

pen brief aan de Staatssecretaris

Geachte heer van Rijn,

De kinder- en jeugdpsychiatrie dreigt ten onder te gaan aan de transitie. Vernieuwen dreigt vernielen te worden. Uit een peiling van de NVvP onder de ongeveer 450 kinderpsychiaters in Nederland blijkt, dat er een massale afbraak plaatsvindt van behandelvoorzieningen, specialistische teams, therapieën, praktijken en bedden. Bovendien zal het tekort aan kinder- en jeugdpsychiaters verder oplopen, omdat de opleidingsplaatsen in de afgelopen paar jaar structureel onderbezet zijn.

Nu zou men nog kunnen verdedigen dat dit het gevolg is van een politieke keuze om 30% te bezuinigen. Maar bij iedere achteruitgang gaat een kwantitatieve vermindering op een gegeven moment over in een kwalitatieve verandering. En dat komt door de combinatie van bezuinigen met een organisatorische omwenteling die de 'Transformatie' wordt genoemd: In 2015 is de kinder- en jeugdpsychiatrie, als enig medisch specialisme, ondergebracht bij de gemeenten, samen met opvoedhulp en jeugdzorginstellingen. Iedere gemeente sluit, geheel naar eigen inzicht en behoefte, contracten af met aanbieders van kinder- en jeugdpsychiatrie. In 2018 zal de volgende fase plaatsvinden, die van de Transformatie. In deze fase zou het moeten komen tot een volledige verandering van het 'landschap van de jeugdhulp'.

Maar intussen is dit landschap al onherroepelijk en onbedoeld veranderd op een wijze die steeds minder terug te draaien is. Vrijwel alle betrokken (overkoepelende) organisaties luiden de noodklok: TAJ, AKJ, Kinderombudsman, GGZ-Nederland en de NVVP, om er slechts enkelen te noemen. Duidelijk is dat de transformatie op alle domeinen faalt: overal (wijkteams, Veilig Thuis, kinder- en jeugdpsychiatrie, Accomodaties voor Gesloten Jeugdzorg, Instellingen voor Verstandelijk Beperkten) lopen de wachtlijsten op, terwijl de behandel- en begeleidingsmogelijkheden afnemen. Het kind is de dupe, maar is, net als bewoners van de verpleeghuizen, onmondig.

De aanname die aan de transformatie ten grondslag ligt, namelijk de-medicaliseren en ontzorgen, is ook principieel onjuist. De gedachte dat men door wijkteams op te zetten kan voorkomen dat er psychiatrische stoornissen behandeld kunnen worden, is al even onzinnig als het overhevelen van geld voor de kindercardiologie naar voetbalclubs, in de veronderstelling dat zo minder kindercardiologische zorg nodig is.

We hebben te maken met gemeenten die niet kunnen overzien wat er komt kijken bij medisch-specialistisch werken. Zelfs bij het bestuur van de VNG weet men na 3 jaar nog niet wat het verschil is tussen een psychiater en een psycholoog. Het woord psychiatrie komt niet voor op de website van de VNG. Kunt u zich een goed bestuur van een operatieafdeling voorstellen, dat het verschil niet kent tussen een chirurg en een verpleegkundige?

Geachte Staatssecretaris, de afgelopen week heeft u de Kindertelefoon gered van de ondergang. Dat moest ook wel, want de wettelijke verplichting van de gemeente om een telefonische hulpdienst te bieden werd niet gehaald. De Kindertelefoon ging ten onder aan de 388 verschillende contracten van even zo vele gemeenten.

En wat voor de Kindertelefoon geldt, geldt ook voor de kinder- en jeugdpsychiatrie. Ook hier geldt de zorgplicht van gemeenten. Maar we zien dat er op steeds meer plaatsen in Nederland irreversibele lacunes ontstaan zijn in het aanbod. Op veel plaatsen is er gewoonweg geen kinderpsychiater meer beschikbaar.

En ook bij ons is de wijze van financiering de oorzaak: doordat wij met 388 gemeenten contracten moeten afsluiten, is er een onwaarschijnlijke hoeveelheid bureaucratie waardoor nu tenminste 25% van het budget en tijd opgaat aan administratie. We hebben nu drie jaar achtereen behandelend personeel moeten ontslaan, en administratieve krachten aangenomen.

En volgend jaar wordt het nog erger. Dan gaan de gemeenten namelijk over tot een nieuw bekostigingssysteem. Men laat de DBC's los, en gaat het wiel opnieuw uitvinden. Dit zal tot een verdere toename van administratieve lasten leiden. In 2015 zagen we al dat overgang van bekostiging (van zorgverzekeraar naar gemeenten) er bij de zuinige gemeenten toe geleid heeft, dat er uiteindelijk 1,3 miljard euro overbleef aan gelden voor jeugdzorg en WMO. Een extra korting dus bovenop de opgelegde 30%. En in 2018 zal hetzelfde gebeuren. En dan hebben we het nog niet eens over de absurde eisen die sommige gemeenten contractueel aan ons stellen. Zo kan de kinder- en jeugdpsychiater worden afgerekend op doelen, die een wijkteam stelt. Maar het wijkteam heeft geen kennis van psychiatrie, en stelt dus ook andere doelen (bijvoorbeeld: minder ruzie in een gezin). Wij behandelen kinderpsychiatrische stoornissen, en moeten daarop beoordeeld worden. Stel u voor dat de internist wordt getoetst op het doel 'gezonder zijn' terwijl hij diabetes behandelt.

De kinder- en jeugdpsychiatrie zal zonder ingrijpen 2018 niet overleven. Deze zal als een kaartenhuis in elkaar storten. De wachtlijsten lopen verder op, de werkdruk navenant, het tekort aan kinderpsychiaters neemt toe, de 7x24 uurs diensten worden niet meer gegarandeerd en kinderen met een BOPZ-maatregel (gedwongen opname) zullen geplaatst moeten worden op een afdeling voor volwassenen. Als er überhaupt nog een diagnose gesteld wordt, omdat er simpelweg geen kinder- en jeugdpsychiater meer is om die te stellen.

Als u de Kindertelefoon redt, redt dan ook de kinder- en jeugdpsychiatrie. Alleen een landelijke financiering kan het tij nog keren. Doe het, als de kinderen u lief zijn.

Hilmar Backer

René Zijlstra

Renee Arnold

Kinder- en jeugdpsychiaters