

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Mevrouw drs. M. L. L. E. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner
en
De Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie
De heer mr. F. Teeven

ONDERWERP
conceptwetsvoorstel Jeugdwet

UTRECHT
16 oktober 2012

Geachte mevrouw Veldhuijzen van Zanten,
Geachte heer Teeven,

REFERENTIE
MHo/ 12-13823

De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) heeft met veel belangstelling kennisgenomen van het van het op 19 juli jl. in consultatie gegeven conceptwetsvoorstel Jeugdwet, dat voorziet in een decentralisatie van alle ondersteuning, hulp en bepaalde vormen van zorg voor jeugd naar gemeenten, zowel bestuurlijk als financieel. De KNMG heeft dit conceptwetsvoorstel, dat grote gevolgen heeft voor de medische zorg voor de jeugd, besproken met de Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG), Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Nederlands Huisarts Genootschap (NHG), Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), Vereniging Vertrouwensartsen Kindermishandeling (VVAK) en Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG). Mede namens deze organisaties doe ik u bij deze de reactie van de KNMG toekomen.

KNMG
Mercatorlaan 1200
Postbus 20051
3502 LB Utrecht

TELEFOON

FAX

EMAIL
m.hoekstra@fed.knmg.nl

WEBSITE
www.knmg.nl

REKENINGNUMMER
Bank 45.64.48.969

KVK-NUMMER
40476133

De KNMG vindt het een positieve ontwikkeling dat met dit wetsvoorstel aansluiting wordt gezocht tussen de jeugdhulp en de gezondheidszorg, omdat problemen op het brede terrein van welzijn, opvoeden en opgroeien vaak ook een medische component hebben. De medische beroepsgroepen willen graag bijdragen aan een zo goed mogelijke inhoud en kwaliteit van de zorg voor de jeugd en achten daarvoor de voorgestelde multidisciplinaire benadering essentieel. De KNMG maakt zich echter grote zorgen dat de beleidsvrijheid die gemeenten hebben, zal resulteren in een verminderde toegankelijkheid van de jeugdhulp en in ongelijkheid tussen gemeenten in de behandeling van kinderen en jeugdigen. De KNMG doet u hierbij op hoofdlijnen haar commentaar toekomen.

Allereerst staan in onderstaand kader de KNMG standpunten kort verwoord. Daarna volgt per punt *cursief* gedrukt een uitgebreidere verwoording van deze standpunten, voorzien van een toelichting met vragen en overwegingen.

- 1. Verdeling takenpakket jeugdartsen over twee wettelijke regelingen**
Toeleiding naar medische zorg moet expliciet, met waarborgen omkleed, worden opgenomen in de Jeugdwet en deze zorg moet aansluiten op de jeugdgezondheidszorg in de Wet publieke gezondheid.
- 2. Overheveling geestelijk gezondheidszorg voor jeugdigen naar gemeente**
De KNMG pleit ervoor de kinder- en jeugdpsychiatrie binnen de Zorgverzekeringswet te houden, zodat het individuele recht op medische zorg en de kwaliteit daarvan gewaarborgd blijven.
- 3. Toeleiding naar jeugdhulp**
De toeleiding naar jeugdhulp binnen een gemeente moet voorzien worden van goede diagnostische kwaliteiten. Dit betekent dat de medische invalshoek vanaf het begin meegenomen wordt binnen het brede terrein van welzijn, opvoeden en opgroeien.
- 4. Gedwongen medische/psychiatrische hulp in het kader van gedwongen jeugdhulp**
Harmonisatie van de Jeugdwet en de wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) moet ervoor zorgen dat de rechtspositie van jeugdigen in het kader van een gedwongen behandeling gelijk is, waarbij het striktere Bopz-regime het uitgangspunt moet zijn, omdat dit de minste inbreuk maakt op de basale grondrechten.
- 5. Dossier en geheimhouding**
Het beroepsgeheim staat in de weg om een gezamenlijk dossier van wel en niet BIG-geregistreerde hulpverleners te gaan inrichten voor de jeugdhulp. In plaats daarvan moeten er afspraken gemaakt worden over de wijze waarop samenwerkingspartners relevante informatie uit een dossier kunnen verkrijgen.
- 6. Toestemming leeftijdsgrenzen, inzage, vertegenwoordiging**
De regelingen rondom toestemming, informatie, leeftijdsgrenzen en vertegenwoordiging dienen overeen te komen met de Wgbo, waarbij de belangen en rechten van het kind voorop moeten staan.
- 7. Instellen meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling (MHK)**
De naamgeving van het op te richten meldpunt MHK kan beter gewijzigd worden in 'Advies- en Meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling (AMHK)', zodat de adviesfunctie van het meldpunt prominent blijft bestaan. Het opheffen van het AMK mag niet tot een verlies aan kwaliteit en professionaliteit leiden of tot inperking van het medisch beroepsgeheim.

UTRECHT
16 oktober 2012

REFERENTIE
MHo/ 12-13823

8. Klachtrecht

Aanpassing van het conceptwetsvoorstel Jeugdwet aan de Wet klachtrecht cliënten zorgsector moet ervoor zorgen dat binnen instellingen niet twee verschillende klachtprocedures gaan gelden. Er moet helder gedefinieerd worden wie klachtgerechtigd is en over welke en wiens gedragingen geklaagd kan worden.

9. Toezicht en handhaving

Het toezicht op de medische zorg aan jeugdigen moet tot het takenpakket van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) blijven behoren. Inzage in de medische dossiers ten behoeve van toezicht moet voorbehouden blijven aan de IGZ op grond van de Kwaliteitswet.

1. Verdeling takenpakket jeugdartsen over twee wettelijke regelingen

De KNMG vreest dat de voorgestelde verdeling van het takenpakket van jeugdartsen over twee wettelijke regelingen, te weten de Jeugdwet en de Wet publieke gezondheid leidt tot een verschraving van de medische zorg aan kinderen en jeugdigen, doordat de medische problematiek en de medische professional onderbelicht zijn in het voorliggende conceptwetsvoorstel. De KNMG pleit ervoor dat de toeleiding naar medische zorg expliciet, met waarborgen omkleed wordt opgenomen in de Jeugdwet en dat deze zorg aansluit op de jeugdgezondheidszorg in de Wet publieke gezondheid.

UTRECHT
16 oktober 2012

REFERENTIE
MHo/ 12-13823

Toelichting

Het conceptwetsvoorstel legt grote nadruk op de gedragsmatige en pedagogische kant binnen de jeugdhulpverlening, maar de toeleiding naar medische zorg ontbreekt in het wetsvoorstel. Omdat medische aspecten vaak een onderdeel vormen van de problematiek, is het essentieel dat de medische invalshoek vanaf het begin meegenomen wordt, zodat de juiste zorg dichtbij huis georganiseerd kan worden. In een goede toeleiding naar zorg staan de huisarts en de jeugdarts centraal, omdat zij de expertise hebben om overstijgend, in samenspraak met andere hulpverleners, de aansluiting tussen de verschillende vormen van hulp te realiseren. Het inzetten van preventieve programma's voor geselecteerde groepen is daar een belangrijk onderdeel van. Door de jeugdgezondheidszorg in de Wet publieke gezondheid te beperken, zonder dat in het concept wetsvoorstel de medische invalshoek wordt verankerd, wordt de medische zorg aan jeugdigen onaanvaardbaar beperkt.

2. Overheveling geestelijk gezondheidszorg voor jeugdigen naar gemeente

De KNMG pleit ervoor de kinder- en jeugdpsychiatrie binnen de Zorgverzekeringswet te houden, zodat het individuele recht op medische zorg en de kwaliteit daarvan gewaarborgd blijven (zie Position paper dd 14 juni 2012).

Toelichting

Het voorstel is de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (met uitzondering van de extramuraal psychofarmaca en de eerstelijns psychische zorg die huisartsen zelf plegen te geven) en de ondersteuning en zorg aan jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) over te hevelen naar de

Jeugdwet. De gemeente krijgt daarbij beleidsvrijheid om deze zorgplicht naar eigen inzicht in te vullen.

Bij deze voorgestelde overheveling heeft de KNMG een aantal grote zorgen en vragen:

- a. Het hulpverleningsaanbod zal afhangen van de lokale omstandigheden. Dit kan leiden tot ongelijke toegang tot zorg, afhankelijk van het aanbod in de gemeente waar iemand woont.
- b. In de voorliggende constructie bepaalt de gemeente wat nodig is en zet de gemeente die zorg (op kosten van de gemeente) in. Het risico van deze constructie is dat financiële omstandigheden van de gemeente, die landelijk uiteenlopen, een (belangrijke) rol gaan spelen in het zorgaanbod. Speciaal kan hierbij gedacht worden aan de keuze tussen behandelen met psychotherapie of psychofarmaca, waarbij de psychotherapie uit het budget van de gemeente betaald moet worden, terwijl de psychofarmaca betaald worden door de zorgverzekeraar. Dit kan leiden tot medicalisering van de zorg aan het kind of de jeugdige.
- c. De vrijheid van de (vertegenwoordigers van de) patiënt om zelf de hulpverlener te kiezen (de vrije artskeuze) wordt beperkt, omdat alleen binnen het aanbod dat de gemeente bepaalt, gekozen kan worden.
- d. De huisarts moet adviseren over het inzetten van jeugd-GGZ, ook als de hulpvraag via een ander portaal (bijvoorbeeld Centrum Jeugd en Gezin) is binnengekomen. Hoe gaat dit in de praktijk vormgegeven worden? Wordt een kind dan toch eerst naar de huisarts gestuurd? Bovendien verwijzen op dit moment ook kinderartsen naar de jeugd-GGZ. Het zou heel onwenselijk zijn als dat in de toekomst uitsluitend via de huisarts moet gaan lopen.
- e. Het medisch continuüm wordt doorbroken, door de kinder- en jeugdpsychiatrie een andere wettelijke basis te geven dan de overige medisch specialistische zorg. Wat betekent dit voor de samenwerking met anderen dan de huisarts, zoals de kinderarts, de kinderchirurg en de arts verstandelijk gehandicapten? Hoe kan de gemeente de continuïteit van zorg waarborgen? (Hoe) Kunnen (vertegenwoordigers van) patiënten de gemeente bij tekortkomingen aan spreken?
- f. Hoe kan de academische kinder- en jeugdpsychiatrie in dit stelsel een plaats krijgen? Hoe kan op een goede manier samenwerking met de overige artsen plaats vinden?
- g. Wat betekent dit voor de samenwerking en afstemming tussen de volwassenenpsychiatrie, waar ouders soms in behandeling zijn, en de kinder- en jeugdpsychiatrie?
- h. Het is de vraag of de gemeente verantwoordelijk kan zijn voor de overdracht van zorg van een kind naar de volwassenzorg: welke middelen heeft de gemeente hiervoor?
- i. In die gevallen waarin een samenloop optreedt tussen de Wgbo en de Jeugdwet, dient duidelijk te zijn welke wet als *lex specialis* gekwalificeerd wordt. Bovendien is harmonisatie van de wetten zeer gewenst, om geen rechtsongelijkheid te creëren in de zorg.
- j. Kan het kind, nu de gemeente waar het kind ingeschreven is verantwoordelijk is voor het verstrekken van de jeugdhulp, dan ook aanspraak maken op hulp in een andere gemeente, bijvoorbeeld in het geval van co-ouders waarbij het kind feitelijk in twee gemeenten woont?

UTRECHT
16 oktober 2012

REFERENTIE
MHo/ 12-13823

- En wie is verantwoordelijk voor de hulp aan zwerfjongeren die in een andere gemeente verblijven dan waar zij zijn ingeschreven? En middelbare scholieren die in een andere gemeente naar school gaan, dan zij wonen? En wat indien (de ouders/verzorgers van) het kind naar een andere gemeente verhuizen? Is de continuïteit van zorg dan in gevaar?
- k. Welke consequenties heeft deze wetgeving voor (illegaal) in Nederland verblijvende jeugdige vreemdelingen, kunnen zij aanspraak maken op hulp?

3. Toeleiding naar jeugdhulp

De KNMG is van mening dat de toeleiding naar jeugdhulp binnen een gemeente voorzien moet worden van goede diagnostische kwaliteiten. Dit betekent dat de medische invalshoek vanaf het begin meegenomen wordt binnen het brede terrein van welzijn, opvoeden en opgroeien. Om dit te realiseren dient de jeugdarts daarin een centrale rol te hebben.

De jeugdarts stemt af met de huisarts en raadpleegt, indien nodig, op consultbasis een kinderarts, kinder- en jeugdpsychiater, arts verstandelijk gehandicapten, etc.

UTRECHT
16 oktober 2012

REFERENTIE
MHo/ 12-13823

Toelichting

De KNMG steunt de gedachte achter het nieuwe wetsvoorstel om de jeugdhulp zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen en te integreren. Toeleiding van een kind of jeugdige naar de juiste hulp dichtbij huis is daarvoor essentieel. Deze toeleiding is een complex proces, waarin de multidisciplinaire benadering, met ruime aandacht voor de medische invalshoek en somatiek, centraal moet staan. In het conceptwetsvoorstel staat echter niets vermeld over de deskundigheid die nodig is voor het uitvoeren van deze toeleiding en wordt ook de medische invalshoek ten onrechte niet belicht.

4. Gedwongen medische/psychiatrische hulp in het kader van gedwongen jeugdhulp

Door de verschillende regelingen over gedwongen behandeling in het conceptwetsvoorstel Jeugdwet en de Wet Bopz, is sprake van een verschillende rechtspositie voor jeugdigen die in de gesloten jeugdzorg zijn opgenomen en in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Harmonisatie van de wetgeving zou dit verschil oplossen, waarbij het striktere BOPZ-regime het uitgangspunt moet zijn, omdat dit de minste inbreuk maakt op de basale grondrechten.

Toelichting

De Jeugdwet regelt dat gedwongen psychiatrische behandeling van een kind niet alleen op grond van de Wet Bopz mogelijk is, maar ook op grond van de Jeugdwet. In de Jeugdwet zijn de mogelijkheden voor gedwongen behandeling ruimer dan in de Wet Bopz: gedwongen behandeling in het kader van de Wet Bopz kan alleen voor zover aannemelijk is dat zonder die behandeling het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens van betrokkene doet veroorzaken niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen of, voor zover dit volstrekt noodzakelijk is om het gevaar dat de stoornis van de geestvermogensbetrokkene binnen de inrichting doet veroorzaken, af te wenden. Het behandelplan moet daarbij gericht zijn op psychische klachten of stoornissen. Op grond van de Jeugdwet kan een kind gedwongen opgenomen worden indien hij ernstige

opgroei- of opvoedingsproblemen heeft die zijn ontwikkeling naar volwassenheid belemmeren en die een verblijf noodzakelijk maken. Het voor het kind opgestelde hulpverleningsplan (inclusief medische of psychiatrische behandeling) kan tegen de wil van het kind uitgevoerd worden om het met het verblijf beoogde doel te bereiken. Binnen het kader van het conceptwetsvoorstel Jeugdwet is een gedwongen psychiatrische behandeling mogelijk bij een kind dat niet vanwege een psychiatrische stoornis gedwongen opgenomen is. De KNMG is van mening dat een psychiatrische behandeling in een dergelijke situatie met onvoldoende waarborgen omkleed is. Zo is onduidelijk hoe het jeugdhulpverleningsplan tot stand komt, wie bepaalt wanneer een jeugdige bij een voorwaardelijke machtiging alsnog moet worden opgenomen en wie de beslissing neemt om tot gedwongen behandeling over te gaan.

5. Dossier en geheimhouding

De KNMG is voorstander van een betere informatie-uitwisseling tussen de verschillende partijen binnen de jeugdhulp, maar wel binnen de geldende juridische kaders. Het beroepsgeheim (vgl. art. 88 Wet BIG) staat in de weg om een gezamenlijk dossier van wel en niet BIG-geregistreerde hulpverleners te gaan inrichten voor de jeugdhulp. In plaats daarvan zouden er afspraken gemaakt moeten worden over de wijze waarop samenwerkingspartners relevante informatie uit een dossier kunnen verkrijgen. Daarbij dienen ook de mogelijkheden onderzocht te worden om in bepaalde omstandigheden met een persoonlijk dossier of webdossier te gaan werken dat door de ouders beheerd wordt.

UTRECHT
16 oktober 2012

REFERENTIE
MHo/ 12-13823

Toelichting

Het wetsvoorstel lijkt uit te gaan van één dossier voor alle jeugdhulpverleners. Deze aanpak is begrijpelijk vanuit het oogpunt van integrale zorg, maar staat op gespannen voet met de Wgbo, waarin is bepaald dat geen inlichtingen over een patiënt of inzage in dossier wordt verstrekt aan anderen, tenzij deze anderen rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van de geneeskundige behandelingsovereenkomst en voor zover noodzakelijk. Volgens de toelichting bij de Wgbo gaat het hierbij om bijvoorbeeld doktersassistenten en in consultgevraagde collega-vakgenoten. Ook dan mag alleen bepaalde – ‘noodzakelijke’ – informatie worden gedeeld en in de regel niet het gehele dossier.¹

De handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg van de KNMG beveelt aan dat relevante gegevens bij voorkeur in een geïntegreerd dossier worden aangetekend, dat door alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners kan worden geraadpleegd en aangevuld. Met het begrip zorgverlener wordt in deze Handreiking bedoeld op individuele beroepsbeoefenaren, als geregeld in of op grond van de artikelen 3 en 34 Wet Big. De professionals uit de jeugdhulpverlening zijn lang niet allemaal BIG-geregistreerd, laat staan zorgverleners in de zin van de Handreiking.

De inzage in het dossier en gegevensuitwisseling worden onduidelijk en veel te ruim toegestaan. Betrokkenen hebben recht op informatie, zonder dat duidelijk omschreven is wie dat zijn. Daarnaast is de uitzonderingsgrond wie niet als

¹ RTG Amsterdam 3 april 2012, nr. 2011/087P, GJ 2012, 66, TvGR 2012, 33 (m.nt. M.C. Ploem & A.C. Hendriks), LJV YG1888.

'ander' moet worden gezien zo ruim geformuleerd dat daar een groot scala aan functionarissen onder kan vallen. Het gevolg is dat er in de praktijk nauwelijks meer sprake is van geheimhouding.

6. Toestemming, leeftijdsgrenzen, inzage, vertegenwoordiging

De KNMG acht het onwenselijk dat voor de jeugdhulpverlening de regelgeving rondom informatie, toestemming, leeftijdsgrenzen en vertegenwoordiging anders en over het algemeen ruimer wordt geformuleerd dan in de Wgbo. Bovendien is de verbreding dat zonder toestemming jeugdhulp verleend kan worden, louter om ernstig nadeel voor de ouder te voorkomen, een te grote inbreuk op de basale grondrechten van het kind (vgl. artikel 3 Verdrag inzake de rechten van het kind). Het kind zelf moet ook altijd baat hebben bij de behandeling. De totstandkoming van het jeugdhulpverleningsplan is hierdoor in de wet met onvoldoende waarborgen omkleed. De regelingen rondom toestemming, informatie, leeftijdsgrenzen en vertegenwoordiging dienen overeen te komen met de Wgbo, waarbij de belangen en rechten van het kind voorop dienen te staan.

UTRECHT
16 oktober 2012

Toelichting

- a. Het geven van informatie wordt niet in de wet aan de orde gesteld, hetgeen betekent dat in de jeugdhulp geen informed consent gewaarborgd is. Dit terwijl volgens de Wgbo óók kinderen onder de 12 jaar (dus zij die volgens de wet niet om toestemming hoeven te worden gevraagd) door de hulpverlener moeten worden geïnformeerd.
- b. De leeftijdscategorieën voor het geven van toestemming en voor inzage in en afschrift van het dossier lijken op die van de Wgbo, maar zijn niet voldoende duidelijk uitgewerkt. Er staat bijvoorbeeld niets vermeld over de leeftijdsgroep van 16 jaar en ouder.
- c. In de praktijk richt de jeugdzorg zich ook op de bescherming van ongeboren kinderen, terwijl de wet zich hier niet over uitspreekt. Vanaf welke leeftijd is deze wet van toepassing?
- d. Het feit dat in dit voorstel ook ernstig nadeel van anderen (namelijk de ouder) wordt aangemerkt als grond voor het verlenen van hulp zonder toestemming, is een onacceptabele verbreding ten opzicht van de Wgbo, omdat een kind zelf ook altijd baat moet hebben bij een behandeling.
- e. De wettelijke vertegenwoordiging is in het conceptwetsvoorstel niet geheel conform de Wgbo en de Wet Bopz. Ouders en wettelijk vertegenwoordigers zijn niet altijd goed gepositioneerd. Het hulpverleningsplan heeft bijvoorbeeld instemming van de jeugdige (art 4.2.2), zonder dat daar de verantwoordelijkheid van ouders/vertegenwoordigers wordt benoemd. Deze regelingen doen onvoldoende recht aan de belangen van de jeugdigen en de ouders.

REFERENTIE
MHo/ 12-13823

7. Instellen meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling (MHK)

Bij meldingen van huiselijk geweld en kindermishandeling moet er volgens de KNMG landelijk dezelfde kwaliteit gewaarborgd zijn, waarbij het opheffen van het AMK niet tot een verlies aan kwaliteit en inperking van het medisch beroepsgeheim mag leiden. Essentieel hiervoor is dat er terzake deskundige professionals moeten werken waaronder vertrouwensartsen inzake kindermishandeling en dat de adviesfunctie van het meldpunt prominent blijft bestaan. De naamgeving van het meldpunt zou dan ook beter gewijzigd kunnen

worden in 'Advies- en Meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling (AMHK)'.

Toelichting

Het conceptwetsvoorstel legt bij kindermishandeling en huiselijk geweld een grote nadruk op het melden. Het melden is echter geen doel op zich, maar een middel om te trachten door verder onderzoek passende hulpverlening in te zetten en de mishandeling te laten stoppen. Dit kan echter ook door professionals en mensen uit de sociale omgeving te adviseren over de handelingen die zij zelf nog kunnen verrichten. Het belangrijkste is dat de zorgen besproken worden en dat er vervolgstappen worden genomen. Door een vraag om een advies kan een melding voorkomen worden. Bovendien kunnen professionals op basis van een advies hun verantwoordelijkheid nemen en kan hulpverlening minder zwaar worden ingezet. Om de kwaliteit van een dergelijk advies- en meldpunt te waarborgen, moeten er terzake deskundige professionals werken waaronder vertrouwensartsen inzake kindermishandeling.

UTRECHT
16 oktober 2012

Er zijn thans de nodige verschillen tussen AMK en SHG. Voor AMK zijn er betere waarborgen voor wat betreft de kwaliteit en het beroepsgeheim van de medewerkers dan voor SHG. De vraag is hoe dit gaat bij het samengaan van beide organisaties. Er dient aandacht besteed te worden aan het waarborgen van een landelijk uniforme werkwijze. Verder is het de vraag hoe de meldcode (artikel 4.1.6.) zich tot andere codes verhoudt (o.a. KNMG meldcode en Wet meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling). Ook is onduidelijk of bij geweld tussen volwassenen, waar geen kinderen bij betrokken zijn, de medische expertise is gewaarborgd.

REFERENTIE
MHo/ 12-13823

8. Klachtrecht

De KNMG vindt de klachtenregeling nog onvoldoende helder geformuleerd, aangezien niet beschreven is wie klachtgerechtigd is. Omdat er over gedragingen jegens de klager geklaagd kan worden, is tevens onvoldoende duidelijk over welke en wiens gedragingen geklaagd kan worden. Samenloop van deze wet met de Wet klachtrecht cliënten zorgsector in instellingen is onwenselijk als deze wetten niet geharmoniseerd worden.

Toelichting

In de memorie van toelichting wordt gesproken over gedragingen jegens de jeugdige of de ouder. In de wettekst staat echter niet gedefinieerd wie de klager is, waardoor onduidelijk is wie een klacht mag indienen en over welke gedragingen (gedragingen jegens wie?) geklaagd kan worden. Kunnen bijvoorbeeld de ouders van een minderjarige klagen over de behandeling van laatstgenoemde, terwijl de minderjarige zelf daarover geen klachten heeft? De regeling lijkt erg op de Wet klachtrecht cliënten zorgsector, maar wijkt op bepaalde punten af, zoals de termijn. Nu deze wetten op sommige punten van elkaar afwijken, heeft dat als consequentie dat er in de praktijk op sommige instellingen twee klachtenregelingen moeten gaan gelden, één voor hun volwassenen zorg en één voor de zorg aan minderjarigen. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan instellingen met kinder- en volwassenpsychiatrie, instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg en

maatschappen van psychologen die kinderen en volwassenen behandelen. Dat is een onwenselijke samenloop.

9. Toezicht en handhaving

De KNMG is van mening dat het toezicht op de medische zorg aan jeugdigen tot het takenpakket van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) moet blijven behoren. Inzage in de medische dossiers ten behoeve van toezicht moet voorbehouden blijven aan de IGZ op grond van de Kwaliteitswet.

Toelichting

In het conceptwetsvoorstel is het uitgangspunt dat het in eerste instantie aan gemeenten is om de jeugdhulp en de uitvoering van kinderbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering te organiseren. De Inspectie voor de Gezondheidszorg wordt niet genoemd. Toezicht op de gezondheidszorg is echter een complexe taak, waarvoor het toetsingskader en de uitvoering niet lokaal verschillend vormgegeven mag worden. Daarnaast is het beroepsgeheim rondom de medische dossiers onvoldoende geregeld in dit wetsvoorstel. In de kwaliteitswet zorginstellingen is een wettelijke uitzonderingsgrond op het beroepsgeheim vastgelegd, waarin is geregeld dat ambtenaren van de IGZ, die zelf een (afgeleid) beroepsgeheim hebben, bevoegd zijn tot inzage van patiëntendossiers, voor zover dat noodzakelijk is voor de vervulling van hun taak (art 7 lid 3 Kwaliteitswet zorginstellingen). Het is zeer onwenselijk om deze bevoegdheid nu uit te breiden naar gemeentelijke inspecties, zonder dat daarvoor een voldoende uniform toetsingskader geborgd is.

UTRECHT
16 oktober 2012

REFERENTIE
MHo/ 12-13823

Mede namens de Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG), Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Nederlands Huisarts Genootschap (NHG), Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), Vereniging Vertrouwensartsen Kindermishandeling (VVAK) en Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG),

Met vriendelijke groet,

dr. L. Wigersma, arts
directeur beleid en advies

Bijlage: Position paper KNMG-standpunt en visie-ontwikkeling Jeugzorg dd 14 juni 2012