



Gemeenten aan zet

Twee wegen naar ggz voor zorggezinnen

Drs. M.P. (Marcel) van Gastel
ABD TOP consultant
Oktober 2012

Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
Welk probleem willen we oplossen?	4
Opdracht	4
Werkwijze	4
Waar gaat dit rapport niet over	5
2. Wat is de jeugd-ggz?	5
3. De voorgeschiedenis	7
Wet op de jeugdzorg	7
Brief Rouvoet 2010	7
Parlementaire werkgroep 2010	7
Het Regeerakkoord	8
Het parlementaire debat	8
Conceptwetsvoorstel Jeugdwet	8
4. Wat vinden de gesprekspartners?	8
Ggz gesprekspartners	8
Zorgverzekeraar	10
Cliëntenvertegenwoordigers	8
Vertegenwoordiger van huisartsen	11
Gesproken jeugdzorgaanbieders.....	10
Gesproken gemeente-vertegenwoordigers.....	8
5. Wat valt op?.....	11
6. Wat moet er worden geregeld/mogelijk gemaakt.	12
a) Gemeenten moeten kunnen sturen op integrale hulp aan zorggezinnen (incl. ggz)....	12
b) Toeleiding naar ggz via de triage bij huisarts en via JGZ/CJG/Zorgadviesteam (ZAT)	12
c) De juiste (gecomineerde) zorgvorm moet kunnen worden geboden.....	13
d) De ggz voor volwassen moet beschikbaar zijn als het ouders van (jeugdzorg)kinderen betreft.....	13
e) De jeugd-ggz blijft een onderdeel van de gezondheidszorg	13
f) Verantwoordelijkheid voor een goed functionerend ggz-stelsel moet worden belegd.	14
g) De prikkels in het systeem sturen op de juiste zaken.....	14
h) De uitvoeringslast moet zoveel mogelijk worden beperkt	14
7. Mogelijkheden om het doel te realiseren	14
8. Een knip	15
9. Gemeente volledig aan het stuur	16
10. Gemeenten sturen via de zorgverzekeraar	18
11. Twee wegen leiden naar Rome	19
Bijlage 1: de Opdracht	23
Bijlage 2: Lijst van geïnterviewde organisaties/personen	25
Bijlage 3: Kerntabel jeugd-ggz	26

1. Inleiding

Welk probleem willen we oplossen?

De voorziene overheveling van de jeugd-geestelijke gezondheidszorg (jeugd-ggz) naar gemeenten maakt onderdeel uit van de stelselherziening jeugd zoals opgenomen in het regeerakkoord. Met deze stelselherziening worden meerdere doelen nagestreefd (zie bijvoorbeeld de Memorie van Toelichting (MvT) van het conceptwetsvoorstel Jeugdwet).

Met de overheveling van de *jeugd-ggz* wordt vooral beoogd het volgende probleem op te lossen. Sommige kinderen hebben ernstige en meerdere problemen tegelijkertijd bij het opgroeien. De hulpverlening zou moeten bestaan uit een gecoördineerde maatwerkaanpak waar verschillende disciplines in samenwerken. Het kan gaan om een combinatie van opvoedproblemen, gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en beperkte verstandelijke vermogens bij kind en/of ouders. In het vervolg noemen we deze interdisciplinaire maatwerkaanpak kortweg ‘hulp aan zorggezinnen’. Het eerste probleem is dat bij een deel van de jeugdigen en vooral jeugdigen die ook zijn aangewezen op andere vormen van jeugdzorg, psychiatrische problematiek niet (tijdig) wordt ontdekt, waardoor kinderen niet de juiste zorg krijgen. Het tweede probleem is dat de hulp aan zorggezinnen onvoldoende tot stand komt. Kortom, onderdiagnostiek, onderbehandeling en onvoldoende samenwerking met de andere disciplines bij de hulp aan zorggezinnen. Voor de goede orde, het gaat hier niet om een probleem dat zich uitsluitend in de tweede lijn afspeelt. Ook bij preventie, eigen kracht, laagdrempelige eerstelijnszorg is de ggz hard nodig voor goede hulp aan zorggezinnen.

In het debat over de stelselherziening wordt ervan uitgegaan dat ook andere problemen rond de jeugd-ggz door de overheveling naar gemeenten beter zouden kunnen worden aangepakt. Bijvoorbeeld de demedicalisering of de snelle groei van de jeugd-ggz de afgelopen jaren. Dit soort doelstellingen kunnen begrepen worden onder de bredere doelstelling van goede hulp voor zorggezinnen. Goede zorg moet immers doelmatig en effectief zijn.

Opdracht

Een afdoende oplossing voor het bovengenoemde probleem is nog niet bereikt. Ook het conceptwetsvoorstel Jeugdwet dat ter consultatie voorligt roept op dit punt nog vragen op. Staatssecretaris Marlies Veldhuijzen van Zanten heeft aan drs. M.P. (Marcel) van Gastel, ABD TOP consultant, nader advies gevraagd in de vorm van ‘een objectieve analyse op basis van gesprekken met relevante partijen, die een overzicht biedt van de randvoorwaarden, kansen en risico’s bij wel, gedeeltelijk en bij niet overhevelen van de jeugd-ggz’ (zie bijlage 1).

Marga Drewes, Mitzi Mulder/Sanne van Eerden en Linda Hilhorst (VWS) hebben Marcel van Gastel bij zijn opdracht ondersteund.

Werkwijze

Om tot de analyse te komen is naast het raadplegen van schriftelijke bronnen een groot aantal personen geïnterviewd. Het betrof gemeentelijke bestuurders en transitie managers,

sectorvertegenwoordigers, instellingsbestuurders van ggz en jeugdzorg, cliëntenvertegenwoordigers, professionals (zie voor een volledig overzicht bijlage 2). Na een schets van de jeugd-ggz en een korte terugblik op de ontwikkelingen van het afgelopen decennium worden in paragraaf 4 de bevindingen uit de gesprekken weergegeven en in paragraaf 5 staan de zaken die daarbij opvallen. In paragraaf 6 gaan we in op de zaken die moeten worden geregeld/mogelijk gemaakt om het doel, goede hulp, te bereiken en in paragraaf 7 wordt aangegeven wat de drie mogelijkheden (zie de opdracht) zijn waarlangs het doel bereikt kan worden. In de paragrafen 8, 9 en 10 wordt dit verder uitgewerkt. Paragraaf 11 is de slotparagraaf.

Waar gaat dit rapport niet over

Dit rapport gaat over de hoofdkeuzes die gemaakt moeten worden bij de verbinding van de jeugd-ggz met het nieuwe jeugdstelsel. Gegeven de beperkte tijd die beschikbaar was voor het opstellen van dit rapport, heeft de opdrachtnemer afgewogen welke onderwerpen noodzakelijk behandeld moesten worden om tot dit advies te komen. Met het oog hierop zijn sommige onderwerpen niet onder de loep genomen, hoe belangrijk ze soms ook zijn bij een verdere uitwerking. Het gaat dan bijvoorbeeld om het ramings- en verdeelmodel, risicoverevening, de eigen bijdrage, harmonisering van wettelijke kaders voor gedwongen opnamen en om jeugd-ggz in strafrechtelijk kader. Er is ook niet vastgesteld wat er nu precies wel en wat niet onder de definitie van jeugd-ggz zou moeten vallen. Verder wordt in het rapport geen onderscheid gemaakt tussen de jeugd-ggz die nu in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), inclusief de persoonsgebonden budgetten (PGB's), zit.

2. Wat is de jeugd-ggz?

Zeer divers

Bij ggz kun je aan allerlei (vaak niet - direct - zichtbare) aandoeningen denken, zoals ADHD, angststoornissen, autisme spectrum stoornissen, dwangstoornissen, eetstoornissen. Sommige stoornissen zijn externaliserend (de patiënt stoort er ook anderen mee), anderen zijn internaliserend (de persoon zelf heeft er vooral last van). Zorg wordt in de meeste gevallen vrijwillig gegeven, maar kan op grond van de Wet Bopz en de Wet op de jeugdzorg (gesloten jeugdzorg) via de rechter worden opgelegd. De meeste ggz is ambulante zorg, maar kan indien nodig ook klinisch worden gegeven. In sommige gevallen is er sprake van acute zorg (te denken valt aan levensgevaar door verslaving, eetstoornissen of suïcidepogingen). Sommige ggz ligt dicht bij de jeugdzorg, andere ligt dicht tegen gezondheidszorg aan.

Samenhang met jeugdzorg en andere zorgvormen

(Jeugd-)ggz is een onderdeel van de gezondheidszorg. Deze verbinding is bijvoorbeeld van belang om ernstige risico's die samenhangen met alcoholgebruik, eetstoornissen of suïciditeit in te perken. Er zijn niet altijd duidelijke grenzen waar jeugdzorg of somatiek eindigt en jeugd-ggz begint. Voor dezelfde kwaal worden soms verschillende behandelingen toegepast. Kinderen met ADHD worden bijvoorbeeld zowel in de jeugdzorg behandeld als in de jeugd-ggz, maar ook door de huisarts of de kinderarts. Ook komt het voor dat verschillende aanbieders dezelfde behandeling geven, bijvoorbeeld de intensieve ambulante aanpak van de Multi Systeem Therapie (MST) door jeugd-ggz en jeugdzorg.

Keten van ggz

Ggz bestaat uit preventieve, eerstelijns en tweedelijns zorg. Preventieve ggz is een verantwoordelijkheid van de gemeenten. Er vinden preventieve interventies plaats in Zorgadviesteams (ZAT's) en Centra voor Jeugd en Gezin (CJG's). Daarbij heeft de ggz ook een consultatieve rol. De eerste- en tweedelijnszorg vallen onder de Zvw, tenzij de opname langer dan 365 dagen duurt, dan valt deze onder de AWBZ (zo'n 10%). In de Zvw ziet het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) er op toe wat er wel en wat er niet 'in het pakket' zit. Zoals ook uit de beschrijving hierboven blijkt is het een ingewikkelde vraag wat er precies wel en niet onder (publiek gefinancierde) (jeugd)ggz valt. Niet voor niets heeft de minister van VWS onlangs aan het CVZ gevraagd om hier duiding aan te geven.

Instellingen en professionals voor (jeugd-)ggz

De eerstelijns ggz wordt voornamelijk door eerstelijnspsychologen en huisartsen uitgevoerd. De tweedelijns ggz wordt uitgevoerd door 9 categorale instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie (KJP), 7 academische centra (waarvan er vijf onderdeel zijn van KJP-instellingen), 32 jeugd-afdelingen binnen ggz-instellingen voor volwassenen, 10 Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW-en), 8 instellingen voor jeugdigen met verslavingsproblematiek (naast instellingen waar voornamelijk volwassenen, maar ook jeugdigen worden behandeld) en een aantal¹ (nieuwe) (vrijgevestigde) aanbieders die voornamelijk ambulante hulp bieden.

Ggz wordt verleend door daartoe opgeleide professionals zoals bijvoorbeeld de kinder- en jeugdpsychiater, de GZ-psycholoog, klinisch psycholoog, de psychotherapeut of de sociaalpsychiatrisch verpleegkundige. De huisarts kan bepaalde psychische klachten behandelen en weet wanneer hij moet doorverwijzen naar de eerstelijns of tweedelijns ggz. In sommige gevallen lijkt ook de kinderarts psychiatrische klachten te behandelen.

Enkele cijfers

Het aantal jeugdigen dat jeugd-ggz ontvangt bedroeg ca. 220.000 in 2009. Uit een onderzoek uit 2012 blijkt dat van de jeugdigen die ggz ontvangen zo'n 25% ook jeugdzorg ontvangt. Uit dat zelfde onderzoek blijkt dat van de jeugdigen die jeugdzorg ontvangen zo'n 50% ook ggz ontvangt. Van jeugdigen die ggz ontvangen heeft meer dan 50% ook tweedelijns somatische zorg ontvangen. In hoeverre deze somatische zorg gerelateerd is aan een psychische stoornis is niet bekend.

In de jeugd-ggz gaat ongeveer 550 miljoen om. Het is niet bekend welk deel van deze kosten in samenhang met jeugdzorg moeten worden gezien. Zie voor een overzicht (incl. bronvermelding) bijlage 3.

Ggz in de Zvw

Per 1 januari 2008 is, gelijktijdig met de invoering van de systematiek van de diagnosebehandelcombinatie (DBC), de geneeskundige ggz overgeheveld uit de AWBZ naar de Zvw. Daartoe zijn de volgende argumenten genoemd:

- AWBZ wordt weer een verzekering voor langdurige, continue zorg (minder uitzonderingsgevallen en daardoor vereenvoudigde regelgeving en bekostiging)
- Meer zorginhoudelijke samenhang en doelmatigheidswinst in de curatieve zorg.

¹ Geschat wordt dat er ongeveer 1375 zelfstandig gevestigde psychologische hulpverleners, 85 zelfstandig gevestigde medisch specialisten en nog 295 overige ggz-hulpverleners.

- Verhoogde transparantie en versterkte positie van de cliënt middels de Zvw.
- Middels zorgverzekeraars stimulators voor meer kwaliteit en doelmatigheid in ggz.

In de brief over overheveling van geneeskundige ggz van de AWBZ naar de Zvw wijst de minister erop dat het voor de doelmatigheid van belang is dat verzekeraars hun instrumenten inzetten om de zorg betaalbaar te houden. Daarom moeten verzekeraars een substantieel risico lopen over de gemaakte kosten. Echter, tot en met 2012 worden verzekeraars nog vrijwel geheel nagecalculeerd voor de gemaakte kosten.

3. De voorgeschiedenis

Zoals in de inleiding is aangegeven is het hoofdprobleem dat niet alle kinderen die daar op zijn aangewezen de juiste integrale hulp inclusief ggz krijgen. Er wordt al lang geprobeerd daar een oplossing voor te vinden. Onderstaand een kort historisch overzicht.

Wet op de jeugdzorg

De Wet op de jeugdzorg, die in 2005 in werking trad, geeft elk kind/gezin het recht op integrale jeugdzorg. Het middel hiertoe was de integrale indicatiestelling door Bureau Jeugdzorg, dat behalve voor de provinciale jeugdzorg ook kon indiceren voor de AWBZ-gefinancierde zorg voor licht verstandelijk gehandicapte jeugd (jeugd-lvg) en jeugd-ggz, of voor combinaties van die drie typen zorg. Voor de Bureau Jeugdzorg werd structureel 25 miljoen euro uit de AWBZ gehaald om daarmee de expertise in huis te kunnen halen om ggz-problematiek te herkennen. Uit de evaluatie van de Wet op de jeugdzorg (BMC, oktober 2009) blijkt, dat de integrale indicatiestelling en de integrale zorg nauwelijks tot stand is gekomen. Bij de verklaring hiervan wordt vooral gewezen op de verschillende financiers en het ontbreken van een prikkel tot samenwerking in de financiering.

Brief Rouvoet 2010

In het voorjaar van 2010 stuurde minister Rouvoet de nota 'Perspectief voor jeugd en gezin' naar de Tweede Kamer. Daarin werd voorgesteld om de gemeenten verantwoordelijk te maken voor de totale jeugdzorg met uitzondering van de jeugd-ggz, die onder de Zvw zou blijven. De belangrijkste reden om de jeugd-ggz niet over te hevelen was dat het merendeel van de jeugdigen die gebruik maken van de jeugd-ggz geen jeugdzorg nodig hebben. Ook zouden er door overheveling naar gemeenten weer nieuwe schotten ontstaan, zoals met de volwassen ggz en de andere delen van de gezondheidszorg. Wel zou het Centrum voor Jeugd en Gezin expertise moeten krijgen en ggz-specialisten uit de tweede lijn moeten kunnen inschakelen om, evenals de huisarts, goed ggz-stoornissen te signaleren en toe te leiden naar de juiste zorg. In de wet zou een verplichting tot samenwerking moeten worden opgenomen.

Parlementaire werkgroep 2010

De parlementaire werkgroep Toekomstverkenning jeugdzorg (mei 2010) koos er voor om alle vormen van jeugdzorg inclusief jeugd-ggz en de bijbehorende financiering onder verantwoordelijkheid van gemeenten te brengen. De werkgroep achtte het bijeenbrengen van de verschillende financieringsbronnen noodzakelijk om preventieve en lichte jeugdhulp (ook lvg en ggz) in de buurt en geïntegreerd te kunnen aanbieden en om gezinnen te behoeden voor vele langs elkaar heen werkende hulpverleners. De hulp zou meer gericht

moeten zijn op het toerusten van gezinnen om zelf problemen op te lossen. De professionals moeten zich niet met administratie bezig hoeven houden, maar met zorg, waarbij zij wel gebruik moeten maken van effectief bewezen methoden. De werkgroep wees daarnaast op het belang van het opleiden van huisartsen en andere professionals om risico's van kinderen te herkennen.

Het Regeerakkoord

Het Regeerakkoord van september 2010 is volstrekt helder. Er moet één financieringssysteem komen voor het huidige preventieve beleid, de huidige vrijwillige provinciale jeugdzorg, de jeugd-lvb (licht verstandelijk beperkten) en jeugd-ggz. Alle taken worden (gefaseerd) naar de gemeenten overgeheveld (van de jeugd-ggz zowel het AWBZ-deel als de Zvw). De CJG worden de front-office.

Het parlementaire debat

In de Kamerdebatten van 19 december 2011 en 20 juni 2012 vragen nagenoeg alle fracties om duidelijkheid over bepaalde knelpunten: samenhang met andere delen van de gezondheidszorg en de volwassen ggz-zorg, positie van de huisarts, toezicht, voortbestaan van specialistisch aanbod. Wat dit laatste betreft wordt er een motie aangenomen waarin de regering wordt gevraagd om in overleg met veld en gemeenten extra waarborgen in de stelselherziening jeugdzorg in te bouwen.

De staatssecretaris zegt in haar reactie dat er nog hard gestudeerd moet worden op de consequenties van de decentralisatie van de jeugd-ggz.

Conceptwetsvoorstel Jeugdwet

Inmiddels is het conceptwetsvoorstel Jeugdwet 18 juli 2012 ter consultatie voorgelegd. Daarin is opgenomen dat de jeugd-ggz volledig wordt overgeheveld naar gemeenten.

4. Wat vinden de gesprekspartners?

Cliëntenvertegenwoordigers

De cliëntenvertegenwoordigers zijn bezorgd over de keuzevrijheid van de cliënten (zeker bij de enkelvoudige ggz, dus jeugd die alleen ggz en geen jeugdzorg nodig heeft). Je kan immers wel van zorgverzekeraar wisselen, maar veel moeilijker van gemeente. En kunnen cliënten zich wel voldoende verenigen om druk te kunnen zetten op gemeenten? Men vreest voor aanbodsturing en vraagt zich af of gemeenten niet vooral aandacht hebben voor het tegengaan van overlast ten koste van jeugd met internaliserende problematiek. De cliëntvertegenwoordigers vragen zich ook af of de bureaucratische last die instellingen krijgen als ze met vele gemeenten een contract moeten afsluiten niet ten koste gaat van de cliënten. Zij zien verplichte samenwerking tussen gemeenten en jeugd-ggz liever via inkoop Eisen tot stand komen dan via overheveling.

Gesproken gemeente-vertegenwoordigers

Vertegenwoordigers van gemeenten vinden het belangrijk dat psychische stoornissen tijdig ontdekt worden, ook vanuit de jeugdzorg. Daarnaast vinden zij dat kinderen met psychische stoornissen waar ook opvoed- en opgroei problemen zijn ook jeugdzorg moeten krijgen. Ze vinden de ggz-sector nu te los staan van de maatschappelijke context, vinden dat de ggz te veel in de behandelkamer zit. De ggz zou meer de straat op moeten en naar gezinnen toe moeten gaan.

De gesprekspartners herkennen het vraagstuk van de schaalgrootte en geven aan dat gemeenten hiermee bezig zijn. Op dit moment wordt bekeken of een schaalgrootte van 26 regio's (regio's van 400.000 inwoners) ook geschikt is voor het inkopen van zwaardere zorg, of dat voor bepaald zorgaanbod landelijke inkoop nodig is. Een deel van de gesprekspartners ziet het als een mogelijkheid om de inkoop door verzekeraars te laten doen.

Sommige gemeentelijke gesprekspartners vinden dat zij de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg en het borgen ervan zelf kunnen regelen. Hoe ze dat precies willen doen wordt nog verkend. Een gesprekspartner geeft aan dat in Nederland de grens tussen zorg en welzijn heel rigide is en dat de trend om meer maatschappelijk naar vraagstukken te kijken niet gedwarsboemd moet worden door landelijke beroepsrichtlijnen.

Gemeentelijke gesprekspartners zien een sturings- en financieel vraagstuk ontstaan als de toegang ook via de huisarts loopt. Gemeenten willen invloed hebben op het aantal cliënten dat wordt doorverwezen naar dure zorg. Er is nog niet uitgewerkt hoe je dat zou kunnen doen. Daarbij wordt de mogelijkheid om een gemeentelijke instantie een check te laten doen op individuele indicaties niet door iedereen uitgesloten.

De meeste respondenten willen dat de hele jeugd-ggz overgaat. Een enkeling noemt de topklinische zorg uitzonderen van de transitie als optie om verder te verkennen. Met de nieuwe jeugdwet en de sturingsmogelijkheden van de gemeenten wordt een besparing voorzien op de duurdere zorgvormen. Een nadeel van het buiten de transitie laten van de topklinische zorg is, dat de voorziene besparing op deze zorg in dat geval niet bij de gemeenten terecht komt.

Ook de optie om de verantwoordelijkheid voor kwaliteitsontwikkeling, innovatie en opleidingen bij het Rijk te leggen wordt genoemd.

Ggz gesprekspartners

De ggz-gesprekspartners vinden dat er verbetering nodig is in de samenwerking met jeugdzorg, maar ze achten overheveling van de hele jeugd-ggz niet nodig om tot een betere samenwerking met de jeugdzorg te komen.

Er zijn verbeteringen nodig bij het opsporen van kinderen met psychische problematiek. CJG's/consultatiebureaus en huisartsen moeten beter toegerust zijn om ggz-problematiek te herkennen en snel naar elkaar door te verwijzen. Vanuit een brede toegang moet men gaan werken met één dossier.

De gesprekspartners zien veel problemen ontstaan als de jeugd-ggz in zijn geheel overgaat naar gemeenten. Er ontstaat dan een nieuwe knip, namelijk met de andere delen van de gezondheidszorg en met de volwassen-ggz. Ook organiseer je daarmee nog geen betere samenwerking met de volwassen-ggz voor ouders van jeugdzorgkinderen met psychische problemen. Naast de huisarts zou ook de specialist in het ziekenhuis de mogelijkheid moeten behouden om direct door te verwijzen naar de jeugd-ggz.

Men vreest voor de kwaliteit, de professionaliteit (inclusief opleiding) en de innovatie van de jeugd-ggz, waarop momenteel via het ministerie en de zorgverzekeraar landelijke regie wordt gevoerd en waarin geld wordt geïnvesteerd. Er is onzekerheid of de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) en de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) van toepassing blijven op de jeugd-ggz. Men vraagt zich af of gemeenten het belang hiervan onderkennen en bereid en in staat zijn om tot een adequate aanpak te komen.

Men is bang dat gemeenten zich gaan bemoeien met individuele zorgtoewijzing, bijvoorbeeld als het gaat om de dure zorgvormen. De gesprekspartners zien veel

administratieve lasten als men van een landelijke (DBC)financiering over moet gaan naar een door iedere gemeente zelf vorm te geven bekostigingssysteem.

Bij de ggz-instellingen en bij vrijgevestigden in het bijzonder is veel onzekerheid over hun toekomst.

Een aantal gesprekspartners noemden als oplossing om alleen de basis-jeugd-ggz naar gemeenten over te hevelen. Ook het zeggenschap geven aan gemeenten over de inzet van een deel van de jeugd-ggz in plaats van overheveling is door een aantal gesprekspartners genoemd als oplossing.

Zorgverzekeraar

Bij 80% van de ggz is volgens de zorgverzekeraar geen winst te behalen voor gemeenten. De zorgverzekeraar is van mening dat het met 80% van de jeugd-ggz goed gaat en voorziet allerlei problemen, deels overeenkomend met bovengenoemde zorgen van de ggz-sector, bij overheveling. Ook wijst de gesprekspartner op de financiële consequenties voor kleine gemeenten als in een bepaalde periode relatief veel cliënten van dure ggz (bijvoorbeeld twee jeugdigen met een eetstoornis in een kleine gemeente) gebruik moeten maken. In het bijzonder wijst de verzekeraar erop dat je bij inkoop een bepaalde macht/kracht nodig hebt, waarvoor de meeste individuele gemeenten te klein zijn. Daarnaast noemt men het inmiddels opgebouwde kapitaal ((inkoop)kennis, inzet van Praktijkondersteuners Huisartsenzorg (poh's) en huisartsen, ontwikkeling naar meer transparantie) bij de verzekeraar.

Voor wat betreft de 20%² waarbij sprake is van samenwerking met de jeugdzorg moet een verbetering worden gemaakt, maar overhevelen ziet de gesprekspartner niet als oplossing. Meer heil ziet men in een financiële prikkel op samenwerking, zoals hogere tarieven of meer budget wanneer meer partijen betrokken zijn, of de gemeente trekkingsrecht geven over een bepaald deel van het budget van de zorgverzekeraar ten behoeve van de inzet van ggz. De verzekeraar oppert dat er wellicht een knip is te maken, bijvoorbeeld op basis van een aandoeningenlijst.

Je zou een plicht tot samenwerking in de wet kunnen opnemen en hierop toezicht regelen, bijvoorbeeld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Gesproken jeugdzorgaanbieders

De gesprekspartners zien dat de samenwerking tussen jeugdzorg en jeugd-ggz in de afgelopen jaren is verbeterd, bijvoorbeeld bij de gesloten jeugdzorg. Maar het blijft een zoektocht om binnen de beide wettelijke en financieel-administratieve kaders jeugdzorg en ggz te combineren. Het feit dat de één nu met DBC's werkt en de ander gesubsidieerd wordt, maakt het ingewikkeld om snel tot de juiste zorg te komen. De gesprekspartners vinden het een goede zaak dat gemeenten met één financiering de mogelijkheid krijgen om op lokaal niveau de gewenste samenwerking tot stand te brengen. Daarnaast zien zij onderdiagnose en onderbehandeling wat jeugd-ggz betreft. Men ziet bij de ggz-sector veel huiver om hun huidige verbinding met de gezondheidszorg los te laten. Een van de aanbieders doet de suggestie voor een hybride systeem, waarbij de gemeenten de opdrachtgever worden voor de zorgverzekeraars om (een deel van) de jeugd-ggz in te kopen.

²Dit is het percentage dat door de verzekeraar wordt genoemd. Volgens onze cijfers (zie paragraaf 2) is dit ongeveer 25%.

Vertegenwoordiger van huisartsen

De huisartsen vinden de directe doorverwijzing door de huisarts naar de jeugd-ggz van groot belang. Jeugd-ggz moet in hun ogen onderdeel blijven van het zorgcontinuüm. Er is nog geen echte samenwerking tussen huisartsen en CJG's/bureaus jeugdzorg. Er is hiervoor wel een handreiking gemaakt voor de CJG Toolkit. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) houdt zich nu bezig met toepassing ervan.

5. Wat valt op?

Op basis van de gesprekken en de schriftelijke informatie valt een aantal zaken op:

Contacten tussen gemeenten en ggz-sector vooral op lokaal niveau

Tussen de gemeenten (als collectief) en de ggz sector hebben geen betekenisvolle gesprekken plaatsgevonden. Een ieder zit in zijn eigen schuttersputje (wij zijn autonoom versus wij willen niet overgeheveld worden). Op lokaal niveau hebben individuele gemeenten (en samenwerkingsverbanden van gemeenten) wel contact met ggz-instellingen. Op landelijk niveau gebeurt er echter weinig. Dit komt aan de ene kant door de terughoudendheid van de ggz-sector, die geen echte stappen lijkt te willen zetten zolang zaken nog niet beklonken zijn in een nieuwe wet. Gemeenten geven aan de andere kant geen blijk van een gevoel van urgentie om als collectief het gesprek met de ggz-sector te zoeken. Zolang gemeenten zich niet als collectief hebben uitgesproken over een aantal belangrijke issues, bijvoorbeeld op het gebied van kwaliteit en borging van specialistische voorzieningen, geeft elke uitspraak van een individuele wethouder of gemeenteambtenaar voeding aan onrust van het veld.

Gemeenten lijken zich weinig bewust van het karakter van de jeugd-ggz

Jeugd-ggz is gezondheidszorg. Dat betekent niet per se dat alles wat we nu via de (jeugd-) ggz financieren gezondheidszorg is (de minister heeft het CVZ gevraagd eens goed te kijken naar wat er precies onder de geneeskundige ggz valt), maar de gemeenten moeten zich er van bewust zijn dat jeugd-ggz gezondheidszorg is. In de gesprekken die wij hebben gevoerd met de gemeenten lijken zij zich hiervan niet bewust, respectievelijk verbinden zij hieraan geen consequenties.

Tussen de jeugdzorg en de jeugd-ggz zijn wel steeds meer contacten

Sinds enkele jaren laat de jeugd-ggz zich steeds meer zien in andere sectoren. Zo is er - mede door de ontwikkeling van de gesloten jeugdzorg- meer samenwerking ontstaan tussen instellingen voor jeugdzorg en ggz. Een aantal jeugdzorginstellingen is erkend als ggz-aanbieder. Deze twee sectoren groeien aldus naar elkaar toe.

De ggz-sector heeft weliswaar grote bezwaren tegen de transitie van de hele jeugd-ggz naar gemeenten, maar de ggz-gesprekspartners ontkennen niet dat de sector zich beter moet manifesteren als het gaat om samenwerking met de andere jeugddomeinen. Zij noemen dan, dat kinderen met psychische problematiek beter opgespoord moeten worden. Ook zou het CJG naast de huisarts toegerust moeten worden om ggz-problematiek te herkennen en de ggz zou zichtbaarder moeten zijn in de integrale hulp aan zorggezinnen. Het werken met en in de gezinnen vergt wel een andere manier van werken dan de traditionele één-op-één behandeling in een behandelkamer. Een adequate integrale aanpak van zorggezinnen vergt dat samenwerking ook leidt tot innovatieve werkwijzen.

De huisarts is nauwelijks verbonden met het jeugddomein

De huisarts heeft een belangrijke rol voor de ggz, omdat een groot deel van de cliënten via de huisarts de weg naar de ggz vindt. Door de nieuwe functie van poh-ggz en de ontwikkeling van de basis-ggz, zoals in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst Ggz is afgesproken, wordt de positie van de huisarts in het signaleren en bieden van en doorverwijzen naar ggz versterkt. Wat opvalt is dat er op lokaal niveau nauwelijks verbindingen zijn tussen het jeugddomein (CJG/Jeugdgezondheidszorg (JGZ)/jeugdzorg) en de huisarts. De LHV heeft hier recent wel actie op ondernomen, maar in de praktijk is hiervan nog weinig zichtbaar.

6. Wat moet er worden geregeld/mogelijk gemaakt.

Op basis van de gesprekken en de schriftelijke informatie zijn volgens ons de volgende punten van belang om de hulp voor de zorggezinnen op een adequate manier te regelen.

a) Gemeenten moeten kunnen sturen op integrale hulp aan zorggezinnen (inclusief ggz)

Kinderen in zorggezinnen zijn soms verstoken van adequate hulp, onder andere omdat het nog onvoldoende lukt de ggz-sector bij deze zorg te betrekken. In het nieuwe stelsel worden de gemeenten verantwoordelijk voor de zorg aan jeugdigen. Om deze verantwoordelijkheid waar te kunnen maken zullen de gemeenten in staat moeten worden gesteld zorggezinnen effectieve hulp -inclusief ggz- te bieden. (Jeugd-) ggz moet voor de gezinnen beschikbaar en toegankelijk zijn. Het gaat hierbij zowel om ggz-advies en -diagnostiek als behandeling aan jeugdigen *en* ouders. Daarnaast gaat het er ook om in de verschillende fasen van het hulptraject de juiste (combinaties van) zorg in te kunnen zetten. Door de gemeenten in deze positie te brengen kan de (maatschappelijke) opbrengst van de inzet van jeugd-ggz ook onderwerp van gesprek (en onderhandeling) worden tussen gemeenten aan de ene kant en de ggz-aanbieders aan de andere kant.

b) Toeleiding naar ggz via de triage bij huisarts en via JGZ/CJG/Zorgadviesteam (ZAT)

Ouders en kinderen, die aangewezen zijn op jeugdhulp en andere vormen van zorg, zouden op een niet bureaucratische manier toegang moeten hebben tot de hulp en zorg. De huisarts is een plek waar ouders en kinderen komen als er zorgen zijn over gezondheid of ontwikkeling. Ook de school en de jeugdgezondheidszorg/CJG is zo'n plek waar problemen en vragen van ouders en kinderen zich manifesteren. Op die plekken

- De huisarts/gezondheidscentrum
- De jeugdgezondheidszorg/CJG/ZAT

zou ook de ggz-expertise beschikbaar moeten zijn voor de triage, diagnose, of doorverwijzing voor basisbehandeling of voor enkelvoudige ggz dan wel voor gecombineerde zorg (jeugdzorg, ggz, lvb). Op lokaal niveau kunnen hierover nadere afspraken worden gemaakt (bijvoorbeeld waar wordt die basisbehandeling gegeven).

c) De juiste (gecombineerde) zorgvorm moet kunnen worden geboden

Indien een jongere niet alleen ggz nodig heeft, maar een combinatie van zorg (ggz/jeugdzorg/LVB) moet deze zorg ook in elke wenselijke combinatie integraal geboden kunnen worden. Het kan daarbij zowel gaan om ambulante vormen van gezinszorg als om jeugdzorg met verblijf, waarbij steeds gezocht wordt naar versterking van de eigen kracht van zorggezin en inzet van zo licht mogelijke hulp. In een traject moet het ook mogelijk zijn om na specialistische zorg weer terug te gaan naar lichte vormen van zorg en, waar mogelijk, naar eigen kracht. De zorg wordt om het zorggezin georganiseerd. Dit kan vanuit:

- Jeugdzorgaanbieder
 - Lvb-aanbieder
 - Jeugd-ggz-aanbieder
 - Jeugdgezondheidszorg
 - Huisarts
 - Andere partners
- } of een gecombineerde vorm

d) De ggz voor volwassen moet beschikbaar zijn als het ouders van (jeugdzorg)kinderen betreft

Problemen van zorggezin kunnen te maken hebben met psychische problemen van de kinderen, maar er kan ook sprake zijn van psychische problematiek bij de ouders. Indien er bij hulpverleners in het gezin vermoedens zijn van psychische problematiek bij de ouders, zal er ggz-expertise beschikbaar moeten zijn en ingezet kunnen worden. Omgekeerd moet ook vanuit de (volwassen) ggz jeugdhulp ingeschakeld worden als de psychische problematiek van ouders tot opgroei- en opvoedproblemen bij hun kinderen kan leiden.

e) De jeugd-ggz blijft een onderdeel van de gezondheidszorg

Jeugd-ggz is, ook internationaal, een vorm van gezondheidszorg. Dit heeft enkele implicaties, onafhankelijk van de vraag hoe je het stelsel organiseert.

Positie cliënt ten opzichte van behandelaar

Wanneer het gaat om gezondheidszorg is er vaak sprake van een asymmetrische verhouding tussen patiënt en behandelaar door onder meer het verschil in kennis. Het is dan ook van belang dat de positie van patiënt ten opzichte van de behandelaar wettelijk geborgd blijft. Ook de keuzevrijheid van de cliënt en het klachtrecht is hieraan gerelateerd. In dit verband is ook relevant dat de behandelaar bepaalt welke zorg nodig is. Interventie van gemeenten daarbij is ongewenst en moet niet mogelijk zijn.

Positie van de professional

De medische inbedding van de ggz werkt door in de positie van de professional. Het vergt voor een aantal beroepen registratie in het Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)-register. De professional moet zich hiermee houden aan normen en richtlijnen en voorschriften voor het bijhouden van de vakkennis. De positie van de professional is zodanig dat de bestuurlijk verantwoordelijk laag zich niet kan bemoeien met het inhoudelijke oordeel van de professional over de individuele cliënt.

De ontwikkeling van de (kwaliteit van) zorg

De jeugd-ggz is een academische discipline die vraagt om continue doorontwikkeling en verbetering. Het debat over demedicalisering is hiervan een voorbeeld. Nieuwe behandelvormen, richtlijnen en veldnormen worden ontwikkeld om de zorg te verbeteren

(betere kwaliteit voor minder geld). Geïnvesteed moet worden in goede opleidingen en de noodzakelijke bijscholing. Ook moeten de vernieuwingen worden doorgevoerd in de praktijk, zodat de patiënt ervan profiteert. Hierbij is het nodig dat richtlijnen en kwaliteitskaders een landelijke werking hebben.

Aansluiting bij de volwassen-ggz en andere delen van de gezondheidszorg

De behandeling van psychische stoornissen voor en na het 18^e jaar moeten op elkaar afgestemd blijven. De kwaliteitsontwikkeling van de jeugd- en volwassen-ggz moet niet uit elkaar gaan lopen. Ook de samenhang met de andere delen van de gezondheidszorg moet verder doorontwikkeld worden tot integrale zorg. Dit is vooral van belang bij stoornissen waarbij de samenhang groot is, zoals bij verslaving, eetstoornissen, somatoforme aandoeningen of na een suïcidepoging. Ook gaat een aantal ggz-aandoeningen vaak samen met fysieke aandoeningen, zoals autisme met epilepsie.

f) De verantwoordelijkheid voor een goed functionerend ggz-stelsel moet worden belegd

Er moet een verantwoordelijkheid zijn belegd voor het in stand houden en verder ontwikkelen van een stelsel van bestendige, professionele, doelmatige en doeltreffende (jeugd-)ggz. Het gaat erom, dat het helder is wie verantwoordelijk is voor kwaliteit, opleiding en onderzoek, innovatie, voor de beschikbaarheid van (soms schaarse) specialistische ggz en voor het bepalen welke zorg wel en niet tot de ggz behoort. Deze verantwoordelijkheid ligt momenteel bij partijen als het Rijk, de zorgverzekeraars en het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), die daarbij gebruik maken van instellingen als Zon-Mw, Trimbos en dergelijke.

g) De prikkels in het systeem sturen op de juiste zaken.

Het stelsel zou zodanig moeten werken, dat er geen afwenteling plaatsvindt, geen dubbele aanspraken zijn, dat het doelmatigheid en doeltreffendheid stimuleert en dat het gericht is op snelle en goede zorg voor de cliënt. Echter, omdat de aanspraak nooit helemaal scherp is te maken (doordat aandoeningen zich niet houden aan de sectorale indeling van zorgaanbieders) is een klein risico op afwenteling nooit helemaal te voorkomen.

h) De uitvoeringslast moet zoveel mogelijk worden beperkt

Ten slotte kan ter afweging worden meegenomen wat de uitvoeringslast van de voorgestelde variant is. Dat kan gaan om de uitvoeringslast van de veranderingen (de transitie). Dan gaat het om een tijdelijke last. Het gaat echter ook om de structurele uitvoeringslast die de maatregelen veroorzaken voor het systeem. Dit zijn de blijvende lasten. Hoe eenvoudiger het systeem, hoe lager de uitvoeringslasten.

7. Mogelijkheden om het doel te realiseren

Noch het conceptwetsvoorstel Jeugdwet noch 'niet overhevelen' bieden in onze ogen voldoende basis om het geschetste probleem op een goede en verantwoorde manier op te lossen. Er moet meer gebeuren. Wij beschrijven drie varianten, waarbij de laatste, een knip in de jeugd-ggz, wat ons betreft geen vruchtbare weg is.

A. Gemeenten ontvangen budget en zijn verantwoordelijk voor hele jeugd-ggz

Zoals voorzien in het regeerakkoord worden de verantwoordelijkheden en financiën voor de jeugd-ggz in zijn geheel overgeheveld naar gemeenten. Daaromheen moet dan een pakket (wettelijke) maatregelen worden getroffen om te borgen dat de jeugd-ggz verbonden blijft aan de gezondheidszorg, met name op het punt van kwaliteit en innovatie, de positie van de cliënt, aansluiting met en inzet van de volwassen-ggz en samenwerking met de andere delen van de gezondheidszorg. Bij deze variant is de inzet van volwassen-ggz bij zorggezinnen een aandachtspunt.

B. Gemeenten ontvangen zeggenschap over de inzet van ggz

De jeugd-ggz blijft onderdeel van het gezondheidszorgstelsel en treft daaromheen een pakket (wettelijke) maatregelen om gemeenten in staat te stellen om hun verantwoordelijkheid te nemen voor integrale jeugdhulp, inclusief ggz. Dat betekent dat de gemeente instrumenten krijgt om waar nodig jeugd óf volwassen ggz in te roepen.

C. Een knip

De jeugd-ggz wordt in tweeën geknipt, waarbij een deel van het budget en de verantwoordelijkheid voor jeugd-ggz over gaat naar gemeenten en een deel niet.

8. Een knip

In de gesprekken zijn verschillende suggesties gedaan om niet de hele jeugd-ggz over te hevelen, maar slechts een gedeelte. Twee voorstellen voor een gedeeltelijke overheveling werden het meest genoemd als oplossing.

De meer generalistische en basis-ggz overhevelen en de specialistische ggz niet

Deze knip is op verschillende manieren voorgesteld, bijvoorbeeld de eerstelijns-ggz overhevelen en de tweedelijnszorg niet. Of de topklinische ggz uitzonderen van overheveling. Het meest werd bepleit om aan te sluiten bij het onderscheid zoals dat in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst Ggz 2013-2014 van 18 juni 2012 werd gemaakt tussen de generalistische basis-ggz en de gespecialiseerde ggz.

Voordeel van deze knip is dat de specialistische ggz verbonden blijft aan de gezondheidszorg. Gemeenten moeten de basis-ggz gaan regelen. Wel moet je, doordat je een extra knip legt in de ggz, maatregelen treffen om de aansluiting van de basis-ggz bij de specialistische ggz te regelen.

Maar, het maken van een dergelijke knip komt niet tegemoet aan het eigenlijke probleem. Het zou namelijk suggereren alsof eenvoudige ggz en jeugdzorg samengaan, maar specialistische ggz en jeugdzorg niet en alsof enkelvoudige ggz vrijwel altijd specialistische ggz betreft. De eigenlijke reden om deze knip voor te stellen ligt in het idee dat specialistische zorg niet lokaal georganiseerd kan worden. Het betreft dus een correctie op het volledig overhevelen en niet zozeer een oplossing voor het probleem.

Bovendien is een goede basis-ggz een voorwaarde voor het zoveel mogelijk voorkomen van zwaardere zorg. Als die zwaardere zorg bij een andere partij zit, ontbreekt de (financiële) prikkel voor het goed organiseren van de basis-ggz. Er kan ook afschuifgedrag plaatsvinden tussen de verschillende voorzieningen voor specialistische zorg, bijvoorbeeld tussen gesloten jeugdzorg en specialistische ggz.

Tot slot zal een gedeeltelijke overheveling van de jeugd-ggz leiden tot een hoop bestuurlijke drukte.

Deel budget jeugd-ggz naar gemeenten voor jeugd-ggz voor zorggezinnen

In deze variant maak je de gemeenten verantwoordelijk voor de jeugd-ggz, die geleverd wordt in combinatie met jeugdzorg en/of jeugd-lvb. De enkelvoudige ggz blijft de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars. Deze knip valt niet samen met bepaalde zorgvormen binnen de ggz. Jeugdigen die zijn aangewezen op een combinatie van jeugd-ggz en jeugdzorg en/of lvb vind je zowel in de eerste- als tweedelijns-ggz.

Om gemeenten toe te rusten voor deze verantwoordelijkheid wordt een deel van het budget van de jeugd-ggz (bijvoorbeeld berekend op basis van het huidige gebruik van jeugd-ggz door zorggezinnen) overgeheveld naar gemeenten. Gemeenten en zorgverzekeraars kopen ieder hun deel in bij de ggz-instellingen.

In deze variant zit een ongewenste financiële prikkel voor gemeenten om niet de gewenste gecombineerde zorg (jeugdzorg en ggz) aan te bieden, maar volgtijdelijke zorg: eerst jeugdzorg, en dan ggz. Dit zou je deels kunnen oplossen door gemeenten verantwoordelijk te maken voor alle ggz aan kinderen die jeugdzorg ontvangen of hebben ontvangen, dus ook als de ggz volgt op jeugdzorg.

Ook dan kleven er nog veel uitvoeringsproblemen aan deze variant. Behalve het over te hevelen budget, moet je bepalen wat jeugdzorg is in dit verband: wanneer is het de combinatievariant waar gemeenten voor moeten betalen (één keer inzetten van een eigen kracht conferentie? Een goed gesprek op het CJG?). Als je al tot een definitie kunt komen, dan blijft het risico bestaan dat er aan het begin van het individuele traject gesteggeld wordt tussen financiers tot wiens domein deze casus behoort. De cliënt kan zo van het kastje naar de muur worden gestuurd, een probleem dat de transitie naar gemeenten juist zou moeten oplossen.

Ten slotte is een bezwaar dat hiermee onevenredig veel nadruk komt te liggen op de combinatie jeugdzorg en ggz, terwijl de opdracht voor de gehele jeugdzorg juist bij gemeenten is gelegd om bredere verbanden te leggen, zoals met onderwijs, schuldhulpverlening, arbeidsmarktbeleid.

9. Gemeente volledig aan het stuur

In deze variant worden de gemeenten verantwoordelijk voor de volledige jeugd-ggz (dus ook voor jeugd-ggz bij kinderen waar geen opvoedproblematiek speelt) en worden alle middelen voor de jeugd-ggz vanuit de AWBZ en de Zvw naar de gemeenten overgeheveld. Deze variant sluit aan bij het conceptwetsvoorstel Jeugdwet. De gemeenten hebben daarmee de mogelijkheid om tot integrale toegang, diagnose en zorgaanbod te komen als het gaat om CJG/JGZ, jeugd-ggz, jeugdzorg en LVB. We gaan er hierbij vanuit dat gemeenten ook verantwoordelijk worden voor de basis-ggz.

De functie van de poh is nog relatief nieuw. Zolang de poh-ggz uitsluitend hulp biedt bij diagnosticeren zou deze binnen de Zvw kunnen blijven. De poh-ggz wordt op dit moment immers vooral gezien als het verlengstuk van de huisarts. Zodra de poh-ggz ook behandelt zou deze, om dubbele aanspraak te voorkomen, naar de jeugdwet moeten worden overgeheveld.

Van de in paragraaf 6 genoemde voorwaarden zijn onderdeel a, b en c in deze variant zonder meer geregeld. Echter, voor de overige voorwaarden is een maatregelenpakket nodig. Dit pakket is er vooral op gericht om te garanderen dat de jeugd-ggz aangesloten blijft bij de gezondheidszorg (m.b.t. de positie van de cliënt, de professional en de ontwikkeling van kwaliteit en veiligheid), aangesloten blijft bij de volwassen ggz en de somatiek, er een stelselverantwoordelijkheid wordt belegd en er geen perverse prikkels ontstaan. Het Rijk is verantwoordelijk voor de wetgeving op het gebied van jeugd en geeft in de Jeugdwet aan wat de opdracht en taken van de gemeente zijn. Deze opdracht en taken voor gemeenten zijn wezenlijk anders dan die voor de provincies in de huidige Wet op de jeugdzorg. Op dit moment stuurt het Rijk door middel van het Landelijk Beleidskader, waarbinnen de provincies hun provinciale beleid moeten vormgeven. Provincies leggen hierover verantwoording af aan het Rijk volgens een uitgewerkte planning en controletyclus. In de nieuwe Jeugdwet heeft het Rijk die sturende rol niet meer. Het Rijk heeft nog wel de mogelijkheid van interbestuurlijk toezicht.

Het maatregelenpakket zou er als volgt uit kunnen zien:

1. Om geen onduidelijkheid over deze nieuwe gemeentelijke verantwoordelijkheid te laten bestaan wordt in de Jeugdwet een artikel opgenomen, dat bepaalt dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor het in stand houden en verder ontwikkelen van een stelsel van bestendige, professionele, doelmatige en doeltreffende (jeugd)-ggz dat volgens de stand van de wetenschap en de praktijk zorgt levert. Dit betekent, dat gemeenten zullen moeten investeren in innovatie, kwaliteit en onderzoek. De huidige infrastructuur biedt daarvoor mogelijkheden. Gemeenten zullen hierover met een aantal (landelijke) partijen afspraken moeten maken. Bijvoorbeeld met VWS over de taken die VWS nu nog uitvoert op het gebied van kwaliteitsontwikkeling, innovatie en onderzoek (het uitzetten van onderzoeks- en innovatieprogramma's bij bijvoorbeeld Zon-Mw en Trimbos). Het ligt in de rede dat de gemeenten deze taak overnemen, tenzij partijen daar gezamenlijk andere afspraken over maken. Wat betreft de opleidingen werkt een overdracht van verantwoordelijkheden naar gemeenten in onze ogen te complicerend. Daarnaast zal overleg moeten worden gevoerd met andere (landelijke) partijen over de vraagstukken die op landelijk niveau spelen (bijvoorbeeld het debat over demedicalisering, over kwaliteitskaders, het overleg met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), het overleg met de verzekeraars). Dit vraagt om een landelijke organisatie die namens alle gemeenten kan handelen en die beschikt over de kennis om deze taken te kunnen vervullen (sturing op landelijk niveau). Organisatie op regionaal niveau zal leiden tot hoge uitvoeringskosten en tot ongewenste uitkomsten (26 verschillende kwaliteitskaders? Welke regio investeert in innovatie? In 26 regio's wordt vergelijkbare kennis opgebouwd).
2. Grote delen van de jeugd-ggz, in ieder geval de specialistische zorg, worden landelijk ingekocht in de vorm van een mantelcontract. Inkoop op regionaal of lokaal niveau leidt tot veel bestuurlijk drukte, hogere uitvoeringskosten en onvoldoende sturing op kwaliteit en prijs. In een mantelcontract worden de verschillende producten (DBC's) met de daarbij behorende prijzen en kwaliteitsniveaus vastgesteld. Daar wordt ook vastgesteld welke (algemene) eisen aan de lokale samenwerking worden gesteld. Individuele gemeenten maken

vervolgens van dit contract gebruik als er zorg nodig is. Als er landelijk voldoende inkoopkennis is, kan ook de inkoop van intramurale én extramurale psychofarmaca daar plaatsvinden. Overwogen kan worden (eventueel als overgangsmaatregel) de inkoop uit te besteden aan de zorgverzekeraars.

3. In de Jeugdwet wordt opgenomen dat naast de huisarts ook de medisch specialist rechtstreeks naar een ggz-specialist kan verwijzen. Dit om er voor te zorgen dat jongeren niet van loket naar loket moeten. De mogelijkheid van doorverwijzing door de artsen vergt wel dat de gemeenten kunnen sturen op het doorverwijsgedrag van de artsen (niet op individueel, maar op landelijk niveau; zie volgend punt).
4. Wettelijk worden verzekeraars en gemeenten verplicht om afspraken te maken over hun inzet bij de (preventieve) zorg voor jongeren en hun ouders. Dit is het podium waar afspraken kunnen worden gemaakt over de wijze waarop de zorgverzekeraars in de contracten met de artsen omgaan met de doorverwijzing naar de jeugd-ggz. Ook de samenwerking met jeugdzorg in het traject tussen 18 en 23 jaar en de inzet van de volwassen-ggz (voor en na het 18^e jaar) kunnen onderwerp van gesprek zijn. Deze afspraken geven dan het kader aan voor de afspraken die lokaal worden gemaakt tussen zorgaanbieders en de gemeenten.
Te overwegen valt om bij geschillen de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hier een rol te geven.
5. Omdat jeugd-ggz gezondheidszorg is, moet het voor alle betrokkenen klip en klaar zijn dat een aantal (kwaliteits)eisen die nu gelden, ook na de decentralisatie van kracht blijven. De wetgeving van de gezondheidszorg (bijvoorbeeld de wet BIG, de WGBO, de Kwaliteitswet Zorginstellingen, de zaken die in de Wcz worden geregeld, het klachtrecht) kan dan opgenomen worden of in de Jeugdwet óf deze wetten blijven gelden voor de jeugd-ggz.
6. Omdat de jeugd-ggz (onderdeel van de) gezondheidszorg is blijft de IGZ toezicht houden. Dat is doelmatig en de IGZ is inhoudelijk de meest gereede toezichthouder. Dit kan in de Jeugdwet worden vastgelegd. Daar waar er ‘gemengde’ instellingen zijn (Jeugdzorg en ggz) maken de inspectie die toezicht houdt op de jeugdzorg en de IGZ afspraken over hoe het toezicht wordt vormgegeven (wie doet wat).

10. Gemeenten sturen via de zorgverzekeraar

In deze variant blijft de jeugd-ggz in de Zvw en de AWBZ. Op deze wijze wordt zonder meer tegemoet gekomen aan voorwaarde d, e en f van de in paragraaf 6 genoemde voorwaarden. Het maatregelenpakket is vooral nodig om gemeenten toe te rusten om het doel van de integrale toegang, diagnose en zorg te bereiken (onderdeel a, b en c van paragraaf 6).

1. Net zoals in de vorige variant (onder maatregel 4 omschreven) worden verzekeraars en gemeenten wettelijk verplicht om afspraken te maken over hun inzet bij de (preventieve) zorg voor jongeren en hun ouders. Inhoudelijk gaat het om dezelfde zaken, een goede afstemming van de in te zetten zorg, maar de positie van de gemeenten en de zorgverzekeraars is natuurlijk anders als het gaat om de jeugd-ggz. Evenals in de vorige paragraaf geven deze afspraken dan het kader aan voor de afspraken die lokaal worden gemaakt tussen zorgaanbieders en de gemeenten.

Te overwegen valt om bij geschillen de Nederlandse Zorg Autoriteit (NZA) hier een rol te geven.

2. Er wordt wettelijk geregeld (een verbijzondering van wat er in het vorige punt aan de orde is) dat gemeenten, indien er sprake is van (een kans op) gecombineerde problematiek van jeugdzorg/ggz en lvb, zeggenschap hebben over de inzet van ggz bij toegang, diagnose en zorg voor jeugdigen en hun ouders. Daarbij zou de volgende werkwijze gehanteerd kunnen worden:
 - de gemeenten -gezamenlijk- stellen ten behoeve van de inkoop door de zorgverzekeraars een landelijk programma van wensen op. In dit document wordt aangegeven welke inzet gemeenten verwachten van de ggz, kwantitatief en kwalitatief. Hiermee worden de kaders gegeven voor de afspraken die er lokaal/regionaal moeten worden gemaakt tussen de ggz-aanbieders en de gemeenten.
 - de zorgverzekeraars nemen dit programma van wensen als uitgangspunt bij de inkoop, tenzij zij van oordeel zijn dat dit tot een voor hen en/of de verzekerden tot een onverantwoorde uitkomst leidt. Comply or explain is het uitgangspunt.
 - indien verzekeraars het programma van wensen niet als uitgangspunt willen nemen, volgt overleg met de -gezamenlijke- gemeenten.
 - Indien dit overleg niet tot overeenstemming leidt, wordt het geschil voorgelegd aan de NZa.
3. De verzekeraars en de gemeenten werken een gezamenlijk protocol uit om het mogelijk te maken dat de jeugdarts rechtstreeks naar de ggz kan verwijzen als verwijzing naar de huisarts geen meerwaarde heeft. Uitgangspunt voor de jeugdarts daarbij is: basis ggz,tenzij.
4. Er worden nieuwe mogelijkheden in de bekostiging van de ggz ontwikkeld, waarmee het uitvoeren van gecombineerde zorg eenvoudiger wordt (bijvoorbeeld een jeugdzorg/ggz-samenwerkings-dbc of een zorggezin-dbc) en waarmee het consulteren van een ggz-specialist mogelijk wordt (een jeugdzorg-consult-dbc).

11. Twee wegen leiden naar Rome

Er moet iets gebeuren

Zowel het huidige conceptwetsvoorstel Jeugdwet als ook 'niet overhevelen' bieden in onze ogen een onvoldoende basis om het geschetste probleem op een goede en verantwoorde manier op te lossen. Er moet dus iets gebeuren.

Gemeentelijke sturing en tegelijk verbonden blijven aan de gezondheidszorg, dat is de opdracht

Om zorggezinzen tijdig in het vizier te krijgen en de juiste hulp te kunnen bieden is sturing nodig vanuit één hand. Deze rol is toebedacht aan gemeenten. Gemeenten moeten hiertoe afdoende worden toegerust.

Tegelijk is de ggz één ongedeelde sector voor jeugd en volwassenen binnen de gezondheidszorg. Dit stelt eisen op het punt van kwaliteit en innovatie, de positie van de

cliënt en de aansluiting bij de andere delen van de gezondheidszorg. Wie ook financiert of stuurt, hiermee moet rekening worden gehouden.

Een oplossing kan alleen maar gevonden worden in een combinatie van deze twee elementen: gemeentelijke sturing op het geheel aan hulp bij zorggezinnen en tegelijk de ggz als geheel blijven zien en ontwikkelen als gezondheidszorg. Dan is er ook voldoende draagvlak om de praktische belemmeringen die goede zorg in de weg staan, weg te nemen.

Gemeenten en ggz-betrokkenen moeten elkaar leren kennen en afspraken maken

Bij zorggezinnen liggen de verschillende vormen van zorg en welzijn dicht bij elkaar. Daartoe moeten professionals elkaar kennen en kunnen samenwerken, het gaat om één gezin, één plan. Dit vergt één aansturing, één beleid op alle niveaus. Partijen - gemeenten, ggz-betrokkenen, jeugdzorg, welzijn, de verschillende partijen in de gezondheidszorg - moeten elkaar en elkaars cultuur leren kennen en afspraken maken over de gewenste resultaten. Dat ze afspraken met elkaar moeten maken wordt wettelijk geregeld, de vrijblijvendheid moet er vanaf. Gemeenten zorgen voor een landelijke gesprekspartner met mandaat.

Er wordt nu op twee plekken basiszorg ingericht; rondom de huisarts en rondom het CJG; daarover moet een gesprek op gang komen. Dat betekent ook een betere verbinding tussen de jeugdgezondheidszorgarts waar kinderen gestructureerd komen en de huisarts. Daarnaast geven wij in overweging dat er bij het CVZ een nieuwe commissie wordt ingericht waarin gestructureerd en geregeld het gesprek kan worden gevoerd over de inzet van de gezondheidszorg op lokaal niveau: de Commissie Gemeenten. Naast CVZ-ers zitten hierin ook deskundigen op terrein van de (jeugd-)ggz en jeugd(gezondheids)zorg. Het CVZ kan ook gevraagd en ongevraagd advies uitbrengen aan de minister en de gemeenten.

Twee wegen

Elkaar leren kennen en afspraken maken moet altijd, dat is geen kwestie van keuze. Wel valt er te kiezen tussen twee hoofdwegen om het doel te bereiken. Of je laat de jeugd-ggz op de huidige wijze als gezondheidszorg gefinancierd en gestuurd worden en regelt daarbinnen dat gemeenten afdoende worden toegerust om (mee) te kunnen sturen op de inzet van de ggz en overige relevante gezondheidszorg op lokaal niveau. Met deze weg sturen gemeenten mee. Of je hevelt de financiering en aansturing voor de gehele jeugd-ggz over naar gemeenten en regelt daarbinnen dat de ggz een ongedeelde sector blijft binnen de gezondheidszorg. Met deze weg zitten gemeenten volledig aan het stuur. Tussenscenario's in de vorm van een gedeeltelijke overheveling van de jeugd-ggz naar gemeenten zijn in onze ogen te gecompliceerd en dus onwenselijk.

De weg met de gemeenten volledig aan het stuur geeft gemeenten in theorie de beste mogelijkheden om te sturen op integrale zorg aan gezinnen (al mist hier de volwassen-ggz, die ook heel relevant kan zijn voor zorggezinnen). Maar dan moet er wel 1) nog een aantal zaken op wettelijk niveau worden geregeld (t.o.v. de huidige conceptwet) en 2) zullen gemeenten om hun verantwoordelijkheid waar te maken behoorlijk moeten 'investeren' in een (landelijke) structuur om op een goede manier te kunnen sturen. De vraag is of er voldoende draagvlak en doorzettingsmacht bij de gemeenten is om belangrijke zaken te mandateren aan een landelijk niveau (de gemeenten zullen over hun eigen 'autonome' schaduw heen moeten springen). Gemeenten worden hierbij overigens ook verantwoordelijk voor onderdelen van de jeugd-ggz waarbij geen of nauwelijks relatie is

met opvoedproblematiek. Onze inschatting is dat de incidentele transitiekosten groot zijn, zo is de ervaring ook bij eenvoudiger transities. De structurele uitvoeringskosten zullen sterk afhankelijk zijn van de mate waarin er op landelijk niveau wordt gestuurd.

De andere weg is eenvoudiger te bereiken omdat de huidige situatie in de kern ongewijzigd blijft, het stelsel gaat niet op de schop. In een recente studie van de OESO is de conclusie dat verbeteringen veelal eenvoudiger te realiseren zijn binnen een stelsel dan door grote stelselveranderingen. Gemeenten sturen mee op die onderdelen die voor hen relevant zijn. Gemeenten hebben hierbij evenwel minder de vrije hand in de aansturing, en de financieringssystemen in de ggz moeten toegesneden worden op het bieden van integrale zorg. Bovendien is de directe financiële prikkel voor de gemeenten kleiner (het domein waarvoor ze verantwoordelijk worden, wordt zo'n 500 miljoen minder groot). De incidentele transitiekosten zullen lager zijn. Onze verwachting is dat de structurele uitvoeringskosten ook lager zullen zijn.

De aanpak van de overige praktische belemmeringen en de visie en cultuur ontlopen elkaar niet veel in beide aanpakken

En dus...

Is het hoog tijd voor betrokken partijen om in gesprek te gaan en als eerste de twee uitgangspunten te onderschrijven: gemeenten moeten kunnen sturen en ggz is gezondheidszorg. En, dat er iets moet gebeuren staat vast.

Bijlage 1: de Opdracht

Onderzoek Overheveling Jeugd-ggz

Opdrachtverlening van DGV en DGCZ aan ABD top consultant Marcel van Gastel

Aanleiding

Besloten is om de jeugd geestelijke gezondheidszorg over te hevelen naar gemeenten. Echter, partijen uit de zorg in den brede zijn tegen de overheveling van de jeugd-ggz. Bovendien zijn er nog vragen, onduidelijkheden en zorgen over het nut en de gevolgen van deze overheveling, zowel voor de jeugdige en zijn of haar opvoeders, als voor aanbieders, professionals en de gemeente.

Focus onderzoek

- Mogelijke positieve en negatieve prikkels, zowel op cliëntproces (daarbij is het essentieel om de diversiteit binnen de jeugd-ggz in het vizier te houden) als op financieringsniveau. Hierbij ook aandacht voor de plek van psychofarmaca, de huisarts, jeugd-ggz in het gedwongen kader, de gevolgen van verschillende ‘knips’ (somatic, jeugd/volwassen ggz) en de gevolgen van het verdwijnen van het recht op zorg (zie voor een toelichting op deze punten de bijlage).
- De zorg die op het grensvlak van Zvw en gemeenten komt te liggen.
- Belichting vanuit verschillende perspectieven (patiënten/cliënten, professionals, instellingen, gemeenten) en vanuit verschillende paradigma’s (financiën, processen en het draagvlak van belanghebbenden). Hierbij speciale aandacht voor jeugdigen die enkelvoudige ggz ontvangen.
- Naast directe gevolgen is het ook van belang om in kaart te brengen welke gevolgen niet direct, maar wel op de lange termijn invloed hebben op de zorg voor de jeugdige en zijn directe omgeving, zoals bijvoorbeeld de (ontwikkeling van) kwaliteit van zorg.
- Hoe zaken zoals aanbesteding door gemeenten, een eventuele risicoverevening, demedicaliseren en toezicht vorm kunnen krijgen/ kunnen worden gerealiseerd zijn belangrijke vragen. Voor zover relevant voor de jeugd-ggz zullen deze onderwerpen worden meegenomen in dit onderzoek. Daarnaast worden deze onderwerpen in bredere zin binnen het stelsel opgepakt.

Resultaat per 1 oktober 2012

Een objectieve analyse op basis van gesprekken met relevante partijen die een overzicht biedt van de randvoorwaarden, kansen en risico’s bij wel, gedeeltelijk en bij niet overhevelen van de jeugd-ggz.

Toelichting bij enkele onderwerpen

1. De positie van de huisarts

De huisarts heeft binnen het stelsel een signalerende en doorverwijzende rol en kan met de praktijkondersteuner (poh-ggz) lichte vormen van ggz bieden. Dat betekent dus dat sommige zorg zowel door de gemeente als door de zorgverzekeraar kan worden geleverd. Wat betekent deze prikkel?

Gemeenten willen in het nieuwe stelsel goede afspraken kunnen maken met huisartsen (collectief) m.b.t. de doorverwijzende rol om beter te kunnen sturen op de jeugdhulp en de '1 gezin, 1 plan'-gedachte mogelijk te maken. Gemeenten willen niet op de stoel van de behandelaar plaatsnemen, maar wel in de positie gebracht worden om afspraken te kunnen maken met de huisarts in het kader van het gemeentelijk jeugdhulpbeleid. Volgens de concept Jeugdwet worden gemeenten immers verantwoordelijk voor alle vormen van jeugdhulp, maar hoeven niet betrokken te worden wanneer de huisarts naar de jeugd-ggz doorverwijst. Een voorwaarde om dit proces goed vorm te kunnen geven is dat gemeenten een multidisciplinair team tot hun beschikking hebben.

Rijk en gemeenten hebben daarom afgesproken dat in het onderzoek naar waarborgen bij de overheveling van de jeugd-ggz er specifiek aandacht besteed wordt aan de zoektocht naar een inrichting van de relatie tussen gemeente en huisartsen (en j-GGz) die bij de bovenstaande uitgangspunten past. Mogelijkheden die worden onderzocht zijn onder meer: hoe gemeenten in de positie gebracht worden dat zij afspraken met huisartsen kunnen maken over het doorverwijzen door de huisarts naar het gemeentelijk jeugdhulpbeleid, hoe algemene signalen van de huisarts bij de gemeente terecht komen, alsook het maken van afspraken tussen huisarts en gemeente rondom afstemmen en informatie uitwisselen, het voeren van gesprekken tussen gemeenten en zorgverzekeraars over doorverwijzen van huisartsen enerzijds (belang gemeente) anderzijds over behandeling van jeugdigen die bijna overgaan naar de Zvw (belang zorgverzekeraars) en een meldplicht voor huisartsen naar gemeenten. Daarbij dient in ogenschouw te worden genomen dat de huisarts te maken heeft met een medisch beroepsgeheim.

2. Psychofarmaca

In de conceptwetteksten is opgenomen dat de intramurale psychofarmaca wel en de extramurale psychofarmaca niet wordt overgeheveld naar gemeenten. Welke prikkels ontstaan hier, in het bijzonder met het oog op 'het oplossen van problematiek met pillen' en hoe strookt dit met de doelstelling van demedicaliseren?

3. Ggz in het gedwongen kader

In 2007 is een motie aangenomen om de verschillende vormen van wetgeving en de basis waarop gedwongen zorg voor jeugdigen plaatsvindt te harmoniseren. Harmonisatie van deze wetten vindt niet plaats binnen de concept wet Jeugd omdat dit het wetstraject van deze wet waarschijnlijk zal vertragen. Kan de Wet Bopz (resp. Wvvggz) worden uitgevoerd binnen nieuwe stelsel? Wat zijn de gevolgen van de nieuwe bepalingen voor de jeugdzorg voor het harmonisatieproces?

Bijlage 2: Lijst van geïnterviewde organisaties/personen

Organisatie	Naam
Ggz Nederland	M. Barth, P. van Rooij
Spirit	M. Bent
De Bascule	S. de Jager
NIP	W. Lozowski, B. van Beek
Gemeente Zwolle	E. Dannenberg
De Jutters	A. Cohen
Parlan	E. Rienstra
Radbout Universiteit	R.J. van der Gaag
Gemeente Den Haag (transitie jeugdzorg)	A. Opstelten
Dienst Justitiële Inrichtingen	G. van Gemert
Gemeente Zaanstad	C. Noom, F. Ruhlessin
Zorgverzekeraar	
Gemeente Utrecht	R. den Besten, M. Kennis
VNG (transitiemanager)	K. Bron
Parnassia BAVO	S. Valk
Gemeente Amsterdam (projectleider transitie)	R. Hageraats
Fornhese (samenwerking Almere)	A. Allertz
Academisch Psychiatrisch Centrum Rotterdam	F. Verhulst en F. Verheij
Landelijke Huisartsen Vereniging	J. Hogendorp
Landelijk Platform Ggz	P. Ulrich, M. Vogels, M. ter Avest
Gemeente Rotterdam	H. de Jonge
Jutters Jeugdformaat Combinatie	D. de Jong
Rijksuniversiteit Groningen/NJI	T. van Yperen
Spirit, Yorneo, JJC, Transferium	Div. deelnemers sessie over financiële stromen

Bijlage 3: Kerntabel jeugd-ggz

Beschrijving	Cijfers	Bron
Totaal aantal jeugdigen die jeugd-ggz ontvangen (tot 18 jaar)	221.017	CVZ (2009)
Totaal aantal jeugdigen (unieke cliënten geïndiceerde jeugdzorg) die jeugdzorg ontvangen (ter vergelijking)	78.271*	Brancherapportage Jeugdzorg 2010
Totaal aantal jeugdigen (tot 18 jaar) in volwassen circuit behandeld	14.700	Ggz Nederland 2009
Totaal volwassenen die binnen het circuit jeugd worden behandeld	126.900	Idem
Totaal aantal verrichtingen (ouders en kinderen) in het circuit jeugd	3.237.900	Idem
Totale productiewaarde ggz in miljoen euro	542	Jeugd-ggz: investeren in de toekomst (cijfers uit 2009)
Totale productiewaarde jeugdzorg in miljoen euro (ter vergelijking)	1.209	Ggz Nederland 2009
Percentage uit de AWBZ gefinancierd	Ca. 10%	Idem
Percentage overlap met somatiek	52%	Vektis (2009)
Percentage overlap met jeugdzorg	22%	SCP/CEBEON (2012)
Percentage overlap met jeugdzorg én lvb	3%	Idem
Percentage overlap met jeugd-lvb	6%	Idem
Doorverwijzing van de huisarts	44%	Ggz Nederland 2009
Op eigen initiatief naar ggz	21%	Idem
Doorverwijzing van Bureau Jeugdzorg	15%	Idem
Doorverwijzing van 2 ^e lijns som. Zorg	9%	Idem
Doorverwijzing vanuit andere ggz	7%	Idem
Doorverwijzing MO/ politie	3%	Idem
Ambulante ggz (percentage van de cliënten)	95,5%	Idem
Residentiële ggz (percentage van de cliënten)	2,4%	Idem
Gemengd residentiële ggz (een combinatie van klinische en ambulante zorg) (percentage van de cliënten)	1,1%	Idem
Deeltijd ggz (een aantal dagdelen per week naar residentieel) (percentage van de cliënten)	0,6%	Idem