

VERTROUWENSRELATIE MET KINDERARTS KAN ABRUPT EINDIGEN

Overheveling jeugdzorg zal rampzalig uitpakken

De ingrepen van de overheid in de jeugdzorg zijn een slechte zaak. De beoogde kostenbesparing zal niet worden gehaald en de patiëntjes zijn de dupe.

De overheid heeft besloten om in een recordtempo de jeugdzorg naar de gemeenten over te hevelen. De organisatie en financiering daarvan zijn nog in volle gang. De hele operatie gaat te gehaast, is slecht in de steigers gezet en vormt een aanslag op verantwoorde jeugdzorg. Na onze open brief in augustus 2014 aan de vereniging voor kindergeneeskunde NVK, de KNMG en de VvAA over de vrije artskenkeuze kwam het ministerie van Volksgezondheid erachter dat circa 25.000 kinderen en adolescenten zorg in de psychosociale sector ontvangen van kinderartsen met als speciaal aandachtsgebied psychosociale zorg en ontwikkelingsstoornissen. In alle haast had men deze kinderen over het hoofd gezien. Eerdere brieven van andere collega's hadden overigens ook al aandacht gevraagd voor deze groep, maar tot dan toe tevergeefs. Zorgverzekeraars en het ministerie van VWS hebben nu een systeem bedacht, waarbij deze zorg door kinderartsen in 2015 toch gegeven kan worden, en de zorgoverdracht naar de gemeenten in

2016 mogelijk wordt. Financieel vindt de overdracht al plaats: de declaraties, die nu nog via de zorgverzekeraars lopen, worden over 2015 verrekend met de gemeenten. Onduidelijk is wat de kosten in de afgelopen jaren zijn geweest en wat deze gaan worden. Er treedt in ieder geval een verschuiving van kosten op naar de gemeenten, die hiermee overigens geen rekening hadden gehouden en daardoor al op voorhand willen bezuinigen, dus zonder te weten wat deze zorg behelst. De gemeentelijke financiële administraties en rekenkamers zijn hier slecht op voorbereid.

Vrije artskenkeuze

Naast de slordige financiële overdracht is de overheveling naar gemeenten een aanslag op de vrije artskenkeuze. Want, hoewel de Eerste Kamer die beperking onlangs juist heeft afgewezen, beperkt de Jeugdwet die nu ingevoerd wordt, deze vrije keuze in hoge mate. Veel kinderartsen behandelen kinderen en adolescenten die uit diverse gemeenten afkomstig zijn. De kinderarts is een zeer bewuste keuze van kinderen en

ouders geweest. Ouders willen om diverse redenen vaak niet naar de ggz. Er is nu sprake van jaarlijks terugkerende afhankelijkheid van het 'inkoopbeleid' van de verschillende gemeenten. Een beperking die volstrekt onaanvaardbaar is. Het kost onnodig veel tijd, energie en geld om nu met meerdere gemeenten te moeten onderhandelen over de mogelijkheid om deze kinderen nog te kunnen behandelen.

Daarbij mogen de gemeenten zelf bepalen welke vergoeding tegenover een behandeling staat. Dezelfde zorg in de ene gemeente mag dus anders vergoed worden dan in een naburige gemeente. Is dit acceptabel in Nederland? Is dit de zorg waarvoor de gemeenten moeten staan c.q. de zorg die de huidige politiek wil bieden? Kunnen de gemeenten wel aan hun zorgplicht voldoen? Veel van deze patiënten hebben vaak al geruime tijd zorgtrajecten in verband met ADHD en/of autisme met dikwijls ernstige comorbiditeit en hebben een belangrijke vertrouwensrelatie met hun kinderarts opgebouwd. Kan deze zomaar verbroken worden?

Veel comorbiditeit

De psychosociale diagnosegroep van het dbc-systeem waar onder andere ADHD en autismespectrumstoornissen onder vallen, is hoogcomplexere zorg met veel comorbiditeit. Naast psychologische evaluatie is ook de somatische problematiek



25.000 kinderen en adolescenten ontvangen zorg van kinderartsen met als speciaal aandachtsgebied psychosociale zorg en ontwikkelingsstoornissen.

zoals onderliggende facomatosen of stofwisselingsstoornissen, groei, ontwikkeling, voeding, sport, alsmede 'onverklaarbare' hoofdpijn, buikpijn, moeheid, algehele malaise, enuresis, encoprese, spierklachten, gewrichtsklachten, et cetera van belang; zaken die de aandacht van de kinderarts met deze expertise vragen. Ook is steeds professionele aandacht nodig voor de emotionele aspecten. Daarnaast geven sommige somatische

aspecten aanleiding tot leer- en ontwikkelingsstoornissen, die vaak in een

**Is dit de zorg die
de huidige politiek
wil bieden?**

vroege periode nog worden gemist. Over onderzoek en behandeling van deze stoornissen is bij de meeste gemeenten en hun medewerkers niet veel bekend. En toch zijn zij belast met de begeleiding van deze zorg! En wat te denken van de uitdrukkelijke geheimhoudingsplicht die artsen hebben? Het valt te betwijfelen of die evenzeer in goede handen is bij de diverse gemeentelijke instanties en betrokken medewerkers.

HET TOILETBRILCONSULT

Bij seksueel overdraagbare aandoeningen is vaak seks in het spel. Mijn patiënt met een secundaire syfilis blijft echter stevast ontkennen. Seks daar doet hij niet aan. Die syfilis *moet* dus wel van de toiletbril komen, aldus mijn patiënt, met volle overtuiging. Hij heeft zelfs een specifieke bril in gedachten. De bril in kwestie was 'echt een hele vieze'. Misschien staat de toiletbril symbool voor een persoon, misschien komt het door het cultuurverschil, misschien houdt hij me gewoon voor de gek. Ik kom er niet goed achter. Ik leg uit dat ik naar seks vraag omdat wij patiënten aanraden om hun partner in te lichten, zodat hij of zij zich ook kan laten testen en behandelen. Van mijn 'hij'-suggestie wordt de sfeer niet bepaald beter, en op de een of andere manier komt het gesprek toch steeds weer terug op die verdomde bril. Tja, een soa-test voor toiletbrillen, schoon of vies, is dan weer niet geïndiceerd. Dat lijkt ongeveer het enige punt waarover we het eens kunnen worden. Het verbaast me dan ook dat hij uiteindelijk akkoord gaat met de behandeling. *Choose your battles*, heb ik geleerd, dus ik rond de toiletbrildiscussie, enigszins teleurgesteld, af. Dit had beter gekund, dat is zeker. Op de gang blijft hij twijfelend staan. Hij heeft nog één vraagje, 'als het mag'. Bang dat hij toch niet behandeld wil worden, nodig ik hem uit om weer te gaan zitten. Maar deze vraag had ik niet zien aankomen. Of je ook syfilis kunt krijgen van orale seks met de toiletbril? Mijn antwoord verdient, net als de rest van dit consult, niet de schoonheidsprijs. 'Van orale seks kan dat zeker, ik zou de volgende keer een condoom gebruiken.'

Eva Vogel
aios interne geneeskunde

Onnatuurlijke scheiding

Met de opsplitsing van de somatische en psychosociale problematiek maakt de politiek nu een volstrekt kunstmatige scheiding in deze hoogcomplexiteit, in de verwachting dat dit kosten gaat besparen. Terwijl juist de holistische blik van de kinderarts en de integrale benadering van het zich nog ontwikkelende kind c.q. nog ontwikkelende brein cruciaal zijn. Deze onnatuurlijke en onpraktische scheiding zal eerder schade veroorzaken en daarmee juist hogere kosten, door onnodig bezoek aan specialisten die niet

kinderarts. Pubers/adolescenten tot hun 18de jaar vallen nu onder de Jeugdwet met een mogelijk vaste zorgverlener. Vanaf hun 18de jaar moeten ze voortaan onder de Zorgverzekeringswet vallen met andere begeleiders/behandelaars. Dit is erg onverstandig in een levensfase waarin deze patiëntengroep het meest kwetsbaar is en juist de continuïteit van zorg belangrijk is. Door het abrupt afbreken van een behandelrelatie zullen calamiteiten of terugval bij adolescenten te verwachten zijn, zoals deze zich ook al hebben voorgedaan.

Grote zorgen

Als kinderartsen die dagelijks de zorg voor deze kwetsbare groep kinderen verlenen, willen wij onze grote zorgen met kracht benadrukken in de hoop dat men met ons wil opkomen voor een goede en complete benadering van de zorg voor deze kinderen en adolescenten.

De overgang van jeugdzorg naar de 393 gemeenten is niet 'slechts' een financieel-administratieve overgang, maar veelal ook een gedwongen wijziging van de zorg door (kinder)arts of kinderpsychiater. Hiermee wordt een essentieel grondrecht geschonden.

De financiële pgb-overgang naar de Sociale Verzekeringsbank verloopt rampzalig. De gespecialiseerde ggz loopt inmiddels al vast met lange wachttijden en de vergoedingenreductie.

Een wijziging van beleid is dringend nodig. ■

Een wijziging van beleid is dringend nodig

de juiste expertise in deze zorg hebben en – zoals helaas al te vaak blijkt – onnodig onderzoek zullen doen.

Bovendien is het natuurlijk onmogelijk om voorafgaand aan een consult al te bepalen wat de diagnose voor een aangeboren probleem wordt: somatisch, zodat het onder de zorgverzekeraar valt, of psychisch, en dus een zaak van de gemeente. Er zal toch eerst professioneel onderzoek gedaan moeten worden door ter zake kundige kinderartsen of kinderpsychiaters alvorens een diagnose te stellen. Maar de vergoeding van de zorg moet vooraf worden ingekocht.

Leeftijdsknip

Ook de leeftijdsknip van 18+ jaar is zeer kunstmatig en dus ongewenst. Veel kinderen en adolescenten met ADHD of een autismespectrumstoornis zijn wat betreft hun sociaal-emotionele ontwikkeling vaak zeer veel jonger dan hun kalenderleeftijd. Deze jeugd van 18+ heeft wel degelijk nog begeleiding nodig van dezelfde vertrouwde zorgverlener c.q.

contact
leo.j.van.oudheusden@gmail.com
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web
Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.