

Reactie op de bijdrage van Erik Gerritsen in de BMC Nieuwsflits Jeugd dd. 2 december 2009

1. Inleiding

De uitvoerige beschouwing van Erik Gerritsen (bestuurder BJZ Agglomeratie Amsterdam) over het standpunt van GGZ Nederland m.b.t. de stelsel-discussie in de Nieuwsflits van 2 december jl. vraagt om een reactie. Niet alleen omdat zijn uitleg van het GGZ-standpunt op een aantal punten suggestief en onvolledig is, maar meer nog omdat het toekomstbeeld van de heer Gerritsen ons inziens discutabel is. Door de aard van de stellingname van Gerritsen ontkomen wij in deze bijdrage niet aan een scherpe repliek; wij hopen dat hij tegen een stootje kan!

2. De geïntegreerde toegang als panacee

Kern van het betoog van Gerritsen is dat bij een geïntegreerde toegang van de tweedelijnszorg alle problemen die thans de gespecialiseerde jeugdzorg teisteren voorbij zullen zijn. Gerritsen laat zich met dit standpunt kennen als een 'WJZ-diehard'. De onafhankelijke toegang, die middels indicatiestelling en casemanagement de jeugdige door het complexe systeem geleidt, is onderhand toch duidelijk onwerkbaar gebleken? De bureaucratie van het Bureau Jeugdzorg (die ook toenemend door de jeugdzorgaanbieders via bypasses wordt vermeden), gecombineerd met het gebrek aan uitvoerend vermogen van de Bureaus heeft de toegangsfunctie in vrijwillig kader tot een farce gemaakt. Gerritsen's pleidooi om deze gebrekkige toegangsfunctie nu te vervolmaken door ook de jeugd-LVG en de jeugd-GGZ hieronder te brengen mag curieus worden genoemd. Vrijwel niemand in Nederland gelooft daar nog in. In het (behoudende) BMC-evaluatierapport wordt ervoor gepleit te stoppen met indicatiestelling en daarvoor in de plaats een verwijzingsmodel te introduceren. Ook in het recente standpunt van de MO Groep ('Naar integrale jeugdzorg') wordt de rol van BJZ op het gebied van de toegang naar de vrijwillige jeugdzorg met zoveel woorden bij het oud vuil gezet. In het onlangs gesloten convenant tussen IPO en Rijk over de jeugdzorgmiddelen 2010-2011 wordt de indicatiestelling door BJZ deels buiten werking gesteld. Vanwaar dan dit achterhoedegevecht van Gerritsen?

Onderliggend probleem is dat Gerritsen (afkomstig uit de gemeentelijke wereld) het politiek-ambtelijke denken dat ten grondslag ligt aan de Wet op de Jeugdzorg als de juiste weg ziet. Na het feitelijk echec van de Wet op de Jeugdzorg in de afgelopen jaren is er ons inziens alle aanleiding de paradigmatische bakens te verzetten. Het maakbaarheidsdenken van begin jaren '90, dat aan de basis van de WJZ ligt, is het fundamentele probleem waar de brede jeugdzorg mee kampt. Geen enkele zorgsector in Nederland heeft daarvan zoveel last als de jeugdzorg; geen enkele zorgsector is tegelijk zo klantvriendelijk, inefficiënt en ineffectief. Wordt het geen tijd om de jeugdzorg geheel in handen te leggen van professionele, autonome instellingen en onze sector te verlossen van de vele honderden ambtenaren en politiek bestuurders, die nu zo nodig regie willen voeren?

3. Zorgverzekeringswet

Gerritsen betoogt omstandig dat het pleidooi van GGZ Nederland om de tweedelijns jeugdzorg onder de Zorgverzekeringswet te brengen vooral ingegeven zou zijn door welbegrepen eigenbelang. Op deze manier zou de vrije toevlucht van verwijzingen van huisartsen e.d. het best gegarandeerd zijn. De hiermee gepaard gaande marktwerking zou volgens hem haaks staan op de belangen van de doelgroep in de jeugdzorg.

Kennelijk heeft Gerritsen een belangrijk deel van het standpunt van GGZN over het hoofd gezien. Wij bepleiten namelijk een samenvoeging van de provinciale jeugdzorg, de jeugd-GGZ en de jeugd-LVG, met als doel te komen tot een geïntegreerde tweedelijnszorg. Deze geïntegreerde instellingen zouden direct toegankelijk moeten zijn voor verwijzers van de eerstelijns jeugdzorg, de huisartsen en andere relevante professionals. Niet alleen kan de bureaucratie in onze geplaagde sector daarmee aanmerkelijk worden teruggebracht, maar veel belangrijker is dat integrale zorg kan worden geboden voor alle doelgroepen, van enkelvoudige ambulante hulp, systeemgerichte gezinshulp tot gedifferentieerde klinische zorg, alles vanuit een eenduidige verantwoordelijkheid. Deze integratie is het enige goede antwoord op de fragmentatie van de jeugdzorg. Het verder optuigen van de toegangsfunctie van Bureau Jeugdzorg, zoals bepleit door Gerritsen, levert daaraan geen enkele bijdrage c.q. zou het paard verder achter de wagen spannen.

De bekostiging van de geïntegreerde jeugdzorg via de Zorgverzekeringswet (ZVw) zou in onze optiek niet alleen helpen om de klant centraal te stellen (in het WJZ-stelsel heeft de klant geen keus!), maar vooral om de slag naar kosteneffectieve interventies te maken. Wat dat betreft is het interessant om een paar kengetallen op een rijtje te zetten.

Sector	Omzet 2008	Geholpen jeugdigen 2008	Kosten per klant 2008
BJZ vrijwillig	160 mln.	88.000	1.800 euro
Provinciale jeugdzorg	1.071 mln.	95.000	11.300 euro
Jeugd-GGZ	Ca. 450 mln.	Ca. 145.000	Ca. 3.100 euro
Jeugd-LVG	Ca. 250 mln.	Ca. 10.000	Ca. 25.000 euro

Uit dit schema (samengesteld uit gegevens van de brancheorganisaties) zijn een paar conclusies te trekken:

- De provinciale jeugdzorg is aanzienlijk duurder dan de jeugd-GGZ, niet alleen in absolute zin maar vooral in kosten per klant; oorzaak daarvan is de veel hogere residentiële oriëntatie (ca. 6.300 residentiële plekken tegen ca. 1.500 in de jeugd-GGZ). Bij de lage kosten per klant in de GGZ moet bedacht worden dat deze sector veel hoger gekwalificeerd personeel in dienst heeft.
- De kosten van de Bureaus Jeugdzorg betreffen voor een groot deel de jongeren voor wie BJZ een indicatie voor provinciale jeugdzorg stelt; in feite komen deze kosten nog eens bovenop de zorgkosten van de provinciale aanbieders.
- De relatief hoge kosten van de jeugd-LVG worden verklaard door het grote accent dat in die sector nog ligt op residentiële hulp (ca. 2.500 plekken).
- De jeugd-GGZ kent een veel groter accent op ambulante hulp en substitueert nog steeds actief bedden naar thuiszorgproducten. De omvang van de wachtlijst (ca. 11.000 kinderen voor eerste contact) moet daarbij in relatie worden gezien tot het grote aantal klanten in zorg. Verder geldt voor de GGZ een normatieve wachttijd van 4 weken; als die ook voor de provinciale jeugdzorg zou gelden zouden de wachtcijfers daar meer dan verdubbelen! Onder

invloed van de ZVw wordt toenemend gestuurd op evidence based werken en kosten per DBC; voor meer langdurige zorg wordt nog een beperkt beroep gedaan op de AWBZ.

Wij durven te stellen dat de kenmerken van de klanten van de provinciale jeugdzorg, de jeugd-LVG en de jeugd-GGZ niet wezenlijk verschillen (wel de insteek van de hulpverlening). Als dat waar is, kunnen voor hetzelfde geld aanzienlijk meer kinderen worden geholpen dan op dit moment, zeker in het gesubsidieerde segment; veel residentiële zorg is te vervangen door goede ambulante zorg en de bosjes medewerkers die nu indirect werk doen (m.n. bij de Bureaus) zouden weer uitvoerende werkzaamheden kunnen gaan doen.

De opmerking van Gerritsen dat bekostiging via de Zorgverzekeringswet niet zou passen bij complexe problematiek is nergens op gebaseerd; zowel in de somatische zorg als in de GGZ wordt ook de meest complexe problematiek door de verzekeraar vergoed. Actieve verzekeraars zullen er op toezien dat juist ook complexe doelgroepen goed worden bediend teneinde de algehele zorgconsumptie (psychisch/somatisch) in de hand te houden, zoals bijvoorbeeld door verzekeraar Agis rondom Amsterdam al gebeurt. Sterker nog, het moet de maatschappelijke opdracht zijn van de jeugdzorginstellingen en de verzekeraars om geen kind tussen wal en schip te laten vallen. De verzekeraar heeft daarbij niet alleen verstand van zorg maar ook een direct belang bij een effectieve en efficiënte benutting van middelen (deze kenmerken gelden niet steeds voor politiek bestuurders....).

4. Rol BJZ

Gerritsen maakt in zijn bijdrage een aantal behartenswaardige opmerkingen over de rol van de Bureaus voor de kinderen die ernstig in hun ontwikkeling worden bedreigd. Er van uitgaande dat BJZ (bij voorkeur samengevoegd met de Raad voor de Kinderbescherming) voor deze groep een blijvende functie zal houden, is het inderdaad gewenst dat voor deze doelgroep ook uitvoerende taken in vrijwillig kader door het Bureau kunnen worden uitgevoerd. Juist voor deze multiproblemgroep, die we in belangrijke mate ook terugvinden in de instellingen voor gesloten jeugdzorg en de JJI's, is van belang dat ook psychiatrische deskundigheid (in brede zin) beschikbaar is. De gespecialiseerde jeugdzorginstellingen die wij bepleiten moeten de levering daarvan simpelweg tot hun basistaak rekenen. Een eenduidiger taakstelling van de Bureaus (alleen de zorg voor de kinderen die in hun ontwikkeling worden bedreigd) maakt een partnership op dit punt veel helderder dan de dubieuze menging van toegangs- en toezichttaken die de Bureaus nu hebben. Wij zijn het met Gerritsen eens dat vanuit de volwassenpsychiatrie ruimhartiger moet worden samengewerkt op het punt van informatieverstrekking.

5. Tot slot

Wij hebben de moeite genomen wat uitvoeriger op de bijdrage van Gerritsen in te gaan, omdat deze de kern raakt van de discussie over de toekomst van ons jeugdzorgstelsel. Hoopgevend in dat verband is dat er veel parallellen zijn te ontdekken in de recente standpunten van de MO Groep, GGZ Nederland en de VOBC (de club van LVG-instellingen). Grootste gemene deler is dat deze drie kernpartijen pleiten voor een integrale tweedelijnszorg. Als dat de uitkomst kan zijn van de stelseldiscussie zou een principiële stap voorwaarts worden gezet; over de rol van Bureau Jeugdzorg (of diens rechtsopvolger) worden we het daarna wel eens.

Jos Rietveld, bestuurder Accare en bestuurslid GGZ Nederland

Paul Willems, bestuurder de Bascule en voorzitter van het Platform Jeugd van GGZ Nederland

9 december 2009