

Eerste Kamer der Staten Generaal  
t.a.v de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
postbus 20017  
2500 AE 's GRAVENHAGE

Betreft: Zorgen omtrent de Jeugdwet (nummer 33.684)

27-10-2013

Geachte leden van de vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Eerste Kamer der Staten Generaal,

Als groep betrokken kinder- en jeugdpsychiaters komen wij regelmatig bijeen. Gezamenlijk beslaat ons werkgebied bijna een kwart van Nederland, hetgeen maakt dat wij goed zicht hebben op de landelijke ontwikkelingen.

Wij sturen u dit schrijven omdat wij ons grote zorgen maken over de kwaliteit en beschikbaarheid van de kinder- en jeugdpsychiatrische zorg indien het wetsvoorstel "Regels over de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen (Jeugdwet)" (nummer 33.684), hierna te noemen "de Jeugdwet", in de huidige vorm wordt aangenomen.

Het is voor ons onbegrijpelijk dat de volgende **fundamentele bezwaren** tegen de Jeugdwet niet tot het wijzigen of afwijzen van deze wet hebben geleid:

1. Beroepsgeheim
2. Toegang tot en recht op zorg
3. Aansluiting tussen psychiatrische zorg voor kinderen en volwassenen
4. Aansluiting tussen psychiatrische en niet-psychiatrische medische zorg voor kinderen
5. Grote invloed van niet-professionals op medische beslissingen
6. Onduidelijke financiering en bezuiniging.

*Ad 1. Beroepsgeheim.*

In ons dagelijks werk, bijvoorbeeld met delinquente jongeren en 'multi-problem' gezinnen, zien wij het enorme belang van ons beroepsgeheim. Er bestaat vaak een basaal wantrouwen van deze jongeren en hun ouders tegen overheid en hulpverleners, bijvoorbeeld uit angst voor uithuisplaatsing. Slechts in de wetenschap dat hetgeen zij ons vertellen niet automatisch bij andere instanties terecht komt durven zij ons hun zorgen en problemen toe te vertrouwen. Zonder beroepsgeheim is het onmogelijk om tot de kern van de problematiek door

te dringen en de juiste hulp in te zetten. Na inwerkingtreding van de Jeugdwet zal echter het beroepsgeheim binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie niet meer gegarandeerd zijn omdat deze buiten de Zorgverzekeringswet (ZVW) niet of onvoldoende gewaarborgd zal zijn.

#### *Ad 2. Toegang tot en recht op zorg.*

Kinder- en jeugdpsychiatrie betreft medisch specialistische zorg voor een groep zeer kwetsbare kinderen en jeugdigen en het (gezins-)systeem daar omheen. Deze groep kinderen en jeugdigen lijdt aan ernstige aandoeningen zoals autisme, anorexia nervosa, psychotische stoornissen zoals schizofrenie en (manisch-)depressiviteit. Of het betreft kinderen met een bedreigde persoonlijkheidsontwikkeling, een ontwikkelingsstoornis, een hechtingsstoornis of zelfmoordplannen.

Alle mensen in Nederland met psychiatrische problemen, jong en oud, hebben ongeacht hun woonplaats, recht op medisch-psychiatrische zorg. In de huidige situatie is deze zorg goed verankerd in de zorgverzekeringswet. Nederland is een land waar de toegang tot psychiatrische zorg goed geregeld is. Jeugdigen kunnen o.a. worden verwezen door huisartsen, kinderartsen en Bureaus Jeugdzorg.

Na inwerkingtreding van de Jeugdwet is de continuïteit, toegankelijkheid en kwaliteit van geestelijke gezondheidszorg aan kinderen en jeugdigen niet meer gegarandeerd. Zo kan specialistische psychiatrische zorg onbereikbaar worden voor inwoners van gemeenten die geen afspraken hebben gemaakt met specialistische centra of voor inwoners van gemeenten waarvan het budget al op is. Een kind met anorexia kan dan mogelijk niet opgenomen worden in een gespecialiseerde kliniek in een ander deel van het land (zoals nu regelmatig gebeurt). Of er is in een kleinere gemeente mogelijk geen budget meer voor het 3<sup>e</sup> kind dat in dat jaar psychotisch wordt, terwijl er voor een kind met vergelijkbare problematiek in een grote stad nog wel budget zou zijn. Deze ongelijkheid vinden wij onacceptabel.

#### *Ad 3. Aansluiting tussen psychiatrische zorg voor kinderen en volwassenen.*

Jongeren moeten vanaf een bepaalde leeftijd vanuit de kinder- en jeugdpsychiatrie overgedragen worden aan de psychiatrische zorg voor volwassenen. Er zijn veel initiatieven geweest om deze aansluiting te verbeteren, bijvoorbeeld in de vorm van zogenaamde "levensloop"-poli's en ook door flexibel om te gaan met de leeftijdsgrens (sommige instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie bieden zorg tot 23 of zelfs 25 jaar). Deze versoepeling van leeftijdsgrenzen is ook waardevol gebleken in de behandeling van jongvolwassenen, veelal met een licht verstandelijke beperking, die achter zijn in hun ontwikkeling en vaak nog thuis wonen. In de volwassenenpsychiatrie is men niet gewoon zich op het gehele systeem te richten en vaak wordt bij dergelijke jongvolwassenen bewust gekozen voor behandeling binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie. Met het inwerkingtreden van de Jeugdwet zijn we terug bij af, aangezien de Jeugdwet handelt over jongeren die de leeftijd van 18 jaar nog niet hebben bereikt en hoogstens hulp kan worden gecontinueerd die al voor het 18<sup>e</sup> jaar was ingezet. Er moet opnieuw gekeken hoe in de nieuwe situatie de aansluiting met de volwassenenzorg te maken.

Daarnaast is het zo dat voor psychiatrische patiënten 24 uur per dag zorgaanbod noodzakelijk is. In noodsituaties moeten zij altijd (via bijvoorbeeld de huisarts) een beroep kunnen doen op psychiatrische expertise. In veel regio's is dit nu vormgegeven door zogenaamde crisisdiensten in samenwerking met de volwassenenpsychiatrie. Hoe moet deze acute zorg straks worden gewaarborgd? Hoe gaan de gemeenten dit organiseren?

#### *Ad 4. Aansluiting tussen psychiatrische en niet-psychiatrische medische zorg voor kinderen.*

Regelmatig worden door de kinderartsen kinderen (en hun ouders) verwezen, die zich in eerste instantie met lichamelijke klachten hebben gemeld, maar waarbij psychiatrische problemen een oorzakelijke of onderhoudende factor blijken te zijn. Ook andersom geldt, dat

kinderen soms bij de psychiater terecht komen terwijl een lichamelijke factor de oorzaak is van of meespeelt in de psychiatrische klachten.

Met de Jeugdwet ontstaat een bizarre scheiding tussen lichamelijke en psychische medische zorg voor kinderen. Hun onlosmakelijke verbondenheid is inmiddels in de medische wereld algemeen erkend en de scheiding van lichaam en geest als gevolg van de Jeugdwet is dus niet medisch te verantwoorden. Het is daarmee een vorm van discriminatie voor kinderen met een psychiatrische aandoening, om hun ziekte buiten de ZVW te stellen.

Ook wordt hiermee de kinder- en jeugdpsychiatrie zélf kunstmatig uit elkaar gerukt. Psychiatrische medicatie blijft namelijk in de ZVW terwijl de niet-medicamenteuze psychiatrische behandelingen naar de gemeenten gaan. Het is echter ondoenlijk om deze van elkaar te scheiden, aangezien een medicamenteuze behandeling binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie nooit op zichzelf staat, maar altijd in combinatie met overige behandelingen gegeven wordt.

Invoering van de Jeugdwet, waarbij ook de kinder- en jeugdpsychiatrie naar de gemeenten wordt overgeheveld, heeft als gevolg dat het specialisme buiten het medische domein zal gaan vallen. Praktisch zijn er daarbij problemen te verwachten op het gebied van de nu nog nauwe samenwerkingsrelaties tussen kinderpsychiaters en kinderartsen, kinderneurologen en kindercardiologen. Door nu enkel de kinderpsychiatrische zorg naar de gemeenten over te hevelen zal deze samenwerking onder druk kunnen komen te staan.

In dit kader willen wij u tevens laten weten dat de kinder- en jeugdpsychiatrie, waar al jaren een tekort aan kinder- en jeugdpsychiaters speelt, reeds in de aanloop naar de Jeugdwet merkt dat de interesse van jonge artsen in (de opleiding tot) het specialisme kinder- en jeugdpsychiatrie afneemt. Ook zien wij in onze regio nu al collega's, als gevolg van de voorgenomen Jeugdwet en de veranderingen die deze met zich mee zal brengen, de overstap maken van de kinder- en jeugdpsychiatrie naar de volwassenenpsychiatrie. Ook deze ontwikkeling baart ons grote zorgen.

#### *Ad 5. Grote invloed van niet-professionals op medische beslissingen.*

Er zijn veel aanwijzingen uit tot op heden bekende transitiearrangementen dat medische beslissingen (uiteindelijk) door gemeenten zullen worden genomen, door non-professionals of ingehuurde professionals. De inzet van ingehuurde professionals levert een gevaar op van belangenverstrengeling en subjectiviteit. Medische besluitvorming door gemeenten en/ of non-professionals zijn zowel medisch-ethisch als juridisch discutabel. Kinder- en jeugdpsychiatrie is een medisch specialisme. Dat is geen gemeentelijke aangelegenheid. Niemand peinst erover de gemeente de bevoegdheid te geven bij bijvoorbeeld kankeroncologie over het wel of niet geven van een chemotherapie of bij kindercardiologie om wel of niet toestemming te geven om tot een open hart operatie over te gaan. Waarom dan wel in de kinderpsychiatrie?

#### *Ad 6. Onduidelijke financiering en bezuiniging. Dit zet garantie van te bieden zorg onder druk.*

Het valt ons op dat gemeenten hun transitiearrangementen en hun begroting (nog) niet (volledig) op orde hebben. Gemeenten hebben te maken met een bezuinigingsmaatregel van 15% (of meer) en er wordt reeds duidelijk dat veel gemeenten geen sluitende begroting rond krijgen. De vraag is of dit voor 31 oktober lukt of duidelijk wordt. Dit is ook de constatering in de tussenrapportage van TSJ (Transitiecommissie Stelselherziening Jeugd) op 4 oktober 2013 jl.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> "De TSJ constateert op basis van de gesprekken met de regio's dat zij bij het opstellen van de RTA's dit beoogde niveau van concreetheid redelijkerwijs niet kunnen bereiken. Dit komt veelal door omstandigheden die de regio's zelf niet of moeilijk kunnen beïnvloeden. De TSJ verwacht daarom niet dat de RTA's op 31 oktober 2013 aan alle eisen van de opdrachtgevers kunnen voldoen."

Dit signaal blijkt ook uit berichtgeving uit de media (Zie bijlage I). De zorgen die wij ons maken over het oordeel van gemeenten over de inhoud van de kinder- en jeugdpsychiatrie worden bevestigd, gezien het transitiearrangement van de Kop van Noord-Holland<sup>2</sup>: Het baart ons grote zorgen waartoe dit leidt. Verschraving van zorg tot een onverantwoord niveau omdat er onvoldoende geld is? De gemeente mag beslissen welke zorg nodig is? Zij gaat wellicht zorg inkopen, maar er is onvoldoende zekerheid over hoe het recht op zorg is gegarandeerd wanneer deze ‘inkoop’ binnen een gemeente onvoldoende blijkt.

Het merendeel van de huidige psychiatrische patiënten wordt thans succesvol zonder betrokkenheid van andere instanties behandeld. De psychiatrische ziekte is soms dusdanig van aard dat een intensieve behandeling of bijvoorbeeld opname nodig is. Het overgrote deel van de patiënten wordt echter vanuit huis behandeld, waarbij ook nu al nauw wordt samengewerkt met ouders, zo nodig ook school en andere instanties. De huidige psychiatrische zorg voor jeugdigen is doelmatig en (kosten-)efficiënt georganiseerd. De samenwerking met andere partijen kan uiteraard altijd beter, maar dit kan ook bereikt worden zonder dat de kinder- en jeugdpsychiatrie naar de gemeenten over gaat. Er gaat binnen de Jeugdwet onevenredig veel aandacht naar een kleinere groep psychiatrische patiënten bij wie sprake is van een ‘multi problem’ – situatie. Complexe organisatiestructuren zoals nu bedacht worden in het kader van de voorgenomen Jeugdwet maken dat de kinder- en jeugdpsychiatrie slechts een schakeltje wordt, en gaan voor veel patiënten de zorg onnodig complexer en duurder maken.

De beoogde verbetering van de samenwerking door de transitie van de kinder- en jeugdpsychiatrie, zoals voorgesteld in de Jeugdwet, is onrealistisch en een over-simplificatie van de werkelijkheid. Het wisselt slechts het systeem in, van zorgverzekeraar naar gemeente. . Daarnaast worden nieuwe constructen opgericht met meer nieuwe afspraken en meer nieuwe regels om de kunstmatigheid van de Jeugdwet uit te kunnen voeren. Dit kost niet alleen onnodig veel geld, maar zal weinig oplossen.

Waarom dan veranderen als dit ook onverantwoorde, brede gezondheids- en maatschappelijke risico's met zich meebrengt, die nu niet te zijn overzien? Het gaat te snel. Het is onvoldoende doordacht en leidt tot ernstige problemen die te voorkomen zijn door de kinder- en jeugdpsychiatrie buiten de transitie te houden.

---

<sup>2</sup> *“Inschakelen specialist t.b.v. diagnose: Wanneer het wijkteam bij complexe vragen geen diagnose kan stellen, schakelt het wijkteam een specialist in. Deze stelt in opdracht van het wijkteam een diagnose. Het is vervolgens de verantwoordelijkheid van het wijkteam om de (eventuele) noodzakelijke ondersteuning in te zetten.”* (Bron: Uitvoeringsdocument 3 transities Sociaal Domein. Uitwerking van Strategische visie op de drie transities en de transformatie binnen het Sociaal Domein Kop van Noord-Holland, 2013, 09-10-2013)

Zoals u ongetwijfeld heeft vernomen zijn wij niet de enigen die ons zorgen maken over de Jeugdwet. Wij verwijzen o.a. naar de petitie Jeugd GGZ (getekend door verontruste mensen, patiënten en professionals, waaronder 250 hoogleraren), de Position Papers van de KNMG uit 2012 en 2013 evenals de gezamenlijke Position Paper ondertekend door het Landelijk Platform GGz (LPGGz), GGZ Nederland, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en psychotherapeuten (NVVP) en de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE) uit 2013. Wij onderschrijven de door hen eerder naar voren gebrachte argumenten (zie bijlage II).

Wij hopen dat u zich bij het bespreken van de Jeugdwet realiseert dat in het huidige voorstel de kinder- en jeugdpsychiatrie (Jeugd-GGZ) hierin meegaat, met bovenstaande beschreven, problemen, scenario's en risico's tot gevolg. Wij hopen dat u zich bewust bent van de enorme consequenties die dit zal hebben voor de zorg voor psychiatrisch zieke kinderen en hun ouders. Kinderen die recht hebben op medische zorg, net als kinderen met lichamelijke ziekten.

Wij verzoeken u dit mee te nemen in uw beraadslagingen.

Hoogachtend,

11 Kinder- en jeugdpsychiaters werkzaam bij diverse GGZ-instellingen  
[Namen op verzoek]

“ [...]Drie Zuid-Hollandse regio's, samen 42 gemeenten, hebben berekend dat de bezuinigingen op de jeugdzorg na 2015 fors hoger uitpakken dan het kabinet heeft aangekondigd [...]

(bron: NRC 26-09-2013: “Wethouders Zuid-Holland slaan alarm over budgetten jeugdzorg”)

“Kinderombudsman bezorgd om veranderingen in jeugdzorg.  
Kinderombudsman Marc Dullaert maakt zich zorgen over de aanstaande veranderingen in de jeugdzorg. Hij vreest dat de kwaliteit achteruitgaat als de verantwoordelijkheid voor de jeugdzorg in 2015 wordt overgeheveld naar de gemeenten. Volgens hem moet de stelselwijziging worden losgekoppeld van de bezuinigingen op de jeugdzorg. Dullaert verwijst daarbij tegenover de NOS naar de ervaringen in Denemarken. Daar werden de gemeenten al in 2007 verantwoordelijk voor de jeugdzorg. De eerste jaren na de hervorming kostte de jeugdzorg iets meer dan daarvoor. In Nederland wordt in vier jaar tijd juist vijftien procent bezuinigd. Deense gemeenten kochten in het begin vooral goedkope zorg in. Dat moet volgens hem nu achteraf worden gerepareerd. “Het mag niet zo zijn dat jij als kind tussen wal en schip valt omdat de gemeente niet voldoende plek heeft ingekocht, of simpelweg niet voldoende geld heeft”, zegt Dullaert daarover. Bovendien kan volgens de kinderombudsman niet alleen de kwaliteit, maar ook de toegang tot de jeugdzorg uiteen gaan lopen. “Ik hoop dus niet dat ons gaat overkomen dat dat je straks beter af bent in Groningen dan in Maastricht.”

(bron: <http://www.nrc.nl/nieuws/2013/10/06/kinderombudsman-bezorgd-om-veranderingen-in-jeugdzorg/>)

#### BRABANTSE GEMEENTERADEN NIET KLAAR VOOR JEUGDZORG

De gemeenteraden van Breda, Eindhoven, Den Bosch en Tilburg zijn onvoldoende voorbereid op de overdracht van de jeugdzorg. Ze moeten echter wel op korte termijn vergaande beslissingen nemen, en dus in actie komen. [...]

(bron: <http://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/nieuws/brabantse-gemeenteraden-niet-klaar-voor-jeugdzorg.9151916.lynkx>)

#### ONDUIDELIJKHEID BUDGET STRUIKELBLOK JEUGDPLANNEN REGIO

[...]In tegenstelling tot de Utrechtse RTA's is die van Twente al wel, via Twitter, openbaar gemaakt. Daaruit blijkt dat voor Twente in 2015 een tekort dreigt van ruim 23 miljoen. Volgens de meicirculaire 2013 krijgen de 14 gemeenten samen 125,9 miljoen euro. Daarvan is 123,1 miljoen euro beschikbaar voor zorg en ondersteuning, maar er lijkt – op basis van het huidige zorgvolume – 146,7 miljoen euro nodig te zijn. De Twentse gemeenten hebben besloten om bij het realiseren van de zorgcontinuïteit voor jongeren die op 31 december 2014 zorg hebben of daar recht op hebben, uit te gaan van het beschikbare en niet van het benodigde gecalculerde budget. [...]

(bron: <http://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/nieuws/onduidelijkheid-budget-struikelblok-jeugdplannen.9150851.lynkx>)

[uit: Position Paper KNMG - 14-06-2012]

## **I Overheveling kinder- en jeugdpsychiatrie naar gemeenten**

De KNMG is geen voorstander van de overheveling van de kinder- en jeugdpsychiatrie naar de gemeenten, omdat:

- kinder- en jeugdpsychiatrie curatieve medische zorg is en dus tot de Zvwverzekerde zorg behoort. Bij overheveling naar gemeenten, ontstaat er een ongelijkheid in de behandeling van kinderen met psychiatrische en somatische ziekten (die regelmatig samengaan). Binnen de gezondheidszorg ontbreekt dan de inhoudelijke en financiële samenhang tussen psychiatrische en somatische ziekten, maar ook tussen kinder- en jeugdpsychiatrie en andere medische disciplines waaronder volwassenenpsychiatrie.
- in de Zorgverzekeringswet is het recht op zorg verankerd. Bij overheveling naar de gemeente geldt dat niet meer. Binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) zal eerder sprake zijn van begeleiding en is men afhankelijk van de niet geormerkte budgetten die de gemeenten daarvoor beschikbaar stellen. Veel psychiatrische stoornissen op latere leeftijd blijken hun oorsprong in de kindertijd te hebben. Het is daarom van belang psychische problematiek bij jeugdigen zo vroeg mogelijk op te sporen en daarvoor een passend aanbod te doen
- door de beleidsvrijheid die gemeenten krijgen, zal er tussen gemeenten ongelijkheid ontstaan in de behandeling van kinderen en jeugdigen met psychiatrische ziekten.

De KNMG pleit ervoor om de kinder- en jeugd GGZ binnen de Zorgverzekeringswet te houden, zodat het individuele recht op medische zorg en de kwaliteit daarvan gewaarborgd blijven.

## **II Visie op medische zorg aan jeugdigen**

De KNMG werkt aan een visie op de medische zorg aan jeugdigen met als doel: een betere organisatie van het medisch netwerk rond jeugdigen vanaf het moment dat hun zorgvraag het medisch netwerk binnenkomt. De visie geeft onder andere aan wat het medisch netwerk nodig heeft om:

- te komen tot een integrale benadering en multidisciplinaire aanpak waar dat nodig is
- in de 1e lijn vroegtijdig psychische klachten op te sporen
- preventieve taken uit te kunnen voeren waar deze wetenschappelijk onderbouwd effectief zijn gebleken
- specifieke doelgroepen (zorgmijders, 16-23 jarigen etc.) te bereiken
- te komen tot afstemming met het terrein van opgroei- en opvoedproblemen.

Huisartsen, jeugdartsen, kinderartsen en kinder- en jeugdpsychiaters zijn betrokken. In een later stadium worden ook andere partijen betrokken. [..]

[uit: Gezamenlijke position paper LPGGz, NIP, NVVP, GGZ Nederland, LVE, ZN & NVvP, 28 augustus 2013]

### ***"[.] Nieuwe problemen door de gekozen oplossingsrichting***

*De keuze voor decentralisatie van de jeugd-ggz naar de gemeenten vanuit de Zvw moet dienen als oplossingsrichting voor de geconstateerde problemen, maar brengt nieuwe vraagstukken met zich mee. [..]*

#### ***1. Het stigma van ggz-problemen vergroot***

*De jeugd-ggz wordt in tegenstelling tot de somatische gezondheidszorg uit het verzekerd pakket gehaald. Daarmee wordt de suggestie gewekt dat geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen minder essentieel is dan somatische zorg, dat psychische ziekten vermijdbaar en te voorkomen zijn door preventie en goed ouderschap. Dit versterkt het stigma en onbegrip dat heerst rondom mensen met een psychische ziekte.*

#### ***2. Toegang tot jeugd-ggz niet gegarandeerd***

*Noodzakelijke (medische) zorg en ondersteuning moet toegankelijk en beschikbaar zijn voor jeugdigen en hun ouders ongeacht de gemeente waarin ze wonen. Door de jeugd-ggz uit de Zvw te halen en onder de regie van gemeenten te brengen is de toegang niet langer een verzekerd recht maar afhankelijk van de invulling van de gemeentelijke zorgplicht. Dat kan leiden tot rechtsongelijkheid en grote onzekerheid bij patiënten of het niet of te laat bieden van de geëigende noodzakelijke jeugd-ggz.*

### **3. Nieuwe schotten in de zorg**

#### *a) Schot tussen de zorg voor 18-min - 18-plus*

*Met de splitsing in financiële verantwoordelijkheid voor de jeugd-ggz (gemeenten) en volwassenen-ggz (Zvw) ontstaat er een schot tussen de zorg voor 18-minners en 18-plussers. Dat is problematisch. De zorgbehoefte van adolescenten wijzigt niet op de dag dat ze 18 jaar worden. Het ontwikkelen van een zorgcontinuüm wordt met de keuze voor een 'knip' bij 18 jaar belast in plaats van gestimuleerd.*

#### *b) Schot tussen financiering somatische en psychische zorg*

*Meer dan de helft van de jeugdigen die jeugd-ggz ontvangt, ontvangt ook tweedelijns somatische zorg. Daarom is het wenselijk dat de huisarts en de medisch specialist jeugdigen kunnen blijven doorverwijzen. We vrezen dat het financieren van de zorg uit twee systemen (Zvw en gemeenten) zal leiden tot afstemmingsvraagstukken en niet tot de gewenste integrale zorg voor jeugd.*

#### *c) Schot tussen zorg voor ouders en zorg voor het kind*

*Als ggz-zorg wordt geboden aan ouders en kinderen kan de bekostiging van zorg vanuit verschillende systemen belemmerend werken op het bieden van integrale zorg bijvoorbeeld doordat andere zorgverleners gecontracteerd zijn.*

#### *d) Onderscheid bekostiging extramurale medicatie en overige ggz-zorg*

*Gekozen is voor een systeem waarin de extramurale medicatie bekostigd blijft uit de Zvw en gesprekstherapie bekostigd gaat worden door de gemeenten. Volgens professionele richtlijnen is vaak een gecombineerde behandeling aangewezen. Volgens professionele richtlijnen zijn vaak beide interventies aangewezen als één integrale behandeling. Dit komt met gescheiden bekostiging en indicatiestelling in het gedrang.*

### **4. Doelmatig inkoopbeleid?**

*In het gekozen systeem krijgen 408 gemeenten een zorgplicht om de noodzakelijke jeugd-ggz te bieden aan hun minderjarige inwoners.*

*Zij werken daartoe in 41 regio's samen maar voor bepaalde delen van de jeugd-ggz zullen ze landelijke inkoopafspraken maken. Omdat delen van de zorg onder de Zvw blijven (huisartsenzorg, somatische zorg, extramurale medicatie, ggz-zorg voor volwassenen) is afstemming noodzakelijk tussen gemeenten en de zorgverzekeraars. Het werkgebied van zorgaanbieders daarentegen is niet georganiseerd op lokaal of regionale niveau.*

*Geconstateerd wordt dat gemeenten nog onvoldoende zijn voorbereid op hun nieuwe inkooptaak. De keuze voor een inkoopmodel op lokaal, regionaal en landelijk niveau trekt een wissel op sturing op kwaliteit en doelmatige inkoop. De stelselherziening waarborgt niet dat iemand in Zeeland kan rekenen op dezelfde kwalitatief goede zorg als iemand in Groningen. Continuïteit en kwaliteit van zorg moet gegarandeerd worden aan cliënten/patiënten en frictiekosten moeten zoveel mogelijk beperkt worden.*

*De beschikbaarheid van een voldoende gedifferentieerd aanbod, waarbij sprake is van voldoende keuzevrijheid voor de patiënt en een level playing field voor de verschillende aanbieders is niet gegarandeerd. Kortom, de complexiteit neemt toe, maar dat leidt niet automatisch tot doelmatigheid. [..]"*



Aanvullend uit voorgaande vanuit de KNMG:  
[uit Position Paper KNMG Nota van wijziging Jeugdwet 04-10-2013]  
“[...]

## **2. Behoud geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen in de ZvW**

*De aanspraak op kinder- en jeugdpsychiatrie moet geregeld blijven in het kader van de Zorgverzekeringswet, zodat het individuele recht op medische zorg en de kwaliteit daarvan in volle omvang gewaarborgd blijven.*

## **3. Verwijzing door huisarts, medisch specialist en jeugdarts niet beperken**

*De verwijsmogelijkheid van huisartsen, medisch specialisten en jeugdartsen naar de jeugd-GGZ moeten onverkort blijven bestaan; afspraken tussen gemeenten en artsen mogen geen beperking van de verwijsmogelijkheid tot gevolg hebben, omdat er geen inperking van de toegang tot medisch noodzakelijke zorg mag ontstaan. De gedachte dat de gemeente in het nieuwe stelsel kan beoordelen of de door de huisarts geconstateerde problematiek in samenhang met de aanpak van andere problematiek in het gezin moet worden gezien, mag niet resulteren in een inperking van de verwijsmogelijkheid. Bovendien moet het aanbod waarnaar verwezen kan worden toereikend zijn. [...]*

De Gezamenlijke leden van de LPGGz, NIP, NVVP, GGZ Nederland, LVE, ZN & NVvP stelden een alternatieve oplossing voor die het naar ons lijkt, minstens onderzocht moet worden op haalbaarheid in vergelijking tot de voorstellen uit de nu voorliggende Jeugdwet:

“[.]

### **Alternatieven**

[.]

- Behoudt de jeugd-ggz in de Zvw. Het voorkomt afstemmingsproblemen en nieuwe “knippen” in de zorg.
  - Sluit aan bij de beweging die door het veld gemaakt wordt met het bestuurlijk akkoord GGZ en onderzoek of de maatregelen uit dit akkoord toepasbaar zijn voor betere en goedkopere zorg voor jeugd en hun ouders.
  - Stimuleer verdere samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars, passend onderwijs en de zorgaanbieders uit de verschillende domeinen, met betrokkenheid van patiënten- en familieorganisaties.
  - Maak budgetverschuivingen tussen gemeenten en zorgverzekeraars mogelijk.
  - Voer de bekostiging van consultatie van GGZ-professionals door professionals in andere domeinen in.
  - Leg de verantwoordelijkheid van de gemeenten voor coördinatie van de samenwerking rond gezinnen met problemen met meerdere zorgdomeinen, vast in de Jeugdwet
  - Stimuleer initiatieven uit het veld die werken met een multidisciplinaire of outreachende aanpak, zoals FACT-jeugdteams en intensieve gezinsbegeleiding.
  - Harmoniseer het gedwongen kader, zodat voor alle jeugdigen eenzelfde rechtspositie ontstaat. Ongeacht of zij via de jeugdzorg of de ggz in gedwongen zorg komen. [...]
-