

Antwoorden kamervragen over het rapport van de Algemene Rekenkamer "Kopzorgen. Zorg voor jeugdigen met een licht verstandelijke handicap en/of psychi(atr)sche problemen", Kamerstuk 31245-2.

1 Hoelang waren de wachtlijsten en wachttijden per 1 oktober 2007 voor de jeugd-LVG en de jeugd-GGZ?

Uit de laatste inventarisatie van het VOBC LVG (Landelijk Kenniscentrum LVG) blijkt dat er medio 2007 ca. 1200 jeugd-LVG cliënten op LVG-zorg wachtten. Het VOBC LVG heeft geen actueel, betrouwbaar overzicht van bijbehorende wachttijden kunnen samenstellen. In het voorjaar van 2008 worden de gegevens geactualiseerd door het CVZ in samenwerking met de sector. Daarbij zullen wel actuele gegevens over wachttijden, afgezet tegen de Treeknormen, beschikbaar komen.

Voor de jeugd-GGZ blijkt uit gegevens van 2007 dat op 1 januari 2007 het aantal kinderen en jongeren dat moet wachten bij GGZ-instellingen licht gedaald is van 18.900 op 1 januari 2006 naar 18.600 op 1 januari 2007 (Bron: rapport 'Wachtlijsten in GGZ-instellingen').

De gemiddelde wachttijden waren in jeugd-GGZ op 1 januari 2007 als volgt:

- Aanmeldingswachttijd (tijd tussen aanmelding bij de GGZ-aanbieder en het eerste gesprek met de hulpverlener): 6 weken
- Beoordelingwachttijd (tijd tussen eerste gesprek en de datum waarop de indicatie wordt gesteld): 6 weken
- Behandelingwachttijd (tijd tussen de indicatiestelling en het eerste behandelcontact): 5 weken

Nieuwe actuele wachtlijstcijfers over de jeugd-GGZ worden in het voorjaar van 2008 verwacht. Overigens heb ik met het oog op de wachtlijsten in de jeugd-LVG en jeugd-GGZ recent besloten € 13 miljoen voor elk van deze sectoren toe te kennen.

2 Hoe wordt op dit moment door de inkopers van zorg geanalyseerd aan wat voor soort zorgaanbod behoefte is en hoe die behoefte zich ontwikkelt?

De zorgkantoren (AWBZ) en de provincies (jeugdzorg) moeten, door adequate zorginkoop, ervoor zorgen dat de verzekerden cq. cliënten met een aanspraak op jeugdzorg op grond van de Wet op de jeugdzorg, een beroep kunnen doen op zorg waarop zij aanspraak hebben. Zorgkantoren en provincies stellen daartoe één maal per vier jaar een kader op dat een zorgvraagprognose bevat waarin aandacht wordt besteed aan de aansluiting van specifieke typen zorgvraag op specifieke typen zorgaanbod. In het jaarplan van het zorgkantoor staat het inkoop- en contracteerbeleid. Provincies geven jaarlijks in hun uitvoeringsprogramma aan welke activiteiten de jeugdzorgaanbieders het daarop volgende jaar zullen gaan verrichten en welke subsidie daarvoor beschikbaar is.

Ieder jaar geeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) inzicht in de knelpunten in de contracteerruimte. Deze analyse geeft inzicht in het zorginkoopproces door de zorgkantoren. De provincies krijgen via de beleidsinformatie van Bureau jeugdzorg inzicht in de zorgbehoefte. Deze informatie geeft onder andere inzicht in de omvang van de aanmeldingen, de aard van de zorg en de wachtlijsten.

3 Is er een verband tussen de vraag naar adequaat zorgaanbod bij ouders van jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychiatrisch probleem en de toenemende vraag naar persoonsgebonden budgetten (pgb)?

Of er sprake is van een relatie en in welke omvang dit speelt laat de staatssecretaris van VWS momenteel onderzoeken. Het onderzoek wordt uitgevoerd door verschillende instanties (PWC, ITS en CIZ) en is naar verwachting dit voorjaar gereed. De keuze voor een pgb dient overigens

ten allen tijde een vrije keuze te zijn. Een tekort aan een adequaat aanbod in de zorg in natura mag niet de oorzaak zijn dat ouders van jeugdigen voor een pgb kiezen.

4 Op welke wijze worden de zorgvragers betrokken bij het beter inzichtelijk krijgen van de zorgvraag en adequate planning, en de inkoop van zorg?

Zorgvragers zijn op landelijk niveau goed vertegenwoordigd door diverse cliënten- en patiëntenorganisaties. Met deze organisaties wordt regelmatig overleg gepleegd over de ontwikkelingen in de zorg. Inhoud en de kwaliteit van de zorg staan in dat soort overleggen centraal. Uit gesprekken met provincies blijkt dat op regionaal en lokaal niveau de zorgvragers soms minder goed georganiseerd zijn. Er is veel verloop van ouders en kinderen die zitting hebben in cliëntenraden. Daardoor is het niet altijd goed mogelijk cliënten te betrekken. Op regionaal en lokaal niveau is de inbreng van zorgvragers dus zeker niet overal optimaal. Een actieve opstelling van provincies, zorgkantoren en zorgaanbieders en instellingen zelf kan ertoe bijdragen dat die inbreng verbetert.

5 Waarom heeft het rapport van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (Cbz) niet tot enige verbeteringen geleid ten aanzien van de informatievoorziening over de zorgvraag?

Het signaleringsrapport van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (Cbz) bevat aanbevelingen primair gericht op de veldpartijen, o.a. om de cliëntregistratie te verbeteren. In dit kader heeft het (in de afgelopen jaren ontwikkelde) registratiesysteem AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) wel vooruitgang geboekt. In het AZR worden echter geen aparte subcategorieën, zoals jeugd-LVG, geregistreerd. Gegevens daarover zijn via extra bewerking wel uit het systeem te halen. Op regionaal niveau zou – nog afgezien van de formele registratieverplichtingen – in principe voldoende informatie beschikbaar moeten zijn om te komen tot een zo adequaat mogelijke analyse van de vraagontwikkeling. Zie verder ook antwoord op vraag 23.

6 Hoe gaat de regering ervoor zorgen dat het recht op zorg in de praktijk met een versnippering van zorgaanbod en verschillende financieringsstromen, ook daadwerkelijk verzilverd kan worden? Wie gaat dit controleren en wie voert de regie?

Op basis van de Wet op de jeugdzorg en de AWBZ hebben cliënten aanspraak op jeugdzorg. De provincies en de zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de jeugdzorg. De provincies zijn daarbij verantwoordelijk voor de provinciaal gefinancierde jeugdzorg en de zorgkantoren voor de AWBZ gefinancierde zorg.

Een recht op zorg ontstaat als een jeugdige een geldige indicatie heeft gekregen. Het Bureau jeugdzorg bekijkt de situatie van het kind integraal, en het indicatiebesluit kan dan ook meerdere aanspraken bevatten. In de Wet op de jeugdzorg is dit op deze wijze geregeld, opdat de client geen last heeft van de verschillende financieringsbronnen die achter de verschillende aanspraken kunnen zitten. Een jeugdige wordt door bureau jeugdzorg of het zorgkantoor begeleid zodat deze de geïndiceerde zorg ook daadwerkelijk krijgt. Als zorg niet tijdig kan worden geleverd kan bureau jeugdzorg vervangende zorg indiceren. Ook het zorgkantoor heeft de taak te voorzien in een vorm van overbruggingszorg. Indien de jeugdige onverkort vasthoudt aan de zorg die in het indicatiebesluit staat, kan hij deze zorg afdwingen bij de Provincie of het zorgkantoor, desnoods bij de rechter. Provincies en zorgkantoren zijn wettelijk verantwoordelijk voor het bieden van zorg waarop aanspraak bestaat. Provincies hebben daarbij ook de verantwoordelijkheid de zorg die beschikbaar is op regionaal niveau, af te stemmen met de zorgkantoren, zodat er een totaal overzicht van de zorg bestaat.

In het antwoord op vraag 16 ga ik in op de coördinatie van de zorg, ingeval de zorg waarop de jeugdige aanspraak maakt, afkomstig is van verschillende financieringsbronnen en verschillende aanbieders. Ook ga ik in deze vraag in op de regie op deze zorg.

De laatste jaren is diverse keren extra geld beschikbaar gesteld om de toegenomen zorgvraag op te kunnen vangen. Daarnaast investeer ik in verbetering van het zicht op effectieve methoden zodat professionals een betere inschatting kunnen maken van de aanpak die het meest geëigend is gegeven de problematiek. In mijn programma "Alle kansen voor alle kinderen" ben ik hierop ingegaan.

7 Hoe gaat de regering ervoor zorgen dat de zorginkopers meer sturend en regisserend worden bij het ontwikkelen van nieuw zorgaanbod?

Er wordt in de jeugdzorg regelmatig nieuw zorgaanbod ontwikkeld. In beginsel ligt het initiatief daarvoor bij het veld. Zorgaanbieders ontwikkelen nieuw aanbod op basis van hun ervaringen met cliënten en onderzoek. Het feit dat de verantwoordelijkheid voor het ontwikkelen van nieuw zorgaanbod in eerste instantie bij de zorgaanbieders ligt, betekent echter niet dat de rijksoverheid geen stimulerende rol kan spelen bij het vernieuwen van het zorgaanbod. Dat kan met name door het beschikbaar stellen van extra financiële middelen. Dat is het recente verleden bijvoorbeeld gebeurd bij de ontwikkeling van nieuw zorgaanbod in de jeugdverslavingszorg, de orthopsychiatrie en de MFC's (multifunctionele centra voor jeugdigen met een licht verstandelijke handicap en psychiatrische problematiek). De rijksoverheid kan ook stimuleren en richting geven door de subsidiëring van bepaalde onderzoeksprogramma's. Voorbeelden daarvan zijn de ZonMW programma's waarin de effectiviteit van bestaand jeugdzorgaanbod onderzocht wordt en de behandelmogelijkheden van mensen met een licht verstandelijke beperking en ernstige (gedrags)problemen. Tevens is in deze programma's ruimte voor de ontwikkeling van nieuwe interventies.

Ook de introductie van de nieuwe financieringssystematiek voor de provinciale jeugdzorg, per 1 januari 2009, zal naar verwachting gevolgen hebben voor de wijze waarop provincies sturen en inkopen. De nieuwe systematiek geeft provincies / grootstedelijke regio's meer prikkels en ruimte om naar eigen inzicht vernieuwende ideeën te beproeven, gericht op vergroting van de doelmatigheid en doeltreffendheid van de jeugdzorg.

Voor de jeugd-GGZ geldt dat per 1 januari 2008 de zorg grotendeels ZVW-gefinancierd is en niet langer de zorgkantoren, maar concurrerende zorgverzekeraars de zorg inkopen. Daarmee zijn er extra prikkels gekomen om meer te sturen bij de inkoop van de jeugd-GGZ en naar verwachting zal dit ook leiden tot innovatie in de jeugd-GGZ.

8 Waarom worden de tekortschietende provinciale beleidskaders goedgekeurd door het Rijk?

In een aantal provinciale beleidskaders wordt geen melding gemaakt van de manier waarop zorgkantoren voorzien in AWBZ-zorg voor jongeren. Bij de beoordeling en vaststelling van de beleidskaders heeft de provinciaal gefinancierde jeugdzorg centraal gestaan. Het feit dat het, met de invoering van de Wet op de jeugdzorg in 2005, een eerste cyclus betreft van de provinciale beleidskaders, heeft hierbij een rol gespeeld. Over het vermelden van de AWBZ-zorg voor jongeren in de beleidskaders zal ik met de provincies in overleg treden.

9 Hoe wordt gecontroleerd dat de zorginkopers hun taak goed uitvoeren?

Zie antwoord op vraag 2

10 Wat is de reden dat artsen moeten melden dat zij jeugdigen hebben doorverwezen naar de GGZ? Waarom kunnen huisartsen in deze niet indiceren?

In de Wet op de jeugdzorg is vastgelegd dat de toegang tot de jeugd-GGZ via het bureau jeugdzorg loopt, en dat huisartsen in principe dus niet zelf indiceren. Een belangrijke reden om

de indicatie via het bureau jeugdzorg en niet via de huisarts te laten lopen is, om een geïntegreerd beeld te krijgen en niet voorbij te gaan aan mogelijke, hiermee samenhangende andere problematiek (in het gezin). Uitzondering hierop is de mogelijkheid van rechtstreekse verwijzing door de (huis)arts in het belang van de jeugdige ingeval het vermoeden van ernstige eenduidige psychische problematiek bij de jeugdige (cq. daar waar snelle zorg noodzakelijk is).

11 Hoe gaat de regering ervoor zorgen dat in het intersectorale aanbod het kind en de noodzakelijke hulpverlening aan het kind centraal komt te staan?

In mijn reactie op het rapport van de Algemene Rekenkamer heb ik aangegeven dat intersectorale programma's, meer dan nu het geval is, ontwikkeld moeten worden en beschikbaar moeten komen. In de praktijk zijn er verschillende goede voorbeelden. Hulpverleners moeten de handen ineen slaan om tot een gezamenlijke aanpak te komen, waarbij één van hen de coördinatie heeft. Ik constateer echter samen met de Algemene Rekenkamer dat dit nog geen gemeengoed is. Ik zal daarom in overleg met mede-overheden en sector bezien welke stappen wij hiertoe moeten zetten, in aanvulling op wat wettelijk geregeld is (zie hiervoor vraag 16). Ik zal uw Kamer in de loop van 2008 over de uitkomsten informeren.

In aanvulling hierop geeft mijn brief van 16 november 2007 over de Centra voor Jeugd en Gezin aan dat in de Wet op de jeugdzorg wordt vastgelegd dat gemeenten sluitende afspraken maken over de totstandkoming van een aanpak op basis van het principe "één gezin, één plan" en over de coördinatie van zorg (zie hiervoor verder vraag 17). Ook dit zal bijdragen aan de totstandkoming van intersectorale zorgprogramma's.

12 Wat gaat de regering doen met de aanbeveling om inconsistenties tussen de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Wet op de jeugdzorg (Wjz), bijvoorbeeld op het gebied van termijnen, leeftijdsgrenzen, toeleiding naar zorg, zorgbemiddeling en financiering, weg te werken?

De AWBZ en de Wet op de jeugdzorg zijn verschillende wettelijke kaders, bedoeld voor verschillende soorten van zorg. Het is waar dat deze wetten op onderdelen van elkaar verschillen. Daar waar regelgeving onduidelijk is of belemmerend blijkt te zijn zal ik dit aanpassen. Uit de evaluatie van de Wet op de jeugdzorg blijkt – net als uit het rapport van de Rekenkamer - dat het feit dat de jeugdzorg wordt gefinancierd vanuit verschillende bronnen knelpunten met zich mee lijkt te brengen. Voor een integrale jeugdzorg is het belangrijk te werken aan eenheid van taal, afstemming van bekostigingseenheden, informatievoorziening en dergelijke, zo wijst de evaluatie uit. Dit zijn elementen waaraan nu gewerkt wordt. De evaluatie stelt wel voor om de overheveling van de LVG vanuit de AWBZ naar de provinciale jeugdzorg verder te onderzoeken. Tussen LVG en provinciale jeugdzorg is veel verwantschap. Een besluit hierover zal ik nemen mede in relatie tot het SER-advies over de AWBZ. Voor 2010 zal de Wet op de jeugdzorg opnieuw worden geëvalueerd.

13 Hoe gaat de regering zorgen dat bij de invoering van de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) de termijnen, de leeftijdsgrenzen, de toeleiding naar zorg, de zorgbemiddeling en de financiering wel aansluiten op het overige zorgaanbod voor jeugdigen?

Zie antwoord op vraag 17.

14 Wat gaat de regering doen met de aanbeveling om bij de prognoses naar de zorgvraag de demografische en epidemiologische gegevens te betrekken? Is het feit dat dit, tot nog toe, onvoldoende gebeurde, de reden van de steeds weer hoger uitvallende cijfers over het aantal hulpbehoevende kinderen? Gaat de regering deze aanbevelingen overnemen en zal dit ertoe leiden dat landelijke en regionale cijfers, en daarmee de budgetten, in de toekomst minder vaak tussentijds hoeven te worden bijgesteld?

De aanbeveling van de Algemene Rekenkamer, om demografische en epidemiologische gegevens te betrekken bij de prognoses naar de zorgvraag onderschrijf ik. Het Sociaal en Cultureel Planbureau ontwikkelt in mijn opdracht een ramingsmodel voor de provinciale jeugdzorg, waarin bezien wordt welke factoren een rol spelen (zie het advies over de nieuwe financieringssysteem van de jeugdzorg van de heer Kaiser, pagina 13, bijlage bij mijn brief aan uw Kamer van 12 november 2007, DJ&G/SenS-2804118). Aan het Sociaal Cultureel Planbureau is ook gevraagd een dergelijk ramingsmodel te ontwikkelen waarin specifieke aandacht is voor de categorie jeugd-LVG.

Door betere prognoses van de vraag kan beter ingespeeld worden op de veranderende behoefte, waardoor vraag en aanbod beter op elkaar kunnen aansluiten. De gedachte achter het prognosemodel is, dat een budget dat tot stand is gekomen rekening houdend met toekomstige ontwikkelingen, beter aansluit bij de vraag, en dat budgetten dus inderdaad niet tussentijds hoeven te worden bijgesteld. Zie ook antwoord vraag 2.

Per 1 januari 2008 valt de kortdurende jeugd-GGZ onder de Zorgverzekeringswet. Zorgverzekeraars zijn als private ondernemingen met een zorgplicht zelf verantwoordelijk voor het inkoopbeleid en voor het eventueel bij de prognoses naar de zorgvraag betrekken van demografische en epidemiologische gegevens.

15 Wat doet de regering met de aanbeveling om de discrepantie tussen de regelgeving en praktijk weg te nemen door een meldplicht in te stellen en deze ook strenger te handhaven? Is de regering van plan dit advies ook op andere terreinen van de jeugdzorg toe te passen?

Hier wordt bedoeld op het verstrekken van informatie door de huisarts aan bureau jeugdzorg als deze een cliënt direct, dus zonder tussenkomst van bureau jeugdzorg, verwijst naar de geestelijke gezondheidszorg. De huisartsen informeren bureau jeugdzorg hier niet altijd consequent over. In antwoord op vraag 10 heb ik aangegeven dat voor het verkrijgen van inzicht in de totale zorgvraag naar jeugd-GGZ dit geen voorwaarde is, aangezien dit totaaloverzicht ook in de GGZ-sector aanwezig is. Een huisarts zou het bureau jeugdzorg wel in kennis moeten stellen wanneer er anderszins sprake is van opvoed- en opgroei problemen. Ik deel de analyse van de Algemene Rekenkamer dat allereerst meer voorlichting nodig is richting de huisartsen om hen in deze gevallen tot melding te bewegen. De bureaus jeugdzorg en de landelijke huisartsenvereniging zijn hiertoe de eerst aangewezenen.

16 Wat gaat de regering doen met de aanbeveling dat, bij de hulp aan jongeren met een lichte verstandelijke handicap en/of psychische problemen, duidelijk moet worden bepaald wie op het regionaal niveau de regie heeft over de intersectorale afstemming? Is de regering van plan deze regierol ook in wetgeving vast te leggen?

In principe is de rol- en verantwoordelijkheidsverdeling (lees: de regie) afdoende vastgelegd. In die gevallen waarin sprake is van een indicatie met een AWBZ-aanspraak is het zorgkantoor degene die (in overleg met de cliënt) de regie voert ten aanzien van de zorgtoewijzing. Bij een jeugdzorgindicatie geldt dat voor het bureau jeugdzorg. Daar waar intersectorale of multidisciplinaire zorg of behandeling nodig is, is de eerstaangewezen zorgaanbieder degene die voor afstemming zorg dient te dragen. Dit is geregeld in de Wet op de jeugdzorg. De zorgaanbieders moeten overleggen over het hulpverleningsplan, waarbij wordt vastgesteld welke zorgaanbieder belast is met de coördinatie van de totstandkoming van het hulpverleningsplan en de coördinatie van de zorg.

Deze verantwoordelijkheden zijn al vastgelegd.

Het louter vastleggen van verantwoordelijkheden lost overigens niet altijd alle problemen op rond afstemming van zorg en behandeling. Het gaat vaak om schaarse deskundigheid dan wel

specifieke behandel- of verblijfplaatsen die op een zeker moment in een individueel zorgtraject beschikbaar zouden moeten zijn. Daartoe zullen altijd oplossingen op maat tussen aanbieders gezocht moeten worden, waarbij formele bevoegdheden minder op de voorgrond zullen treden. Op dat individuele niveau lukt het gelukkig meestal, zoals de Algemene Rekenkamer ook constateert, om oplossingen te vinden.

17 Is de regering van mening dat problemen over de regierol op regionaal niveau en de intersectorale afstemming op andere terreinen van de jeugdzorg voorkomen? Zo ja, is de regering van plan om ook ten aanzien van deze andere terreinen de regierol in wetgeving vast te leggen?

De problemen met de regierol die de Rekenkamer signaleert in de geïndiceerde jeugdzorg hebben betrekking op die situaties waarbij meerdere partijen vanuit verschillende wettelijke kaders betrokken zijn. In antwoord op vraag 16 ben ik reeds ingegaan op de wijze waarop de rol- en verantwoordelijkheidsverdeling van de partijen in de wet is neergelegd. In antwoord op vraag 11 heb ik aangegeven dat ik in overleg met mede-overheden en sector bezie wat wij moeten doen om de problemen weg te nemen.

In mijn brief van 16 november 2007 ben ik ingegaan op de versterking van de regierol van gemeenten in het lokale jeugdbeleid (DJB/APJB-2808738). In deze brief is aangekondigd dat in de Wet op de jeugdzorg zal worden vastgelegd dat gemeenten:

- sluitende afspraken moeten maken over de totstandkoming van de aanpak "één gezin - één plan" en over de coördinatie van zorg,
- afspraken maken met de provincies over de aansluiting van het lokale jeugdbeleid met de geïndiceerde jeugdzorg (zowel bestuurlijk als in de uitvoering),
- sluitende afspraken maken met alle relevante lokale partijen (o.a. zorg, onderwijs, veiligheid) moeten maken, dus ook die partijen die buiten de directe verantwoordelijkheid van de gemeente vallen.

De wederkerigheid van deze afspraken zal wettelijk worden vastgelegd, zodat de provincie en andere relevante partijen ook verplicht zijn om mee te werken aan het maken van deze afspraken. Het toezicht op het maken en naleven van deze sluitende afspraken zal bij de inspecties worden belegd. De bestuurlijke afspraken moeten zich vertalen in sluitende werkafspraken op het uitvoerende niveau. Volgens de Wet op de jeugdzorg blijft bureau jeugdzorg verantwoordelijk voor de zorgcoördinatie als er sprake is van geïndiceerde jeugdzorg of een Ondertoezichtstelling (OTS).

18 Is de regering van mening dat door het grote aantal wetten en regelingen, betrokken partijen en overheidslagen bij de problematiek van jongeren met een lichte verstandelijke handicap en/of psychiatrische problemen, de taak van de coördinatie bemoeilijkt? Zo ja, is de regering van plan om het aantal wetten en regelingen, betrokken partijen en overheidslagen te reduceren.

Uit de evaluatie van de Wet op de jeugdzorg blijkt niet dat de wettelijke taak- en verantwoordelijkheidsverdeling een beletsel vormt voor goede jeugdzorg. Ik ben van mening dat een nieuwe stelsel discussie mede om die reden op dit moment veel tijd en energie zou kosten die afleidt van de uitvoering van de inmiddels in gang gezette en noodzakelijk gebleken verbeteringen. Ik zet in op het oplossen van knelpunten in de praktijk. Indien mocht blijken dat ik aanloop tegen grenzen die aan verdere noodzakelijke verbeteringen in de weg staan, dan zal ik die grenzen zeker tegen het licht houden en veranderingen niet uit de weg gaan.

19 Kunt u alsnog ingaan op de problematiek rond afstemming van het zorgaanbod op de huidige zorgvraag?

Zie antwoorden op de vragen 4, 6, 7, 14, 16, 17 en 22.

- 20 De Algemene Rekenkamer betreurt het dat de minister voor jeugd en Gezin in zijn reactie voorbijgaat aan verschillende van haar aanbevelingen, namelijk**
- betere benutting van de indicatiestelling als instrument om de vraag vast te stellen;
 - beter toezicht en betere handhaving;
 - duidelijke toebedeling van de regiefunctie ten aanzien van de afstemming op regionaal niveau;
 - bevordering van vervolgzorg en doorstroming.

In mijn antwoorden op diverse van uw vragen ben ik hierop ingegaan (in het bijzonder de vragen 6, 16, 17, 19, en 25)

- 21 De Algemene Rekenkamer stelt dat de minister haar conclusie, dat er meer en betere ramingen en analyses nodig zijn, onderschrijft maar tegelijk ook nuanceert en daarmee in de ogen van de Rekenkamer ten onrechte de urgentie nuanceert. Waarom kan de regering op basis van dit rapport maar ook na alle spoeddebatten over de wachtlijsten zelf nog steeds geen gevoel van urgentie op dit onderwerp uitstralen?**

Ik erken zeer de urgentie van het wachtlijstprobleem. Dit kabinet heeft, evenals het vorige kabinet, diverse keren extra middelen beschikbaar gesteld om de toename van de vraag op te kunnen vangen. Recent bijvoorbeeld is met de uitvoering van de motie van Geel 13 miljoen euro beschikbaar gesteld om de wachtlijstproblematiek in de LVG-sector te verlichten, evenals 13 miljoen euro voor de jeugd-GGZ. Naast extra middelen worden ook andere sporen gevolgd om de vraagontwikkeling goed op te kunnen vangen. Voorbeelden hiervan zijn de grotere nadruk op preventie, de aanpak van bureaucratie, een blijvende aandacht voor doelmatigheid en de professionalisering van de sector. Ook het uitwisselen van goede voorbeelden zal moeten bijdragen aan een betere aanpak van de wachtlijsten. Ik heb de provincies hiertoe nadrukkelijk opgeroepen, naar aanleiding van de nieuwste wachtlijstcijfers. Al deze sporen moeten er toe leiden dat kinderen sneller en beter geholpen worden.

Zie verder het antwoord op vraag 22

- 22 De Algemene Rekenkamer stelt dat het beter is om met niet geheel perfecte prognoses te werken dan in het duister te tasten en telkenmale met noodverbanden achter de feiten aan te lopen. Deelt de regering deze stelling? Zo ja, wat gaat de regering doen om hier invulling aan te geven?**

Ik ben dit zeer met de Algemene Rekenkamer eens. In november 2007 heb ik uw Kamer geïnformeerd over de nieuwe financieringssystematiek voor de provinciale jeugdzorg (zie ook het antwoord bij vraag 14.). Een financieringssystematiek die gebaseerd is op een objectief vastgestelde vraagontwikkeling, is een voorwaarde om wachtlijsten te voorkomen (naast blijvende aandacht voor doelmatigheid, professionalisering en een zwaarder accent op preventie).

Op regionaal niveau werkt men jeugdzorgbreed al met zorgvraagprognoses (zie antwoord vr. 2). Die regionale beleidsvisies worden vertaald naar landelijk niveau door middel van het vaststellen van prioriteiten en budgetten voor een bepaalde periode.

- 23 De Algemene Rekenkamer stelt dat het stelsel van afstemming thans zo is ingericht, dat de totaliteit van de indicaties antwoord moet geven op de vraag welke zorg er nodig is. Maar doordat (a) de categorie licht verstandelijk gehandicapten niet apart geregistreerd wordt en (b) er een zeer omvangrijke zij-instroom is die zonder indicatie van bureau jeugdzorg toegang krijgt tot de zorg, het belangrijkste waarnemingsinstrument om de**

huidige vraag vast te stellen, in de praktijk niet werkt. Wat gaat de regering hieraan doen? Gelden deze problemen rondom het stelsel ook voor andere categorieën jongeren die met de jeugdzorg te maken krijgen en zo ja, voor welke?

Ik deel de analyse van de Rekenkamer, dat er op dit moment onvoldoende zicht is op de zorgvraag van licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen. Dit werkt belemmerend voor een goede aansluiting tussen vraag en aanbod. Tegelijkertijd is het van belang het juiste evenwicht te vinden tussen het verkrijgen van de noodzakelijke informatie en beperking van de administratieve lasten, door de zorginstellingen niet te verplichten tot al te uitgebreide en gedetailleerde registraties. Daarom is de Staatssecretaris van VWS in overleg met de branche en het CVZ om een analysemethode voor de huidige AZR-registratie te ontwikkelen waarmee de categorie jeugd-LVG uit de registratie gehaald kan worden.

In mijn antwoord op vraag 10 heb ik aangegeven dat het totaaloverzicht over het aantal jeugdigen dat GGZ-zorg nodig heeft, in de GGZ sector zelf aanwezig is.

24 Uit het onderzoek van de Algemene Rekenkamer blijkt dat alleen de goede wil van zorgaanbieders niet genoeg is om tot onderlinge afstemming te komen. Wat ontbreekt is een aanvaarde regiefunctie. Is de regering daarom bereid om deze regiefunctie wettelijk vast te leggen? Gaat de regering dit advies ook betrekken bij de inrichting van de regierol binnen de Centra voor Jeugd en Gezin? Zo ja, gaat zij daar de regierol wettelijk vastleggen en hoe?

Zie mijn antwoorden op de vragen 16 en 17.

25 De minister voor jeugd en Gezin reageert niet op de aanbeveling van de Algemene Rekenkamer over het bevorderen van de vervolgzorg en doorstroming om de verstopping van jeugdzorgvoorzieningen tegen te gaan. Kan alsnog een reactie hierop worden gegeven?

Ik onderschrijf de aanbeveling van de Algemene Rekenkamer dat het belangrijk is de vervolgzorg en doorstroming te bevorderen om daarmee de verstopping van jeugdzorgvoorzieningen tegen te gaan. Dit is overigens niet iets wat ik vanuit Den Haag kan regelen. Provincies en zorgkantoren hebben de wettelijke opdracht om op regionaal niveau een goede aansluiting tussen vraag en aanbod te realiseren. Hierbij past ook het voorzien in toereikende vervolgzorg. Hier is beslist nog (doelmatigheids)winst mogelijk.

Om de doorstroming bij het bureau jeugdzorg en het AMK te bevorderen passen de bureaus en AMK's inmiddels de doorbraakmethode toe, hiertoe gestimuleerd door de voormalig staatssecretaris van VWS. Door toepassing van deze methode worden de doorlooptijden aanzienlijk verkort.