

TER DISCUSSIE

Big Bang in de jeugdzorg

De jeugdzorg is een ondoordringbaar woud geworden. De plannen om alle zorg bij de gemeenten te leggen schieten echter het doel voorbij. Essentiële kinderrechten zijn niet gegarandeerd en de kinderspsychiatrie komt als medisch specialisme in het nauw. Door **Robert Vermeiren**

De organisatie van onze jeugdzorg is niet uit te leggen aan buitenlanders. Niet alleen omdat ons systeem zo ontegenwoordig complex is, maar ook omdat we het zelf niet begrijpen. Het is een wildgroei van zorgvormen, die ook nog eens regionaal verschillend zijn. Niet verwonderlijk dat een Vlaamse beleidsmedewerker van het ministerie van Welzijn, mevrouw Van den Bruel, onlangs verzuchtte dat ze, in de tien jaar dat ze Nederland volgt, steeds minder is gaan begrijpen hoe de jeugdzorg werkt.¹ Enigszins verrassend was dat ze tegelijk ook erg kritisch over de toekomst was. Ze zag weinig heil in de nieuwe Nederlandse plannen met de jeugdzorg: de transitie naar de gemeenten (zie kader). Ik kan haar geen ongelijk geven. De drijvende kracht achter die verandering is immers vooral ontevredenheid over het oude. Zoals verwoord door de VNG is het doel de 'druk op gespecialiseerde zorg te doen afnemen en de verkokerde manier van werken aan te pakken'.²

In zijn column 'Slimmer mislukken' verwoordde Pieter Hilhorst al dat politici vaak geneigd zijn de mythe in stand te houden dat hun plannen garantie bieden op succes. Hun motto is maar al te vaak 'Mislukkingen uit het verleden zijn een garantie voor succes in de toekomst'.³ Ontegensprekelijk

ook van toepassing op de overheveling van de jeugdzorg.

De overheid heeft het gehad met de jeugdzorg en koos er daarom voor het hele stelsel over de schutting te gooien. Alle thans landelijk en provinciaal georganiseerde zorgvormen moeten vanaf 2015 op gemeentelijk niveau bestuurd worden. De aanleiding voor de stelselwijziging was aanvankelijk vooral organisatorisch: men wilde de versnipperde financiering aanpakken. Daar is zeker wat voor te zeggen. Bijna elke doelgroep (verslavingszorg, LVB, kinder- en jeugdpsychiatrie, Bureau Jeugdzorg, Centra jeugd en gezin, reclassering) kent zijn eigen financieringsbron.

Pedagogische civil society

In de eerste voorbereidende beleidsstukken van de overheid ontbrak elke inhoudelijke visie. Men ging er aldus van uit dat het regelen van financiering vanuit één bron, op niveau van de gemeente, voldoende was om de oplossing te brengen. Omdat daar kritiek op was, werd in de voortgangsbrief van 27 april 2012 de term transformatie toegevoegd aan het jargon.⁴ Voor de inhoudelijke onderbouwing

Stelselwijziging jeugdzorg

Het plan van de overheid is om alle zorg voor jeugd te decentraliseren c.q. over te hevelen naar de gemeenten. Dit wordt ook wel de 'transitie' genoemd. De contouren zijn beschreven in enkele voortgangsbrieven van het ministerie, de laatste is van april 2012.⁴ Zowel lichte opvoedondersteuning als academische kinderpsychiatrie zouden volgens deze plannen onder de verantwoordelijkheid van de gemeente komen te vallen. Een onderdeel is dus ook de overheveling van de kinder- en jeugdpsychiatrie van de Zorgverzekeringswet naar gemeenten.

In augustus jl. is het juridische kader, de nieuwe concept Jeugdwet, ter consultatie aan het veld aangeboden.⁵ Er zijn maar liefst honderd reacties gekomen, zowel van gemeenten als patiëntenvertegenwoordigers en branche- en beroepsverenigingen (zie voor een overzicht www.vng.nl 'reacties concept jeugdwet'). De strekking is erg uiteenlopend. Gemeenten pleiten voor grotere beleidsvrijheid, de belangengroepen voor meer kaders. Vanuit deze laatste groepen zijn zorgen geuit over onder meer de rechtspositie van jeugdigen en ouders, de beschikbaarheid van gespe-

cialiseerde jeugd-ggz, de kwaliteit van zorg en het toezicht daarop. Men vreest voor rechtsongelijkheid, met name voor verschillen in aangeboden zorg en de kwaliteit ervan in verschillende gemeenten.

Sommige gemeenten daarentegen eisen meer beleidsvrijheid, en betwijfelen of ze de decentralisatie wel zouden willen als die er niet komt. Te strakke voorwaarden voor kwaliteit zouden hen immers verplichten om uitgaven te doen. Ook het feit dat ze onvoldoende sturing hebben op de instroom naar specialistische zorg verontrust hen. Er ontstaat dan immers een situatie van open einde-financiering, waardoor zeker kleinere gemeenten een financieel risico lopen. Het regeerakkoord houdt vast aan een volledige decentralisatie vanaf 2015. Hoe het traject er daarna uitziet, is echter hoogst onduidelijk. Er worden in het akkoord slechts enkele algemene principes genoemd, zoals het werken volgens het concept van één gezin-één plan-één regisseur. Er wordt gesteld dat de Jeugdwet gemeentelijke beleidsvrijheid zal waarborgen, terwijl tegelijkertijd elementaire kwaliteitswaarborgen voor de cliënten verankerd blijven.

van de transitie, voortaan transformatie genoemd, verwijst de overheid naar het rapport van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.⁶ Daarin wordt een lans gebroken voor een sociaal-pedagogisch beleid. Opvoedondersteuning en buurtzorg zullen de oplossing brengen. Wat medisch en specialistisch is, is ongewenst en moet worden bestreden. Er moet gedemedicaliseerd, ontzorgd en genormaliseerd worden. Ook hier weer gaat men er overwegend van uit dat simpelweg het weg nemen van vermeende organisatiefouten uit het verleden het succes van de toekomst garandeert.

Het RMO-rapport bevat zeker ook vele goede elementen. Zo wil men de nadruk op eerstelijnszorg versterken. Ook de invoering van de 'gezinscoach', een pedagogische gezinsondersteuner, is een goede zaak. Men kan deze beschouwen als een wijkverpleegkundige voor het gezin. Doel is laagdre-

kelig lichte zorg beschikbaar te maken en er op die manier voor te zorgen dat zwaardere zorg niet nodig is.

Het halve verhaal

Het grote manco van het RMO-rapport is dat het incompleet is. Het biedt geen handvatten voor specialistische zorg; het zwakzinnige kind met autisme wiens ouders ook psychiatrische problemen hebben, of het kind met een hersentumor dat een delier (toestand van ernstige verwardheid) ontwikkelt, of de adolescent met anorexia nervosa die met sondevoeding in leven wordt gehouden, zij hebben allen een ernstig medisch-psychiatrisch beeld dat behandeling noodzaakt. Bovendien is er niet de minste evidentie dat preventie, hoe goed

georganiseerd ook, ervoor kan zorgen dat deze beelden niet optreden dan wel opgelost kunnen worden. De sociaal-pedagogische visie lijkt het bestaan van deze groep te ontkennen.

De RMO gaat uit van het principe dat kwetsbaarheid weliswaar lastig kan zijn, maar tot het dagelijkse leven behoort. Naar hun oordeel wordt er een te groot beroep gedaan op zware hulp. Dat moet worden teruggedrongen. Meer nog, er wordt zelfs gesteld dat gespecialiseerde hulp schadelijk is. Gezinnen die er een beroep op doen raken er namelijk afhankelijk van. Bovendien zou het ze apart plaatsen van gezinnen zonder noemenswaardige opvoedproblemen. Men gelooft aldus dat pedagogisch ingrijpen zo goed als de totaaloplossing biedt.

De RMO ziet doorverwijzing naar zwaardere specialistische hulp desondanks wel als een van de taken van de gezinscoach. Er wordt echter nergens

Nieuw stelsel schendt internationale rechten van het kind

beschreven hoe deze problemen accuraat kunnen worden herkend. Men gaat ervan uit dat de gezinscoach een 'neus' heeft voor problemen. Andere middelen om doorverwijzing te ondersteunen worden verder geheel buiten beschouwing gelaten. Sterker nog, diagnostiek aan de hand van gestandaardiseerde instrumenten wordt stevig bekritiseerd. Hoe de gezinscoach uiteindelijk zal samenwerken met andere hulpverleners blijft eveneens onbesproken.

Nogal wat lacunes dus. Temeer daar de ervaring met Bureau Jeugdzorg leert dat deze aspecten essentieel zijn. Bureau Jeugdzorg is destijds onder meer opgezet om toeleiding tot zorg te stroomlijnen. Dat is niet gelukt, omdat professionals van het Bureau onvoldoende toegerust waren voor deze rol. De geschiedenis lijkt zich te herhalen.

Omdat een visie op gespecialiseerde zorg ontbreekt, is ook de door het Nederlands Jeugdinstuut voorgestelde tienpuntenaanpak ontoereikend.^{7,8} Vroeghulp, kind centraal, eigen kracht,

stuk voor stuk zijn het belangrijke elementen die meer aandacht verdienen. Voor kinderen met psychiatrische stoornissen zijn ze ontoereikend. Daarom is het onbegrijpelijk dat visieteksten en beleidsplannen van de gemeenten en hun koepelorganisatie (VNG) deze groep blijven negeren. Ook de concept Jeugdwet en het recente regeerakkoord volstaan dus niet voor hulp aan ernstig psychiatrisch zieke kinderen.

Rechtsongelijkheid, privacy en nieuwe schotten

Oproepen door partijen zoals de Kinderombudsman (www.kinderombudsman.nl), Defence for Children (www.defenceforchildren.nl) en het Landelijk Platform GGZ (www.lpggz.nl) om aandacht te besteden aan de rechten en noden van kwetsbare kinderen, worden om onbegrijpelijke redenen genegeerd. De geuite zorgen zijn niet min, want betreffen de kwaliteit en de veiligheid van de hulpverlening, en de rechtspositie van kinderen in het nieuwe stelsel. Er dreigt rechtsongelijkheid. De zorg voor een kind dreigt te gaan afhangen van de gemeente waar het woont. Na de presentatie van het rapport Samson over misbruik in de jeugdzorg heeft de Kinderombudsman opgeroepen een pas op de plaats te maken.⁹ Het onlangs afgesloten regeerakkoord, dat de volledige decentralisatie vanaf 2015 wil doorzetten, toont dat de overheid ongevoelig is voor deze zorgen.

In de onlangs gepubliceerde concept Jeugdwet komt het recht op zorg te vervallen. Dit wordt vervuld voor een (niet-afdwingbare) jeugdhulpplicht voor de gemeente. De gemeente is verplicht om een jeugdige zodanig te helpen dat het binnen de gegeven mogelijkheden veilig en gezond opgroeit. Dit is echter helemaal anders dan het recht op zorg zoals dat binnen de Zorgverzekeringswet geldt. Pas als er sprake is van een 'verleningsbeslissing' van de gemeente, kunnen hieraan rechten worden ontleend.

Het individuele recht op curatieve gezondheidszorg is echter vastgelegd in artikel 24 van het Internationale Verdrag ter Bescherming van de Rechten van het Kind. Het recht op zorg houdt onder meer toegankelijkheid van de gezondheidszorg in. Het is zeer de vraag of Nederland in het nieuwe stelsel nog gaat voldoen aan essentiële internationale

bepalingen met betrekking tot rechten van het kind.

Privacyaspecten zijn tevens een belangrijk onderdeel onderwerp in de concept Jeugdwet. Voor een medisch specialisme zoals de (kinder- en jeugd)psychiatrie is privacy goed afgedekt. De WGBO omschrijft wat het beroepsgeheim inhoudt en welke gegevens op welke wijze gedeeld mogen worden. Vooral de afbakening van wat gedeeld mag worden in het kader van administratieve handelingen is belangrijk. Het is niet duidelijk of dit na een eventuele transitie gehandhaafd zal gaan worden. Dat zou dus kunnen betekenen dat gemeenten privacygevoelige informatie kunnen opeisen.

Een van de kernbegrippen in de transitie is ont-schotting. De zorg is thans te versnipperd; vanuit vele bronnen kan voor dezelfde jongere betoelag-ing gevraagd worden. Door de financiering van alle 'zorg voor jeugd' samen te brengen zal niet enkel de organisatie overzichtelijker worden, maar zal ook de jongere zelf er voordeel uit halen. Men is echter blind voor de nieuwe schotten. De samenwerking met andere medische disciplines, zoals de huisartsgeneeskunde, de kindergeneeskunde en uiteraard de volwassenenpsychiatrie, dreigt ernstig belemmerd te worden. Bovendien zal blijvend sprake zijn van financiering uit meerdere bronnen.

Het Deense model

Omdat althans een deel van de voorstanders van de transitie wel degelijk ziet dat de huidige plannen incompleet zijn, is men ook in het buitenland gaan zoeken naar voorbeelden. Zo is men op het spoor gekomen van het Deense model, dat lijkt te bieden wat men voor Nederland in gedachten had.¹⁰ De jeugdzorg is daar immers voor het grootste deel georganiseerd op het niveau van de 98 gemeenten. En net zoals men hier wil, ligt er een sterke nadruk op preventie en vroeginterventie.

Of dit Deense model de oplossing brengt, is echter allesbehalve zeker. In andere landen zoals Finland zijn de ervaringen met decentralisatie namelijk veel minder gunstig. Daar komt men er nu namelijk op terug. Op het NJI-congres van juli 2012 stelde de Finse spreker duidelijk dat vooral kleine Finse gemeenten niet in staat bleken voldoende expertise op te bouwen.¹¹ Ook financieel ontstonden

er problemen. Doordat de middelen niet geoormerkt waren door de centrale overheid, werden ze vaak anders besteed.

Wat zijn nu de redenen waarom het in Denemarken wel lijkt te gaan lukken? Ten eerste is er in Denemarken niet een decentralisatie doorgevoerd van de jeugdzorg alleen.¹² In het kader van een algehele reorganisatie van sociale en medische zorg zijn gemeenten en regio's aangepakt. Van 265 gemeenten is men naar 98 gegaan, en van 12 regio's naar 5.

Ten tweede zijn duidelijke kaders gesteld. Zo wordt op niveau van de gemeente nog onderscheid gemaakt tussen *universal* (generieke, meer preventiegerichte zorg) en *targeted care* (op specifieke aandoeningen gerichte zorg op gemeentelijk niveau). Ten derde is er geen sprake van een volledige transitie. Specialistische kinder- en jeugdpsychiatrische zorg blijft een regionale aangelegen-

Er wordt zelfs gesteld dat gespecialiseerde hulp schadelijk is

heid, grotendeels (voor 80%) rechtsreeks betaald door de overheid.¹² En tot slot, niet onbelangrijk: er is geïnvesteerd in de verandering en men heeft tijd genomen. De eerste jaren heeft de transitie dus geld gekost.

Misschien wel het belangrijkste verschil is dat de Deense zorg (ook de geneeskundige) fundamenteel anders is georganiseerd. Net zoals hier vroeger, ligt de regie bij de overheid zelf. Zorg wordt gesubsidieerd en niet marktgericht georganiseerd. Het is geen 'business', waardoor er geen sprake is van nieuwe aanbieders die de concurrentie aangaan met bestaande instellingen.

Big bang

In tegenstelling tot Denemarken, waar werd uitgegaan van een duidelijk plan en waar een geleidelijke 'transitie' is doorgevoerd, kiest Nederland voor een *big bang*. Zo snel mogelijk wil men een

verandering in één klap. Doorpakken, is het devies van het VNG. Hoe het pad loopt, lijkt van secundair belang. 'We zijn een brug aan het bouwen terwijl we er al overheen lopen', zo betitelde wethouder Pennarts van Utrecht haar visie op de transitie. Gebrek aan planning wordt door sommigen tot doel verheven.

Dat beleidsmakers geloven dat het simpel is, valt ze niet helemaal te verwijten. Ze worden immers overladen door verhalen zoals die van de RMO.⁶ Maar ook van het NJI, dat met een web-based 'Transformatie test' de indruk geeft dat dit hele proces in enkele eenvoudige principes te vangen is.⁷ Ook de talloze advies- en consultancybureaus dragen hun steentje bij. Ook zij schitteren in oneliners, gepresenteerd in mooi ogende folders, en niet te vergeten filmpjes (zie bijv. de jeugdcloud 3.0 van bureau Alares). Niet gehinderd door kennis van zaken, weten ze op een aantrekkelijke wijze te verwoorden hoe ze denken de jeugdzorg op de rails te krijgen.

Enkel kansen?

Het lijkt bijna obliagaat in kansen te denken. Als-waar-maar-veranderen-dan-komt-het-goed, is bijna het enige wat men wil horen. Wie anders roept, is verkleefd met de gevestigde waarden. Dat 'oude', waar

Verandering in de jeugdzorg gaat ten koste van recht op zorg

men nu zo snel mogelijk van af wil.

Dat er naast ontegensprekelijke kansen ook serieuze bedreigingen zijn, blijkt duidelijk uit het rapport *Verantwoord over de drempel*.¹³ Het is een analyse van mogelijke risico's en vereiste beheersmaatregelen in het kader van de transitie. De erin opgesomde knelpunten zijn niet min. Het betreft onder andere zorg over discontinuïteit in de behandeling en overdracht van dossiers. Maar ook over de gevolgen voor bestaande instellingen en hun personeel. Het is immers waarschijnlijk dat instellingen het niet zullen redden, met alle gevol-

gen van dien. Ook voor de kinderen en gezinnen is dit niet zonder consequenties, daar expertiseverlies en discontinuïteit van zorg dreigt.

De reactie van het VNG over dit rapport was tekennend. Op zijn website meldde het VNG dat dit rapport een inventarisatie betreft. En verder dat de erin opgenomen 'risico's nogal verschillend in aard en omvang zijn en nog niet zijn onderzocht op kans, impact en realiteitszin'. Ook risico's dienen dus geëvalueerd te worden in het kader van het obligate kansdenken. Van enige urgentie was geen sprake. Er werden louter enkele vervolgonderzoeken voorgesteld, die eind 2012 afgerond zouden zijn.

Kosten moeten lager

Een van de uitgangspunten achter de transitie is dat het beroep op specialistische zorg de kosten op zou drijven. De cijfers tonen echter een ander beeld. Bij het NJI is terug te vinden dat de totale kosten van zorg voor jeugd €3 miljard bedragen. Niet weinig, doch niet de kostenpost die de landelijke begroting doet exploderen. En het aandeel van de specialistische ggz? Verre van disproportioneel. Volgens hetzelfde NJI is dat €600 miljoen van deze €3 miljard. Waarvan het overgrote deel ambulantlyn ingezet wordt. Het prijskaartje per geholpen kind is misschien wel nog het opmerkelijkst. Lager in de ggz dan in de als niet duur beschouwde jeugdhulpverlening en jeugdzorg. Hoezo dure specialisten?

Deze cijfers dateren bovendien van voor de bezuinigingen op de ggz van de voorbije jaren, intussen ruim 10%. De overheid is er echter dusdanig van overtuigd dat deze stelselwijziging tot bezuiniging leidt, dat een drastische bezuiniging al op voorhand wordt ingeboekt. De overheveling naar de gemeenten gaat namelijk gepaard met een budgetkorting van 15%, boven op eventuele bezuinigingen in 2013 en 2014. Voor de jeugdzorg, niet kinder- en jeugdpsychiatrie, in 2013 gepland 2,68%. In de wetenschap dat de uitgangspunten van de transitie zijn dat gespecialiseerde zorg moet verminderen, valt te verwachten dat de korting voor de kinder- en jeugdpsychiatrie na 2015 uiteindelijk fors meer dan 15% zal zijn. Tegelijkertijd innoveren, zelfs het vasthouden van expertise, is in een dergelijk scenario uitgesloten.

Dit terwijl de kinder- en jeugdpsychiatrie de voorbije jaren enorm geïnvesteerd heeft in vernieuwing. Door een samenwerking van instellingen is het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (www.kenniscentrum-kjp.nl) verder uitgebouwd. Het is thans de plek waar professionals op kunnen terugvallen voor best practices. In het kader van resultaatmeting is het Routine Outcome Monitoring Consortium Kinder- en Adolescentiepsychiatrie (www.romckap.org) opgericht, een samenwerkingsverband van maar liefst vijftien instellingen. Onlangs heeft dit consortium een middelgrote subsidie van ZonMW toegekend gekregen voor de uitbouw van ROM tot een volwaardige onderzoeksinfrastructuur. Of we dit allemaal in stand kunnen houden na de transitie, als de forse bezuinigingen daadwerkelijk ingaan, is hoogst onzeker.

Alternatief van ggz

De ggz-sector heeft een alternatief. Het bestuurlijk akkoord voor de toekomst van de ggz 2013-2014 voorziet in het onderscheiden van een basis-ggz dicht in de buurt, in nauw contact met huisarts en voor jeugdzorg Centra Jeugd en Gezin (CJG).¹⁶ Het heeft als doel om langer en meer in de eerste lijn te behandelen door lokaal samen te werken en ondersteuning te bieden. De specialistische zorg blijft centraal, om de samenwerking met de andere somatische velden te behouden, zoals de huisarts, de kinderarts en de volwassenenpsychiatrie. En door het centraal te houden blijft de kwaliteit van de specialistische zorg gegarandeerd, en ook de opleiding van kinderpsychiaters en -psychologen en het wetenschappelijke onderzoek.

Daarenboven is zojuist een rapport verschenen dat ingaat op de positie van de kinder- en jeugdpsychiatrie in het toekomstige stelsel.¹⁵ De conclusies zijn helder. Noch de concept Jeugdwet (dus een volledige overheveling), noch het niet overhevelen wordt als voldoende basis gezien om de problemen op te lossen. Nog voor de reacties op de concept

Jeugdwet volledig bekend waren, werd geconcludeerd: '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.' Behoud van de jeugd-ggz in de Zorgverzekeringswet wordt geadviseerd, met de mogelijkheid van de gemeenten om via de verzekeraars te sturen.

Conclusie: een tussenweg

Dat de jeugdzorg aan grondige verandering toe is, valt niet te ontkennen. De sector is versnipperd, zowel organisatorisch als financieel. De grootste consequentie is dat de zorg voor gezinnen en kinderen een doolhof is, waarin ze van het kastje naar de muur worden gestuurd en met een woud aan zorgverleners worden geconfronteerd. Die vervolgens bovendien onvoldoende samenwerken. Daarin moet worden gesnoeid.

Dat een radicale overheveling naar de gemeenten in een *big bang scenario* de oplossing brengt, is echter illusie. Daarmee schieten we enkel maar van het ene uiterste naar het andere. Met als resultaat dat er wellicht binnen de kortste keren een nieuwe stelselwijziging nodig is. Net als in Finland, zal een de-centralisatie volgen. Gezinnen en kinderen zijn hiervan de dupe. Er dreigt immers een uiterst onwenselijke situatie, in het bijzonder voor de kinderen die het echt nodig hebben. Essentiële rechten, zoals beschreven in het Internationaal Verdrag van de Rechten van het Kind, moeten bovendien voor deze groep gegarandeerd blijven.

Willen we de zorg stroomlijnen, willen we zorg echt dicht bij huis brengen en een degelijke balans vinden tussen lichte en zware zorg, dan is een tussenweg nodig. Om die te vinden moeten we tijd nemen en gedegen plannen maken. Een pas op de plaats voor de toekomst van onze kinderen.

Literatuur

- 1 Congres Nederlands Jeugd Instituut - NJI 14 september 2012
- 2 VNG. Geen kind buitenspel: Factsheet stelselwijziging jeugd. Den Haag: VNG; 2011.
- 3 Hilhorst P. Slimmer mislukken. De Volkskrant, 31 juli 2012.
- 4 Rijksoverheid. Voortgangsbrieff stelselwijziging jeugd 'Geen kind buitenspel'. Rijksoverheid 27 april 2012; [2www.overheid.nl](http://www.overheid.nl).
- 5 Ministerie voor Veiligheid en Justitie en Ministerie VWS. Hoofdlijnen concept jeugdwet, juli 2012.
- 6 RMO. Ontzorgen en normaliseren: Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke ontwikkeling; april 2012.
- 7 www.nji.nl
- 8 Yperen T van, Woudenberg A. Werk in uitvoering: bouwen aan een nieuw jeugdstelsel. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut; 2011.
- 9 www.kinderombudsman.nl
- 10 Nederlands Jeugdinstituut. Verslag studiebezoek Denemarken, transitie en transformatie van de jeugdzorg. 11-13 juni 2012.
- 11 Makela J. Symposium Nederlands jeugdinstituut. Strengthening Frontline Services for children and families: a Finish vision. 14 september 2012.
- 12 Ministry of Health and Prevention. Health care in Denmark. Kopenhagen 2008.
- 13 Werkgroep Overgangmaatregelen. Verantwoord over de drempel. Eindrapport van de Werkgroep Overgangmaatregelen ter bestrijding van de risico's van de transitie van de jeugdzorg. Den Haag: april 2012.
- 14 www.rijksoverheid.nl
- 15 Gastel MP van. Gemeenten aan zet. Twee wegen naar ggz voor zorggezin- nen. Den Haag: Rijksoverheid; 2012
16. <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/31/047.html>

Samenvatting

Bij de voorgenomen uitvoering van de concept Jeugdwet, de zogenoemde transitie, zal alle zorg worden overgenomen door de gemeenten. De auteur schetst de voorgenomen veranderingen en ziet naast mogelijkheden cruciale knelpunten, met name voor de gespecialiseerde hulp. Die valt nu nog onder de Zorgverzekeringswet, waar mensen aanspraak op kunnen maken. Ernstig zieke kinderen kunnen tussen wal en schip vallen en kostbare expertise raakt verloren. Een tussenweg, met onderscheid tussen lichte en zware zorg, is nodig.

Prof. dr. R. Vermeiren is hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie/directeur patiëntenzorg Curium-LUMC, Oegstgeest, en hoogleraar forensische kinder- en jeugdpsychiatrie VUmc, Amsterdam
r.r.j.m.vermeiren@curium.nl