



Bijlage 1

bij brief Landelijk Platform ggz reactie op conceptwet Jeugd kenmerk 12-10002; d.d. 15-10-2012

Analyse zorgpunten concept Jeugdwet en standpunt LPGGz

1. Recht op zorg

Met de overheveling van de jeugd-ggz van de Zvw en AWBZ naar gemeenten vervalt het recht op zorg. Daarvoor in de plaats komt een algemene 'jeugdhulpplicht' voor het organiseren en leveren van jeugdhulp en daar waar nodig moeten gemeenten een individuele voorziening treffen. Voor een individuele voorziening heeft de jeugdige/ouder een verleningsbeslissing van de gemeente nodig. Als de gemeente eenmaal heeft geoordeeld dat een individuele voorziening nodig is, dan kan hier een *recht* aan worden ontleend en vestigt dit een *aanspraak* jegens de gemeente op deze voorziening. Het is aan gemeenten om te bepalen welke jeugdhulp vrij toegankelijk is en welke vormen van jeugdhulp worden aangemerkt als individuele voorziening. De gemeente moet in een verordening regels stellen omtrent de voorwaarde voor toekenning, de wijze van beoordeling van en de afwegingsfactoren bij de verlening van een individuele voorziening. Het wetsvoorstel regelt dat de gemeente waar de jeugdige is ingeschreven verantwoordelijk is voor het verstrekken van jeugdhulp.

Het LPGGz constateert dat er pas een recht op zorg ontstaat na een verleningsbeslissing voor een individuele voorziening. Het is onduidelijk op welke zorg een jeugdige met ggz-problemen aanspraak kan maken via een individuele voorziening en de gemeentelijke beleidsvrijheid daarin leidt tot onaanvaardbare rechtsonzekerheid en rechtsongelijkheid en (grote) gezondheidsrisico's. Dit strookt niet met artikel 24 van het Internationaal Verdrag voor de Rechten van het Kind en met de toegang tot zorg via de Zorgverzekeringswet en AWBZ. Het feit dat cliënten eerst naar de rechter zouden moeten als zij het niet eens zijn met een verleningsbeslissing van de gemeente, betekent dat jeugdigen veel te laat in zorg komen met alle gezondheidsrisico's van dien.

Het is in de wet tevens onduidelijk wie bepaalt welke zorg nodig is en daarmee oordeelt of een individuele voorziening al dan niet noodzakelijk is. Juiste deskundigheid, ook op het terrein van de ggz, is een vereiste. Het LPGGz pleit uitdrukkelijk voor een landelijk uniform kader met een knip tussen algemeen toegankelijke hulp en gespecialiseerde zorg. De toeleiding tot de gespecialiseerde zorg moet door professionals op grond van het landelijk kader gebeuren.

Ten aanzien van het woonplaatsbeginsel vraagt het LPGGz zich af wie verantwoordelijk is voor het verstrekken van jeugdhulp aan jeugdigen die niet zijn ingeschreven bij een gemeente of in een andere gemeente verblijven dan waar zij zijn ingeschreven (illegalen of zwerfjongeren). Ook nu al worden jeugdigen zonder vaste woon- en verblijfplaats vestiging geweigerd als het gaat om de aanvraag van voorzieningen uit de Wmo en de Wet werk en Bijstand. Zij krijgen geen opvang en geen uitkering. Op dit moment bestaat ook het knelpunt dat kinderen die met hun moeder op last van de jeugdzorg in een andere provincie geplaatst worden, daar niet worden opgenomen, omdat de provincie van herkomst betaling van de kosten weigert. Een oplossing voor deze groep zou gelegen kunnen zijn in cliëntvolgende of cliëntgebonden financiering (voucher of PGB systeem).

2. Rechtspositie

In de conceptwet is opgenomen dat gemeenten in het beleidsplan moeten aangeven hoe zij het *klachtrecht en de medezeggenschap* vorm geven. Voor een aantal vormen van jeugdhulp wordt dit geregeld in de wet en voor anderen ligt deze verantwoordelijkheid bij de gemeente.

In het concept wetsvoorstel is de harmonisatie van de rechtsposities voor gesloten jeugdzorg, de verplichte ggz en jeugd-lvb nog niet aan de orde: er is in de wet een regeling opgenomen voor de gesloten jeugdzorg, terwijl voor de overige twee sectoren vooralsnog de Bopz blijft gelden.

Het LPGGz constateert dat er geen uniform wettelijk *klachtrecht en medezeggenschap* voor alle vormen van jeugdhulp komt. Wij pleiten dit wettelijk te uniformeren en vragen daarbij speciale aandacht voor zeggenschap in de behandelrelatie. Wij adviseren om het instrument voor formele medezeggenschap niet te beperken tot het instellen van een cliëntenraad, maar te zoeken naar andere meer passende instrumenten voor de doelgroep jeugdigen en hun ouders.



Tevens constateren wij dat de toegezegde *harmonisatie van de gedwongen jeugdhulp* niet wordt afgerond vóórdat deze jeugdwet in werking treedt, waardoor de gedwongen hulp voor alle jeugdigen niet in 1 wettelijk kader is geborgd. Hiermee blijft de splitsing tussen de gesloten jeugdzorg en de Bopz-zorg gehandhaafd, terwijl het in beide gevallen om jongeren met psychische aandoeningen gaat (conform de DSM-IV). Ook betekent dit dat de rechtspositie gaat verschillen tussen jeugdigen die in de gesloten jeugdzorg zijn opgenomen en die gedwongen zijn opgenomen in de jeugd-ggz of jeugd-lvb.

Wij pleiten de harmonisatie af te ronden voordat deze wet in werking treedt om zodoende een integraal kader voor de gedwongen jeugdhulp te realiseren. In ieder geval moet het uitgangspunt zijn dat in geval van dwang de rechtspositie voor alle jeugdige gelijk is.

3. Versterking cliëntenpositie

- Gemeenten krijgen de opdracht om 'waar redelijkerwijs mogelijk' keuzevrijheid te bieden met betrekking tot het inzetten van jeugdhulp en moeten zij in het beleidsplan opnemen welke maatregelen genomen worden voor het bieden van keuzevrijheid met betrekking tot de activiteiten van jeugdhulp.
- Gemeenten worden niet verplicht een Persoonsgebonden Budget (PGB) te verstrekken. Zij kunnen zelf bepalen of en wanneer een burger voor PGB in aanmerking komt. Een PGB is alleen mogelijk indien een voorziening in natura redelijkerwijs niet toereikend kan worden geacht.
- Het aanwijzen van een onafhankelijk vertrouwenspersoon is als specifieke taak voor gemeenten opgenomen en als kwaliteitseis voor de jeugdhulp.
- Als het gaat om participatie stelt de wet dat gemeenten jeugdigen en hun ouders, instellingen en organisaties vroegtijdig moeten betrekken bij de beleidsontwikkeling en dat zij tijdig informatie moeten verschaffen en aandacht moeten hebben voor minder mondige cliënten.

Het LPGGz vindt:

- de mogelijkheid tot keuzevrijheid te vrijblijvend geformuleerd. Het komt in de praktijk regelmatig voor dat cliënten er met een behandelaar niet uitkomen of dat de behandeling zo gespecialiseerd is dat deze aan de andere kant van het land het best passend is. Keuzevrijheid voor een behandelaar bij de inzet van jeugdhulp moet daarom worden verplicht.
- het positief dat in het concept wetsvoorstel is opgenomen dat het College de jeugdige of zijn ouders voor een individuele voorziening de keuze kan bieden voor een persoonsgebonden budget. Wij vinden een 'kan-bepaling' echter te beperkt en pleiten ervoor gemeenten te verplichten om zorgvragers de keuze te bieden tussen zorg in natura, een financiële tegemoetkoming of een PGB. Met een PGB kunnen mensen de regie over hun zorg en ondersteuning beter in eigen hand nemen en kiezen voor jeugdhulp buiten hun gemeente. Daarbij vinden wij garanties voor kwalitatief goede PGB-zorg van belang en dat budgethouders kunnen beschikken over geschikte keuze-informatie bij het vinden van passende hulp van goede kwaliteit. Voor een specifieke reactie op het PGB in relatie tot deze conceptwet verwijzen wij graag naar de reactie van Per Saldo op deze conceptwet.
- Ten aanzien van het vertrouwenswerk vragen wij ons af of er nu verschillende onafhankelijke vertrouwenspersonen komen, zowel bij gemeenten als bij instellingen? Wij vinden de beschikbaarheid van onafhankelijk vertrouwenspersonen van wezenlijk belang voor de jeugdige. Het gaat daarbij wat ons betreft ook om ondersteuning van familie. Naast een patiëntvertrouwenspersoon (PVP), moet ook een familievertrouwenspersoon (fvp) ingezet kunnen worden in alle situaties waar sprake is van een behandelrelatie. Wanneer familie of direct betrokkenen te maken krijgen met iemand die psychiatrische problemen heeft, kan dit namelijk zeer belastend zijn en veel vragen oproepen. Ondersteuning door een familievertrouwenspersoon is dan van belang voor het beantwoorden van vragen en het bieden van ondersteuning in het contact met de hulpverlener, de behandelaar of de instelling. De taken en bevoegdheden van de PVP en de fvp zouden conform het wetsvoorstel verplichte ggz in de Jeugdwet kunnen worden opgenomen. Voor een specifieke reactie over het vertrouwenswerk in de ggz in relatie tot deze conceptwet verwijzen wij graag naar de reactie de PVP.
- Mogelijkheden voor participatie worden in onze ogen voldoende gecreëerd, waarbij wij het belangrijk vinden dat er aandacht is voor zowel de jeugdige als de familie.

4. Toestemming en inzage

Jeugdhulp kan slechts verleend worden als daarvoor toestemming is verleend. Daarbij is een regeling toegevoegd over minderjarigen en veronderstelde toestemming indien de hulp niet ingrijpend van aard is.



Verder kan er zonder toestemming jeugdhulp verleend worden indien, onverwijld verlening van jeugdhulp kennelijk nodig is teneinde ernstig nadeel voor de jeugdige of de ouder te voorkomen. Voorts is bepaald dat het hulpverleningsplan de instemming van de jeugdige moet hebben.

LPGGz constateert dat de eisen ten aanzien van toestemming en dossiervorming verschillen van de WGBO (en de WCZ). *Informed consent* is niet gewaarborgd en er staat niets vermeld over toestemming en inzage bij de leeftijdsgroep van 16+. De regel dat zonder toestemming jeugdhulp verleend kan worden om ernstig nadeel voor de *ouder* te voorkomen vinden wij een grote inbreuk op het zelfbeschikkingsrecht van de jeugdige. Die moet ook altijd zelf baat hebben bij de behandeling. De regeling dat het hulpverleningsplan instemming van de jeugdige moet hebben, zonder dat daar de rol van ouders/vertegenwoordigers wordt gemeld, lijkt ons niet te passen in de lijn van de wetgeving. LPGGz vindt dat de verschillen in regelgeving omtrent toestemming verwarring geven bij de behandeling van de jeugd, waarop zowel de WGBO als de Jeugdwet van toepassing zullen zijn. De regelingen rondom toestemming, informatie en de daarvoor gehanteerde leeftijdsgrenzen dienen overeen te komen met de WGBO.

5. Leeftijd en continuïteit

De leeftijdsgrens die in de wet wordt gehanteerd is 18 jaar, met de mogelijkheid om de jeugdhulp voort te zetten of te hervatten totdat de jeugdige 23 jaar is geworden. In de MvT staat dat de gemeente verantwoordelijk is 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.

LPGGz constateert dat door de leeftijdsgrens de continuïteit van zorg in het gedrang kan komen. Het coördineren van de zorg bij de transitie van jeugd-ggz- naar volwassenzorg is van groot belang. Psychische stoornissen openbaren zich in de kindertijd en juist dan heeft behandeling zin. Deze ziekten genezen niet wonderbaarlijk op de 18e verjaardag. Integrale behandeling wordt hierdoor voor chronisch psychisch zieke kinderen haast onmogelijk gemaakt. Het is bijvoorbeeld belangrijk voor ggz-jeugdigen om in de vroege volwassenheid alle zaken integraal te regelen op de voor hen belangrijke levensterreinen als wonen, opleiding en werk. Dit kan het beste gebeuren met de professional(s) die de jeugdige al jaren kennen. Op die manier zit de jeugdige in meer stabiel waarwater als de overdracht naar de volwassen ggz plaatsvindt. Dit proces staat los van een leeftijdsgrens en is voor ggz-jeugdigen vaak nog niet op het 18^e levensjaar afgerond. Ook *moet* het mogelijk zijn voor een jeugdige, indien sprake is van een goede vertrouwensrelatie tussen de jeugdige en de hulpverlener, om de zorg door betreffende behandelaar te behouden bij de overstap van jeugd- naar volwassenenzorg. De 'knip' tussen jeugd en volwassen ggz belemmert tevens de mogelijkheid om bij zorg voor kinderen de zorg voor ouders in één hand mee te nemen. In het geval van multiprobleemgezinnen kan het gevolg zijn dat de ouders wel de behandeling vergoed krijgen via de Zorgverzekeringswet terwijl de behandeling van het kind niet gegarandeerd is of andersom.

Het medisch continuüm tussen de jeugd-ggz en de somatische gezondheidszorg wordt met de voorgestelde decentralisatie doorbroken. De vraag is hoe het dan gaat met de samenwerking met bijvoorbeeld de kinderarts en kinderoncoloog. Hoe kan de gemeente die continuïteit van zorg waarborgen? En bij wie kunnen cliënten aanspreken als dit niet goed gaat?

Het LPGGz vindt dat de taak van zorgcoördinatie wettelijk moet worden vastgelegd, zodat kinderen niet tussen wal en schip belanden. Deze persoon moet dan ook verantwoordelijkheid hebben voor een goede aansluiting met de gezondheidszorg, passend onderwijs, wonen en werk. Daarnaast moeten gemeenten en zorgverzekeraars verplicht worden om samenwerkingsafspraken te maken over de aansluiting van jeugd en volwassenzorg en over de samenhang met de somatische zorg. Ook vinden wij dat gemeenten doorzettingsmacht moeten krijgen om coördinatie en samenwerking tussen zorgverleners af te dwingen of als een zorgaanbieder een cliënt weigert.

6. Kwaliteit en toezicht

Gemeenten krijgen de wettelijke opdracht in hun beleidsplan en verordening op te nemen welke kwaliteitseisen aan de jeugdhulp worden gesteld en hoe het toezicht en de handhaving op de kwaliteitseisen zal worden geregeld. Daarbij gelden *basis* kwaliteitseisen voor alle jeugdhulp en worden wettelijk aanvullende *extra* kwaliteitseisen gesteld voor gecertificeerde instellingen, jeugdhulp met verblijf, intensieve ambulante jeugdhulp in het gedwongen kader en meldpunt HG/KM. Daarnaast komt op alle aanbieders van



jeugdhulp enige vorm van toezicht. Daar waar extra kwaliteitseisen gesteld worden geldt Rijkstoezicht. Voor alle andere vormen van jeugdhulp houdt gemeente toezicht en de wijze waarop gemeenten dat vormgeven is aan hen.

Het LPGGz concludeert dat extra kwaliteitseisen pas worden gesteld als een kind hulp nodig heeft waarmee de individuele vrijheid wordt ingeperkt. Niet het type jeugdhulp, maar de mate van afhankelijkheid waarin het kind verkeert is de maatstaf. Wij vinden dit een onterecht criterium en zien daarmee nieuwe rechtsongelijkheid ontstaan. Juist ook bij ggz deeltijdbehandeling, daghulp en intensieve ambulante hulp in het vrijwillig kader kan het om zeer intensieve zorg gaan en is ook sprake van een grote afhankelijkheid. Wij pleiten voor een landelijk uniform kwaliteitskader en onafhankelijk eenduidig toezicht met een expliciete rol voor de IGZ. Onderdeel van de kwaliteit in de gespecialiseerde zorg zou het zorgplan moeten zijn gebaseerd op het beginsel één kind, één gezin, één plan. De IGZ is de enige toezichhoudende instantie in Nederland die de kennis en deskundigheid in huis heeft om adequaat en onafhankelijk toezicht te houden op de kwaliteit van de jeugd-ggz. Omdat de jeugd-ggz ook na een eventuele transitie curatieve zorg blijft, is het passend dat het kwaliteitstoezicht van de IGZ op de jeugd-ggz blijft bestaan. Daarnaast doet deze keuze een afbreuk aan (reeds lang) bestaande en goed functionerende kwaliteitsborgen – en programma's. Gemeenten moeten alle 418 opnieuw deze wielen uitvinden: dat beschouwen wij als onnodige verspilling van geld en energie.

7. Toegang tot zorg en rol huisarts

De gemeente krijgt verantwoordelijkheid om op laagdrempelige en herkenbare wijze jeugdhulp te bieden en adviseert over en het bepalen en inzetten van de aangewezen vorm van jeugdhulp. Het Centrum voor Jeugd en Gezin wordt niet verplicht en komt geen uniform basistakenpakket voor jeugdhulp. De huisarts blijft zijn rol als poortwachter naar de jeugd-ggz vervullen en het college moet het advies van de huisarts opvolgen. Het is aan de gemeente om te bepalen welke jeugdhulp vrij toegankelijk is en welke vormen van jeugdhulp worden aangemerkt als individuele voorzieningen. Gemeente stelt regels bij verordening over de voorwaarden voor toekenning, de wijze van beoordeling van en de afwegingsfactoren bij een individuele voorziening. Ten behoeve van uitvoer van taken van de gemeenten over de in te zetten zorg, stelt de wet dat per gemeente deskundigheid beschikbaar moet zijn op gebieden die in de concept zijn benoemt.

*LPGGz constateert dat een jeugdige pas zorg ontvangt als hij/zij het zelf niet meer kan en dat de gemeente bepaalt welke zorg een jeugdige krijgt. Specifieke deskundigheid is nodig ten behoeve van de signalering en diagnose van jeugd-ggz stoornissen en comorbiditeit. De beoordeling welke zorg passend is en ingezet wordt is van groot belang voor de cliënt. Een jeugdige en ouder moet zo *snel* mogelijk op de *juiste* plaats terecht komen. Daarvoor moeten bij de poort (een team van) competente professionals ingezet worden die ook triage kunnen verrichten, inclusief de huisarts. Daarbij is zowel een medische, psychologische, pedagogische en sociale invalshoek vereist¹. Het kan niet zo zijn dat een wethouder een besluit gaat nemen over passende zorg voor individuele gevallen. Dat de weg via de huisarts open blijft vinden wij logisch vanwege de relatie tussen ggz en somatische klachten, de relatie tussen medicamenteuze en therapeutische behandeling van psychiatrische problemen en het bereik van allochtone cliënten. Wel maken wij ons daarbij zorgen over de kostenbeheersing. Dit vraagt om duidelijke afspraken tussen de gemeenten en huisartsen. Jeugdigen en ouders zijn niet gebaat bij een nieuw stelsel wat op termijn kostenbeheersingproblemen kent waardoor het stelsel opnieuw op de schop zou moeten. In verband met overmatig medicijn gebruik, pleiten wij bij het voorschrijven van psychofarmaca door een huisarts ten minste voor een (jaarlijkse) consultatieve rol van een psychiater. Aangezien het CJG niet wordt verplicht en geen basistaken worden vastgelegd bestaat tevens het risico dat er onvoldoende ggz-aanbod beschikbaar komt, waaronder zelfmanagement, e-health, eigen kracht, preventieve ggz, eerstelijnspsychologische zorg en passende 2^e en 3^e lijns ggz-behandeling.*

¹ Mogelijk biedt het advies over de toegang tot zorg in het nieuwe jeugdstelsel dat de gezamenlijke beroepsverenigingen in 2011 hebben aangeboden aan de toenmalige Directeur Generaal, Marcel van Gastel, nog aanknopingspunten. Zie: <http://www.samenwerkenvoordejeugd.nl/smartsite.net?id=11736>.



Wij pleiten voor:

- a. dat wettelijk of in amvb of met een landelijke richtlijn wordt vastgelegd op welke zorg een jeugdige en ouder aanspraak kan maken middels een individuele voorziening.
- b. behoud van het professionele systeem dat binnen de gezondheidszorg (en daarmee de ggz) gehanteerd wordt;
- c. dat bij amvb regels worden opgesteld met betrekking tot de eisen die aan professionals worden gesteld, inzake deskundigheid, opleiding, hoedanigheid en verantwoordelijkheidstoedeling om een verantwoorde uitvoering van taken te kunnen realiseren.
- d. dat gemeenten jeugdhulpaanbieders verplichten te werken met beroepsgeregistreerde professionals die in een kwaliteitsregister zijn opgenomen (waaronder BIG);
- e. dat competenties landelijk worden vastgesteld voor *die* professionals die bepalen welke zorg een jeugdige en zijn ouders op welk moment nodig heeft. Deze professionals moeten in ieder geval ook beschikken over goede diagnostische kwaliteiten, zowel medisch als niet-medisch.
- f. een uniform basistakenpakket voor publieke gemeentelijke jeugdhulptaken, zodat cliënten weten wat ze kunnen verwachten en er voor iedere burger een vergelijkbaar pakket beschikbaar is.

8. Samenhang en continuïteit

Gemeente en scholen moeten 'op overeenstemming gericht overleg' hebben bij de uitvoering van passend onderwijs op individueel niveau en de beoordeling in het kader van de jeugdwet of en welke ondersteuning een jeugdige of zijn ouders nodig heeft. In de conceptwet is geen expliciete taak opgenomen voor 'individuele cliëntenondersteuning (ggz)' en er wordt niet gerefereerd naar andere wetgeving op dit terrein.

LPGGz vindt de afstemming tussen school en gemeente als het gaat om individuele zorg in de wet te vrijblijvend. Passend Onderwijs en de Jeugdwet zijn nu nog te veel twee losse trajecten, terwijl deze onlosmakelijk aan elkaar verbonden zijn. De samenwerkingsverbanden passend onderwijs en de gemeentelijke jeugdhulpstructuur moeten niet dubbelen, maar juist integraal en snel kunnen schakelen volgens gedeelde principes. Professionals schuiven aan bij gesprekken met het kind en de ouder, op school. Vervolgens moet wettelijk geregeld zijn wie in het kader van de (coördinatie van) zorg voor de jeugdige en ouders op school en eventueel daarbuiten de doorslaggevende bevoegdheid heeft over de in te zetten hulp en ondersteuning: het bevoegd gezag van de school of het College? En wie ziet er op toe dat de afstemming tussen gemeenten en samenwerkingsverbanden daadwerkelijk plaatsvindt.

Wij missen in de wet (referentie naar) de taak voor individuele cliëntenondersteuning ggz (die momenteel wordt geleverd door steunpunten ggz en MEE). Deze ondersteuning is voor ggz-cliënten erg belangrijk en moet ook voor jeugdigen en hun ouders beschikbaar blijven (via de WMO of via de jeugdwet).

9. Financiering en zorginkoop

De budgetten voor jeugd zijn vrij besteedbaar in het gemeentefonds. De gemeente kan een eigen bijdrage vragen in de kosten voor jeugdhulp of van verblijf in een justitiële jeugdinrichting bij zowel ouders/verzorgers als de jeugdige. Bij amvb worden regels gesteld over hoogte, inkomensafhankelijke regeling, termijn betaling, uitzonderingsgronden van de eigen bijdrage. De wet verplicht bovenlokale samenwerking tussen gemeenten voor gecertificeerde instellingen (kinderbeschermingsmaatregel, jeugdreclassering, gesloten jeugdhulp) en meldpunt HG/KM. Bij amvb *kunnen* colleges verplicht worden om voor de uitvoering van *andere* taken bovenlokaal samen te werken. Bij deze maatregel kunnen tevens de geografische grenzen worden bepaald waarbinnen de samenwerking moet plaatsvinden.

Het LPGGz constateert dat het budget voor alle jeugdhulp niet wordt geoormerkt. Dit betekent dat een gemeente zelf kan bepalen waar zij dit geld aan uitgeven. Dat brengt een groot risico met zich mee dat gemeenten kiezen het geld uit te geven aan andere zaken dan aan de zorg voor jeugdigen. Ook het ggz-budget dat vanuit de Zvw en AWBZ overgaat naar gemeenten wordt daarmee niet geoormerkt voor gebruik voor jeugd-ggz. Met het oog op de bezuinigingen, de slag naar preventie (minder druk op de gespecialiseerde zorg) en beperktere kennis van gemeenten over de ggz ligt een risico op de loer dat gemeenten minder investeren in de gehele keten van 1^e, 2^e en 3^e lijns specialistische zorg, dan wel dat ze niet in staat zijn de coördinatie daarvan met andere gemeenten (tijdig) rond te krijgen. Terwijl gespecialiseerd zorgaanbod altijd nodig zal zijn. Preventie lost psychiatrische problemen namelijk niet één-



op-één op. Om die reden is belangrijk om budget voor specialistische jeugd ggz-zorg te oormerken in een doeluitkering – in ieder geval voor de eerste 4 jaar van het bestaan van de wet.

De schaal van gespecialiseerde jeugd-ggz verhoudt zich niet tot gemeentelijke inkoop. Jeugd-ggz, zoals schizofrenie en eetstoornissen, is zeldzaam en klinische jeugd-ggz zeer zeldzaam. Individuele gemeenten hebben een te gering aantal inwoners om voorzieningen overeind te houden. Het is onmogelijk om de behandeling van ggz aandoeningen in de 2^e lijn en de 3^e lijns specialistische ggz-zorg lokaal te regelen. Juist deze onderdelen van de jeugd-ggz vragen vaak kostbare, hoogkwalitatieve en intensieve zorg die bovenregionaal of landelijk moet worden georganiseerd. Voor specialistische ggz zorg, zowel op het gebied van diagnostiek als op het gebied van zorgaanbod, moeten gemeenten worden verplicht dit bovenregionaal te regelen. Dit zorgt voor behoud van de regionale en landelijke ggz-expertise en voldoende capaciteit van het ggz-aanbod. Bij de inkoop van deze zorg moeten jeugdigen en ouders de mogelijkheid hebben om aanbod buiten de eigen gemeente te kunnen kiezen (keuzevrijheid). Het stelsel moet volledig uitgaan van vraagsturing door gezinsvolgende financiering.

Voer geen eigen bijdrage in voor jeugdhulp, vooral niet omdat het is ingegeven vanuit een bezuiniging van 70 miljoen euro vanaf 2015. Het heffen van een eigen bijdrage voor jeugdhulp zal leiden tot meer vraaguitval, crisishulp en dwang en drang, met als uiteindelijk gevolg onnodige medicalisering. Dat gemeenten vrij zijn een eigen bijdrage te heffen leidt tevens tot rechtsongelijkheid. Mocht onverhoopt de mogelijkheid voor het heffen van een eigen bijdrage doorgaan dan pleiten wij voor:

- a. een tegemoetkoming voor gezinnen/ouders met minimuminkomen tot 110%;
- b. geen eigen bijdrage voor vrijwillige pleegzorgouders en in geval van schuldsanering;
- c. het vermogen van de jeugdige (of ouders) niet meetellen;
- d. geheimhouding van persoonsgegevens regelen in het geval van mishandeling;
- e. eigen bijdrage inkomensafhankelijk maken;
- f. de mogelijkheid bieden om een ander peiljaar aan te vragen voor het belastingjaar waarop de bijdrage wordt gebaseerd.



LPGGz

Landelijk Platform GGZ

Wat moet veranderen in de concept jeugdwet mocht de voorgestelde overheveling van de jeugd-ggz *toch* doorgang vinden:

- Behoud het wettelijk recht op zorg voor jeugdigen.
- Regel wettelijk of in amvb of met een landelijke richtlijn op welke zorg een jeugdige en ouder aanspraak kan maken via een individuele voorziening (lees: de niet-vrij toegankelijke zorg). Met daarbij een minimale aanspraak voor specialistische jeugd-ggz.
- Het klachtrecht en medezeggenschap moet uniform geregeld worden met minimale eisen en speciale aandacht voor zeggenschap in de behandelrelatie.
- Harmoniseren van de dwang en drang kaders voor alle jeugdigen, waarbij het uitgangspunt is dat de rechtpositie in geval van dwang voor alle jeugdige gelijk is.
- Verplichting tot keuzevrijheid voor een behandelaar bij de inzet van jeugdhulp.
- Verplichting tot het bieden van een PGB aan zorgvragers.
- Behoud een landelijk uniform kwaliteitskader en realiseer onafhankelijk eenduidig toezicht met een expliciete rol voor de IGZ.
- Maak een uniform basistakenpakket voor publieke gemeentelijke taken, zodat cliënten weten wat ze kunnen verwachten en er voor iedere burger een vergelijkbaar pakket beschikbaar is
- Leg wettelijk de taak voor zorgcoördinatie bij complexe problemen vast (1 kind, 1 gezin, 1 plan, 1 regisseur).
- De toeleiding naar de zorg moet gebeuren door competente professionals. Daarbij moeten landelijk eenduidige competenties worden opgesteld voor professionals die beoordelen welke zorg op welke moment nodig is en of een jeugdige/ouder in aanmerking komt voor een individuele voorziening. Deze professionals moeten in ieder geval beschikken over goede diagnostische kwaliteiten, zowel medisch als niet-medisch.
- Stel bij amvb regels op met betrekking tot de eisen die aan professionals worden gesteld, inzake deskundigheid, opleiding, hoedanigheid en verantwoordelijkheidstoedeling om een verantwoorde uitvoering van taken te kunnen realiseren.
- Geef gemeenten de opdracht om jeugdhulpaanbieders te verplichten te werken met beroepsgeregistreerde professionals die in een kwaliteitsregister zijn opgenomen (waaronder ook BIG);
- Bovenregionale afspraken moeten verplicht worden voor de inkoop van specialistische zorg, zowel ten aanzien van diagnostiek als zorgaanbod.
- De huisarts moet toegangspoort blijven tot de jeugdhulp met directe doorverwijzingsmogelijkheid naar de gespecialiseerde ggz.
- Gemeenten als regisseur van de jeugdhulp mogen niet zelf zorg aanbieden.
- Het stelsel moet volledig uitgaan van vraagsturing door gezinsfinanciering
- Geen eigen bijdrage voor jeugdhulp
- Oormerk budget voor specialistische ggz-zorg (oa uit de Zvw en AWBZ) in een doeluitkering – in ieder geval voor de eerste 4 jaar van het bestaan van de wet.
- Zorg voor voldoende beschikbaarheid van individuele cliëntenondersteuning ggz



LPGGz

Landelijk Platform GGz