

Transitie jeugdzorg in volle gang

C.G. REICHART



ARTIKEL



Sinds 1 januari 2015 zijn de 393 verschillende gemeenten verantwoordelijk voor alle jeugdhulp, inclusief de kinder- en jeugdpsychiatrie, de uitvoering van kinderbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering. Een eerder redactioneel (Reichart 2013) over deze transitie eindigde ik met de hoop dat ik een volgend redactioneel erover beter nieuws zou kunnen brengen. Mijn vrees was dat dit ijdele hoop zou blijken.

In de vier jaar die aan de transitie voorafgingen, heeft de NVvP zich samen met de Taskforce Kinder- en Jeugdpsychiatrie en diverse andere partijen tevergeefs ingespannen om de politiek op andere gedachten te brengen. Door psychiatrische zorg voor kinderen uit de verzekerde zorg te halen, heeft deze de verankering verloren met regels die de zorg voor een psychiatrisch ziek kind waarborgen. Dat heeft geleid tot een verschillende aanpak van kinderen met een psychiatrische aandoening in vergelijking met kinderen met een lichamelijke ziekte. Bovendien heeft het feit dat de verantwoordelijkheid nu over is gegaan naar 393 verschillende gemeenten geleid tot een niet te bevatten diversiteit.

Transitie Autoriteit Jeugd

Bij de overgang van de jeugdhulp naar de gemeenten waren er grote zorgen dat kinderen tussen wal en schip zouden vallen. Staatssecretaris Van Rijn (Volksgezondheid, Welzijn en Sport, vws) heeft in 2014 gegarandeerd dat kinderen met een psychische aandoening ook vanaf 1 januari 2015 gebruik zouden kunnen maken van de zorg die zij nodig hebben. Om dit te monitoren is de Transitie Autoriteit Jeugd (TAJ) opgericht, een commissie van vws en van Veiligheid en Justitie (V&J). Deze commissie komt in actie als een gemeente en de jeugdzorgaanbieders er samen niet uitkomen. In april 2015 is het eerste rapport van de TAJ uitgekomen waarin trots wordt gemeld dat er geen jongeren tussen wal en schip zijn gevallen. Logisch: er was voor 2015 continuïteit van zorg beloofd. Het blijft echter afwachten hoe het in 2016 zal gaan.

De praktijk

Sinds januari 2015 ben ik met mijn 12 collega-kinder- en jeugdpsychiaters van Curium/WUMC in Oegstgeest voor een aantal uren gedetacheerd naar twee jeugd- en gezinsteams (JGT's) in onze regio. Er zijn in deze regio 24 van deze teams met ongeveer 15 medewerkers per team. De meeste medewerkers kenden elkaar nog niet bij de start, hebben allemaal een verschillende achtergrond en werkten voorheen binnen bureau jeugdzorg, de zorg voor verstandelijk beperkten, het maatschappelijk werk, de ggz, etcetera.

In heel Nederland zijn er zo vele honderden JGT's van start gegaan. In iedere regio zijn deze teams anders georganiseerd en hebben ze een andere naam, zoals 'wijkteam', 'jeugdteam' en 'sociaal team'. De teams in onze regio zijn zelfsturende teams, d.w.z. zonder 'baas' samen kijken wat er aan de hand is en samen doen wat nodig is, met ruimte voor 'couleur locale'. Praktisch betekent dit ook

voortdurend zelf het wiel uitvinden, veelal niet werken op basis van richtlijnen of protocollen en mede hierdoor is er ook niet of nauwelijks de mogelijkheid voor kwaliteitscontrole.

De JGT's leveren de zorg laagdrempelig, dicht bij huis. Medewerkers gaan met z'n tweeën op huisbezoek om de hulpvraag te inventariseren en een plan op te stellen volgens de systematiek 'Eén gezin, één plan'. Vaak gaat het daarbij om opvoed- en opgroevragen en niet om psychiatrische problemen in engere zin. De bedoeling is dat eventuele psychiatrische vragen aan de gedetacheerde specialist kunnen worden voorgelegd die onder andere adviseert over het al dan niet doorverwijzen naar de specialistische ggz.

Grote verschillen

Samen met mijn collega-kinder- en jeugdpsychiaters en een aantal afgevaardigden van deze teams komen wij met zekere regelmaat bij elkaar om eventuele knelpunten te bespreken. Dit zijn nogal onthutsende bijeenkomsten. Niet alleen is de samenstelling van de JGT's zeer verschillend, maar – zoals voorspeld – ook de werkwijze. De mate waarin psychiatrische problematiek wordt herkend, verschilt sterk en, bij het ontbreken van richtlijnen en protocollen, ook de wijze waarop deze problematiek wordt aangepakt. De triage, het bepalen welke hulpvraag naar de specialistische ggz moet en welke binnen het JGT kan worden beantwoord, gebeurt wisselend door alle medewerkers, ongeacht opleidingsniveau.

Dubbele wachtlijsten

De JGT's zijn laagdrempelig en inmiddels krijgen de meeste zeer veel aanmeldingen. De ruimte om met twee personen op huisbezoek te gaan is verdwenen en bij de meeste JGT's zijn inmiddels wachtlijsten ontstaan. Eén van de gevolgen hiervan is dat kinderen en jongeren soms laat, zo niet te laat worden doorverwezen naar de specialistische ggz. Helaas komen ze bij veel ggz-instellingen, mede door de in 2014 doorgevoerde bezuinigingen van 20%, weer op een wachtlijst. Dit is een reëel probleem, reden waarom in juni 2015 zowel de huisartsen als de patiënten- en familiekoepel Landelijk Platform GGZ aan de bel hebben getrokken.

De budgetten

De veronderstelling was dat de jeugdzorg met de transitie goedkoper zou worden, reden waarom er meteen 450 miljoen euro is bezuinigd. Het lijkt er echter op dat het allemaal juist veel duurder is geworden, waarbij veel van de oplopende meerkosten niet eens de patiëntenzorg betreffen. De JGT's zitten relatief ruim in hun jasje, maar de kinder- en jeugd-ggz moet het met 20% minder doen, ondanks dat bijvoorbeeld het aantal klinische opnames – een van de grootse kostenposten – niet verminderd is. Veel gemeenten zitten nu halverwege 2015 al aan hun bestedingsplafond wat betreft de zorg die zij voor dit jaar hebben ingekocht bij voorzieningen voor kinder- en jeugdpsychiatrie. Om zicht te houden op de uitgaven willen de gemeenten daarom maandelijks, liefst bijna wekelijks, informatie hebben over de verwijzingen, de verwachte en de reeds gemaakte kosten. Voor de wat grotere kinder- en jeugdpsychiatrische instelling, die te maken heeft met soms zo'n honderd gemeenten, betekent dit dat de backoffice vertienvoudigd moest worden. Extra kosten die ten koste gaan van de directe patiëntenzorg.

LITERATUUR

- Reichart CG. Transformatie is nodig, transitie niet. Tijdschr Psychiatr 2013; 55: 581-3.

AUTEUR

Catrien Reichart, kinder- en jeugdpsychiater, Curium-LUMC, Leiden.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Catrien Reichart, Curium-LUMC, Endegeesterstraatweg 27, 2342 KD Oegstgeest.
E-mail: c.g.reichart@curium.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH

Transition youth mental health care in full swing

Privacy

Een ander niet opgelost probleem is de privacy. De gemeenten vragen om informatie die ze eigenlijk niet zouden mogen willen hebben. Ambtenaren bellen ons met vragen zoals: 'Waarom is Z van 9 bij ons in behandeling en krijgt farmacotherapie, terwijl dit toch ook, goedkoper, door de huisarts gedaan kan worden?'

Het is begrijpelijk dat de gemeente de kosten in toom wil houden, maar hoe weet de gemeente dat patiënt Z deze behandeling bij ons krijgt? En bovenal, er zou toch geen rechtstreekse/individuele bemoeienis van de gemeenten zijn met de inhoud van de geboden zorg?

Tot slot

De transitie is een feit. Echter, zoals ik in 2013 al vreesde, de beloofde kostenreductie, de borging van kwaliteit en tijdige inzet van noodzakelijke hulp lijken verder weg dan ooit.