

Vragen en Opmerkingen over de conceptwettekst Jeugdwet (versie 18 juli 2012)

Auteur en eigenaar : Alice Broersma
Functie : stafmedewerker juridische zaken
Datum : 9 oktober 2012
Nr. : BB | AJB | 2012.08, versie 3

Contactgegevens

Contactpersoon : mr. A.J. (Alice) Broersma, stafmedewerker juridische zaken
Accare

Postadres : Postbus 39 | 9400 AA Assen

Bezoekadres : Beilerstraat 173 | 9401 PJ Assen

Telefoon : (0592) 857094 | (06) 46721247

e-mailadres : a.broersma@accare.nl

website : www.accare.nl

bereikbaarheid : op maandag, dinsdag, donderdag en vrijdagochtend

Inleiding

Op 19 juli 2012 is op de site van de overheid het conceptwettekst voor de nieuwe Jeugdwet gepubliceerd (www.internetconsultatie.nl/jeugdwet).

Aan betrokken partijen (jeugdigen, ouders, medewerkers en instellingen in de jeugdsector, gemeenten) en het publiek in brede zin wordt zicht gegeven op de besluitvorming tot nu toe en wordt de mogelijkheid geboden actief mee te denken over het wetsvoorstel.

Over enkele onderwerpen is de besluitvorming nog niet op detailniveau afgerond. In de komende maanden wordt hieraan verder gewerkt. Het betreft de volgende onderwerpen:

- de wijze van inbedding van de jeugdbescherming,
- de overheveling van psychofarmaca,
- de wijze van inbedding van de jeugd-ggz,
- de vormgeving van een geïntegreerd meldpunt voor huiselijk geweld en kindermishandeling.

Op alle onderdelen van het wetsvoorstel is reactie mogelijk voor *18 oktober 2012*. Reacties worden gepubliceerd nadat de consultatie is gesloten. Alleen die reacties worden gepubliceerd waarvan is aangegeven, door de inzender, dat deze openbaar mogen zijn.

Als jurist van Accare wil ik van deze reactiemogelijkheid gebruikmaken, gelet op mijn kennis van de vigerende wetgeving voor het jeugddomein. De Raad van Bestuur van Accare zal separaat reageren op de conceptwet.

Daarnaast komen er ook reacties van GGZ Nederland, de NVVP (bij beide organisaties ben ik uitgenodigd om hierin mee te denken. Ik zal ze dit stuk ook toesturen) en Defence for Children. Verder verwacht ik ook dat de KNMG en de Kinderombudsman zullen reageren.

In deze notitie maak ik een samenvatting met voor de jeugd-GGZ relevante artikelen en probeer ik de vragen, opmerkingen, onduidelijkheden, onjuistheden, etc. in kaart te brengen. Ik start met een aantal algemene opmerkingen die artikeloverstijgend zijn of die in de hele Jeugdwet niet naar voren worden gebracht om vervolgens artikelsgewijs verder te gaan. Aangegeven is dat de wijze van inbedding van de jeugd-ggz nog verder op detailniveau moet worden uitgewerkt. Hiermee zijn de ministeries dus nog aan de slag.

De insteek van deze notitie is vooral juridisch van aard, gebaseerd op het gezondheidsrecht en het jeugdrecht. Hier en daar worden wel strategische en tactische opmerkingen geplaatst maar een goede reactie op dit niveau laat ik graag over aan de bestuurders, aan GGZ NL en de beroepsverenigingen. In die reacties zullen overigens passages uit deze reactie terug te vinden zijn, omdat mede gebruik is gemaakt van eerdere concepten van deze notitie.

Algemene opmerkingen

- 1) Dit wetsvoorstel leidt tot een ingrijpende **paradigmaverandering** waarin het recht op zorg verdwijnt en de jeugd-GGZ en de jeugdzorg integraal onder publieke aansturing komt te vallen en in het welzijnsdomein komt te vallen. Dit heeft veel meer consequenties dan alleen het harmoniseren van de geldstromen. De jeugdzorg wordt straks onderwerp van de soms grillige lokale politiek met alle risico's van dien voor de kwaliteit van de zorg en de professionele autonomie van behandelaren. De jeugd-GGZ is een bundeling van kennis en van ontwikkeling van kennis uit de geneeskunde, psychologie en orthopedagogiek en die dreigt met de transitie naar de gemeenten te worden versnipperd c.q. in zijn voortbestaan te worden bedreigd.
- 2) Deze conceptwettekst gaat vooral over wie heeft wat waarover te zeggen en hoe dat geregeld moet worden. Er wordt niet ingegaan op de **inhoud van de zorg**, hoe "state of the art"gewerkt kan worden

en hoe de kwaliteit van deze zorg geborgd kan worden (via standaarden en richtlijnen die voortvloeien uit wetenschappelijk onderzoek, beroepsverenigingen, het Landelijk Kenniscentrum KJP, met andere woorden: evidence-based werken, innovatie, e.d.). Wel is er in artikel 4.1.2 een beschrijving opgenomen waarin staat dat de jeugdhulpaanbieder verantwoorde hulp dient te verlenen en waarin is aangesloten bij de professionele standaard van professionals (vgl. in de WGBO het goed hulpverlenerschap)

- 3) Het **recht op zorg** komt met deze conceptwettekst te vervallen. Er ontstaat een (niet-afdwingbare) jeugdhulpplicht voor de gemeente. De gemeente is verplicht om een jeugdige, gericht op de specifieke situatie, zodanig te helpen dat het binnen de gegeven mogelijkheden veilig en gezond opgroeit. Het is aan de beoordeling van de gemeente of zorg noodzakelijk is. Maar dit is niet hetzelfde als het recht op zorg zoals dat binnen de Zorgverzekeringswet geldt. Pas als er sprake is van een verleningsbeslissing van de gemeente dan kunnen hieraan rechten worden ontleend. Hiermee ontstaat daarmee ook discriminatie tussen minderjarigen en meerderjarigen met psychische problemen, omdat meerderjarige dit recht op zorg wel hebben.

Het individuele recht op curatieve gezondheidszorg is ook vastgelegd in artikel 24 van het Internationale Verdrag ter Bescherming van de Rechten van het Kind. Het recht op zorg bestaat onder meer uit de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Het is dan ook de vraag of dit wetsvoorstel voor de jeugd-GGZ in overeenstemming is met de Europese verdragen.

In de Memorie van Toelichting (p.35) staat dat de WGBO van toepassing blijven op professionals. Hierin is ook een zorgplicht opgenomen, wat eveneens geldt voor de artsen en psychiaters op basis van hun eed. En de vraag is hoe beide wetten zich tot elkaar verhouden.

Jeugd-GGZ kan onder de nieuwe Jeugdwet dus niet worden afgedwongen en jeugdigen zijn afhankelijk van de vraag of zijn behoeften worden erkend en zijn afhankelijk van de budgetten van de gemeenten. De gemeente bepaalt of en welke jeugdhulp wordt ingezet (ook de huisarts kan dat op basis van artikel 2.2.3.c en de gecertificeerde instellingen) en er wordt sterk gestuurd op preventie en eigen kracht en met de intentie om de 2^e lijnszorg terug te brengen en de zorg te “demedicaliseren”. Dit moedigt een keuze voor jeugd-GGZ bepaald niet aan.

De wetgever lijkt hierin drie zaken te miskennen:

- De kosten van de jeugdzorg liggen voor een groot gedeelte in al dan niet vrijwillige residentiële arrangementen. Als de overheid het tot haar taak rekent om normatieve (c.q. ideologische) uitspraken te doen over behandelinhoud en/of ondersteuning zou het logisch geweest als er ook zorg zou worden geuit over de omvang van de residentiële jeugdzorg.
- Veel ouders komen vanuit de eigen kracht en op eigen initiatief naar de jeugd-GGZ, juist omdat zij merken dat opgroeien niet soepel verloopt, bijvoorbeeld omdat daaronder mogelijke psychische problematiek onder ligt. Erkent de wetgever het bestaan van deze groep?
- De ontwikkeling van de KJP/jeugd-GGZ laat zien dat de behandeling steeds minder klinisch en steeds korter kan. Dit vraagt wel dat de behandeling breder voorhanden is. De wetgever lijkt dit laatste nu niet te erkennen.

De doelstelling om de zorg te demedicaliseren zal mogelijk in de hand werken dat professionals in de eerstelijns jeugdzorg dit als een opdracht en een taak zien en daar naar zullen handelen waardoor psychische problemen niet meer of te laat worden erkend. Het risico is dat de kennis in de jeugd-GGZ zal verdwijnen, omdat ons type zorg, dat een bovengemeentelijke schaal vergt, naar verwachting veel minder wordt ingekocht. Het gevaar is daarmee dat het kind met het badwater zal worden weggespoeld.

Nu de toegankelijkheid van de zorg wordt overgelaten aan beleidsvrijheid van de gemeenten en de gemeenten dit dienen vast te leggen in hun eigen beleidsplan kan de beschikbaarheid van de jeugd-GGZ per gemeente verschillen en kan er sprake zijn van rechtsongelijkheid. Hetzelfde geldt ten

aanzien de kwaliteit van de jeugdhulp en de wijze waarop (gemeentelijk) toezicht wordt gehouden op de zorg. In ieder geval is het een flinke achteruitgang van de rechtspositie van de cliënten.

- 4) In de conceptwettekst worden alleen extra **kwaliteitseisen** gesteld voor gecertificeerde instellingen, jeugdhulp met verblijf (o.a. de klinische voorzieningen in de jeugd-GGZ), intensieve ambulante jeugdhulp in het gedwongen kader en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling. Het gaat hierbij om bepalingen over het hulpverleningsplan, kwaliteitsbewaking, klachtenregeling, vertrouwenspersoon, medezeggenschap. Deze kwaliteitseisen zijn dus niet wettelijk verankerd voor jeugdigen die een andere vorm van jeugdhulp krijgen terwijl zij toch ook recht te hebben op kwalitatief goede zorg, een effectieve, laagdrempelige klachten- en geschillenregeling, informatie, medezeggenschap en een onafhankelijke vertrouwenspersoon (zie ook reactie Defence for Children, 31 mei 2012). Alsof jeugdigen in de ambulante jeugd-ggz niet kwetsbaar zijn. Nu de gemeente daarover met de jeugdhulpaanbieders afspraken moet maken kan dit leiden tot rechtsongelijkheid.

Als jeugd-GGZ zal het overigens geen grote klus zijn als het om kwaliteitseisen gaat. Aan de meeste eisen in onze sector wordt nu ook al voldaan op basis van de huidige wet- en regelgeving en HKZ-eisen.

- 5) De toegang (via een IBS of RM) en de uitvoering van de **gedwongen jeugd-GGZ** valt nog niet onder deze nieuwe Jeugdwet. Hierop blijft de BOPZ van toepassing. Wel komt de gedwongen jeugd-GGZ voor het overige onder de verantwoordelijkheid van de gemeente te vallen en moet de gemeente deze zorg ook financieren. Eerst wordt de parlementaire behandeling van de Wet Verplichte GGZ (als opvolger van de BOPZ) afgewacht voor dit onderdeel van de jeugdzorg wordt overgebracht naar de Jeugdwet en daarmee de wetgeving voor alle jeugdigen die verplichte jeugdhulp krijgen wordt geharmoniseerd. Mijn vraag is hoe is de crisisdienst wordt gewaarborgd onder de nieuwe Jeugdwet?
- 6) De **rol van de huisarts** lijkt goed vastgelegd (zie artikel 2.2.3.c) maar niet duidelijk is hoe dit in de praktijk vervolgens vorm krijgt. Is het besluit van de huisarts een verleningsbeslissing of moet de jeugdige eerst langs de gemeente om een verleningsbeslissing te halen of kan de huisarts rechtstreeks doorverwijzen naar de jeugd-GGZ met een melding aan de gemeente (zoals ook in de Wet op de Jeugdzorg was bedoeld)? Ook is niet duidelijk hoe verwijzingen van bijvoorbeeld kinderartsen of andere medisch-specialisten of verwijzingen van andere GGZ-professionals (bijvoorbeeld professionals uit de eerste lijn) of jeugdhulpaanbieders vorm krijgen. In het voorstel ligt er alleen een rol van de huisarts terwijl in de Wet op de Jeugdzorg ook daarmee gelijkgestelde behandelaren rechtstreeks konden doorverwijzen (zie artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit van de Wet op de Jeugdzorg).
- 7) Als jeugd-GGZ kun je straks niet meer bepalen welke jeugdhulp nodig is. De bepalers zijn straks de gemeente, de huisarts en gecertificeerde instellingen die kinderbeschermingsmaatregelen of jeugdreclasseringsmaatregelen uitvoeren. Ben je als instelling **verplicht om te leveren**? Kun je nog voorwaarden stellen? En moet je dit dan vastleggen in de contracten met de gemeenten? Stel een gezinsvoogd van een gecertificeerde instelling die een OTS uitvoert is van mening dat een opname is geïndiceerd terwijl de psychiater van de kliniek vanuit zorginhoudelijk oogpunt ambulante mogelijkheden ziet en intensieve ambulante hulp beter vindt. Moet de kliniek dan toch opnemen als de gezinsvoogd niet van mening veranderd? En wat als de deskundigheid van de bepalers over psychiatrische problemen te wensen overlaat, met andere woorden: er wordt geïndiceerd zonder dat daar goede diagnostiek aan ten grondslag ligt? Andersom kan de jeugd-GGZ niet doorverwijzen naar andere jeugdhulpaanbieders zonder tussenkomst van de gemeente.
- 8) In het voorstel voor de Jeugdwet komt het woordje **diagnostiek** niet voor en in de concept Memorie van Toelichting slechts één keer maar dan in een ander kader: "Door de jeugd-ggz te decentraliseren ontstaan er meer mogelijkheden voor integrale diagnostiek en voor integrale zorg aan jeugdigen met

problematiek op meerdere vlakken en sneller signaleren en handelen in de voorzieningen rondom jeugd en gezin". En één keer het woordje "diagnose" maar dan in relatie tot plaatsgevonden kindermishandeling. En dat terwijl de jeugd-GGZ zelf niet meer kan bepalen welke jeugdhulp nodig is. Evenals eerder bij de totstandkoming van Wet op de Jeugdzorg onduidelijk was hoe strikt BIZ ging indiceren geldt hetzelfde nu bij de indicatiestelling door de gemeenten en de andere instellingen. Ook in de definitie van jeugdhulp ("ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en hun ouders bij het voorkomen, verminderen, stabiliseren, behandelen en opheffen van of omgaan met de gevolgen van psychische problemen, psychosociale problemen of gedragsproblemen van de jeugdige, of opvoedingsproblemen, waaronder ondersteuning, hulp en zorg die verleend wordt in het kader van een kindbeschermsmaatregel of jeugdreclassering") is diagnostiek niet opgenomen en moet je creatief denken om het onder de definitie te vatten. Het gevaar is dat het denken in termen van ziekte/stoornissen/diagnoses en behandeling straks ondersneeuwt in het welzijnsdenken waarin het meer gaat om participatie en beter opvoeden. Het gevaar is dat onderliggende psychische problematiek bij jeugdigen niet meer of veel te laat zal worden erkend.

- 9) In de Memorie van Toelichting (p.35) staat dat **de WGBO en de BIG** van toepassing blijven op professionals als verpleegkundigen, (jeugd-) artsen, psychiaters, verloskundigen en gezondheidspsychologen. (en ik neem aan dat dit ook voor niet genoemde BIG-professionals als de psychotherapeut, de klinisch psycholoog en de klinisch neuropsycholoog geldt). Ook na de wijziging van het jeugdstelsel zullen deze wetten voor hen blijven gelden. Maar niet duidelijk wordt hoe de WGBO en de Jeugdwet zich tot elkaar verhouden. Is de WGBO dan een *lex specialis* van de Jeugdwet of juist andersom? Zit het bijzondere in jeugd of juist in de bijzondere aard van de zorg? Met andere woorden: welke wet gaat voor? Dit is wel van belang om te weten in verband met bepalingen over de geheimhoudingsplicht (dit is strikter in de WGBO), toestemming, inzagerecht, de aanwezigheid van een behandelingsovereenkomst (wel in de WGBO, niet in de Jeugdwet), etc.

Het is wel fijn om hier te lezen dat het ministerie van mening is dat ook artsen, gz-psychologen en andere BIG-beroepen handelingen op het gebied van de geneeskunst uitvoeren en dat hier dus de WGBO van toepassing is. Voor de goede orde: de WGBO is niet gekoppeld aan personen (m.u.v. de arts of tandarts) maar aan de aard van de zorg (nl. handelingen op het gebied van de geneeskunst). Zie ook mijn opmerkingen later over de definitie van jeugd-GGZ.

Verder wordt de Wet Cliëntenrechten Zorg (WCZ) nadrukkelijk uitgesloten in de conceptwettekst. Maar hoe gaat dit verder als nog niet duidelijk is welke de rol van de WGBO gaat spelen ten opzichte van de WCZ?

Ik zou er nadrukkelijk voor willen pleiten om de WGBO van toepassing te laten blijven op de zorg die de jeugd-GGZ biedt, ongeacht of deze door BIG-geregistreerde of niet BIG-geregistreerde professionals wordt uitgevoerd.

- 10) Hoe kan **academische kinder- en jeugdpsychiatrie** in dit stelsel nog bestaan en vorm krijgen? Academische centra, beroepsverenigingen en zorgaanbieders borgen gezamenlijk een internationaal en samenhangend systeem van opleiding, onderwijs en onderzoek (zie reactie GGZ NL, 6 april 2012). Wat zijn jeugdhulpinterventies die de cliënt wat opleveren, die bewezen effectief zijn of evidence-based? Daarbij moet worden aangesloten bij wetenschappelijke kennis, kennis die wordt verzameld uit het doen van wetenschappelijk onderzoek en andersom kan kennis uit de praktijk door research verder worden onderzocht. En daar is een zekere schaalgrootte voor nodig. Het lijkt me van groot belang dat gemeenten daaraan bijdragen. Het is niet duidelijk welke garanties er zijn voor het behoud van de kennis die in de jeugd-GGZ aanwezig is. In de huidige plannen bestaat er een groot risico dat de kennis versnipperd. De bekostiging van innovatie (bijvoorbeeld ontwikkeling e-health met evidence based programma's in samenwerking met universiteiten), wetenschappelijk onderzoek, nascholing in het kader van de wet BIG en trajecten van kwaliteitsverbetering moeten gewaarborgd te zijn.

- 11) Wat zijn de consequenties voor de **ziekenhuispsychiatrie**?
- Op basis van deze conceptwettekst kunnen de medisch specialisten van de kinderafdeling (kinderartsen, neurologen, revalidatieartsen en revalidatie-instellingen) niet doorverwijzen naar de jeugd-GGZ terwijl hier sprake zou moeten zijn van een soepele verwijssysteem. Dit lijkt te meer van belang omdat er waarschijnlijk een toename van de stroom naar de kinderartsen gaat plaatsvinden voor de behandeling van bv. ADHD en eetstoornissen. Wanneer kinderartsen niet soepel mogen doorverwijzen of geen consultatie kunnen krijgen, dan is het effect een *toename* van medicalisering. Dit effect is sowieso al te verwachten als de huisarts bij de toegang naar de kinderpsychiater allerlei barrières tegen gaat komen. Nu al is een belangrijk deel van de eerste prescriptie van stimulantia en antipsychotica van de kinderarts en de huisarts, en niet van de kinderpsychiater.
 - Hoe wordt omgegaan met supraregionale verwijzingen en consultatierelaties? Bijv. in het UMCG liggen kinderen uit alle windstreken van Nederland inclusief het Caribisch gebied, waar de kinder- en jeugdpsychiater in potentie bij betrokken kan worden. Een route langs gemeentelijke indicatiestelling is ondoenlijk en onjuist. De gemeente Aa en Hunze zal er mogelijk geen belang bij hebben dat er een kinderpsychiater bij de longtransplantatiepatiënten komt. Dus hoe blijft die functie gefinancierd? En moeten de gemeenten ook afspraken maken met de algemene en/of academische ziekenhuizen over de inbreng van de kinder- en jeugdpsychiater?
- 12) En hoe is de samenhang tussen de jeugd-GGZ en de somatische zorg gewaarborgd? Bijvoorbeeld bij jongeren met eetstoornissen?
- 13) Ik mis in het wetsvoorstel nog iets over de **second opinion**. Wat als je als kind/ouders een second opinion wil bij een andere instelling, al dan niet buiten de eigen gemeente? In de gezondheidszorg is dit goed geregeld, in de nieuwe Jeugdwet komen ouders terecht in de bezwaar- en beroepsprocedures). En vraag twee is: wie financiert de second opinion?
- 14) De nummering tussen de wetsartikelen en de Memorie van Toelichting lijkt niet overal met elkaar te corresponderen.

Opmerkingen per artikel

Hoofdstuk 1 Begrippenkader

Zie ook art.

- 1.1 *Accommodatie*: de definitie is niet van toepassing op de jeugd-GGZ
Calamiteit: is zelfde definitie als in de Kwaliteitswet
Gecertificeerde instelling: de jeugd-GGZ instellingen zijn geen gecertificeerde instellingen. Dit zijn alleen instellingen die gesloten jeugdhulp, voogdij of kinderschermingsmaatregelen (KBM) of jeugdreclasseringsmaatregelen (JRM) uitvoeren.

Jeugd-geestelijke gezondheidszorg

Onder de **definitie van jeugd-GGZ** valt:

- de geneeskundige zorg die medisch specialisten en klinisch psychologen plegen te bieden en die een jeugdige nodig heeft ivm een psychische stoornis;
- verblijf dat medisch noodzakelijk is ivm met de geneeskundige zorg onder a, al dan niet gepaard gaande met de verstrekking van psychofarmaca, verpleging, verzorging, of paramedische zorg, en
- verpleging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg.

2.2.3.c
10.2

De definitie komt uit het Besluit Zorgverzekeringen (zie ook bij artikel 10.2)

? **Opmerking/Vraag**

Deze definitie sluit m.i. niet goed aan bij de werkelijkheid in de jeugd-GGZ, waar veel zorg wordt geboden door beroepsgroepen die niet in dit artikel worden genoemd: ggz-artsen, gz-psychologen, orthopedagoog-generalisten, gedragstherapeuten, gedragswetenschappers, thuisbehandelaren (die niet vallen onder de categorie verpleegkundige zoals genoemd onder c). De jeugd-GGZ is een bundeling van kennis en van ontwikkeling van kennis uit de geneeskunde, psychologie en orthopedagogiek.

- Valt deze zorg die door andere beroepsgroepen wordt geboden dan niet onder de jeugd-GGZ?
- En betekent dat dat de huisarts hiervoor niet kan bepalen dat deze zorg nodig is?
- Of is er alleen sprake van jeugd-GGZ als de behandelverantwoordelijkheid ligt bij een (kinder- en jeugd)psychiater of klinisch psycholoog c.q. als er een (kinder- en jeugd)psychiater of klinisch psycholoog is betrokken bij de behandeling? (Dit lijkt me niet meer van deze tijd en qua capaciteit bijna niet mogelijk).

Jeugdhulp: ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en hun ouders bij het voorkomen, verminderen, stabiliseren, behandelen en opheffen van of omgaan met de gevolgen van psychische problemen, psychosociale problemen of gedragsproblemen van de jeugdige, of opvoedingsproblemen, waaronder ondersteuning, hulp en zorg die verleend wordt in het kader van een kinderschermingsmaatregel of

Vragen en Opmerkingen over de conceptwettekst Jeugdwet

jeugdreclassering; In de MvT wordt uitleg gegeven over de begrippen psychosociale problemen en psychische problemen.

? **Vraag:** onder welke begrip wordt diagnostiek/onderzoek ondergebracht?

Jeugdhulpaanbieder: degene die voor de gemeente daadwerkelijk de jeugdhulp uitvoert (dit is meestal de instelling die jeugd-GGZ biedt (als rechtspersoon) of vrijgevestigde professionals.

Jeugdhulpverlener: is degene die daadwerkelijk hulp verleent (bijv. in ons geval in dienst van een jeugdhulpaanbieder). Bij vrijgevestigde professionals vallen de begrippen jeugdhulpverlener en jeugdhulpaanbieder samen.

Jeugdige:

Voor dit wetsvoorstel is gekozen voor een leeftijdsgrens van 18 jaar, met de mogelijkheid om de jeugdhulp voort te zetten of te hervatten totdat de jeugdige 23 jaar is geworden.

! **Opmerkingen:**

- vanaf het 18^e jaar maakt de geestelijke gezondheidszorg onderdeel uit van de aanspraak medisch specialistische zorg op basis van de Zorgverzekeringswet en waarop alle waarborgen van het cliëntenrecht van toepassing zijn. Ik vind het vreemd dat dit gekoppeld is aan leeftijd en niet aan de aard van de zorg. Waarom is jeugd-GGZ geen medisch specialistische zorg? Je kunt dit zien als discriminatie tussen meerderjarigen en minderjarigen.
- Hoe verhoudt de leeftijdsgrens van 23 jaar zich tot de aanspraak op medisch-specialistische geestelijke gezondheidszorg vanaf 18 jaar?

Kindermishandeling;

De definitie is overgenomen uit de Wet op de Jeugdzorg. Deze definitie wordt ook in de meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling van de KNMG gehanteerd. 4.1.6

Kwaliteitsregister:

Dit is een apart register voor de jeugdzorg, naast het BIG-register (geen dubbele registratie). 4.1-4.3
Hierin moeten jeugdzorgwerkers (HBO) en gedragswetenschappers in de jeugdzorg (WO) worden ingeschreven.

Matige tot diepe verstandelijke handicap:

De nieuwe Jeugdwet is niet van toepassing op jeugdigen met een IQ van 50 of lager. 1.2

! **Gewenste aanvulling:**

- Wettelijk vertegenwoordiger/wettelijk vertegenwoordigers

Hoofdstuk 2 De verantwoordelijkheid van de gemeente

2.1.1 De gemeente (i.c. het college Burgemeester & Wethouders (B&W)) is verantwoordelijk voor jeugdhulp en de uitvoering van kindbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering.

De gemeente treft indien nodig voorzieningen op het gebied van jeugdhulp, op dat de jeugdige gezond en veilig kan opgroeien, kan groeien naar zelfstandigheden en kan deelnemen aan het maatschappelijk verkeer, rekening houdend met zijn ontwikkelingsniveau.

Er geldt een woonplaatsbeginsel. Dat wil zeggen dat de gemeente waar degene die het gezag draagt over een jeugdige verantwoordelijk is. Als een jongere uit huis wordt geplaatst in een andere gemeente dan is de gemeente van de gezagdragers financieel verantwoordelijk. Wonen de ouders in verschillende gemeenten dan is de gemeente bij wie het kind feitelijk verblijft c.q. het laatst heeft verbleven, verantwoordelijk.

? **Vraag:** Bij co-ouderschap zal het dan waarschijnlijk gaan om de gemeente waar het kind is ingeschreven. Als er dan ook zorg nodig is bij/voor de andere ouder, ook al woont deze in een andere gemeente, is de gemeente waar het kind is ingeschreven daar ook verantwoordelijk voor.

? **Vragen:**

- Hoe is de jeugdhulp geregeld voor buitenlandse kinderen of Nederlandse kinderen die in het buitenland wonen?
- Hoe is de jeugdhulp geregeld voor illegale kinderen of kinderen die niet zijn ingeschreven in de gemeentelijke basisadministratie?
- Hoe is de jeugdhulp geregeld voor zwerfjongeren die hulp nodig hebben in een andere gemeente?
- Hoe is de jeugdhulp geregeld bijv. bij samengestelde gezinnen waarbij verschillende kinderen uit een gezin in verschillende gemeenten zijn ingeschreven?
- Hoe is de continuïteit van de jeugdhulp gewaarborgd als een kind lopende het jeugdhulptraject naar een andere gemeente? Moet er dan een nieuwe verleningsbeslissing komen van de nieuwe gemeente of houdt het kind aanspraak op basis van de verleningsbeslissing van de oude gemeente? En hoe verhouden de oude en nieuwe gemeente zich ten opzichte van elkaar. Gaan ze verrekenen of moet de nieuwe gemeente de aanspraak overnemen?

2.1.2 Daar waar nodig ter uitvoering van de verantwoordelijkheid in het eerste lid treft de gemeente voorzieningen. Het is niet aannemelijk dat de gemeente alle vormen van jeugdhulp onbeperkt zal aanbieden aan alle jeugdigen en hun ouders binnen de gemeente.

De gemeente zal daarom zelf onderscheid moeten maken tussen jeugdhulp die zij vrij toegankelijk maakt voor iedere jeugdige of ouder jeugdhulp die niet vrij toegankelijk zijn.

Voor de niet vrij toegankelijke vormen van jeugdhulp zal eerst beoordeeld moeten worden of de jeugdige of zijn ouders deze

Vragen en Opmerkingen over de conceptwettekst Jeugdwet

ondersteuning daadwerkelijk nodig hebben (indicatiestelling). Deze niet vrij toegankelijke voorzieningen veronderstellen altijd een **verleningsbeslissing** op basis van een **beoordeling** van de persoonlijke situatie en behoeften van de aanvrager. Het verlenen van een dergelijke individuele voorziening brengt verder met zich dat hiervoor een **beschikking** wordt afgegeven, waarmee de rechtsbescherming van de burger wordt gewaarborgd. Tegen deze beschikking staat in beginsel **bezwaar en beroep** open voor de betrokkene.

! Opmerking: Dit toont hoe zeer het van belang is dat de beoordelende professional ook zicht heeft op andere problematiek dan alleen opvoedproblemen.

De verantwoordelijkheid van de gemeenten wordt wel vergaand opgepakt. Zo is de gemeente verantwoordelijk voor een goede overdracht van de zorg *bij de overgang van een jeugdige* van de jeugd-ggz naar de volwassen ggz, en goede afspraken met de somatische zorg.

? Vraag: Hoe gaat de gemeente deze verantwoordelijkheid oppakken?

2.2.1 De in 2.1 vastgelegde verantwoordelijkheid omvat de volgende taken

- a) het versterken van het opvoedkundig klimaat in gezinnen, wijken, buurten, scholen en kinderopvang (basisvoorzieningen);
- b) het voorzien in een kwalitatief en kwantitatief toereikend aanbod van de verschillende vormen van jeugdhulp, waarbij de jeugdhulp op een laagdrempelige en herkenbare manier wordt aangeboden en 7 x 24 uur per week bereikbaar en beschikbaar is voor situaties waarin onmiddellijke uitvoering van taken is geboden;
- c) het advies geven over en het bepalen en inzetten van de aangewezen vorm van jeugdhulp op verzoek van de jeugdige of zijn ouders, na een melding van een derde, uit eigen beweging of in het kader van een rechterlijke beslissing inzake gesloten jeugdhulp;
- d) het advies geven aan een degene die beroepsmatig met jeugdigen werkt over de door hem voorgelegde vragen en problemen (consultfunctie);
- e) het per telefoon laten adviseren aan jeugdigen over de door hen telefonisch voorgelegde vragen en problemen (kindertelefoon);
- f) het doen van een verzoek tot onderzoek bij de raad voor de kinderscherming zodra het college tot het oordeel komt dat een maatregel met betrekking tot het gezag over een minderjarige overwogen dient te worden (huidige taak van de Toegang van BJZ);
- g) het compenseren van beperkingen in de zelfredzaamheid en de maatschappelijke participatie van een jeugdige, waardoor de jeugdige, in overeenstemming met zijn ontwikkelingsniveau, in staat wordt gesteld dagelijkse levensverrichtingen uit te voeren en het persoonlijk leven te structureren en daarover regie te voeren (huidige begeleidingsfunctie AWBZ);
- h) het voorzien in een toereikend aanbod van gecertificeerde instellingen (bij KBM en JRM geldt een leveringsplicht voor de gemeente);
- i) de aanwijzing van een onafhankelijke vertrouwenspersoon waarop jeugdigen en ouders die jeugdhulp in de zin van deze wet ontvangen, een beroep kunnen doen (naast de in artikel 4.2.3 genoemde vertrouwenspersoon voor de instellingen), en
- j) j. het voorzien in maatregelen om kindermishandeling te voorkomen.

Vragen en Opmerkingen over de conceptwettekst Jeugdwet

- 2.2.1 .b Het college is verantwoordelijk om te voorzien in een kwalitatief en kwantitatief toereikend aanbod van de verschillende vormen van jeugdhulp, waarbij de jeugdhulp op een laagdrempelige en herkenbare manier wordt aangeboden en 7 x 24 uur per week bereikbaar en beschikbaar is voor situaties waarin onmiddellijke uitvoering van taken is geboden;

Bij een interventie wordt uitgegaan van de eigen kracht en het sociale netwerk van betrokken jeugdigen en is de inzet gericht op herstel en versterking daarvan. Ook vindt afstemming met eventuele ondersteuning op school plaats. Het idee is dat de ondersteuning wordt geboden door de gemeente (bijv. in het CJG) en dat daar ingeschat wordt of specialistische hulp noodzakelijk is of dat een kindbeschermsmaatregel overwogen moet worden. 2.6

Gemeenten straks de vrijheid hebben om de keuze te maken voor aanbesteden of voor het subsidiëren van instellingen waarvan zorg wordt afgenomen. **De inkoopvorm** die gekozen wordt zal voortvloeien uit het type opdrachtgever dat een gemeente wil zijn, aansluitend bij de manier waarop de gemeente bijvoorbeeld zelf regie wil voeren.

? **Vraag:** hoe verhoudt zich dit met de keuzevrijheid voor cliënten?

- 2.2.1 .c Het college 2.2.4
– Geeft advies over (vraagbaakfunctie) 2.2.5
– Bepaalt
– En zet de aangewezen vorm van jeugdhulp in op verzoek van de jeugdige of zijn ouders, na melding van een 3^e uit eigen beweging of in het kader van een rechterlijke beslissing inzage gesloten jeugdhulp.

Er kunnen op grond van een AMVB regels worden gesteld aan het opleidingsniveau en de deskundigheid van medewerkers van de gemeente die de indicatiestelling doet.

Er wordt geheel open gelaten hoe de gemeente deze verantwoordelijkheid kan invullen. Verwacht wordt dat dit via het CJG zal gaan lopen maar dat hoeft niet. Een loketje op het gemeentehuis blijft nog steeds tot de mogelijkheden behoren. Mits er maar deskundige medewerkers aan het loket zitten die deskundig zijn om problemen (psychische, psychosociale, gedragsproblemen, opvoedingsproblemen) te herkennen en ook deskundig zijn op het aanwezige aanbod. Het is een triagefunctie, vgl. met de huisarts in de gezondheidszorg. De gemeente kan zelf mensen in dienst nemen maar deze rol ook uitbesteden.

? **Vragen**

- Er moet sprake zijn van een goede vraaganalyse en diagnosestelling, bij voorkeur door een multidisciplinair team. Is het reëel om van de (kleinere) gemeente te verwachten dat ze over deze deskundigheid beschikken als het gaat om psychische problemen, die

Vragen en Opmerkingen over de conceptwettekst Jeugdwet

soms ook verband houden met de somatische zorg of de ggz voor volwassenen?

- En wat als er geen “klik” tussen ouders en de professional c.q. er geen vertrouwen is in de professional? Is er dan een alternatief vgl. met de vrije artsenkeuze?

2.2.3 Rol huisarts

.c

Het college stelt de huisarts, voor zover het jeugd-GGZ betreft, in staat om dit advies te geven over en te bepalen wat de aangewezen vorm van jeugdhulp is en het college zet de door de huisarts bepaalde vorm van jeugdhulp in.

Dit houdt een verplichting van het college in om de door de huisarts geadviseerde en bepaalde vorm van jeugdzorg ook in te zetten. De huisarts houdt hierdoor de rol die hij had. De gemeente is gehouden om de zorg te vergoeden.

? Vragen.

Maar hoe gaat dit straks in de praktijk, welke gemeentelijke slagbomen moet de jeugdige passeren voor hij bij de jeugd-GGZ binnen is?

De **adviesrol**. Moet de huisarts eerst doorverwijzen naar de gemeente die vervolgens met het bindende advies van de huisarts bepaalt dat een jeugdige naar de jeugd-GGZ mag (stempelen)? En door wie wordt de huisarts dan ingeschakeld? Kan de gemeente de huisarts om advies vragen bij het bepalen van de jeugdhulp? En mag de huisarts dan alleen het gevraagde advies geven of ook bepalen dat een kind naar de jeugd-GGZ moet? Met andere woorden kan een vraag om advies door de huisarts op eigen initiatief worden gewijzigd in het een bepaling van welke jeugdhulp nodig is?

Bepalende rol. Als de huisarts bepaalt dat een jeugdige jeugd-GGZ nodig heeft kan het dan rechtstreeks door naar de jeugd-GGZ en hoe is de informatievoorziening naar de gemeente dan geregeld? Is dit dan op basis van de uitzondering op de geheimhoudingsplicht in 7.3.5 lid 3? Een en ander hangt af van de regie die de gemeente wil houden. De gemeente zal als financier van de jeugdhulp willen weten wie dit ontvangt. En wordt de informatie dan gedeeld met de CJG? Moet er niet explicieter in de wet opgenomen worden dat verschillende gemeentelijke databanken niet zonder meer gekoppeld worden of dat daar in ieder geval uitzonderingsmogelijkheden mogelijk in zijn.

En stel dat een huisarts bepaalt dat een kind niet naar de jeugd-GGZ moet. Kan een jeugdige c.q. een ouder daar dan bezwaar tegen aantekenen zoals dat ook bij de gemeente kan?

! Opmerking

Er lijkt geen bepalende of adviserende rol weggelegd voor bijvoorbeeld kinderartsen of andere medisch-specialisten of verwijzingen van andere GGZ-professionals, zoals dat nu wel gebruikelijk is. Er moet sprake zijn van een soepel verwijssysteem tussen somatisch artsen/specialisten en de jeugd-GGZ (bijvoorbeeld bij kinderen met een eetstoornis of kinderen die in het algemeen ziekenhuis terecht komen na een suïcidepoging). Hetzelfde geldt voor een verwijzing van kinderen vanuit de ggz voor volwassenen. Het is onlogisch en niet

Vragen en Opmerkingen over de conceptwettekst Jeugdwet

efficiënt dat hier de schakel van de huisarts of de gemeente nog tussen zit.

- 2.2.4
.6 De gemeente moet waar redelijkerwijs mogelijk **keuzevrijheid** bieden mbt het inzetten van jeugdhulp en rekening houden met de eigen mogelijkheden, behoeften en persoonskenmerken van de jeugdige en zijn ouders, met godsdienstige gezindheid, levensovertuiging en culturele achtergrond.

MvT (p. 73/74): De keuzevrijheid is niet ongeclausuleerd. De gemeente is niet verplicht om bij elke voorziening die zij de jeugdige of zijn ouders aanbiedt, bijvoorbeeld de keuze te geven uit verschillende aanbieders, maar ze is wel verplicht aan dit vraagstuk de nodige aandacht te schenken en daar waar mogelijk keuzevrijheid te geven.

? Vraag

Is het recht op keuzevrijheid wel goed gewaarborgd met deze toelichting?

Vanuit het recht op zorg kunnen jeugdigen en ouders een vrije keuze maken uit de instellingen met wie contracten zijn gesloten met de zorgverzekeraar. De toelichting suggereert dat de keuze in het aanbod beperkter zal worden.

- 2.3 Het AMK en het Steunpunt Huiselijk Geweld gaan samen tot een **Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling (MHK)**
- Meldpunt
 - Onderzoek
 - Beoordelen wat te doen
 - In kennis stellen instantie passende professionele hulp (rechtstreekse verwijzing of terug naar de gemeente die bepaalt?, mogelijk nader aan te vullen in AMvB?)
 - In kennis stellen zo nodig politie en Raad voor de Kinderbescherming
 - Advies over te nemen stappen bij vermoeden
 -
- 2.4 **Bovenregionale samenwerking** van de colleges.
Er is geen verplichting om bovenregionaal samen te werken anders dan bij het voorzien in het aanbod van gecertificeerde instellingen en het MHK. Alleen een AMvB kan dit verplichten.

- ! **Opmerking:** Een en ander hangt af van de regie die de gemeente wil houden. Bovenregionale inkoop is ook een garantie voor continuïteit van de specialistische jeugdzorg. Door alle middelen te verdelen over alle gemeenten komt de gespecialiseerde zorg in gevaar. Een verplichting tot bovenregionale inkoop van jeugd-GGZ ligt in de rede (i.i.g. de gespecialiseerde functies zoals de klinische functies, waaronder de BOPZ-afdelingen, de dagbehandeling maar ook de ambulante zorg voor complexe doelgroepen).

- 2.5 **Planverplichting.** De gemeenteraad stelt de plannen vast die richting geven aan de door de gemeenteraad en het college te nemen beslissingen betreffende jeugdhulp, kinderschermingsmaatregelen en jeugdreclassering. Plannen voor 4 jaar. O.a. de kwaliteitseisen die de gemeente aan de jeugdhulp zal stellen. Er vindt een afstemming plaats met de domeinen onderwijs, zorg, maatschappelijke ondersteuning, werk en inkomen en politie en justitie.

! Opmerking

Hierin schuilt het gevaar van ongelijkheid van de rechtspositie van kinderen. Beleidsregels van de gemeenten zijn geen wettelijke voorschriften in de zin van de Algemene Wet Bestuursrecht. De gemeenten zijn niet bevoegd om handhavend op te treden ten aanzien van overtreding van de in beleidsregels genoemde kwaliteitseisen. (bron: reactie Defence for Children, 30 mei 2012).

- 2.6 Ook moet er in een verordening regels komen over de voorwaarden van, de wijze van beoordeling van, en de afwegingsfactoren bij de toegang tot **individuele voorzieningen**. In de verordening moet een regeling worden getroffen over de wijze waarop de toegang tot en de toekenning van een individuele voorziening is afgestemd met andere voorzieningen op het gebied van zorg, onderwijs, maatschappelijke ondersteuning, werk en inkomen.

Het gaat hier om individueel te verlenen voorzieningen, die aan de behoefte van het individu zijn aangepast. Een individuele voorziening zal vaak betrekking hebben op meer gespecialiseerde zorg, zoals de jeugd-GGZ. Die zorg is niet vrij toegankelijk maar kan alleen worden gekregen mbv een **verleningsbeslissing** van de gemeente. Een positieve verleningsbeslissing vestigt een aanspraak op die hulp ten opzichte van de gemeente. De aanspraak kan bestaan uit een individuele voorziening in natura, een financiële tegemoetkoming of een individuele voorziening in natura vergelijkbaar en toereikend persoonsgebonden budget.

Indien de jeugdige of diens ouders het niet eens zijn met een besluit van de gemeente, kunnen zij bezwaar maken bij de gemeente en, indien nodig, vervolgens naar de rechter gaan. Uiteindelijk beslist de rechter of een individuele voorziening noodzakelijk wordt geacht. 2.2.3.b

De gemeente krijgt hier de verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat bij de beoordeling of en welke individuele voorziening een jeugdige of zijn ouders nodig heeft,

- Er wordt bekeken of de ouders m.b.v. de sociale omgeving hun kind nog voldoende kunnen verzorgen en opvoeden (eigen kracht) of dat een onderzoek naar een maatregel overwogen dient te worden (vgl. artikel 9 Wet op de Jeugdzorg)
Als de gemeente tot een oordeel komt dat het niet veilig genoeg is dan is het verplicht om een melding te doen bij de Raad voor de Kinderbescherming die een onderzoek naar de noodzaak van een KBM kan starten.

- ! Opmerking:** met deze toelichting wil ik nooit meer het antwoord van de gemeente krijgen als antwoord op onze zorgen: wij leiden u niet door naar de Raad want er is nog hulp in het gezin. Als de jeugdhulpaanbieder zich zorgen maakt over de veiligheid van de kinderen dan is onderzoek geboden. 2.2.3.a

Vragen en Opmerkingen over de conceptwettekst Jeugdwet

- Er wordt zo nodig overleg gepleegd met het bevoegd gezag van de betreffende school.
- ? **Vraag:** hoe verhoudt dit zich tot het beroepsgeheim? En wat als de jeugdige/ouders niet willen dat de school op de hoogte is van hun problemen (die zich niet alleen beperken tot het kind) en de gemeente vindt het wel nodig?

Hoofdstuk 3 Gecertificeerde instellingen

- 3.1 Het college of het MHK kan een verzoek tot onderzoek doen aan de **Raad voor de Kinderbescherming** (Nu: via AMK of de Toegang van BJZ). Net als nu is er een rechtstreekse toegang bij acute en ernstige situatie.
- 3.2 De uitvoering van een BOPZ-machtiging valt nog steeds onder de BOPZ en niet onder de nieuwe Jeugdwet. Een jeugd-GGZ instelling zal dan ook niet vallen onder de gecertificeerde instellingen. Dit zijn alleen de instellingen die gesloten jeugdhulp (nu: de gesloten jeugdzorg), een kindbeschermingsmaatregelen (nu: BJZ en de landelijk werkende voogdijinstellingen) of jeugdreclasseringsmaatregelen (nu BJZ en de landelijk werkende reclasseringsinstellingen) uitvoeren.
- 3.3 Een gecertificeerde instelling die een KBM of een JRM uitvoert kan bepalen of en zo ja, welke jeugdhulp is aangewezen. Zij overlegt hiertoe met het college (volgens een samen op te stellen protocol).

? Vraag:

Hoe gaat zich dit met het toestemmingsvereiste van de WGBO verhouden?

Nu is jeugd-GGZ met een KBM of JRM vrijwillige hulp en moeten daarvoor de toestemmingsregels uit de WGBO worden gehanteerd.

4.1.8

Deze bepaling ziet alleen toe op de verlenersbeslissing. In artikel 4.1.8 is geregeld dat jeugdhulp alleen mag worden verleend als daarvoor toestemming is gegeven. M.i. is dat ongeacht de verlenersbeslissing.

Hoofdstuk 4 Kwaliteit

4.1 Kwaliteitseisen aan alle jeugdhulpaanbieders, gecertificeerde instellingen en meldpunten

4.1.1 Een **verklaring omtrent gedrag** (VOG) wordt verplicht. Dit doen we nu al.

Deze verplichting is inmiddels voor de jeugdzorg al opgenomen in de nota van wijziging van de wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (d.d. 8 oktober 2012) en in het wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg. Beide wetsvoorstellen liggen op dit moment bij de Tweede Kamer.

De verplichting geldt:

- Voor iedereen die met jongeren in aanmerking komt
- Voor medewerkers die in dienst zijn of die we inhuren
- Voorafgaand aan de indiensttreding
- Maximaal drie maanden oud
- Bij een vermoeden dat een persoon niet langer voldoet aan de eisen voor het afgeven van een VOG verlangt de aanbieder een nieuwe verklaring.

4.1.2 **Verantwoorde zorg**

(is bijna een uitgebreide versie van het begrip uit de Kwaliteitswet Zorginstellingen en vergelijkbaar met de Wet op de Jeugdzorg)

Het sluit ook aan bij de omschrijving van goed hulpverlenerschap uit de WGBO (artikel 7:453). In een afzonderlijk wetsvoorstel wordt beoogd de professionalisering van de beroepsbeoefenaren al in het huidige stelsel te regelen met een kwaliteitsregister, tuchtrecht en de plicht voor instellingen om de norm van de verantwoorde werktoedeling toe te passen. Deze regeling wordt meegenomen naar de nieuwe Jeugdwet.

! Vraag: M.b.t. de passage “afgestemd op de reële behoefte van de jeugdige of ouder”. Het begrip “ouder” is niet nader toegelicht. Maar in de praktijk hebben we regelmatig te maken met tegengestelde behoeften, bijvoorbeeld tussen ouders en kinderen en vaker nog, tussen ouders onderling. Hoe moet dit in de praktijk vorm krijgen?

4.1.3 Er komt een **Kwaliteitsregister** dat nog moet worden erkend. Hiervoor is een afzonderlijk wetsvoorstel in voorbereiding. Een

– conceptwettekst hiervan is consultatie geweest in augustus 2012. De jeugd-GGZ lijkt hiervan geen onderdeel uit te maken omdat de tekst niet expliciet van toepassing is verklaard op “aanbieders van zorg” in de zin van de Wet op de Jeugdzorg.

4.1.5 In dit kwaliteitsregister kunnen jeugdzorgwerkers worden geregistreerd (HBO en WO-opgeleid). En ook het tuchtrecht in de jeugdzorg zal nog verder worden uitgewerkt.

4.1.6 De Verplichte Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling

Vraag

Deze verplichting is binnenkort al van toepassing wanneer de wet Verplichte Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling in werking treedt.

Maar verdwijnt die wet weer als de Jeugdwet in werking treedt? Als dat niet het geval is dan zou ik hier de dubbelingen schrappen.

4.1.7 Melding aan de Inspectie

- ? – Van calamiteiten (vgl. met de huidige meldplicht aan IGZ). **Vraag:** Welke (rijks)inspectie?
- Geweld bij de uitvoering van de jeugdhulp (vgl. Wet op de Jeugdzorg)
- Informatieverplichting van de aanbieder tot het verstrekken van gegevens aan de Inspectie

4.1.8 Toestemmingsvereiste

Jeugdhulp mag alleen worden gegeven met toestemming.

- Onder de 12 jaar met toestemming van de wettelijk vertegenwoordiger (het wetsvoorstel gebruikt het begrip wettelijk vertegenwoordiger in enkelvoud maar dit gaat heel veel verwarring en gedoe opleveren).

- ! **Verbetervoorstel:** wettelijk vertegenwoordiger toelichten in het begrippenkader: de ouders die gezamenlijk het gezag uitoefenen respectievelijk de ouder die alleen dan wel de voogd die het gezag uitoefent.
- ! – 12 t/m 15 jaar: de jeugdige en de wettelijk vertegenwoordig (**idem** enkelvoud, zie hiervoor)
- ! – **Opmerking:** Het is de bedoeling lijkt me dat de jeugdige vanaf 16 jaar zelf mag beslissen (zie ook in de Memorie van Toelichting, pagina 88) maar dit blijft in het wetsvoorstel in de lucht hangen. In lid 3 en 4 wordt voor jeugdigen t/m 15 jaar benoemd wie toestemming moeten geven maar voor de jeugdigen daarboven staat er niets en kan je dat ook niet uit de hoofdregel afleiden.

Uitzonderingen op het toestemmingsvereiste:

- 4.1.8 – Toestemming voor jeugdhulp is verondersteld als de jeugdhulp van niet ingrijpende aard is.

Lid 2 ? **Vraag:** Wat wordt verstaan onder jeugdhulp van niet ingrijpende aard? De jeugd-GGZ valt hier niet onder lijkt me. Toch wordt in de Memorie van Toelichting (p. 89) toegelicht dat een consult om het gedrag van het kind te bespreken en een aansluitend gesprek om dit gedrag te verbeteren als niet ingrijpend beschreven. Zo ruim beschreven zouden daar ook diagnostiek en behandeling onder kunnen worden geschaard. Dat lijkt me niet de bedoeling en is niet in lijn met de tuchtrechtspraak over de toestemming en jeugd-GGZ.

Lid 5 ! – **Opmerking:** Dit is de uitzondering bij 12 t/m 15 jarigen. De beide uitzonderingsgronden uit artikel 7:450 lid 2 van de WGBO (ernstig nadeel en weloverwogen wens) zijn samengevoegd. In het wetsvoorstel mag er alleen tegen de wil van de wettelijk vertegenwoordiger worden ingegaan als er sprake is van noodzaak én een weloverwogen wens. In de WGBO is er sprake van ernstig nadeel en/of een weloverwogen wens. Bij een weloverwogen wens is de noodzaak dus niet per se nodig. M.i. het WGBO-regime

hanteren.

Lid 6 ! - Opmerkingen:

- Jeugdhulp mag **tegen de wil van de jeugdige** (12 t/m 15 jaar) worden verleend als de jeugdhulp voor de jeugdige noodzakelijk is. De bepaling komt uit de Wet op de Jeugdzorg (artikel 7 lid 5) maar daar ging het niet om de uitvoering van de zorg zelf maar om de aanvraag tot zorg en het nemen van het indicatiebesluit. En is bovendien mogelijk binnen de gesloten jeugdzorg als de jeugdige zich aan de noodzakelijke jeugdzorg wil onttrekken.
In de WGBO kan zorg onder dwang alleen worden toegepast bij een verrichting van ingrijpende aard en dan ook alleen nog maar als het uitvoeren van die verrichting kennelijk nodig is om ernstig nadeel voor een wilsonbekwame patiënt te voorkomen. Deze mogelijkheid is overigens wel voor de acute jeugdhulp in lid 7 genoemd.
Een zo ruime dwangmogelijkheid voor jeugdigen tussen 12 t/m 15 jaar lijkt me niet gewenst.
Dwangopname c.q. -behandeling binnen de jeugd-GGZ is nu niet opgenomen in de conceptwettekst. GGZ Nederland is van opvatting dat bestaande dwang- en drangregimes in de jeugd-ggz leidend zouden moeten zijn; daarin is de grootste zorgvuldigheid en respect voor de autonomie van de patiënt geregeld (zie reactie GGZ NL, 6 april 2012). Daar sluit ik mij van harte bij aan.
- Indien onverwijlde jeugdhulp kennelijk nodig is om ernstig nadeel voor de jeugdige of ouders te voorkomen (anders dan in 7:465 lid 6 WGBO gaat het ook om ernstig nadeel voor een ander dan de jeugdige zelf). En anders dan in de WGBO wordt er geen onderscheid gemaakt tussen wilsbekwaamheid en wilsonbekwaamheid. M.i. ook hier de WGBO aanhouden.

Opmerkingen over de MvT (p. 88/89) over dit artikel, voor zover hierboven niet genoemd:

- ! - *“Jeugdhulp wordt ook verleend in het kader van de uitvoering van een KBM of JRM. Indien de vereiste toestemming ontbreekt kan in het kader van een ondertoezichtstelling eventueel een schriftelijke aanwijzing worden gegeven om te bewerkstellingen dat de jeugdhulp alsnog wordt aanvaard. Voor medische behandeling kan de kinderrechter vervangende toestemming geven.”*
Nu is jeugd-GGZ met een KBM of JRM vrijwillige hulp en moeten daarvoor de toestemmingsregels uit de WGBO worden gehanteerd. Jeugd-GGZ, zijnde medische behandeling, kan niet worden afgedwongen met een schriftelijke aanwijzing van de gezinsvoogd.
- ! M.i. moet het ook onder de nieuwe Jeugdwet zo zijn dat jeugd-GGZ niet kan worden afgedwongen. (NB In het wetsvoorstel Herziening Kinderbeschermingsmaatregelen kan de kinderrechter de gezinsvoogd, in het geval van een ondertoezichtstelling met machtiging uithuisplaatsing, beperkt gezag toewijzen om beslissingen te nemen over medische behandeling. Ik neem aan dat er geen sprake is van nieuwe inzichten om via de Jeugdwet de gezinsvoogd alsnog de mogelijkheid te geven om medische behandeling (ic jeugd-GGZ) af te dwingen met een schriftelijke aanwijzing).
- ! En de vervangende toestemming van de kinderrechter kan alleen bij jeugdigen onder de 12 jaar of wilsonbekwame jeugdigen tussen 12 en 18 jaar.

Opmerkingen:

Verder mis ik het recht op informatie zodat informatie + toestemming kan leiden tot informed consent.

4.2 **Kwaliteitseisen aan gecertificeerde instellingen, jeugdhulp met verblijf, intensieve ambulante jeugdzorg in het gedwongen kader en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling** (en dus niet aan de overige vormen).

4.2.1 Deze paragraaf is alleen van toepassing op de klinische jeugd-GGZ (= jeugdhulp met verblijf)

Opmerking:

- ! • Deze kwaliteitseisen zijn dus niet wettelijk verankerd voor jeugdigen die een andere vorm van jeugdhulp krijgen terwijl zij toch ook recht te hebben op kwalitatief goede zorg, een effectieve, laagdrempelige klachten- en geschillenregeling, informatie, medezeggenschap en een onafhankelijke vertrouwenspersoon. Nu de gemeente daarover met de jeugdhulpaanbieders afspraken moet maken kan dit leiden tot rechtsongelijkheid. En alsof jeugdigen in de ambulante jeugd-ggz niet kwetsbaar zijn.
- Dat betekent dat de gemeenten voor de overige jeugd-GGZ aparte kwaliteitseisen kunnen vaststellen en afspreken. Het is daarbij goed om te realiseren dat Accare een verzorgingsgebied heeft dat zich uitstrekt over 90 (!) gemeenten. Als deze gemeenten allemaal hun eigen kwaliteitseisen stellen met daarbij de eis aan de instelling om zich daarover te verantwoorden (misschien zelfs op gemeente-eigen wijze) dan leidt dit tot een ongekende en ook ongehoorde toename van bureaucratie.

4.2.2 Lid 1 Er moet een **hulpverleningsplan** worden gemaakt dat met jeugdige en ouders wordt overlegd.

Lid 2 De jeugdige moet instemmen met het plan, tenzij er sprake is van een KBM of JRM of in het kader van gesloten jeugdzorg

Opmerkingen

- ! - De regels die normaal gesproken gelden voor toestemming voor jeugdhulp zijn hier verlaten. Het plan moet worden overlegd met jeugdige en ouders maar alleen de jeugdige hoeft in te stemmen. Dit lijkt mij niet logisch. M.i. moeten ook hier de leeftijdscategorieën van toepassing zijn.
- ! - Het artikel is overgenomen uit de Wet op de Jeugdzorg, waar de "cliënt" met het hulpverleningsplan moest instemmen. En onder de definitie van de "cliënt" vallen in de WJz de jeugdige, de ouders, de stiefouders en anderen die een jeugdige als behorende tot hun gezin opvoeden. Daar zijn de leeftijdscategorieën wel van toepassing. Maar nu in het wetsvoorstel het woordje "cliënt" is vervangen door "jeugdige" zijn de wettelijk vertegenwoordigers ook daarmee overboord gezet.
- ! - Zie hierover ook weer de opmerkingen over toestemming en KBM. In de jeugd-GGZ moet de jeugdigen en/of wettelijk vertegenwoordigers nog steeds instemmen met het behandelplan.

4.2.3 **Kwaliteitsbewaking**

Deze bepalingen sluiten aan bij de Kwaliteitswet Zorginstellingen (en de Wet op de Jeugdzorg)

4.2.4 Klachtenregeling

De klachtenregeling is gebaseerd op de klachtenregeling uit de Wet op de Jeugdzorg en die was weer grotendeels gebaseerd op de Wet Klachtrecht Cliëntenrechten Zorgsector (WKCZ) die nu op de jeugd-GGZ van toepassing is.

Opmerkingen:

Veranderingen t.o.v. de huidige klachtenregeling op basis van de WKCZ:

- ! – Deze bepalingen gelden alleen voor de klinische voorzieningen en niet voor de gehele zorg (ook ambulante). Het lijkt mij dat we dit op instellingsniveau moeten voorstellen en het lijkt me onwaarschijnlijk dat gemeenten voor de overige jeugdhulp geen aparte eisen gaan opstellen. Maar deze rechten van de ambulante jeugdigen zijn dus niet gewaarborgd.
- De klachtencommissie bestaat uit externe leden (nu alleen de voorzitter). Deze verandering is ook al neergelegd in het wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg die als opvolger van de WKCZ bij de Tweede Kamer ligt (controversieel). De Wet Cliëntenrechten Zorg is in dit wetsvoorstel uitdrukkelijk niet van toepassing op jeugdhulpaanbieders (zie artikel 11.4).
- Ouders kunnen ook klagen over een gedraging jegens een ouder in de verlening van de jeugdhulp. Deze mogelijkheid staat niet in de wet maar wel in het klachtenreglement van Accare, het gaat dan slechts om bejegening van de ouder.
- ! Het kan wel ingewikkeld worden als ouders kunnen klagen over gedragingen jegens een jeugdige vanaf 16 jaar die deze jeugdige zelf zo heeft gewild. Bijv. de jeugdige willen hulp die de ouders niet zien zitten of andersom of dat stiefouders klagen over zorg waar de wettelijk vertegenwoordigers mee hebben ingestemd.
- De termijn waarop klachten zijn behandeld is opgenomen in de wet. Nu is dat in de WKCZ niet zo, maar hebben we bij Accare dezelfde termijn van zes weken vastgelegd in het reglement van de klachtencommissie.
-

4.2.3 Vertrouwenspersoon

De klinische jeugd-GGZ zal een onafhankelijke vertrouwenspersoon moeten aanstellen. De vertrouwenspersoon is nu al geregeld in de Wet op de Jeugdzorg.

? Vraag

In de BOPZ is de klinische jeugd-GGZ verplicht tot het instellen van een patiëntenvertrouwenspersoon voor alle patiënten, dus zowel voor de vrijwillig opgenomen patiënten als voor de BOPZ-patiënten. De BOPZ blijft vooralsnog bestaan naast de Jeugdwet. Het is niet duidelijk of er dan op basis van beide wetten twee vertrouwenspersonen moeten worden aangesteld en wat dat dan de verhouding is tussen beide vertrouwenspersonen. Of kan dan worden volstaan met de huidige vertrouwenspersoon op basis van de BOPZ?

Vragen en Opmerkingen over de conceptwettekst Jeugdwet

4.2.6 Het wetsvoorstel stelt het instellen van een **cliëntenraad** verplicht.

– De regeling komt uit de Wet op de Jeugdzorg, die destijds weer was gebaseerd op de Wet Medezeggenschap Clienten Zorginstellingen (WMCZ) die op de jeugd-GGZ van toepassing is.

5

! Opmerking:

– De verplichting geldt voor alle in stand gehouden eenheden. Uit het voorstel en de Memorie van Toelichting wordt niet duidelijk wat wordt bedoeld met “eenheid”. Een cliëntenraad voor meerdere eenheden kan ook.

Deze wettelijke regeling geldt dus alleen voor de klinische jeugd-GGZ. Gemeenten kunnen ook voor de ambulante onderdelen eisen stellen aan de medezeggenschap.

Hoofdstuk 5 Pleegzorg

Niet relevant voor de jeugd-GGZ

Hoofdstuk 6 Gesloten jeugdzorg (voor zover relevant)

Gesloten jeugdzorg is alleen mogelijk op basis van een rechterlijke machtiging van de kinderrechter. In het wetsvoorstel worden drie machtigingen genoemd:

- Rechterlijke machtiging gesloten jeugdzorg
- Spoedmachtiging
- Voorwaardelijke machtiging gesloten jeugdzorg (=nieuw)

! **Opmerking:**

Er blijft sprake van rechtsongelijkheid tussen jongeren die in de gesloten jeugdzorg zijn opgenomen (op basis van de Jeugdwet) en in de jeugd-GGZ (op basis van de BOPZ). Er wordt al jaren gepleit voor het harmoniseren van de rechtsbescherming van jongeren op basis van de BOPZ. Waarom is deze kans hier niet gegrepen?

6.1.2 ! **Opmerkingen:**

- 6.1.2 onder c: wettelijke vertegenwoordiger in enkelvoud gebruikt zonder wordt toegelicht dat er sprake moet zijn dat er sprake moet zijn instemming van beide wettelijk vertegenwoordigers als die er zijn.
- 6.2.2 lid 9: idem

6.1.3 6.1.3 lid 6, 6.1.4 lid 3 en 6.1.9: Er moet een verklaring komen van een gedragswetenschapper die moet beoordelen of de geslotenheid

6.1.4 inderdaad noodzakelijk is. In de huidige Regeling aanwijzing gedragswetenschappers gesloten jeugdzorg zijn de volgende gedragswetenschappers aangewezen: klinisch psychologen, kinder- en jeugdpsychologen met de basisaantekening psychodiagnostiek van het NIP, orthopedagoog-generalisten, gz-psychologen en psychotherapeuten.

! **Advies:**

- uitbreiding van de genoemde disciplines met de kinder- en jeugdpsychiater
- wettelijk waarborgen dat dit een gedragswetenschapper is die niet bij de behandeling is betrokken (vgl. de BOPZ). We hebben daar in onze instelling regelmatig gedoe met BJZ over gehad.

6.1.4 **Voorwaardelijke machtiging**

Er is alleen een voorwaardelijke machtiging mogelijk als de jongere de jeugdhulp aanvaardt overeenkomstig het overlegde jeugdhulpverleningsplan met daarin de voorwaarden. Dit plan wordt opgesteld na overleg met de jeugdige of zijn ouders.

Opmerkingen

- ! • Hier wordt gesproken over jeugdhulpverleningsplan terwijl in 4.2.2 gesproken wordt over hulpverleningsplan (*Advies*: eenduidige terminologie gebruiken)

Vragen en Opmerkingen over de conceptwettekst Jeugdwet

- ! • Hier wordt gesproken over ouders, terwijl bedoeld wordt wettelijk vertegenwoordigers (immers als er sprake is van een voogd moet met de voogd worden overlegd)
- ! • I.t.t. de BOPZ kunnen hier ook voorwaarden en gedwongen hulpverlening aan de ouders worden opgelegd (zie lid 6 en 8). De jongere kan alleen worden opgenomen als hij zelf de voorwaarden niet naleeft (artikel 6.1.6)

6.1.6

6.1.6 De jeugdige *moet* worden opgenomen als hij zich niet aan de voorwaarden houdt of ondanks de naleving van de voorwaarden toch niet voorkomen kan worden dat de jeugdige zich onttrekt aan de jeugdhulp die hij nodig heeft of daaraan door anderen zal worden onttrokken. De jeugdige *kan* worden opgenomen als hij zich niet aan de voorwaarden houdt. Dit is vergelijkbaar aan de BOPZ.

- ! **Opmerking:** De beslissing wordt genomen door de “jeugdhulpaanbieder”, zonder kwalificatie wie van de gesloten jeugdzorgaanbieder deze beslissing kan nemen. Terwijl de beslissing in de BOPZ is voorbehouden aan de geneesheer-directeur.

6.3.2 Dwangbehandeling in de gesloten jeugdzorg

Er kan gedwongen psychiatrische behandeling worden toegepast, waaronder het toedienen van medicijnen (nu: 29p Wet op de Jeugdzorg). Dit kan tegen de wil van de jeugdige voor zover dit nodig is om het doel van het verblijf te bereiken of voor zover dit nodig is voor de veiligheid van de jeugdige of anderen. Deze methoden moeten beschreven worden in het hulpverleningsplan dat instemming behoeft van een gedragswetenschapper.

De dwang is een uitzondering op het toestemmingsvereiste uit de WGBO (de Jeugdwet is hier *lex specialis* t.o.v. de WGBO), Wel is de BIG onverkort van toepassing, dit geldt echter voor de uitvoering van de maatregel.

Er moet melding aan de wettelijk vertegenwoordigers worden gedaan en aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

! **Opmerkingen:**

- Ik blijf het toch vergaand vinden dat itt de BOPZ dwangmedicatie c.q. dwangbehandeling mag worden uitgevoerd om het met het verblijf beoogde doel te bereiken. In de BOPZ mag alleen dwangbehandeling worden uitgevoerd als dit noodzakelijk is om gevaar, voortkomend uit een stoornis van de geestvermogens af te wenden (artikel 38 lid 5 BOPZ) of voor zover aannemelijk is dat zonder die behandeling het gevaar dat de stoornis van de geest vermogens betrokkene doet veroorzaken niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen (artikel 38c BOPZ). Hierin is sprake van een verschillende rechtspositie voor jeugdigen die in de gesloten jeugdzorg zijn opgenomen en in de jeugd-GGZ. De volgende stap is om die regelingen te harmoniseren, waarbij ik zou pleiten voor het BOPZ-regime, ook in de gesloten jeugdzorg.
- De melding aan de Inspectie geldt alleen voor gedwongen psychiatrische behandeling en niet voor alle andere vormen van dwang en vrijheidsbeperkingen in de gesloten jeugdzorg. Alleen al het meldingsvereiste zou een stevige impuls kunnen geven aan het terugdringen van dwang en drang in de gesloten jeugdzorg.

Hoofdstuk 7 Gegevensverwerking en privacy

7.1 Verwijsindex Risicjongeren

Dit is de huidige regeling uit de Wet op de Jeugdzorg (artikel 2j t/m 2o Wet op de Jeugdzorg) .

7.2 Gebruik Burgerservicenummer (BSN)

Wij zijn sinds 2009 gewend te werken met het BSN op basis van de Wet Gebruik BSN in de Zorg.

7.3 Privacy en Dossier

7.3.1 De jeugdhulpaanbieder richt een **dossier** in (vgl. met het WGBO-dossier)

Het dossier is de verzameling van persoonsgegevens.

Er kan zo nodig een ministeriele regeling worden opgesteld met regels over de inrichting van het dossier. In de Memorie van Toelichting wordt toegelicht dat kan worden geregeld dat **eenduidige terminologie** wordt gehanteerd, waardoor de duidelijke communicatie in de jeugdketen wordt bevorderd (MvT, p. 109). Afspraken tussen gemeenten en jeugdhulpaanbieders daarover moeten worden vastgelegd in standaarden. Het artikel biedt de grondslag in dergelijke standaarden bij ministeriele regeling verplicht te stellen.

! **Opmerking**

Het lijkt me wel noodzakelijk dat er ook eenduidig gecommuniceerd blijft worden naar andere onderdelen van de gezondheidszorg (huisarts, andere specialisten, apotheken e.d.) en zorgverzekeraars (18+). Dit hoeft elkaar niet te bijten maar het zou vreemd zijn om voor bepaalde aspecten twee verschillende termen te gebruiken: een jeugdwetterm en een gezondheidszorgterm.

- 7.3.2 – Als de **wilsbekwaamheid** van de jeugdige of de ouder wordt vastgesteld dan moet dit in het dossier worden vastgelegd, evenals de vertegenwoordiger die dan namens iemand optreedt.

! **Opmerking:**

Dit artikel is in de WGBO noch in de Wet op de Jeugdzorg terug te vinden. Wilsbekwaamheid komt op zich wel in de WGBO voor maar de vastlegging daarvan is niet verplicht, wel logisch. Maar het gaat daarbij steeds om de wilsbekwaamheid van de patiënt zelf en niet van de vertegenwoordiger.

- In het dossier moet worden vastgelegd voor welke handelingen van ingrijpende aard de betrokkene **toestemming** heeft gegeven;
- Er moet desgevraagd een **verklaring** van betrokkene over in het dossier opgenomen stukken worden opgenomen in het dossier. Dit komt overeen met het recht op aanvulling uit de WGBO (7:454 lid 2).

7.3.3 Inzagerecht

7.3.4 Opmerkingen:

7.3.5 De voorgestelde regeling komt niet uit de WGBO of de Wet op de Jeugdzorg.

- 7.3.6** ! – Hier komt ineens de term “betrokkene” tevoorschijn, terwijl er steeds gesproken is over jeugdige, ouder. Het is ook niet altijd duidelijk wie nu met betrokkene wordt bedoeld.
- ! – In 7.3.3 wordt het recht op inzage geregeld. Iemand heeft desgevraagd inzage in en afschrift van het dossier. De inzage of verstrekking (m.i. moet dit afschrift zijn, je verstrekt immers niet het originele dossier) blijft achterwege wanneer de jeugdhulpaanbieder dit noodzakelijk acht in het belang van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van een ander dan de betrokkene of omdat het belang van de jeugdige zich hiertegen verzet.
- ! – Hier wordt steeds gesproken over het dossier als geheel, terwijl er veelal ook sprake is van onderdelen van het dossier, bijv. bepaalde correspondentie of verslaglegging. De mogelijkheid om delen van het dossier in te zien moet er volgens mij ook in. Dat maakt het mogelijk om sommige delen van het dossier wel in te laten zien en sommige niet omdat dit de persoonlijke levenssfeer van een ander kan schaden.
- ! – 7.3.4 lid 2 “betrokkene” moet zijn “jeugdige” (2x)
- ! – 7.3.4 lid 4 dubbelt voor een groot deel met 7.3.3 (met uitzondering van inlichtingen over, wat weer een beetje vreemd op de proppen komt in een artikel wat tot dan uitsluitend inzage en afschrift regelt, dit kan beter naar 7.3.5)
- ! – Bij 7.3.5 lid 1 moet het stukje over de persoonlijke levenssfeer weer terugkomen.
- ? – Waarom wordt bij 7.3.4 en 7.3.5 niet gewoon het WGBO-artikel (7:457) als uitgangspunt genomen in plaats van deze ingewikkelde constructie die bovendien nog weer dubbelt met 7.3.11 dat wel weer gebaseerd is op het WGBO-artikel.
- Er moet in de instelling worden vastgelegd hoe het recht op inzage en afschrift is geregeld. Bij Accare ligt dit al vast in de Richtlijn Dossier en Geheimhouding.

7.3.5 – Geheimhoudingsplicht.

Lid 3 ! Opmerking

De Memorie van Toelichting licht toe dat de geheimhoudingsplicht er toe strekt dat voorkomen moet worden dat jeugdigen en ouders ervan zouden worden weerhouden om jeugdhulp in te roepen uit vrees dat hun gegevens openbaar zou worden en de geheimhouding daarvan niet zou worden gegarandeerd. Dit is het algemene privacybelang. En vervolgens wordt het leerstuk van het beroepsgeheim toegelicht. Dat is prachtig. Maar vervolgens wordt daar een zo ruime uitzonderingsmogelijkheid op gemaakt dat dit algemene privacybelang haast van het voetstuk valt.

Er is namelijk geen toestemming nodig (en hoeft kennelijk ook niet eens te worden gevraagd) als er informatie wordt verstrekt (niet beperkt tot alleen het geven van inlichtingen maar ook inzage en afschrift lijkt mogelijk) aan anderen van wie beroepshalve medewerking bij de toegang tot en de uitvoering van de jeugdhulp, de uitvoering van een KBM of een JRM of bij de uitvoering van de taken van het Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling (MHK) noodzakelijk is.

Vragen en Opmerkingen over de conceptwettekst Jeugdwet

M.a.w. er kan zonder toestemming informatie worden uitgewisseld met de ambtenaren van de gemeente die adviseren, bepalen en bepaalde vormen van jeugdzorg inzetten, met te raadplegen collega-vakgenoten, andere jeugdhulpaanbieders (van welke professie of kwaliteit dan ook), met gezinsvoogden, jeugdreclasseringsmedewerkers, met medewerkers van het MHK en de Raad voor de Kinderbescherming, in casuoverleggen en bij bemoeizorg. En ook aan de vervangers van de voorgenoemde mensen. En nu niet helemaal duidelijk is wie bedoeld wordt met het begrip “betrokkene” lijkt het niet alleen om de gegevens over de jongere maar ook over de ouders (biologische ouders, juridische ouders, stiefouders of anderen die een jeugdige als behorend tot hun gezin verzorgen, met uitzondering van pleegouders).

De jeugdhulpverlener zal mogen bepalen wat noodzakelijk is bij de uitvoering van de taken van de anderen, dus het uitwisselen van gegevens is niet helemaal onbeperkt, maar ik zie me de vele discussies al voor me. Daar denken mensen toch heel verschillend over. Overigens is het voor informatie aan het AMK, de Toegang (straks MHK) en de Raad voor de Kinderbescherming, nu netjes wettelijk geregeld. Daar gaat het om een legitieme doorbreking van het beroepsgeheim terwijl je hier aan het beroepsgeheim niet toe lijkt te komen om dat de informatie zonder toestemming kan worden uitgewisseld. Het artikel 53 lid 3 van de Wet op de Jeugdzorg komt terug in artikel 7.3.7 lid 4 van het voorstel.

En ook voor de gezinsvoogd ligt er een informatierecht klaar in het Wetsvoorstel Herziening Kinderbeschermingsmaatregelen waar dit netjes (maar wel vergaand) wettelijk wordt geregeld.

Vanuit de ziekenhuispsychiatrie is de verwachting dat de informatie vanuit de algemene somatische zorg veel beperkter zal worden, omdat de geheimhoudingsplicht in de Jeugdwet zoveel ruimer gaat worden. Bijvoorbeeld informatie over aandoeningen van het kind en/of van de ouders, die niet direct de gedragsproblemen betreffen. De geheimhoudingsplicht van de somatische afdeling (WGBO) is dan anders dan die van de jeugd-GGZ (Jeugdwet of toch ook WGBO?) en dat zal terughoudendheid met zich meebrengen.

7.3.7 Gegevensverwerking **Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling** (MHK)
- O.a. het meldrecht kindermishandeling (nu in artikel 53 lid 3 Wet op de Jeugdzorg)

7.3.9

7.3.10 Gegevens voor **wetenschappelijk onderzoek en statistiek**
Vgl artikel 7:458 WGBO

7.3.11 **Inzage door anderen en informatie aan anderen**

Opmerkingen:

- ! • lid 1 dubbelt met 7.3.4

Vragen en Opmerkingen over de conceptwettekst Jeugdwet

- ! • 7.3.11 is beter maar moet nog worden aangevuld wie de rechten mag uitoefenen. Verwezen wordt naar artikel 4.1.8 maar daar staat dat niet. Dus: onder de 12 jaar: wettelijk vertegenwoordigers en 12 jaar en ouder: de jeugdige zelf

- ! **Voorstel om toe te voegen:** dat onder “anderen” ook niet is begrepen degene van wie de toestemming voor de jeugdhulp is vereist (ic wettelijk vertegenwoordigers). Indien de jeugdhulpaanbieder door inlichtingen over de jeugdige, dan wel inzage in of afschrift van het dossier of bescheiden uit het dossier te verstrekken niet geacht kan worden de zorg van een goed jeugdhulpaanbieder of professional van een gecertificeerde instelling of meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling in acht te nemen, laat hij zulks achterwege (vgl. artikel 7:457 lid 3 WGBO).

7.3.12 **Bewaartermijn dossier:** 15 jaar.

Komt overeen met de termijn in de WGBO, zij het dat dit artikel in gaat na het einde van de behandeling. Dat lijkt me heel goed.

! **Opmerking**

In het wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg is inmiddels een termijn van 20 jaar opgenomen. De toepassing van de Wet Cliëntenrechten Zorg is echter in dit wetsvoorstel uitdrukkelijk uitgesloten voor jeugdhulpaanbieders (zie artikel 11.4).

Ook wordt voorbij gegaan aan de praktijk dat bij jeugdigen de termijn vaak gaat lopen vanaf het 18^e jaar (zie ook Richtlijn Omgaan met Medische gegevens van de KNMG, pagina 8, januari 2010). In onze instelling komen nog met regelmaat volwassenen om inzage vragen in hun dossier, vaak ook meer dan 15 jaar na het einde van hun behandeling.

7.3.13 **Recht op vernietiging van het dossier**

Vgl. artikel 7:455 WGBO.

7.4 **Beleidsinformatie**

7.4.3 Jeugdhulpaanbieders moeten informatie verstrekken aan het college en aan “Onze Ministers”(VWS en Veiligheid en Justitie) t.b.v.

– beleidsvorming en de toegang tot jeugdhulp. Dit kunnen persoonsgegevens zijn voor zover deze gegevens noodzakelijk zijn voor in het

7.4.5 artikel omschreven doelen:

- Noodzakelijk voor het doelmatig en doeltreffend functioneren van de toegang tot de jeugdhulp
- Noodzakelijk voor het doelmatig en doeltreffend functioneren van de jeugdhulpaanbieders en andere aanbieders
- Noodzakelijk voor de doelmatigheid en doeltreffendheid van het aanbod van jeugdhulp en gecertificeerde instellingen

Dit kunnen ook gegevens zijn die behoren tot iemands gezondheid, alsmede strafrechtelijke gegevens.

De wet eist in dit artikel bovendien dat de verwerking gebeurt op een wijze die waarborgt dat de gegevens niet tot een persoon herleidbaar zullen zijn. Deze eis brengt met zich dat de gegevens versleuteld zullen moeten worden doorgegeven. Er kan ook een instantie in het leven worden geroepen aan wie de gegevens moeten worden aangeleverd.

Vragen en Opmerkingen over de conceptwettekst Jeugdwet

De benodigde gegevens zullen door alle instellingen op dezelfde bij een ministeriele regeling aangegeven manier aangeleverd moeten worden. De verwerking van de gegevens dient vanwege de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid gestandaardiseerd plaats te vinden. Deze regels kunnen zowel betrekking hebben op een inhoudelijke standaardisatie als een technische standaardisatie van de systemen waarmee de gegevens worden verwerkt of verstrekt.

? **Opmerking:** Ik kan me hierbij nog niet veel voorstellen. Dat het gaat om versleutelde gegevens geeft al wat meer vertrouwen, mits de sleutel op een veilige plek ligt.

Hoofdstuk 8 Financiële bepalingen

8.1.1 De gemeente krijgt de opdracht regels te stellen over de door het college te verlenen **individuele voorzieningen** (in het plan uit artikel 2.5). Artikel 8.1.1 legt aanvullend vast dat de gemeente de jeugdige of zijn ouders waarvan vaststaat dat zij een **aanspraak** hebben op een individuele voorziening, de keuze kan bieden tussen het ontvangen van een individuele voorziening in natura, een financiële tegemoetkoming of een met de individuele voorziening vergelijkbaar en toereikend persoonsgebonden budget. Gemeenten kunnen hier tot verschillende afwegingen komen.

8.1.2 Indien een jeugdige of ouder aanspraak heeft op een voorziening in natura, dan dient de gemeente er zorg voor te dragen dat deze voorziening ook aan de jeugdige of ouder wordt verstrekt. Daartoe gaat de gemeente bij voorkeur een rechtsbetrekking aan met degene die de voorziening aan de jeugdige of ouder biedt. **Degene die de jeugdhulp biedt, verstrekt deze namens de gemeente aan de jeugdige of ouder**, zonder dat tussen de jeugdige of ouder en de aanbieder een rechtsbetrekking tot stand komt.

? Vragen

De Jeugd–GGZ instelling sluit dus niet zelf overeenkomsten af met de jeugdige/ouders maar biedt zorg namens de gemeente. Betekent dat dit niet meer plaatsvindt op basis van de huidige geneeskundige behandelingsovereenkomst. Maar ook wordt genoemd dat de WGBO nog wel van toepassing is en de vraag is dan hoe dat werkt omdat in de WGBO de geneeskundige behandelingsovereenkomst de basis is voor de rechten en plichten over een weer. Hoe verhoudt een en ander zich tot elkaar?

8.2 De gemeenteraad kan bij verordening vaststellen dat er een **eigen bijdrage** voor de ouders, stiefouders of jeugdige is verschuldigd. Er geldt geen bijdrageplicht bij adoptieplaatsing, bij ontneming van het gezag of bij een nooduithuisplaatsing. Bij jeugdhulp in het gedwongen kader kan alleen bij uithuisplaatsing een eigen bijdrage worden opgelegd. Er is sprake van een begrensde gemeentelijke vrijheid. De gemeente krijgt voldoende armslag om een beleid omtrent de eigen bijdrage te voeren, maar niet zodanig dat dit leidt tot onverantwoorde ongelijkheid tussen gemeenten of een eigen inkomensbeleid.

? Vragen

- Wie gaat deze eigen bijdrage innen?
- Wordt hiermee de toegang van de jeugdhulp niet belemmerd? En heeft dat geen averechts effect? Gelukkig wordt de eigen bijdrage in de ggz voor volwassenen weer terug gedraaid, nadat ook duidelijk waren dat mensen terughoudend waren in het vragen van zorg, terwijl ze dit nodig hadden. Dit leidde tot meer dure crisiszorg en overlast.

Hoofdstuk 9 Toezicht en handhaving

9.1 Nu met de vervanging van de Wet op de Jeugdzorg de Inspectie Jeugdzorg ook komt te vervallen wordt in dit artikel de instelling van een **Inspectie** geregeld, die toezicht gaat houden op de naleving van (delen van) de Jeugdwet.

Voor de jeugd-GGZ relevante taken:

- Toezicht op de kwaliteit in algemene zin van de jeugdhulp
- Toezicht op de naleving van de kwaliteitseisen die gelden voor de klinische jeugd-GGZ functies

! Opmerking:

- Welke Inspectie? De Inspectie voor de gezondheidszorg wordt (met uitzondering in artikel 6.2.3) niet met name genoemd. Er lijkt alle reden om met het oog op de professionalisering en borging van de kwaliteit van de jeugd-GGZ ervoor te pleiten dat IGZ dit voor de jeugd-GGZ blijft uitvoeren. Zeker ook als het gaat om het verstrekken van psychofarmaca.
- Kan een instelling die jeugdhulp met en zonder verblijft biedt zowel onder rijkstoezicht als onder gemeentelijk toezicht vallen? En is dit niet heel omslachtig?

9.3 Het eerste lid bepaalt dat de Inspectie recht op inzage heeft in de dossiers van de jeugdige of ouders aan wie jeugdhulp wordt verleend, voor zover dat voor hun werk noodzakelijk is. Zowel aanbieders van jeugdhulp als gemeenten zijn op grond van de Awb verplicht de toezichthouder de informatie te geven die hij nodig heeft om zijn taak uit te oefenen. Dit is nu ook al het geval. Op basis van een wijziging in de Kwaliteitswet Zorginstellingen in 2010 heeft de Inspectie de bevoegdheid gekregen om zonder toestemming van de patiënt het dossier in te zien, 'voor zover dat voor de vervulling van hun taak nodig is'. In de praktijk is afgesproken dat de Inspectie alleen zonder toestemming dossiers gaat inzien wanneer het vragen van toestemming onmogelijk of onevenredig belastend is. Deze aanvulling is wel evident voor deze conceptwettekst. De inzagebevoegdheid van de Inspectie is gekoppeld aan een afgeleid beroepsgeheim. Voor de inspecteur geldt hetzelfde beroepsgeheim als voor de hulpverlener die het dossier heeft opgesteld.

9.4 Op grond van artikel 9.1 wordt toezicht gehouden door ambtenaren van de Inspectie. Maar voor het overige deel van de jeugdhulp is de **gemeente zelf verantwoordelijk voor het toezicht**. Dit geldt voor de wet omschreven kwaliteitseisen als de kwaliteitseisen die zij zelf als gemeente stellen. Gemeenten zijn vrij in de vormgeving van het toezicht, mits er sprake is van een onafhankelijke inspectie. Zij kunnen hier voor samenwerken met andere gemeenten of een beroep doen op het Rijkstoezicht.

? Vraag

Hoe gaan de gemeenten die onafhankelijkheid waarborgen? Voorkomen moet worden dat de gemeente de slager wordt die zijn eigen vlees keurt. Natuurlijk moet de gemeente toezicht houden op de kwaliteit van de zorg maar dit behoort tot de normale gemeentelijke

Vragen en Opmerkingen over de conceptwettekst Jeugdwet

verantwoordelijkheid en dit heeft niets te maken met toezicht en handhaving die in dit hoofdstuk wordt beoogd. Ook een onderlinge uitruil tussen gemeenten (doet u het voor mijn gemeente, dan doen wij het voor u) kan m.i. geen waarborg zijn voor een onafhankelijke inspectie.

- ! Opmerking:** De MVT noemt op pagina 123 dat ook de inspecteurs van de gemeenten recht op inzage in de dossiers hebben maar ik zie dat niet terug in de wettelijke grondslag waar naar wordt verwezen (artikel 9.4 lid 2). De wettelijke basis voor de inzagebevoegdheid van de gemeente inspectie lijkt daarmee te ontbreken. Mocht een inzagebevoegdheid voor een gemeentelijke inspectie wel worden beoogd dan dienen alle hiervoor genoemde privacywaarborgen ook van toepassing te zijn.

9.5 De artikelen 9.5 en 9.6 geven het college, respectievelijk de minister van VWS, de mogelijkheid om handhavend op te treden jegens die
9.6 jeugdhulpaanbieders en instellingen die de wet of de daarop berustende bepalingen niet of onvoldoende naleven.

Het college krijgt een **aanwijzingsbevoegdheid** voor zover het niet gaat om de gecertificeerde instellingen die jeugdbescherming, jeugdreclassering en gesloten jeugdzorg, jeugdhulpaanbieders die verblijf aanbieden en jeugdhulpaanbieders die intensieve ambulante jeugdhulp in het gedwongen kader verlenen. Ten aanzien van laatstgenoemde jeugdhulpverleners en instellingen kan de minister van VWS handhavend optreden. In dringende gevallen kan de aanwijzing vervangen worden door een **bevel**.

- ? Vraag:** In deze artikelen worden alleen de bestuurlijke handhavingsinstrumenten beschreven. Beschikt de inspectie niet meer over andere handhavingsinstrumenten zoals een bestuurlijke boete of het indienen van een tuchtklacht (op basis van de huidige Kwaliteitswet Zorginstellingen die nu niet meer van toepassing is?). Het indienen van een tuchtklacht op basis van de BIG blijft. Deze mogelijkheid ontbreekt overigens in het concept wetsvoorstel over de professionalisering van de jeugdzorg, dat ook een basis legt voor tuchtrecht in de jeugdzorg. De Inspectie Jeugdzorg kan alleen optreden tegen instellingen en niet tegen beroepsbeoefenaren zelf.

Hoofdstuk 10 Overige bepalingen en overgangsrecht

Deze artikelen zullen direct na publicatie van de wet al in werking treden. De termijnen beginnen dan direct te lopen en de gegevensoverdracht kan dan plaatsvinden voordat de rest van de wet in werking treedt.

10.1 Lid 1 onder b: definitie **psychische stoornis**: een psychische stoornis, beschreven op as I of as II van het classificatiesysteem Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders. (zie ook in artikel 11 van het uitvoeringsbesluit Wet op de Jeugdzorg).

Lid 4 regelt dat de jeugd-GGZ niet langer deel uitmaken van de aanspraken uit hoofde van de AWBZ en de Zorgverzekeringswet. Daarmee vervalt (met ingang van de datum waarop deze wet in werking treedt) de mogelijkheid voor verzekerden om op grond van de AWBZ of de Zorgverzekeringswet deze zorg te ontvangen.

Overgangsrecht

Lid 6/7 regelen dat de aanspraak op zorg op basis van de AWBZ (op basis van de verwijzing van een arts (lid 7) of op basis van een indicatiebesluit (lid 6)) overgaat gaat gelden ten opzichte van de gemeente (en niet meer ten opzichte van de zorgverzekeraar) voor de duur van maximaal een jaar na inwerkingtreding van de wet. Daarna moet een nieuwe aanvraag worden ingediend bij de gemeente.

? **Vraag:** Is het niet waarschijnlijk dat tussen de publicatie van de wet en de inwerkingtreding van de overige artikelen meer dan een jaar zit waardoor er een gat valt of er geen sprake is van een overgangsperiode?

10.2 Onder **geestelijke gezondheidszorg** wordt verstaan:

- Geneeskundige zorg zoals medisch specialisten en klinisch-psychologen die plegen te bieden en die de persoon nodig heeft in verband met een psychische stoornis'
- Verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.
- Verpleging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg.

Deze definitie is afgeleid van de terminologie uit de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekeringen (het besluit spreekt over klinisch-psychologen en psychiaters)

! **Opmerking:**

Dit dubbelt met de definitie in artikel 1.1.

De geestelijke gezondheidszorg die door huisartsen zelf of door de praktijkondersteuner-GGZ wordt verleend en de **extramurale**

Vragen en Opmerkingen over de conceptwettekst Jeugdwet

verstrekking van psychofarmaca valt niet onder deze definitie van geestelijke gezondheidszorg. Deze laatste vormen van zorg blijven onder de Zorgverzekeringswet vallen. De intramurale verstrekking van psychofarmaca valt wel onder jeugdhulp in de zin van de Jeugdwet en de vergoeding is opgenomen in de verpleegprijs.

? Vragen:

- blijft de geneesmiddelenwet wel van toepassing op de psychofarmaca die onder de Jeugdwet wordt verstrekt? Hierover wordt geen duidelijkheid gegeven.
- Hoe zit het met andere medicatie dan psychofarmaca die klinisch opgenomen kinderen gebruiken? Valt deze onder de Zorgverzekeringswet of onder de Jeugdwet? Bijvoorbeeld insuline of slaapmedicatie die door een (somatisch) arts is verstrekt?

Lid 3 regelt dat de aanspraak op zorg (verblijf) op basis van de AWBZ of Zorgverzekeringswet (op basis van een indicatiebesluit) overgaat gaat gelden ten opzichte van de gemeente (en niet meer ten opzichte van de zorgverzekeraar) voor de duur van maximaal een jaar na inwerkingtreding van de wet. Daarna moet een nieuwe aanvraag worden ingediend bij de gemeente.

Lid 4 regelt dit voor de zorg zonder verblijf (na de verwijzing van de huisarts) op basis van de AWBZ of Zorgverzekeringswet

! Opmerking

M.i. dubbelt lid 3 met 10.1 lid 6 (voor de AWBZ–zorg met verblijf op basis van een indicatiebesluit) en dubbelt lid 4 met artikel 10.2 lid 7 (voor de AWBZ–zorg op basis van een verwijzing).

10.3 Overgangsrecht aanspraak op jeugdzorg obv de Wet op de Jeugdzorg (ook max. 1 jaar)

10.4 Overgangsrecht Individuele voorziening WMO voor LVG–jeugdigen (ook max. 1 jaar)

! Opmerking

Is het reëel om te verwachten dat er een periode van maximaal een jaar zit tussen publicatie en inwerkingtreding. Met andere woorden zal er nog wel sprake zijn van overgangsrecht?

10.5–
10.7 Indien de aanspraak afloopt dan stuurt BJZ c.q. de instelling voor jeugd–GGZ, c.q. het indicatieorgaan de volgende informatie naar de gemeente:

- Indicatiebesluit c.q. verwijzing + grondslag van het besluit
- BSN van de jeugdige

Doel om nieuwe voorzieningen voor jeugdhulp voor een jeugdige te treffen.

Dit is een eenmalige gegevens verstrekking.

? **Vraag**

Dit is de wettelijke basis voor "startfoto's", beleidsinformatie richting gemeenten e.d., verzoeken van gemeenten die nu al regelmatig worden gedaan, is er vanaf de publicatie. Maar hoe verhoudt zich dat tot de waarden die aan het beroepsgeheim ten grondslag liggen?

Hoofdstuk 11 **Wijziging andere wetten**

- De AWBZ, de WMO en de Zorgverzekeringswet worden aangepast.
- De Wet Cliëntenrechten Zorg (is nu nog een wetsvoorstel) wordt gewijzigd in die zin dat deze wet niet meer van toepassing is op jeugdhulpaanbieders.
- De Wet Marktordening gezondheidszorg is niet meer van toepassing op jeugdhulpaanbieders.
- BJZ wordt uit het Burgerlijk Wetboek gehaald en vervangen door "een gecertificeerde instelling als bedoeld in de Jeugdwet" Idem voor het Wetboek van Strafrecht.
- De Wet op de Jeugdzorg wordt ingetrokken