

# De keerzijden van de nieuwe Jeugdwet

De Jeugdwet maakt de organisatie van de jeugdzorg efficiënter en samenhangender. Maar er is ook veel kritiek: op het tempo, de rol van de gemeente en het feit dat de jeugd-ggz geen status aparte krijgt. Drie vragen over deze ingrijpende zorghervorming.



**A**ls op 1 januari 2015 de nieuwe Jeugdwet in werking treedt, zijn gemeenten voortaan verantwoordelijk voor kinderscherming, jeugdreclassering en de geestelijke gezondheidszorg (ggz) voor kinderen. Nu valt die zorg nog onder de provincies en het rijk. De slogan waarmee het kabinet de wet lanceerde – ‘één gezin, één plan, één regisseur’ – vat de bedoelingen samen: de jeugdzorg moet dicht bij kinderen en gezinnen, efficiënter en samenhangender worden georganiseerd. Het moet bovendien zuiniger: op het budget van 3,5 miljard euro moet 15 procent (450 miljoen) worden ingeleverd. Dat hervorming nodig is, daarover is bijna iedereen het eens. Een voorbeeld: in Enschede is uitgezocht dat in een woonwijk met een lage sociaaleconomische status zorgverleners te maken hebben met ‘25 wettelijke kaders, 17 indicatieprotocollen, 23 verschillende methoden van vraagverheldering, 31 diagnostische instrumenten en 27 registratierapportagesystemen’. Een Tweede Kamermeerderheid is voor de nieuwe Jeugdwet, zo bleek tijdens de behandeling vorige week. De Eerste Kamer passeren kan echter nog lastig worden; voor een meerderheid is vooral van belang dat het CDA ja blijft zeggen tegen de wet. Daar komt bij dat de senaat straks nog maar negen weken heeft om de wet te behandelen. ‘Alles moet met stoom en kokend water worden geregeld, en dat bij één van de grootste hervormingen in de zorg’, zei Tweede Kamerlid Vera Bergkamp van D66.

### **Hoeveel invloed krijgt de gemeente op het beleid van artsen?**

Artsen bepalen zelf de behandeling en de duur ervan, maar zijn gebonden aan de afspraken die daarover met de gemeente zijn gemaakt. Want de gemeente kan, net zoals in het huidige systeem de zorgverzekeraar, een slot zetten op de omvang en duur van bepaalde vormen van zorg. De gemeente heeft een zorgplicht en moet dus passende zorg inkopen, maar ze zal waarschijnlijk niet alle jeugdzorgaanbieders in de regio contracteren.

Artsen zoals de huisarts of jeugdarts kunnen zonder tussenkomst van de gemeente doorverwijzen naar door de gemeente ingekochte jeugdhulp. Maar ze moeten dan wel weten welke vormen van jeugdhulp zijn ingekocht en de gemeente ('regisseur' van de hulp immers) op de hoogte houden van hun doorverwijzingen. Zo bezien heeft de gemeente dus invloed op de verwijzing. De LHV denkt dat daarmee de onafhankelijke positie van de huisarts in gevaar komt. Dat klopt niet, zegt Erik Dannenberg, wethouder in Zwolle en voorzitter van subcommissie Jeugdzorg van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). Ambtenaren bemoeien zich niet met de professionele standaarden van medici, zoals ze dat ook niet doen in de door de gemeenten al sinds jaar en dag bestierde en gefinancierde GGD's en consultatiebureaus. 'Maar in het geval van de jeugdzorg erven gemeenten wel een beleidsveld met een groei van 10 tot 12 procent per jaar. Enige financiële sturing is dus nodig. Te veel zorg wordt nu geïndividualiseerd, kijk naar de grote hoeveelheid indicaties die kinderen krijgen. We moeten weg van het principe "waar heb ik recht op" en toe naar "wat heb ik nodig".'

#### **Zullen er grote verschillen ontstaan tussen gemeenten in het zorgaanbod?**

Ja, zegt de Kinderombudsman en dat geeft ongelijke behandeling. Ja, zegt ook Erik Dannenberg, en dat is ook de bedoeling. 'Een vredig Drents dorpje is niet hetzelfde als de wijk Charlois in Rotterdam. Op de ene plek kun je gebruikmaken van sterke steunsystemen – verenigingsleven, familiebanden – terwijl je in de andere omgeving leunt op professionele hulpverleners. Naarmate je echter meer oprukt naar het medische deel van de jeugdzorg – zeg maar: de kinderpsychiatrie – heb ik niet zoveel moeite met een zekere landelijke uniformiteit.' 'Maar', zegt Marian Hoekstra, beleidsmedewerker van de KNMG, 'de kwestie blijft: als een huisarts of kinderpsychiater zegt dat bepaalde zorg nodig is, is de

gemeente dan in staat om die zorg te leveren, ook als ze aan hun financieel plafond zitten? Die "uniformiteit" zou je moeten vastleggen in de wet. Nu weten we niet zeker of alle gemeenten hierin meegaan.'

Robert Vermeiren, hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie, vreest 'een puinhoop'. 'Er is dramatisch weinig geregeld voor de specialistische zorg. Men is bijvoorbeeld niet van plan om de academische kinderpsychiatrie landelijk te financieren. De wet gaat helemaal uit van de basiszorg en lichte problematiek. Op dat punt zal de Jeugdwet ook prima voldoen. In het nieuwe systeem zullen gemeenten samenwerken in 41 regio's om zo afspraken over de inkoop van jeugdzorg te kunnen maken. Maar er komen nieuwe schotten, omdat pillen bekostigd blijven

## **'Een vredig Drents dorpje is niet het hetzelfde als de wijk Charlois in Rotterdam'**

via de zorgverzekering, maar gesprekstherapie gefinancierd gaat worden door de gemeenten.' Medicatiegebruik zal verder stijgen, vermoedt hij, omdat gemeenten omwille van bezuinigingen zullen sturen op medicatie in plaats van dure psychotherapie. 'Dat kost de gemeente namelijk niks.' Evenals de KNMG vindt Vermeiren dat de jeugd-ggz via de zorgverzekeringswet bekostigd moet blijven. Hij voegt daaraan toe: 'Een financieringssysteem zonder schotten is een illusie. We kunnen beter investeren in schotten die geen perverse prikkels veroorzaken.'

Dannenberg is het daarmee oneens: 'Voorbeeld: de jeugdzorg zit nu vol blonde kinderen en de jeugdgevangenis

vol donkere kinderen. In die laatste groep zit veel niet-opgemerkte ggz-problematiek. Autochtonen weten namelijk veel beter de weg naar de ggz te vinden dan allochtonen. We willen daarom op macroniveau afspraken maken om actief te screenen op psychiatrische problematiek in wijken waar je die kunt verwachten. Daarover willen we ook graag afspraken maken met de medische wereld, met huisartsen bijvoorbeeld. Rond huisartsen zou je wijkteams moeten bouwen. Daar past bij dat gemeenten er vanaf 2015 voor kunnen kiezen extra te investeren in de POH-ggz.'

Ook Hoekstra van de KNMG vindt dat je moet kijken of er naast gedrags- en opvoedingsproblemen ook medische problemen zijn. 'Die kun je niet los van elkaar zien. Maar onze vrees is dat lang niet alle gemeenten dit zo zullen oppakken. Ook in dit geval is er geen verplichting.'

#### **Gaat de hervorming lukken?**

Het wordt een complexe operatie, daar zijn vriend en vijand het over eens. Verantwoordelijk staatssecretaris Martin van Rijn van VWS wil daarom 'een zachte landing, geen *big bang*'. In de Tweede Kamer zei hij: 'Voor een groot deel zullen we nog moeten werken met de instellingen die ervaring en expertise hebben en die niet van het ene op het andere moment zijn omgebouwd. Er zullen gemeenten zijn die het prettig vinden als de zorg nog enige tijd voor hen kan worden ingekocht, zodat ze kunnen blijven nadenken over de wijze waarop hun gemeentelijk beleid moet worden ingevoerd en zij de sores van die inkoop in die tijd niet hebben.'

Wethouder Dannenberg voorspelt: 'Pas in 2020 zal geen enkele organisatie op het terrein van de jeugdzorg er nog hetzelfde uitzien.' ■

#### **web**

Eerdere berichtgeving over de nieuwe Jeugdwet vindt u bij dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).