

## De feiten over jeugd-GGZ

- De Nederlandse jeugd-GGZ staat internationaal hoog aangeschreven vanwege haar hoge kwaliteit van zorg en wetenschappelijk onderzoek.
- De jeugd-GGZ is de afgelopen twintig jaar veel meer naar de gezinnen toe gegaan. Bij nog maar 3% van de behandelde kinderen is sprake van een opname of dagbehandeling.
- Bij een grote meerderheid van gezinnen waar we als jeugd-GGZ mee te maken hebben zijn wij de enige hulpverlener in het gezin
- De reden om kinderen in behandeling te nemen is disfunctioneren. Er zijn problemen op school, thuis of met vriendjes. Gewone dagelijkse problemen moeten niet als een psychische aandoening worden benoemd of met te zware middelen worden behandeld (medicalisering). Er is geen enkel onderzoek wat erop wijst dat er kinderen in behandeling worden genomen waar geen sprake is van disfunctioneren. De cijfers over hoe vaak psychische aandoeningen voorkomen bij kinderen en jeugdigen geven eerder aan dat er geen sprake van is van structurele overdiagnostiek of overbehandeling.
- De huidige omvang van de jeugd-GGZ is in overeenstemming met de al jaren stabiele cijfers rond hoe vaak aandoeningen voor komen.
- Herkenning van complexe problemen is niet eenvoudig. Psychische aandoeningen kunnen gemakkelijk niet worden herkend met inadequate behandeling als gevolg.
- Jeugd-GGZ is vergeleken met andere hulp niet duur. Zowel contacturen als de volledige behandeling zijn relatief goedkoop.
- Geestelijke gezondheidszorg (aan jeugdigen) is kosteneffectief, binnen de gezondheidszorg is het de sector bij uitstek die zichzelf meer dan terugverdient.
- De groei van de jeugd-GGZ van de laatste jaren is grotendeels te danken aan nieuwe zorgaanbieders, die geen beperking opgelegd kregen in de hoeveelheid zorg die ze mogen aanbieden.

## De huidige jeugd-ggz. Wat is er opgebouwd?

Er is een landelijke infrastructuur, waarin de volgende zaken geregeld zijn.

- Jeugd-GGZ is de plek waar de kennis én de ontwikkelkracht van psychologie, kinderpsychiatrie en orthopedagogiek is geïntegreerd.
- Evidence-based diagnostiek en behandeling met (aanzetten tot) effectiviteitsbeoordeling (zie onder meer: [www.kenniscentrum-kjp.nl](http://www.kenniscentrum-kjp.nl) en [www.romckap.org](http://www.romckap.org)).
- Onderwijs en opleiding van studenten geneeskunde, psychologie, orthopedagogiek, verpleegkundigen, Gz-psychologen, (kinder- en jeugdpsychiaters), studenten Sociaal Pedagogische Hulpverlening, klinisch psychologen, maatschappelijk werkers, vaktherapeuten, en meer).

- Onderzoek en wetenschap (research, vakgroepen, hoogleraren, universitaire (hoofd)docenten, promoties, Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, etc.).
- Ontwikkeling en invoering van nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling (bijv. e-health).
- Kwaliteitsbewaking (Inspectie voor de Gezondheidszorg, keurmerken (HKZ), visitaties, protocollen, landelijke richtlijnen, psychofarmacacommissies, Landelijk Kenniscentrum).
- Juridische kaders (WGBO, BIG, BOPZ, tuchtrecht, klachtrecht, medezeggenschap, Kwaliteitswet Zorginstellingen, Wet Bescherming Persoonsgegevens, beroepsgeheim, Wet Toelating Zorginstellingen).
- Betrokkenheid van cliënten en familie (familieraden, cliëntraden, patiëntenvertrouwenspersonen, medezeggenschap, cliënttevredenheidsonderzoeken).
- Specialistische voorzieningen, zoals klinische behandeling, dagbehandeling, specialistische poli's voor eetstoornissen, voor dwangstoornissen, voor Autisme Spectrum Stoornissen, TOPGGZafdelingen en meer.
- Crisisdiensten voor spoedeisende situaties, 7X24 uur bereikbaarheidsdiensten.
- Uniform vergoedingsstelsel (DBC).
- Samenhang met andere instellingen werkzaam op het terrein van de jeugd; o.a. de jeugdzorg in al zijn facetten, Bureau Jeugdzorg (waaronder de uitvoering van kinderschermingsmaatregelen en reclasseringsmaatregelen), de provinciaal gefinancierde jeugdzorgaanbieders, zorgaanbieders voor licht verstandelijk beperkte jeugdigen, zorgaanbieders voor mensen met een verstandelijke beperking, aanbieders van gesloten jeugdzorg, justitiële jeugdinrichtingen, Raad voor de Kinderbescherming, scholen (voor speciaal onderwijs) onderwijsinspectie, zorg- en adviesteams op scholen, gemeentelijke casus-overleggen en meer.
- Samenhang met de kindergeneeskunde en overige somatische zorg (revalidatie, fysiotherapie etc.).
- Samenhang met huisartsenzorg.
- Samenhang met de GGZ voor volwassenen. Kinderen worden volwassen en een goede continuïteit van de behandeling als ze volwassen worden is belangrijk, indien nodig. Kinderen hebben ouders die soms in behandeling zijn bij de GGZ voor volwassenen.

## De zorgen over de Stelselwijziging Jeugd

- Het recht op jeugdgezondheidszorg verdwijnt. Dit zou bij kindergeneeskunde ondenkbaar zijn. In feite is dit ook ondenkbaar bij de geestelijke gezondheidszorg, maar het is wel het voorstel.
- De bestaande infrastructuur zoals hierboven genoemd wordt op het spel gezet. Gemeentes hebben niet de schaalgrootte, noch de kennis in huis om een dergelijke infrastructuur op te bouwen. De eenheid van de bestaande infrastructuur dreigt versnipperd te worden, zelfs als gemeentes naadloos zouden samenwerken in grotere verbanden.

- Kwaliteit van zorg wordt afhankelijk van de woonplaats ('postcode-zorg'). De jongere en zijn ouders worden voor de zorg afhankelijk van de gemeente. Gemeenten mogen de zorg naar eigen inzicht inrichten. Dit zal mede bepaald worden door gemeentelijke financiële mogelijkheden.
- Er is nog onvoldoende duidelijkheid voor jeugdigen en hun ouders als het gaat om geheimhouding en privacy.
- Er is een risico dat complexe problematiek onvoldoende herkend zal worden met als gevolg inadequate behandeling. Er wordt namelijk onvoldoende nagedacht over de hiervoor noodzakelijke competenties bij de regisseur in de eerste lijn. Dit kan leiden tot gevaarlijke situaties voor het kind en de jeugdige, hogere kosten door het inzetten van onjuiste oplossingsmethoden en verergeren van de klachten door ontbreken van adequate diagnostiek en behandeling.
- Stigma dreigt toe te gaan nemen. Het risico bestaat dat psychische aandoeningen (weer) niet serieus genomen worden en gezien worden als een soort wilszwakte en aanstellerij. Gaan we terug naar vroeger, toen ouders gezien als verantwoordelijk voor de psychische aandoening van hun kind?
- Gemeenten hebben veel taken, zoals handhaven openbare orde, en krijgen een enorme opdracht erbij waarvoor erg beperkte middelen zijn. Sommige gemeenten verkeren in financiële nood. Er is een groot risico van onevenredige besteding van de middelen aan multiprobleem-gezinnen en jongeren die overlast veroorzaken ten koste van andere problematiek
- Het vak verliest zijn aantrekkelijkheid voor de huidige en toekomstige beroepsbeoefenaars. Nu al kiezen assistenten voor andere specialismen omdat ze de toekomst te onzeker vinden.
- Wat de kinderpsychiatrie in 65 jaar heeft opgebouwd, dreigt verloren te gaan. De vooruitgang in de GGZ draagt bij aan welzijn van individuen en aan grotere participatie aan de samenleving en dus aan maatschappelijke kostenbesparing.
- Een aanzienlijk deel van de middelen zal besteed moeten worden voor het opbouwen van een gemeentelijk apparaat en de kosten van de overheveling (frictiekosten). Elders ontstaan indirecte kosten door verlies van banen en extra kosten, door te late diagnostiek, te late behandeling, pas diagnostiek bij binnenkomst volwassenen-ggz, verschuiving naar kindergeneeskunde.
- Grote operaties door de overheid kosten altijd veel meer dan voorzien (Betuwelijn, JSF straaljager). De vrees is gerechtvaardigd dat dat weer het geval zal blijken.
- Het is onduidelijk of zorg gegarandeerd is bij gemeenten met financiële problemen. Veel gemeenten hebben een hoge rentelast door aankoop gronden en tegenvallende bebouwing
- Het is nog steeds onduidelijk of de gemeente het geld aan de zorg moet besteden of dat het ook aan andere zaken mag worden besteed. Voorstanders van decentralisatie en de Vereniging Nederlandse Gemeenten bepleiten het laatste.

- Gemeenten hebben beperkte middelen. Het risico bestaat dat gemeentes in eerste instantie kiezen voor oplossingen die goedkoper lijken maar later leiden tot extra kosten. Goedkoop wordt duurkoop.
- Gemeenten mogen eigen bijdrages gaan vragen. Hierdoor dreigt discriminatie te ontstaan ten opzichte van de GGZ voor volwassenen en de somatische gezondheidszorg.
- Toename van bureaucratie dreigt te ontstaan (verleningbeslissingen door de gemeente, overmatige informatie-uitwisseling, etc.). Ingewikkelde situaties bij verhuizing, co-ouderschap, gemeentes met voorzieningen waar veel hulp nodig is, etc.

## Het alternatief

Het Bestuurlijk Akkoord geeft met behoud van de bestaande infrastructuur een veel betere kans op het realiseren van de doelstellingen van de Jeugdwet door middel van:

- Beheersing van de kosten. De afspraken in het Bestuurlijk Akkoord zijn vele malen goedkoper. Er hoeft niet een hele nieuwe structuur worden opgebouwd. Het is een ombouw van een bestaande structuur.
- De vorming van een basis-GGZ dicht bij de cliënt, de huisarts en andere hulpverleners.
- Minder druk op duurdere specialistische GGZ.
- Een korte lijn naar specialistische GGZ.
- Een goede samenhang met de volwassenen GGZ.
- Een goede mogelijkheid om het totale veld van de jeugdzorg te ontwikkelen tot evidence-based werken met zorg gecontroleerd op kosten, kwaliteit en rendement.