methoden op het gebied van kindermishandeling is vooralsnog beperkt. De doeltreffendheid van de hulpverlening aan mishandelde kinderen wordt ten slotte ook nog belemmerd doordat de informatie-uitwisseling tussen de volwassenen-ggz en de jeugdzorg onvoldoende is. Deze is nodig, omdat psychische problemen van ouders gevaren voor de opvoeding en dus voor het kind kunnen inhouden.

Geen duidelijke regie op de zorgverlening

Er is niet één organisatie of persoon die de regie heeft over alle organisaties in de zorgverleningsketen rond kindermishandeling. Door dit gebrek aan regie is de aansluiting tussen preventie, lichte hulpverlening en zwaardere hulpverlening niet goed geregeld. Voor individuele kinderen kan dit betekenen dat ze te lang in het licht-curatieve circuit blijven terwijl ze eigenlijk zwaardere hulp nodig hebben, of dat ze juist onnodig snel in relatief zware vormen van hulpverlening terechtkomen.

Behalve op het niveau van organisaties ontbreekt centrale regie ook op het niveau van de afzonderlijke gevallen van kindermishandeling, hoewel de complexiteit van de keten zo'n regiefunctie wel vereist. Het grote aantal hulpverleners en de wisselende rol van instellingen in de diverse stadia van de hulpverlening maken het voor kind en ouders moeilijk om te weten waar ze aan toe zijn en welke keuzes ze kunnen maken. De keten is voor hen niet te overzien en niemand bewaakt gedurende het gehele traject of het kind de juiste hulp krijgt.

In het gemeentelijke traject is voor het «casemanagement» niemand in het bijzonder verantwoordelijk, in het provinciale traject is dit een taak van

⁶ In evaluatieonderzoek bleek dit effect door gebrek aan goede gegevens niet meetbaar (Eijgenraam et al., 2007, p. 6–7).

het Bureau Jeugdzorg die veelal slecht wordt vervuld, onder meer door te weinig financiering.

Informatie-uitwisseling tussen en binnen de schakels slecht georganiseerd

De uitwisseling van informatie van de ene schakel naar de volgende is binnen de keten rond de aanpak van kindermishandeling slecht georganiseerd. De mogelijkheden van digitale overdracht worden nog maar nauwelijks gebruikt, waardoor er op onderdelen uiterst ondoelmatig wordt gewerkt.

Zo bleek uit een gesprek dat wij hebben gevoerd met een kinderrechter dat er uitsluitend *papieren* dossiers door het Bureau Jeugdzorg worden overgedragen. De kinderrechter moet de betreffende informatie vervolgens met de hand overtikken om deze op zijn eigen wijze te kunnen ordenen en elektronisch te archiveren.

Ook hebben wij vastgesteld dat de instellingen voor maatschappelijk werk en de Bureaus Jeugdzorg onderling niet hebben geregeld in welke situaties onderdelen van een cliëntdossier worden overgedragen en in welke situaties niet. Het gevolg is dat de Bureaus Jeugdzorg regelmatig niet beschikken over de benodigde informatie voor de begeleiding van een cliënt.

Bij één Bureau Jeugdzorg hebben wij geconstateerd dat er gewerkt werd met een informatiesysteem dat dusdanig gebruiksonvriendelijk was, dat zelfs de eigen medewerkers er niet mee overweg konden.

Aanbevelingen

Wachttijden en doorlooptijden

- Wij vinden het verheugend dat de minister voor Jeugd en Gezin het onderdeel van het programma «Beter Beschermd» dat zich richt op verbetering van de werkwijze in de keten, landelijk laat uitvoeren. Hij zou daar ook de daadwerkelijke hulpverlening bij moeten betrekken ná uitspraak van de rechter. Pas met die hulpverlening kunnen de betrokken kinderen immers echt verbetering merken. De minister zou tevens moeten zorgen dat uit begeleidend evaluatieonderzoek duidelijk wordt of deze aanpak te veralgemeniseren is, dan wel beperkt moet blijven tot bepaalde typen gevallen.

Doeltreffendheid van de hulpverlening

- Het onderzoek naar de doeltreffendheid van preventie- en behandelmethoden, dat pas onlangs op gang is gekomen, is van groot belang. De minister voor Jeugd en Gezin zou moeten bevorderen dat dit onderzoek wordt voortgezet en wordt uitgebreid: ook de volgorde van interventies en de combinaties van interventies zouden erin betrokken moeten worden.
- Om de doeltreffendheid van curatieve interventies in gezinssituaties beter meetbaar te maken, zouden de minister voor Jeugd en Gezin en de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ervoor moeten zorgdragen dat de geestelijke jeugdgezondheidszorg een duidelijke rol krijgt bij het formuleren van prestatie-indicatoren die in concrete, meetbare termen aangeven wat de beoogde eindsituatie is van zulke interventies. Omdat vermindering van de psychische gevolgen van de mishandeling voor het kind een belangrijk onderdeel van de aanpak van kindermishandeling vormt, is het belangrijk de geestelijke jeugdgezondheidszorg ook meer te betrekken in bestaande verbeterprojecten van de rijksoverheid zoals «RAAK» en «Beter Beschermd».

Aansturing zorgverleners

- De centra voor jeugd en gezin kunnen bijdragen aan een betere aansluiting tussen preventieve, ondersteunende zorg in de opvoeding enerzijds en het beperken van de problemen en de schade voor het kind anderzijds. Dat vereist echter een directe en substantiële aanwezigheid van het Bureau Jeugdzorg in deze centra. De term «voorpostfunctionaris» scheidt hierover te weinig duidelijkheid. De minister voor Jeugd en Gezin zou, bij alle vrijheid die hij de gemeenten laat voor de concrete vormgeving, op dit punt toch duidelijke en realistische voorwaarden moeten stellen. Anders is het risico groot dat de scheiding tussen gemeentelijk en provinciaal circuit blijft bestaan.
- Van elk kind dat in het gemeentelijke of provinciale hulpverleningscircuit of in de jeugd-ggz als risicogeval voor mishandeling wordt gezien, zou op elk moment duidelijk moeten zijn of het de juiste hulp krijgt. Daartoe is meer nodig dan het bestaande casemanagement, omdat dit slechts een beperkt aantal onderdelen omvat van het traject dat een kind doorloopt. Bovendien is het casemanagement een taak die veelal niet goed wordt vervuld. Wij bevelen de minister voor Jeugd en Gezin aan om ervoor te zorgen dat de betrokken partijen (in elk geval de Bureaus Jeugdzorg, en de gemeentelijke afdelingen die met coördinatie van de gemeentelijke preventie en hulpverlening zijn belast) binnen afzienbare termijn (bijvoorbeeld een jaar) tot overeenstemming komen over de invulling van het casemanagement. Ze zouden met elkaar moeten afspreken hoe ze gaan zorgen voor duidelijkheid (zowel voor het kind als voor elkaar) over de geboden hulpverlening in elk stadium van het traject.

2.4 Acute zorgverlening

Conclusies

De acute zorgverlening (ambulancezorg en eerste hulp) kent in ons land een effectieve ketensamenwerking, ofschoon er van expliciete regie geen sprake is. De mensen die in de afzonderlijke «schakels» werken weten in de meeste gevallen wat ze moeten doen en welke eisen de volgende schakel stelt. Belangrijke factoren die de ketensamenwerking bevorderen zijn:

- de overduidelijke urgentie van het probleem;
- de gedeelde medische achtergrond en deskundigheid van de betrokken zorgverleners;
- het specifieke, op gezondheidszorg gerichte karakter van de betrokken organisaties;
- het geringe aantal betrokken organisaties.

De minister van VWS hanteert ten aanzien van de acute zorgverlening een «afstandelijk» sturingsconcept dat past bij het geprofessionaliseerde, enigszins autonome karakter van de beroepsgroepen: waarborgen dat de voorzieningen er zijn waarmee de beroepsgroepen acute zorg kunnen verlenen; kwaliteitseisen formuleren of door de beroepsgroepen laten formuleren; nagaan of prestaties aan die eisen voldoen.

Op drie punten kan de acute zorgketen nog worden verbeterd – en gedeeltelijk wordt hieraan ook al gewerkt:

- De aanrijtijden van ambulances overschrijden regelmatig de norm.
- Voor patiënten is niet altijd duidelijk of ze toegang tot acute zorg moeten krijgen via een huisartsenpost of via een ziekenhuis.
- De kwaliteit van de acute zorgverlening is niet altijd voldoende.

We lichten deze verbeterpunten hieronder nader toe en formuleren aansluitend enkele aanbevelingen.

Aanrijtijden ambulances langer dan toegestaan

In 2006 waren de ambulances in 91% van de meest urgente gevallen binnen een kwartier ter plaatse. Volgens de norm die de ambulancezorg zelf als richtinggevend beschouwt, zou dit 95% moeten zijn. In opdracht van de minister van VWS doet het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) momenteel onderzoek naar de frequentie en spreiding van de overschrijdingen. Aansluitend hierop zal het RIVM het rekenmodel herijken, dat ten grondslag ligt aan de spreiding en beschikbaarheid van ambulances.

Toegang tot de acute zorgketen onduidelijk

Patiënten met een acute zorgvraag kunnen terecht bij hun huisarts of bij een huisartsenpost, maar ze kunnen ook op eigen initiatief rechtstreeks naar de afdeling spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis gaan. Wat in welke situatie de beste keuze is, weten veel mensen niet. In de praktijk gebeurt het vaak dat patiënten zich bij een SEH-afdeling melden, terwijl ze ook door een huisarts(enpost) geholpen hadden kunnen worden. In 2002 betrof dit volgens de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 50% van de «eigen aanmeldingen» bij SEH-afdelingen. Dat leidt tot onnodige wachttijden op de SEH-afdelingen en onnodige kosten, doordat specialistische hulp duurder is dan huisartsenhulp.

De integratie van huisartsenpost en de ziekenhuisafdeling spoedeisende hulp wordt algemeen als de mooiste formule gezien om dit probleem op te lossen. Direct na binnenkomst wordt door een «triagist»⁷ beoordeeld of hulp nodig is van een specialist dan wel van een huisarts.

Strijdige financiële belangen staan echter de ontwikkeling van deze geïntegreerde spoedzorgposten in de weg. Voor de ziekenhuizen is integratie onvoordelig, in elk geval op korte termijn. Immers, doordat huisartsen een flink deel kunnen helpen van de mensen die vroeger naar de SEH-afdeling van het ziekenhuisafdeling gingen, verliezen de specialisten van het ziekenhuis inkomsten.

Zonder compensatieregelingen komt een dergelijke samenwerking dan ook niet van de grond. Deze regelingen bestaan sinds 2003. Het gaat daarbij wel om tijdelijke compensatie, voor experimenten van maximaal drie jaar.

Onzekerheid over kwaliteit acute zorgverlening

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in 2004 kritiek geuit op de kwaliteit van de zorgverlening van SEH-afdelingen (IGZ, 2004b). Op de afdelingen bleek niet overal permanent een arts met ervaring in de acute zorg aanwezig of als achterwacht beschikbaar. Op bijna een kwart van de onderzochte afdelingen was bovendien de medische eindverantwoordelijkheid niet geregeld. Een herhalingsonderzoek staat voor 2009 op de planning van de inspectie.

Ook de kwaliteit van huisartsenposten heeft de inspectie de afgelopen jaren beoordeeld. Deze posten functioneerden in 2005 beter dan in 2003, maar de telefonische bereikbaarheid schoot nog tekort (in 4% van de onderzochte gevallen werd de telefoon helemaal niet opgenomen, zodat er van enige dienstverlening eigenlijk geen sprake kon zijn). Ook kwam het voor dat medewerkers met onvoldoende opleiding beoordeelden welk vervolgtraject voor een patiënt nodig was.

De rijksoverheid probeert de onzekerheid over de kwaliteit op twee manieren te verminderen:

⁷ Triage is het selecteren en rangschikken van patiënten naar de ernst van hun medische situatie.

- De Inspectie voor de Gezondheidszorg werkt in overleg met de betrokken beroepsgroepen aan indicatoren voor de kwaliteit van de verleende acute zorg. De inspectie verwacht dat daarmee het verzamelen en bijhouden van gegevens over de kwaliteit van de zorgverlening een standaardprocedure zal worden in de dagelijkse praktijk van de zorgverlening. Ook zouden de gegevens openbaar moeten worden, zodat kwaliteit een grotere rol kan gaan spelen in het publieke debat over de acute zorgverlening.
- De minister van VWS laat onderzoek doen naar factoren die het succes van de acute zorgverleningsketen bepalen.

Aanbevelingen

Toegang tot de acute zorgketen

- Geïntegreerde spoedzorgposten bieden in potentie belangrijke voordelen. Als een patiënt ziekenhuiszorg nodig heeft, hoeft hij niet meer vervoerd te worden. En als het probleem door huisartsenhulp opgelost kan worden, vindt geen onnodige (zelf)verwijzing meer plaats naar ziekenhuishulp. Tegelijkertijd hebben we gezien dat er factoren zijn die de inrichting van geïntegreerde spoedzorgposten belemmeren. Wij bevelen de minister van VWS aan om ervoor te zorgen dat de betrokken partijen een open discussie voeren over de voor- en nadelen van geïntegreerde spoedzorgposten en over de condities waaronder ze goed kunnen werken. Wij bevelen de minister tevens aan om de resultaten van deze discussie onder de betrokken partijen (zoals ziekenhuisdirecties, huisartsen, verplegend personeel en ziektekostenverzekeraars) brede bekendheid te geven. We geven de minister ten slotte in overweging om de mogelijkheden voor het aanvragen van een experimentstatus grotere bekendheid te geven.
- Ook waar geen geïntegreerde spoedzorgpost aanwezig is, zou betere voorlichting over de keuze tussen de SEH-afdeling van een ziekenhuis en een huisartsenpost kunnen helpen om het grote aantal medisch overbodige «zelfverwijzingen» naar SEH-afdelingen te verminderen. De minister van VWS kan dergelijke voorlichting zelf laten verzorgen, of de beroepsgroepen in regionaal verband hiertoe stimuleren.

Kwaliteit van de verleende acute zorg

- De minister van VWS zou de Inspectie voor de Gezondheidszorg moeten stimuleren en mogelijkheden moeten bieden om al in 2008 een herhalingsonderzoek uit te voeren naar de kwaliteit van de spoedeisende hulpverlening, gezien de ernst van de gebreken die de inspectie in 2004 heeft vastgesteld.

2.5 Samenvattend overzicht succes-faalfactoren

In onderstaand schema geven we voor elk van de drie door ons onderzochte samenwerkingsketens een overzicht van de factoren die invloed hebben op de mate waarin ketensamenwerking kans van slagen heeft. We maken daarbij onderscheid tussen de verklarende factoren die we in § 2.1 hebben besproken, en de succes- en faalfactoren die we in § 2.2 tot en met § 2.4 hebben geïdentificeerd.⁸ Bij de faalfactoren geven we ook aan of en zo ja op welke manier er al aan het probleem wordt gewerkt. Een neerwaarts gerichte pijl betekent dat dit een faalfactor is in de onderzochte keten. Een opwaarts gerichte pijl betekent dat dit een succesfactor is.

⁸ In bijlage 1 van deel II geven we een uitgebreidere toelichting op dit schema, waarbij we ook laten zien welke succes- en faalfactoren in andere ketens een belangrijke rol spelen.

	Handhaving asbestverwijdering		Aanpak kindermishandeling		Acute zorgverlening	
Verklarende factoren						
	<i>Verklaren- de factor</i>	<i>Ondernomen actie</i>	<i>Verklaren- de factor</i>	<i>Ondernomen actie</i>	<i>Verklaren- de factor</i>	<i>Ondernomen actie</i>
Tijd dat keten al bestaat	↓		↓		↑	
Urgentie van het probleem	↓		↑ / ↓		↑	
Hoeveelheid andere taken	↓	Thematische aanpak VROM- Inspectie	↑ / ↓	Convenanten	↑	
Succes- en faalfactoren						
	<i>Succes-/ faalfactor</i>	<i>Ondernomen actie</i>	<i>Succes-/ faalfactor</i>	<i>Ondernomen actie</i>	<i>Succes-/ faalfactor</i>	<i>Ondernomen actie</i>
Toegang	–		↓		↓	Spoedzorgposten
Aantal ketenpartners	↓	Regionale samen- werkingsverbanden			↑	
Informatie-uitwisseling	↓		↓	Elektronisch kinddossier	↓	Elektronisch spoeddossier
Doelen/wet- en regelgeving	↓					
Regie	↓		↓	Centra voor jeugd en gezin		
Gebrek aan middelen	↓		↓	Extra financiering		
Verkokerde financiering	–		↓		↓	Regeling innovatie
Deskundigheid	–		↓	Cursussen	↑	
Inzicht in prestaties en kwaliteit	↓		↓	Onderzoek	↓	Indicatoren en onderzoek

Toelichting bij het schema

Het schema laat zien dat er in twee van de onderzochte ketens actie wordt ondernomen om iets te doen aan het probleem van de *grote hoeveelheid taken* die ketenpartners vaak hebben los van hun taken binnen de keten. Het blijkt mogelijk om de negatieve gevolgen die dit heeft voor de ketensamenwerking, te verzachten: organisaties kunnen expliciet maken hoe ze hun werk aanpakken voor het object van ketensamenwerking. Dat doet bijvoorbeeld de VROM-Inspectie met haar thematische toezichtsaanpak. Iets vergelijkbaars zien we in de keten rond de aanpak van kindermishandeling: verschillende bredere organisaties in deze keten hebben zich in een convenant vastgelegd op een minimuminspanning en een bepaalde werkwijze.

Het schema laat verder zien dat *informatie-uitwisseling* in alle drie de ketens een rol speelt als faalfactor. Zowel in de keten rond de aanpak van kindermishandeling als in de acute zorgketen is sprake van onvoldoende informatie-uitwisseling, waardoor informatie over cliënten/patiënten niet altijd voor alle zorgverleners/beroepsbeoefenaren beschikbaar is. Een vergelijkbaar probleem speelt in de asbesthandhavingketen; informatie over gesignaleerde overtredingen op sloopllocaties geven de handha-

vende instanties niet altijd aan elkaar door, hetgeen adequaat optreden bemoeilijkt.

We wijzen ook op het gebrek aan *inzicht in prestaties en kwaliteit*. Dit is in alle drie de ketens een faalfactor. Er ontbreekt een structurele dataverzameling over prestaties en geleverde kwaliteit, waardoor verbetering van de ketenprestaties niet goed mogelijk is.

Een gebrek aan *regie* is vooral een belangrijke faalfactor in de ketens rond de aanpak van kindermishandeling en de asbesthandhaving. Opvallend is dat er in de acute zorgverlening geen sprake is van één regisseur, zonder dat in de praktijk leidt tot een slecht functionerende keten.

Sturing en zelfsturing van ketens: rol van de rijksoverheid

Aangezien het ontbreken van een regiefunctie vaak wordt genoemd als faalfactor voor ketensamenwerking, is het relevant om te zien in hoeverre het Rijk een sturende rol vervult bij de onderzochte ketens. Kunnen we zeggen dat het Rijk als systeemverantwoordelijke moet zorgen dat er altijd een regisseur is voor de gehele keten?

Zo eenvoudig ligt het niet. Immers, de acute zorgverleningsketen functioneert relatief goed, terwijl er in de praktijk geen sprake is van centrale regie, ook niet per regio. Daar staat tegenover dat er bij de aanpak van de kindermishandeling wél ernstige problemen zijn die te maken hebben met een gebrek aan regie: te weinig afstemming, informatieoverdracht en samenwerking. En bij het toezicht op asbestverwijdering hebben we gezien dat de ketensamenwerking voor een groot deel nog moet ontstaan. Ook daar is regie van groot belang.

Bij de ketens rond de aanpak van kindermishandeling en de acute zorgverlening heeft het Rijk uitdrukkelijk gekozen voor sturing op afstand, in de acute zorgverlening nog meer dan bij de aanpak van kindermishandeling. Dit houdt in dat «Den Haag» enerzijds ruimte laat aan bestaande samenwerkingsverbanden om zich te ontwikkelen op een manier die de ketenpartners zelf verkiezen. Anderzijds proberen de betrokken ministers te bewaken dat er voldoende kwaliteit en voldoende coördinatie is. Deze manier van sturen zou volgens ons door enige nuancering verbeterd kunnen worden.

Afgaande op onze bevindingen bij de onderzochte drie ketens denken wij dat een expliciete regiefunctie nuttig is als een keten helemaal of op onderdelen *nieuw* is of uit organisaties bestaat die vanuit sterk *verschillende culturen* werken en daardoor niet tot een gezamenlijke opvatting komen over de aard van het probleem en de manier om het aan te pakken. Als er echter al duidelijk sprake is van ketenbesef, is een expliciete regiefunctie niet nodig en maakt ze de samenwerking wellicht onnodig ingewikkeld.

Daar waar een regiefunctie nodig is, hoeft het Rijk deze niet per se zelf te vervullen. Het is wel zaak dat het Rijk ervoor zorgt dat duidelijk is welke organisatie deze rol heeft en dat deze daar dan ook de middelen voor krijgt. Concreet zou dit betekenen dat het Rijk voor de acute zorgverlening eigenlijk niet hoeft aan te geven wie de regie heeft, maar voor de aanpak van kindermishandeling en toezicht op asbestverwijdering wel.

3 REACTIE MINISTERS EN NAWOORD ALGEMENE REKENKAMER

Hieronder is een samengevatte weergave opgenomen van de bestuurlijke reacties op ons onderzoek, per onderwerp aangevuld met ons nawoord.⁹

3.1 Toezicht op asbestverwijdering

Op 5 februari 2008 heeft de minister van VROM gereageerd op ons deelonderzoek naar de toezichtsketen rond asbestverwijdering, mede namens de ministers van SZW, van Justitie en van VenW.

3.1.1 Algemeen beeld

Wij benoemen in ons rapport drie verklarende factoren voor het feit dat de asbesttoezichtsketen minder ver is ontwikkeld dan de andere onderzochte ketens, namelijk (1) de tijd dat de keten bestaat, (2) de urgentie van het probleem en (3) de hoeveelheid andere taken die ketenpartners hebben. De minister deelt onze analyse en noemt dit tevens complicerende factoren voor het verbeteren van de handhaving. De minister wil ervoor zorgen dat met het verstrijken van de tijd de handhaving kan verbeteren. Ze noemt verschillende begeleidingsactiviteiten, waaronder implementatieprojecten op regionaal niveau, diverse samenwerkingsinitiatieven tussen handhavers, de interventiestrategie van het LOM en aanvullende voorlichting. Daarnaast kondigt de minister voor dit jaar een voorlichtings-/bewustwordingsactie aan voor gemeenten en burgers, om het gevoel van urgentie te vergroten. Over de hoeveelheid andere taken merkt zij op dat er verschillende middelen worden ingezet om te bereiken dat het thema asbestverwijdering op alle overheidsniveaus de gewenste prioriteit zal krijgen: opleiding en hulpmiddelen voor gemeenteambtenaren en extra voorlichting om een feitelijk beeld te krijgen van het probleem/nalevingstekort.

Nawoord Algemene Rekenkamer

De minister geeft aan de factoren serieus te nemen en te willen beïnvloeden. Wij zullen dit met belangstelling volgen.

3.1.2 Reflectie binnen handhavingketen op gezamenlijke aanpak risico's

In reactie op onze aanbeveling over een constructief rondetafelgesprek met de betrokkenen uit alle schakels van toezicht en handhaving, om «ketenbesef» te bewerkstelligen, geeft de minister aan het breed overkoepelend overleg te hebben versneld. Op 23 januari 2008 heeft een eerste bijeenkomst plaatsgevonden. Hierin is gereflecteerd op samenhang en samenwerking. Ook in het Bestuurlijk Landelijk Overleg Milieuhandhaving zal de minister de problematiek rondom de asbestketen ter sprake brengen. Daarnaast geeft de minister aan, conform onze aanbeveling, onoplosbare capaciteitstekorten kenbaar te zullen maken. Verder meldt zij dat er gewerkt gaat worden aan een centraal informatiepunt asbest.

Nawoord Algemene Rekenkamer

Het verheugt ons dat de minister direct stappen zet om ketenbesef te bevorderen. Een breed overkoepelend overleg met betrokkenen uit alle schakels is een belangrijke stap mits het er op gericht is om gezamenlijk risico's in de praktijk te verminderen. Daarnaast vinden wij het positief dat de minister transparant wil zijn over de handhavingscapaciteit. We dringen erop aan dat de minister ook *consequenties* van capaciteitsgrenzen zichtbaar maakt.

⁹ De integrale tekst van de reacties is te vinden op de website van de Algemene Rekenkamer: www.rekenkamer.nl.

3.1.3 Zicht op feitelijke naleving asbestregels

De minister beaamt dat goed inzicht in de naleving noodzakelijk is om te kunnen bepalen op welke punten de verbetering zich primair moet richten. Zij is van plan een onderzoek te laten doen naar de naleving. Daarnaast geeft zij aan dat er steeds meer zicht op calculerende/malafide bedrijven komt door informatie van de Arbeidsinspectie, de Inspectie Werk en Inkomen en de politiekorpsen. Hierdoor kan de ontwikkeling van het nalevingsniveau steeds beter worden gemeten. De dienst Nationale Recherche Informatie van het Korps Landelijke Politiediensten stelt op basis van deze gegevens een tactische analyse op ten behoeve van gerichte interventies.

Nawoord Algemene Rekenkamer

Het toenemende inzicht is een positieve ontwikkeling. Wij vinden het belangrijk dat het aangekondigde onderzoek snel plaatsvindt, inzicht geeft in nalevingsniveaus van de gehele breedte van de asbestsector en periodiek wordt herhaald.

3.1.4 Toezichtsaanpak VROM-Inspectie

De minister bevestigt dat de uitvoering van de asbestregelgeving door de gemeenten de komende jaren op orde moet komen. De VROM-Inspectie spreekt gemeenten aan op hun eigen verantwoordelijkheid. Gemeenten die het goed doen zullen als voorbeeld dienen. Wanneer gemeenten hun verantwoordelijkheid niet nemen, zal de VROM-Inspectie wettelijke bevoegdheden inzetten om uitvoering en handhaving af te dwingen. De inspectie zal de voortgang monitoren en de aanpak wordt besproken met handhavingpartners.

Nawoord Algemene Rekenkamer

Wij staan positief tegenover het initiatief om goede gemeenten als voorbeeld te gebruiken en bij achterblijvende gemeenten uitvoering en handhaving middels wettelijke bevoegdheden af te dwingen. Wij dringen erop aan dat de monitoring zodanig wordt ingevuld dat deze inzicht geeft in de effectiviteit van de vernieuwde aanpak.

3.1.5 Certificerende instellingen

De minister schrijft dat de certificerende instellingen erop aangesproken gaan worden dat ze de aangescherpte richtlijnen die binnenkort gaan gelden, zullen moeten toepassen.

Verder wordt de samenwerking tussen de Arbeidsinspectie en de Inspectie Werk en Inkomen bij het toezicht op certificerende instellingen versterkt. De Arbeidsinspectie en de certificerende instellingen gaan informatie uitwisselen over hun bevindingen bij verwijderingsbedrijven.

Nawoord Algemene Rekenkamer

Wij staan positief tegenover de voorgenomen samenwerking en de verscherpte richtlijnen voor de certificerende instellingen. Wij tekenen wel aan dat het voor effectieve samenwerking belangrijk is dat de certificerende instellingen zich in deze voorgestelde werkwijze en de aan hen toebedeelde rol kunnen vinden.

3.1.6 Asbesttransport

De minister onderschrijft dat er problemen zijn rond het asbesttransport. In 2008 gaat zij onderzoeken of intensiever toezicht op het begin en eind van de asbestketen tot een effectievere en efficiëntere aanpak kan leiden.

3.2 Aanpak van kindermishandeling

Op 25 februari 2008 heeft de minister voor Jeugd en Gezin gereageerd op ons deelonderzoek naar de samenwerkingsketen rond de aanpak van kindermishandeling.

3.2.1 Signalering en melding

De minister onderkent dat het van belang is dat de signalering en melding van kindermishandeling verbeteren. Van de onduidelijkheid tussen beide loketten – de afdeling «Toegang» en het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling – mag de cliënt of melder geen last hebben. Het Bureau Jeugdzorg moet regelen, dat «achter de voordeur» wordt besloten wie een melding aanneemt. De minister acht het wel van grote waarde dat er – naast de «normale» afdeling Toegang waar mensen om hulp kunnen vragen of zorgwekkende situaties kunnen melden – een aparte, herkenbare en laagdrempelige ingang blijft voor melding van kindermishandeling.

Nawoord Algemene Rekenkamer

We dringen erop aan dat de minister doet wat in zijn vermogen ligt om te bevorderen dat de Bureaus Jeugdzorg het probleem rond de twee loketten op korte termijn daadwerkelijk oplossen.

3.2.2 Wachttijden en doorlooptijden

De wacht- en doorlooptijden bij de Bureaus Jeugdzorg en bij de aanbieders van provinciaal gefinancierde jeugdzorg hebben volgens de minister te maken met de toegenomen behoefte aan geïndiceerde jeugdzorg. Over de wachttijden voor de geïndiceerde zorg is afgesproken dat de sector zelf de normen tegen het licht gaat houden en dat nieuwe normen worden vastgesteld. Het uitgangspunt is nu een maximale wachttijd van negen weken.

Voor het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling wil de minister naar een norm van maximaal acht weken, zoals hij aan de Tweede Kamer heeft toegezegd (Jeugd en Gezin, 2007d). Er zijn meldpunten die hier gemiddeld aan voldoen. Met het Interprovinciaal Overleg en de Maatschappelijke Ondernemersgroep (MO-groep) wordt bezien of deze norm nog scherper gesteld kan worden. De minister stelt voor 2008 € 9 miljoen extra beschikbaar om de provincies te ondersteunen in het verder terugbrengen van de wacht- en doorlooptijden bij de meldpunten. Ook de nieuwe financieringssystematiek per 1 januari 2009, gebaseerd op ramingen, zal volgens de minister bijdragen tot een doelmatige besteding en het voorkomen van wachtlijsten.

Evaluatieonderzoek om te bezien of de werkwijze van het programma «Beter Beschermd» op alle typen gevallen toegepast kan worden is volgens de minister niet nodig: deze werkwijze is al veralgemeniseerd. Ze zal, na landelijke invoering, toegepast worden op alle gevallen waarin de vraag aan de orde is of een beschermingsmaatregel nodig is. Op onze aanbeveling om hier ook de daadwerkelijke hulpverlening na uitspraak

van de rechter bij te betrekken, stelt de minister dat de gezinsvoogdijwerker binnen vijf dagen met het gezin aan de slag moet kunnen. Afspraken tussen provincies, regionale bestuurders en de Bureaus Jeugdzorg moeten ertoe leiden dat de «caseload» eind 2008 gedaald is tot vijftien pupillen per voltijds werkende gezinsvoogd. De minister is het met ons eens dat het voorkomt dat een indicatiestelling voor de benodigde hulp ontbreekt op het moment dat de rechter een uitspraak doet over het opleggen van een jeugdbeschermingsmaatregel. Daar moet bij de uitvoering van «Beter Beschermd» rekening mee gehouden worden, aldus de minister. Daarentegen concludeert hij uit contacten met kinderrechtshouders dat er in de praktijk geen sprake is van het (denkbare) risico dat er te snel jeugdbeschermingsmaatregelen ingezet worden.

Nawoord Algemene Rekenkamer

Het is positief dat een aantal normen wordt bijgesteld, zeker als er ook acties volgen om de wacht- en doorlooptijden echt terug te dringen. De norm van negen weken wachttijd voor geïndiceerde zorg betreft alleen de periode die direct op de indicatiestelling volgt. Daarvóór hebben kinderen en verzorgers vaak al lang moeten wachten (zie deel II van dit rapport, § 3.3.2). Het is van belang om ook de wachttijd vóór de indicatiestelling in beeld te brengen en vervolgens terug te dringen. We dringen erop aan dat de minister het programma «Beter Beschermd» bij de landelijke invoering gelijk ook een schakel verder zal laten lopen: tot daadwerkelijke hulpverlening door de zorgverlenende instellingen. Pas op dat moment kan de cliënt er immers baat bij hebben.

3.2.3 Doeltreffendheid van de hulpverlening

De minister ziet geen ruimte om, zoals wij hadden aanbevolen, in het lopende onderzoek van ZonMw naar de doeltreffendheid en effectiviteit van preventie- en behandelmethoden, de volgorde en combinatie van interventies te laten betrekken, omdat de onderzoeksopdracht op individuele interventies en instrumenten is gericht. Hij vindt onze aanbeveling echter interessant en zal haar onder de aandacht brengen van ZonMw.

Verder meldt de minister dat bij het formuleren van prestatie-indicatoren de jeugd-ggz bewust buiten beschouwing is gelaten, omdat het anders te lang had geduurd. De minister acht het inmiddels wel van belang om, overeenkomstig onze aanbeveling, de blik te verruimen.

Nawoord Algemene Rekenkamer

Wij hopen dat de minister onze aanbeveling niet alleen bij ZonMw onder de aandacht brengt, maar ook op afzienbare termijn zal laten uitvoeren. Er is een directe relatie met verkorting van de doorlooptijden: om duidelijk te krijgen wanneer interventies naast elkaar kunnen plaatsvinden en wanneer de ene een voorwaarde is voor de andere is onderzoek nodig. Bovendien zal er in de praktijk vrijwel altijd sprake zijn van een combinatie van interventies en is het dus heel belangrijk om te weten hoe deze op elkaar en op de cliënt inwerken.

We zijn verheugd dat de minister nu ook andere sectoren dan de provinciaal gesubsidieerde jeugdzorg wil betrekken bij het formuleren van prestatie-indicatoren. We dringen erop aan dat hij samen met zijn ambtsgeenoot van VWS ook zorgt dat de jeugd-ggz een grotere rol gaat spelen in verbeterprojecten zoals «Raak» en «Beter Beschermd».

3.2.4 Aansturing van de zorgverleners

De minister wijst op de voorbereidingen die hij treft om de regierol van de gemeenten wettelijk te verankeren. Gemeenten zullen worden verplicht om te zorgen dat er altijd een partij wordt aangewezen die verantwoordelijk is voor de coördinatie van de zorg binnen het gemeentelijke circuit. Het Bureau Jeugdzorg is verantwoordelijk voor coördinatie van geïndiceerde jeugdzorg. Gemeente en andere partijen moeten duidelijke afspraken maken over de wijze waarop de zorgcoördinatie overgedragen wordt.

De voorpost van het Bureau Jeugdzorg wordt, wat de minister betreft, in het centrum voor jeugd en gezin ondergebracht.

Nawoord Algemene Rekenkamer

De wettelijke verplichting waar de minister op doelt zal waarschijnlijk bijdragen aan verbeterde aansturing van zorgverleners en wellicht ook aan betere informatie voor de kinderen en hun verzorgers *binnen* het gemeentelijke circuit. Voor een goede aansluiting tussen preventie, lichte hulpverlening (beide doorgaans gemeentelijk) en zwaardere hulpverlening (provinciaal of landelijk) is meer nodig. Dat de «voorpost» van het Bureau Jeugdzorg in het centrum voor jeugd en gezin wordt ondergebracht kan een verbetering betekenen. Maar dan moet die voorpost wel beschikken over voldoende capaciteit en kwalificaties. Ook op het niveau van de informatievoorziening per afzonderlijk geval van kindermishandeling zijn afspraken nodig die niet alleen het gemeentelijke circuit betreffen maar ook het Bureau Jeugdzorg en eventueel de jeugd-ggz. We dringen erop aan dat de minister voor Jeugd en Gezin initiatieven neemt om dergelijke afspraken tot stand te laten komen.

3.2.5 Informatie-uitwisseling

De minister is het met ons eens dat acties nodig zijn om de informatie-uitwisseling te verbeteren. Hij wijst erop dat die voor een deel al plaatsvinden; hij noemt onder meer het elektronisch kinddossier in de jeugd-ggz en de Verwijsindex Risicojongeren. Verder komt er een applicatie met informatie en handreikingen over de mogelijkheid om een vermoeden van kindermishandeling te melden bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling, ook voor diegenen die een geheimhoudingsplicht hebben.

Nawoord Algemene Rekenkamer

Bovengenoemde initiatieven kunnen verbeteringen brengen, maar dekken inderdaad slechts een deel van de problemen af. Wat dit laatste betreft wijzen we nog eens op de vraag hoe vanuit de volwassenen-ggz informatie naar de jeugdzorg gaat als psychische problemen van de ouders gevaren voor het kind inhouden (zie § 2.3).

3.3 Acute zorgverlening

Op 6 februari 2008 heeft de minister van VWS gereageerd op ons deelonderzoek naar de samenwerkingsketen rond de acute zorgverlening.

3.3.1 Aanrijtijden ambulances langer dan toegestaan

De minister bevestigt dat de aanrijtijden van ambulances regelmatig langer zijn dan toegestaan. In aanvulling op het lopende RIVM-onderzoek naar de frequentie en spreiding van de overschrijdingen en de herijking van het rekenmodel die daarna zal plaatsvinden, zal de minister

overleggen met de regio's die nog geen regionale ambulancevoorziening tot stand gebracht hebben en waar de prestaties van achterblijven. Daarnaast wordt in samenwerking met Ambulancezorg Nederland een programma ontwikkeld om de «best practices» op het gebied van meldkamerprocessen te beschrijven. Doel daarvan is om de meldkamers te ondersteunen bij het verbeteren van de prestaties en kwaliteit van de meldkamerrespons.

3.3.2 Toegang tot de acute zorgketen

De minister laat weten dat in vrijwel alle regio's in Nederland initiatieven worden genomen om huisartsenposten en SEH's op één locatie onder te brengen of te integreren. Op onze aanbeveling om kennis over spoedzorgposten te verspreiden en een open discussie over de voor- en nadelen te stimuleren, schrijft de minister dat dit al op allerlei manieren gebeurt. Hij wijst op verschillende rapporten, programma's en congressen waarin kennis over geïntegreerde spoedzorgposten wordt verspreid. De minister wijst ook op het regionaal overleg acute zorg (ROAZ), waar gediscussieerd kan worden over voor- en nadelen van integratie. Verder geeft de minister aan dat hij de Nederlandse Zorgautoriteit gevraagd heeft een uitvoerings-toets bekostiging acute zorg op te stellen, om tot een meer structurele financiële regeling voor geïntegreerde spoedzorgposten te komen. De minister verwacht een reactie op het rapport van de Nederlandse Zorgautoriteit in juni 2008 gereed te hebben.

De minister gaat ook in op onze aanbeveling om voorlichting te (laten) verzorgen aan patiënten over de keuze tussen SEH en huisartsenpost. De minister geeft aan dat uit meetgegevens van april 2007 blijkt dat de huisartsenpost steeds beter bekend raakt bij de burgers en een groeiend gebruik kent. Dat neemt volgens hem echter niet weg dat de SEH's vooral in grootstedelijke gebieden (te) veel met zelfverwijzers te maken krijgen die geholpen kunnen worden met huisartsgeneeskundige zorg of een zelfzorgadvies. De minister vindt het primair een taak voor de regio's om aan de burger duidelijk te maken waar men voor welke acute zorg terecht kan en hoe men die kan bereiken.

Verder wijst de minister op twee lopende initiatieven die de toegang tot de keten voor patiënten moet uniformeren en verduidelijken:

- pilotprojecten die beogen de telefonische triage en zorgtoewijzing te uniformeren, ongeacht waar de patiënt zijn zorgvraag stelt;
- recent gestart onderzoek naar de mogelijkheden om een regionaal of landelijk spoednummer voor dringende vragen te introduceren (naast het 112-nummer voor urgente vragen) waarmee patiënten rechtstreeks bij de huisartsenpost terecht komen.

Nawoord Algemene Rekenkamer

Het is goed dat de minister kennisverspreiding en discussie over de spoedzorgposten stimuleert. Wel wijzen we erop dat het ROAZ met moeite van de grond komt, en kennisverspreiding via dit overleg tot dusver beperkt is.

Wij begrijpen het standpunt van de minister dat het belangrijk is om de voorlichting over bereikbaarheid van de huisartsenpost af te stemmen op de regionale situatie. Daarmee ontstaat echter het risico dat de voorlichting in sommige regio's achterblijft. Wij raden de minister daarom aan deze voorlichting toch ook landelijk te stimuleren en ten minste te monitoren.

3.3.3 Kwaliteit van de verleende acute zorg

De minister geeft aan dat het voorgestelde herhalingsonderzoek naar spoedeisende hulpverlening niet op korte termijn in de planning van de Inspectie voor de Gezondheidszorg opgenomen kan worden. Wel is in het onlangs vastgestelde werkplan van de inspectie opgenomen dat in 2008 een basisset van indicatoren voor de keten van acute zorg zal worden opgesteld en vervolgens in de praktijk zal worden gevalideerd. Daarna zal over invoering van de indicatoren worden besloten.

Nawoord Algemene Rekenkamer

Op langere termijn zal het onderzoeksprogramma van ZonMw naar verwachting inzicht bieden in de factoren die het succes van de acute zorgketen bepalen. Dit levert echter niet onmiddellijk informatie op over de kwaliteit van de acute zorgverlening in de praktijk. Daartoe moet het onderzoek naar de indicatoren zich verbreden en landelijk toegepast worden. Een breder (herhaald) onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg kan de kwaliteit van de acute zorgverlening over de hele linie inzichtelijk maken.

Overzicht van conclusies, aanbevelingen en toezeggingen

Plaats in deel I	Conclusies	Aanbevelingen	Toezeggingen/reacties bewindspersonen	Nawoord
<i>Algemeen beeld</i>				
§ 2.1	Bij toezicht op asbestverwijdering is niet of nauwelijks sprake van «ketenbesef»; Bij begeleiding slachtoffers kindermishandeling functioneert ketenaanpak beter, al spelen er grote problemen. In acute zorgverlening verloopt ketensamenwerking het best.			
	Verklarende factoren voor de verschillen: (1) tijd dat een keten al bestaat, (2) urgentie van probleem dat in de keten wordt aangepakt, (3) hoeveelheid andere taken die per schakel moet worden uitgevoerd.		Betrokken ministers gaan met verschillende begeleidingsactiviteiten, voorlichtings- en bewustwordingsacties deze factoren beïnvloeden.	
<i>Toezicht op asbestverwijdering</i>				
§ 2.2	Geen structurele afstemming, informatie-uitwisseling en eenheid van optreden in handavingsketen	Bewindspersonen VROM en SZW: Zo snel mogelijk constructief rondetafelgesprek tussen betrokkenen uit alle schakels van toezicht en handhaving. Onoplosbare capaciteitstekorten benoemen en met gevolgen kenbaar maken aan Kamer.	Breed overkoepelend overleg is versneld; capaciteitsproblemen worden kenbaar gemaakt.	Ministers moeten ook consequenties van capaciteitsgrenzen zichtbaar maken.
	Handhavingsniveau niet in overeenstemming met geringe naleving	Bewindspersonen VROM, Justitie, SZW en VenW: zorgen voor periodieke metingen van mate waarin asbestregelgeving wordt nageleefd en van effectiviteit VROM-Inspectie. Minister van VROM: in rondetafelgesprek hardere aanpak VROM-Inspectie, gericht op achterblijvende én actieve gemeenten, preciseren.	Er komt onderzoek naar naleving. KLPD stelt op basis van gegevens over calculerende/malafide bedrijven tactische analyse op voor gerichte interventies. Goed presterende gemeenten dienen als voorbeeld. Bij andere gemeenten zal VROM-Inspectie wettelijke bevoegdheden inzetten. Inspectie zal voortgang monitoren; aanpak wordt besproken met handavingspartners.	Aangekondigd onderzoek moet (a) <i>snel</i> plaatsvinden (b) inzicht geven in nalevingsniveaus in hele asbestsector, (c) periodiek worden herhaald. Monitoring zo invullen dat inzicht ontstaat in effectiviteit vernieuwde aanpak.
	Handhaving asbestregels geen prioriteit binnen gemeenten	Zie voorgaande aanbeveling.	Zie voorgaande reactie/toezegging.	Zie voorgaand nawoord.
	Twijfel over taakinfilling en nut certificerende instellingen	Ministers van VROM en SZW: In rondetafelgesprek overeenstemming bereiken over betekenis certificaat.	Instellingen worden aangesproken op toepassen aangescherpte richtlijnen. Samenwerking tussen inspecties wordt versterkt bij toezicht op instellingen. Inspecties gaan informatie uitwisselen over bevindingen bij verwijderingsbedrijven.	Zorg ervoor dat certificerende instellingen zich in voorgestelde werkwijze en toebedeelde rol kunnen vinden.

Plaats in deel I	Conclusies	Aanbevelingen	Toezeggingen/reacties bewindspersonen	Nawoord
	Asbesttransport lastige schakel	Ministers van VROM en VenW: In rondetafelgesprek expliciet aandacht voor nut, mogelijkheden en kosten van transportcontrole.	In 2008 onderzoek naar intensiever toezicht op transport.	
<i>Aanpak van kindermishandeling</i>				
§ 2.3	Signalering en melding kindermishandeling niet optimaal		Cliënten noch melders mogen last ondervinden van onduidelijkheid tussen twee loketten. Bureau Jeugdzorg moet «achter de voordeur» regelen wie een melding aanneemt.	Hoe gaat de minister stimuleren dat dit inderdaad gebeurt?
	Lange wachttijden en doorlooptijden	Minister voor Jeugd en Gezin: Bij landelijke verbetering werkwijze keten rond kindermishandeling ook letten op hulpverlening ná rechterlijke uitspraak. Voorzien in begeleidend evaluatieonderzoek.	Normen voor wachttijden worden aangescherpt. Caseload gezinsvoogden zal eind 2008 dalen tot vijftien gevallen per voogd. Gezinsvoogden moeten binnen vijf dagen na opgelegde jeugdbeschermingsmaatregel aan de slag kunnen. Geen evaluatieonderzoek nodig; aanpak wordt landelijk ingevoerd voor alle gevallen.	Betrek ook zorgverlenende instellingen bij programma «Beter Beschermd».
	Hulpverlening niet altijd effectief	Minister voor Jeugd en Gezin: Bevorderen dat onderzoek naar doeltreffendheid preventie- en behandelmethoden wordt voortgezet en uitgebreid. Jeugd-ggz duidelijke rol geven bij formuleren prestatie-indicatoren voor curatieve interventies en meer betrekken in verbeterprojecten als «RAAK» en «Beter Beschermd».	Minister brengt aanbeveling tot verbreding van doeltreffendheidsonderzoek onder aandacht van ZonMw. Minister wil blik verbreden naar andere sectoren dan provinciaal gefinancierde jeugdzorg.	
	Geen duidelijke regie op zorgverlening	Minister voor Jeugd en Gezin: Zorgen voor directe en substantiële aanwezigheid van Bureau Jeugdzorg in centra voor jeugd en gezin. Zorgen dat alle betrokken partijen snel tot overeenstemming komen over concrete invulling casemanagement in elk stadium van het traject.	Minister wil Bureau Jeugdzorg als «voorpost» aanwezig laten zijn in centrum voor jeugd en gezin. Minister treft voorbereidingen om regierol gemeente voor gemeentelijk circuit wettelijk te verankeren.	Zorg dat «voorpost» qua tijd en kwalificaties een substantiële invulling krijgt, anders gevaar dat gemeentelijke en provinciale circuits te gescheiden blijven. Zorg dat concrete invulling casemanagement grens tussen gemeentelijk en provinciaal circuit overstijgt.

Plaats in deel I	Conclusies	Aanbevelingen	Toezeggingen/reacties bewindspersonen	Nawoord
	Informatie-uitwisseling tussen en binnen betrokken organisaties slecht georganiseerd		Verbeteracties vinden deels al plaats, zoals elektronisch kinddossier, verwijzindex risicjongeren, informatie-uitwisseling binnen Beter Beschermd. Er komen handreikingen over mogelijkheden tot melding kindermishandeling door mensen met een beroepsgeheim.	Deze initiatieven lossen slechts deel van het probleem op. Denk ook aan informatie vanuit volwassenen-ggz naar Bureaus Jeugdzorg.
<i>Acute zorgverlening</i>				
§ 2.4	Aanrijtijden ambulances langer dan toegestaan		In aanvulling op lopend RIVM-onderzoek zal minister van VWS overleggen met regio's die geen regionale ambulancevoorziening hebben en waar prestaties achterblijven. «Best practices» op gebied van meldkamerprocessen worden beschreven.	
	Toegang tot acute zorgketen onduidelijk	Minister van VWS: zorg voor open discussie tussen alle betrokken partijen over voor- en nadelen van geïntegreerde spoedzorgposten en zorg dat resultaten breed bekend worden. Geef mogelijkheden voor aanvragen experimentstatus grotere bekendheid. Laat betere voorlichting verzorgen over keuze tussen SEH-afdeling en huisartsenpost.	Via rapporten, programma's, congressen en ROAZ wordt kennis verspreid en is ruimte voor discussie. Nederlandse Zorgautoriteit is gevraagd uitvoeringstoets op te stellen ten behoeve van structurele financiële regeling voor geïntegreerde spoedzorgposten. Regio's moeten burger duidelijk maken waar men voor welke acute zorg terecht kan. Pilotproject beoogt telefonische triage te uniformeren. Recent onderzoek gestart naar mogelijkheden voor regionaal of landelijk spoednummer.	Kanttekening: ROAZ komt met moeite van de grond. Minister zou voorlichting ook landelijk moeten stimuleren en ten minste monitoren om risico van achterblijvende regio's te verminderen.
	Onzekerheid over kwaliteit acute zorgverlening	Minister van VWS: Inspectie voor de gezondheidszorg stimuleren om al in 2008 herhalingsonderzoek uit te voeren naar kwaliteit spoed-eisende hulpverlening.	Herhalingsonderzoek op korte termijn niet mogelijk. Wel wordt in 2008 een basisset van indicatoren opgesteld en gevalideerd. Daarna wordt over invoering indicatoren besloten.	Onderzoek naar indicatoren moet zich verbreden en landelijk worden toegepast om kwaliteit acute zorg over hele linie inzichtelijk te maken.

DEEL II: ONDERZOEKSBEVINDINGEN

1 INLEIDING

Aanvullend op § 1.1 uit deel 1 schetsen we hier de opzet van ons onderzoek, definiëren we enkele begrippen en geven we aan vanuit welke normen we hebben gewerkt.

1.1 Opzet onderzoek

In ons vooronderzoek hebben we potentiële succes- en faalfactoren voor ketensamenwerking onderscheiden (zie bijlage 1). Aan de hand van die succes- en faalfactoren hebben we vragen geformuleerd, zowel voor de te houden interviews als voor de analyse van literatuur over de drie ketens uit ons onderzoek: toezicht op asbestverwijdering, aanpak van kindermis-handeling en acute zorgverlening.

Per keten hebben we steeds twee regio's geselecteerd voor nader onderzoek. Op basis van een eerste oriëntatie hebben we regio's gekozen die al relatief ver zijn in de ontwikkeling van ketensamenwerking. We gingen ervan uit dat zulke «koplopers» de meeste leerervaringen zouden hebben opgedaan. Vervolgens hebben we eind 2006 en begin 2007 per keten in elk van de twee regio's de belangrijkste actoren geïnterviewd (in elke regio per keten tussen tien en vijftien interviews). Daarbij hebben we gezocht naar interviewpartners die enerzijds de praktijk van de uitvoering kennen, maar anderzijds dicht genoeg bij het management staan om ook de algemenere organisatieproblemen inzichtelijk te kunnen maken. Het is denkbaar dat er een optimistische vertekening is ontstaan doordat we vooral betrokken beroepskrachten hebben geïnterviewd. Als die aan verbeteringen werken, ligt het voor de hand dat ze van mening zijn dat die ook echt helpen. Om voor deze mogelijke vertekening te corrigeren, zijn wij zoveel mogelijk nagegaan of uitspraken van geïnterviewden overeenkwamen met resultaten van bestaand onderzoek. We hebben onderzoeks- en beleidsliteratuur dan ook op dezelfde punten geanalyseerd die in de interviews ter sprake kwamen. Verder hebben we een expertpanelbijeenkomst georganiseerd waarin we vooral vragen over de aansturing van ketens hebben besproken.

1.2 Normen

Dit onderzoek is gericht op het zoeken naar (mogelijke) verklaringen voor het wel of niet goed functioneren van samenwerkingsketens in het publieke domein. Hiervoor is het belangrijk om met een «open vizier» het onderzoek in te gaan. We hebben dan ook alleen de volgende algemene normen gehanteerd:

1. Ketenpartners en ministers moeten hun verantwoordelijkheden (kunnen) waarmaken.
2. De doelen van het beleid dienen te worden gerealiseerd, dan wel te worden heroverwogen.

1.3 Begrippen

Keten

Een keten is een samenwerkingsverband tussen partijen die zowel zelfstandig als afhankelijk van elkaar functioneren omdat ze *volgtijdelijke* handelingen uitvoeren, gericht op een afzonderlijk doel. Het idee is dat partijen zich bij de ordening en afstemming van activiteiten richten op de cliënt/patiënt die ze moeten helpen of het concrete gevaar (bijvoorbeeld: asbest) dat ze moeten inperken. Eerder is dit omschreven als «het oog op de bal houden» (BZK, 2003, p. 7).

Een keten bestaat dus uit verscheidene partijen, de ketenpartners. Verticaal worden het Rijk, provincies, gemeenten en andere (publieke en private) instellingen onderscheiden, horizontaal bijvoorbeeld organisaties op het gebied van welzijn, onderwijs en justitie. Dit kunnen ook weer publieke en/of private organisaties zijn.

Er is meestal niet één organisatie of minister aan te wijzen die verantwoordelijk is voor het geheel. De partners in een keten zijn doorgaans afzonderlijke organisaties met eigen taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Tegelijkertijd kunnen ze ook niet zonder elkaar bij de uitvoering van hun ketentaken.

Regie

Onze definitie van het begrip «regie» hebben we gebaseerd op de definitie die Berenschot hanteert in het rapport *Gemeentelijke regie in de jeugdketen* (Beemer et al., 2006). We verstaan eronder: het gericht kunnen beïnvloeden van semiautonome partijen, zonder (doorslaggevende) hiërarchische of economische middelen. We hebben deze uitleg van het begrip uitgesplitst in twee typen regie, namelijk regie over de organisaties in de keten en regie op het niveau van één specifiek geval (bijvoorbeeld kind, patiënt):

1. *Regie over de organisaties in de keten*: regie gericht op het committeren van de relevante organisaties aan de doelen en werkwijze van de beoogde samenwerking en de bijdrage van elke partij daarin.
2. *Regie op casusniveau*: regie gericht op de (duurzame) afstemming tussen professionals die werken aan dezelfde casus (een kind, een patiënt of een specifiek geval van asbestverwijdering); het gaat hierbij om de keten die de klant doorloopt.

Kindermishandeling

Internationaal verstaat men onder kindermishandeling zowel lichamelijke als geestelijke mishandeling, inclusief seksueel misbruik. In de Nederlandse wetgeving is dit als volgt verwoord (Wet op de jeugdzorg, 2004): «elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel.»

Acute zorg

Curatieve zorg bestaat uit *reguliere* zorg en *acute* zorg. Men spreekt van acute zorg wanneer de zorg zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, verleend moet worden om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2003, p. 5).

¹⁰ Acute zorg gezien vanuit een patiënt c.q. slachtoffer heeft betrekking op onmiddellijke (medische) zorg waaraan men behoefte heeft in verband met een ervaren of geobserveerde mogelijk ernstige of een op korte termijn levensbedreigende situatie als gevolg van een gezondheidsprobleem of letsel dat plotseling is ontstaan of plotseling verergert. Bij een acute zorgvraag van een patiënt is het niet per definitie ook noodzakelijk om acute zorg te verlenen (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2003, p. 18).

Acute zorg heeft een aantal bijzondere kenmerken. Deze zorg:

- dient permanent (7 x 24 uur) beschikbaar te zijn;
- dient te allen tijde snel beschikbaar te zijn;
- heeft een niet-planbaar karakter.

Overigens betekent «acuut» voor de patiënt niet altijd hetzelfde als voor de medicus. Wij gaan uit van de medische betekenis.¹⁰

In ons onderzoek beperken we ons tot de somatische acute zorg, de

psychische laten we dus buiten beschouwing. Ook de acute zorg die nodig is bij grootschalige rampen is in vele opzichten een onderwerp apart en valt buiten dit onderzoek.

2 TOEZICHT OP ASBESTVERWIJDERING

2.1 Inleiding

Het probleem

Jaarlijks overlijden 400 tot 700 personen aan kanker doordat zij in het verleden onbeschermd hebben gewerkt in een omgeving met asbest (Landelijk Overleg Milieuhandhaving, 2005).

Asbest is een van nature voorkomend gesteente dat in de periode 1920–1994 veelvuldig is toegepast in gebouwen (in de vorm van bijvoorbeeld zachte isolatieplaten) en in gas-, water- en rioleringsbuizen. Uit asbest vervaardigde materialen zijn zeer schadelijk voor de gezondheid wanneer de microscopisch kleine vezels waaruit ze bestaan, worden ingeademd.

Hoewel de toepassing van asbest inmiddels verboden is, komt in 70% van alle gebouwen in Nederland nog asbest voor. Dit hoeft geen onmiddellijk probleem te vormen, zolang de deeltjes maar «hechtgebonden» zijn. Dat wil zeggen: zolang de uit asbest vervaardigde materialen vastzitten aan een ander materiaal, zoals cement. Dit betekent in de praktijk dat asbest vooral gevaarlijk is tijdens de sloop van een gebouw, omdat de vezels dan door onzorgvuldig handelen kunnen vrijkomen.¹¹

Behalve een gevaar voor de gezondheid kan asbest ook een milieu-probleem opleveren, namelijk wanneer het als sloopafval niet op een juiste manier wordt verwerkt.

Er gelden strenge wettelijke regels voor de verwijdering en verwerking van asbest. Deze regels zijn erop gericht dat bij de sloop of renovatie van gebouwen asbesthoudende materialen veilig en juist worden geïdentificeerd, verwijderd, ingepakt en vervoerd naar de eindverwerking. De regels worden in de praktijk echter slecht nageleefd en de handhaving heeft tot op heden niet geleid tot het gewenste resultaat. Daarbij speelt mee dat het probleem bij de verschillende toezichthoudende instanties geen prioriteit heeft. Als gevolg daarvan is er veelal onvoldoende tijd en kennis beschikbaar voor adequaat toezicht op asbestverwijdering.

Wat wil de rijksoverheid hieraan doen?

De ministers van VROM, van LNV en van Justitie en de staatssecretaris van VenW zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de handhaving van de milieuwetgeving en in die hoedanigheid hebben zij zitting in het Landelijk Overleg Milieuhandhaving (LOM). Dit LOM vindt dat het toezicht op asbestverwijdering prioriteit moet hebben en stelt voor de handhaving van de asbestregelgeving een *ketengerichte* aanpak voor. Dit houdt in dat de uitvoeringspartners (zoals gemeenten, provincies, politie, Arbeidsinspectie, de VROM-Inspectie en de Inspectie Verkeer en Vervoer) hun werkzaamheden op elkaar dienen af te stemmen (Landelijk Overleg Milieuhandhaving, 2005). Samenwerking is van groot belang, omdat er sprake is van risico's waarbij veel bedrijven en personen betrokken zijn. Deze bedrijven en personen moeten nadrukkelijk worden betrokken en aangesproken om, elk vanuit hun eigen verantwoordelijkheid, een bijdrage te leveren aan een goede naleving van de regels op het gebied van asbest (Landelijk Overleg Milieuhandhaving, 2007).

Ook de minister van SZW is, hoewel hij geen deel uitmaakt van het LOM, betrokken bij de handhaving van de asbestregelgeving, vanwege de relatie die het probleem heeft met veilige en gezonde arbeidsomstandigheden en een goede arbozorg. De onder het Ministerie van SZW ressorterende Arbeidsinspectie is een belangrijke handhaver bij het toezicht op het asbestverwijderingsproces.

¹¹ R.P.L. van Loon, «Kennisdokument Asbest». Interne notitie d.d. 8 maart 2005, Openbaar Ministerie/Functioneel Parket.

Belemmerende factoren

De door het Rijk gewenste ketenaanpak bij het toezicht op asbestverwijdering wordt in de praktijk bemoeilijkt door een aantal factoren. In de eerste plaats zijn de betrokken ketenpartners (gemeenten, provincies, politie en diverse inspecties) in de praktijk sterk gericht op de uitvoering van hun eigen taak, zonder dat men oog heeft voor de rol die deze taak vervult in het totale toezichtstraject rond asbest. Door dit ontbreken van een *probleem*gerichte taakopvatting bij de verschillende toezichtinstanties komt ketensamenwerking maar mondjesmaat van de grond.

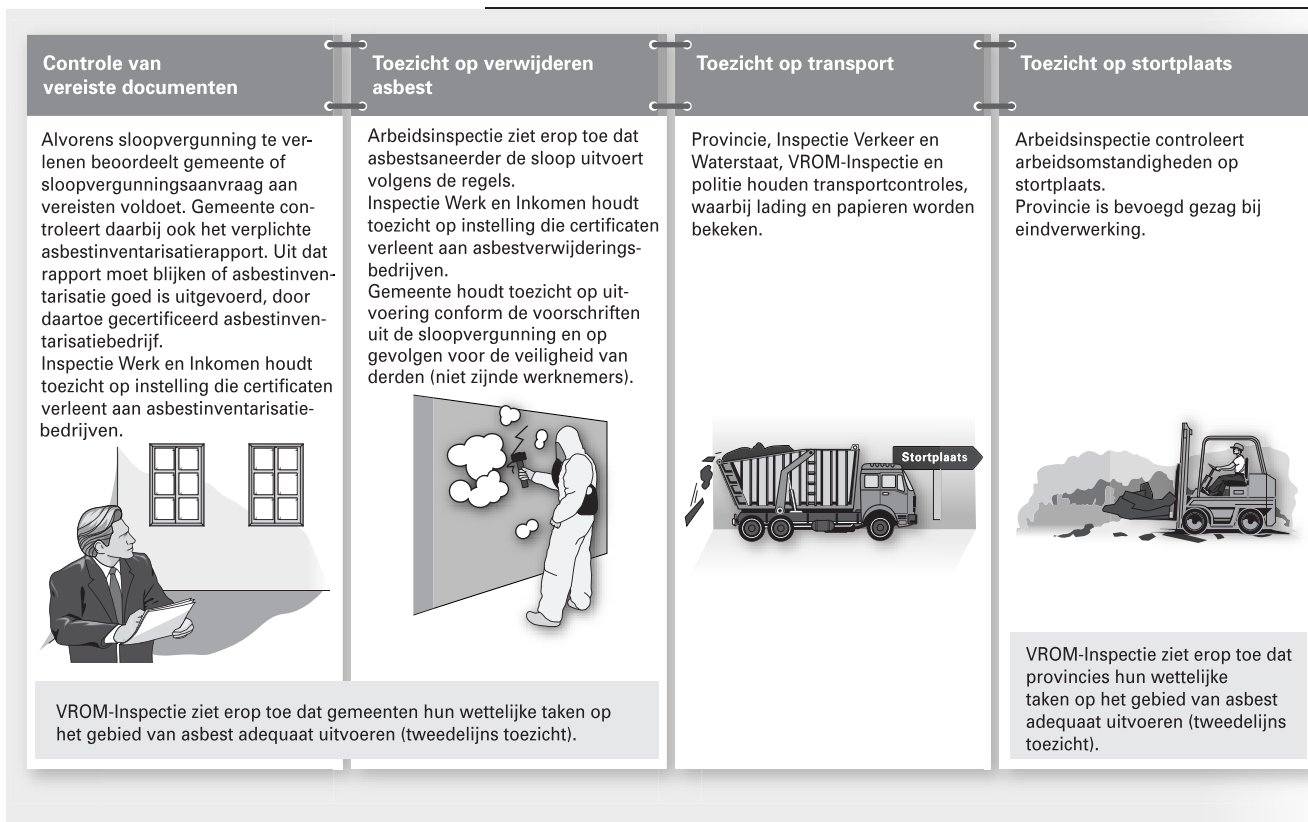
In de tweede plaats geldt voor de meeste van de betrokken ketenpartners dat het asbesttoezicht slechts één van de vele taken is die moet worden vervuld. Elke toezichtinstantie maakt dus deel uit van diverse ketens. Invulling geven aan deze veelheid van samenwerkingsverbanden is een complexe aangelegenheid.

Een derde omstandigheid die de ketensamenwerking belemmert is dat de frequentie en kwaliteit van de handhaving bij een aantal ketenpartners niet voldoende is. Daar ondervinden de overige ketenpartners nadeel van. Ten slotte is er nog het probleem dat, voor zover er binnen het toezicht op asbestverwijdering sprake is van ketensamenwerking, dit uitsluitend geschiedt op basis van vrijwilligheid. De minister kan zodoende geen ketensamenwerking afdwingen.

2.2 Hoe ziet de keten eruit?

De handhavingketen rond de verwijdering van asbest bestaat globaal uit de fasen die zijn weergegeven in onderstaande figuur.

Figuur 1 Handhavingketen asbestverwijdering



De belangrijkste instanties (ketenpartners) die in de handhavingsketen rond asbestverwijdering een rol vervullen staan in figuur 1 genoemd: gemeenten, provincies, asbestinventarisatiebedrijven, asbestverwijderingsbedrijven, de Inspectie Werk en Inkomen (IWI), de VROM-Inspectie, de Arbeidsinspectie en de Inspectie Verkeer en Waterstaat (IVW).

Ter toelichting op de figuur vermelden we nog het volgende.

- Bedrijven die asbest inventariseren of verwijderen dienen gecertificeerd te zijn. Deze certificaten worden afgegeven en periodiek verlengd door *certificerende instellingen*, nadat zij hebben gecontroleerd of de bedrijven de richtlijnen goed naleven (Landelijk Overleg Milieuhandhaving, 2005). Op het functioneren van de certificerende instellingen wordt toezicht gehouden door de IWI.
- Op het moment dat er asbest wordt verwijderd, controleert de *Arbeidsinspectie* steekproefsgewijs of er een asbestinventarisatierapport en een werkplan op de slooplocatie aanwezig is. Daarnaast ziet de Arbeidsinspectie erop toe dat de asbestsaneerder de sloop uitvoert in overeenstemming met het Asbestverwijderingsbesluit 2005, het Arbeidsomstandighedenbesluit, de Arbeidsomstandighedenwet en de Arbeidsomstandighedenregeling. Ook op stortplaatsen en tijdelijke depots controleert de Arbeidsinspectie de arbeidsomstandigheden.
- De *provincie* houdt toezicht op het inzamelen, transporteren en de eindverwerking van asbest (Landelijk Overleg Milieuhandhaving et al., 2006). Behalve de provincie houdt ook de *IVW* toezicht op het vervoer van gevaarlijke stoffen.
- De *VROM-inspectie* houdt tweedelijns toezicht op gemeenten en provincies. Als de inspectie signaleert dat er onvoldoende wordt gehandhaafd, wordt er ambtelijke en bestuurlijke druk uitgeoefend en zo nodig hulp geboden. In het uiterste geval wordt de gemeente c.q. provincie onder verscherpt toezicht gesteld of worden de eerstelijns-toezichtstaken overgenomen door de VROM-Inspectie (vorderingsbevoegdheid).
- De *politie* beschikt over algemene opsporingsbevoegdheden en kan op grond daarvan zelfstandig optreden tegen alle strafbaar gestelde overtredingen van de asbestregelgeving, in alle schakels van het verwijderingsproces. Voorwaarde is dat er op zijn minst aanwijzingen zijn dat de asbestregelgeving niet wordt nageleefd.
- Het *Functioneel Parket*, dat onderdeel is van het Openbaar Ministerie (OM), stuurt de opsporing van asbestdelicten aan. Deze opsporing gebeurt door *bijzondere opsporingsdiensten* en door de *interregionale en regionale milieuteams* van de politie. Het Functioneel Parket doet de hieruit voortvloeiende strafzaken af.

2.3 Problemen in de uitvoering

2.3.1 Geen structurele afstemming en informatie-uitwisseling in de handhavingsketen

Hoewel de minister van VROM via het LOM een ketengerichte aanpak voorstelt voor de handhaving van de asbestregelgeving, waarbij elke overheidsinstantie het probleem niet zelfstandig maar gezamenlijk met de overige betrokken overheidsinstanties oplost, komt samenwerking tussen de ketenpartners tot op heden niet goed van de grond. Er is niet of nauwelijks structurele afstemming en informatie-uitwisseling, zo blijkt uit diverse interviews die wij hebben gehouden. Een bouwinspecteur en een milieudienstmedewerker van een grote gemeente die aan ons onderzoek

heeft meegewerkt, gaven bijvoorbeeld aan dat hun gemeente niet structureel samenwerkt met provincie, politie of Arbeidsinspectie. Ditzelfde beeld kwam naar voren uit onze gesprekken met andere betrokken overheidsinstanties. Hoewel er projectplannen, bestuurs-overeenkomsten, convenanten en uitvoeringsmethodieken zijn opgesteld, hebben de verschillende ketenpartners geen duidelijk zicht op elkaars rollen. Ook hebben zij geen gemeenschappelijk «ketendoel» voor ogen bij de asbestproblematiek. Op projectniveau zijn er wel initiatieven om tot meer – veelal bilaterale – samenwerking te komen, maar als het project afloopt valt de samenwerking weer uiteen. Ook bij incidenten wordt er wel samengewerkt, maar dit slaat net als bij tijdelijke projecten niet neer in een doordachte vaste structurele samenwerking in de handhaving.

2.3.2 Handhavingsniveau niet in overeenstemming met geringe naleving

De ketenpartners die betrokken zijn bij de handhaving van de asbestregelgeving zijn het erover eens dat de naleving van de regels door (met name) sloopbedrijven beneden peil is. Precieze gegevens over de mate van naleving ontbreken echter. Er zijn wel quickscans en indicaties over het aantal «calculerende» bedrijven dat het niet zo nauw neemt met de asbestregels, maar een betrouwbare nulmeting ontbreekt. Bovendien hebben deze globale indicaties uitsluitend betrekking op wat er gebeurt in het legale circuit, dat wil zeggen: bij sloopactiviteiten waarvoor een sloopvergunning is aangevraagd en een melding aan gemeente en/of Arbeidsinspectie is gedaan.

Er is daarnaast echter ook een illegaal circuit: sloopactiviteiten zonder sloopvergunning en melding. Er zijn schattingen dat 30 tot 50% van de slooppanden illegaal wordt gesloopt. Sommige ketenpartners denken dat het om nog meer gaat. Volgens de Arbeidsinspectie, de VROM-Inspectie en het OM zitten de grootste risico's voor de naleving en volksgezondheid niet zozeer in het legale, maar vooral in dit illegale circuit.

De handhavingspartners lijken om verschillende redenen niet in staat het handhavingsniveau op het peil te brengen dat benodigd is om de geringe mate van naleving het hoofd te bieden. Met name de beperkte handhavingscapaciteit en de complexiteit van de wetgeving spelen hier een rol (zie verder § 2.4.2).

2.3.3 Handhaving asbestregelgeving geen prioriteit voor gemeenten

Gemeenten geven in de praktijk weinig prioriteit aan de handhaving van asbestbepalingen en concentreren zich meer op het toezicht rond verstrekte bouwvergunningen dan op toezicht rond verstrekte sloopvergunningen. Dit blijkt uit de interviews die wij hebben gehouden met enkele gemeenten en provincies en met het OM, en uit verschillende onderzoeken ter zake (Hegeman, 2006a; VNG, 2007a; VROM-Inspectie, 2007). Uit het gemeenteonderzoek van de VROM-Inspectie uit 2007 komt bijvoorbeeld naar voren dat het «... met het toezicht en de handhaving op de uitvoering van slopen met asbest slecht gesteld is: een op de twee gemeenten scoort onvoldoende of slecht op deze taak» (VROM-Inspectie, 2007, 15).

De Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) heeft een modelbouwverordening opgesteld waarin de bepalingen uit het Asbestverwijderingsbesluit 2005 zijn opgenomen. Gemeenten moeten op basis van deze modelbouwverordening hun gemeentelijke bouwverordening aanpassen, zodat de asbestvoorschriften hiervan expliciet deel uitmaken. De gemeenten lopen hiermee echter achter; de aanpassing is nog lang niet overal doorgevoerd.

Wij hebben geconstateerd dat ook bij de gemeenten die in ons onderzoek betrokken waren, handhaving van asbestbepalingen geen prioriteit heeft. Eén gemeente gaf bijvoorbeeld aan dat ze niet veel aan asbesthandhaving doet en dat er geen specifiek beleid voor is. Soms geeft een gemeente een sloopvergunning af zonder dat er sprake is geweest van controle of asbestinventarisatie.

Ook uit een quickscan van het LOM die door 41 gemeenten is ingevuld, blijkt dat de deelnemende gemeenten onvoldoende prioriteit en capaciteit geven aan de taakuitvoering van het proces van sloopvergunningverlening en het houden van toezicht daarop. Uit de quickscan komt naar voren dat slechts tien gemeenten asbesthandhaving als prioriteit hebben aangemerkt en daarvoor ook handhavingscapaciteit beschikbaar hebben (Hegeman, 2006b). De VNG bevestigt dat er op dit gebied problemen zijn: «De tekortkomingen betreffen een gebrekkige samenwerking tussen gemeentelijke handhavers, van het bouw- en woningtoezicht en milieu, alsmede de geringe prioriteit die het onderwerp bij menige gemeente heeft» (VNG, 2007b, p. 2).

Zoals aangegeven in § 1.2 houdt de VROM-Inspectie tweedelijns toezicht op gemeenten. Deze inspectie is dus medeverantwoordelijk voor het functioneren van de toezichtsfunctie van gemeenten. De VROM-Inspectie is zich ervan bewust dat de gemeenten een zwakke schakel in de keten vormen en probeert op verschillende manieren de gemeenten tot betere handhaving te bewegen. Instrumenten die de inspectie hiervoor kan inzetten zijn het bieden van ondersteuning (door bijvoorbeeld het adequate handhavingsniveau voor gemeentelijke asbesttaken te beschrijven en uitvoeringsmethodieken daarvoor uit te werken), maar ook het indienen van een handhavingverzoek of het onder verscherpt toezicht stellen van gemeenten dan wel het overnemen van gemeentetaken op grond van de vorderingsbevoegdheid die de VROM-Inspectie heeft. Deze laatste twee instrumenten ziet de VROM-Inspectie voornamelijk als «stok achter de deur».

Sinds 2007 heeft de VROM-Inspectie haar interbestuurlijk toezicht anders, namelijk themagericht georganiseerd. Ook wil de VROM-Inspectie gemeenten nadrukkelijker gaan afrekenen en aanspreken op bestuurlijk niveau, terwijl voorheen zoals gezegd het accent lag op ondersteuning. Omdat deze nieuwe toezichtsaanpak pas van recente datum is, kunnen de effecten hiervan nog niet worden vastgesteld.

2.3.4 Discussie over taakinfilling en nut certificerende instellingen

Zoals aangegeven in § 1.2 telt ons land een aantal certificerende instellingen die, nadat zij hebben gecontroleerd of asbestinventarisatie- en sloopbedrijven de richtlijnen goed naleven, deze bedrijven een certificaat verstrekken. Deze certificerende instellingen hebben in 2006, in het kader van het nieuwe Asbestverwijderingsbesluit, de status van zelfstandig bestuursorgaan (zbo) gekregen. Sindsdien is een aantal wetten – zoals de Kaderwet zbo en de Algemene archiefwet – van toepassing geworden op certificerende instellingen, en staan de instellingen onder toezicht van de Inspectie Werk en Inkomen (IWI). Deze inspectie probeert nu door middel van verkennende studies een beeld te krijgen van de handavingsketen. Er blijkt bij verschillende ketenpartners (Arbeidsinspectie, VROM-Inspectie, gemeenten, OM) twijfel te bestaan over het nut van de certificerende instellingen en over hun werkwijze. De ketenpartners hebben het sterke vermoeden dat certificerende instellingen te mild optreden tegen malverserende asbestinventarisatie- en sloopbedrijven en dat de certificering «een wassen neus is».

Wij hebben ook met vertegenwoordigers van respectievelijk de IWI en de certificerende instellingen gesproken. Beiden onderkennen dat de situatie nog niet optimaal is, maar schetsen ook een aanvullend perspectief op de problematiek. Een deel van het probleem ligt volgens de instellingen aan het feit dat zij moeten werken aan de hand van verouderde beoordelingsrichtlijnen voor asbestverwijdering en asbestinventarisatie. Ook is er volgens de instellingen sprake van een cultuurverschil dat opgelost moet worden; een toezichthoudende taak in een privaat georiënteerd werkveld met marktwerking verschilt volgens de instellingen van het toezicht door inspecties, gemeenten, of politie (zie hierover verder § 2.4.3).

De IWI wijst erop dat de certificerende instellingen nog maar kort onder haar toezicht staan; zij verwacht dat de handhaving van het certificatiesysteem op termijn zal verbeteren.

2.3.5 Asbesttransport een lastige schakel

De minister van VROM en de overige bij het LOM betrokken ministers hebben in de LOM-interventiestrategie aangegeven dat transport van asbesthoudende materialen een risicovolle schakel is in de keten van sloop tot eindverwerking. Het LOM geeft aan dat «... toezicht en handhaving hier dan ook op een gecoördineerde en samenhangende wijze prioritair zijn» (Landelijk Overleg Milieuhandhaving, 2005, p. 23). In de praktijk echter, vinden gerichte transportcontroles waarbij ook gekeken wordt waar het asbest vandaan komt en waar het naartoe gaat, niet plaats. Er is geen handhaver die controleert of de gesloopte asbest daadwerkelijk op de aangegeven stortplaats is verwerkt. In principe wordt het dossier van een sloopwerk bij gemeenten pas gesloten wanneer er een stortbon is ontvangen, maar in de praktijk is de controle op deze bonnen slecht, zo kwam naar voren uit gesprekken die wij hebben gevoerd met een van de milieuteams van de politie. Eén van de in ons onderzoek betrokken gemeenten gaf aan dat asbest na het inzamelen uit het zicht verdwijnt.

Voor de handhaving in de transportfase van de asbestverwijdering is de provincie verantwoordelijk, maar een onderzochte gemeente gaf aan hierover geen overdracht en/of overleg met de provincie te hebben. Volgens een van de onderzochte provincies vormen de onduidelijkheden over asbesttransportstromen een belangrijk milieurisico.

2.4 Succes- en faalfactoren

Hoe zijn de hierboven gesignaleerde problemen bij de handhaving van de asbestregelgeving te verklaren en wat zijn mogelijke oplossingsrichtingen? Om hier meer zicht op te krijgen hebben we geïnventariseerd wat de succes- en faalfactoren zijn voor de samenwerking binnen de asbesthandhavingketen.

2.4.1 Geen structurele afstemming en informatie-uitwisseling in de handhavingketen

Faalfactor: geen samenhang tussen taken en verantwoordelijkheden

De afzonderlijke taken binnen de asbesthandhavingketen zijn per ketenpartner weliswaar duidelijk vastgelegd in wet- en regelgeving, maar het is niet duidelijk hoe deze taken en verantwoordelijkheden samenhangen met de door de betrokken ministers geformuleerde doelen van ketenhandhaving.

In de asbesthandhavingketen zijn de handhavingbevoegdheden verdeeld over gemeenten, de provincie en het Rijk. De toezichthouders

(inspecties en politie) werken elk afzonderlijk vanuit het bestuursorgaan waarbij ze in dienst zijn, op basis van prioriteiten die ze veelal stellen zonder overleg met de overige partners in de asbesthandhavingsketen. Van een goede basis voor ketensamenwerking is dus nog geen sprake. Ketensamenwerking vereist dat taken en verantwoordelijkheden binnen de keten duidelijk en in onderlinge samenhang zijn afgebakend en verdeeld.

Faalfactor: geen regie op gehele keten

Er is binnen de asbesthandhaving niemand die ervoor zorgt dat alle betrokken organisaties goed samenwerken en die kijkt of de gezamenlijke doelen worden gehaald. De ketensamenwerking lijkt af te hangen van de bereidheid van partijen om zich te committeren aan de ketendoelen zoals die door het LOM zijn geformuleerd en energie te stoppen in onderlinge afstemming om zo doelmatig mogelijk te werken en dubbel werk te voorkomen.

Die bereidheid is in de praktijk gering; de partijen gedragen zich autonoom. Elke ketenpartner stelt naar eigen inzicht prioriteiten, zonder dat er sprake is van reflectie op de gevolgen voor andere schakels in de keten en voor het uiteindelijke ketendoel.

In deze situatie is het voor gemeenten heel gemakkelijk om de handhaving van asbestbepalingen als «niet prioritair» te beschouwen. Immers, het gaat bij het asbestprobleem om een risico waarvan de eventuele gevolgen (gezondheidsproblemen) zich pas na verloop van (tientallen) jaren manifesteren. Het asbestprobleem lijkt daardoor niet urgent. Als er geen regie van bovenaf is die deze urgentie benadrukt, kan de aandacht van een gemeente al gauw uitgaan naar andere onderwerpen, die op de kortere termijn spelen.

Faalfactor: te veel partners in de keten

Een goede ketensamenwerking is gebaat bij concrete werkafspraken tussen bijvoorbeeld gemeenten en Arbeidsinspectie. De Arbeidsinspectie geeft aan dat het maken van afspraken over asbesthandhaving onmogelijk is, omdat het om meer dan 400 gemeenten gaat. Het onderhouden van regelmatig contact met zoveel partijen is niet doenlijk.

Dit probleem heeft ook het Functioneel Parket, dat de opsporing van asbestdelicten coördineert. Men kan daar de eigen opsporingsambtenaren, die bij gemeenten werken, niet aansturen, eenvoudig omdat het er te veel zijn.

Succesfactor: servicepunten handhaving

In sommige provincies zijn «Servicepunten Handhaving» (SEPH's) actief. Zij vervullen een rol in de coördinatie van de samenwerking op het terrein van de milieuhandhaving.

De SEPH's blijken een bindende factor te kunnen zijn in de asbesthandhavingsketen. Door hun schaalgrootte vullen ze de leemte tussen kleine gemeenten en de provincie.

Het Ministerie van VROM heeft in 2005 de financiering die provincies voor de servicepunten ontvingen, ingetrokken, waardoor een aantal SEPH's is verdwenen. Op die plekken is de samenwerking uit elkaar gevallen. Daar waar de SEPH's nog bestaan, dragen zij volgens respondenten bij aan de samenwerking tussen provincie en gemeenten en tussen gemeenten onderling.

Succesfactor: milieuhandhaving op regionaal niveau samenbrengen

In één van de door ons onderzochte regio's is ervoor gekozen om verschillende handhavingstaken, waaronder die rond de asbestregelge-

ving, onder te brengen bij een regionaal samenwerkingsverband van 21 gemeenten. Dit samenwerkingsverband voert in opdracht voor elk van de 21 gemeenten een deel van de handhavingstaak uit, waardoor een deel van de handhavingsbelasting bij de gemeenten wegvalt.

Succesfactor: inzet en enthousiasme van sleutelfiguren

Het op de agenda krijgen van de asbestproblematiek binnen een organisatie of een keten blijkt in hoge mate persoonsgebonden te zijn. Succes van samenwerking wordt mede bepaald door een gemotiveerde aanjager. Eén van de SEPH's die in ons onderzoek was betrokken lijkt goed te functioneren dankzij de inzet van een medewerker die asbestprojecten in de regio coördineert.

2.4.2 Handhavingsniveau niet in overeenstemming met geringe naleving

Faalfactor: beperkte capaciteit voor asbesttoezicht

De betrokken organisaties (gemeenten, Arbeidsinspectie, VROM-inspectie, provincies enzovoort) zijn weliswaar «ketenpartner» in de handhavingketen die toeziet op het asbestverwijderingsproces, maar hebben daarnaast nog tal van andere verantwoordelijkheden en verplichtingen. In de praktijk betekent dit dat deze brede organisaties maar beperkt capaciteit beschikbaar hebben voor de asbesthandhaving. De Arbeidsinspectie heeft bijvoorbeeld landelijk 8 fte voor toezicht op asbestverwijdering, terwijl er jaarlijks alleen al vanuit het legale circuit 30 000 meldingen binnenkomen. De Arbeidsinspectie kan er daarvan maximaal 1200 inspecteren. Daarnaast moet de Arbeidsinspectie een deel van de capaciteit besteden aan de aanpak van het illegale circuit. Ook bij andere partners (gemeenten, VROM-Inspectie, IVW, politie) zorgt het aantal beschikbare mensen ervoor dat er slechts beperkt controles worden uitgevoerd.

Faalfactor: geen interne prikkel in «calculerende» branche

Doordat de pakkans klein is, komen veel bedrijven die zich bezighouden met het inventariseren, verwijderen en afvoeren van asbesthoudende materialen, in de verleiding om zich niet aan de regels te houden. Ook voor eigenaren/opdrachtgevers zijn er weinig prikkels om ervoor te zorgen dat er volgens de wet- en regelgeving wordt gewerkt. Prikkels om dat níet te doen zijn er te over: het is duur, het duurt lang en het grote aantal malafide bedrijven in de branche dat gedoogd wordt, zorgt voor concurrentievervalsing en normvervaging (Jacobs, 2004). Handhavers zijn het erover eens dat er intrinsieke prikkels in de branche zouden moeten zitten, die ervoor zorgen dat er volgens de regels wordt gewerkt. Ook in de zogenoemde «tafel van elf»-methodiek komt dit aspect als belangrijke randvoorwaarde naar voren. De «tafel van elf» is een analysemodel dat binnen de rechtshandhaving is ontwikkeld om zicht te krijgen op nalevingsgedrag. Het bestaat uit een opsomming van elf factoren die bepalend zijn voor de naleving van regelgeving (Reenen, 2000).

Faalfactor: complexe wetgeving

Onze gesprekspartners geven aan dat ze wetgeving rond de handhaving van de asbestbepalingen te complex vinden. De wet- en regelgeving vormt niet één geheel maar is opgebouwd uit de Arbeidsomstandighedenwet, de Wet milieugevaarlijke stoffen en de Woningwet. De politie in één van de regio's die in ons onderzoek betrokken waren, onderschrijft dit en vult aan dat het een wetgeving is «met uitzondering op uitzondering», een wetgeving dus die veel ruimte en ontsnappingmogelijkheden biedt en

niet voor handhaving is geschreven. De wetgeving vraagt veel, niet alleen van de bedrijven die de wetgeving behoren na te leven, maar ook van de handhavers.

2.4.3 Discussie over taakinfilling en nut certificerende instellingen

Faalfactor: intrekken certificaat geen structurele oplossing voor slecht functionerende asbestinventarisatie- en asbestverwijderingsbedrijven
Volgens de vertegenwoordiger van een certificerende instelling met wie wij hebben gesproken, is het intrekken van een certificaat wanneer een asbestinventarisatie- of asbestverwijderingsbedrijf zich niet aan de richtlijnen houdt, geen structurele oplossing voor het nalevingsprobleem. Het bedrijf kan namelijk daarna gemakkelijk overstappen naar een andere certificerende instelling om een nieuw certificaat te bemachtigen.

Faalfactor: inconsistentie tussen oude beoordelingsrichtlijnen en nieuwe wetgeving

Uit onze interviews blijkt verder dat het toezicht op de certificerende instellingen op dit moment nog niet eenduidig is ingericht. Een lopend onderzoek van de IWI bevestigt dit (Inspectie Werk en Inkomen, 2007). De niet-eenduidige inrichting van het toezicht is onder meer het gevolg van het feit dat er nieuwe wetgeving van kracht is geworden (zie § 2.3.4), terwijl de certificerende instellingen nog steeds (noodgedwongen) met de verouderde beoordelingsrichtlijnen voor asbestverwijdering en asbestinventarisatie (BRL 5050 en BRL 5052) werken. Er bestaat – althans tijdelijk – inconsistentie tussen deze beoordelingsrichtlijnen en de vernieuwde wetgeving.

Faalfactor: verschillend perspectief op handhaving

Er lijkt sprake te zijn van een cultuurverschil dat opgelost moet worden. Volgens de vertegenwoordiger van de certificerende instellingen met wie wij hebben gesproken, hebben certificerende instellingen een toezichthoudende taak die niet vergeleken kan worden met het toezicht zoals dit wordt uitgeoefend door Arbeidsinspectie, gemeenten, VROM-Inspectie of politie. De mogelijkheden van certificerende instellingen die als zbo opereren in een privaat georiënteerd werkveld met marktwerking zijn beperkter dan die van handhavende instanties bij de overheid. De instellingen hebben bijvoorbeeld niet de bevoegdheid om bij sloopactiviteiten het werk direct stil te leggen wanneer zijn constateren dat de betrokken bedrijven zich niet aan de regels houden. Dergelijke beperkingen in de bevoegdheid leiden tot een andere inschatting van de mogelijkheden waarop je effectief toezicht kunt houden of regels kunt handhaven. In dat licht wekken de termen «toezicht» en «handhaving», wanneer die worden toegepast op de werkzaamheden van de certificerende instellingen, verkeerde verwachtingen bij de partners in de asbesthandhavingssketen, aldus onze gesprekspartner.

Succesfactor: afstand tussen certificerende instellingen en overheid verkleinen door overleg

Op dit moment worden er nieuwe normen voor asbestverwijdering en asbestinventarisatie uitgewerkt. Dit gebeurt in samenspraak met de certificerende instellingen. De Stichting Certificatie Asbest werkt aan de actualisering van de certificatieschema's. Het SAT-overleg¹² bij het Ministerie van SZW is nu bezig met de actualisering van de certificatieregeling (de «spelregels» voor certificerende instellingen) bij asbestverwijdering en asbestinventarisatie (een bijzonder deel uit de oude beoordelingsrichtlijnen BRL 5050 en BRL 5052).

¹² SAT: schema aanwijzing en toezicht.

De verwachting is dat de nieuwe normen en regels, doordat ze van tevoren zijn afgestemd met de instellingen die ermee moeten gaan werken, beter werkbaar zullen blijken dan de oude richtlijnen.

2.4.4 Asbesttransport een lastige schakel

Faalfactor: herkomst van asbest niet te traceren

Volgens het Korps Landelijke Politiediensten worden er vrijwel wekelijks grootschalige transportcontroles gehouden. Een probleem is dat bij dergelijke algemene transportcontroles niet te controleren valt of de hoeveelheid asbest die wordt vervoerd correspondeert met de hoeveelheid asbest die uit een sloopwerk is verwijderd (Landelijk Overleg Milieuhandhaving, 2005). Met andere woorden: de controles geven geen uitsluitsel over eventueel «weggemoffelde» hoeveelheden asbest. Als het asbest eenmaal in een verzamelcontainer zit, is de inhoud van de container namelijk niet meer op te splitsen naar de afzonderlijke herkomstlocaties (sloopprojecten).

Faalfactor: veel inzet nodig bij controle op transport om naleving te verbeteren

De VROM-Inspectie heeft ons desgevraagd nadrukkelijk laten weten dat extra inzet van inspectie op transport relatief weinig oplevert, omdat de kans op het aantreffen van asbest heel klein is. De VROM-Inspectie heeft daarom weloverwogen besloten om haar aandacht te richten op de eerste schakels in de keten, en niet op de transportfase.

3 AANPAK KINDERMISHANDELING

3.1 Inleiding

Het probleem

In 2005 werden er in Nederland ten minste 107 200 kinderen mishandeld.¹³ Van hen hebben ongeveer 50 000 aanwijsbare schade opgelopen, terwijl bij de rest vermoedelijk op de langere duur gevolgen zichtbaar worden (Van IJzendoorn et al., 2007, p. 155). Kindermishandeling leidt vrijwel altijd tot langdurige, soms levenslange, emotionele, cognitieve en lichamelijke problemen (Berger et al., 2004, p. 14–15). Recent onderzoek laat zien dat de samenhang tussen kindermishandeling en psychische problemen sterk is (Verdurmen et al., 2007).¹⁴

Met de aanpak van kindermishandeling houden zich veel organisaties bezig. De onderlinge afstemming van verschillende partijen in de hulpverlening is de laatste jaren op een aantal punten verbeterd.¹⁵ Toch stuiten mishandelde kinderen in het zorgverleningscircuit nog steeds op hindernissen. Het duurt vaak lang voordat er daadwerkelijk hulp wordt geboden, passende hulp is niet altijd beschikbaar en zowel ouders als kinderen moeten bij verschillende instanties hetzelfde verhaal vertellen (zie § 3.3).

Doordat de keten van zorgverlenende organisaties complex is, valt het voor de betrokken ouders en kinderen moeilijk te doorgronden wie nu precies wat doet. Bovendien verblijven de kinderen tijdens het doorlopen van de keten in sommige gevallen te lang in een onveilige situatie, wat al verschillende keren tot dodelijke incidenten heeft geleid. Omgekeerd is het een groot probleem voor mishandelde kinderen en hun ouders als jeugdzorginstellingen te voortvarend te werk gaan en daarbij ten onrechte inbreken in de persoonlijke levenssfeer.

Wat wil de rijksoverheid hieraan doen?

Het Nederlandse overheidsbeleid rond kindermishandeling is erop gericht om:

- kindermishandeling zo veel mogelijk te voorkomen door hulp te bieden aan ouders bij beginnende opvoedproblemen en door kinderen bewust te maken van hun rechten (Nederlands Jeugd Instituut, z.d.);
- resterende kindermishandeling vroeg en volledig te signaleren, snelle en doeltreffende hulp bieden (VWS & Justitie, 2004, p. 3), zodat een gezonde, evenwichtige uitgroei van jeugdigen tot volwassenen plaatsvindt (Interprovinciaal Overleg et al., 2006, p. 13).

Het vierde kabinet-Balkenende heeft deze doelen nog eens bevestigd in het *Actieplan aanpak kindermishandeling* met het motto «voorkomen, signaleren, stoppen en beperken van de gevolgen» (Jeugd en Gezin, 2007a). Daarin stelt het kabinet ook dat er nog veel te winnen valt in de snelheid van handelen, de gerichte preventie, de snelheid van reageren op signalen van mishandeling en de beschikbaarheid van effectieve interventies. Het kabinet geeft hier bovendien aan dat twee succesvolle initiatieven die de afgelopen jaren in proefregio's zijn uitgevoerd, naar een landelijke schaal worden uitgebreid: «RAAK» en «Beter Beschermd».

¹³ Dit aantal is gebaseerd op signalering door beroepskrachten (Van IJzendoorn et al., 2007, p. 88). Op basis van bevraging van scholieren (over zichzelf) komen andere onderzoekers voor hetzelfde jaar tot een veel hoger aantal, namelijk 160 700 in de leeftijdscategorie van 12 tot 18 jaar (Lamers-Winkelmann et al., 2007, p. 40). De grote verschillen zijn volgens de betrokken onderzoekers deels toe te schrijven aan het feit dat er uiteenlopende methoden zijn gehanteerd. Ook de geringe medewerking die huisartsen hebben verleend aan het onderzoek met de lagere schatting, vormt mogelijk een deel van de verklaring voor de verschillen (Salm, 2007).

¹⁴ De mechanismen waarlangs deze samenhang tussen kindermishandeling en psychische problemen tot stand komt, zijn overigens nog niet duidelijk.

¹⁵ Zo is in een aantal pilotprojecten de samenwerking tussen de Bureaus Jeugdzorg, de Raad voor de Kinderbescherming en de kinderrechter verbeterd.

Eind jaren negentig werd de Reflectie- en Actiegroep Aanpak Kindermishandeling (RAAK) opgericht op initiatief van wijlen prof. dr. A. van Dantzig. Een van de doelstellingen van RAAK was om in één of meer regio's in Nederland de werkwijze van instellingen die zich met de begeleiding van slachtoffers van kindermishandeling bezighouden zo aan te passen, te verbeteren en aan te vullen dat kon worden gedemonstreerd dat een effectieve aanpak van het probleem mogelijk is. Deze aanpak was dus gericht op het effectiever en efficiënter inzetten van de instellingen op basis van het bestaande aanbod (Jeugd en Gezin, 2007a, p. 9).

Tussen 2003 en 2006 hebben vier RAAK-pilots gelopen. De RAAK-projecten beoogden (Van Burik & Van Vianen, 2006):

- een opvoedingsondersteunend aanbod voor alle ouders op te zetten waarmee een effectieve preventie van kindermishandeling kan worden bereikt;
- een systeem van signalering van voorkomende gevallen van kindermishandeling op te zetten waardoor signalen van kindermishandeling eerder worden opgevangen;
- een adequaat zorgaanbod voor gesignaleerde gevallen van kindermishandeling te realiseren, om daarmee te demonstreren hoe, veel beter dan nu het geval is, zulke gevallen ondersteund en begeleid kunnen worden.

Eind 2006 is RAAK afgesloten. De RAAK-regio's ontvingen een subsidie van het Ministerie van VWS.

Het programma «Beter Beschermd» liep oorspronkelijk van januari 2005 tot eind 2006 maar is verlengd tot en met 2007. Een onderdeel van dit landelijke programma is gericht op snellere interventies in gevallen van kindermishandeling waarbij de ouders niet zelf om hulp vragen. In de pilots werken de Bureaus Jeugdzorg, het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling, de Raad voor de Kinderbescherming en (zolang het niet inhoudelijk om individuele zaken gaat) kinderrechtshouders samen om de doorlooptijden drastisch te verkorten. De pilotregio's ontvingen een subsidie van het Ministerie van Justitie. Het doel is dat de succesvolle onderdelen uit de pilots landelijk worden overgenomen.

Belemmerende factoren

Het welslagen van het overheidsbeleid wordt in de praktijk bemoeilijkt door een gestaag toenemende hulpvraag. Naarmate mensen de symptomen van kindermishandeling beter leren herkennen en hier melding van te maken, groeit automatisch de vraag naar interventies. Het einde van die groei is nog niet in zicht. Er is daardoor steeds meer geld nodig. Dit probleem werkt ook door bij de organisaties in de jeugdzorg: zij hebben te kampen met een grote vraag en een tekort aan aanbod.

3.2 Hoe ziet de keten eruit?

In de zorgverleningsketen rond kindermishandeling vervullen diverse hulpverlenende organisaties een rol (zie figuur 2 op de volgende pagina). Ter wille van de eenvoud hebben we in de figuur de Bureaus Jeugdzorg als één geheel aangeduid. In werkelijkheid moet men bij een vermoeden van kindermishandeling bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling zijn, en bij zorgen over de toestand van een kind zonder duidelijke aanwijzingen van mishandeling bij de afdeling Toegang van de Bureaus Jeugdzorg.¹⁶

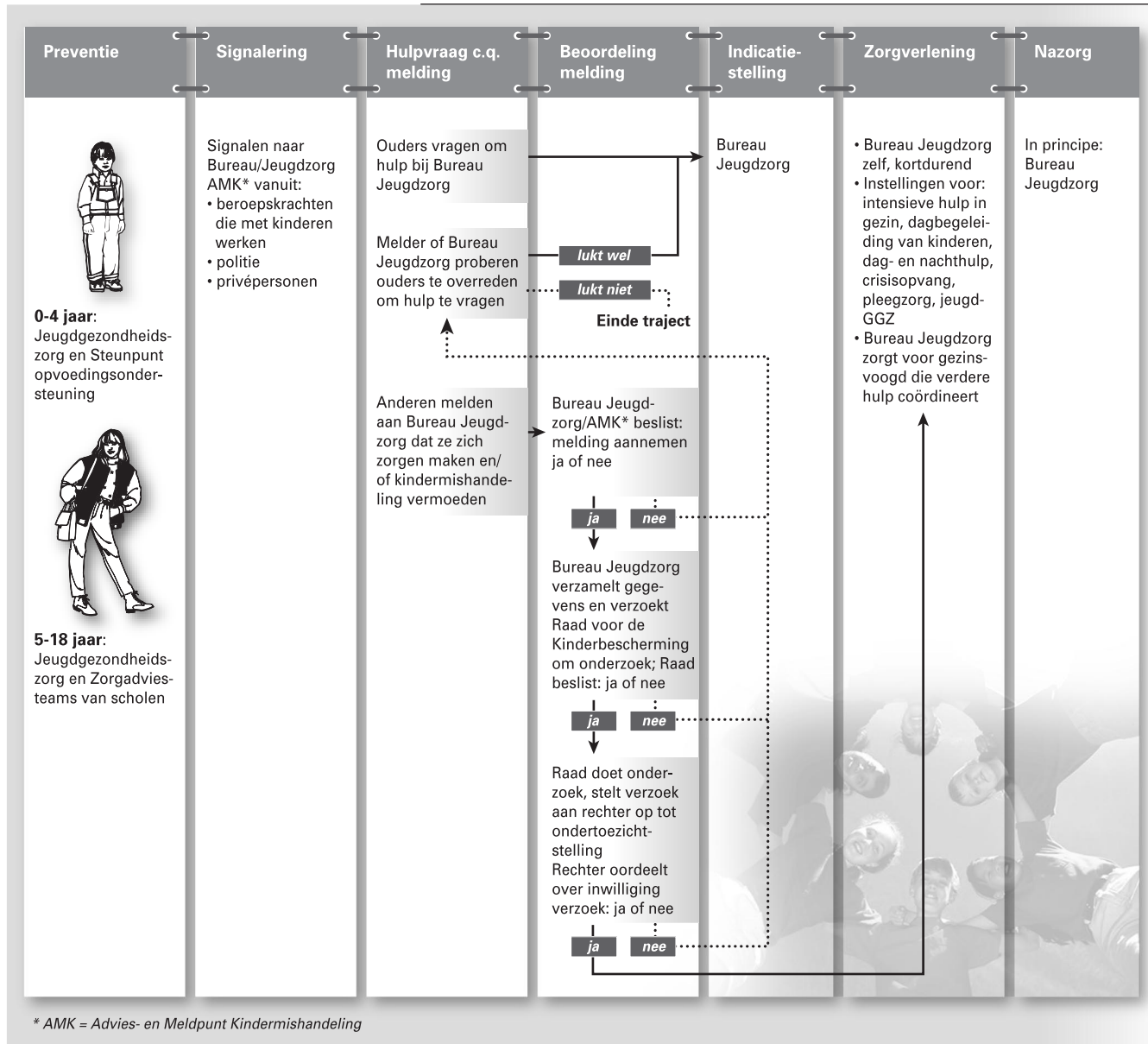
Noodprocedure

Voor levensbedreigende situaties geldt een procedure die afwijkt van het schema zoals weergegeven in figuur 2. Deze noodprocedure maakt ingrijpen binnen 24 uur mogelijk. Behalve het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of andere delen van het Bureau Jeugdzorg kunnen in zo'n situatie ook anderen direct melding doen bij de Raad voor de Kinderbescherming (Justitie, 2004, § 8.1.a). In de praktijk komen dergelijke directe meldingen vooral van de politie. Een daartoe aangewezen medewerker van Raad voor de Kinderbescherming beoordeelt direct of er

¹⁶ Voor twee specifieke groepen kinderen zijn er bovendien aparte, landelijke organisaties die de rol van de regionale bureaus jeugdzorg vervullen: de William Schrikker Stichting voor licht verstandelijk gehandicapte kinderen en Nidos voor kinderen van vluchtelingen. Op de voor- en nadelen die hieraan verbonden zijn gaan we in dit onderzoek niet in.

inderdaad sprake is van een levensbedreigende situatie en verzoekt dan de rechter om een voorlopige ondertoezichtstelling. Deze kan de rechter zonder zitting afgeven (binnen twee weken volgt dan alsnog een zitting).

Figuur 2 Keten rond aanpak van kindermishandeling



Wettelijk kader

Verschillende wetten bepalen hoe de zorgverleningsketen rond kindermishandeling is ingericht. De belangrijkste zijn:

- De *Wet maatschappelijke ondersteuning* en de *Wet collectieve preventie volksgezondheid*. Deze wetten bevatten bepalingen voor de preventie van kindermishandeling. Beide kennen de gemeente hierbij een grote rol toe. Hoe de gemeente die rol concreet invult, ligt niet wettelijk vast.

- De *Wet op de jeugdzorg*. Hierin zijn bepalingen opgenomen voor de fasen van melding tot en met nazorg. Kenmerkend voor deze wet is de belangrijke rol van het Bureau Jeugdzorg, dat mét deze wet in 2004 ontstond uit vele voordien onafhankelijke instellingen.

3.3 Problemen in de uitvoering

3.3.1 Signalering en melding

In 1972 werden 432 gevallen van kindermishandeling gemeld bij de toenmalige Bureaus Vertrouwensarts. In 2005 registreerden de afdelingen van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling 38 052 gevallen: bijna negentig keer zo veel (Lamers-Winkelmann et al., 2007, p. 3). Het is niet duidelijk wat dit precies betekent. Omdat er vóór 2007 geen onderzoek is gedaan naar de omvang van kindermishandeling in Nederland, is niet vast te stellen of de kindermishandeling zelf is toegenomen (en zo ja in welke mate), of dat er (ook) sprake is van een toegenomen *melding* van kindermishandeling. Maar het is wel zeer waarschijnlijk dat de toename van het aantal meldingen in elk geval voor een deel op betere signalering en melding berust.

Niettemin blijft ook in het recente onderzoek (Van IJzendoorn et al., 2007) een deel van de kindermishandeling buiten beschouwing. Afgezien van een onvermijdelijke restcategorie zijn er vermoedelijk gevallen van mishandeling die op buurtniveau wel bekend zijn, maar niet doordringen tot de professionele hulpverlening. Zoals de onderzoekers zelf aangeven (p. 164), is het mogelijk en wenselijk ook dit niveau in toekomstig onderzoek te betrekken.

Beter zicht op de totale omvang van kindermishandeling is onder andere nodig om vast te stellen of de signalering en melding goed zijn. Voorlopig is er op dit punt nog veel ruimte voor verbetering, aangezien het (minimaal) gesignaleerde aantal gevallen van kindermishandeling in 2005 (107 200) bijna driemaal zo hoog was als het aantal officiële meldingen in datzelfde jaar (38 052).

Aan de noodzaak van betere signalering en melding wordt op regionaal niveau ook aandacht besteed, onder meer door voorlichtingscampagnes en cursussen. Beroepskrachten die veel met kinderen omgaan leren daarin gedrag te herkennen dat op mishandeling kan duiden en hierover een gesprek te beginnen met het kind en de ouder(s).

3.3.2 Wachtlijden

Bij verschillende onderdelen in de hulpverlening rond kindermishandeling zijn de afgelopen jaren wachtlijsten ontstaan. De wachtlijden voor cliënten overschrijden daardoor regelmatig de maximumnorm. Deze te lange wachtlijden treden op in verschillende stadia: bij het Bureau Jeugdzorg, wanneer een vraag om hulp in behandeling moet worden genomen; bij de Raad voor de Kinderbescherming, wanneer een dossier van het Bureau Jeugdzorg (c.q. het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling) in behandeling moet worden genomen; en bij opnieuw het Bureau Jeugdzorg, wanneer een gezinsvoogd ter beschikking moet worden gesteld en/of de geïndiceerde hulp beschikbaar moet komen.¹⁷

Wanneer de rechter heeft besloten tot ondertoezichtstelling, is er lang niet altijd direct een gezinsvoogd beschikbaar. En als de gezinsvoogd er eenmaal is en ervoor wil zorgen dat de nodige hulp wordt geboden, bijvoorbeeld in de vorm van therapie, blijken ook daarvoor vaak wachtlijden te bestaan.

¹⁷ Over eventuele wachtlijden in het preventieve en licht-curatieve deel van de zorgverleningsketen, dat onder regie van de gemeente staat, hebben wij geen gegevens.

Vooral als ouders van een mishandeld kind niet vrijwillig om hulp vragen maar via een melding van derden in het systeem belanden, moeten de betrokkenen lang wachten.¹⁸ Zoals blijkt uit tabel 1 mag het maximaal 314 dagen duren (vanaf de melding) voordat er een gezinsvoogd is en een plan voor wat er vervolgens moet gebeuren. Afhankelijk van de gewenste hulp en de beschikbaarheid daarvan, komen er nog wachttijden bij alvorens dat plan uitgevoerd kan worden.¹⁹

Tabel 1. Duur van diverse fasen voor verplichte hulpverlening: norm en praktijk

Gebeurtenis	Norm: vindt uiterlijk plaats op dag nummer	Praktijk: vindt gemiddeld plaats op dag nummer
Melding bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling	0	0
Advies- en Meldpunt Kindermishandeling beslist: melding in onderzoek ja/nee	5	?
Advies- en Meldpunt Kindermishandeling beslist over vervolgstappen	96	?
Advies- en Meldpunt Kindermishandeling vraagt Raad voor de Kinderbescherming om zaak in onderzoek te nemen	96	X
Raad voor de Kinderbescherming is klaar met onderzoek	211 (96 + 115)	X+139
Rechter doet uitspraak over verzoek tot ondertoezichtstelling	272	X+185
Bureau Jeugdzorg stelt gezinsvoogd aan	277	?
Bureau Jeugdzorg heeft plan klaar wat het wil doen met de ondertoezichtstelling	314	?

Bronnen: de normen staan in het Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg (artikelen 43, 44 en 54) en in *Normen 2000* (Justitie, 2004). De praktijkcijfers komen uit een onderzoek van het Verwey-Jonker Instituut (Steketee et al., 2007).

Maar ook als de ouders wél zelf om hulp vragen, krijgen ze met wachttijden te maken. Over de wachttijden vanaf de eerste vraag om hulp tot aan het moment dat het Bureau Jeugdzorg een indicatie heeft gesteld van de zorg die nodig is, hebben wij geen landelijke gegevens gevonden, maar dergelijke wachtlijsten aan het begin van het traject zijn er wel. Dit blijkt uit gegevens uit de afzonderlijke regio's.

Wachtlijsten na eerste hulpvraag: gegevens uit Groningen

Een document van de provincie Groningen uit 2006 vermeldt expliciet dat een Bureau Jeugdzorg in de regio begin 2006 van 250 jongeren wel had vastgesteld dat ze hulp nodig hadden, maar te weinig menskracht had om voor hen een indicatiestelling uit te werken. Het geld van het Ministerie van VWS om wachtlijsten weg te werken mag het Bureau Jeugdzorg niet inzetten om deze wachtlijst te verminderen, want dat is alleen bestemd voor wachtlijsten bij zorgaanbieders (Provincie Groningen, 2006).

In veel regio's spreekt men niet van wachtlijsten maar wel van «doorlooptijden tot aan de indicatiestelling», die 80 tot 120 dagen bedragen. De lijsten van kinderen die meer dan negen weken op hulp wachten na indicatie zijn in de loop van 2006 met behulp van tijdelijke extra gelden vrijwel weggewerkt, van 5000 per 1 januari 2007 tot 414 per 31 december van hetzelfde jaar (Jeugd en Gezin, 2007c, p. 2). Maar in de loop van 2007 zijn ze weer flink gegroeid, tot 2065 per 1 april (Jeugd en Gezin, 2007c, p. 2) en 3100 per 1 juli (Jeugd en Gezin, 2007b, p. 3).

3.3.3 Doeltreffendheid van de preventie en hulpverlening

Door plaatsgebrek bij de jeugdzorgaanbieders krijgt het Bureau Jeugdzorg kinderen niet altijd op de juiste plek geplaatst. Ze belanden dan op een wachtlijst of krijgen overbruggingshulp. In het laatste geval staat het kind niet meer op de wachtlijst, maar wordt het naar alle waarschijnlijkheid niet zo doeltreffend geholpen als zou moeten (ANP, 2007). Zowel van preventie als van hulpverlening is lang niet altijd bekend of de

¹⁸ Over de tijd dat het Bureau Jeugdzorg probeert de ouders te motiveren om zelf een hulpaanvraag in te dienen hebben we geen harde gegevens. Maar kinderrechtters vinden dat kinderen nogal eens te lang in dit «vrijwillige circuit» blijven hangen (Steketee et al., 2007, p. 78).

¹⁹ Overigens zijn het bureau jeugdzorg, het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling, de Raad voor de Kinderbescherming en de kinderrechtters bezig met een project om de doorlooptijd tussen melding en rechterlijke uitspraak te verminderen. Zie de kadertekst in § 3.1.

ingezette methoden daadwerkelijk helpen. Hier wordt inmiddels wel onderzoek naar gedaan (zie § 3.4.3).

3.4 Succes- en faalfactoren

Hoe zijn de hierboven gesignaleerde problemen bij de aanpak van kindermishandeling te verklaren en wat zijn mogelijke oplossingsrichtingen? Om hier meer zicht op te krijgen hebben we geïnventariseerd wat de succes- en faalfactoren zijn voor de samenwerking binnen de keten van organisaties die zich bezighouden met de kindermishandelingsproblematiek.

3.4.1 Signalering en melding

Succesfactor: cursussen over signalering en melding

Of een geval van kindermishandeling wordt opgemerkt en hulpverlening op gang komt, hangt voor een belangrijk deel af van beroepskrachten die met kinderen werken op scholen, kinderdagverblijven, sportclubs, kinderafdelingen van ziekenhuizen enzovoort. Zij moeten in staat zijn om gedrag of letsel te herkennen dat waarschijnlijk op kindermishandeling duidt en hierover vervolgens een gesprek te beginnen met kind en ouders. Ze moeten ook weten aan wie ze een vermoeden van mishandeling moeten melden. In RAAK-projecten (zie § 3.1) wordt hieraan veel aandacht besteed, door middel van cursussen en door het opstellen van «meld-codes»: precieze afspraken over wie in welke situaties aan wie melding maakt van vermoedens van mishandeling. Alle betrokken organisaties spreken dan af zich hieraan te houden, doorgaans in een overeenkomst die door de besturen wordt ondertekend.

Uit een evaluatierapport over de effectiviteit van RAAK-projecten blijkt dat inderdaad veel cursussen zijn gegeven en dat de beroepskrachten die deze cursussen hebben gevolgd naar eigen zeggen beter in staat zijn om kindermishandeling te signaleren en er een gesprek met de betrokkenen over aan te gaan. Maar om na te gaan of de signalering en doorverwijzing écht beter zijn geworden, was het volgens de onderzoekers nog te vroeg (Van Burik et al., 2006).

Ons eigen onderzoek is te beperkt om iets te kunnen zeggen over een eventuele ontwikkeling in de feitelijke kwaliteit van signalering en doorverwijzing. Maar de interviews die we hebben gehouden in twee regio's die ook in het evaluatieonderzoek betrokken waren, bevestigen wel dat de beroepskrachten zelf vinden dat deze cursussen hen hebben geholpen.

Faalfactor: terughoudendheid van huisartsen

Naast consultatiebureaus en leerkrachten blijken huisartsen een belangrijk aanspreekpunt te zijn voor ouders als het gaat om opvoedingsproblemen. Het is daarom van belang dat ook huisartsen voldoende kennis hebben over signalen die wijzen op kindermishandeling en dat zij weten wat zij met zulke signalen moeten doen. Huisartsen vormen echter een beroepsgroep die zich moeilijk laat betrekken bij deskundigheidsbevordering over kindermishandeling (Van Burik et al., 2006). Ze zijn ook terughoudend om met anderen samen te werken. Dat hangt onder meer samen met het beroepsgeheim. Artsen zijn hieraan gehouden, maar anderzijds hebben zij óók de plicht om mensen bij te staan die dringend hulp nodig hebben.

Volgens sommige experts zouden huisartsen, wanneer de geheimhoudingsplicht en de hulpverleningsplicht met elkaar botsen, altijd moeten kiezen voor de hulpverleningsplicht en zou de Inspectie voor de Gezondheidszorg hen zelfs tuchtrechtelijk moeten kunnen aanpakken als ze dat niet doen (College Bescherming Persoonsgegevens, 2007). Maar de meldcode van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG, de beroepsvereniging van artsen) gaat zover niet. Hierin is wel expliciet het recht van artsen geformuleerd om het beroepsgeheim te doorbreken als daarmee kindermishandeling kan worden voorkomen, maar er wordt duidelijk ruimte gelaten voor individuele afweging tussen beide belangen (De Roode et al., 2002, p. 4).

Mede op aandringen van de Vereniging van Vertrouwensartsen Kindermishandeling (waarvan de leden werkzaam zijn bij de meldpunten kindermishandeling) heeft de KNMG begin 2007 erkend dat er problemen zijn met meldingen door artsen (Visser, 2007). De vereniging heeft knelpunten in de signalering en melding van kindermishandeling laten evalueren. Op basis van de resultaten pleit de vereniging er onder meer voor om in de *opleidingen* van (huis)artsen meer aandacht te besteden aan het herkennen van kindermishandeling. Ook communicatieve vaardigheden zouden in scholing en bijscholing meer getraind moeten worden, zodat huisartsen en andere artsen beter gesprekken met ouders kunnen aangaan.

De KNMG zal begin 2008 een aangepaste meldcode voorstellen. De teneur gaat veranderen van «zwijgen tenzij» naar «spreken tenzij» (KNMG, 2007). Ook hebben de landelijke verenigingen van huisartsen, fysiotherapeuten en tandartsen besloten om gezamenlijk actiever te worden in het signaleren en melden van kindermishandeling. Fysiotherapeuten en tandartsen zullen vermoedens van mishandeling niet alleen doorgeven aan het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling, maar ook aan de betreffende huisarts, aldus het gezamenlijke persbericht (LHV et al., 2007).

Faalfactor: onduidelijkheid over verschillende loketten voor melding

Zoals aangegeven in § 2.2 zijn er twee loketten die toegang geven tot hulpverlening in verband met kindermishandeling. Bij welk loket men moet zijn, hangt af van het soort melding dat men wil doen:

- Ouders van een mishandeld kind die zich melden met een hulpvraag, en mensen die willen melden dat zij zich zorgen maken om een bepaald gezin in verband met signalen die op kindermishandeling zouden kunnen wijzen, moeten naar de «afdeling Toegang» van een Bureau Jeugdzorg.
- Mensen die een echt vermoeden van kindermishandeling hebben, dienen dit te melden bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling.

Omdat de grens tussen «je zorgen maken» en «mishandeling vermoeden» niet scherp is, is hier sprake van onduidelijkheid. Dat zou geen probleem hoeven te zijn als het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling en de afdeling Toegang de meldingen vlot aan elkaar konden doorgeven zonder de melder te belasten. Beide organisaties hanteren echter verschillende criteria en formulieren om een melding in behandeling te nemen. De grens is daarbij zo onscherp dat mensen die een melding willen doen soms van de ene naar het andere loket worden gestuurd.

Hoewel niemand twijfelt aan de noodzaak om zorgvuldig om te gaan met vermoedens van kindermishandeling, vormt de gebrekkige aansluiting tussen de afdeling Toegang en het Meldpunt Kindermishandeling een bron van vertraging bij de hulpverlening. Voor mensen die hun zorgen

willen uiten vormt de onduidelijkheid over de route die zij moeten volgen bovendien een extra horde, zo blijkt uit onze interviews. Zowel door de overheid als vanuit de hulpverlening is dan ook al herhaaldelijk het voornemen geformuleerd om hierin verbetering te brengen. Maar een recente evaluatie van de Wet op de jeugdzorg laat zien dat het probleem nog steeds bestaat (Baecke et al., 2006b).

Faalfactor: onjuiste beschuldigingen

Bij de aanpak van kindermishandeling gaat veel aandacht uit naar het intensiveren van de inspanningen om probleemsituaties sneller te signaleren. De andere kant van het verhaal is dat ten onrechte interveniëren in een gezin voor ouders, maar ook voor kinderen, heel ingrijpend kan zijn. Het is een groot probleem voor ouders als jeugdzorginstellingen onnodig inbreken in de persoonlijke levenssfeer. Het is in principe denkbaar dat de toegenomen aandacht voor signalering als neveneffect leidt tot meer ongegronde meldingen en onderzoeken. Dat zou dan kunnen blijken uit een groter percentage verzoeken tot ondertoezichtstelling die de kinderrechter afwijst. Ons eigen onderzoek is te breed om op dit ene punt zelf gegevens te verzamelen. In bestaand onderzoek hebben we ze niet gevonden.

3.4.2 Wachttijden en doorlooptijden

Faalfactor: tijdelijke financiële injecties in plaats van structurele oplossing

In 2006 heeft het kabinet in het kader van het «aanvalsplan op de wachtlijsten» tijdelijk extra gelden vrijgemaakt voor het wegwerken van de wachtlijsten bij de Bureaus Jeugdzorg en de stapel nog af te handelen dossiers bij de Raad voor de Kinderbescherming.

Het aantal meldingen van kindermishandeling neemt echter nog steeds toe, van 38 052 in 2005 tot 41 299 in 2006 (Jeugd en Gezin, 2007c, p. 6). Het einde van die ontwikkeling is nog niet in zicht. Het aantal meldingen loopt namelijk sterk achter bij (de schattingen van) het aantal feitelijke gevallen van mishandeling. In zo'n situatie is de inzet van extra gelden op tijdelijke in plaats van structurele basis om verschillende redenen weinig doelmatig.

Om te beginnen bemoeilijkt het steeds op incidentele basis inzetten van extra gelden het werk van de jeugdzorginstellingen. Het betekent in de praktijk namelijk dat de instellingen steeds nieuwe mensen moeten werven en inwerken, zonder hen een vaste aanstelling te kunnen bieden. Dat kost extra tijd en maakt de werving lastiger.

Datzelfde probleem doet zich voor bij de aanstelling van gezinsvoogden. Het gebrek aan gezinsvoogden is een belangrijke oorzaak van de wachttijden direct nadat de rechter heeft besloten tot ondertoezichtstelling, zo komt naar voren uit de interviews die wij hebben gehouden.

Aangezien deze ondertoezichtstellingen sinds kort sneller tot stand komen (in het kader van de pilots «Beter beschermd») is dit probleem nog nijpender geworden dan het al was (flessenhalseffect).

Tijdelijk geld helpt ook niet om het gebrek aan plaatsen in de residentiële jeugdzorg te verminderen. De oplossing van dat probleem ligt namelijk (mede) in het bouwen van extra capaciteit, en dat vereist nu eenmaal meerjarige financiering.²⁰

De minister voor Jeugd en Gezin heeft deze problemen onderkend. Vanaf 2009 zal naar verwachting een nieuwe financieringssysteem ingaan, gebaseerd op ramingen van de reëel te verwachten ontwikkeling van de vraag naar verschillende soorten jeugdzorg. Het Sociaal en Cultureel Planbureau werkt aan dit ramingsmodel (Tweede Kamer, 2007a, p. 10).

²⁰ Dit tekort aan plaatsen is volgens diverse geïnterviewden ontstaan doordat het Rijk de afgelopen jaren heeft ingezet op een vermindering van deze relatief dure residentiële zorg, ten gunste van het beschikbaar stellen van een groter aanbod van relatief goedkopere ambulante zorg.

Succesfactor: waar mogelijk parallel werken

Mede door ervaringen die zijn opgedaan in RAAK- en «Beter beschermd»-projecten, zijn de verschillende zorgverleners het er thans over eens dat het veel te lang duurt als alle onderdelen van de aanpak van kindermishandeling ná elkaar worden uitgevoerd. Het credo van de zorgverlenende organisaties is nu «serieel waar het moet, parallel waar het kan». Waar onderdelen van de zorgverlening na elkaar moeten plaatsvinden, proberen de betrokken organisaties steeds meer om dit op zo'n manier te doen dat het werk in een volgend stadium kan steunen op al gedaan werk. Een voorbeeld: in het pilotproject «Beter beschermd» wordt waar mogelijk de zorgverlening rond kindermishandeling «geschakeld» uitgevoerd door de betrokken instanties. Binnen dit project bouwt de Raad voor de Kinderbescherming vergaand voort op het onderzoek dat het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling heeft gedaan en wordt de rechter al vroeg op de hoogte gebracht van een naderende zaak. De betrokken geïnterviewden (kinderrechters en medewerkers van de Raad voor de Kinderbescherming) stellen dat er een aanzienlijke verkorting van de doorlooptijd voor dit onderdeel van het traject is bereikt. In de landelijke evaluatie bleken de gegevens echter te slecht om tot een echte meting te komen (Eijgenraam et al., 2007).

In de praktijk moet er nog veel gebeuren om het principe «serieel waar het moet, parallel waar het kan» over de hele linie van de zorgverlening rond kindermishandeling concreet te maken. Uit de interviews die wij hebben gehouden komen de volgende punten naar voren waarover de hulpverlenende instanties nog overeenstemming moeten zien te bereiken:

- Als er in een gezin sprake is van verscheidene problemen, welke kunnen dan tegelijkertijd worden aangepakt en welke moeten eerst zijn opgelost voor andere met kans op succes aan de orde kunnen komen? Moeten bijvoorbeeld financiële problemen worden opgelost vóór aanvang van therapieën die op psychische problemen zijn gericht, om voldoende rust te creëren?
- Een belangrijk criterium dat rechters hanteren bij een beslissing tot ondertoezichtstelling, is de vraag of wel alle mogelijkheden voor vrijwillige hulpverlening zijn uitgeput (Steketee et al., 2007, p. 80). Om tijdverlies te voorkomen is het volgens enkele geïnterviewde zorgverleners beter om geen vormen van zorgverlening te beginnen die volgens alle betrokken beroepskrachten uitzichtloos zijn, maar in zo'n geval de rechter meteen om ondertoezichtstelling te vragen.

Dilemma: soms spanning tussen snelle rechtsgang en zorgvuldigheid

Het parallel werken aan stappen die formeel ná elkaar gezet behoren te worden, kan de zorgvuldigheid in gevaar brengen. Dit probleem doet zich bijvoorbeeld voor als er een rechtszitting is over ondertoezichtstelling en het Bureau Jeugdzorg heeft nog geen indicatie gesteld voor een bepaald type zorg. Dit is een reële situatie; volgens een kinderrechter die we hebben geïnterviewd is zo'n indicatie er voor de zitting vaker niet dan wel. De rechter staat dan voor een dilemma. Het is vaak niet in het belang van het kind om de zaak nog langer te laten voortduren. Daarom is het goed om wel een uitspraak te doen. Anderzijds hebben zowel ouders als kind recht op duidelijkheid, ook om te besluiten of ze zich willen verweren. Doorgaans doet de rechter in gevallen als deze wél uitspraak. Tegelijkertijd zet hij dikwijls druk op het Bureau Jeugdzorg door een eventueel positief besluit tot ondertoezichtstelling maar voor een beperkte duur te nemen en verder het verzoek «aan te houden» tot er een indicatiestelling ligt.

3.4.3 Doeltreffendheid van de hulpverlening

Faalfactor: psychiatrische problematiek weinig c.q. laat herkend

Omdat kindermishandeling vaak tot psychische trauma's leidt, zouden medewerkers van een Bureau Jeugdzorg die een indicatie stellen voor een bepaald type zorg in staat moeten zijn om symptomen te herkennen die waarschijnlijk op deze trauma's duiden. Een door ons geïnterviewde kinderpsychiater gaf aan dat doorgaans psychische trauma's bij de indicatiestelling niet worden waargenomen en dat hierdoor vrijwel zeker een fors aantal kinderen met een trauma als gevolg van mishandeling ten onrechte niet wordt behandeld.²¹ Allerlei andere interventies hebben daardoor minder zin, zo stelt hij.

Het niet tijdig herkennen van psychische trauma's heeft bovendien tot gevolg dat als het kind uiteindelijk toch in de geestelijke gezondheidszorg terechtkomt, er opnieuw onderzoek nodig is omdat in een eerder stadium niet voldoende is gelet op de symptomen van een trauma. De motivatie van het kind neemt daardoor doorgaans af, wat de kans op succesvolle therapie kleiner maakt.²²

Het ligt voor de hand dat de mensen die in het (gemeentelijke) preventieve en licht-curatieve circuit werken genoeg basiskennis aanwezig moet zijn om te herkennen of een kind mogelijk getraumatiseerd is. Dan is het immers zaak om zo snel mogelijk «zwaardere» hulp te zoeken.

Faalfactor: informatie-uitwisseling tussen en binnen de schakels slecht georganiseerd

De geestelijke gezondheidszorg (ggz) voor volwassenen is niet direct betrokken bij de aanpak van kindermishandeling. Maar psychische problemen van ouders kunnen tot gevolg hebben dat zij de opvoeding van hun kind niet (meer) aankunnen. Dat kan gevaren voor het kind inhouden. Om die reden, zo werd in verschillende interviews die wij hebben gehouden naar voren gebracht, is eigenlijk meer informatie-uitwisseling nodig tussen volwassenen-ggz en jeugdzorg. Dit wordt ook vastgesteld in twee landelijke onderzoeken (Baecke et al., 2006a; Baecke et al., 2006b). Volgens GGZ Nederland is in elk geval meer openheid nodig tussen jeugd-ggz en volwassenen-ggz.

Ook tussen andere organisaties binnen de keten rond de aanpak van kindermishandeling is de informatie-uitwisseling een probleem. De mogelijkheden van digitale overdracht worden nog maar nauwelijks gebruikt, waardoor er op onderdelen uiterst ondoelmatig wordt gewerkt. Zo bleek uit een gesprek dat wij hebben gevoerd met een kinderrechter dat er uitsluitend *papieren* dossiers door het Bureau Jeugdzorg worden overgedragen. De kinderrechter moet de betreffende informatie vervolgens met de hand overtikken om deze op zijn eigen wijze te kunnen ordenen en elektronisch te archiveren.

Ook hebben wij vastgesteld dat de instellingen voor maatschappelijk werk en de Bureaus Jeugdzorg onderling niet hebben geregeld in welke situaties onderdelen van een cliëntdossier worden overgedragen en in welke situaties niet. Het gevolg is dat de Bureaus Jeugdzorg regelmatig niet beschikken over de benodigde informatie voor de begeleiding van een cliënt.

Bij één Bureau Jeugdzorg hebben wij geconstateerd dat er gewerkt werd met een informatiesysteem dat dusdanig gebruiksonvriendelijk was, dat zelfs de eigen medewerkers er niet mee overweg konden.

Er wordt op nationaal niveau wel aan oplossingen gewerkt. Zo moet een elektronisch kinddossier, samen met diverse modules voor de verschillende organisaties, de informatiestroom verbeteren. De geïnterviewden merken echter nog weinig vooruitgang op dit punt.

²¹ We hebben geen Nederlands onderzoek gevonden dat hier specifiek op ingaat, maar wel een Amerikaanse studie. Volgens deze studie heeft 80% van de jongeren die in aanraking komen met de jeugdzorg (welfare agencies) psychische behandeling nodig. Van deze populatie krijgt (in Amerika) maar een klein deel daadwerkelijk een psychiatrische behandeling (Burns et al., 2004).

²² In meer algemene termen komt dit probleem terug in de visie van GGZ Nederland op de rol van de jeugd-ggz (Bosweger et al., 2007, p. 19 en p. 23–25). In deze visie zouden de jeugd-ggz en de provinciale jeugdzorg moeten samenwerken voor doelgroepen waar opvoedingsproblemen en psychische stoornissen beide voorkomen. Door goed af te spreken wie welke diagnostiek doet kunnen kinderen met ernstige stoornissen snel gebruikmaken van de schaarse capaciteit van de jeugd-ggz.

Succesfactor: kennis over effectiviteit preventie- en behandelmethoden

Voor een effectieve aanpak van kindermishandeling is het van belang om te weten welke preventie- en behandelmethoden in de praktijk succesvol zijn en welke niet. Het Rijk en andere overheden stimuleren om die reden onderzoek naar de effectiviteit van diverse preventie- en behandelmethoden. ZonMw, de Nederlandse organisatie voor gezondheidszorg en zorginnovatie, doet bijvoorbeeld effectiviteitsonderzoek naar bestaande veelbelovende programma's in Nederland, naar mogelijkheden om buitenlandse programma's met bewezen effectiviteit toepasbaar te maken voor de Nederlandse situatie en waar nodig ook naar de ontwikkeling van nieuwe programma's die aantoonbaar effectief zijn.

Het Nederlands Jeugd Instituut heeft tot taak de vergaarde kennis toegankelijk te maken voor de sector jeugdzorg (VWS & Justitie, 2006, p. 10). Dit heeft inmiddels gestalte gekregen in de zogeheten Databank Effectieve Jeugdinterventies.

Door gebruik van «bewezen effectieve» methoden als voorwaarde voor subsidie te stellen – als zo'n methode voorhanden is voor het betreffende probleem – bevorderen overheden dat de inzichten daadwerkelijk toegepast worden.

Het aantal «bewezen effectieve» methoden in de Databank Effectieve Jeugdinterventies is echter nog beperkt.²³ Het blijkt moeilijker dan aanvankelijk werd verwacht om goed onderzoek uit te voeren naar de effectiviteit van interventies. Dat komt volgens ZonMw onder andere doordat veel zorgverleners er moeite mee hebben om te werken met controlegroepen die zij niet mogen behandelen. Vorming van dergelijke controlegroepen is echter essentieel om effectiviteit aan te tonen (ZonMw, 2007b).

Faalfactor: effectiviteit van het geheel aan preventieve activiteiten niet meetbaar

Inzicht krijgen in de mate waarin het geheel van preventieve activiteiten op het gebied van kindermishandeling effect sorteert, is om twee redenen moeilijk.

Ten eerste zijn er wel risicofactoren bekend, maar of deze direct in verband te brengen zijn met het *ontstaan* van kindermishandeling (i.e. of het ook causale factoren zijn), is onzeker (Van IJzendoorn et al., 2007, p. 24–25). Door het ontbreken van kennis hierover kan niet met zekerheid worden vastgesteld of een eventuele afname van het aantal gevallen van kindermishandeling te danken zou zijn aan preventieve activiteiten dan wel aan bepaalde veranderde omstandigheden (minder huishoudens onder de armoedegrens bijvoorbeeld, als dat een causale factor zou zijn). Ten tweede bieden ontwikkelingen in het aantal gevallen van kindermishandeling geen houvast om iets te zeggen over de effectiviteit van de preventie. Dat komt doordat een belangrijk deel van de kindermishandeling in Nederland nog onbekend is (zie § 3.3.1). Naarmate er meer aandacht komt voor signalering en melding, kan het aantal gevallen van kindermishandeling in de registratie toenemen, bij gelijkblijvende effectiviteit van de preventie.

Faalfactor: ggz niet betrokken bij formulering meetbare doelen voor psychische ontwikkeling

Om na te kunnen gaan of «curatieve» interventies (waarbij het ingrijpen in een (gezins)situatie gericht is op het beëindigen van kindermishandeling en op het verminderen van de gevolgen voor het betrokken kind) op de langere termijn doeltreffend zijn, moet goed omschreven zijn wat precies de beoogde eindsituatie is. Hierover bestaat echter in de zorgverleningswereld nog geen overeenstemming. Het doel om een gezonde, evenwichtige

²³ Eind oktober 2007 bevatte deze databank vier interventies die duidelijk met kindermishandeling te maken hadden en die op grond van gedegen empirisch onderzoek minstens gedeeltelijk effectief waren gebleken. Daarnaast waren er nog vijf interventies die effectief waren volgens onderzoek met voor- en nameting maar zónder controlegroep, en drie interventies uit een onderzoek dat geen controlegroep én geen voor- of nameting kende (NJI, 2007, door ons ingedeeld naar al dan betrekking hebbend op kindermishandeling).

tige uitgroei van jeugdigen tot volwassenen mogelijk te maken is nog niet geoperationaliseerd in concrete, meetbare termen. Een gemengde werkgroep van centrale en provinciale overheden, zorgverlenende instellingen en wetenschappers heeft wel prestatie-indicatoren geformuleerd (Interprovinciaal Overleg et al., 2006), maar de jeugd-ggz is daarbuiten gebleven.

3.4.4 Autonomie en regie

Faalfactor: geen regie over gehele keten

Er is niet één organisatie of persoon die de regie heeft over alle organisaties in de zorgverleningsketen rond kindermishandeling. Provincies en gemeenten hebben *beide* een formele sturingsrol, onder andere als inkoper van zorg. Voor gedwongen hulpverlening spelen daarnaast ook nog de Raad voor de Kinderbescherming (onderdeel van het Ministerie van Justitie) en de kinderrechter een essentiële rol.

Door dit gebrek aan centrale regie is de aansluiting tussen de instellingen die zich bezighouden met respectievelijk preventie, lichte hulpverlening en zwaardere vormen van hulpverlening, niet goed geregeld. Voor individuele kinderen kan dit tot gevolg hebben dat ze bijvoorbeeld te lang in het licht-curatieve circuit blijven terwijl ze eigenlijk zwaardere hulp nodig hebben, of juist onnodig snel in relatief zware vormen van hulpverlening terechtkomen. Ook komt het voor dat het Bureau Jeugdzorg de problematiek nog niet ernstig genoeg vindt, terwijl ouders en kind vanuit de gemeentelijke voorzieningen juist naar het Bureau Jeugdzorg werden verwezen (Van Burik et al., 2006). Op het niveau van instellingen en beroepskrachten is er nog niet genoeg gemeenschappelijk gedeeld inzicht over de gewenste volgorde en mogelijke combinaties van interventies.

Waarschijnlijk kunnen de centra voor jeugd en gezin die sinds kort bestaan een belangrijke rol spelen bij de oplossing van dit regieprobleem. Het zal nog enkele jaren duren voor deze centra overal in Nederland functioneren: de minister voor Jeugd en Gezin voorziet een landelijk dekkend netwerk in 2011 (Jeugd en Gezin, 2007e, p. 7). Het succes van de centra zal onder meer afhangen van de vraag hoe direct de relatie tussen de centra en de Bureaus Jeugdzorg wordt; tussen beide door ons onderzochte regio's tekenen zich op dit punt grote verschillen af.

Faalfactor: geen regie op casusniveau

Er is binnen de zorgverleningsketen rond kindermishandeling geen sprake van «casemanagement», hoewel de complexiteit van de keten dit wel vereist. Het grote aantal hulpverleners en de wisselende rol van verschillende instellingen in de diverse stadia van de hulpverlening maken het voor kind en ouders moeilijk om te weten waar ze aan toe zijn, welke keuzes ze kunnen maken en wat daarvan de gevolgen zullen zijn. De keten is voor hen niet te overzien en niemand bewaakt gedurende het traject of het kind de juiste hulp krijgt.

Het Bureau Jeugdzorg heeft dergelijk casemanagement wel als taak voor de onderdelen waarnaar het zelf verwijst (vooral de provinciale jeugdzorg), maar komt aan deze taak over het algemeen niet toe. Dit heeft te maken met onduidelijkheid bij de betrokkenen over deze rol; ook is er te weinig tijd en financiering per kind, zo blijkt uit diverse onderzoeken. Ook op gemeentelijk niveau is niet duidelijk wie verantwoordelijk is voor de casusregie. De jeugdgezondheidszorg is in de interviews die wij hebben gehouden wel als een goede mogelijkheid genoemd, onder meer omdat deze een groot bereik heeft. Een dergelijke coördinatie zou dan wel als aparte taak benoemd en gefinancierd moeten worden.

Faalfactor: sturing op afstand nog geen praktijk

Het Rijk wil in principe geen directe invloed uitoefenen op de wijze waarop er binnen de jeugdzorg verbeteringen komen in afstemming, verkorting van wachttijden, snellere en doeltreffende hulp. De provincies willen dit evenmin. Het is de bedoeling dat de organisaties voor de jeugdzorg zelf uitmaken hoe ze de hulp het beste verlenen en dat de overheden nagaan of ze hiermee de beoogde prestaties halen (Interprovinciaal Overleg et al., 2006, p. 10). Dit beginsel van «sturen op afstand» wordt door de uitvoerende organisaties breed ondersteund. Maar praktijk is het nog niet. Dit heeft verschillende redenen:

- In de eerste plaats kán er eenvoudig nog niet op prestaties worden gestuurd, omdat de prestatie-indicatoren voor de jeugd-ggz nog niet zijn doorvertaald naar concrete indexen.
- In de tweede plaats geldt nog een oud financieringssysteem, dat deels gebaseerd is op de omvang van het «aanbod» (i.e. het aantal geregistreerde mishandelde kinderen) in het verleden en deels op «risicoprofielen».²⁴ Zoals besproken in § 3.4.2 staat voor 2009 een nieuwe systematiek op stapel, gebaseerd op realistische ramingen van de te verwachten ontwikkeling van de vraag naar zorg. Dat is dringend nodig: het huidige systeem prikkelt niet sterk tot goede en doelmatige zorgverlening en kost aan verantwoording extra veel tijd omdat de eisen voor financiële verantwoording nog niet aansluiten op de wet op de jeugdzorg.
- In de derde plaats wordt sturing op afstand belemmerd doordat de Raad voor de Kinderbescherming, die een essentiële sturende rol vervult bij de aanpak van kindermishandeling, een onderdeel vormt van het Ministerie van Justitie. Er zijn geen plannen om hierin verandering te brengen.

²⁴ Deze profielen worden geacht het risico van kindermishandeling of andere problemen tussen ouders en kinderen aan te geven, bij een bepaalde bevolkingssamenstelling. De empirische onderbouwing hiervan is echter niet onomstreden (Baecke et al., 2007, p. 61).

4 ACUTE ZORGVERLENING

4.1 Inleiding

Het probleem

Wanneer iemand die gewond is geraakt of plotseling onwel is geworden te lang moet wachten op zorgverlening, kan dat dodelijk zijn. Het is daarom belangrijk dat in geval van nood goede acute zorg overal en te allen tijde snel beschikbaar is. Essentieel daarbij is dat de mensen die in de afzonderlijke schakels van de acute zorgverlening werken (112-meldkamertelefonisten, ambulanceteams, eerste-hulpartsen, ziekenhuisspecialisten, huisartsen) goed op elkaar ingespeeld zijn, weten wat ze moeten doen en welke eisen de volgende schakel stelt. In de acute zorgverlening verloopt deze ketensamenwerking in het algemeen goed. Belangrijke factoren die de samenwerking in deze keten bevorderen zijn:

- de overduidelijke urgentie van het probleem;
- de gedeelde medische achtergrond en deskundigheid van de betrokken zorgverleners;
- het specifieke, op gezondheidszorg gerichte karakter van de betrokken organisaties;
- het geringe aantal betrokken organisaties.

Toch is op een aantal punten verbetering nodig in de acute zorgketen. De *snelheid* waarmee in Nederland acute zorgverlening op gang komt, vormt een probleem. In 95% van de urgente gevallen zou binnen een kwartier een ambulance ter plaatse moeten zijn, zo luidt de norm die de ambulancezorg zelf als richtinggevend beschouwt (AmbulanceZorg Nederland, 2007, p. 9).²⁵ In 2006 is deze norm niet gehaald; in dat jaar was niet in 95% maar in 91% van de urgente gevallen de ambulance op tijd ter plaatse (AmbulanceZorg Nederland, 2007, p. 36).

Ook moet de *toegang* tot de acute zorg duidelijker worden voor patiënten die op eigen kracht naar medische hulpverleners komen. Deze gaan nu vaak naar de afdeling voor spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis met klachten waarvoor ze ook op een huisartsenpost behandeld kunnen worden. Dit leidt er in de praktijk toe dat de SEH-afdelingen van ziekenhuizen te maken hebben met een onnodig grote toeloop van patiënten. Vertragingen in de hulpverlening zijn het gevolg – hetgeen in acute situaties juist niet het geval zou mogen zijn. Door de hogere kosten van ziekenhuizen is dit bovendien onnodig duur.

Ten slotte vormt de *kwaliteit* van de acute zorgverlening een punt van discussie. Er zijn signalen dat sommige huisartsenposten en SEH-afdelingen van ziekenhuizen bij het verlenen van acute zorg, tekortschieten op aspecten als bereikbaarheid en deskundigheid.

²⁵ De wettelijke norm in het Eisenbesluit ambulancevervoer (artikel 19) stelt dat de ambulance binnen vijftien minuten na ontvangst van de opdracht tot het aangevraagde vervoer ter plaatse moet kunnen zijn, «uitgezonderd omstandigheden waarin zulks niet van de vervoerder afhangt.» Wat deze uitzonderingen betreft legt de minister van VWS zich in antwoord op Kamervragen niet vast op een bepaald percentage. Hij geeft alleen aan dat aantal en spreiding van de ambulancevoorzieningen gebaseerd zijn op een rekenmodel dat ervan uitgaat dat 95% van de bevolking binnen een kwartier bereikt kan worden, voor de meest urgente categorie (Tweede Kamer, 2007b).

Wat wil de rijksoverheid hieraan doen?

Als het gaat om acute zorg is het beleid van de minister van VWS erop gericht om te bevorderen dat er een «kwalitatief hoogwaardig, toegankelijk en betaalbaar aanbod» is, dat «aansluit op de zorgvraag» (VWS, 2005, p. 42). Hiertoe zet de minister verschillende instrumenten in, waaronder:

- wettelijke eisen aan de aanrijtiden van ambulances en de bereikbaarheid van afdelingen voor spoedeisende hulp;
- wettelijke eisen aan de kwaliteit van de verleende zorg;
- toezicht op de kwaliteit van de verleende zorg door de Inspectie voor de Gezondheidszorg, onder andere aan de hand van indicatoren;
- subsidies voor verbetering van de bereikbaarheid van ambulanceposten en de beschikbaarheid van ambulances;

- subsidies voor de ontwikkeling van een gemeenschappelijk triage-systeem²⁶ voor alle huisartsenposten, ambulancediensten en SEH-afdelingen van ziekenhuizen;
- verplicht ketenoverleg tussen de organisaties die betrokken zijn bij acute zorgverlening, onder leiding van de traumacentra;
- wetenschappelijk onderzoek naar samenwerking in de acute zorg (ZonMw, 2007a).

Belemmerende factoren

Het stellen van wettelijke eisen is één ding, het daadwerkelijk verbeteren van de snelheid, doelmatigheid en kwaliteit van de acute zorg een tweede. Dit laatste vereist een zekere aansturing. Zorgaanbieders stellen zich echter op als autonome beroepskrachten, die in hoge mate handelen vanuit hun beroepsopvattingen. Dat is enerzijds een belangrijke kracht, maar het stelt anderzijds bijzondere eisen aan de wijze waarop de rijksoverheid de acute zorgverlening aanstuurt. De minister van VWS volgt de lijn dat de zorgaanbieders en zorgverzekeraars binnen wettelijke kaders zelf tot overeenstemming moeten komen over de wijze waarop ze het beste kunnen samenwerken. Uit gesprekken die wij in het kader van dit onderzoek hebben gevoerd met direct betrokkenen blijkt dit tot op zekere hoogte te werken: ook zonder één centrale of regionale instantie die stuurt en coördineert komen vernieuwende projecten tot stand (zie § 4.4.3).

Niettemin stuit ook een dergelijke «zelfsturing binnen kaders» op grenzen, vooral als integratie nodig is van het werk van verschillende beroepsgroepen. De organisaties komen dan ook niet altijd vanzelf tot een taakverdeling en samenwerking die de beste prijs-kwaliteitverhouding mogelijk maakt. Partijen in de keten die betere samenwerking nastreven stuiten soms op het probleem dat andere schakels zich niet bewust zijn van de potentiële voordelen hiervan, of hier anders over denken. Soms spelen er ook financiële en culturele problemen; bij pogingen om huisartsenposten en SEH-afdelingen van ziekenhuizen te integreren zijn dat soort problemen bijvoorbeeld een obstakel gebleken.

4.2 Hoe ziet de keten eruit?

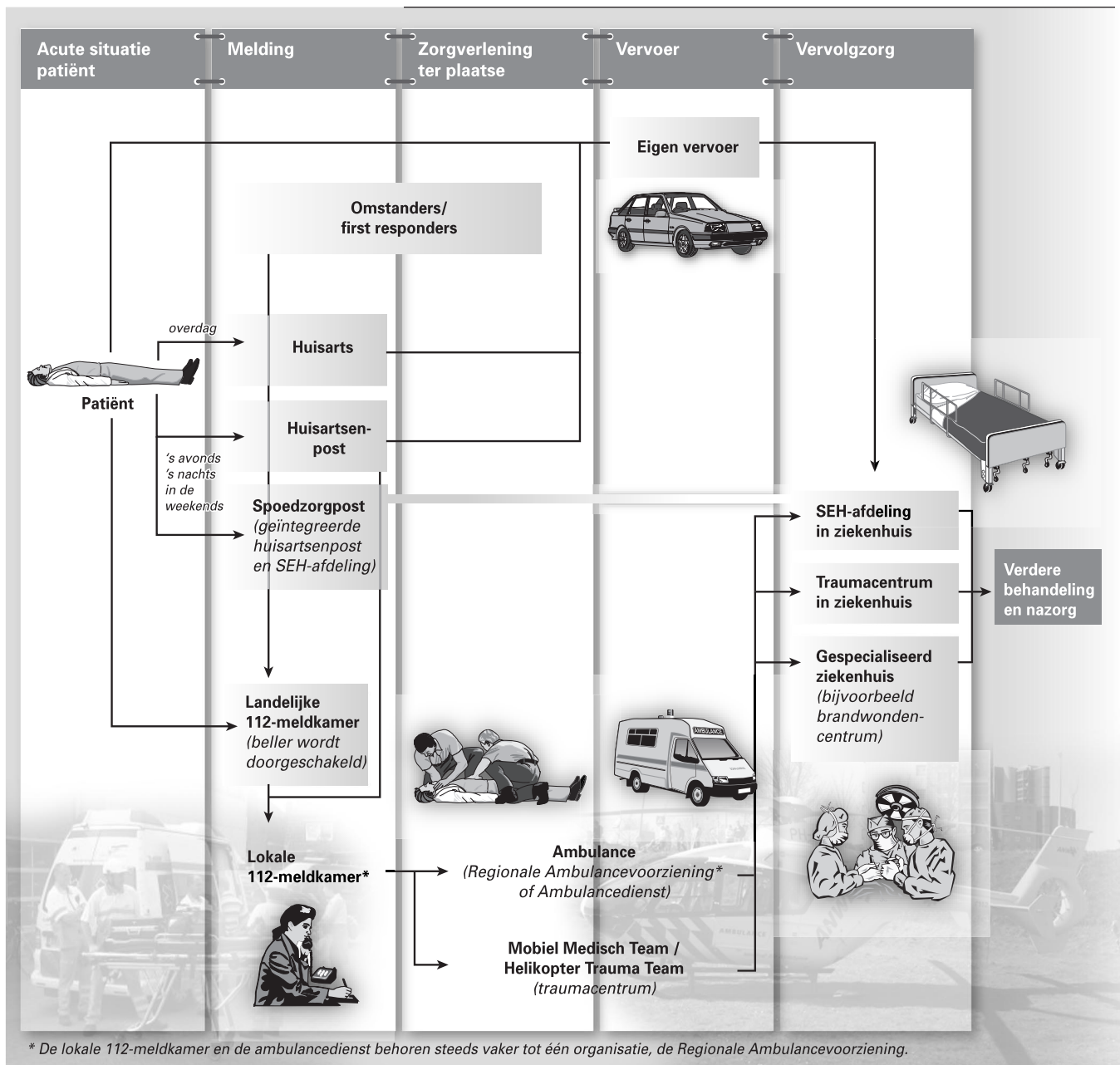
In de acute zorgverlening spelen diverse organisaties een rol; de keten is weergegeven in figuur 3 (zie volgende pagina). Zoals figuur 3 laat zien begint het proces van acute zorgverlening wanneer er op nummer 112 een telefonische melding binnenkomt, van een patiënt zelf of van een omstander. De 112-meldkamer beslist dan of er een ambulance (respectievelijk een mobiel medisch team of een traumahelikopter) op pad wordt gestuurd. Zodra een uitgezonden ambulance of medisch team ter plaatse is, begint het «stabiliseren» van de toestand van de patiënt, opdat hij/zij vervoerd kan worden. Behalve door het ambulancepersoneel kan het stabiliseren ook gebeuren door omstanders of niet-medische hulpverleners met enige kennis van acute zorg.²⁷

In veel gevallen is de patiënt in staat om zelf, zonder vervoer per ambulance of helikopter, naar medische hulpverleners toe te gaan. Hij/zij heeft dan de keuze tussen huisarts (en buiten werktijd de huisartsenpost) of de SEH-afdeling van een ziekenhuis, waar hij/zij verdere zorg krijgt.

²⁶ Triagesysteem: systeem voor de selectie en rangschikking van patiënten naar de ernst van hun medische situatie.

²⁷ In sommige regio's worden politie en brandweer hier voor bijgeschoold. Over de voor- en nadelen van het inzetten van dergelijke «first responders» is een discussie gaande tussen diverse hulpverleners en beleidsmakers. Wij laten dit onderwerp hier verder buiten beschouwing.

Figuur 3 Acute zorgverleningsketen



Wettelijk kader

De taken en bevoegdheden van de zorgaanbieders in de acute zorgketen zijn vastgelegd in de volgende wet- en regelgeving:

- de Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen en ongevallen (GHOR), artikel 4;
- de Wet ambulancevervoer (WAV);
- (het voorstel tot) de Wet ambulancezorg (WAZ);
- (het voorstel tot) de Wet op veiligheidsregio's (Wvr);
- het Referentiekader bereikbaarheid en beschikbaarheid ambulancezorg;

- de Wet toelating zorginstellingen (WTZi);
- Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV);
- de Kwaliteitswet zorginstellingen (KZi);
- de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG);
- Zorgverzekeringswet (Zvw);
- de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ);
- de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV).²⁸

4.3 Problemen in de uitvoering

4.3.1 Aanrijtijden soms te lang

Zoals vermeld in § 4.1 overschreden in 2006 de aanrijtijden van ambulances in 9% van de meest urgente gevallen de 15 minuten norm. In welke gevallen deze overschrijdingen zich precies voordoen en hoe het komt, laat de minister van VWS momenteel onderzoeken door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Het onderzoek, dat wordt uitgevoerd op basis van gegevens over de feitelijke aanrijtijden in de 24 regio's van de Meldkamer Ambulancezorg, zal naar verwachting in januari 2008 gereed zijn. In april of mei 2008 zal het RIVM dan klaar zijn met de herijking van het rekenmodel voor de spreiding en beschikbaarheid van ambulances, zo heeft de minister van VWS laten weten (Tweede Kamer, 2007b, p. 5).

Omdat het RIVM kort voor of kort na publicatie van ons rapport zijn onderzoeksresultaten bekend zal maken en naar verwachting veel dieper op de materie ingaat dan in het kader van ons onderzoek zinvol zou zijn, laten we het probleem van de aanrijtijden, de spreiding en de beschikbaarheid van ambulances hier verder buiten beschouwing.

4.3.2 Toegang tot acute zorg niet altijd duidelijk

Patiënten met een acute zorgvraag kunnen terecht bij hun huisarts of bij een huisartsenpost, maar ze kunnen ook op eigen initiatief rechtstreeks naar de SEH-afdeling van een ziekenhuis gaan. Wat in welke situatie de beste keuze is, weten veel mensen niet. In de praktijk gebeurt het vaak dat patiënten zich bij een SEH-afdeling melden, terwijl ze ook door een huisarts(enpost) geholpen hadden kunnen worden. Volgens landelijk onderzoek betrof dit in 2002 50% van de «eigen aanmeldingen» bij SEH-afdelingen (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2003). Dat betekent extra druk op de capaciteit van het ziekenhuis, waardoor de wachttijden voor de patiënt zelf én voor anderen toenemen. Bovendien is de zorgverlening in deze gevallen onnodig duur, omdat specialistische hulp meer kost dan huisartsenhulp.²⁹

Een ander probleem bij de toegang tot de acute zorg is dat veel patiënten niet op de hoogte zijn van de verschillende telefoonnummers die ze kunnen gebruiken in verschillende soorten acute situaties. Moet je bij een plotselinge enorme hoofdpijn bijvoorbeeld bellen naar de huisarts, het alarmnummer 112, de huisartsenpost of een ziekenhuis? En wat te doen als je je wijsvinger misschien hebt gebroken en over twee uur een concertoptreden hebt dat je dan moet afzeggen? Mensen die het verkeerde nummer draaien worden in dringende gevallen doorverbonden met de juiste hulpverleningsinstantie. Er gaat hiermee echter wel kostbare tijd verloren.

²⁸ Er wordt op dit moment gewerkt aan een Wet publieke gezondheidszorg, die de WCPV zal gaan vervangen.

²⁹ Wanneer huisartsenposten en SEH-afdelingen zouden worden geïntegreerd, zou dit probleem in principe kunnen worden opgelost. De wijze waarop de financiering van de zorg in Nederland is geregeld, vormt echter een obstakel voor dit soort samenwerking (zie § 4.3.3)

4.3.3 Samenwerking belemmerd door financieringssytematiek zorg

Van oudsher wordt de medische patiëntenzorg «per domein» gefinancierd. Dat wil zeggen: zorgverzekeraars hanteren afzonderlijke geldstromen voor bijvoorbeeld huisartsenzorg en specialistische ziekenhuiszorg. Zij moeten dit wel doen, want de (door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgestelde) maximumtarieven voor medische behandelingen verschillen per domein. De SEH-afdeling van een ziekenhuis kan bijvoorbeeld voor de hechting van een snijwond meer in rekening brengen dan een huisartsenpost, ook al betreft het dezelfde medische handeling. Het gevolg van deze situatie is dat zorgverzekeraars met hun financiële middelen niet kunnen «schuiven» tussen de posten «huisartsen» en «ziekenhuizen» (VWS, 2005, p. 44). En dát heeft weer tot gevolg dat het in de praktijk lastig blijkt om te komen tot volledige integratie van huisartsenposten en SEH-afdelingen van ziekenhuizen. Zo'n integratie zou het probleem rond de toegang tot de acute zorg (zie hiervoor) kunnen oplossen. Maar door de zojuist beschreven financieringssytematiek is het voor ziekenhuisspecialisten onvoordelig om aan dergelijke initiatieven mee te werken. Potentiële kostenbesparingen blijven daardoor uit.

Overigens is inmiddels een gedeeltelijke oplossing gevonden voor dit probleem; zie § 4.4.1.

4.3.4 Onzekerheid over kwaliteit

De Inspectie voor de Gezondheidszorg constateerde in een onderzoek uit 2004 dat op de SEH-afdelingen van ziekenhuizen niet overal permanent een arts aanwezig was met ervaring in de acute zorg. Ook de meer ervaren «achterwacht» was in de perceptie van de dienstdoende arts (of arts in opleiding) niet altijd direct beschikbaar. Op bijna een kwart van de onderzochte SEH-afdelingen was de medische eindverantwoordelijkheid niet geregeld. Ook sloot het niveau van de rest van het ziekenhuis, bijvoorbeeld de intensive care, niet overal aan op de spoedeisende hulp (IGZ, 2004b).

Ook de kwaliteit van huisartsenposten heeft de inspectie de afgelopen jaren beoordeeld. Deze posten functioneerden in 2005 beter dan in 2003, maar de telefonische bereikbaarheid schoot tekort (in 4% van de onderzochte gevallen werd de telefoon helemaal niet opgenomen, zodat er van kwaliteit van dienstverlening eigenlijk geen sprake was). Ook kwam het voor dat medewerkers met onvoldoende opleiding beoordeelden welk vervoltraject voor een patiënt nodig was (IGZ, 2004a, 2006).

4.3.5 Autonome opstelling zorgaanbieder vereist bijzondere sturing

Zorgaanbieders zoals huisartsen en specialisten zijn vaak zelfstandig ondernemer. Ze stellen zich op als autonome beroepskrachten – ook als ze in dienst zijn van een organisatie. Dat is enerzijds een belangrijke kracht: ze zijn gewend over hun eigen domein te waken. Maar tegelijkertijd maakt deze omstandigheid het lastig voor de rijksoverheid en zorgverzekeraars om deze zorgverleners, die een cruciale rol vervullen in de acute zorgketen, centraal en van bovenaf aan te sturen.

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) concludeerde in 2005 dat het bij de initiatieven voor ketenontwikkeling in de acute zorg ontbreekt aan «vanzelfsprekende stuurkracht» en dat de sturing zowel op het landelijke als op het regionale speelveld «diffuus» is (Mastenbroek & van der Meer, 2005, p. 13). Het CVZ pleitte dan ook voor een strak «program van eisen» voor de toegang tot en inrichting van de acute zorg, dat landelijk zou

moeten gelden. De minister van VWS heeft dit echter nadrukkelijk afgewezen als een «top-downbenadering» die te weinig ruimte zou laten voor initiatieven «vanuit de regio» (VWS, 2006a, p. 2–3).

De gesprekken die wij in het kader van dit onderzoek gevoerd hebben (vooral met directies van huisartsenposten en hoofden van SEH-afdelingen) bevestigen de afwezigheid van een «vanzelfsprekende stuurkracht». Tegelijkertijd blijkt uit de gesprekken dat ook zonder centrale aansturing de keten van acute zorgverlening functioneert en vernieuwende initiatieven tot stand komen. De beleidslijn om binnen brede wettelijke kaders de zorgverzekeraars en zorgverleners tot overeenstemming te laten komen, blijft in elke geval in de door ons onderzochte regio's niet zonder resultaten.³⁰ Wel geldt ook hier, dat volledige integratie veel moeilijker is dan stapsgewijs, na elkaar werken. De acute zorgketen bestaat uit afzonderlijke schakels die elk verantwoordelijk zijn voor één stadium in de hulpverlening. Een verdergaande samenwerking, vooral van belang voor geïntegreerde spoedzorg, past veel minder in de traditionele werkwijze. De verschillen tussen beroepsgroepen, zowel qua financiering als qua cultuur, blijken dan ondanks de gemeenschappelijk medische achtergrond aanzienlijk te zijn.

4.4 Succes- en faalfactoren

Hoe zijn de hierboven gesignaleerde problemen in de acute zorgverlening te verklaren en wat zijn mogelijke oplossingsrichtingen? Om hier meer zicht op te krijgen hebben we geïnventariseerd wat de succes- en faalfactoren zijn voor de samenwerking binnen de acute zorgketen.

4.4.1 Toegang tot de keten

De integratie van huisartsenpost en de ziekenhuisafdeling spoedeisende hulp wordt algemeen als de mooiste formule gezien voor een snelle en goede toegang tot de acute zorg. Zoals vermeld in § 4.3.3 staan strijdige financiële belangen de ontwikkeling van deze geïntegreerde spoedzorgposten in de weg. Voor de ziekenhuizen is integratie onvoordelig, in elk geval op korte termijn.

Daarnaast lijken ook verschillen in organisatiecultuur een belemmerende rol te spelen. Uit een evaluatieonderzoek naar twee spoedzorgposten blijkt een deel van het personeel (vooral het ziekenhuispersoneel) de overgang als negatief te ervaren (Kamphuis et al., 2007).

Faalfactor: strijdige financiële belangen

Op een geïntegreerde post voor spoedhulp wordt de patiënt na een eerste beoordeling geholpen door een huisarts of door een specialist, al naar gelang de ernst van zijn toestand. Door zo'n integratie verliezen de specialisten van het ziekenhuis inkomsten. De huisartsen kunnen namelijk een flink deel helpen van de mensen die vroeger naar de SEH-afdeling van het ziekenhuisafdeling gingen. De huisartsen krijgen het juist drukker, maar verdienen niet meer: ze worden per uur betaald voor hun weekend- en nachtdiensten.

Soms zijn deze tegenstellingen onoverbrugbaar. Zo is in Noord-Limburg in 2006 een plan voor een geïntegreerde spoedpost dat al vergaand was voorbereid, niet doorgegaan (Paramedics Worldwide, 2006). In Alkmaar leken de problemen aanvankelijk wel oplosbaar, maar stemde de ledenvergadering van de plaatselijke huisartsenvereniging uiteindelijk tegen, onder meer wegens de in haar ogen te lage uurvergoeding (Schrijvers, 2006b).

³⁰ In dit verband is het belangrijk om te vermelden dat wij voor dit onderzoek (bewust) regio's hebben geselecteerd waarin de samenwerking al vrij ver was gevorderd. Het is voorstelbaar dat de betrokken partijen in andere regio's niet of uiterst moeizaam tot overeenstemming komen.

Succesfactor: wettelijke ruimte voor tijdelijke vrije tariefstelling

Om uit de zojuist beschreven patstelling te kunnen komen, is er wettelijke ruimte voor vrije tariefstelling voor «nieuwe zorgproducten» in het kader van een experiment. Als zorgverzekeraar en zorgaanbieders het onderling eens zijn geworden, ook over de te hanteren tarieven, kunnen ze een experimentaanvraag aan de Nederlandse Zorgautoriteit voorleggen. Deze kan zo'n experiment voor maximaal drie jaar goedkeuren (Nederlandse Zorgautoriteit, 2007). Voor de zorgverzekeraar zal dat op korte termijn eerder wat duurder uitvallen dan goedkoper (omdat de huisartsen een beter honorarium willen en de specialisten compensatie), maar op de langere termijn kan het juist voordelig zijn door de werkverschuiving die zal optreden van specialisten naar huisartsen.

Deze wettelijke ruimte bestaat met enkele variaties sinds 2003.

Succesfactor: medische ethiek als vertrouwensbasis tussen beroepsgroepen

Om de directe samenwerking in een geïntegreerde spoedzorgpost goed te laten verlopen, is veel onderling vertrouwen nodig tussen de betrokken beroepsgroepen, zoals specialisten, huisartsen en verpleegkundigen. Dat vertrouwen is er in het begin vaak niet, zo blijkt uit onze interviews en uit ervaringen elders (Schrijvers, 2006a). De medische ethiek biedt wel een basis, omdat alle betrokkenen deze delen en het belang van de patiënt hierin voorop staat.

4.4.2 Onzekerheid over kwaliteit

Succesfactor: deskundigheid en expertise

Een belangrijke succesfactor binnen de acute zorgketen is dat de betrokken medewerkers doorgaans over voldoende deskundigheid en expertise beschikken om hun taken goed uit te voeren, mede dankzij de (verplichte) medische opleiding. Hierbij past wel de kanttekening dat op de SEH-afdelingen van ziekenhuizen volgens de IGZ deze deskundigheid niet altijd voldoende wordt ingezet, zoals besproken in § 4.3.4.

Potentiële succesfactor: overeenstemming over indicatoren voor kwaliteit

Om de kwaliteit van de verleende acute zorg te kunnen meten, ook in perioden waarin hiernaar geen afzonderlijk onderzoek wordt gedaan, is de Inspectie voor de Gezondheidszorg in samenspraak met de betrokken beroepsgroepen kwaliteitsindicatoren aan het ontwikkelen. De verwachting van de inspectie is dat vervolgens het verzamelen en bijhouden van gegevens over de kwaliteit van de zorgverlening een standaardprocedure zal kunnen worden in de dagelijkse zorgverleningspraktijk. Als de kwaliteitsgegevens openbaar worden, zouden patiënten vervolgens beter op de kwaliteit kunnen letten.

Potentiële succesfactor: onderzoek

Voorlopig blijft (herhaald) onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg de belangrijkste bron van informatie over de kwaliteit van de acute zorgverlening. Dit richt zich vooral op de kwaliteit van afzonderlijke schakels, zoals de huisartsenposten of de spoedeisende hulpverlening door ziekenhuizen. Op langere termijn zal het onderzoeksprogramma van ZonMw naar verwachting op wetenschappelijke basis inzicht bieden in factoren die het succes van de acute zorgketen bepalen (ZonMw, 2007a). Soms laten ook andere partijen, zoals zorgverzekeraars, onderzoek uitvoeren (onder andere naar afzonderlijke voorbeelden van geïntegreerde spoedzorg).

Faalfactor: patiëntinformatie niet altijd beschikbaar voor alle zorgverleners
Informatie over de medische achtergrond van patiënten en het medicatie-dossier is niet altijd beschikbaar voor alle zorgverleners. Deze informatie-achterstand bij hulpverleners leidt in de praktijk tot suboptimale (acute) gezondheidszorg. Het elektronisch spoedzorgdossier zou hier een oplossing voor moeten zijn. We zijn hier in het onderzoek niet diep op ingegaan, maar de geïnterviewden waren het er zonder meer over eens dat een goede invoering hiervan tot betere acute zorgverlening zal leiden.

4.4.3 Aansturing zorgverleners

Succesfactor: geen dwingende afspraken maar stimuleren van initiatieven
De minister van VWS stelt zich terughoudend op als het erom gaat *hoe* de acute zorgverlening gestalte krijgt. Het blijkt dat er ook zonder instantie die stuurt en coördineert wel degelijk vernieuwende projecten worden gerealiseerd. Een instantie die afspraken kan opleggen is er niet, maar daar hebben de meeste hulpverleners met wie wij in het kader van dit onderzoek hebben gesproken ook geen behoefte aan. Dit houdt wel in, dat het Ministerie van VWS beleidsprioriteiten bijstelt als de betrokken actoren ze niet, of niet zo snel als gehoopt, kunnen uitvoeren. Zo gelden geïntegreerde spoedzorgposten nog steeds als wenselijk, maar omdat de weerstanden groter zijn dan verwacht, heeft de minister van VWS de beleidsambities bijgesteld. Volledige integratie wordt in de begroting voor 2006 nog wel als doel genoemd, maar later niet meer (VWS, 2005, 2006b). Ook op regionaal niveau zien we dit beeld. In de door ons onderzochte regio's is er niet één duidelijke actor die als regisseur van de acute zorgverlening optreedt door een visie uit te dragen, overleg te stimuleren en na te gaan wat er terechtkomt van gemaakte plannen. Er is eerder sprake van afzonderlijke projecten, getrokken door steeds andere actoren. Ook zonder algemene regionale coördinatie komt vernieuwing tot stand.

Succesfactor: meldkamer en ambulancevoorziening in één hand
In de beide regio's die we hebben onderzocht, vallen meldkamer en ambulancevoorziening onder de verantwoordelijkheid van één orgaan, dat handelt als Regionale Ambulancevoorziening. Daarmee lopen deze regio's vooruit op de Wet Ambulancevoorziening, die in behandeling is door de Eerste Kamer. Volgens de geïnterviewde verantwoordelijken van de ambulancediensten en de meldkamer bevordert dit de afstemming tussen meldkamer en ambulancediensten.

In het vooronderzoek dat in 2005 en 2006 is verricht ten behoeve van dit onderzoek, hebben we Rekenkamerpublicaties en publicaties van derden bestudeerd om zicht te krijgen op de verschillende factoren die van (in positieve of negatieve zin) invloed kunnen zijn op het functioneren van samenwerkingsketens in de publieke sector (zie de lijst met verwijzingen onder aan deze bijlage).

Bij het ordenen van de gevonden factoren hebben we gebruikgemaakt van het Kwaliteitskader ketenzorg van TNO (gebaseerd op het INK-model) en van de Ketenspiegel van Bureau Keteninformatisering Werk en Inkomen (BKWI). We zijn gekomen tot de volgende zeven noemers waaronder de factoren geschaard kunnen worden: (1) ontwerp, (2) processen, (3) aansturing, (4) strategie en beleid, (5) middelen, (6) medewerkers en (7) output en waardering.

In onderstaand schema zijn de door ons gevonden succes- en faalfactoren ondergebracht in één van de zeven categorieën. Aangegeven is welke invloed de factoren in de drie door ons onderzochte ketens hebben. Een opwaarts gerichte pijl betekent dat dit een succesfactor is in de onderzochte keten. Een neerwaarts gerichte pijl betekent dat dit een faalfactor is.

Een deel van de faalfactoren wordt door de organisaties in de keten al onderkend, en hier wordt reeds actie op ondernomen. Deze acties hebben we ook in het schema weergegeven.

		Handhaving asbest- verwijdering		Aanpak kindermishandeling		Acute zorgverlening	
		<i>Succes-/ faalfactor</i>	<i>Ondernomen actie</i>	<i>Succes-/ faalfactor</i>	<i>Ondernomen actie</i>	<i>Succes-/ faalfactor</i>	<i>Ondernomen actie</i>
Ontwerp	Toegang			↓		↓	Spoedzorgposten
	Aantal ketenpartners	↓	Regionale samenwerkingsverbanden			↑	
Processen	Informatie-uitwisseling	↓		↓	Elektronisch kinddossier	↓	Elektronisch spoeddossier
Aansturing keten	Doelen/wet- en regelgeving	↓					
	Regie	↓		↓	Centra voor jeugd en gezin		
Strategie en beleid	Hoeveelheid andere taken	↓	Thematische aanpak VROM-Inspectie	↑ / ↓	Convenanten	↑	
Middelen	Gebrek aan middelen	↓		↓	Extra financiering		
	Verkokerde financiering			↓		↓	Regeling innovatie
Medewerkers	Deskundigheid			↓	Cursussen	↑	
Output en waardering	Inzicht in prestaties en kwaliteit	↓		↓	Onderzoek	↓	Indicatoren en onderzoek

Hieronder volgt een korte beschrijving van elke factor zoals we die in de literatuur zijn tegengekomen. Vervolgens beschrijven we per factor welke rol deze speelt in de drie onderzochte ketens.

Ontwerp van de keten

Het ontwerp van een keten heeft invloed op het functioneren ervan. Een keten kan uit *te veel schakels* bestaan. Niemand voelt zich dan meer verantwoordelijk, de overdracht van informatie kost veel tijd en er is veel afstemming nodig, hetgeen de kans op fouten vergroot.

Verder kan een keten *niet-sluitend* zijn. Dat wil zeggen dat in zo'n keten niet alle noodzakelijke voorzieningen aanwezig die nodig zijn om het ketendoel te realiseren.

Ook wanneer er sprake is van een *veelheid aan taken en verantwoordelijkheden* van afzonderlijke ketenpartners kan dat leiden tot problemen in de keten. Vergaande afstemming binnen de keten kan worden bemoeilijkt doordat de politiek-bestuurlijke verantwoordelijkheden zijn verdeeld over diverse partijen.

Daarnaast leidt een *gebrek aan bevoegdheden* van ketenpartners in veel ketens tot problemen, bijvoorbeeld doordat het onmogelijk is om naleving van gemaakte afspraken af te dwingen.

Rol van deze factor in onze casussen

- Toegang. Zowel in de casus «aanpak kindermishandeling» als in de casus «acute zorgverlening» speelt het ontwerp van de keten een rol. Er is in beide gevallen sprake van onduidelijkheid rond de *toegang tot de keten*. Slachtoffers van kindermishandeling hebben te maken met twee loketten die toegang geven tot hulpverlening (zie deel II, § 3.4.1). In de acute zorgketen kunnen patiënten zich bij de spoedeisende hulp melden, maar ook bij een huisarts (zie deel II, § 4.3.2).
- Aantal ketenpartners. Het aantal schakels als aspect van het ketenontwerp speelt een rol in de acute zorgketen en de asbesthandavingsketen. Het aantal schakels in de acute zorg is relatief klein. Dit bevordert het functioneren van de keten (zie deel II, § 4.1). In de asbesthandavingsketen zien we het omgekeerde beeld: hier lukt het de zowel de Arbeidsinspectie als het Functioneel Parket niet om concrete werkafspraken te maken met gemeenten en bijzondere opsporingsambtenaren, omdat het er te veel zijn (zie deel II, § 2.4.1).

Reeds ingezette acties

In de acute zorg ontstaan op dit moment spoedzorgposten, die het probleem van onduidelijke toegang moeten oplossen.

Processen in de keten

Afstemming en overleg tussen ketenpartners en wederzijdse informatieverstrekking zijn factoren die het functioneren van ketens in belangrijke mate kunnen beïnvloeden, zo bleek uit ons vooronderzoek. Samenwerking kan bijvoorbeeld worden belemmerd als de organisaties binnen een keten nalaten om relevante informatie aan andere ketenpartners door te geven, of als ICT-systemen van ketenpartners niet op elkaar aansluiten.

Rol van deze factor in onze casussen

- Informatie-uitwisseling. Binnen de keten rond de aanpak van kindermishandeling is sprake van onvoldoende informatie-uitwisseling tussen de volwassenen-ggz en de jeugdzorg (zie deel II, § 3.4.3). In de acute zorgketen speelt dit probleem als het gaat om patiënteninformatie; deze is niet altijd direct voor alle zorgverleners beschikbaar (zie

deel II, § 4.4.2). Ook in de asbesthandhavingsketen schort het aan goede informatie-uitwisseling (zie deel II, § 2.3.1).

Reeds ingezette acties

Bij de acute zorgverlening wordt, om de informatie-uitwisseling te verbeteren, ingezet op het elektronisch patiëntendossier en het elektronisch spoedzorgdossier. Bij de aanpak van kindermishandeling wordt gewerkt aan het elektronisch kinddossier.

Aansturing van de keten

Uit ons vooronderzoek bleek dat wanneer de *wet- en regelgeving* die op een keten van toepassing is dusdanig is geformuleerd dat de ketenorganisaties verschillende interpretaties hanteren, dit de samenwerking bemoeilijkt. Ook onduidelijkheid in de *doelstellingen* van een keten kan ketensamenwerking belemmeren. Een *gebrek aan duidelijke regie* kan datzelfde effect hebben. In de literatuur over ketensamenwerking wordt in dit verband wel gepleit voor één centrale ketenregisseur.³¹

Rol van deze factor in onze casussen

- Doelen, wet- en regelgeving. In de asbesthandhavingsketen gaven onze gesprekspartners aan dat de (complexe) wetgeving ketensamenwerking in de weg staat (zie deel II, § 2.4.2).
- Regie. In de asbesthandhavingsketen is er niemand die ervoor zorgt dat alle organisaties zo goed en zo snel mogelijk werken, niemand die kijkt of de gezamenlijke (LOM-)doelen worden gehaald en die voorkomt dat er dubbel werk wordt gedaan.

In de keten rond de aanpak van kindermishandeling ontbreekt het zowel aan regie over de gehele keten als aan regie op casusniveau. Hierdoor is de aansluiting tussen preventie, lichte hulpverlening en zwaardere vormen van hulpverlening, niet goed geregeld (zie deel II, § 3.4.4).

In de acute zorgketen is geen sprake van één regisseur, maar dit leidt hier niet direct tot een slecht functionerende acute zorgketen.

Reeds ingezette acties

Geen.

Strategie en beleid

Uit ons vooronderzoek bleek dat de strategie en het beleid van afzonderlijke organisaties niet altijd aansluiten bij de strategie en het beleid van de gehele keten. Beleid, aansturing en verantwoording vinden veelal plaats per schakel in plaats van voor de gehele keten. Hierdoor kunnen organisaties eigen doelen nastreven, die niet stroken met de doelen van de gehele keten. Ook vrees voor machtverlies en belangentegenstellingen kunnen ketensamenwerking belemmeren.

Rol van deze factor in onze casussen

- Taken van de schakel buiten de keten. In de asbesthandhavingsketen zien we dat het beleid van de afzonderlijke schakels niet samenvalt met het beleid van de gehele keten. Gemeenten, inspecties en de politie geven het toezicht op asbestverwijdering geringe prioriteit. Het gaat hier om brede organisaties met een uitgebreid takenpakket; handhaving op de asbestregelgeving is slechts één van de vele werkterreinen. Omdat bij asbestverwijdering een risico in het spel is waarvan de gevolgen zich pas na tientallen jaren manifesteren, krijgen andere taken al gauw meer prioriteit (zie deel II, § 2.4.2).

³¹ Zie bijvoorbeeld: Ministerie van BZK, Naar een methodisch kader voor ketenregie in het openbaar bestuur. Den Haag, 2002.

Reeds ingezette acties

In de asbesthandhavingketen heeft de VROM-Inspectie actie ondernomen om de negatieve gevolgen van het brede takenpakket voor de ketensamenwerking op het asbestterrein te verzachten. De inspectie heeft expliciet gemaakt hoe ze haar werk rond de asbestproblematiek aanpakt. Sinds 2007 heeft de VROM-Inspectie haar toezicht themagericht georganiseerd.

Iets vergelijkbaars zien we in de keten rond de aanpak van kindermishandeling: verschillende bredere organisaties in deze keten hebben zich in een convenant vastgelegd op een minimuminspanning en een bepaalde werkwijze.

Middelen

De belangrijkste factoren die ketensamenwerking belemmeren uit ons vooronderzoek hadden betrekking op te weinig capaciteit en verkokerde financiering.

Rol van deze factor in onze casussen

- Gebrek aan middelen. Bij het toezicht op asbestverwijdering hebben we gezien dat de betrokken organisaties onvoldoende capaciteit inzetten voor de handhaving van de asbestregels (zie deel II, § 2.4.2). Bij de begeleiding van slachtoffers van kindermishandeling spelen eveneens capaciteitsproblemen; deze manifesteren zich in de wachtlijsten bij de Bureaus Jeugdzorg en bij de Raad voor de Kinderbescherming (zie deel II, § 3.3.2).
- Verkokerde financiering. In de acute zorgverlening kunnen de tegenstrijdige financiële belangen die wij hebben gesignaleerd tussen ziekenhuizen en huisartsen(posten), aangemerkt worden als faalfactor voor ketensamenwerking (zie deel II, § 4.3.3).

Reeds ingezette acties

Voor de aanpak van kindermishandeling worden incidenteel gelden ingezet om de capaciteitsproblemen binnen de keten op te lossen. Bij de acute zorgverlening is er een wettelijke mogelijkheid om te schuiven met middelen. Dit neemt de problemen rond de verkokering van financiële middelen gedeeltelijk weg, waardoor spoedzorgposten gemakkelijker van de grond komen.

Medewerkers

Uit ons vooronderzoek kwam naar voren dat een gebrek aan benodigde expertise en onvoldoende overdracht van kennis en vaardigheden tussen organisaties regelmatig een factor is die ketensamenwerking belemmert. Omgekeerd blijkt persoonlijke inzet van medewerkers voor ketensamenwerking een succesfactor te zijn.

Rol van deze factor in onze casussen

- Deskundigheid. In de samenwerkingsketen rond de aanpak van kindermishandeling is gebrek aan deskundigheid een faalfactor. In de praktijk blijken beroepskrachten niet altijd in staat om signalen van kindermishandeling te herkennen (zie deel II, § 3.4.1). Ook worden psychische trauma's bij de indicatiestelling niet altijd waargenomen, door een gebrek aan expertise (zie deel II, § 3.4.3). Daarnaast laten huisartsen zich vaak moeilijk betrekken bij deskundigheidsbevordering over kindermishandeling en zijn zij terughoudend om samen te werken (zie deel II, § 3.4.1).
- Persoonlijke inzet. In de casus rond het toezicht op asbestverwijdering zien we dat persoonlijke inzet een succesfactor kan zijn bij het op de

agenda krijgen van de asbestproblematiek (zie deel II, § 2.4.1). In de acute zorgketen vormt de hoge mate van professionaliteit en deskundigheid van huisartsen, ambulancepersoneel en medisch specialisten een succesfactor (zie deel II, § 4.4.2).

Reeds ingezette acties

In de keten rond de aanpak van kindermishandeling worden thans cursussen gegeven die de deskundigheid van beroepskrachten bevordert.

Output en waardering

Bijstellen van beleid en aansturen van organisaties wordt vaak bemoeilijkt doordat er slechts in beperkte mate informatie beschikbaar is over de prestaties en de resultaten van het gevoerde beleid, zo bleek uit ons vooronderzoek. Ook zijn gegevens uit de informatiesystemen van de partners onderling slecht vergelijkbaar.

Rol van deze factor in onze casussen

- Inzicht in prestaties en kwaliteit. In alle drie de samenwerkingsketens uit ons onderzoek ontbreekt structurele dataverzameling over prestaties en geleverde kwaliteit. Voor een effectieve aanpak van kindermishandeling is het van belang om te weten welke preventie- en behandelmethoden in de praktijk succesvol zijn en welke niet. In de praktijk blijkt het echter moeilijk om inzicht krijgen in de mate waarin preventie en curatieve interventies effect sorteren (zie deel II, § 3.4.3). In de asbesthandhavingketen zien we dat de verhouding tussen naleving en handhaving niet in balans is; niemand heeft zicht op de werkelijke mate van naleving (zie deel II, § 2.3.2).

Reeds ingezette acties

In de acute zorgketen ontwikkelt de Inspectie voor de Gezondheidszorg op dit ogenblik ketenindicatoren. Op langere termijn zal naar verwachting het onderzoeksprogramma van ZonMw inzicht bieden in factoren die het succes van de acute zorgketen bepalen.

In de keten rond de aanpak van kindermishandeling stimuleren Rijk en andere overheden reeds onderzoek naar de effectiviteit van diverse preventie- en behandelmethoden.

Geraadpleegde publicaties tijdens het vooronderzoek

Publicaties Algemene Rekenkamer:

- 2001: Begeleiding en herplaatsing voortijdig schoolverlaters.
- 2001: Grotestedenbeleid.
- 2001: Rapport bij de financiële verantwoording 2000 van het Ministerie van Buitenlandse Zaken.
- 2001: Sociale werkvoorziening.
- 2001: Voorbereiding rampenbestrijding.
- 2002: Handhaving door rijksinspecties.
- 2002: Preventie en bestrijding jeugdcriminaliteit.
- 2002: Zorgen voor toegankelijkheid in ouderen- en gehandicaptenzorg.
- 2003: Dementerenden en de Wet BOPZ.
- 2003: ICT bij de politie.
- 2003: Opvang zwerfjongeren 2003.
- 2003: Tussen beleid en uitvoering.
- 2003: Visumverlening in Schengenverband.
- 2003: Wonen, zorg en welzijn van ouderen.
- 2004: Bemiddeling en reïntegratie werklozen.
- 2004: Fraudebestrijding; stand van zaken 2004.

- 2004: Opvang zwerfjongeren 2004.
- 2004: Zorg voor verslaafden.
- 2005: Zwerfjongeren 2005.
- 2005: Aanpak lokaal veiligheidsbeleid.
- 2005: Immigratie- en naturalisatiedienst.

Overige publicaties:

- Achten, B.P.T., J.J.M. Besseling en B.M.F. Fermin (TNO) (2002). *Inzicht in ketenspecifieke succes- en faalfactoren, toegepast op de reïntegratieketen voor (ontslag) werklozen.*
- Batterink, M., Hoyer, P., Omta, O, Spaans-Dijkstra, L. (2004). *Tools voor samenwerking in ketens en netwerken.*
- Goedee, J. en A. Entken (2006). *(Ont)keten; implementeren van werken in ketens.*
- INK (2004). *Ketenmanagement.*
- Ministerie van BZK (2002). *Naar een methodisch kader voor ketenregie in het openbaar bestuur.*
- Ministerie van Justitie (2003). *Evaluatie bijdrageregeling regionale samenwerking.*
- Ministerie van Justitie (2004). *Programma Beter Beschermd.*
- Ministerie van VWS (2003). *Horen, zien, niet zwijgen.*
- Minkman, M. (2005). *Tien lessen voor zinvolle ketenzorg; ketensamenwerking in de gezondheidszorg*, Sigma nummer 5, oktober 2005
- Pop, P. (2000). *De zorg ontketend? In ketens?* Afscheidsrede 28 april 2000, Universiteit Maastricht
- Raad voor Ruimtelijk, Milieu- en Natuuronderzoek (RMNO) (2006). *Koudwatervrees? Lessen uit het project waterketen Limburg over ketens, netwerken en processen.*
- SCO-Kohnstamm Instituut (2002). *Opvoedingsondersteuning en ontwikkelingsondersteuning in Nederlandse gemeenten.*
- Torn, J. van der (2005). *Ontketende dienstverlening.*
- Voerman, K. en Prins, D. (2005). *Schakel naar betere zorg.* Vakblad over gezondheid en maatschappij, nr. 6, 2005.

LITERATUUR

Publicaties

Algemene Rekenkamer (2003). *Tussen beleid en uitvoering: lessen uit recent onderzoek van de Algemene Rekenkamer*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2002–2003, 28 831, nrs. 1–2. Den Haag: Sdu.

Algemene Rekenkamer (2005). *Handhaven en gedogen*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2004–2005, 30 050, nrs. 1–2. Den Haag: Sdu.

AmbulanceZorg Nederland (2007). *Ambulances in-zicht*, 2006. http://www.ambulancezorgnederland.nl/pdf/azn_ambulances_in_zicht_1.pdf, geraadpleegd op 30 september 2007.

ANP (2007). *Wachtlijsten jeugdzorg kunstmatig verkort*. http://www.nu.nl/news/1108786/10/Wachtlijsten_jeugdzorg_kunstmatig_verkort.html, geraadpleegd op 30 augustus 2007.

Baecke, J.A.H. et al. (2006a). *Evaluatieonderzoek Wet op de jeugdzorg*. Leusden: Bestuur & Management Consultants.

Baecke, J.A.H. et al. (2006b). *Evaluatieonderzoek wettelijke regelingen AMK's*. Leusden: Bestuur & Management Consultants.

Baecke, J.A.H. et al. (2007). *Onderzoek naar regionale verschillen in doelmatigheid in de jeugdzorg*. Bijlage bij kamerstuk 30 899 nr. 3, Tweede Kamer. Den Haag: Ministerie van VWS.

Beckhoven, A. van et al. (2005). *Jeugdbescherming onder de loep; een casestudie van de regio Amsterdam*. Den Haag: B&A Groep.

Beemer, F. et al. (2006). *Gemeentelijke regie in de jeugdketen*. Utrecht: Berenschot.

Berger, M.A. et al. (2004). *Samenhangende hulp: interventies voor mishandelde kinderen en hun ouders*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn/NIZW.

Bosweger, H.G. et al. (2007). *Jeugd-ggz breed beschikbaar, ambities voor de jaren 2006–2008*. http://www.ggznederland.nl/actueel/persberichten/2007/downloads%202007/Visiedocument_jeugd-ggz_breed_beschikbaar_def_binnenwerk.pdf, geraadpleegd op 10 mei 2007.

Burik, A.E. van en R.T. Van Vianen (2006). *Opbrengsten Regio's Raak, eindrapport*. Woerden: Adviesbureau Van Montfoort.

Burns, B.J. et al. (2004). *Mental Health Need and Access to Mental Health Services by Youths Involved With Child Welfare: A National Survey*. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 43.

BZK (2003). *Ruimte voor regie, handreiking voor ketenregie in het openbaar bestuur*. Den Haag: Ministerie van BZK.

College Bescherming Persoonsgegevens (2007). *Verslag van een rondetafelconferentie over uitwisseling van gegevens in hulpverlening en zorg*. Georganiseerd op 23 april 2007 door het College Bescherming

Persoonsgegevens en de Inspectie Jeugdzorg. http://www.cbpweb.nl/downloads_overig/20070514_verslag_Rondetafelconf.pdf, geraadpleegd op 12 juni 2007.

Eijgenraam, K. et al. (2007). Verkorting doorlooptijden in de jeugdbeschermingsketen. Evaluatie pilots project «Afstemming werkwijze in de keten» (Programma Beter Beschermd). <http://www.nji.nl/publicaties/jeugdzorg/Verkortingdoorlooptijdenindejeugdbeschermingsketen.pdf>, geraadpleegd op 31 oktober 2007.

Hegeman, O. (2006a). *Factsheet Asbest*. Den Haag: Landelijk Overleg Milieuhandhaving. Gepubliceerd op www.infomil.nl.

Hegeman, O. (2006b). *Quick scan: ketentoezicht asbest regio B*. Den Haag: Landelijk Overleg Milieuhandhaving. Gepubliceerd op www.infomil.nl.

IGZ (2004a). *Huisartsenposten in Nederland. Nieuwe structuren met veel kinderziekten*. Eigen beheer.

IGZ (2004b). *Spoedeisende hulpverlening: Haastige spoed niet overal goed*. Den Haag: eigen beheer.

IGZ (2006). *Kwaliteit huisartsenposten verbeterd sinds 2003*. Den Haag: eigen beheer.

Ijzendoorn, M.H. van et al. (2007). *Kindermishandeling in Nederland anno 2005: de nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen (NPM-2005)*. WODC, Universiteit Leiden.

Inspectie Jeugdzorg (2005). *Crisis, wat nu? Landelijk onderzoek naar de kwaliteit van het handelen van de Bureaus Jeugdzorg in Nederland bij cliënten in acute crises*. Utrecht: Eigen beheer.

Inspectie Jeugdzorg en Inspectie voor de Gezondheidszorg (2006). *Toegang naar jeugd-GGZ kan sneller en beter. Thematische toezichtronde samenwerking BJZ – jeugd-GGZ*. Amsterdam/Utrecht: eigen beheer.

Inspectie Werk en Inkomen (2007). *Aan de slag met asbest Proeven van samenwerking Verkennende studie*.

Interprovinciaal Overleg et al. (2006). *Prestatie-indicatoren jeugdzorg. Naar een gezamenlijke integrale visie en implementatie*. Den Haag: IPO.

Jacobs, M.J. (2004). *Studie asbest in BSA; eindrapport*. Zoetermeer: Dienst Milieu en Bouwtoezicht Amsterdam.

Jeugd en Gezin (2007a). *Actieplan aanpak kindermishandeling, kinderen veilig thuis*. Bijlage bij de aanbiedingsbrief van de minister voor Jeugd en Gezin, Kamerstukken 31 015 en 29 815, nr. 16, vergaderjaar 2006–2007. Den Haag: Sdu.

Jeugd en Gezin (2007b). *Jeugdzorg 2005–2008*. Brief van de minister voor Jeugd en Gezin over de toename van het aantal jeugdbeschermingsmaatregelen. Tweede Kamer, vergaderjaar 2006–2007, 29 185, nr. 113. Den Haag: Sdu.

Jeugd en Gezin (2007c). *Jeugdzorg 2005–2008*. Brief van de minister voor Jeugd en Gezin over wacht- en doorlooptijden bij Advies- en Meldpunten Kindermishandeling en wachtlijsten in de jeugdzorg. Tweede Kamer, vergaderjaar 2006–2007, 29 185 en 31 015, nr. 106. Den Haag: Sdu.

Jeugd en Gezin (2007d). *Programma voor Jeugd en Gezin*. Brief van de minister voor Jeugd en Gezin over de beleidswijzigingen in de jeugd-bescherming die met het programma Beter Beschermd in gang zijn gezet. Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 31 001, nr. 37. Den Haag: Sdu.

Jeugd en Gezin (2007e). *Vaststelling van de begrotingsstaat van de begroting van Jeugd en Gezin (XVII) voor het jaar 2008; memorie van toelichting*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 31 200 XVII, nr. 2. Den Haag: Sdu.

Justitie (2004). Normen 2000 versie 2. Beleidsregels met betrekking tot de werkwijze van de Raad voor de Kinderbescherming. <http://www.kinderbescherming.nl/fbi/flexpage/flexpage.asp?id=4034>, geraadpleegd op 4 juni 2007.

Kamphuis, H.C.M. et al. (2007). *Evaluatie spoedposten Haarlem-Zuid en Waterland* Utrecht: Prismant.

KNMG (2007). Aanpak kindermishandeling moet beter. http://knmg.artsennet.nl/content/articles/9550/AMGATE_6059_100_TICH_R1998941386829497/, geraadpleegd op 28 oktober 2007.

Lamers-Winkelmann, F. et al. (2007). *Scholieren over mishandeling; resultaten van een landelijk onderzoek naar de omvang van kindermishandeling onder leerlingen van het voortgezet onderwijs*. WODC/VU.

Landelijk Overleg Milieuhandhaving (2005). *Interventiestrategie Asbest*. Rijswijk: GBS Prepress.

Landelijk Overleg Milieuhandhaving (2007). Website www.lomsecretariaat.nl, geraadpleegd op 23 april 2007.

Landelijk Overleg Milieuhandhaving et al. (2006). *Evaluatieverslag Landelijke 24-uurs handhavingsactie 2006*. 's-Hertogenbosch: eigen beheer.

LHV et al. (2007). Huisartsen, fysiotherapeuten en tandartsen: samen «gecamoufleerde» kindermishandeling opsporen. Gezamenlijk persbericht over intentieverklaring samenwerking huisartsen, tandartsen en fysiotherapeuten met betrekking tot aanpak kindermishandeling. http://www.fysionet.nl/dossier_files/uploadFiles/Persbericht_Intentieverklaring_LHV_NMT_KNGF.pdf, geraadpleegd op 29 oktober 2007.

Mastenbroek, C.G. & F.M. van der Meer (2005). *Acute zorg: over schakels en functies*. Diemen: CGZ.

Nederlands Jeugd Instituut (z.d.). Universele preventie. <http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=103036&page=103058>, geraadpleegd op 4 mei 2007.

Nederlandse Zorgautoriteit (2007). Beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten. Beleidsregel CV-7000-4.0-1 <http://www.nza.nl/>

aanbieder/vrije_beroepsbeoefenaren/beleidsregels/CV-7000-4.0.-1, geraadpleegd op 9 oktober 2007.

NJI (2007). Effectieve interventies, databank: overzicht naar effectiviteit. <http://www.nji.nl/eCache/DEF/34/286.html>, geraadpleegd op 29 oktober 2007.

Paramedics Worldwide (2006). Integratie acute zorg in Noord-Limburg. http://paramedic.web-log.nl/paramedic/2006/06/integratie_acut.html, geraadpleegd op 9 oktober 2007.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2003). *Acute Zorg*. Zoetermeer: eigen beheer.

Reenen, P. van (2000). *De Tafel van Elf*. Den Haag: Sdu.

Roode, R.P. de et al. (2002). Meldcode voor medici inzake kindermishandeling. http://knmg.artsennet.nl/upload/100/16059/meldcode_kindermishandeling.pdf, geraadpleegd op 28 juni 2007.

Salm, H. (2007). «Grote verschillen in cijfers mishandeling; Leiden noemt de Amsterdamse methode omstreden». *Trouw*, 2 mei 2007.

Schrijvers, G. (2006a). *Nieuwsbrief 212* d.d. 23 april 2006. <http://www.integratedcare.nl/downloads/nieuwsbrief212d.d.pdf>, geraadpleegd op 9 oktober 2007.

Schrijvers, G. (2006b). *Nieuwsbrief Public Health 218* d.d. 11 juni 2006. <http://integratedcare.nl/downloads/nieuwsbrief218dd11juni.pdf>, geraadpleegd op 9 oktober 2007.

Steketee, M. et al. (2007). De onderzoekstaak van de Raad voor de Kinderbescherming. www.verwey-jonker.nl/images/dynamisch/D1452554_DEF-wl.pdf, geraadpleegd op 21 maart 2007.

Tweede Kamer (2007a). *Jeugdzorg 2005–2008*. Verslag algemeen overleg op 27 juni 2007 over o.a. wachttijden jeugdzorg, buitenlands zorgaanbod voor jeugdigen en wachtlijsten AMK. Tweede Kamer, vergaderjaar 2006–2007, 29 815, nr. 108. Den Haag: Sdu.

Tweede Kamer (2007b). *Verslag schriftelijk overleg over de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 29 mei 2007 inzake de rechtspositie van ambulancepersoneel van B3-stichtingen en een update van de aanrijdtijden van ambulances*. Vergaderjaar 2006–2007, 25 999 en 29 247, nr. 10. Den Haag: Sdu.

Verdurmen, J. et al. (2007). *Psychische gevolgen van kindermishandeling op volwassen leeftijd*. Resultaten van de «Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study» (NeMeSIS). Rotterdam: Trimbos-Instituut.

Visser, J. (2007). KNMG onderzoekt meldcode kindermishandeling. http://medischcontact.artsennet.nl/content/dossiers/422554926/1285980543/AMGATE_6059_138_TICH_R1891651406503403/, geraadpleegd op 2 juli 2007.

VNG (2007a). *Brief aan de leden t.a.v. het college: Ketenhandhaving asbest*. Den Haag: eigen beheer.

VNG (2007b). *Ketenhandhaving asbest. Brief d.d. 12 februari 2007, kenmerk ECGR.U200700117.*

VROM-Inspectie (2007). *Landelijke rapportage VROM-brede Gemeente-onderzoeken 2006.* VROM 7220. Haarlem: eigen beheer.

VWS (2005). *Begrotingsstaten Ministerie van VWS voor het jaar 2006.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2005–2006, 30 300 XVI. Den Haag: Sdu.

VWS (2006a). *Acute zorg: reactie op CVZ rapport Acute zorg over schakels en functies. Brief aan Tweede Kamer, d.d. 04-04-2006.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2005–2006, 29 247, nr. 36. Den Haag: Sdu.

VWS (2006b). *Begrotingsstaten van het Ministerie van VWS voor het jaar 2007.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2006–2007, 30 800, nr. 2. Den Haag: Sdu.

VWS & Justitie (2004). *Landelijk beleidskader jeugdzorg 2005 tot en met 2008.* Den Haag: Ministerie van VWS.

VWS & Justitie (2006). *Evaluatie wet op de jeugdzorg.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2006–2007, 30 899 nr. 1. Den Haag: Sdu.

ZonMw (2007a). *Spoedzorg.* <http://www.zonmw.nl/nl/programma-s/alle-programma-s/spoedzorg/>, geraadpleegd op 25 oktober 2007.

ZonMw (2007b). *ZonMw programma zorg voor jeugd. Weten wat werkt.* http://www.zonmw.nl/fileadmin/cm/subsidiewijzer/documenten/ZorgvoorJeugd/Programma_Zorg_voor_Jeugd.pdf, geraadpleegd op 22 september 2007.

Wet- en regelgeving

Wet op de jeugdzorg. Wet van 22 april 2004, houdende regeling van de aanspraak op, de toegang tot en de bekostiging van jeugdzorg. Staatsblad 2004, 306, 6 juli 2004.

Eisenbesluit ambulancevervoer. Besluit van 6 juli 1976, houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in artikel 3 van de Wet ambulancevervoer. Staatsblad 1977, 625, 22 september 1977.