

Nut en noodzaak van de GGD

'Preventie raakt lelijk uitgekleeft'

Dat de GGD op vele terreinen bijdraagt aan een behoorlijke publieke gezondheid dringt nauwelijks door tot burgers en beleidsmakers. Veel werk gebeurt onzichtbaar. We liepen een week mee in Gelderland.

door Sjors van Beek beeld Rachel Corner

'EIGENLIJK ZOUER eens een ramp moeten gebeuren', laten medewerkers van de GGD in Zutphen zich deze week meermaals ontvallen. Wat ze bedoelen: als de Mexicaanse griep uitbreekt of kinderen sterven aan hersenvliesontsteking, dan staat de Gemeentelijke Gezondheidsdienst op de kaart. Dan ineens kennen mensen de medische brandweer wél. Maar gaat alles zijn gewone gangetje, dan weet de buitenwereld amper dat de GGD bestaat. 'Wij zijn niet sexy. Wij zijn saai', zegt directeur Dick ten Brinke zelf. 'Heel vaak is ons werk onzichtbaar.'

Een grijze muis, dat is de Gemeentelijke Gezondheidsdienst, maar wel een duizendpotige met een extreem breed palet van taken. Dat wordt duidelijk als ik een week achter de schermen mag meekijken in de GGD-regio Noord- en Oost-Gelderland. 'Van dierziekten tot eenzame ouderen', vat de directeur aan het begin van de week het werk van de 287 medewerkers samen. Het blijkt een understatement. Het is van asbest tot seksuele voorlichting en van tuberculose tot daklozenopvang. Fijnstof en asielzoekers. Tattooshops en prostituées. Lijkschouwingen en geluidsoverlast. Alcoholmatiging, overgewicht en toezicht op kinderopvang.

Het is allemaal GGD. En allemaal nagenoeg onbekend bij het grote publiek, dat misschien voor reizigersvaccinaties de dienst nog wel weet te vinden. Die relatieve onzichtbaarheid werkt in het huidige tijdsgewricht tegen de bescheiden gezondheidswerkers. Wethouders en gemeenteraadsleden staan in tijden van bezuiniging niet te trappelen om de beurs te trekken voor een instelling die mikt op langetermijneffecten. Algemeen manager Ingrid Coenen: 'Een wethouder zei laatst: "Die hele jeugdgezondheidszorg, is dat nou allemaal nog nodig? We hebben de gezondste jeugd van Europa." Waarop ik vroeg: "En hoe denk je dat dat komt?"'

OP DE EERSTE VERDIEPING van een basisschool in Brummen heeft jeugdverpleegkundige Ine Halkers (52) zich met haar medische spul-

tjes geïnstalleerd. Een oogmetingskastje, een koptelefoon, een stapeltje folders. De 44-jarige Caroline meldt zich met haar vijfjarige dochter Cato voor het standaard gezondheidsonderzoek voor deze leeftijdsgroep. Een vrolijk 'Hello Kitty'-T-shirt, een paarse plastic haarband boven een springerige paardenstaart. Het meisje is

Fijnstof en asielzoekers. Tattooshops en prostituées. Lijkschouwingen en geluidsoverlast: allemaal GGD

wat verlegen, ze vindt het een beetje eng allemaal maar de verpleegkundige stelt haar snel op haar gemak. 'Ik ga alleen maar kijken of je ogen en oren goed werken en meten hoe lang en hoe zwaar je bent.' Alle meetgegevens worden meteen in de computer verwerkt, waarna een indrukwekkende grafiek met groeicurven en geschatte groeieresultaten op het scherm verschijnt. Cato valt netjes binnen de normale waarden. Als het meisje eenmaal is ontdooid toont ze trots het gapende gat in haar melkgebijtje: de onderste voortanden ontbreken.

Met moeder spreekt Halkers door of er verder nog bijzonderheden rond de opvoeding zijn. Af en toe een driftbuitje is eigenlijk het enige. Moeder Caroline: 'Waar ik zou aankloppen als ik over een half jaar zorgen zou krijgen over mijn dochter? Ik zou het eerlijk gezegd niet weten. Bij een Centrum voor Jeugd en Gezin denk je toch al snel: wow, er moet écht wat aan de hand zijn.' Halkers legt uit dat ze zich ook tot de GGD kan wenden.

De volgende afspraak is een moeder met haar zoontje van vijf en zijn kleine zusje. Moeder heeft wat vragen over zindelijkheid, het jongetje plast nog in bed. 'Geef het nog maar even wat tijd', stelt Halkers haar gerust. 'Als hij acht is, kunnen we een plaswepker gaan proberen.'

De jeugdverpleegkundige maakt zich wel een beetje zorgen, vertelt ze later. 'De jeugdgezondheidszorg wordt eigenlijk steeds belangrijker. Steeds meer samengestelde gezinnen, de problemen nemen toe. Maar het aantal contactmomenten neemt af en de hulpverlening wordt steeds onduidelijker. Ouders vragen zich af: waar kan ik terecht? De GGD zal iets meer aan moeten gaan doen. Vroeger kregen we een zak geld en huppakee.'

Die tijd is echt voorbij, blijkt op talloze momenten deze week. De GGD-medewerkers beseffen bijzonder goed dat hun organisatie geen vanzelfsprekendheid meer is. 'We hebben zelf ook niet altijd goed geluisterd naar wat gemeenten van ons willen', steekt manager Coenen (59) de hand in eigen boezem. 'Met "degelijk en betrouwbaar" red je het niet meer, in een tijdsbeeld waarin alles snel en op de korte termijn moet.' Tegenwoordig moet ook de GGD zichzelf verkopen. 'En dus moeten we meer smoel krijgen', zegt een van de artsen. Anders zou de financiering wel eens in gevaar kunnen komen.

De GGD wordt voor de wettelijke taken betaald uit een bijdrage per inwoner, in deze regio zo'n veertien euro per jaar. Daarnaast komt er geld, ongeveer een derde van de begroting, uit de 'plustaken', diensten die gemeenten en anderen *kunnen* bestellen.

Aan het takenpakket wordt momenteel gemorreld. Jeugdgezondheidszorg (JGZ) is een van de belangrijkste pijlers onder de GGD Noord- en Oost-Gelderland: ruwweg veertig procent van de begroting gaat eraan op. Apeldoorn, de grootste gemeente in het gebied, wil de JGZ voor de leeftijd vier tot achttien jaar echter overhevelen naar een private organisatie die ook de consultatiebureaus (nul tot vier jaar) gaat beheren. Dat zou betekenen dat in één klap twintig procent van de JGZ-omzet wegvalt.

In een vergadering van het dagelijks bestuur, zeg maar het college van b. en w. van de GGD, vergaderen vijf wethouders en de GGD-directeur over de kwestie. De Apeldoornse wethouder Paul Blokhuis (ChristenUnie) legt het nog eens uit: 'Het is geen anti-GGD-sentiment. Het zijn puur praktische afwegingen. De knip tussen nul en vier jaar en vier en achttien jaar vinden wij niet gewenst. Wij willen alles bijeen hebben in één organisatie, het Centrum voor Jeugd en Gezin. Dat is een private organisatie. Een hybride aansturing, met een deel privaat en een deel ambtenaren, is niet handig en het ambtelijke, publieke deel is het kleinste', zo licht hij de afwegingen om alles te privatiseren toe. 'Bovendien: alle gezondheidszorg in Nederland is privaat. De zorg voor nul- tot vierjarigen is al honderd jaar in private handen.'

Apeldoorn is in dit gebied voorsnog de enige gemeente die eruit wil stappen. In de vergadering ontspint zich een Europese Unie-achtige discussie: wat als één lid de jeugdgezondheidszorg elders wil betrekken? 'Kan dat?' vraagt Blokhuis. 'Of zitten we gevangen in dit systeem?'

'Het is net een bord spaghetti waar je aan zit te trekken', verzucht de Winterswijkse CDA-



Jeugdverpleegkundige Maria Krabbenborg geeft Millide, een zesjarig meisje uit Eritrea, een vaccinatie in het asielzoekerscentrum in Winterswijk

wethouder Ilse Saris. Dat bord spaghetti is de 'gemeenschappelijke regeling', het samenwerkingsverband van de 22 gemeenten tussen Harderwijk en Winterswijk met in totaal ruim achthonderdduizend inwoners. Landelijk zijn er 25 GGD-regio's, samenvallend met de Veiligheidsregio's en elk met een eigen organisatiestructuur. Veel regio's hebben de hele JGZ onder dak bij de GGD, enkele andere bij de thuiszorg of in een aparte stichting. Weer andere (zoals Noord- en Oost-Gelderland) hebben een mengvorm: de kleinste kinderen bij de thuiszorg, de oudere bij de GGD.

IN EEN BASISCHOOL in Lochem ontvangt jeugdarts Mirande ten Buuren (47) deze maandag kinderen die eerder al door een verpleegkundige zijn gezien. Zoals een zesjarig jongetje dat wat achterblijft in de groei. 'Hij eet weinig. Wel veel hagelslag en boter', vertelt zijn moeder in matig Nederlands. 'Dan is er inderdaad wat minder plek voor gezonde dingen', legt de jeugdarts uit. Ze knoopt een gesprekje aan met het jongetje: 'Heb je vriendjes? Wie is je beste vriendje? En vind je het leuk op school?'

Het jongetje gaat onder de meetlat en op de

digitale weegschaal. Tussendoor peutert Ten Buuren meer informatie los over het eetpatroon in het gezin. Veel ranja en yogidrink, zo blijkt. 'Hij drinkt meer dan dat hij eet', erkent moeder. Besloten wordt dat moeder nog een aparte afspraak met de verpleegkundige krijgt voor meer tips rond voeding. Vader heeft tijdens het hele bezoek geen woord gesproken. Als het gezin weg is zegt de arts: 'Het lijkt me vooral een pedagogisch probleem. Moeder begrenst te weinig.'

Een andere moeder komt met haar vijfjarige zontje dat niet helemaal goed hoort. Mogelijk verklaart dat waarom zijn spraakvermogen wat achterblijft. De meetresultaten zijn ook ditmaal nog niet voldoende, in februari komt er een nieuwe controle.

Een vader loopt binnen met zijn zevenjarige dochter die wat snel groeit, de ouders denken aan voortijdige puberteit. Het is loos alarm. 'Maar voortijdige puberteit kan psychische problemen geven. En het kán een aanwijzing zijn voor een tumor', aldus Ten Buuren later. 'Veel ouders komen bij mij juist om te horen dat het goed gaat. Wij zijn de experts van het gezonde kind, de kinderarts is er voor het zieke kind.' Tijdens de contactmomenten let de arts op of de

kinderen al weten wat links en rechts is, of ze hun veters makkelijk kunnen strikken, hoe ze communiceren en of ze druk of rustig zijn.

De jeugdarts is bezorgd. 'Vroeger was ik tachtig tot negentig procent van mijn tijd echt bezig met de kinderen, nu nog hooguit een kwart. Onze kennis wordt steeds meer ingezet voor beleid, voor het adviseren van gemeenten en het deelnemen aan behoorlijk veel overleggen.' Oftewel: de dokter zit als 'adviseur jeugdhulp' aan de gemeentelijke vergadertafel en de verpleegkundige ziet de kinderen. *Ten Buuren*: 'Ik heb intern al gezegd dat ik zelf meer kinderen wil zien. Ik moet mijn referentiekader kunnen behouden.'

DE GGD HEEFT VIER verplichte taken. De eerste: infectieziektebestrijding, medische milieukunde en technische hygiënezorg. Verder publieke gezondheid bij incidenten, rampen en crises. Monitoren, signaleren en advies. En tot slot: toezicht houden.

Het sleutelwoord is: preventie. En preventie staat in het huidige politiek-sociale klimaat niet voorop bij het verdelen van de centen, vertelt de ene na de andere GGD'er. Precies tijdens de meeloopweek stuurt minister Schippers van vws een

brief over de *Landelijke nota gezondheidsbeleid 2016-2019* aan de Tweede Kamer. Het schrijven bevat mooie woorden: 'Het kabinet vindt het belangrijk dat gemeenten bij alle aandacht die zij hebben voor het goed vorm geven van de decentralisaties ook aandacht blijven geven aan preventie en het bevorderen van de gezondheid van hun burgers', bijvoorbeeld. En: 'Voor een aantal taken op het gebied van gezondheidsbescherming is een sterke GGD belangrijk. (...) We zijn blij dat de GGD'en hun werk goed uitvoeren en maken ons zorgen over de kwetsbaarheid. Wij hebben behoefte aan een robuuste GGD die goed in het netwerk staat.' Vorig jaar schreef de minister al: 'Bij toezicht en controle op gezondheidsrisico's is de bijdrage van GGD'en evident, maar bij ontwikkelingen in het sociaal domein en in de zorg lijkt het dat de potentie van de GGD te weinig wordt gezien. Het is niet voor alle betrokken partijen duidelijk wat van een GGD kan worden verwacht.'

Directeur Ten Brinke (61): 'Het is een rare diagonale dialoog: de GGD moet er wettelijk wel zijn maar is in handen van gemeenten. En die lopen te bezuinigen en te drukken omdat ze met de decentralisatie meer taken dan budget overgeheveld hebben gekregen. Ze concentreren zich op de directe zorg, maar preventie raakt lelijk uitgekleeft. Landelijk waren er bijvoorbeeld vierhonderd gezondheidsbevorderaars, dat zijn er nu nog maar tweehonderd. Er is een sluimerende afbouw gaande en als we over een paar jaar achterom kijken denken we: shit, de helft is weg!'

Ten Brinke is ook penningmeester van de landelijke koepel GGD GHOR Nederland. 'Wijzelf zijn een redelijk robuuste GGD. We hebben een vrij groot gebied en dus kritische massa, we kunnen een stootje hebben. Maar de kleine GGD's worden verpletterd in het hele geweld. Als je maar anderhalve fte hebt voor infectieziekten-artsen en iemand raakt ziek, dan zit je al... Landelijk wordt er nu gedacht aan minimum veldnormen per inwoner, bijvoorbeeld het aantal artsen, voor de taken infectieziekten en crisisbeheersing. Net als bij brandweerauto's, daar is ook een minimum aantal van in de wet vastgelegd.' Met de GGD moet het ook die kant op, denkt de Gelderse directeur. 'Wij zijn er niet voor de behandeling van individuele mensen, wij doen de dingen die de markt laat liggen. Seksuele gezondheid van prostituées bijvoorbeeld, daar is geen markt voor te maken. Maar verspreiding van soa's kan héél snel gaan en het is dus een collectief belang om dat in de kiem te smoren.'

OM SOA'S TE VOORKOMEN moeten ze allereerst uit de taboesfeer worden gehaald, vertelt Stina Seegers (58), gezondheidsbevorderaar seksuele gezondheid. 'Door het bespreekbaar te maken in een zo groot mogelijke groep voorkom je veel ellende.' GGD en kennisinstituut Movisie hebben een fijnmazig netwerk ontwikkeld van trainingen. Movisie traint de GGD, die traint jongerenwerkers en docenten en mentoren op school. Die trainen oudere leerlingen, die op

hun beurt in een *peer to peer*-stelsel de jonkies bijpraten. En er zijn inloopsprekuren. 'Het is bewezen: als je er niet over praat, komt het in de doofpot', zegt Seegers. 'Meisjes raken zwanger en durven niet naar hun ouders te stappen. Als de sfeer open is, kunnen ze vroegtijdig hulp zoeken.' Heel voorzichtig legt de GGD momenteel zelfs contacten met de zwaar-reformatorische scholen in de Veluwe Bible Belt. 'Over en weer heersen nogal wat vooroordelen. Zij zagen ons toch als een losbandige club die condooms rondstrooide en waar ze niks mee te maken wilden hebben', aldus Seegers.

Op tal van terreinen probeert de GGD in de haarvaten van de samenleving door te dringen en door voorlichting en preventie ziekten vóór te blijven. JGZ-assistente Wijnanda van Holland (50) geeft gastlessen op basisscholen. In quizvorm krijgen de kinderen informatie over bewegen, alcohol en drugs, social media, hygiëne en puberteit. 'Laatst besloot een klas zélf dat ze alleen nog op woensdag koekjes meenemen naar school, op de andere dagen alleen fruit', vertelt Van Holland glunderend.

Beleidsadviseur Carolien de Rover (56) probeert vooral gemeenten bewust te maken, onder meer op het gebied van gezond gewicht. 'Wat kunnen ze zelf doen? Bijvoorbeeld watertapputten installeren en de schoolpleinen 's avonds

'We zijn te bescheiden. Misschien moeten we net als de thuiszorg rondrijden met autootjes met ons logo erop'

openstellen als voetbalveldje.' Met enkele collega's heeft ze deze ochtend een overlegje. 'Gisteren was er een bijeenkomst over vechtscheidingen en in een van de stukken stond "document opstellen met JGZ?" Ik zei: dat moet een uitroep-teken zijn!'

In vrijwel alle gesprekken deze week wordt het spontaan te berde gebracht: de zichtbaarheid van de GGD. Soms letterlijk. 'Laatst zei een balie-medewerkster van de gemeente Apeldoorn dat onze v-badge af moest omdat we werkten voor het Centrum voor Jeugd en Gezin', vertelt teammanager JGZ Petra Woerkom (50). 'Het grijze-muis-effect. We zijn te bescheiden. Wij zijn een gemeentelijke organisatie maar we zitten niet overal met een eigen gebouw met een vlaggetje erop. Misschien moeten we net als de thuiszorg gaan rondrijden met autootjes met ons logo erop.'

Termen als 'profilering', 'marketing' en 'acquisitie' klinken in het GGD-kantoor in Warnsveld, een dorpje in de gemeente Zutphen. Hans Evers (48), beleidsmedewerker bij het KEC (Kennis en Expertisecentrum), brainstormt met een collega over 'sales-gesprekken' om opdrachten binnen te halen voor evaluatieonderzoeken bij gemeenten. 'Het is constant zoeken hoe we beter in beeld kunnen komen.'

Sommigen vragen zich hardop af: 'Wáár moeten we eigenlijk zichtbaar zijn? Bij de burgers of bij de politiek?' En binnen de gemeente, bij wie moet de GGD op de radar komen? De wethouder? De ambtenaren? 'Vroeger had je één ambtenaar volksgezondheid. Tegenwoordig houden zóveel mensen zich bezig met het sociale domein.' Tel daarbij op onwetendheid over de precieze rol van de GGD. Petra van Woerkom zegt: 'Regelmatig krijgen we de vraag: welke hulp bieden jullie? Maar wij zijn geen hulpverleners! Jeugdzorg en JGZ worden vaak op één hoop gegooid. Mensen kunnen het onderscheid niet goed maken.'

Waar de GGD van is? 'Daar worstelen we dus inderdaad mee', zegt communicatieadviseur Erna de Vries (56), 'omdat we zo veelomvattend zijn.' De GGD is, bijvoorbeeld, van de medische milieukunde: advies over milieu en gezondheid. 'Een burger die hardnekkige schimmel in huis heeft. Of een gemeente die een woonwijk naast de snelweg wil gaan bouwen. Fijnstof. Koolmonoxide. Asbest. Kanker-verwekkend radon in kruipruimten', geeft arts Marc van der Ploeg (48) enkele voorbeelden. Medische milieukunde is een van de wettelijk verplichte basistaken zoals geregeld in de Wet publieke gezondheid (WPG). In die wet wordt publieke gezondheidszorg omschreven als 'gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkomen en het vroegtijdig opsporen van ziekten'.

De GGD is óók: forensisch artsen. De gemeentelijk lijkschouwer is een GGD-arts. Bij elk vermoeden van niet-natuurlijke dood wordt hij opgetrommeld. 'En we doen arrestantenzorg', vertelt forensisch arts Rudolf van Valderen (55). Maar ook: DNA veiligstellen bij zedenzaken. Letsels vaststellen. Bloedafname bij alcoholcontroles. 'De GGD doet dingen die nodig zijn maar waar niemand zich anders om bekommerd. Als je de GGD zou opheffen, gaat het tien jaar goed en dan krijg je alle shit over je heen. Dan heb je een dokter nodig, en nog een, en nóg een, en dan heb je dus weer een GGD', analyseert Van Valderen. De meerwaarde schuilt juist in de massa: 'Tweehonderd dokters weten meer dan één. En je hebt slagkracht: maak maar eens acuut tweehonderd artsen vrij voor vaccinaties als er een epidemie uitbreekt. Het draait tegenwoordig allemaal om de centen, maar dokters zijn niet zo goed in borstklapperij, die zijn bezig in de spreekkamers.'

In de woorden van Jan Willem Brethouwer (57), algemeen manager AGZ (Algemeen Gezondheidszorg): 'Wij zijn het scharnier tussen gezondheidszorg en overheid. Het is veel trekken en sleuren en weinig geld. Op de JGZ zijn wij alleen maar adviserend, helpend, coördinerend en initiërend. Onze rol is dat anderen goed samenwerken.'



De GGD komt ook naar scholen om les te geven, waaronder mediawijsheid, zoals hier op basisschool De Ploeg in Apeldoorn

'Als een gemeente niet weet wat ze heeft aan al die hoogopgeleide jongens en meisjes hier wil ze nog wel eens zeggen: het kan wel een tandje minder. Dus moeten we onszelf wel bewijzen', beseft Cora Capel (62). 'Met preventie valt veel te winnen. Maar we moeten het wel elke vier jaar aan de wethouders uitleggen en die vallen dan elke keer van hun stoel. Hebben jullie daar óók verstand van?'

Vijf jaar geleden was dat anders. 'Gemeenten waren toen helemaal niet zo bezig met het sociale domein, het was iets voor beginnende wethouders, om te oefenen. Nu is het de belangrijkste portefeuille waar veel geld valt te besparen. En moet de GGD ineens concurreren met Jeugdzorg, welzijn, de gymzaal en het zwembad.'

In dat nieuwe krachtenveld is het ook voor de GGD zelf flink zoeken, vertelt de ene na de andere medewerker. Moeten artsen vooral kinderen zien of met wethouders praten? Moeten alle kinderen worden gezien of vooral als de ouders zich melden? De dilemma's stapelen zich elke dag op. Waartoe is de GGD anno 2015 precies op aarde?

Anita Bonekamp (51) is coördinator maatschappelijke zorg. Ze probeert antwoord te geven op die vraag: 'De mensen op de goede plek te krijgen.' De GGD leidt de 'vangnet'-overleggen tussen de talloze instanties die zich bezighouden met 'multiproblematiek'. Zoals die kwestie van een hoogbejaarde vrouw in een aanleunwoning. Ze heeft huurachterstand en wordt bedreigd met uitzetting. Het vermoeden bestaat dat haar dochter haar bankrekening plundert. 'Dan maak ik een rondje, langs het wijkteam en eventuele andere organisaties, wie gaat ermee aan de slag? Ik lever geen zorg, ik coördineer en ik kop in.' De

kracht van de GGD is dat het een neutrale organisatie is: het heeft geen belang om zelf 'klanten' binnen te halen, legt Bonekamp uit. 'Andere organisaties houden een zaak soms bewust bij zich om het geld te kunnen beuren. De impuls om een ander in te schakelen is weg. Wij zijn onafhankelijk.'

Iets dergelijks zegt ook manager Ingrid Coenen: 'Nut en noodzaak van de GGD? Wij adviseren, verwijzen en leveren cijfers zonder er zelf een belang bij te hebben. In de kern zijn we vooral een kennisinstituut. Het uitvoerende werk in de jeugdgezondheid doen we om te monitoren, data te verzamelen.' Sommige onderzoeken zijn wettelijk verplicht, daarnaast kunnen gemeenten de GGD-epidemiologen inhuren voor eigen, lokale evaluaties.

MISSCHIEN WEL DE bekendste taak van de GGD: infectieziekten. De medewerkers komen in actie bij 'meldingsplichtige' ziekten als polio, SARS, kinkhoest, recent ebola, maar ook rabiës, legionella en malaria. 'De individuele patiënt gaat naar de dokter. Wij kijken naar de omgeving, sporen de bron op, benaderen de contacten van de zieke en zorgen dat niet méér mensen ziek worden', vat arts Helen Siers (46) het samen.

Dan zijn er nog de asielzoekers. De GGD doet onder meer de technische hygiënezorg (THZ) op de asielzoekerscentra: zijn de keukens en sanitaire voorzieningen op orde, wordt er goed schoongemaakt, is er risico van legionella? De jeugdgezondheidszorg voor de kinderen wordt er opgestart en ze krijgen hun eerste inentingen binnen het rijksvaccinatieprogramma. Ook wordt voorlichting gegeven over de ingewik-

kelde Nederlandse samenleving en het minstens zo ingewikkelde zorgstelsel. 'Zodat asielzoekers weten dat ze voor een kleine kwaal naar de huisdokter moeten, niet meteen naar het ziekenhuis.' Plus voorlichting over, bijvoorbeeld, verdrinkingsgevaar of vergiftiging: niet elke paddenstoel is eetbaar. En getraumatiseerde asielzoekers wordt de weg gewezen naar GGZ-trainingen.

Met de huidige versnelde uitstroom uit de azc's schiet die voorlichting er wel eens bij in, vertellen de GGD'ers. 'Gemeenten krijgen dus gezinsherenigers binnen die totaal niet zijn voorbereid op het leven in Nederland', zegt Cora Capel. Op het GGD-hoofdkantoor leidt ze een symposium over 'zelfredzaamheid van asielzoekers'.

HET KEURIG AANGEHARKTE azc in Winterswijk oogt bijna als een Vinexwijk. Rechte straatjes, identieke frisse huizenblokken. Op de eerste verdieping van een gebouwtje is een medische post ingericht. Jeugdverpleegkundige Maria Krabbenborg (56) en JGZ-arts Karin Kelly (45) zijn deze middag in de weer met enkele asielzoekerskinderen. Krabbenborg geeft de veertienjarige Natsinet uit Eritrea haar eerste prikken. Haar zusjes van zestien en achttien dartelen door de kamer. Drie tengere, giebelende meiden. 'Kinderen pakken hun leven zó snel op... als ze trauma's hebben, komt de verwerking daarvan later, als ze in een gemeente wonen en alles tot rust komt', weet Krabbenborg. Even later volgt de veertigjarige Isias, ook uit Eritrea, met zijn vijf kinderen tussen zes en veertien jaar. De vader is anderhalf jaar in Nederland, zijn vrouw en kinderen zijn onlangs nagereisd. In moeizaam Nederlands communiceren ze met de verpleegkundige die aan de slag gaat met de vaccinaties.

Een kamer verder meldt zich een Albanese gezin bij arts Kelly voor de eerste medische intake van hun vijfjarig zoontje Marlin. Een zwijgzame vader (31), gehuld in legerjack met bontkraag en een petje op het hoofd. Een spraakzame 29-jarige moeder in een legging en sweater. Arts Kelly belt naar de tolkdienst, een Albanese tolk is niet voorhanden maar een Italiaanse wel. Via de telefoon begeleidt de tolk het consult.

Marlin heeft als baby een hartoperatie ondergaan, moeder heeft een stapel medische papieren uit Albanië bij zich. Op dit moment gaat alles goed, op de conditie van Marlins gebit na. 'Goed poetsen, twee keer per dag, adviseert de arts. Onder hevig gespartel en gekrijs krijgt het jongetje een ontbrekende inenting voor meningo-kokken, om even later met een stickerboekje en vaccinatiepaspoort naar buiten te lopen.

Arts Karin Kelly: 'Voor zalfjes of pilletjes moeten ze bij andere dokters zijn, wij kijken of de ontwikkeling van het kind goed is. Het is allemaal werk van de lange adem, het effect is niet meteen zichtbaar. En dan krijg je dat mensen gaan denken: kinderziekten komen niet meer voor, waarom zouden we nog vaccineren?' ♦

Dit verhaal kwam mede tot stand met subsidie van het Fonds Bijzondere Journalistieke Projecten