

Vergaderjaar 2013–2014

33 684

Regels over de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen (Jeugdwet)

I **NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG** Ontvangen 31 januari 2014

De nadere memorie van antwoord heeft de commissie aanleiding gegeven tot het maken van een aantal opmerkingen en het stellen van een aantal vragen. In deze nota naar aanleiding van het verslag worden zij beantwoord in de volgorde van het verslag.

Inleiding

De leden van de PvdA-fractie hebben nog enkele nadere vragen aan de regering. De leden van de fracties van de VVD, SP, D66, GroenLinks en ChristenUnie sluiten zich bij deze vragen aan.

De leden van de SP-fractie wijzen op de door hen in het nader voorlopig verslag gestelde vragen die raken aan de onderstaande vragen van de PvdA-fractie en die naar het oordeel van de leden van SP-fractie in de nadere memorie van antwoord niet uitvoerig en niet adequaat gemotiveerd zijn beantwoord.

Vragen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie stellen dat de regering in de nadere memorie van antwoord helder de problematiek heeft geschetst die zij met dit wetsvoorstel en de daarin voorgestelde volledige overheveling van de jeugd-ggz wil oplossen. Erkend wordt door de regering dat met die overheveling nieuwe schotten ontstaan, zoals die tussen jeugd-ggz en volwassenen-ggz, waar vervolgens weer oplossingen voor moeten worden gevonden. In antwoord op vragen van de leden van de GroenLinks-fractie stelt de regering dat het percentage overlap van cliënten die naast jeugd-ggz ook een andere vorm van jeugdhulp ontvangen, in totaal 30% is. Dit betekent dat, uitgaande van het door de regering genoemde percentage, er bij 70% van de cliënten in de jeugd-ggz niet sprake is van een dergelijke overlap. In de thans voorgestelde overheveling van de jeugd-ggz worden de gemeenten echter ook verantwoordelijk voor de zorg aan dergelijke jeugdigen. De leden van de PvdA-fractie vragen de regering of het probleem dat de regering met de voorgestelde volledige overheveling van de jeugd-ggz wil oplossen ook

op andere wijze zou kunnen worden aangepakt. Zo zouden deze leden graag – uitvoerig en adequaat gemotiveerd – willen horen wat het oordeel is van de regering over de alternatieve overhevelingsvariant uit het rapport «Gemeenten aan zet. Twee wegen naar ggz voor zorggezinnen», namelijk variant B. waarin de gemeenten zeggenschap krijgen over (meesturen via de zorgverzekeraars op) de inzet van ggz. Deze leden vragen de regering wat zij vindt van de conclusie van het rapport dat ook variant B. voldoende basis zou bieden om de geschetste problematiek op een goede en verantwoorde manier op te lossen («Twee wegen leiden naar Rome», aldus het rapport). Tot slot vragen deze leden of de regering binnen de systematiek van het wetsvoorstel mogelijke ruimte ziet om – de geest van – voornoemde variant B. binnen het wetsvoorstel wetstechnisch te positioneren. De leden van de fracties van de VVD, SP, D66, GroenLinks en ChristenUnie sluiten zich bij deze vragen aan.

De parlementaire werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg (mei 2010) heeft geadviseerd 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 jeugdhulp in de buurt en geïntegreerd te kunnen aanbieden en om gezinnen te behoeden voor vele langs elkaar heen werkende hulpverleners. In het Regeerakkoord Rutte-I van september 2010 is het uitdrukkelijke advies om ook de jeugd-ggz mee te nemen in de decentralisatie overgenomen.

In de uitwerking van de plannen is de heer Van Gastel van ABD-topconsultants in 2012 door de toenmalig Staatssecretaris van VWS gevraagd om «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». De heer Van Gastel heeft geconstateerd dat gemeenten moeten kunnen sturen op integrale hulp aan zorggezinnen, inclusief jeugd-ggz. Daarbij heeft hij ook geconcludeerd dat jeugd-ggz een onderdeel van de gezondheidszorg moet blijven en dat het stelsel zodanig zou moeten werken, dat er geen afwenteling plaatsvindt, geen dubbele aanspraken zijn en dat het doelmatigheid en doeltreffendheid stimuleert. Om dit te bereiken schetst de heer Van Gastel twee mogelijke wegen:

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

In deze variant worden de verantwoordelijkheden en financiën voor de jeugd-ggz in zijn geheel overgeheveld naar gemeenten. De gemeenten hebben daarmee de mogelijkheid om tot integrale toegang, diagnose en zorgaanbod te komen als het gaat om begeleiding, jeugdgezondheidszorg, jeugd-ggz, jeugdzorg en zorg in verband met een verstandelijke beperking. 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.

2. *Gemeenten ontvangen zeggenschap over de inzet van ggz*

In deze variant blijft de jeugd-ggz in de Zvw en de AWBZ en wordt daarnaast een pakket (wettelijke) maatregelen getroffen om gemeenten in staat te stellen hun verantwoordelijkheid te nemen voor integrale jeugdhulp, inclusief jeugd-ggz. Dat betekent dat de gemeente instrumenten krijgt om waar nodig ggz in te roepen voor een jeugdige of ouder. Verzekeraars en gemeenten worden 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 anders als het gaat om de jeugd-ggz.

De heer Van Gastel heeft zijn rapport «Gemeenten aan zet» in oktober 2012 opgeleverd. Dit is vervolgens door de toenmalig Staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer aangeboden.¹

In zijn rapport geeft de heer Van Gastel zelf aan dat de eerste variant (de gemeenten volledig aan het stuur) de gemeenten de beste mogelijkheden biedt om te sturen op integrale zorg aan gezinnen. Wel benoemt hij dat er hiervoor een aantal zaken op wettelijk niveau moeten worden geregeld en gemeenten zullen om hun verantwoordelijkheid waar te maken behoorlijk moeten «investeren» in een (landelijke) structuur. Ten aanzien van de tweede variant merkt de heer Van Gastel op dat deze variant eenvoudiger te bereiken is doordat daarbij de jeugd-ggz in de Zvw en de AWBZ blijft. Wel leidt de tweede variant volgens de heer Van Gastel tot een situatie waarbij de gemeenten minder de vrije hand in de aansturing hebben. Daarnaast moeten de financieringssystemen in de ggz toegesneden worden op het bieden van integrale zorg en is de financiële prikkel voor de gemeenten aanzienlijk kleiner. Ook moet in de tweede variant geregeld worden dat de gemeenten gezamenlijk een landelijk programma van wensen opstellen ten behoeve van de inkoop door de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars dienen dit programma van wensen dan als uitgangspunt bij de inkoop te hanteren. Als de gemeenten en zorgverzekeraars het niet eens worden over de inhoud, zal overleg nodig zijn. Indien dit overleg niet tot overeenstemming leidt, suggereert de heer Van Gastel de NZa een rol te geven bij de geschillen.

Beide varianten overwegend, is de regering tot de conclusie gekomen dat de eerste variant het beste aansluit bij de doelen van de Jeugdwet. De variant vraagt om een stelselwijziging, maar is de meest effectieve manier om gemeenten te laten sturen op integrale zorg aan gezinnen. Dit wordt ook door de heer Van Gastel bevestigd. Door de ontschotting van budgetten ontstaan meer mogelijkheden voor betere samenwerking en innovaties in ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en gezinnen. Daarnaast ontstaat een financiële prikkel om te investeren in zelfmanagement en eigen kracht, preventieve ggz en lichtere vormen van zorg waar mogelijk. Aan deze beide zeer cruciale voorwaarden wordt in de tweede variant niet voldaan, terwijl ze noodzakelijk zijn voor het slagen van de gewenste transformatie van het gehele jeugdstelsel (inclusief de jeugd-ggz).

In de tweede variant is sprake van een ongelijkwaardige verantwoordelijkheidsverdeling van de jeugd-ggz tussen twee partijen. De verzekeraar blijft volledig financieel verantwoordelijk en moet samen met de gemeenten afspraken maken over de inzet bij de (preventieve) zorg voor jeugdigen en hun ouders, terwijl de gemeente slechts de verantwoordelijkheid krijgt om te verwijzen naar de ggz daar waar zij dit nodig achten. Dit systeem draagt de ongewenste financiële prikkel in zich dat degene die verwijst, niet zelf de kosten hiervan hoeft te dragen. Het kan dus gunstiger voor de gemeentelijke begroting zijn om jeugdigen door te verwijzen naar de jeugd-ggz, dan om zelf jeugdhulp te bieden. Gevolg daarvan is dat het niet loont om als gemeente in te zetten op preventie (daar waar mogelijk) of integrale zorg, omdat deze kosten zichzelf niet binnen de eigen begroting zullen terug verdienen. Dit vergroot de kans dat jeugdigen niet altijd de juiste, waar nodig integrale, zorg krijgen. Overigens is het ook onder de huidige Wet op de jeugdzorg voor Bureau Jeugdzorg mogelijk om te verwijzen naar de jeugd-ggz, en ook in de huidige situatie heeft dit

¹ Kamerstukken II 2012/13, 31 839, nr. 245.

blijkens de evaluatie van de Wet op de Jeugdzorg niet geleid tot de gewenste integratie tussen de jeugdzorg en de jeugd-ggz.

Er kleeft nog een negatief aspect aan deze tweede variant. De prikkel voor zorgverzekeraars om mee te gaan in het programma van wensen van de gemeenten is zeer beperkt en de gemeente staat daarmee altijd op achterstand. In een situatie waarin beide partijen niet met elkaar tot overeenstemming komen, is het de vraag hoe bijvoorbeeld de NZa de uiteenlopende belangen tegen elkaar kan afwegen om een uitspraak te doen in een dergelijk geschil

Kortom, in deze tweede variant zit een negatieve prikkel voor gemeenten omdat zij kunnen verwijzen naar jeugd-ggz zonder hiervoor zelf de kosten te hoeven dragen, is er voor gemeenten geen financiële prikkel om extra te investeren in preventie, vroeghulp en zelfhulp en wordt de werking van het stelsel juist complexer in plaats van eenvoudiger en doelmatiger.

Bovenstaande in overweging genomen, is de regering van mening dat de eerste variant de voorkeur verdient boven de tweede variant. De regering realiseert zich echter terdege dat de overheveling van de jeugd-ggz zeer zorgvuldig moet gebeuren, zodat de kwaliteit en continuïteit van zorg voor deze kinderen voorop blijft staan. Om deze variant goed uit te voeren is de regering met de heer Van Gastel van mening dat aan een aantal waarborgen moet worden voldaan. In het rapport van de heer Van Gastel worden de volgende aanbevelingen gedaan voor een verantwoorde decentralisatie van de jeugd-ggz naar gemeenten:

- 1) **Doorontwikkelen kwaliteit.** Gemeenten zijn hiervoor verantwoordelijk en moeten hier op landelijk niveau afspraken over maken. In het wetsvoorstel is aangegeven dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor een kwantitatief en kwalitatief toereikend aanbod. Daarom is het van belang dat gemeenten investeren in richtlijnontwikkeling, onderzoek en innovatie en hierover op landelijk niveau afspraken maken. De regering is hierover met de VNG in gesprek. Overigens heeft de beroepsgroep in het huidige stelsel en ook straks in het nieuwe stelsel zelf de verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van richtlijnen. De regering investeert via de academische component in de academische kennisinfrastructuur, en zal dit ook na de stelselwijziging blijven doen.
- 2) **Landelijke inkoop. Minimaal voor specialistische jeugd-ggz.** De VNG heeft een landelijk transitiearrangement opgesteld en daarin aangegeven met welke specialistische jeugdhulpaanbieders met een landelijke dekking een raamcontract gesloten wordt. De gemeenten sluiten op dit raamcontract aan als een jeugdige deze specialistische jeugdhulpvorm nodig heeft. In het landelijk transitiearrangement is ruimte gelaten voor uitbreiding, de VNG voert hierover nog gesprekken met specialistische jeugdhulpaanbieders. Uit de beoordeling van de regionale transitie arrangementen door de Transitiecommissie Jeugd (TSJ) is de aansluiting van aanbieders met bovenregionale schaal als één van de knelpunten naar boven gekomen. De VNG zal de komende drie maanden modelovereenkomsten opstellen voor specialistische functies met bovenregionale schaal die niet in de landelijke afspraken voorkomen en spreekt met (koepels van) instellingen en met gemeenten over de verdere uitwerking daarvan. In artikel 2.14, tweede lid, van het wetsvoorstel is een grondslag opgenomen om bij algemene maatregel van bestuur nadere regels te stellen over landelijk opdrachtgeverschap van het jeugdhulpaanbod (niet per se alleen voor jeugd-ggz, maar voor alle jeugdhulp). Op dit moment ziet de regering geen aanleiding om eventuele nadere regels te stellen.

- 3) **Medisch specialist. Rechtstreeks doorverwijzen naar jeugd-ggz.** In het wetsvoorstel is aangegeven dat de huisarts, medisch specialist en jeugdarts niet alleen naar jeugd-ggz mogen doorverwijzen, maar naar alle vormen van jeugdhulp. Uitgangspunt is dat een jeugdige zo snel mogelijk de juiste (integrale) zorg krijgt. Om de regierol van de gemeenten in het stelsel te kunnen borgen worden gemeenten, zorgverzekeraars en de betrokken professionals verplicht om onderling goede afspraken te maken over de invulling van deze verwijzingsmogelijkheid en de voorwaarden die hieraan kunnen worden gesteld.
- 4) Landelijke afspraken zorgverzekeraars en gemeenten over rol huisarts bij doorverwijzen naar jeugd-ggz en de doorstroom naar volwassen-ggz. De huisarts mag niet alleen naar jeugd-ggz doorverwijzen, maar naar alle vormen van jeugdhulp en gemeenten, huisartsen en zorgverzekeraars maken onderling afspraken over de randvoorwaarden waarbinnen en de wijze waarop de huisarts jeugdhulp kan inzetten. Daarnaast zijn de VNG en ZN momenteel samen in gesprek over het maken van afspraken over de gebieden waar de Jeugdwet en de Zorgverzekeringswet elkaar raken, de doorstroom naar volwassenen-ggz is een van de onderdelen daarvan.
- 5) Wetten van de gezondheidszorg blijven gelden voor de jeugd-ggz (onder andere Wet BIG, Wgbo, Wkcz, Wmcs, Kwzi en in de toekomst mogelijk de Wcz). De Wet BIG en de WGBO blijft van toepassing op de jeugd-ggz. Daarnaast is het kwaliteitsregime van de Jeugdwet gebaseerd op de genoemde wetten inzake de gezondheidszorg.
- 6) **De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) moet toezicht blijven houden op de jeugd-ggz.** De IGZ blijft toezicht houden op grond van de Wet bopz, de Kwzi en de Wet BIG en zal naast de IJZ en de IVenJ ook toezicht houden op de naleving van de Jeugdwet.

Gemeenten zullen op grond van de jeugdhulpplicht en de verplichting om te voorzien in een kwantitatief en kwalitatief toereikend aanbod wettelijk verplicht zijn om jeugd-ggz in te kopen. De gemeente moet zorgen voor een kwantitatief en kwalitatief voldoende aanbod van jeugdhulp dat passend is en tijdig beschikbaar is. Jeugd-ggz is daar onlosmakelijk een onderdeel van. De gemeente heeft de verantwoordelijkheid om een passend aanbod van jeugdhulp beschikbaar te stellen, waarnaar kan worden doorverwezen. Uitputting van het budget is geen reden om die zorg niet ter beschikking te stellen. Ook is het belangrijk dat een zachte landing plaatsvindt van de jeugd-ggz in het nieuwe stelsel. Gemeenten en zorgverzekeraars zijn met elkaar in gesprek om hierover zakelijke afspraken te maken. De regering heeft er vertrouwen in dat dit proces leidt tot goede afspraken en zal u voorafgaand aan het debat met uw Kamer informeren over de laatste stand van zaken.

De regering realiseert zich dat met de overheveling van de jeugd-ggz de gemeenten ook verantwoordelijk worden voor de jeugdigen die alleen jeugd-ggz ontvangen. Van de cliënten die jeugd-ggz krijgen, ontvangt 30% daarnaast ook een andere vorm van jeugdhulp. Van de cliënten die jeugdzorg krijgen, ontvangt 53% ook jeugd-ggz. Deze percentages laten de jeugdigen buiten beschouwing die de weg naar de jeugd-ggz vanuit de jeugdzorg of een andere vorm van jeugdhulp ten onrechte niet hebben gevonden en zijn dus in potentie groter. Zo is bekend dat niet-westerse migranten significant minder gebruik van jeugd-ggz maken dan autochtone gezinnen. Dit geldt ook voor gezinnen met laag opgeleide ouders, terwijl beide groepen wel vaker een beroep op provinciale jeugdzorg doen. Al deze jeugdigen hebben baat bij integrale toegang en behandeling.

De regering ziet het als haar verantwoordelijkheid ervoor te zorgen dat de jongeren waarbij op dit moment geen sprake is van overlap, geen hinder

ondervinden van de overheveling. Door het verankeren van de jeugdhulpplicht en het borgen van de verwijzing door de huisarts, medisch specialist en jeugdarts is voor deze jongeren de toegang tot en de levering van jeugd-ggz gegarandeerd. Het feit dat de gemeenten vanaf 2015 de financier van de zorg is, verandert dat niet.

Met betrekking tot de vraag of de regering binnen de systematiek van het wetsvoorstel mogelijke ruimte ziet om – de geest van – voornoemde variant B. binnen het wetsvoorstel wetstechnisch te positioneren, moet het volgende worden opgemerkt. Zoals hierboven uiteengezet is een belangrijk uitgangspunt en doel van de stelselherziening dat alle ondersteuning, hulp en zorg voor jeugdigen, inclusief de toegang en financiering, in één hand komen. Alleen dan kan integrale hulpverlening aan jeugdigen daadwerkelijk gerealiseerd worden. De systematiek en de vormgeving van het wetsvoorstel dragen hieraan bij. De uitgangspunten en doelen van de stelselherziening zijn dusdanig ingebed in de systematiek, de begrippen en artikelen van het wetsvoorstel dat het creëren van een uitzonderingspositie op welke manier dan ook voor één van de vormen van jeugdhulp, niet alleen de fundamenten van het wetsvoorstel zou ondergraven, maar tevens een herziening van het wetsvoorstel zou vragen met name op het vlak van de definities van het begrip jeugdhulp en een wijziging van de Zorgverzekeringswet. Binnen de systematiek en vormgeving van het huidige wetsvoorstel is een dergelijke splitsing van de verantwoordelijkheid voor de toegang en de verwijzing naar de jeugd-ggz aan de ene kant en de verantwoordelijkheid voor de financiering aan de andere kant, welke nu juist door de formuleringen in de wet in één hand worden gelegd, niet mogelijk. Het is dan ook naar de mening van de regering niet mogelijk om deze door de heer Van Gastel voorgestelde variant binnen de systematiek van het wetsvoorstel zoals het nu luidt te positioneren zonder ingrijpende wijziging van het wetsvoorstel.

Vragen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie vragen de regering alsnog uitvoerig in te gaan op onderstaande vragen uit het nader voorlopig verslag.

«De leden van de SP-fractie blijven moeite houden met de overheveling van de jeugd-GGZ naar gemeenten. De onderbouwing van de noodzaak hiervan is ook niet erg sterk. Gewezen wordt op de evaluatie van de Wet op de Jeugdzorg en de reactie van het kabinet en de toenmalige Minister voor Jeugd en Gezin, de heer A. Rouvoet, daarop. Lezing van die stukken levert juist op dat de overheveling van deze medisch specialistische zorg niet gewenst is. Wel wordt gewezen op het gebrek aan integratie van deze zorg met jeugdhulp en het gebrek aan kennis bij de centra voor Jeugd en Gezin. Waar en waarom is toch gekozen voor de overheveling van de hele jeugd-GGZ met alle gevolgen en problemen van dien? Voor het gesignaleerde probleem zouden toch ook heel andere en betere oplossingen bedacht hebben kunnen worden? Te denken valt bijvoorbeeld aan het bevorderen van samenwerking in plaats van integratie.

Toegelicht wordt dat «juist bij psychische problematiek in combinatie met gedragsproblemen een integraal behandeltraject van groot belang is». Dit duidt op een groot onbegrip bij de bewindslieden over waar de jeugdpsychiatrie zich mee bezig houdt. Psychisch is wat anders dan psychiatrisch. Hoe groot is de groep waarvoor het integrale behandeltraject van belang is? En hoe is de verhouding tot alle overige ziektebeelden waar kinderpsychiatrie zich mee bezig houdt? (In de memorie van antwoord wordt een percentage van 3 à 4% genoemd als het om multi-probleemgezinnen gaat.)»

Het doel van de Jeugdwet is dat jeugdigen die zorg nodig hebben sneller passende, en waar nodig integrale, hulp op maat krijgen. Door alle jeugdhulp, waaronder de jeugd-ggz, onder verantwoordelijkheid van één overheidslaag te laten vallen, krijgen de gemeenten meer regiemogelijkheden voor vroegtijdige, integrale en effectievere hulp aan gezinnen. Doordat zij ook de budgettaire verantwoordelijkheid hebben, ontstaat een financiële prikkel om te investeren in zelfmanagement en eigen kracht, preventieve ggz en lichte vormen van zorg. Jeugd-ggz maakt een onmisbaar onderdeel uit van de decentralisatie, evenals jeugdgezondheidszorg, begeleiding, jeugdzorg, zorg in verband met een verstandelijke beperking en de uitvoering van kindbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering.

Het gebrek aan verbinding tussen ggz en jeugdzorg is al sinds medio jaren '70 als knelpunt gesignaleerd. Uit een studie van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) naar de geestelijke gezondheid van adolescenten uit april 2005 bleek dat die situatie nog niet veranderd was. De studie concludeerde namelijk dat veel kinderen met psychische stoornissen niet met enige vorm van zorg in aanraking komen, ook niet als daar reden voor zou zijn. Een deel daarvan zal later in het justitiële circuit opduiken, vooral de kinderen met ernstige gedragsproblemen. Daarnaast bleek uit vergelijkingen tussen de cliëntenpopulaties van jeugdhulpverlening en jeugd-ggz dat de problematiek van beide sectoren grote overlap vertoont. Een andere belangrijke conclusie van de WRR was dat sprake is van een sterke oververtegenwoordiging van allochtone jongeren in de verschillende vormen van jeugdhulpverlening, terwijl er sprake is van een sterke ondervertegenwoordiging van allochtone jeugd binnen de jeugd-GGZ.

De leden van de SP-fractie vragen waarom niet is gekozen voor investeren in samenwerking in plaats van integratie. Van deze route is echter al gebleken dat deze niet effectief is. Oproepen tot betere samenwerking en interventies daartoe hebben de knelpunten tot nu toe nooit opgelost. Ook is het partijen niet gelukt de jeugd-ggz meer naar de voorkant van het traject te brengen en geïntegreerde diagnostiek in bureau jeugdzorg op te zetten. Hierdoor treedt verkoking van zorg op en wordt te laat effectief ingegrepen.

Dit bleek ook uit de evaluatie van de Wet op de Jeugdzorg (2009) en het rapport van de parlementaire werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg (2010):

- De gewenste integratie van jeugdzorg en jeugd-ggz is niet van de grond gekomen. Integrale hulp is nodig omdat gedragsproblemen en psychische problemen vaak samengaan. Uit de evaluatie bleek dat cliënten jeugdzorg en jeugd-ggz als gescheiden werelden ervaren. En meer dan de helft van Bureaus Jeugdzorg beoordeelde de samenwerking met de jeugd-ggz als redelijk tot slecht.
- Multiprobleemgezinnen en allochtone gezinnen weten de weg naar de jeugd-ggz niet of veel te laat te vinden. GGZ wordt naar verhouding veel vaker geboden aan goed opgeleide (autochtone) gezinnen en minder aan (allochtone) gezinnen met een laag inkomen. Dit leidt zowel tot overbehandeling als onderbehandeling.

Aangezien ook de Wet op de jeugdzorg, ondanks het feit dat die het voor Bureaus Jeugdzorg mogelijk maakt om niet alleen te verwijzen naar de jeugdzorg maar ook naar de jeugd-ggz, niet tot de gewenste samenwerking en integratie heeft geleid, adviseerde de parlementaire werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg in 2010 ook de jeugd-ggz mee te nemen in de decentralisatie. Die lijn is bestendigd in alle Regeerakkoorden – van verschillende politieke samenstelling – na 2010.

De leden van de SP-fractie vragen hoe groot de groep is waarvoor het integrale behandeltraject van belang is en verwijzen daarbij naar een percentage van 3–4% multiprobleemgezinnen.

Het is van belang om op te merken dat integratie van de behandeltrajecten niet alleen voor multiprobleemgezinnen van belang is, want er is sprake van grote overlap tussen de problematiek in de jeugdzorg en jeugd-ggz. Meer dan de helft van de jeugdzorgcliënten (53%) wordt ook behandeld door de jeugd-ggz en bijna een derde van de jeugd-ggz-clieënten (30%) krijgt ook jeugdzorg of zorg bij een verstandelijke beperking, zo blijkt uit het rapport «Terecht in de Jeugdzorg» van het Sociaal Cultureel Planbureau uit 2013. Deze cijfers laten de jeugdigen buiten beschouwing die de weg naar de jeugd-ggz vanuit de jeugdzorg of een andere vorm van jeugdhulp ten onrechte niet hebben gevonden. Zo is bekend dat niet-westerse migranten significant minder gebruik van jeugd-ggz maken dan autochtone gezinnen. Dit geldt ook voor gezinnen met laag opgeleide ouders, terwijl beide groepen wel vaker een beroep op provinciale jeugdzorg doen. Al deze jeugdigen hebben baat bij zowel een integrale toegang als een integrale behandeling.

De leden van de SP-fractie wijzen tot slot op het verschil tussen psychische en psychiatrische aandoeningen. Met het begrip «psychische problemen en stoornissen» is evenals in het wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg² aansluiting gezocht bij de classificatie van het zogeheten Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), het handboek dat onder verantwoordelijkheid van de American Psychiatric Association tot stand is gekomen. Dit handboek biedt een praktische leidraad voor hulpverleners die te maken hebben met psychische problematiek en wordt algemeen gezien als een standaardwerk. Het bevat onder meer een beschrijvende lijst van psychische stoornissen zoals ADHD, autisme, depressie, eetstoornis, neurose, psychose, obsessieve-compulsieve stoornis, schizofrenie, persoonlijkheidsstoornis en van verstandelijke beperkingen zoals zwakbegaafdheid en zwakzinnigheid, enzovoorts. Ook dyslexie valt in dit licht onder het begrip psychische stoornis en derhalve onder de verantwoordelijkheid van de gemeente. Ondersteuning op het gebied van dyslexie kan echter mede plaatsvinden door hulp en aanpassingen in het onderwijs. Samenwerking met scholen op dit onderwerp is dan ook van groot belang. Het onderscheid dat oorspronkelijk bestond tussen *psychiatrische* problematiek zoals psychotische aandoeningen en andere psychische problematiek is in de loop van de tijd vervaagd. Zo wordt een verslaving tegenwoordig als een ziekte aangemerkt en worden voor persoonlijkheidsstoornissen steeds vaker geneeskundige verklaringen gegeven. Ook psychosomatische problemen zijn problemen die kunnen voortvloeien uit psychische problemen en vallen daarmee onder dit begrip.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn

De Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie,
F. Teeven

² Kamerstukken II, 32 399.