

# GGZ

# Standaarden

Deze pdf is gepubliceerd op 17-06-2020 om 14:58. Bekijk de meest actuele versie op  
<https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/landelijke-samenwerkingsafspraken-jeugd-ggz>

Autorisatiedatum 14-03-2019 Beoordelingsdatum 14-03-2019

Generieke module

## **Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-GGZ**

# Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Introductie	5
1.1 Introductie	5
2. Samenvatting	6
2.1 Samenvatting	6
2.1.1 Scope van de samenwerkingsafspraken	6
2.1.2 Betrokkenen	7
2.1.3 Begeleiding door huisarts of JGZ	7
2.1.4 Verwijzing naar de generalistische basis jeugd-ggz	7
2.1.5 Verwijzing naar de gespecialiseerde jeugd-ggz	8
2.1.6 Verwijsbrief	8
2.1.7 Terugrapportage	8
2.1.8 Consultatie van de jeugd-ggz	9
3. 1. Inleiding	11
3.1 1.1 Inleiding	11
3.2 1.2 Doelstelling	12
3.3 1.3 Doelgroep	13
3.4 1.4 Samenhang Generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere en Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-ggz	14
3.5 1.5 Psychische problematiek	14
3.6 1.6 Uitgangspunten	15
3.6.1 Inbreng van de patiënt	15
3.6.2 Communicatie	15
3.6.3 Privacy	16
3.6.4 Afweging door de hulpverlener	16
4. 2. Achtergronden	17
4.1 2.1 Jeugdwet	17
4.2 2.2 Setting, expertise en disciplines	19
4.2.1 De jeugdhulp	19
4.2.2 Setting	20
4.2.3 Betrokken hulpverleners	21
4.2.4 Jeugdgezondheidszorg	21
4.2.5 Huisartsenzorg	22
4.2.6 Kindergeneeskundige zorg	22
4.2.7 Jeugd-GGZ	23
4.3 2.3 Overgang zorg 18de levensjaar van jeugd-GGZ naar volwassen GGZ	25
4.4 2.4 Privacy bij informatie-uitwisseling	26
4.4.1 Wet, beroepscode en manifest	27

4.4.2 Aanbevelingen waarborging privacy informatie-uitwisseling	32
4.5 2.5 Regie	33
4.5.1 Hulp bij het voeren van eigen regie: cliëntondersteuning en familiegroepsplan	37
5. 3. Samenwerkingsafspraken	38
5.1 3.1 Inleiding	38
5.2 3.2 Verwijzers en behandelaren	39
5.3 3.3 Verwijsafspraken	40
5.3.1 Huisartsenzorg en jeugdgezondheidszorg	41
5.3.2 Generalistische basis jeugd-GGZ	41
5.3.3 Gespecialiseerde jeugd-GGZ	41
5.4 3.4 Verwijsbrief en (terug)rapportage	42
5.4.1 Verwijsbrief	43
5.4.2 Terugrapportage	43
5.5 3.5 Overleg	44
5.6 3.6 Consultatie	46
5.7 3.7 Evaluatie	47
5.8 3.8 Crisis	47
5.8.1 Regionale afspraken	48
5.8.2 Preventieve maatregelen	49
5.9 3.9 Overdracht vanuit jeugd-GGZ naar huisartsenzorg	49
5.10 3.10 Hulp overige voorzieningen	50
6. 4. Aanbevelingen voor het werkveld	52
6.1 4. Aanbevelingen voor het werkveld	52
7. 5. Totstandkoming	53
7.1 5. Totstandkoming	53
8. 6. Implementatieplan	54
8.1 Kwaliteitsstandaarden	54
8.2 Gebruik van kwaliteitsstandaarden	55
8.2.1 Monitoring van de implementatie	56
8.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen	56
8.4 Bestaande afspraken	56
8.5 Algemene implementatie thema's	57
8.5.1 Bewustwording en kennisdeling	57
8.5.2 Samenwerking	58
8.5.3 Capaciteit	59
8.5.4 Behandelaanbod	60
8.5.5 Financiering	60
8.5.6 ICT	61

8.6 Specifieke implementatie thema's	62
8.6.1 Contextuele factoren	63
8.6.2 Eerst evalueren, dan verder implementeren	63
9. 7. Achtergronddocumenten	65
9.1 Verdieping	65
9.1.1 Rapport kinderombudsman	65
9.1.2 Psychische problematiek	65
9.1.3 BIG- en SKJ-registratie	67
9.1.4 Jeugdwet	67
9.1.5 Verlengde jeugdzorg	68
9.1.6 Informatie-uitwisseling	69
9.1.7 Toestemming jongeren	72
9.1.8 Bronnen	73
9.1.9 Regie	73
9.1.10 Drang en dwang	75
9.1.11 DSM-classificatie	76
9.1.12 Verwijsbrief	77
9.1.13 Treeknormen	77
9.2 Literatuur	77

# 1. Introductie

Autorisatiedatum 06-04-2020 Beoordelingsdatum 06-04-2020

## 1.1 Introductie

In de zorg aan kinderen en jongeren met psychische problemen zijn vaak meerdere professionals betrokken. Die werken onderling samen. Wie doet wat en wanneer is wie aan zet? In de Landelijke samenwerkingsafspraken vind je:

- aanbevelingen voor de samenwerking tussen de huisartsenpraktijk of jeugdgezondheidszorg met de generalistische basis jeugd-GGZ en de gespecialiseerde jeugd-GGZ ;
- de onderdelen die in een verwijsbrief moeten staan;
- wanneer en hoe je terugrapportage doet;
- wanneer, hoe en wie je kunt consulteren.



## 2. Samenvatting

Autorisatiedatum 14-03-2019 Beoordelingsdatum 14-03-2019

### 2.1 Samenvatting

Van deze generieke module kunt u [hier de samenvattingskaart downloaden](#). Deze behandelt de volgende onderwerpen:

1. Scope van de samenwerkingsafspraken
2. Betrokkenen
3. Begeleiding door huisarts of JGZ
4. Verwijzing naar de generalistische basis jeugd-ggz
5. Verwijzing naar de gespecialiseerde jeugd-ggz
6. Verwijsbrief
7. Terugrapportage
8. Consultatie van de jeugd-ggz

#### 2.1.1 Scope van de samenwerkingsafspraken

Setting	Expertise	Disciplines
<b>Wijkteam</b>	Indiceren; integrale benadering: één huishouden, één plan, één regisseur; begeleiding.	Zeer divers. Soms sociaal werker, orthopedagoog, kinder- en jeugdpsycholoog.
<b>Jeugd gezondheidszorg (JGZ)</b>	Signalering, monitoring, begeleiding, algemene opvoedproblematiek, preventie.	Jeugdarts en jeugdverpleegkundige.
<b>Huisartsenzorg</b>	Poortwachtersfunctie, huisartsenzorg, (kortdurende) behandeling, begeleiding.	Huisarts, POH-GGz.
<b>Kindergeneeskundige zorg</b>	Behandeling / integrale benadering psychische en somatische problematiek.	Kinderarts (met aandachtsgebied sociale pediatrie).
<b>Generalistische basis jeugd-ggz</b>	Behandeling.	Gezondheidszorgpsycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog, kinder- en jeugdpsychotherapeut, klinische neuropsycholoog, orthopedagoog, SPV, sociaal werker, systeemtherapeut, vaktherapeut, verpleegkundig specialist.
<b>Gespecialiseerde jeugd-ggz</b>	(Complexe) diagnostiek en behandeling.	Idem als bij generalistische basis jeugd-ggz én kinder- en jeugdpsychiater en verslavingsarts.

De jeugd-ggz is onderdeel van de jeugdhulp. Het wijkteam, de jeugdarts, huisarts en medisch specialist kunnen naar de jeugd-ggz verwijzen.

### 2.1.2 Betrokkenen

Patiënt: een kind, jongere (< 18 jaar) of jongvolwassene (18 tot 23 jaar), afhankelijk van de context. Tot 12 jaar is toestemming voor behandeling van ouders/voogden vereist. Van 12 tot 16 jaar is de toestemming van de ouders/voogden en van de jongere zelf vereist. Vanaf 16 jaar beslissen patiënten zelfstandig en hebben zij een zelfstandig recht op informatie. Zodra twee of meer hulpverleners betrokken zijn bij de behandeling spreken zij af:

- wie het aanspreekpunt is voor vragen van de patiënt of diens vertegenwoordiger;
- wie de inhoudelijke regie voert over de zorgverlening aan de patiënt. Degene die de regie voert houdt overzicht over de inhoud en de voortgang van de behandeling (deze taken zijn vergelijkbaar met de taken van de regiebehandelaar in de ggz- zorg voor volwassenen);
- wie de zorgverlening aan de patiënt coördineert, overzicht houdt over het behandelproces, andere behandelaren aanspreekt en toezicht houdt op de veiligheid van de patiënt (de 'zorgcoördinator').

### 2.1.3 Begeleiding door huisarts of JGZ

Begeleiding van patiënten kan plaatsvinden door ***huisartsenzorg of jeugdgezondheidszorg*** wanneer er sprake is van: psychische en psychosociale problematiek (al dan niet DSM-geclassificeerd) én beperkte impact van de klachten, en:

- er zijn geen directe aanwijzingen voor kindermishandeling of geweld én
- er is geen risico op suïcide of ernstige automutilatie én
- er is geen sprake van complexe problematiek bij het kind en/of gezin of
- er is wel comorbiditeit, maar deze interfereert niet met behandeling

of:

- er is terugkerende, bekende, maar stabiele chronische problematiek, niet crisisgevoelig.

### 2.1.4 Verwijzing naar de generalistische basis jeugd-ggz

Verwijs naar ***de generalistische basis jeugd-ggz*** bij een van de volgende situaties:

- bij onvoldoende effect van behandeling in de JGZ, huisartsenzorg of wijkteam
- wanneer er sprake is (of een vermoeden) van een DSM- benoemde stoornis

en:

- een licht tot matige beperking in het dagelijks functioneren, of:
- lichte tot matig-ernstige problematiek, met laag tot matig risico, of:
- vermoeden van een leerstoornis of twijfel over verstandelijke vermogens

en:

- er is een goed functionerend sociaal netwerk

of:

- herstel is te verwachten na een relatief korte of geprotocolleerde interventie;
- bij kinderen met een ernstige psychiatrische stoornis met stabiele problematiek die geen behandeling;
- maar wel langdurige monitoring behoeven.

### **2.1.5 Verwijzing naar de gespecialiseerde jeugd-ggz**

Verwijs naar de gespecialiseerde jeugd-ggz bij een van de volgende situaties:

- bij onvoldoende resultaat van behandeling in de generalistische basis jeugd-ggz
- wanneer er sprake is van een (vermoeden van) een DSM- benoemde stoornis, en:
- matige tot ernstige problematiek: aanzienlijke beperkingen in het dagelijks functioneren, zowel thuis
- als elders als gevolg van het ziektebeeld, of:
- hoog risico (duidelijke aanwijzingen voor gevaar, suïcidaliteit, of:
- hoge complexiteit: ingewikkelde (somatische) comorbiditeit, psychosociale problemen in het gezin, geringe draagkracht in het netwerk, langdurige schooluitval, of:
- ernstige opvoedingsproblematiek als gevolg van psychiatrische problematiek van opvoeder(s),

of:

- (vermoeden van) ontwikkeling richting criminaliteit.

De hulpverlener bespreekt met de jeugdige dat informatie wordt verstrekt en aan wie. Hij gaat zorgvuldig om met vertrouwelijke informatie conform wettelijke kaders en beroepscode en is continu transparant over de informatie-uitwisseling.

### **2.1.6 Verwijsbrief**

Een verwijsbrief bevat onder andere de volgende items (indien relevant):

- persoonsgegevens\*;
- vraagstelling, reden van verwijzing, hulpvraag van de patiënt\*;
- (vermoeden) van een psychische stoornis, beschreven in de DSM-5-classificatie;
- voorgeschiedenis (eerdere behandelingen en resultaat, somatiek);
- psychosociale omstandigheden (informatie over netwerk, gezinssituatie);
- anamnese, allergie, medicatiegebruik;
- uitslag van signalerings- of screeningsinstrumenten;
- suïcidaliteit, risicovol gedrag;
- betrokkenheid (in verleden en/of huidige) van andere hulpverleners;
- indien er meerdere hulpverleners zijn betrokken: rolverdeling eerste aanspreekpunt, zorgcoördinatie en regievoering;
- contactgegevens met wie en hoe overleg kan plaatsvinden\*.

\* In een verwijsbrief naar het wijkteam komen alleen deze items aan bod.

Het volledige [format voor de huisarts van de verwijsbrief naar de GGZ kunt u hier downloaden](#).

### **2.1.7 Terugrapportage**



Terugrapportage naar de verwijzer vindt plaats:

- na intake;
- na 6 maanden (en zonodig eerder, bijvoorbeeld bij start van medicatie);
- bij afsluiting van de behandeling.

Terugrapportage van het wijkteam naar huisarts en eventuele andere verwijzer bevat:

- persoonsgegevens;
- verslag van de problematiek;
- informatie over het beleid: aanmelding bij generalistische basis jeugd-ggz of gespecialiseerde jeugd-ggz en/of begeleiding door wijkteam zelf;
- bij afsluiting: reden van afsluiting;
- contactgegevens met wie en hoe overleg kan plaatsvinden.

Terugrapportage van behandelaar naar huisarts en eventuele andere verwijzer of medebehandelaar bevat:

- persoonsgegevens;
- samenvatting van de hulpvraag / reden van verwijzing;
- werkdiagnose;
- conclusie en plan van aanpak (behandeling, afspraken voor thuis, school);
- beloop, effect van behandeling;
- rolverdeling van eerste aanspreekpunt, zorgcoördinatie en regievoering;
- andere betrokken hulpverleners;
- evaluatiemoment;
- indien van toepassing: plan van aanpak bij crisis/terugval;
- bij afsluiting: reden van afsluiting, advies, nazorg, afspraken;
- voor thuis en school;
- contactgegevens met wie overleg kan plaatsvinden.

### **2.1.8 Consultatie van de jeugd-ggz**

Overweeg consultatie van de generalistische basis jeugd-ggz of de gespecialiseerde jeugd-ggz bij:

- diagnostische vragen;
- advies ten aanzien van terugvalpreventie;
- advies vervolgtraject;
- advies ten aanzien van omgang met patiënt;
- (stagnatie) behandeling door huisarts en POH-GGZ voor advies over verdere aanpak.

Consulteer de gespecialiseerde jeugd-ggz bij:

- vragen omtrent gebruik van psychiatrische medicatie;
- somatische en/of psychiatrische comorbiditeit die van invloed is op de behandeling van de psychische aandoening;
- twijfel over wilsbekwaamheid;
- vragen omtrent een stoornis in het gebruik van middelen met daarbij een fysiek

afhankelijkheidsbeeld;

- inzet medicatie voor terugvalpreventie waarbij verwijzing niet haalbaar is.

## 3. 1. Inleiding

Autorisatiedatum 14-03-2019 Beoordelingsdatum 14-03-2019

### 3.1 1.1 Inleiding

De Landelijke samenwerkingsafspraken voor hulp aan kinderen en jongeren met psychische klachten zijn opgesteld door een werkgroep met afgevaardigden namens MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Nederlands Huisartsen Genootschap, Federatie voor Psychologen en Psychotherapeuten, Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland, de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, Landelijke Vereniging voor POH-GGZ en de Beroepsvereniging voor Professionals in Sociaal werk.

Deze samenwerkingsafspraken maken deel uit van de [\[Generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere\]](#) van Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie en zijn een aanvulling op de eerder ontwikkelde [Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz](#) (LGA) voor volwassenen.

Als gevolg van onder andere de Jeugdwet uit 2015 is de jeugd-GGZ in verandering. De Jeugdwet beoogt te bereiken dat passende hulp ingezet wordt, zo licht waar mogelijk en zo zwaar als nodig, met als motto: één gezin, één plan, één regisseur waarbij de zorg zoveel mogelijk in eigen omgeving wordt gegeven. Dit vraagt van hulpverleners optimale kennis van de sociale kaart in de betreffende gemeente en het herkennen en erkennen van de expertise van andere professionals die werkzaam zijn in de jeugdhulp en het sociale domein. Er zijn diverse knelpunten door de betrokken beroepsgroepen en door de overheid geconstateerd onder andere op het gebied van samenwerking en regievoering.

#### **regievoering.:** Rapport kinderombudsman:

De kinderombudsman heeft onderzoek gedaan naar de toegang en kwaliteit van de jeugdhulp na decentralisatie. Kinderen (n=1200) en hun ouders en gemeentes (n=5) zijn bevraagd met behulp van enquêtes en interviews. Er waren nog veel knelpunten met name in de samenwerking. In het rapport worden diverse aanbevelingen gedaan voor ketenpartners en gemeenten.

[Meer informatie](#)

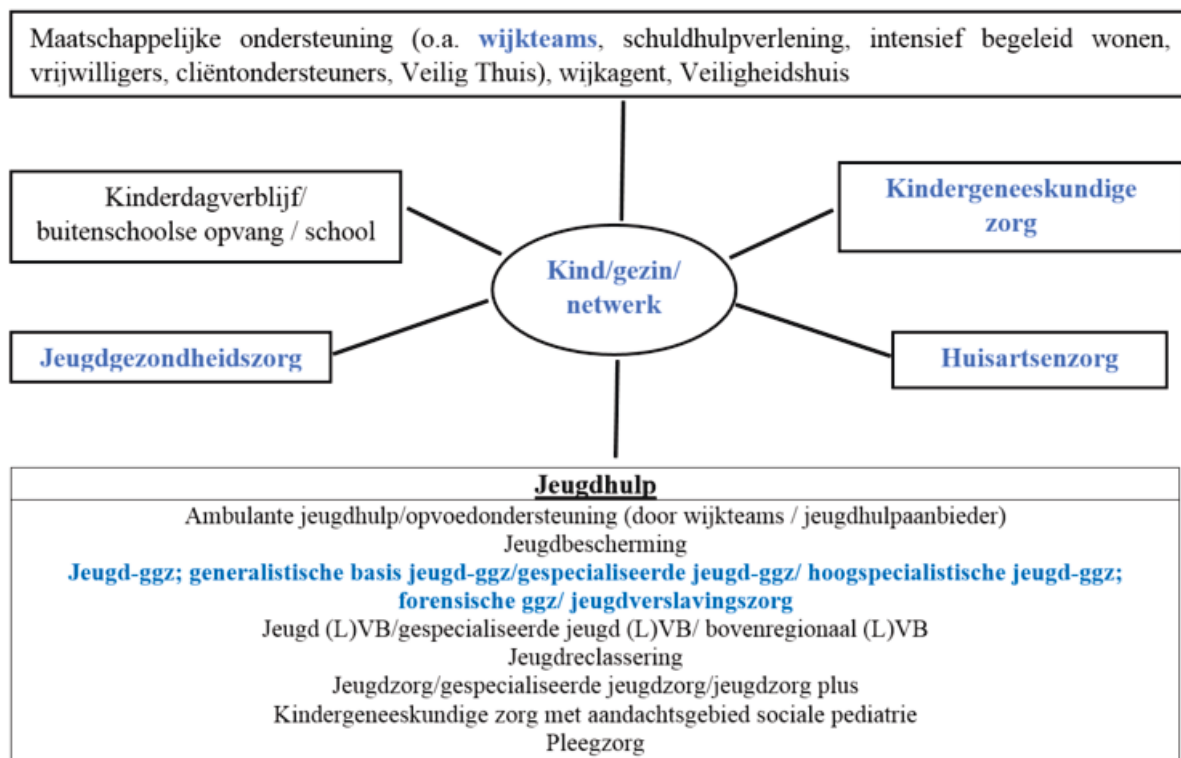
Deze knelpunten waren deels ook al aanwezig voor de invoering van de Jeugdwet. Brede samenwerking met heldere werkafspraken en zicht op elkaars kennis en kunde, taken en verantwoordelijkheden is daarom nodig. De betrokken partijen en manier van samenwerken verschillen echter per gemeente/regio en de veelvoud aan partners maakt het lastig om landelijke samenwerkingsafspraken te maken. Daarnaast waren tijdens de ontwikkeling van de Landelijke

samenwerkingsafspraken jeugd-GGZ nog veel (re)organisaties en werkprocessen volop in beweging. Dit leidt ertoe dat bij het lezen van deze landelijk geformuleerde samenwerkingsafspraken steeds helder voor ogen moet worden gehouden dat gestreefd is naar het meest haalbare op landelijk niveau. Echter alle landelijke afspraken zullen aan de regionale of lokale situatie aangepast moeten worden. Daarnaast kunnen de samenwerkingsafspraken ook gebruikt worden als richtsnoer voor afspraken met andere, niet bij de ontwikkeling van deze afspraken, betrokken partijen.

### **3.2 1.2 Doelstelling**

Het voornaamste doel van de Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-GGZ is dat jeugdigen in de ggz op het juiste moment de juiste hulp krijgen. Goede onderlinge samenwerking tussen hulpverleners die betrokken zijn bij de zorg voor het kind is essentieel voor kwalitatief goede zorg en continuïteit van de zorg. Er kan ook sprake zijn dat er andere hulpverleners zijn van ouders of andere gezinsleden. Het is niet vanzelfsprekend dat tussen hen informatie wordt uitgewisseld over patiënten in verband met hun privacy, tenzij de patiënten daarmee hebben ingestemd (zie [Privacy bij informatie-uitwisseling](#)). Voor bewaking van de samenwerking is het van belang dat de huisarts geïnformeerd wordt. De Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-GGZ richten zich dan ook op afstemming en samenwerking tussen de betrokken hulpverleners en geven inzicht in de taken van de verschillende hulpverleners die betrokken zijn bij de hulpverlening aan kinderen met psychische problemen. Er is een grote diversiteit aan hulpverleners die werkzaam of betrokken zijn in de jeugdhulpverlening maar ook in het sociale en medische domein. Zie figuur 1 voor een vereenvoudigde weergave van het sociale domein, medische domein en de jeugdhulp. De vetgedrukte tekst geeft de scope weer van de Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-GGZ, de focus is hierin vooral gericht op samenwerking tussen hulpverleners in de jeugd-GGZ, jeugdgezondheidszorg, huisartsenzorg en kindergeneeskundige zorg en minder op samenwerking met andere hulpverleners werkzaam in de jeugdhulp, sociale domein en onderwijs. Aan deze samenwerkingsafspraken is wel een duidelijke behoefte en we bevelen daarom aan om deze in de nabije toekomst te ontwikkelen (zie [Aanbevelingen](#)).

Figuur 1: Vereenvoudigde weergave van het sociale-, medische domein en de jeugdhulp rondom een kind \*



\*Vetgedrukte blauwe tekst: de scope van de Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-GGZ

### 3.3 1.3 Doelgroep

Kinderen met psychische problematiek kunnen te maken hebben met ondersteuning, hulp en/of zorg uit een of meer van de volgende settings:

1. Maatschappelijke ondersteuning / sociale domein (voorzieningen zoals wijkteams, maatschappelijk werk, intensief begeleid wonen) (Wmo);
2. Jeugdgezondheidszorg (deels Wet publieke gezondheid en Jeugdwet);
3. Jeugdhulp (hieronder valt o.a. de jeugd-ggz) (Jeugdwet);
4. Huisartsenzorg (huisarts en praktijkondersteuner ggz of POH-GGZ) (Zorgverzekeringswet);
5. Kindergeneeskundige zorg (deels Zorgverzekeringswet en Jeugdwet).

De Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-GGZ geven samenwerkingsafspraken tussen de hulpverleners (verwijzers en behandelaren) werkzaam in de jeugd-GGZ. In de bekostiging zijn huisartsenzorg en jeugdgezondheidszorg geen onderdelen van de jeugdhulp maar wel in de dagelijkse uitvoering. De bekostiging van de ggz als integraal onderdeel van de somatische medisch specialistische zorg uitgevoerd door de kinderarts valt deels onder de Zorgverzekeringswet en deels onder de Jeugdwet. Omdat huisartsenzorg, jeugdgezondheidszorg en zorg door de kinderarts wel betrokken zijn in de uitvoering van de jeugdhulp worden deze beroepsgroepen (huisarts, POH-GGZ (jeugd), jeugdarts, jeugdverpleegkundigen, kinderarts) beschreven, naast de volgende disciplines: ggz-agogen, gz-psychologen, POH-GGZ-jeugd, kinder- en jeugdpsychiaters, kinder- en jeugdpsychologen, kinder- en jeugdpsychotherapeuten, klinisch (neuro-)psychologen, orthopedagogen, sociaal werkers, sociaal psychiatrische verpleegkundigen, systeemtherapeuten,

vaktherapeuten, verpleegkundig specialisten en verslavingsartsen werkzaam in de generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz. Patiënten zijn bij het formuleren van deze afspraken gedurende het hele proces betrokken.

De jeugd-GGZ is een onderdeel van de jeugdhulp. De volgende vormen van jeugdhulpverlening vallen buiten de scope van deze samenwerkingsafspraken: de (geïndiceerde) jeugdhulp, de gesloten jeugdhulp, zorg voor jeugd met een lichte verstandelijke beperking (jeugd-LVB), jeugdbescherming en jeugdreclassering. Hulpverleners die in deze vormen van jeugdhulpverlening werkzaam zijn kunnen dit document wel gebruiken voor samenwerking met hulpverleners die werkzaam zijn in de jeugd-ggz. Deze Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-GGZ kan aan alle jeugdhulpmedewerkers meer inzicht geven over de wijze van samenwerken binnen de jeugd-ggz en daarnaast mogelijk een handvat bieden voor ontwikkeling van meer landelijke en regionale samenwerkingsafspraken in de gehele jeugdhulpverlening.

### **3.4 1.4 Samenhang Generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere en Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-ggz**

De [[Generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere](#)] heeft betrekking op de organisatie van de jeugdhulp. Het geeft het werkveld overzichtelijk weer en omvat onder andere een beschrijving van competenties, kwaliteitsbeleid en het wettelijk en financieel kader. De Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-ggz gaan vooral over de taakafbakening, verantwoordelijkheidsverdeling, coördinatie en monitoring bij gedeelde zorg. De samenwerkingsafspraken bevatten aanbevelingen over de vorm en inhoud van consultatie, verwijzing, terugrapportage, regiebehandelaarschap en zorgcoördinatie. In beide documenten is er aandacht voor de rol van andere betrokkenen zoals de naasten, scholen en cliëntondersteuners.

### **3.5 1.5 Psychische problematiek**

Psychische problematiek bij kinderen kan veel oorzaken en gevolgen hebben, hetgeen een grote impact heeft op het functioneren van het kind en het gezin. Er is regelmatig een wisselwerking tussen psychische problemen, omgevingsfactoren en psychosociale factoren. Er kan sprake zijn van meerdere problemen op diverse vlakken. Psychosociale en psychische problematiek

**psychische problematiek** : Psychische problematiek:

Gedragsproblemen komen voor bij één op de vijf jongeren van 11 tot en met 18 jaar in de algemene bevolking. Ongeveer 11% van de jongeren heeft in zodanig ernstige mate last van deze problemen dat ondersteuning of professionele hulp nodig is.

[Meer informatie](#)

kan gepaard gaan met andere problemen zoals problemen op school en/of thuis, crimineel gedrag, verstandelijke beperking, chronische ziekten, schooluitval en/of middelenmisbruik (roken, alcohol,

drugs) maar ook met lichamelijke klachten zoals hoofdpijn, buikpijn, extreme moeheid en gewichtsproblemen.

Psychische problematiek tijdens de jeugd vormt een risicofactor voor psychische stoornissen op volwassen leeftijd. Psychische problemen hebben meer negatieve invloed op de schoolprestaties dan lichamelijke gezondheidsklachten. Dat neemt niet weg dat bij goede schoolprestaties ook sprake kan zijn van ernstige problematiek. Vanuit preventief oogpunt is het dan belangrijk om (gezins)problemen vroegtijdig te herkennen, te begeleiden en zo mogelijk te behandelen.

**Bron:** NHG/LHV Standpunt GGZ.

Kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) of kinderen met verslaafde ouders (KVO) zijn kwetsbaar en niet altijd zichtbaar bij hulpverleners, met name bij behandelaren van ouders. Soms weigeren kinderen en/of ouders hulp uit schaamte of angst. Wanneer bereidheid om hulp aan te nemen ontbreekt ten gevolge van KOPP/KVO, onveiligheid thuis, of een verstandelijke beperking wordt verwezen naar de [inhoudelijke richtlijn](#). Voor informatie over de vergoeding van zorg bij KOPP/KVO zie [Generieke module Psychische klachten in de kindertijd](#).

## 3.6 1.6 Uitgangspunten

### 3.6.1 Inbreng van de patiënt

Het doel van de Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-GGZ is dat de patiënt de juiste hulp, op het juiste moment van de juiste professional krijgt met behoud van continuïteit van zorg en afgestemd op de voorkeuren van de patiënt. De zorgbehoefte van een patiënt en diens omgeving wordt met name bepaald door de lijdensdruk, sociaal functioneren maar ook functioneren op school en thuis, sociaal-economische factoren en de veerkracht van de omgeving. De lijdensdruk en disfunctioneren hangen niet automatisch samen met het voldoen aan een minimaal aantal symptomen om als DSM-stoornis te worden geclassificeerd. Bij het indiceren voor verwijzing en consultatie is het essentieel dat het perspectief van de patiënt wordt meegenomen. Inbreng van het kind en ouders heeft vaak een positieve invloed op de behandeling. Adequate voorlichting aan en zoveel mogelijk regie bij de patiënt en het systeem, is dus een voorwaarde. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld.

### 3.6.2 Communicatie

Uitgangspunten van communicatie voor elke hulpverlener worden beschreven in de [Generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere, Vorm van zorg](#). Enkele belangrijke punten zijn:

- Betrek de patiënt bij het opstellen van een behandelplan. Dit resulteert in behandelmotivatie, inzicht, rust en gevoel van regie.
- Ouders zijn spil in de behandeling van jonge kinderen maar jonge kinderen moeten wel bewust

worden betrokken middels goede voorlichting, uitleg over behandelopties, etc.

- Over- of onderschat jongeren niet; betrek ze wel zo vroeg mogelijk bij de keuze rondom zorg, bij voorkeur in samenwerking met ouders en systeem (is maatwerk).

### **3.6.3 Privacy**

Privacy is een breed begrip. Het kan gaan om uitwisseling van gegevens, inhoud van behandelingen, communicatie tussen hulpverleners, vermelding van diagnose bij declaraties, bewaartermijn en beheer dossiers etc. Elke beroepsgroep en de medewerkers van wijkteams hebben een beroepscode en een geheimhoudingsplicht en houden zich aan de regels met betrekking tot toestemming vragen aan de patiënt voor gegevensuitwisseling. In dit document wordt ervan uitgegaan dat voldaan wordt aan de geheimhoudingsplicht en dat er zorgvuldig met de persoonlijke gegevens wordt omgegaan. Elke patiënt en hulpverlener moeten hierop kunnen vertrouwen.

### **3.6.4 Afweging door de hulpverlener**

De Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-GGZ geven algemene aanbevelingen die de hulpverleners houvast bieden. Het professionele inzicht van de hulpverlener blijft echter altijd van belang. In een bepaalde situatie kan het in het belang van de patiënt zijn om in samenspraak met de patiënt beargumenteerd van de afspraken af te wijken.



## 4. 2. Achtergronden

Autorisatiedatum 14-03-2019 Beoordelingsdatum 14-03-2019

### 4.1 2.1 Jeugdwet

De gemeenten zijn sinds 1 januari 2015 verantwoordelijk voor de inhoud, financiering en uitvoering van de jeugdhulp van kinderen tot 18 jaar. Dit volgt uit de Jeugdwet. De zorg voor jongeren van 18 jaar en ouder valt niet meer onder de Jeugdwet; wel kunnen jeugdhulpaanbieders contracten aangaan met zorgverzekeraars voor de zorg van patiënten van 18 jaar en ouder. Van 18 tot 23 jaar valt de jeugd-GGZ binnen de Zorgverzekeringswet. De volgende doelen zijn voor de Jeugdwet geformuleerd:

- Preventie en uitgaan van eigen verantwoordelijkheid en eigen mogelijkheden van jongeren en hun ouders, met inzet van hun sociale netwerk.
- Demedicaliseren, ontzorgen en normaliseren door onder meer het opvoedkundig klimaat te versterken in gezinnen, wijken, scholen en in voorzieningen als kinderopvang en peuterspeelzalen.
- Eerder de juiste hulp op maat bieden om dure gespecialiseerde hulp te verminderen.
- Integrale hulp aan gezinnen volgens het uitgangspunt 'één gezin, één plan, één regisseur'. Door ontschotting van budgetten ontstaan meer mogelijkheden voor betere samenwerking en innovaties in hulp aan jongeren.
- Meer ruimte voor professionals door vermindering van regeldruk.

In de Jeugdwet is de verantwoordelijkheid van gemeenten voor jeugdigen en gezinnen vormgegeven als 'jeugdhulpplicht'. Dit betekent dat de gemeente verantwoordelijk is voor een kwalitatief en kwantitatief toereikend aanbod van jeugdhulp. De gemeente zorgt dat ieder kind of gezin die een vorm van jeugdhulp nodig heeft deze ook daadwerkelijk ontvangt. In de Jeugdwet is geregeld dat de patiënt recht heeft op een familiegroepsplan en in de Wet maatschappelijke ondersteuning is recht op cliëntondersteuning geregeld (voor meer uitleg over het familiegroepsplan en cliëntondersteuning, zie [Regie](#)). De Jeugdwet geeft gemeenten beleidsvrijheid; er is ruimte om lokaal te kiezen hoe zij hun taken vormgeven. De Jeugdwet beschrijft de norm verantwoorde werktoedeling. Dat wil zeggen dat gemeenten in beginsel werken met geregistreerde professionals (SKJ (Stichting Kwaliteitsregister Jeugd) of BIG (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg)).

**(SKJ (Stichting Kwaliteitsregister Jeugd) of BIG (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg)). : BIG- en SKJ-registratie:**

De volgende beroepen zijn BIG (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) geregistreerd: GZ-psycholoog, huisarts, jeugdarts, jeugdverpleegkundige, kinderarts, kinder- en jeugdpsychiater, kinder- en jeugdpsychotherapeut en klinisch (neuro-)psycholoog, verpleegkundig specialist, verslavingsarts.

Vanaf 2018 is registratie in het Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ-registratie) verplicht voor professionals werkzaam op HBO of WO niveau in de jeugdhulp. Deze SKJ-registratie geldt voor de volgende beroepen (in dit document): kinder- en jeugdpsycholoog, orthopedagoog, sociaal werker/GGZ-agoog (valt onder 'jeugd- en gezinsprofessional'), systeemtherapeut. De beroepsvereniging voor vaktherapeuten (FVB) heeft zijn eigen erkend kwaliteitsregister (zie ook [Generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere, H. 3.4.2] en [H3.4.3.]. De registratie van de POH-GGZ hangt af van zijn of haar achtergrond.

Binnen de Verantwoorde Werktoedeling is opgenomen dat vaktherapeuten onder de tenzij-clausule vallen. Omdat dit in de Verantwoorde Werktoedeling opgenomen is, is er binnen de huidige structuur van het Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ) geen ruimte voor vaktherapeuten. Voor vaktherapeuten geldt dat zij een eigen specialisme hebben en ingezet kunnen worden voor het verlenen van zorg, hulp en ondersteuning aan kinderen en jongeren op basis van de tenzij bepaling in de Jeugdwet. In de Jeugdwet staat dat de tenzij bepaling kan worden toegepast als aannemelijk gemaakt kan worden dat toedeling van het werk aan een niet geregistreerde professional niet afdoet aan de kwaliteit of zelfs noodzakelijk is voor de kwaliteit. Vaktherapeuten worden daarbij expliciet genoemd. Vaktherapeuten zijn verenigd in de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB) en hebben een erkend kwaliteitsregister.

[Meer informatie](#)

die het werk krijgen toegedeeld met in achtneming van kennis en vaardigheden van de professional. De werkgever moet het mogelijk maken dat gewerkt kan worden met het in acht nemen van de professionele standaard van de professional (beroepscode, vakinhoudelijke richtlijnen ed). Het wettelijke recht op jeugdzorg en de individuele aanspraken op jeugdzorg, jeugd-ggz en AWBZ-zorg worden hiermee vervangen door een voorzieningsplicht waarvan de aard en omvang in beginsel door de gemeente worden bepaald. Deze vormen van hulp vallen thans onder de door de gemeenten nader vorm te geven Jeugdwet.

**Jeugdwet.:** Jeugdwet

Zorg die bij de gemeenten is komen te liggen per 1 januari 2015:

- de jeugdzorg, die tot en met 2014 verantwoordelijkheid was van de provincie
  - de gesloten jeugdzorg, onder regie van het ministerie van VWS
  - de Jeugd-GGZ, die onder de Zorgverzekeringswet viel
  - de zorg voor verstandelijk gehandicapte jongeren op basis van de AWBZ
  - begeleiding en persoonlijke verzorging (en het bijbehorende kortdurende verblijf), onder andere voor dove en blinde kinderen (eerder vanuit de AWBZ)
  - de jeugdbescherming en jeugdreclassering, van het ministerie van Veiligheid en Justitie
- Bron (ook van hoofdtekst): VNG, 2014.

[Meer informatie](#)

De verantwoordelijkheid van de gemeenten omvat:

- hulp en zorg aan jeugdigen en hun opvoeders bij opgroei- en opvoedingsproblemen;
- hulp en zorg aan jeugdigen bij psychische problemen en stoornissen, psychosociale problemen;
- gedragsproblemen of een verstandelijke beperking;
- uitvoering jeugdbeschermingsmaatregelen (voorheen gezinsvoogdij/jeugdbescherming Bureaus Jeugdzorg);
- uitvoering jeugdbescherming bij ernstige gedragsproblemen, inclusief gesloten jeugdhulp;
- uitvoering pleegzorg;
- uitvoering jeugdreclassering;
- uitvoering Veilig Thuis (Advies en Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling);
- aanbieden van 24/7 crisiszorg.

## 4.2 2.2 Setting, expertise en disciplines

### 4.2.1 De jeugdhulp

De patiënt heeft te maken met diverse partijen (zie Tabel 1). Voor het maken van samenwerkingsafspraken is het nodig dat de hulpverleners op de hoogte zijn van ieders expertise en mogelijkheden. Het is van belang oog te houden voor het feit dat te lang lichte hulp schadelijk kan zijn voor het kind en het gezin omdat hierdoor problemen kunnen escaleren. Gekend worden als hulpverlener (door onderdeel uit te maken van het netwerk en duidelijk expertise beschikbaar te stellen richting andere hulpverleners) is dan ook van belang.

De samenwerkingsafspraken gaan over afspraken tussen hulpverleners die met name werkzaam zijn in wijkteams, jeugdgezondheidszorg, huisartsenzorg, kindergeneeskundige zorg, generalistische basis jeugd-GGZ en gespecialiseerde jeugd-GGZ (inclusief derdelijnszorg, hoogspecialistische jeugd-ggz).

**hoogspecialistische jeugd-ggz):** Hoogspecialistische ggz: zorg voor patiënten die dusdanig ingewikkelde, zeldzame of moeilijk behandelbare klachten hebben dat er een beroep gedaan wordt op of verwezen wordt naar behandelaren met zeer gespecialiseerde kennis over diagnostiek en/of behandeling.

De patiënten zijn eerder in de specialistische ggz behandeld zonder succes en/of de behandeling is vastgelopen en/of ze vertonen therapieresistentie. Ook kan er sprake zijn van twijfel aan een eerder gestelde diagnose. Hoogspecialistische GGZ is te beschouwen als 'derdelijns zorg'.

Hulpverleners kunnen in verschillende onderdelen van de jeugdhulp of verschillende onderdelen van de (jeugd-)GGZ werkzaam zijn. Elke setting heeft zijn eigen expertise, hoewel er geen strikte scheiding in de expertise is. In elke setting vindt ook diagnostiek plaats afhankelijk van de expertise van de hulpverlener. In de tabel 1 zijn in grote lijnen de expertises en disciplines per setting weergegeven.

Tabel 1. Scope van de Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-GGZ: setting, expertise, discipline

Setting	Expertise	Disciplines
Wijkteam	Indiceren; integrale benadering: één huishouden, één plan, één regisseur; begeleiding	Zeer divers. Soms sociaal werker, orthopedagoog, kinder- en jeugdpsycholoog
Jeugdgezondheidszorg	Signalering, monitoring, begeleiding, algemene opvoedproblematiek, preventie	Jeugdarts en jeugdverpleegkundige
Huisartsenzorg	Poortwachtersfunctie, huisartsenzorg, (kortdurende) behandeling, begeleiding	Huisarts, POH-GGZ
Kindergeneeskundige zorg	Behandeling / integrale benadering psychische en somatische problematiek	Kinderarts (met aandachtsgebied) sociale pediatrie
Generalistische basis jeugd-ggz	Behandeling	Gezondheidszorg(gz)psycholoog, kinderen jeugdpsycholoog, kinder- en jeugdpsychotherapeut, klinisch (neuro)psycholoog, orthopedagoog, SPV, sociaal werker, systeemtherapeut, vaktherapeut, verpleegkundig specialist
Gespecialiseerde jeugd-ggz	(Complexe) diagnostiek en behandeling	Idem als bij generalistische basis jeugd-ggz én kinder- en jeugdpsychiater en verslavingsarts.

#### 4.2.2 Setting

De samenstelling van het wijkteam (ook wel buurtteam, sociaal team of jeugdteam genoemd) verschilt per gemeente. Er zijn gemeenten waar het wijkteam ook generalistische basis jeugd-GGZ biedt, andere wijkteams zorgen alleen voor de indicatie. Als het wijkteam generalistische basis jeugd-GGZ zorg biedt dan gelden de verwijsafspraken die bij de generalistische basis jeugd-GGZ zijn beschreven. Gezien de grote landelijke verschillen in de samenstelling van de wijkteams kunnen geen algemeen geldende verwijsafspraken voor het wijkteam worden opgesteld.

Als het wijkteam ambulante begeleiders bevat is het zinvol om het wijkteam te betrekken als begeleiding nodig is. [Dit kan bijvoorbeeld als aanvulling op het gebied van maatschappelijke ondersteuning naast de generalistische basis jeugd-ggz of de gespecialiseerde jeugd-ggz.](#) Het wijkteam bevat soms ook expertise vanuit andere ondersteuningsterreinen zoals schuldhulpverlening. De jeugdgezondheidszorg (JGZ) is ingebed in het sociale domein. Het praten over de dagelijkse verzorging, opvoeding en ontwikkeling van kinderen, het systematisch signaleren van de balans tussen draagkracht en draaglast en het aansluitend ondersteunen van ouders zijn belangrijke taken van jeugdverpleegkundigen in de JGZ. Het JGZ-team kan organisatorisch ingebed zijn in een thuiszorgorganisatie (0-4 jaar), GGD (4-19 jaar en soms ook 0-19 jaar), stichting of zelfstandige JGZ-organisatie. In de huisartsenpraktijk kan laagdrempelig, contextuele zorg worden gegeven aan patiënten met psychische, psychosociale en psychosomatische klachten uitgaande van de hulpvraag van het kind en/of ouders. In het huisartsgeneeskundig team werken huisartsen, praktijkondersteuners somatiek en GGZ, praktijkverpleegkundigen en doktersassistenten.

De generalistische basis jeugd-GGZ diagnosticeert en behandelt meestal lichte tot matig ernstige problematiek bij kinderen. De gespecialiseerde jeugd-GGZ kent een sterke diagnostische functie onder verantwoordelijkheid van gz-psycholoog, kinderarts, kinder- en jeugdpsychiater, kinder- en jeugdpsychotherapeut of klinisch psycholoog en behandelt meestal matig ernstig tot ernstige problematiek bij kinderen. Zowel de generalistische basis jeugd-GGZ als de gespecialiseerde jeugd-GGZ kan plaatsvinden in een vrijgevestigde praktijk en een instelling. Hoogspecialistische GGZ vindt alleen plaats in een instelling.

### **4.2.3 Betrokken hulpverleners**

Voor het maken van samenwerkingsafspraken is het nodig dat de hulpverleners van elkaar weten wat ieders professionele taken en bevoegdheden zijn, en elkaar daarover zo nodig informeren. Er zijn veel beroepsgroepen werkzaam in de jeugd-GGZ met veel overlap in de kennis en expertise. Het is daardoor niet mogelijk om een heel strikte scheiding weer te geven in de expertises. Hierna volgt (per setting op alfabetische volgorde) een taakomschrijving van de beroepsgroepen die verwijzen naar of werkzaam zijn in de jeugd-GGZ. Het wijkteam is niet apart beschreven. De samenstelling van het wijkteam is regionaal zeer divers en verschillende disciplines vanuit de jeugdgezondheidszorg of jeugd-ggz kunnen vertegenwoordigd zijn in het wijkteam. Het doel van de taakomschrijving is om inzicht te krijgen in elkaars werkstructuur en werkwijze maar beoogt niet volledig te zijn. Hiervoor verwijzen we naar de desbetreffende beroepsverenigingen.

### **4.2.4 Jeugdgezondheidszorg**

De jeugdarts:

- was voorheen de consultatiebureauarts of schoolarts;
- is werkzaam in het JGZ-team;
- monitort de gezondheid en de ontwikkeling van het kind en het signaleert ziektes of bedreigingen voor de gezondheid van het kind;
- schat de zorgbehoefte in van kind en/of ouders;
- voert screening en vaccinaties uit;
- geeft voorlichting, advies, instructie, begeleiding, kortdurende ondersteuning en nazorg;

- draagt bij aan zorgsystemen, netwerken en samenwerking (bijvoorbeeld in een wijkteam).

De jeugdverpleegkundige:

- werkt multidisciplinair samen binnen het JGZ-team en in sommige gemeentes binnen een wijkteam;
- heeft een signalerende functie;
- kan vanuit de verlengde-arm functie van de jeugdarts (bijdrage leveren aan) verwijzen naar passende hulp;
- biedt en coördineert (na)zorg voor opvoeders en jeugdigen op het gebied van zelfmanagement, ouderschap en het bevorderen van gezond gedrag, tijdens individuele contacten op spreekuren, tijdens huisbezoeken, inloopsprekuren, in groepen op het consultatiebureau of op scholen en door het geven van cursussen en aanbieden van interventies zoals Stevig Ouderschap en Voorzorg.

#### **4.2.5 Huisartsenzorg**

De huisarts:

- is werkzaam in een huisartsenpraktijk. Regionale huisartsenposten waarborgen dat de huisartsenzorg 7 x 24 uur bereikbaar is;
- biedt laagdrempelige, voor iedereen toegankelijke, generalistische, persoonsgerichte en continue zorg;
- herkent, diagnosticeert, begeleidt en behandelt patiënten met somatische, psychische, psychosociale en psychosomatische klachten, uitgaande van de hulpvraag van het kind en/of ouders;
- heeft een poortwachtersfunctie en beoordeelt of en zo ja waarheen hij een kind moet verwijzen.

De POH-GGZ:

- is werkzaam in een huisartsenpraktijk, onder regie van de huisarts;
- is meestal opgeleid als sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, verpleegkundige, (kinder-, of jeugd) psycholoog of maatschappelijk werker in sommige gevallen als B-verpleegkundige of orthopedagoog en meestal met een aanvullende opleiding POH-GGZ. De POH-GGZ Jeugd, met speciale expertise op het gebied jeugd is niet in alle huisartsenpraktijken een standaard onderdeel van de huisartsenzorg;
- kan patiënten van alle leeftijden laagdrempelig en kortdurende inventarisatie, behandeling en begeleiding bieden, waar sprake is van psychische problematiek, met lichte tot matige lijdensdruk en disfunctioneren;
- overlegt met relevante hulpverleners (bijvoorbeeld mentor/zorgcoördinator school, wijkverpleegkundige, maatschappelijk werker).

#### **4.2.6 Kindergeneeskundige zorg**

De kinderarts:

- is meestal werkzaam in een ziekenhuis (algemeen kinderarts) en werkt primair preventief en curatief;
- sociale pediatrie en de kinderarts met aandachtsgebied sociale pediatrie is gespecialiseerd op het gebied van psychische problematiek bij kinderen en speelt een rol in de zorg voor kinderen met

complexe psychische en psychosomatische problematiek. Deze kinderartsen zijn werkzaam ofwel in het ziekenhuis ofwel in een ggz-instelling, jeugdzorginstelling of zelfstandig behandelcentrum.

#### **4.2.7 Jeugd-GGZ**

De gezondheidszorg (gz)-psycholoog:

- is werkzaam in de generalistische basis jeugd-ggz en de gespecialiseerde jeugd-ggz; in een wijkteam, vrijgevestigde praktijk en/of binnen een instelling;
- is deskundig op het gebied van psychische problemen in verschillende ontwikkelingsfasen en de gevolgen die binnen een systeem zoals het gezin of in het onderwijs kunnen optreden;
- is een generalist en heeft brede kennis van het hele veld van psychische problemen. Kerntaken zijn: diagnostiek, indicatiestelling en behandeling;
- behandelt lichte tot matig ernstige problematiek;
- kan zich specialiseren tot klinisch (neuro)psycholoog en is daarmee deskundig op het gebied van complexe diagnostiek en behandeling. Dit maakt hen gelijkwaardig aan kinder- en jeugdpsychiaters op meerdere vlakken, met uitzondering van sommige medische onderwerpen (zoals dwang en drang en medicatie). De klinisch (neuro)psycholoog is tevens geschoold als psychotherapeut, in het uitvoeren van managementtaken en wetenschappelijk onderzoek.

De kinder- en jeugdpsychiater:

- is werkzaam binnen een multidisciplinaire setting in een ggz-instelling, (academisch) ziekenhuis of als vrijgevestigde;
- is een medisch specialist en onderzoekt kinderen met complexe, ernstige psychische problemen en behandelt en begeleidt hen en hun ouders;
- behandelt complexere psychiatrische problematiek, met of zonder farmacotherapie. Hoe complexer en ernstiger de psychische problemen zijn – bijvoorbeeld bij gevaar voor zelfdoding of ernstig onregelmatig en vreemd gedrag door een psychose - hoe meer de kinder- en jeugdpsychiater betrokken moet worden;
- heeft de bevoegdheid om te onderzoeken of in specifieke situaties dwangmaatregelen noodzakelijk zijn;
- voert behandelingen uit die kunnen bestaan uit zowel sociale, psychologische als medische interventies zoals psychotherapie of medicatie waarbij vaak (of indien nodig) ook school of het hele gezin betrokken wordt.

De kinder- en jeugdpsycholoog:

- is werkzaam in de generalistische basis jeugd-ggz en de gespecialiseerde jeugd-ggz; in een wijkteam, een vrijgevestigde praktijk en/of binnen een instelling;
- is deskundig op het gebied van preventie, het inschatten en vaststellen van problematiek (diagnostiek), het inschatten en vaststellen wat nodig is voor een optimale ontwikkeling, zowel individueel als binnen het gezin en het systeem (zoals school) en het begeleiden en behandelen vanuit een integraal, systeemgericht denkkader;
- heeft kennis van ontwikkeling en het aangaan van betekenisvolle relaties door de levensloop heen - en het op basis daarvan beperken van intergenerationele overdracht van problemen;
- richt zich op het optimaliseren van ontwikkelingsmogelijkheden van kinderen tot in (mentale)

volwassenheid, zonder, met of ondanks het bestaan van psychische belemmeringen of stoornissen.

De kinder- en jeugdpsychotherapeut:

- is werkzaam in de generalistische basis jeugd-ggz of in de gespecialiseerde jeugd-ggz; in een vrijgevestigde praktijk en/of binnen een instelling;
- is gespecialiseerd in het behandelen van patiënten met complexe, vaak in de persoonlijkheid gewortelde psychische klachten;
- biedt een behandeling die vaak intensiever en langduriger is dan bijvoorbeeld in de generalistische basis-ggz;
- behandelt complexe problematiek bij kinderen.

De orthopedagoog:

- is werkzaam in een wijkteam, generalistische basis jeugd-ggz of gespecialiseerde jeugd-ggz, maar ook in andere vormen van de jeugdhulp, onderwijs, volwassen ggz of gehandicaptenzorg; zowel in een organisatie als in een vrijgevestigde praktijk;
- kan zowel opgeleid zijn op masterniveau als op postmasterniveau (orthopedagoog-generalist);
- interenieert aan de ene kant preventiegericht en aan de andere kant omvat de expertise van de orthopedagoog onderzoek, diagnostiek, behandeling en begeleiding;
- stelt de (complexe) pedagogische relatie tussen de patiënt en zijn omgeving (school, ouder, instelling) centraal in de hulpverlening.

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige:

- is werkzaam in de generalistische basis jeugd-GGZ of gespecialiseerde jeugd-GGZ; is werkzaam in multidisciplinair team en de ambulante zorg;
- biedt hulp, begeleiding en behandeling aan mensen met psychiatrische klachten;
- biedt hulp in crisissituaties aan bijvoorbeeld verwarde mensen;
- voert behandeling uit die bestaat uit sociaal psychiatrische en verpleegkundige interventies.

De sociaal werker:

- was voorheen sociaal pedagogisch hulpverlener, maatschappelijk werker of HBO-pedagoog;
- is werkzaam in diverse settings: maatschappelijke ondersteuning, jeugdhulp, generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde jeugd-GGZ: van ambulante zorg in gezinssituaties tot intramurale behandeling van specifieke psychiatrische problematiek;
- kan diverse functies bekleden zoals school maatschappelijk werker, casemanager, sociotherapeut, voogd, jeugd- en gezinsbeschermer of groepswerker;
- ondersteunt het kind en het gezin bij materiële en psychosociale problemen;
- signaleert ontwikkelingen en omstandigheden, bemiddelt en behartigt belangen van zowel de patiënt als de ouders. De sociaal werker werkt veelal vanuit een multidisciplinair team.
- biedt generalistische zorg op maat en methodische begeleiding en behandeling bestaande uit bijvoorbeeld: het aanleren van praktische of sociale vaardigheden, ondersteuning bij- en begeleiding in de dagelijkse praktijk, het geven van psycho-educatie, begeleiding bij een kindbeschermsmaatregel etc.;
- sociaal werker met een aanvullende opleiding 'ggz-agoog' is gespecialiseerd in persoonlijk en maatschappelijk herstel waarbij de focus ligt op herstel en behoud van ontwikkelingsmogelijkheden



gebruik makend van systemen, dynamieken, diverse behandelmethodieken, aandacht voor 'cure' en 'care' en kan ingrijpen bij problematiek vanuit gevorderde kennis van psychiatrie en verslaving.

De systeemtherapeut:

- is meestal een gezondheidszorgpsycholoog (psychotherapeut, klinisch psycholoog of kinder- en jeugdpsychiater) met een aanvullende opleiding systeemtherapie;
- is werkzaam in de generalistische basis jeugd-GGZ en de gespecialiseerde jeugd-GGZ; in een vrijgevestigde praktijk en/of binnen een instelling;
- doet gezinsdiagnostisch onderzoek naar de betekenis van de klacht / gedragsproblematiek van het kind binnen het gezin;
- doet onderzoek naar de gezinsdynamiek om de klachten/ontwikkelingsstagnering (de zorgen om het kind) beter te begrijpen binnen de bestaande context, om deze vervolgens binnen en met hulp van de bestaande context te behandelen en op te lossen;
- doet onderzoek naar de – vaak intergenerationeel opgebouwde – factoren die de klachten in stand houden en zet zich in deze te doorbreken ten gunste van een gezond(er) leefklimaat waarbinnen het kind zich kan ontwikkelen.

De vaktherapeut:

- is een gangbare verzamelnaam voor de dramatherapeut, beeldend therapeut, muziektherapeut, danstherapeut, psychomotorische (kinder-)therapeut en speltherapeut;
- is werkzaam in de generalistische basis jeugd-GGZ of de gespecialiseerde jeugd-GGZ; in een vrijgevestigde praktijk en/of binnen een instelling;
- maakt methodisch gebruik van een ervaringsgerichte werkwijze en zet de patiënt gericht aan tot ervaren, vormgeven en handelen in de bij de discipline passende werkvormen en nodigt daarmee uit tot bewustwording, betekenisverlening, ontwikkeling en training/verandering.

De verslavingsarts:

- is werkzaam in de gespecialiseerde jeugd-GGZ of instelling voor verslavingszorg;
- diagnosticeert en behandelt het veelal chronisch verlopend ziektebeeld van een verslaving;
- diagnosticeert en behandelt ook psychiatrische en somatische aandoeningen op deelgebieden waarin hij competent is of hij draagt zorg voor een gerichte doorverwijzing;
- is expert op het gebied van medicamenteuze ondersteuning van de detoxificatie, het voorkómen van terugval en zorg voor de chronisch verslaafde.

De verpleegkundig specialist ggz:

- is werkzaam in de generalistische basis jeugd-GGZ of de gespecialiseerde jeugd-GGZ; in een vrijgevestigde praktijk en/of binnen een instelling;
- onderzoekt en behandelt kinderen en adolescenten met psychische problemen;
- behandelt psychiatrisch problematiek, met of zonder farmacotherapie;
- behandelt met behulp van sociale, psychologische en medische interventies zoals ouderbegeleiding, cognitief gedragstherapeutische interventies of voorschrijven van medicatie.

### **4.3 2.3 Overgang zorg 18de levensjaar van jeugd-GGZ naar**

## volwassen GGZ

De periode rondom het 18de levensjaar is een van de meest kwetsbare fases voor psychische problemen. Tegelijkertijd kan in deze periode het zorgsysteem erg kwetsbaar zijn terwijl er dan vooral behoefte aan is. Rond volwassenheid zal bij blijvende zorgvraag en – behoefte een overstap gemaakt moeten worden naar de volwassen GGZ. Dit overgangsmoment is kwetsbaar waarbij het risico bestaat dat de continuïteit van zorg onvoldoende gewaarborgd blijft (zie ook [Transitie 18- naar 18+](#) van de generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere).

Voor de invoering van de Jeugdwet vielen de jeugd- en volwassen GGZ binnen één wettelijk kader. Na de transitie is de scheiding versterkt doordat de bekostiging van de jeugd-GGZ tot 18 jaar binnen de Jeugdwet valt en vanaf 18 jaar overgaat naar de Zorgverzekeringswet waar de volwassen GGZ onder valt. Tot 18 jaar financiert de gemeente de jeugdhulp (en dus ook de jeugd-GGZ), daarna valt de financiering van de zorg onder de Zorgverzekeringswet waarbij de patiënt een eigen risico moet gaan betalen. De Jeugdwet geeft de mogelijkheid om onder bepaalde omstandigheden verlengde jeugdhulp aan te vragen bij de gemeente. Tussen 18 en 23 jaar kunnen jongvolwassenen soms nog in zorg blijven bij de jeugd-ggz wanneer dat inhoudelijk meerwaarde heeft voor de behandeling. Jeugd-GGZ instellingen / behandelaars kunnen contracten met de zorgverzekeraars aangaan voor de zorg aan patiënten van 18 jaar en ouder. Ook is er een overbruggingsregeling bij zorgverzekeraars die het mogelijk maakt zorg na het 18de levensjaar voor een jaar te continueren bij een zorgaanbieder die niet gecontracteerd is door de zorgverzekeraar. Op andere leefgebieden gelden weer andere wetten

**wetten:** Wetgeving:

Voor overzicht van de wetgeving, zie: NJi wettenschema

[Meer informatie](#)

voor volwassenen.

Belangrijk is dat betrokken hulpverleners bij zorg rondom het 18de levensjaar extra aandacht besteden aan:

- de centrale rol van de huisarts/POH-GGZ;
- het vroegtijdig starten met het overdrachtsproces;
- de financiële veranderingen na het 18de levensjaar;
- een pro-actieve benadering en (warme) overdracht van de betrokken hulpverleners.

### 4.4 2.4 Privacy bij informatie-uitwisseling

Voor goede samenwerking tussen verschillende betrokken behandelaars rondom een patiënt is uitwisseling van informatie belangrijk om tot een goed gezamenlijk en onderling afgestemd zorgaanbod te komen waarin heldere rol- en taakverdeling kan plaatsvinden en overlap of hiaten in zorg zoveel mogelijk vermeden worden. Voor goede kwaliteit van zorg voor het kind is het van belang

dat helder is voor alle hulpverleners welke informatie uitgewisseld mag worden.

Qua privacy is er een essentieel verschil in benodigde toestemming tussen medebehandelaren andere behandelaars betrokken bij een persoon ( zie [Wet, beroepscode en manifest](#)).

Bij informatie-uitwisseling gaat het altijd om proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid. Dat betekent dat er alleen uitgewisseld wordt wat nodig is gezien het doel, ook als de veiligheid in het geding is. Hierbij moet goed gelet worden op de balans tussen privacy en veiligheid (zie [onderwijs: zorgplicht en passend onderwijs](#)).

Binnen de behandelrelatie is vertrouwelijkheid van essentieel belang. De patiënt moet er op kunnen rekenen dat de informatie die de behandelaar deelt binnen de beslotenheid van de behandelcontext blijft. Zo mag een wijkteam geen gegevens delen met professionals die niet BIG/SKJ geregistreerd zijn en waarvoor geen toestemming is gegeven. Ook mag niet aan een patiënt (of wettelijk vertegenwoordiger) om toestemming gevraagd worden voor het delen van informatie met verschillende derden door het eenmalig tekenen van één toestemmingformulier.

Bij informatie-uitwisseling tussen hulpverleners gelden altijd de volgende principes:

- de hulpverlener bespreekt met de jeugdige waarom, aan wie en welke gegevens worden verstrekt en vraagt daarvoor toestemming, tenzij het gaat om informatie-uitwisseling met rechtstreeks bij de behandeling betrokken behandelaars. De hulpverlener is continue transparant naar de patiënt over de informatie-uitwisseling.
- de hulpverlener gaat zorgvuldig om met vertrouwelijke informatie.

#### **4.4.1 Wet, beroepscode en manifest**

Er zijn diverse richtlijnen voor verstrekking van informatie die volgen vanuit de verschillende wetten (WGBO) en beroepscodes.

**Er zijn diverse richtlijnen voor verstrekking van informatie die volgen vanuit de verschillende wetten (WGBO) en beroepscodes.:** Informatie-uitwisseling tussen hulpverleners

Voor zorgverleners die rechtstreeks bij de directe behandeling en verpleging/verzorging van de patiënt zijn betrokken, bijvoorbeeld in een (psychiatrisch) ziekenhuis of bij ambulante behandeling op de poli, geldt dat geen toestemming is vereist van de patiënt voor het delen van informatie. Wel geldt de eis dat alleen die informatie verstrekt mag worden die noodzakelijk is om de vereiste taken uit te kunnen voeren (WGBO art. 7:457 lid 2). Al die partijen zouden vervolgens rechtstreeks betrokken zijn 'bij de directe zorgverlening' met als conclusie dat het beroepsgeheim niet van toepassing zou zijn. Die redenering is echter onjuist. Onder de kring van 'rechtstreeks betrokkenen' vallen alleen diegenen die rechtstreeks "bij de uitvoering van de geneeskundige behandelingsovereenkomst" betrokken zijn. Ten opzichte van anderen zoals een leerplichtambtenaar of een wijkagent geldt het beroepsgeheim. De gronden waarop doorbreking van de geheimhoudingsplicht mogelijk is, zijn na toestemming van de patiënt,

wettelijke verplichting, conflict van plichten en meldrecht. Als er een wettelijke verplichting tot gegevensverstrekking is moet een zorgprofessional informatie aan derden verstrekken. Dat geldt bijvoorbeeld bij melding dwangbehandeling (Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen), of bij het desgevraagd informeren van de gezinsvoogd over een minderjarige die onder toezicht is gesteld (vanaf 1 januari 2015). Ook op grond van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning 2015 wordt een zorgaanbieder verplicht om desgevraagd medische informatie aan een gemeente te verstrekken, mits de patiënt of cliënt daarvoor zijn ondubbelzinnige en vrij gegeven toestemming heeft verleend [KNMG 2014].

In de KNMG-richtlijn 'Omgaan met medische gegevens' wordt gesteld dat de behandelende sector uit hulpverleners bestaat in de zin van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Dit zijn artsen die niet specifiek jeugdhulp verlenen, maar wel betrokken zijn in de zorg voor de patiënt. Een arts mag gegevens over een jeugdige verstrekken aan een persoon die rechtstreeks is betrokken bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst. Deze richtlijn maakt onderscheid tussen een 'jeugdhulpaanbieder' en een 'jeugdhulpverlener'. Een 'jeugdhulpaanbieder' is een jeugdhulpverlener die onder verantwoordelijkheid van het college (gemeente) werkt. Een jeugdhulpaanbieder kan een solistische werkende jeugdhulpverlener zijn, maar ook een instelling die bedrijfsmatig jeugdhulp verleent onder verantwoordelijkheid van de gemeente. Jeugdhulpaanbieders verstrekken het college gegevens, zoals NAW-gegevens, burgerservicenummer, gegevens van de jeugdhulpaanbieder, aanvangsdatum, een aanduiding van de verwijzer naar jeugdhulp en reden van beëindiging. De verstrekking van medische gegevens moet zo beperkt mogelijk zijn en mogen alleen verwerkt worden door personen met een geheimhoudingsplicht.

Een 'jeugdhulpverlener' is een natuurlijk persoon die beroepsmatig jeugdhulp verleent.. Een jeugdhulpverlener verstrekt, indien noodzakelijk, gegevens aan andere jeugdhulpverleners die rechtstreeks betrokken zijn bij de jeugdhulp. Daarbij gaat het om NAW-gegevens van de jeugdige, basisgegevens van de jeugdhulp (hulpvraag, hulpverleningsplan en gegevens over de afsluiting van de jeugdhulp) en medische gegevens. Hiervoor hoeft (op grond van artikel 7.3.11, lid 2 onder a Jeugdwet) de jeugdhulpverlener geen toestemming aan de patiënt te vragen. De jeugdhulpverlener mag deze gegevens dus ook (zonder toestemming) verstrekken aan de jeugdhulpaanbieder die betrokken is bij de uitvoering van de jeugdhulp. De jeugdhulpverlener doet er wel goed aan om met de jeugdige en/of diens ouders te bespreken dat hij de gegevens heeft verstrekt. Verder kan de jeugdhulpverlener inlichtingen verstrekken aan de gezinsvoogd, als die dat verzoekt of uit eigen beweging. Dat kan hij doen zonder toestemming van de patiënt, en, indien nodig, met doorbreking van het beroepsgeheim op grond van een wettelijk voorschrift of op grond van zijn ambt of beroep. [KNMG 2016]. (KNMG, <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/geactualiseerd-knmg-richtlijn-omgaan-met-medische-gegevens-1.htm>)

#### Informatie-uitwisseling tussen zorg en scholen

In de Generieke module Organisatie kind & jongere staat het volgende over informatie-uitwisseling tussen zorg en onderwijs: 'scholen en jeugdhulp vinden elkaar in het

multidisciplinair overleg [link]. Scholen hebben meestal een vaste contactpersoon vanuit de jeugdhulp. Schoolmaatschappelijk werk, op de school aanwezig, vormt een schakel tussen het onderwijs en de JGZ.

Er is veel onduidelijkheid over de regels omtrent uitwisseling van gegevens tussen onder andere onderwijs en hulpverlening. Heldere afspraken zijn nodig om te zorgen dat de uitwisseling van informatie zorgvuldig gebeurt. Voorwaarde is dat ouders en kind worden betrokken en toestemming hebben gegeven voor het verwerken dan wel uitwisselen van gegevens. Zij moeten ook kunnen aangeven of de informatie correct en compleet is. De school moet kunnen aantonen dat ouders en/of leerlingen toestemming tot verwerking en uitwisseling hebben gegeven. Voor scholen die samenwerken met externe partijen is het van belang samen afspraken te maken over informatie-uitwisseling. Zie ook NJi handreiking gegevensuitwisseling. Voor scholen die samenwerken met externe partners [Nji 2016b]. Belangrijk aandachtspunt is het voldoende overleg in de samenwerking tussen zorg en onderwijs. Dit hoeft (en mag) niet inhoudelijk te zijn, maar wel dat er actie is ondernomen/hulp is. Indien ouders en kind toestemming verlenen kan ook inhoudelijk informatie worden doorgegeven over effecten/opbrengsten waar dat relevant is voor onderwijs.' [Generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere].

#### Regelgeving informatie-uitwisseling wijkteam

Een zorgvuldige omgang met persoonsgegevens en het beschermen van de persoonlijke levenssfeer van jeugdigen en hun ouders of verzorgers is belangrijk voor alle organisaties en professionals in het jeugddomein. Relevant hiervoor is de Jeugdwet (<http://wetten.overheid.nl/BWBR0034925/2016-08-01>) en de bijbehorende ministeriële regeling (<http://wetten.overheid.nl/BWBR0036007/2016-08-25>) die augustus 2016 in werking is getreden [Overheid.nl 2016]. De ministeriële regeling bepaalt welke persoonsgegevens van de jeugdige bij de declaratie van verleende diensten verstrekt mogen worden, en voor welke doelen de gemeenten deze gegevens mogen verwerken. Daarnaast bepaalt de regeling hoe gemeenten materiële controles en fraudeonderzoek verrichten. Deze regeling bepaalt niets over het uitwisselen van persoonsgegevens voor toeleiding, advisering en inzet van een jeugdhulpvoorziening, bijvoorbeeld in een wijkteam. De Autoriteit Persoonsgegevens heeft geadviseerd op korte termijn ook hiervoor in regels te voorzien (<https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/nl/nieuws/ap-adviseert-over-definitieve-regeling-jeugdwet>) [AP 2016]. Het Rijk wil dergelijke regels echter niet eerder opstellen dan nadat 'een bestendige uitvoeringspraktijk tot stand is gekomen'. Dit maakt de kaders waarbinnen bijzondere persoonsgegevens van kwetsbare jeugdigen en hun ouders worden uitgewisseld onduidelijk.

#### Gegevensuitwisseling tussen wijkteams en artsen

Dorenberg heeft beschreven dat de mate van gegevensuitwisseling tussen artsen (huisartsen en jeugdartsen) en wijkteams afhankelijk is van de rol van de arts; als verwijzer, expert of informant. Als verwijzer is het belangrijk om te weten of beschreven bevindingen in een verwijsbrief zullen worden besproken in een team. In dat geval is namelijk expliciete toestemming nodig van de patiënt (of diens vertegenwoordiger). Als expert kan een arts gevraagd worden, zoals ook een arts in consult gevraagd kan worden. Vertrouwelijke gegevens mogen alleen uitgewisseld worden voor zover dat gelet op het doel van de

gegevensuitwisseling (advisering) noodzakelijk is. Voor het opvragen van informatie werken wijkteams met toestemmingsverklaringen, deze zijn meestal algemeen geformuleerd. De toestemming wordt niet altijd in vrijheid gegeven, omdat de patiënt afhankelijk is van toegang tot hulp. Daarom wordt in het artikel van Dorenberg aangeraden om eerst contact met de patiënt op te nemen alvorens vragen van het wijkteam te beantwoorden (arts als informant) (Dorenberg 2017, NTvG).

[Meer informatie](#)

#### Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst

De Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) beschrijft de rechten en plichten van hulpverleners jegens patiënten in de zorg. In deze wet zijn leeftijdscategorieën opgenomen waarin bepaald is wanneer het geven van informatie aan en het verkrijgen van toestemming van minderjarigen en/of hun vertegenwoordigers verplicht is.

De hulpverlener geeft informatie over onderzoek en behandeling aan:

- de patiënt die 16 jaar of ouder is;
- de patiënt en de ouder/verzorger als de patiënt tussen 12 en 16 jaar is;
- de wettelijk vertegenwoordiger (ouder, voogd, mentor of curator) bij wilsonbekwaamheid.

Kinderen onder de 12 jaar mogen geen eigen beslissing nemen over een behandeling zonder aanwezigheid van ouders (met gezag) of voogd maar hebben wel recht op informatie. Vanaf 12 jaar krijgen zowel patiënt als beide ouders informatie over behandeling en beslissen zij samen over de behandeling. Vanaf 16 jaar krijgen patiënten de informatie van de behandelaar zelf en mogen zij zelf beslissen over de behandeling

**zij zelf beslissen over de behandeling:** In de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) zijn leeftijdscategorieën opgenomen waarin bepaald is wanneer het geven van informatie aan en het verkrijgen van toestemming van minderjarigen en/of hun vertegenwoordigers verplicht is (artikelen 7:448 en 7:450 BW). Bij kinderen tot 12 jaar is de toestemming van de ouders/voogden vereist. Toestemming van het kind is niet nodig, maar deze heeft wel recht op informatie. De hulpverlener moet de voorlichting afstemmen op het bevattingsvermogen van het kind. Bij jongeren van 12 tot 16 jaar is de toestemming van de ouders/voogden en van de jongere zelf vereist. In twee uitzonderingsgevallen is de toestemming van alleen de jongere voldoende:

1. Als het niet behandelen van de jongere voor hem ernstig nadeel oplevert (denk aan geslachtsziekte, vaccinatie) hoeven de ouders over de behandeling niet te worden ingelicht.
2. Als de behandeling de weloverwogen wens is van de jongere (denk aan abortus, vaccinatie). In dit geval dient de arts in principe wel met de ouders/voogden te overleggen, maar het goed hulpverlenerschap kan met zich meebrengen dat zij over de behandeling niet worden geïnformeerd. Ook in deze leeftijdscategorie dienen de jongeren naar hun bevattingsvermogen te worden geïnformeerd over de behandeling.

Jongeren vanaf 16 jaar beslissen zelfstandig en hebben een zelfstandig recht op informatie [<https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/rechten-minderjarigen.htm>]

[Meer informatie](#)

. Zie ook: [Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief van de generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere](#) Grootouder, pleegouder, gezinsvoogd of andere verzorger zijn niet bevoegd om te beslissen over een behandeling.

Richtlijn omgaan met medische gegevens

Volgens de [Richtlijn omgaan met medische gegevens van de KNMG](#) mag een hulpverlener, indien noodzakelijk, gegevens verstrekken aan andere hulpverleners die rechtstreeks betrokken zijn bij de jeugdhulp (medebehandelaars). Daarbij gaat het om NAW-gegevens van de jeugdige, basisgegevens van de jeugdhulp (hulpvraag, hulpverleningsplan en gegevens over de afsluiting van de jeugdhulp) en medische gegevens die essentieel zijn voor de hulpverlening. Hiervoor hoeft (op grond van artikel 7.3.11, lid 2 onder a Jeugdwet) de hulpverlener geen toestemming aan de patiënt (of wettelijk vertegenwoordiger) te vragen. De hulpverlener doet er wel goed aan om met de jeugdige en/of diens ouders te bespreken dat hij de gegevens heeft verstrekt. Diverse beroepsverenigingen

**Diverse beroepsverenigingen:** Onder andere het Nederlands Instituut van Psychologen, NIP en de Nederlandse Vereniging voor Pedagogogen en Onderwijskundigen, NVO.

adviseren voor terugkoppeling aan bijvoorbeeld de huisarts gerichte toestemming te vragen aan de

patiënt (mondelinge toestemming is geldig met aantekening in het dossier).

Manifest 'In goed vertrouwen'

Omdat veel gemeenten, zorgaanbieders en zorgprofessionals verschillende privacyprotocollen hebben die niet altijd op elkaar aansluiten is in 2016 op bestuurlijk niveau door gemeenten, koepels van jeugdhulporganisaties en zorgprofessionals het manifest 'In goed vertrouwen. De privacy van de jeugd geborgd' ondertekend. In dit manifest staan afspraken die gaan over privacybescherming in het jeugddomein en die kunnen helpen bij dilemma's in de dagelijkse praktijk

**dilemma's in de dagelijkse praktijk:** Het manifest is ondertekend door o.a. VNG, Jeugdzorg Nederland, GGD GHOR Nederland, GGZ Nederland, MEE NL, Sociaal Werk Nederland, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra, AJN jeugdartsen Nederland, Artsenfederatie KNMG, beroepsvereniging van professionals in sociaal werk (BPSW), BV Jong, Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologen en haar specialismen (NVGzP), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO), Nederlands Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP), P3N Federatie van psychologen, psychotherapeuten en pedagogen, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Vereniging voor Vertrouwensartsen Kindermishandeling (VVAK).

. Dit document gaat niet (specifiek) over medebehandelaars.

#### **4.4.2 Aanbevelingen waarborging privacy informatie-uitwisseling**

De uitgangspunten ten aanzien van de informatie-uitwisseling gelden voor alle overlegstructuren zoals behandelteam, wijkteam, zorgafstemmingsteam waarin jeugdgezondheidszorg, school, leerplichtambtenaar en soms politie aan deelneemt. Het is belangrijk om ervan bewust te zijn of er sprake is van overleg tussen behandelende hulpverleners en begeleidende hulpverleners (gezamenlijke behandeling) of niet-behandelaren (geen gezamenlijke behandeling) omdat de vereiste toestemming van de patiënt (of wettelijk vertegenwoordiger) voor informatie-uitwisseling per situatie verschilt.

Gezamenlijke behandeling

Voor overleg en terugkoppeling tussen hulpverleners die gezamenlijk dezelfde hulpvraag behandelen is het aan te bevelen om vooraf mondeling toestemming te vragen aan de patiënt (of wettelijk vertegenwoordiger) en daarover een notitie te maken in het dossier. Wees hierbij transparant welke informatie wordt gedeeld en met welk doel de informatie wordt gedeeld. De huisarts valt ook onder een behandelend hulpverlener. De patiënt die is verwezen blijft immers in zorg bij de huisarts en deze blijft voor andere of gerelateerde klachten een eerste aanspreekpunt. Daarnaast heeft de huisarts als enige hulpverlener een doorlopend medisch dossier wat gehandhaafd blijft nadat alle andere hulpverlening is afgesloten.



Psychische problematiek bij volwassenen heeft vaak een grondslag in de jongere jaren. Daarom is het belangrijk dat de gegevens over behandeling binnen de jeugdhulp ook na het 18e jaar beschikbaar blijven. Voor berichtgeving naar de huisarts is dus geen schriftelijke, maar wel mondelinge, toestemming nodig. Daarnaast mag alleen informatie verstrekt worden die noodzakelijk is om vereiste taken uit te kunnen voeren.

Voor overleg binnen een behandelteam is geen expliciete toestemming nodig. Voor intercollegiaal overleg is geen expliciete toestemming nodig mits de patiënt anoniem wordt besproken.

#### Geen gezamenlijke behandeling

Als er geen gezamenlijke behandeling is (of als er meerdere hulpverleners zijn betrokken bij verschillende hulpvragen), is wel schriftelijke toestemming vereist van de patiënt (of wettelijk vertegenwoordiger) om te kunnen overleggen tussen BIG- en/of SKJ-geregistreerde hulpverleners. Als er geen toestemming is van de patiënt (of wettelijk vertegenwoordiger) mag alleen worden overlegd als de veiligheid van het kind in het gedrang is.

Informatie-uitwisseling tussen BIG- en/of SKJ-geregistreerde hulpverleners en andere betrokkenen, zoals school, mag alleen na uitleg en schriftelijke toestemming van de patiënt (of wettelijk vertegenwoordiger).

Het geven van informatie aan de gemeente door een BIG-en/of SKJ-geregistreerde hulpverlener in het kader van een benodigde indicatie voor hulp gebeurt alleen als dit noodzakelijk is. De inhoud bevat alleen noodzakelijke informatie en is zo beperkt mogelijk en kan alleen na uitleg en toestemming van de patiënt (of wettelijk vertegenwoordiger).

#### Opt-outregeling

Bij declaratie van gegeven zorg alleen in de gespecialiseerde ggz wordt (tot januari 2018) naast de persoonsgegevens normaliter ook diagnose-informatie vermeld. Minder gegevens aanleveren mag indien daarover afspraken zijn gemaakt met het college van B&W. Een kind aan wie gespecialiseerde ggz is geleverd kan samen met degene die hem de ggz heeft verleend ervoor kiezen dat geen enkele diagnostisch gegeven bij de declaratie wordt vermeld. De patiënt of ouder (of andere gezagsdrager/curator of mentor) kan voor deze optie kiezen ([opt-outregeling](#)). Hiertoe dient een privacyverklaring ingevuld en ondertekend te worden. De hulpverlener wijst op deze mogelijkheid.

## 4.5 2.5 Regie

De patiënt voert zoveel mogelijk naar vermogen eigen regie over de hulp, zonodig met cliëntondersteuning. Voor de patiënt moet altijd duidelijk zijn wie de betrokken hulpverleners zijn en welke taken en verantwoordelijkheden zij in het zorgproces hebben. Zodra er twee of meer hulpverleners (exclusief de huisarts) ná verwijzing betrokken zijn bij de behandeling moet er binnen ieder hulpverleningstraject door zowel de patiënt als de betrokken hulpverleners duidelijke afspraken worden gemaakt over de verdeling van deze taken, namelijk:

- wie het aanspreekpunt is voor vragen van de patiënt of diens vertegenwoordiger;
- wie de inhoudelijke regie voert over de zorgverlening van de patiënt. Degene die de regie voert houdt overzicht over de inhoud en de voortgang van de behandeling (deze taken zijn vergelijkbaar

met de taken van de regiebehandelaar in de ggz-zorg voor volwassenen);

- wie de zorgverlening aan de patiënt coördineert, overzicht houdt over het behandelproces, andere behandelaren aanspreekt en toezicht houdt op de veiligheid van de patiënt (de 'zorgcoördinator').

Het is van belang dat deze drie taken over zo weinig mogelijk hulpverleners worden verdeeld. De 'zorgcoördinator' kan in veel gevallen ook het eerste aanspreekpunt zijn. Zo mogelijk coördineert degene die regie voert ook de zorg, maar dat hoeft niet altijd het geval te zijn. Als de patiënt één behandelaar heeft, voert deze alle taken uit. Van belang is dat de patiënt en alle betrokken hulpverleners weten wie welke taken heeft. Het is daarom wenselijk om deze rolverdeling vast te leggen, bijvoorbeeld in de verwijfsbrieven en terugrapportages en te bespreken bij overleg.

**bij overleg.:** Eigen regie

Ouders en kind hebben een belangrijke rol in de regie over de hulp. Onafhankelijk van welke partijen er betrokken zijn bij de hulp aan het kind en diens gezin, moet er ten alle tijden afspraken zijn wie er, naast én samen met de ouders, de regie voert. Dit kan de huisarts zijn, een wijkteammedewerker of een specialist.

Het familiegroepsplan kan de eigen regie ondersteunen. In de Jeugdwet is daarom vastgelegd dat gemeenten, jeugdhulpaanbieders en gecertificeerde instellingen éérs aan gezinnen de gelegenheid bieden om een familiegroepsplan op te stellen, samen met familie, vrienden en anderen die tot de sociale omgeving van de jeugdige behoren. Voor meer informatie over het familiegroepsplan zie: <http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/Factsheet-familiegroepsplan-2016.pdf>. [NJi 2016c].

## Zorgcoördinator

De generieke module 'Organisatie Kind en Jeugdige' hanteert de volgende definitie voor centrale regisseur/regievoerder/zorgcoördinator: Een hulpverlener (soms een wijkteammedewerker) die de zorg rondom een kind/jongere coördineert en daarmee continuïteit in zorg waarborgt.

De richtlijn 'Multiprobleemgezinnen' beveelt aan dat de vaste hulpverlener regelmatig met de gezinsleden overlegt met hun netwerk en de betrokken hulpverleners en instanties. De vaste hulpverlener zorgt als voorzitter van zo'n overleg dat er een gemeenschappelijke koers wordt vastgehouden, er goed wordt samengewerkt tussen de gezinsleden, betrokkenen uit het netwerk en instanties en hulpverleners, en er een cultuur ontstaat waarin men elkaar aanspreekt op nalatigheden (Richtlijn Multiprobleemgezinnen) [NVO 2015]. Deze vaste hulpverlener heeft dan de rol van zorgcoördinator.

## Taken regiebehandelaar

In 2015 heeft commissie Meurs het rapport 'Hoofdbehandelaarschap GGZ als noodgreep' uitgebracht [Meurs 2015]. De opdracht was aan de commissie om een toetsbare vorm van inhoud en invulling van het hoofdbehandelaarschap te formuleren. De commissie gaf in hun advies aan om in plaats van hoofdbehandelaarschap de term 'regiebehandelaar' te hanteren. Het advies geldt voor de situatie in de gehele GGZ; binnen en buiten een instelling voor zover bekostigd via de Zorgverzekeringswet.

De regiebehandelaar:

- zorgt ervoor dat op basis van de werkdiagnose een behandelplan wordt opgesteld, zoveel

- mogelijk in overleg met de patiënt en/of diens naaste betrekkingen;
- zorgt ervoor dat het behandelplan wordt vastgesteld in een overleg met alle disciplines die een aandeel nemen in de uitvoering van het behandelplan;
  - staat er garant voor dat alle teamleden over voldoende deskundigheid beschikken voor het uitvoeren van hun aandeel in het zorgtraject;
  - ziet erop toe dat alle relevante deskundigheden worden benut en neemt (controversiële) besluiten niet eerder dan nadat alle betrokken inhoudelijke deskundigheden zijn geconsulteerd;
  - scheidt de benodigde voorwaarden voor een verantwoorde uitvoering van het behandelplan;
  - -initieert de uitvoering van het behandelplan en bewaakt de voortgang; stuurt andere betrokken zorgverleners aan;
  - toetst of de door hen geleverde bijdragen aan de behandeling van de patiënt met elkaar in verhouding zijn en passen binnen het behandelplan en intervenueert zo nodig;
  - evalueert (periodiek) de voortgang van het proces en de effectiviteit;
  - ziet erop toe dat in alle fasen van het behandeltraject dossiervoering plaatsvindt die voldoet aan de daaraan te stellen eisen;
  - is aanspreekpunt voor de patiënt, diens naasten en eventuele wettelijke vertegenwoordiger;
  - -is beschikbaar en bereikbaar.

De omschrijving van het regiebehandelaarschap moet omschreven zijn in een kwaliteitsstatuut die momenteel nog alleen in de curatieve zorg voor volwassenen (Zorgverzekeringswet) wettelijk vereist is. Als werkgroep onderschrijven we dat de regietaken van regiebehandelaar ook binnen de jeugd-ggz van belang zijn en belegd moeten zijn bij een (geregistreerde) professional.

In de 'Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' van de KNMG [KNMG 2010] zijn er 13 aandachtspunten beschreven. Het eerste aandachtspunt luidt als volgt: 'Voor de cliënt is te allen tijde duidelijk wie van de betrokken zorgverleners: - het aanspreekpunt is voor vragen van de cliënt of diens vertegenwoordiger, - de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft voor de zorgverlening aan de cliënt, -belast is met de coördinatie van de zorgverlening aan de cliënt (zorgcoördinator). Het is van belang dat deze drie taken over zo weinig mogelijk zorgverleners worden verdeeld. Zo mogelijk zijn deze taken in één hand.

Wanneer bovenstaande geïntegreerd wordt, is de zorgcoördinator de centrale regisseur/regievoerder. En is de degene met inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid de regiebehandelaar. Zo mogelijk is dit dezelfde persoon, maar hoeft niet altijd het geval te zijn. Van belang is dat de cliënt en de betrokken hulpverleners hiervan op de hoogte zijn.

Conclusie: ouders/kind voeren zoveel mogelijk eigen regie over de hulp, over het proces in overleg met een zorgcoördinator en over de inhoud met de regiebehandelaar.

Op regionaal niveau kunnen meer specifieke afspraken (bijvoorbeeld over de terminologie) over deze rollen worden gemaakt. De rolverdeling zal bij voorkeur geïnitieerd worden door de regiebehandelaar.

Hoewel bij voorkeur de regie (hier gaat het dus over eigen regie en niet over de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid) altijd bij het kind en het gezin ligt zijn er situaties waarbij dat niet mogelijk is, bijvoorbeeld wanneer de veiligheid van het kind in het geding is. Om kinderen te beschermen zijn er formele jeugdbeschermingsmaatregelen zoals ondertoezichtstelling en voogdij.

**Om kinderen te beschermen zijn er formele jeugdbeschermingsmaatregelen zoals ondertoezichtstelling en voogdij.:** Drang en dwang:

Ondertoezichtstelling en voogdij kan alleen worden ingezet na onderzoek door de Raad voor de Kinderbescherming en een uitspraak van de rechter. We spreken in dat geval ook wel over 'dwang'. Naast dwang is in de praktijk ook 'drang' ontstaan.

Drang kent verschillende verschijningsvormen. Kenmerkend is dat aan drang-trajecten geen onderzoek of uitspraak van een rechter vooraf is gegaan. Er zijn echter wel voorwaarden voor ouders aan verbonden: drang-trajecten zijn niet vrijblijvend. Vaak zijn drang-trajecten de laatste kans om een jeugdbeschermingsmaatregel te voorkomen. Professionals noemen drang daarom ook wel 'preventieve jeugdbescherming'. Drang roept nog veel vragen op bij professionals. Er is niet altijd duidelijk wat onder drang wordt verstaan en hoe drang toegepast kan worden.

Drang of preventieve jeugdbescherming bestaat wettelijk gezien niet als hulpverleningsvariant. Dat brengt als probleem met zich mee dat rechtsbescherming ontbreekt. Dit is soms lastig uit te leggen aan betrokkenen. Het traject is immers niet vrijblijvend, maar als hulpverlener heb je geen wettelijke grond om opvoeders ergens aan te houden. Nadere onderbouwing van het begrip drang is dus belangrijk. Hieronder worden enkele kenmerken en ontwikkelingen genoemd.

Drang kan worden opgevat als een attitude of houding die past bij correct professioneel handelen. Een professional die ziet dat een kind niet veilig is of zich slecht ontwikkelt, is vanuit zijn functie genoodzaakt om actie te ondernemen in het belang van het kind. Dat geldt zeker wanneer opvoeders problemen onvoldoende erkennen, of zelf niet de juiste stappen zetten. De betrokken professional komt in dat geval op voor de belangen van het kind door uitleg te geven over normen waaraan de opvoeding moet voldoen. De eigen regie en verantwoordelijkheid van opvoeders staat daarbij centraal. Professionals zullen altijd eerst zoeken naar oplossingen door middel van samenwerking, ondersteuning of begeleiding van ouders.

Professionals kunnen hun autoriteit gebruiken om aan te dringen op verandering. Door opvoeders kan dit als drang ervaren worden. Het aanspreken van opvoeders op hun verantwoordelijkheden is, mits correct uitgeoefend, professioneel handelen. Als de druk echter uitgeoefend wordt op andere gronden dan de professionaliteit vanuit het belang van het kind, dan is er sprake van intimidatie.

Drang is niet voorbehouden aan een bepaalde beroepsgroep, een fase van hulpverlening of het kader van de hulp (gedwongen of vrijwillig). Het beschermen van kinderen valt onder de verantwoordelijkheid van elke jeugdprofessional. Drang, beschouwd als attitude binnen professioneel handelen, kan worden toegepast door elke professional die met kinderen of ouders werkt. Dat geldt dus bijvoorbeeld voor de leerkracht, arts, wijkteammedewerker, raadsonderzoeker, medewerker van Veilig Thuis of de gezinsvoogd. Ieder past drang toe vanuit zijn eigen beroep en de professionele standaard (richtlijn) die daarbij hoort. Bij twijfel over een specifieke situatie kan Veilig Thuis hierin adviseren (<http://www.nji.nl/nl/Jeugdbescherming/Drang-of-preventieve-jeugdbescherming>).

[Meer informatie](#)

#### **4.5.1 Hulp bij het voeren van eigen regie: cliëntondersteuning en familiegroepsplan**

Vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) heeft de patiënt recht op cliëntondersteuning. De wet geeft inwoners van gemeenten de mogelijkheid om zich te laten bijstaan in hun interactie met de gemeente. De definitie van cliëntondersteuning luidt als volgt: 'Onafhankelijke ondersteuning met informatie, advies en algemene ondersteuning die bijdraagt aan het versterken van de zelfredzaamheid en participatie en het verkrijgen van een zo integraal mogelijke dienstverlening op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, preventieve zorg, zorg, jeugdhulp, onderwijs, welzijn, wonen, werk en inkomen.' De ondersteuning heeft als doel om de eigen regie te versterken. Het verschilt per gemeente op welke manier de cliëntondersteuning is geregeld.

Het is vastgelegd in de Jeugdwet dat gemeenten de verplichting hebben gezinnen ondersteuning te bieden bij het opstellen van een [familiegroepsplan](#). Ouders hebben hierdoor de mogelijkheid om aan te geven hoe ze de opvoed- en opgroeisituatie voor hun kind(eren) willen verbeteren. Ouders kunnen dat samen doen met familie, vrienden en anderen uit tot de sociale omgeving van hun kind. In het familiegroepsplan ligt vast wat ouders zelf kunnen doen, wat zij met hulp van mensen uit hun omgeving kunnen doen, welke concrete doelen ze daarbij willen behalen en welke professionele hulp en ondersteuning zij daarbij nodig hebben.

Met het familiegroepsplan krijgen ouders, gezinnen en hun netwerk de mogelijkheid om de regie te voeren over hulp die zij nodig hebben. De manier waarop gezinnen het familiegroepsplan tot stand brengen staat vrij. Ook hoe het plan eruit ziet mogen gezinnen zelf bepalen. Het hoeft niet aan bepaalde criteria te voldoen.

## 5. 3. Samenwerkingsafspraken

Autorisatiedatum 14-03-2019 Beoordelingsdatum 14-03-2019

### 5.1 3.1 Inleiding

Het uitgangspunt van de Landelijke Samenwerkingsafspraken jeugd-ggz is dat de patiënt (en ouders) de meest geschikte begeleiding en/of behandeling krijgt. Hiertoe is een op de patiënt gericht verwijsadvies nodig waarbij rekening gehouden wordt met de competenties van de verschillende beroepsgroepen, de verschillende domeinen, de wens van de patiënt, de eventuele behandelvoorgeschiedenis, de beschikbaarheid en toegankelijkheid in de regio en contextuele factoren aan de kant van de patiënt (motivatie, comorbiditeit, situatie ouders, broers/zussen et cetera).

Diverse factoren bepalen of verwijzing nodig is. Het [stroomschema](#) geeft weer wanneer welk proces de patiënt met psychische klachten doorloopt bij het vragen om hulp, welke vragen daarbij relevant zijn voor de patiënt en hulpverlener. Ook is er aandacht voor het afschalen van hulp.

**Ook is er aandacht voor het afschalen van hulp.:** De verwijscriteria zijn onder andere gebaseerd op de verwijskaart ontwikkeld door Curium-LUMC, de Bascule en het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

[Meer informatie](#)

Aspecten die van belang zijn voor inschatting van welke hulp nodig is zijn:

- de inschatting van de ernst van de problematiek (licht, matig, ernstig);
- complexiteit van de problematiek (afwezig, laag, hoog);
- beloop van de klachten (nieuwe, aanhoudende of terugkerende klachten en of er sprake is van stabiele of instabiele chronische problematiek);
- context;
- co-morbiditeit;
- lichamelijke gevolgen;
- risico's op verwaarlozing, kindermishandeling, geweld, suïcide of (ernstige) automutilatie (afwezig, laag, matig, hoog).

Bovengenoemde factoren bepalen in welk echelon het kind het beste kan worden behandeld maar ook wanneer de behandeling kan worden gestaakt of wanneer de zorg moet worden op- of afgeschaald. Deze factoren kunnen veranderen in de loop van de tijd. Daarom is het belangrijk dat er soepele overgangen zijn van de ene setting naar de andere. Aandachtspunt hierbij is chronische problematiek. Niet altijd is hier continu zorg bij nodig maar het moet wel makkelijk gemaakt worden om te kunnen op- en afschalen (zie [Generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere](#)).

Op basis van bovengenoemde maken patiënt en hulpverlener de keuze voor een behandeling/begeleiding.

Bij (een vermoeden van) kindermishandeling of huiselijk geweld geldt altijd de meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling. Diverse beroepsgroepen en instellingen hebben deze meldcode

**meldcode:** Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling:

Het verplichte gebruik van een meldcode staat in de wet 'Verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling'. De meldcode geldt voor de volgende sectoren: gezondheidszorg, onderwijs, kinderopvang, maatschappelijke ondersteuning, jeugdhulp en justitie. In 2014 is de KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld aangepast en uitgebreid met de 'kindcheck'. Deze KNMG-meldcode is van toepassing voor artsen. De V&VN heeft voor haar achterban een eigen vertaling van de meldcode geschreven die inhoudelijk gelijk is aan de KNMG-meldcode. Deze meldcode vormt ook de basis voor specifieke richtlijnen zoals de JGZ-richtlijn Kinderhandeling en de NVK-richtlijnen Kindermishandeling, Blauwe plekken en Signalering kindermishandeling in de spoedeisende medische zorg. In 2016 is de Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak (LESA) Kindermishandeling gepubliceerd. Deze LESA bevat samenwerkingsafspraken tussen de jeugdartsen (AJN), jeugdverpleegkundigen (V&VN), Veilig thuis, vertrouwensartsen (VVAK) en kinderartsen (NVK).

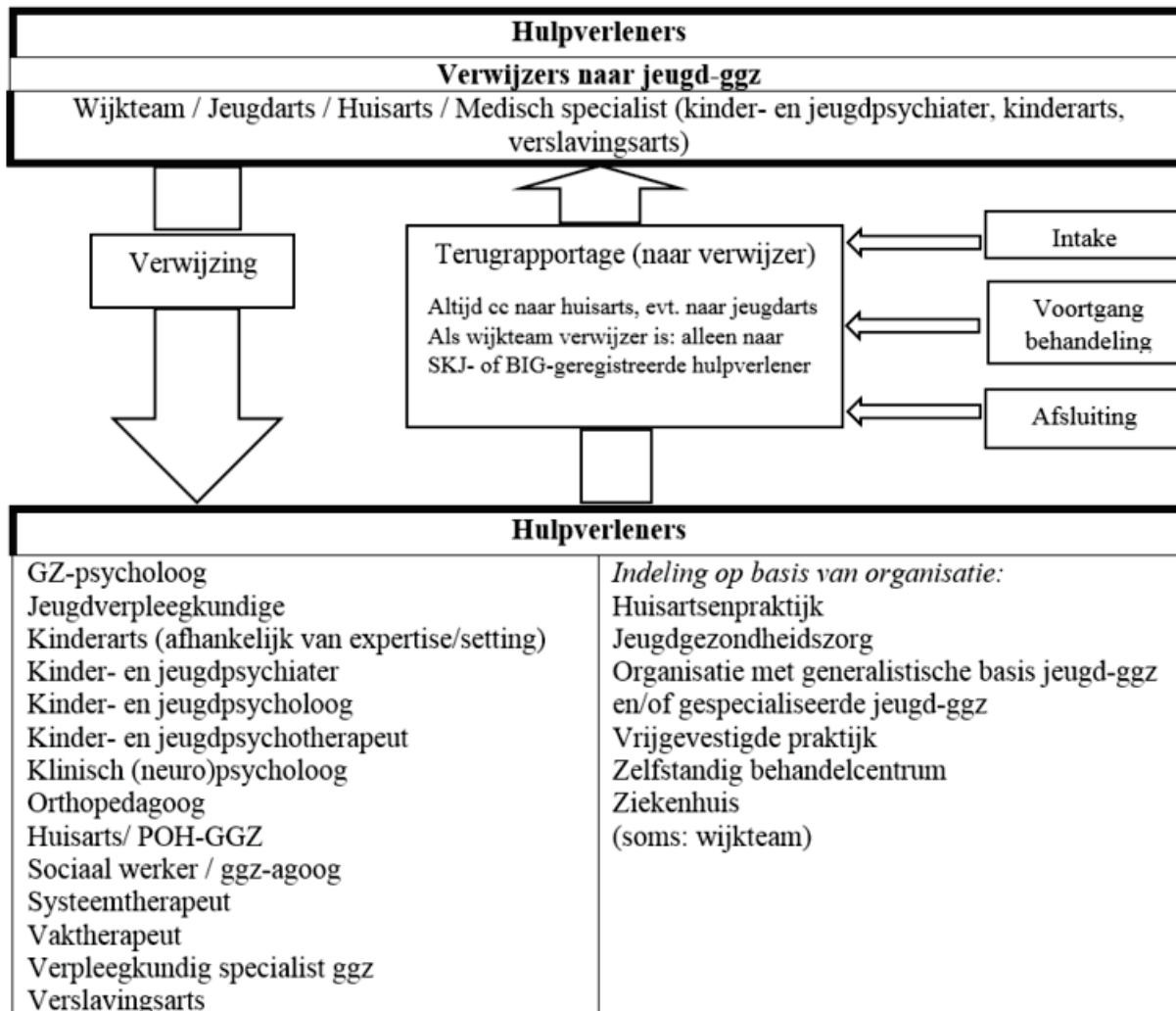
BIG- geregistreerde professionals dienen conform de Meldcode KNMG eerst (anoniem) te overleggen met Veilig Thuis en/of met de vertrouwensarts van Veilig Thuis alvorens te melden en toetsen of de stappen van de Meldcode KNMG goed zijn doorlopen. Jeugd-GGZ medewerkers kunnen bij een vermoeden van huiselijk geweld en kindermishandeling 24/7 (anoniem en het liefst met medeweten van betrokkenen) overleggen met Veilig Thuis. De Jeugd-GGZ medewerker kan in het advies van of de melding bij Veilig Thuis in het dossier noteren en transparant bespreken met betrokkenen. In uitzonderingen kan na overleg met Veilig Thuis, hiervan worden afgeweken.

vertaald voor hun eigen beroepsgroep.

## 5.2 3.2 Verwijzers en behandelaren

In de Jeugdwet staat dat de jeugdarts, huisarts en medisch specialist (kinderarts, kinder- en jeugdpsychiater) de bevoegdheid heeft om te indiceren voor niet rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp waaronder jeugd-ggz. Daarnaast hebben gemeenten de bevoegdheid om ook anderen daarvoor aan te wijzen en vaak geven ze wijkteams die bevoegdheid. In figuur 2 staan de verwijzers die naar de jeugd-ggz verwijzen en de behandelaren die werkzaam zijn in de jeugd-ggz. Het proces van verwijzing en terugrapportage verloopt altijd verticaal in het schema. Overleg kan plaatsvinden tussen verwijzers onderling, verwijzers en behandelaren en behandelaren onderling.

Figuur 2. Verwijzing en terugrapportage tussen verwijzers en behandelaren jeugd-ggz



### 5.3 3.3 Verwijsafspraken

Vanaf 1 april 2017 gelden nieuwe afspraken voor verwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben deze afspraken gemaakt met betrokkenheid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Een belangrijke wijziging ten opzichte van de tot dan geldende situatie is dat bij verandering

**verandering:** Zie meer over afspraken wijzigen ggz via link.

[Meer informatie](#)

van echelon, diagnose of overgang rond het 18de levensjaar niet opnieuw een nieuwe verwijzing nodig is. Bij verandering van de situatie meldt de regiebehandelaar dit aan de huisarts.

Als het wijkteam generalistische zorg biedt dan gelden de verwijsafspraken die daarbij zijn beschreven.



### **5.3.1 Huisartsenzorg en jeugdgezondheidszorg**

Begeleiding van patiënten kan plaatsvinden door huisartsenzorg of jeugdgezondheidszorg wanneer er sprake is van:

- psychische en psychosociale problematiek (al dan niet DSM-geclassificeerd) én
- beperkte impact van de klachten,

en:

- er zijn geen directe aanwijzingen voor kindermishandeling of geweld,

en:

- er is geen risico op suïcide of ernstige automutilatie,

en:

- er is geen sprake van complexe problematiek bij het kind en/of gezin, of
- er is wel comorbiditeit, maar deze interfereert niet met behandeling,

of:

- er is terugkerende, bekende, maar stabiele chronische problematiek, niet crisisgevoelig.

### **5.3.2 Generalistische basis jeugd-GGZ**

Verwijs naar de generalistische basis jeugd-GGZ bij een van de volgende situaties:

- Bij onvoldoende effect van behandeling in de JGZ, huisartsenzorg of wijkteam.
- Wanneer er sprake is (of een vermoeden) van een DSM-benoemde stoornis

en:

en:

- Kinderen met een ernstige psychiatrische stoornis met stabiele problematiek die geen behandeling, maar wel langdurige monitoring behoeven.

### **5.3.3 Gespecialiseerde jeugd-GGZ**

Verwijs naar de gespecialiseerde jeugd-GGZ bij een van de volgende situaties:

- Bij onvoldoende resultaat van behandeling in de generalistische basis jeugd-GGZ.
- Wanneer er sprake is van een (vermoeden van) een DSM-benoemde stoornis,

en:

Verwijs voor second opinion naar een collega of andere instelling binnen de gespecialiseerde jeugd-GGZ die niet eerder bij de behandeling betrokken is geweest:

- wanneer er sprake is van onvoldoende effect van eerdere interventies in de gespecialiseerde jeugd-GGZ;
- bij onvoldoende effect van een huidige interventie in de gespecialiseerde jeugd-GGZ;
- op verzoek van de patiënt wanneer er bijvoorbeeld twijfel is over een diagnose of ontevredenheid is over de behandeling.

### **5.4 3.4 Verwijsbrief en (terug)rapportage**

Een verwijsbrief is van belang voor een goede overdracht naar een ander echelon. Verwijzing en overdracht gebeuren met inachtneming van de privacy van de patiënt. Voor de verwijsbrief en de terugrapportage gelden ook weer dezelfde eerdergenoemde principes:

- de hulpverlener is vanwege de doorbreking van zijn geheimhoudingsplicht verplicht om met een jeugdige en/of wettelijke vertegenwoordiger te bespreken dat informatie wordt verstrekt;
- de hulpverlener bespreekt met de jeugdige en/of wettelijk vertegenwoordiger dat informatie wordt verstrekt;
- zorgvuldig omgang met vertrouwelijke informatie;
- continue transparantie naar de patiënt over de informatie-uitwisseling.

Terugrapportage van de intake, voortgang en afsluiting zorgt ervoor dat de behandelende hulpverleners op de hoogte zijn van elkaars handelen en verantwoordelijkheden; de continuïteit van zorg wordt hiermee gewaarborgd. Het draagt ook bij aan eenduidige communicatie met het kind en ouder. Uitgangspunt is dat de huisarts geïnformeerd wordt als een patiënt in de generalistische basis jeugd-GGZ of gespecialiseerde jeugd-GGZ behandeld wordt. Hiervoor is toestemming vereist van de patiënt en/of wettelijk vertegenwoordiger, tenzij de huisarts rechtstreeks bij de behandeling is betrokken.

Omdat de jeugdarts en jeugdverpleegkundigen een rol kunnen vervullen tussen wijkteams, scholen en huisarts wordt zo nodig aan de patiënt/ouders toestemming gevraagd om deze te informeren; mondeling (met een notitie in het dossier) of schriftelijke toestemming voor bepaalde informatieuitwisseling.

Schriftelijke communicatie tussen hulpverleners verloopt bij voorkeur digitaal (mits in een beveiligde omgeving) of per brief. De patiënt/ouder wordt hierover geïnformeerd. Het is wenselijk dat een patiënt een kopie krijgt van de correspondentie. Een format voor een verwijsbrief naar de generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz bevindt zich in de herziene [richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts-tweedelijns ggz](#).

Patiënten gaan doorgaans zelf naar het wijkteam of worden na advies naar een wijkteam verwezen. Als een patiënt zich op eigen initiatief heeft gemeld bij het wijkteam en begeleiding en/of behandeling is geïndiceerd koppelt het wijkteam dit terug naar de huisarts mits de patiënt en/of wettelijk vertegenwoordiger daar toestemming voor geeft.

Wanneer een patiënt is verwezen wordt getracht om zo min mogelijk eerder uitgevoerde diagnostiek te herhalen, tenzij daar een reden voor is die in het belang is van het kind. Daarom is het belangrijk om de voorgeschiedenis, eerdere hulpverlening, uitslagen van screeningsinstrumenten en andere relevante diagnostiek te vermelden in de verwijsbrief.

### 5.4.1 Verwijsbrief

Er is een richtlijn die de informatie-uitwisseling tussen huisarts en GGZ beschrijft.

**Er is een richtlijn die de informatie-uitwisseling tussen huisarts en GGZ beschrijft.:**

De NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts-tweedelijns GGZ wordt momenteel herzien. De revisie vindt plaats in afstemming met GGZ-Nederland, LHV, Ineen, VPH, NVVP en NIP. In de volgende revisie is het volgende geagendeerd:

- de uitwerking van de nieuwe regels, waarbij onder meer in de 'envelop' expliciet moet worden aangegeven naar wie de huisarts verwijst;
- verbreding van het domein naar generalistische basis GGZ plus specialistische GGZ;
- het aangepaste schema van onderlinge verwijzingen binnen de GGZ;
- de punten die opgepakt zijn bij de revisie van de onderliggende de Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist (HASP).

In het kader verwijsbrief staan items die hierbij aansluiten.

Wanneer er al meerdere hulpverleners zijn, is het belangrijk om de rolverdeling van de diverse hulpverleners te vermelden (wie is eerste aanspreekpunt voor de patiënt, wie is de zorgcoördinator, wie is regiebehandelaar). Uiteraard wordt de betrokken zorgcoördinator (indien aanwezig) geïnformeerd over de verwijzing.

Een verwijsbrief bevat onder andere de volgende items (indien relevant):

- persoonsgegevens†;
- vraagstelling, reden van verwijzing, hulpvraag van de patiënt†;
- (vermoeden) van een psychische stoornis, beschreven in de DSM-5-classificatie;
- voorgeschiedenis (eerdere behandelingen en resultaat, somatiek);
- psychosociale omstandigheden (informatie over netwerk, gezinssituatie);
- anamnese, allergie, medicatiegebruik;
- uitslag van signalerings- of screeningsinstrumenten;
- suïcidaliteit, risicovol gedrag;
- betrokkenheid (in verleden en/of huidige) van andere hulpverleners;
- indien er meerdere hulpverleners zijn betrokken: rolverdeling eerste aanspreekpunt, zorgcoördinatie en regiebehandelaarschap;
- contactgegevens met wie en hoe overleg kan plaatsvinden†.

Voor het volledige format voor de huisarts van de verwijsbrief naar de GGZ, zie [NHG](#).

† In een verwijsbrief naar het wijkteam komen alleen deze items aan bod.

### 5.4.2 Terugrapportage

Uitgangspunten voor terugrapportage zijn:

- Terugrapportage van de hulpverlener naar de verwijzer vindt plaats na intake, voortgang behandeling na minimaal 6 maanden, zonodig eerder (bijvoorbeeld bij start van medicatie) en bij afsluiting.
- Informeer de huisarts, ook wanneer de huisarts niet de verwijzer is. Op deze manier houdt de huisarts overzicht over de zorg voor het kind en worden dubbele verwijzingen voorkomen.
- Overweeg bij jeugdigen of het zinvol is om naast de huisarts ook de jeugdarts te informeren. Dit kan van toegevoegde waarde zijn als er sprake is van schoolverzuim, zorgmijders, complexe problematiek, geen goede relatie met de huisarts en/of als er meerdere kinderen in zorg zijn. Vraag aan de ouders toestemming hiervoor.
- Koppel dat wat medebehandelaars nodig hebben om (deel van) behandeling goed te kunnen uitvoeren terug naar de rechtstreeks bij de behandeling betrokken hulpverlener van het wijkteam. Is er geen medewerker van het wijkteam rechtstreeks betrokken bij de lopende behandeling? Dan kan een medewerker van het wijkteam alleen betrokken worden indien daarvoor een reden is en de patiënt daarvoor expliciet toestemming geeft.

Terugrapportage van het wijkteam naar huisarts en eventuele andere verwijzer bevat:

- persoonsgegevens;
- verslag van de problematiek voor zover die info relevant is voor die derde;
- informatie over het beleid: aanmelding bij ggz en/of begeleiding door wijkteam zelf;
- bij afsluiting: reden van afsluiting;
- contactgegevens met wie en hoe overleg kan plaatsvinden.

Terugrapportage van behandelaar naar huisarts en eventuele andere verwijzer of medebehandelaar bevat:

- persoonsgegevens;
- samenvatting van de hulpvraag / reden van verwijzing;
- werkdiagnose;
- conclusie en plan van aanpak (behandeling, afspraken voor thuis, school);
- beloop, effect van behandeling;
- rolverdeling van eerste aanspreekpunt, zorgcoördinator en regiebehandelaar;
- andere betrokken hulpverleners;
- evaluatiemoment;
- indien van toepassing: plan van aanpak bij crisis/terugval;
- bij afsluiting: reden van afsluiting, advies, nazorg, afspraken voor thuis en school;
- contactgegevens met wie overleg kan plaatsvinden.

## **5.5 3.5 Overleg**

Elke patiënt die is verwezen naar de generalistische basis jeugd-ggz of naar de gespecialiseerde jeugd-ggz blijft ook in zorg bij de huisarts onafhankelijk van wie heeft verwezen. Daarom is het van belang om bij belangrijke gebeurtenissen of wijzigingen in het beleid de betrokken hulpverleners inclusief de huisarts op de hoogte te houden naast de gebruikelijke vaste momenten van schriftelijke terugkoppeling indien nodig. Afhankelijk van de situatie kan een overleg tussen hulpverleners in persona plaatsvinden maar zal meestal telefonisch, schriftelijk of per beveiligde mail zijn. Daarbij wordt in overweging genomen of het nodig is dat andere hulpverleners (bijvoorbeeld Veilig Thuis,

jeugdbeschermers of school) en/of de jeugdarts worden geïnformeerd. Indien nodig kan een zorgcoördinator een overleg organiseren. Als er nog geen zorgcoördinator is, is het belangrijk dat bij overleg tussen hulpverleners wordt afgesproken wie de rol van zorgcoördinatie heeft. De regiebehandelaar draagt eindverantwoordelijkheid voor het maken van de taakverdeling van zorgcoördinator en eerste aanspreekpunt. De start, bijstelling, stagnatie of afsluiting van behandeling kunnen momenten zijn van overleg. Belangrijke aspecten van overleg zijn:

- De patiënt wordt altijd ingelicht over het overleg en bij voorkeur is de patiënt erbij aanwezig.
- Het overleg moet passend, proportioneel en relevant zijn met een duidelijk doel.
- Er is een heldere vraagstelling met een duidelijke context en verwachte uitkomst.
- Er worden afspraken over zorgcoördinatie gemaakt.
- Schriftelijke toestemming van patiënt met betrekking tot het doel en inhoud (wanneer er sprake is van overleg met niet-behandelende hulpverleners (zoals school).
- Met alle hulpverleners die betrokken zijn, indien relevant bijvoorbeeld met school of jeugdbeschermers.
- Concreet verslag / schriftelijke terugkoppeling aan betrokkenen (ook aan patiënt) van hetgeen besproken is.

Het wijkteam of de JGZ neemt contact op naast de gebruikelijke contactmomenten met de huisarts of andere behandelaar in de generalistische basis jeugd-ggz of gespecialiseerde jeugd-ggz voor overleg:

- bij behoefte aan overleg over de klachten, diagnostiek en/of beleid;
- bij signalen van toenemende klachten, ontregeling of crisis.

De generalistische basis jeugd-ggz neemt contact op met de huisarts voor overleg over:

- de medicamenteuze behandeling;
- aanvullende somatische diagnostiek;
- de thuissituatie wanneer deze onvoldoende duidelijk wordt in het belang van het kind.

De gespecialiseerde jeugd-ggz neemt contact op met de huisarts voor overleg over:

- controle van de medicamenteuze behandeling;
- aanvullende somatische diagnostiek;
- doorgeven en bespreking van een signalerings- en crisisplan

De huisarts neemt contact op met de generalistische basis jeugd-ggz over patiënten die in zorg zijn bij de generalistische basis jeugd-ggz bij:

- signalen van crisis, psychiatrische ontregeling of het niet opvolgen van medische adviezen en/of leefstijladviezen ter voorkoming van ontregeling;
- belangrijke levensgebeurtenissen die van invloed zijn op de klachten;
- voorschrijven en wijzigen van psychofarmaca.

De huisarts neemt contact op met de gespecialiseerde jeugd-ggz over patiënten die in zorg zijn bij de gespecialiseerde jeugd-ggz bij:

- niet opvolgen van medische adviezen en leefstijladviezen die belangrijk zijn ter voorkoming van

ontregeling;

- signalen van crisis of psychiatrische ontregeling;
- belangrijke levensgebeurtenissen;
- interfererende somatische aandoeningen.

## 5.6 3.6 Consultatie

Behandelaars in de ggz en de huisarts kunnen elkaar consulteren

**consulteren:** Consultatie: bij complexe (langdurige) zorgsituaties ten aanzien van ernstig probleemgedrag kan het Centrum voor Consultatie en Expertise worden geraadpleegd.

[Meer informatie](#)

over bijvoorbeeld specifieke vragen of medebehandeling. Consultatie vindt plaats als de patiënt hiervoor toestemming geeft. Voor anonieme consultatie is geen toestemming nodig. Het is van belang onderscheid te maken tussen consultatie en intercollegiaal overleg. Een intercollegiaal overleg is een kortdurende vraag over bijvoorbeeld medicatie of noodzaak tot verwijzing. Hiervoor is geen toestemming van de patiënt vereist mits de patiënt anoniem wordt besproken.

Kenmerken van een consultatie zijn:

- het betreft problemen die de behandelaar ervaart met de patiënt (bijvoorbeeld over diagnostiek, beleid, dilemma's in de omgang met de patiënt);
- het is incidenteel;
- het vindt plaats op basis van vertrouwelijkheid en gelijkwaardigheid;
- het levert iets op: concreet advies, nieuw inzicht of perspectief;
- de consulent geeft advies en is niet verantwoordelijk voor de behandeling.

Consultatie van de generalistische basis jeugd-GGZ of gespecialiseerde jeugd-GGZ wordt overwogen bij:

- diagnostische vragen;
- advies ten aanzien van terugvalpreventie;
- advies vervolgtraject;
- advies ten aanzien van omgang met patiënt;
- (stagnatie) behandeling door huisarts en POH-GGZ voor advies over verdere aanpak.

Consultatie van de gespecialiseerde jeugd-GGZ bij:

- vragen omtrent gebruik van psychiatrische medicatie;
- somatische en/of psychiatrische comorbiditeit die van invloed is op de behandeling van de psychische aandoening;
- bij twijfel over wilsbekwaamheid;
- vragen omtrent een stoornis in het gebruik van middelen met daarbij een fysiek afhankelijkheidsbeeld; inzet medicatie voor terugvalpreventie waarbij verwijzing niet haalbaar is.

## 5.7 3.7 Evaluatie

Het regelmatig en systematisch evalueren van de behandeling tussen hulpverlener en de patiënt en ouders draagt bij aan de effectiviteit van de zorg en leidt tot een daling van de behandelduur. Bovendien leidt het evalueren tot een grotere betrokkenheid van het kind/de jongere en ouders bij de behandeling. Door regelmatig samen met de hulpverlener de zorg te evalueren kan de behandeling indien nodig worden bijgestuurd en aangepast. (zie Generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere, bijlage V) en (Generieke module Psychische klachten in de kindertijd, hoofdstuk 3.5).

Daarom is er regelmatig een evaluatiemoment tijdens begeleiding en/of behandeling in elke echelon tussen de behandelende hulpverleners met patiënt/ouders. Er zijn twee belangrijke doelen van deze evaluatie namelijk een beoordeling van het effect van de behandeling en inschatten of op- of afschalen van de ingezette hulp nodig is. De volgende punten komen tijdens de evaluatie aan bod:

- mate van voortgang;
- haalbaarheid en termijn behalen behandeldoel;
- draagkracht/draaglast van patiënt en systeem.

## 5.8 3.8 Crisis

Een crisis is ongewenst en kan een traumatische ervaring zijn voor het kind en zijn omgeving. Het aantal te voorkomen crisissen (in de gesloten jeugdzorg) [lijkt toe te nemen](#). Een vermijdbare crisis dient voorkomen te worden en tijdig opschalen van zorg is hiervoor waarschijnlijk een van de oplossingen. Het is daarom van belang om tijdig passende zorg te geven.

GGZ Nederland, het Netwerk Hoofden Crisisdienst ggz, de Nederlandse Zorgautoriteit en politie hanteren de volgende crisisdefinitie:

**Bron:** Bron: Acute geestelijke gezondheidszorg – knelpunten en verbetervoorstellen in de keten (S.vdErf, G. Boonzaaijer en J.P. Heida, SIRM, 11-02-2015).

“In de Wvggz wordt niet langer de term 'gevaar' gehanteerd, maar spreekt men van 'ernstig' nadeel”

Crisis bij een patiënt die bekend is met ggz-problematiek verschilt op verschillende punten van een acuut somatisch zieke patiënt. Psychiatrische patiënten hebben in crisis vaak geen ziektebesef en zijn daardoor vaak niet gemotiveerd voor behandeling. Daarnaast gaan acute psychiatrische stoornissen vaak gepaard met gedragsstoornissen zoals agressief gedrag wat het opvangen van een psychiatrische patiënt in crisis ingewikkeld kan maken. Ook is bij misdraging van een psychiatrische patiënt vaak niet duidelijk of de oorzaak de stoornis is of dat de patiënt zich moedwillig misdraagt.

**Bron:** Bron: Acute geestelijke gezondheidszorg – knelpunten en verbetervoorstellen in de keten (S.vdErf, G. Boonzaaijer en J.P. Heida, SIRM, 11-02-2015).

Bovendien spelen er bij een kind met ggz-problematiek regelmatig factoren in de (gezins)dynamiek die een crisis mede kunnen beïnvloeden. Dit kunnen zowel beschermende als risicofactoren zijn. Al langer bestaande overbelasting van gezinsleden en een verstoord interactiepatroon, beide ten gevolge van de problematiek van het kind, kunnen bijvoorbeeld bijdragen aan het ontstaan en in stand houden van een crisissituatie. Belangrijk is de pedagogische problemen mee te beoordelen met de psychiatrische problematiek van het kind en hier ook rekening mee te houden in de adviezen voor vervolgzorg. Bij een kind dat in crisis is zijn vaak verschillende partijen betrokken in verschillende fasen van de crisis zoals ouder / verzorger en overige gezinsleden; school / werk; (jeugd)hulpverleners: eigen behandelaars, huisarts, politie, SEH, crisisdienst, ambulancepersoneel, ggz- instelling, wijkteam, instelling (jeugdbescherming), Veilig Thuis.

Ouders, politie en/of behandelaren kunnen een kind, die in crisis is, aanmelden bij de hulpverlening. De crisisdienst die na de aanmelding meestal wordt ingeschakeld is vooral ingericht voor volwassenen en niet zozeer voor de jeugd. Het komt voor dat kinderen met psychische problematiek in een politiecel terechtkomen bij gebrek aan opvangmogelijkheden binnen de jeugdhulp. Dit is onwenselijk.

Voor crisis bij kinderen met verslavingsproblematiek hebben jeugd- en verslavingszorg in sommige regio's een eigen crisisteam en –opvang. Meestal zijn deze crisisdiensten buiten kantooruren niet beschikbaar en vangt de reguliere crisisdienst in de regio buiten kantoor tijden alle personen in crisis op.

**Bron:** Bron: Acute geestelijke gezondheidszorg – knelpunten en verbetervoorstellen in de keten (S.vdErf, G. Boonzaaijer en J.P. Heida, SIRM, 11-02-2015).

### **5.8.1 Regionale afspraken**

Maak regionale afspraken over de sociale kaart en goede bereikbaarheid bij crisis. Belangrijk is dat er in iedere regio tussen de verschillende hulpverlenende partijen heldere afspraken bestaan voor 24/7 zorgaanbod met betrekking tot de beoordeling, vervoer, opvang en behandeling van een patiënt in crisis. Deze faciliteren de helderheid en eenduidigheid van de communicatie tijdens crisis en maken voor alle partijen duidelijk wie verantwoordelijkheid draagt voor welk deel van de in te zetten hulp in de crisissituatie (ook bij multiproblematiek).

Bij het maken van regionale afspraken over de hulpverlening bij crisis zijn de volgende aandachtspunten van belang:



**Bron:** Bron: Acute geestelijke gezondheidszorg – knelpunten en verbetervoorstellen in de keten (S.vdErf, G. Boonzaaijer en J.P. Heida, SIRM, 11-02-2015).

- • Logistiek:
- Waar komt crisismelding binnen? Meldkamer, eigen behandelaar, huisarts?
- Wie zijn eerst betrokken hulpverleners? Huisarts, politie, SEH, eigen behandelaars, ambulance?
- Waar wordt de patiënt beoordeeld? Thuis, SEH, kantoor crisisdienst, politiebureau, SEH/ziekenhuis, ggz- instelling?
- Wie beoordeelt de crisis (toestandsbeeld en inschatting gevaar en hoe dit af te wenden)? Eigen behandelaar, consulent psychiater op SEH, crisisdienst?
- Waar moet de patiënt naar toe vervoerd worden? Eigen vervoer, politie, ambulance?
- Wat is er nodig na de crisis? Somatische hulp, psychiatrische hulp (ambulante vervolcontacten bij crisisdienst of eigen behandelaar; opname vrijwillig of verplicht)?
- Tijdige toegang tot de juiste hulp;
- Beschikbaarheid van hulpaanbod (inclusief acute opnameplaatsen) bij dringende hulpvragen / triage;
- Vervolgzorg na crisis;
- Heldere communicatie tijdens en na de crisis tussen alle betrokkenen (ook naasten);
- Evaluatie op patiëntniveau en op hulpverlenersniveau om de zorg verder te kunnen optimaliseren.

Het is belangrijk dat er in iedere regio afspraken zijn met wijkteam, Veilig Thuis en instellingen over hoe er wordt samengewerkt indien er bij een patiënt zorgen zijn over de veiligheid in het gezin. In verband met de behandelrelatie is het wenselijk dat de regie over de zorg en de regie over de veiligheid niet door 1 partij geleverd wordt.

### **5.8.2 Preventieve maatregelen**

De hulpverlener maakt de volgende afspraken met de patiënt bij recidiverende of verwachte crisis:

- maak een signaleringsplan met de patiënt en stel betrokken ouders, hulpverleners en huisarts hiervan op de hoogte;
- zorg voor afspraken met de crisisdienst.

De behandelaar informeert de betrokken ouders (bij voorkeur ook bij patiënten  $\geq 18$  jaar) indien een crisissituatie zich voordoet.

(Voor meer informatie: zie [Generieke module Acute psychiatrie](#)).

## **5.9 3.9 Overdracht vanuit jeugd-GGZ naar huisartsenzorg**

Bij een chronische, stabiele situatie kan de vraag vanuit de gespecialiseerde jeugd-GGZ komen om de patiënt over te dragen naar de huisarts. Echter het overnemen van patiënten met een chronische maar stabiele psychiatrische aandoening door de huisarts kan niet zonder meer plaatsvinden. Onmisbare voorwaarde is een goede afstemming en samenwerking tussen de huisartsenzorg en de

gespecialiseerde ggz op basis van een gedeelde visie op het belang, het doel en de aard van de zorg voor de patiënt. Het is essentieel dat de huisarts door de medisch specialist wordt geïnformeerd over het te verwachten beloop, het omgaan met de medicatie en het signalerings- en crisisplan met behandeladvies voor situaties waarin de patiënt niet stabiel is. De medisch specialist en ggz-instelling moeten overdag en tijdens de avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren) beschikbaar zijn voor collegiaal overleg en om de patiënt zo nodig (tijdelijk) over te nemen. De toegankelijkheid zonder wachttijd moet dan ook gewaarborgd zijn. De huisarts moet expliciet akkoord gaan met de overname van een patiënt. De begeleiding van patiënten met een chronische psychische aandoening vraagt naast voldoende beschikbare tijd ook om competenties op gebieden waarop huisartsen zich niet altijd bekwaam voelen. Met name de vaak meervoudige complexe medicatie voor deze patiëntenpopulatie overstijgt in het algemeen de kennis van de huisarts. Daarin moet worden voorzien in de afstemming met de medisch specialist. Als een huisarts zich niet bekwaam acht om een patiënt te behandelen moet hij het overnemen van een patiënt ook kunnen weigeren. Begeleiding in de huisartsenzorg is ook afhankelijk van de omstandigheden van de patiënt. De patiënt moet stabiel zijn en de samenwerkingsrelatie tussen de patiënt en de huisarts (of POH-GGZ) moet zodanig zijn dat er redelijk betrouwbare afspraken kunnen worden gemaakt. Bij deze patiënten zijn de vertrouwensrelatie en de begeleiding van de eigen huisarts extra belangrijk.

Aandachtspunten bij de (medicatie-) overdracht van de gespecialiseerde jeugd-GGZ naar de huisartsenzorg zijn:

- De huisarts kan de zorg voor een patiënt met chronische psychische problematiek in overleg met de hulpverlener van de gespecialiseerde ggz overnemen mits de huisarts instemt met het overnemen van de zorg en er een goede overdracht is met informatie over de diagnose en het beloop, de medicatie- en het controlebeleid, een begeleidingsadvies en een signalerings- en crisisplan. Ook moeten goede afspraken zijn gemaakt met de behandelaar over consultatie en de mogelijkheid van directe hulp aan de patiënt bij optredende crisis.
- In de zorg voor patiënten met een chronische psychische aandoening wordt prioriteit gegeven aan het contact tussen de eigen huisarts/POH-GGZ en de patiënt (persoonlijke continuïteit).
- De huisarts zorgt bij een dreigende crisis dat informatie over de patiënt vanuit de gespecialiseerde ggz beschikbaar is op de huisartsenpost.
- De huisarts maakt afspraken met de crisisdienst over een directe terugverwijsmogelijkheid voor de patiënt voor wie de zorg is overgenomen.

**Bron:** Volledige tekst uit: NHG/LHV Standpunt Geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenpraktijk.

## **5.10 3.10 Hulp overige voorzieningen**

Wanneer bij verwijzing naar een ander echelon de zorg wordt uitgebreid of afgebouwd is het van belang om ook te beoordelen of hulp vanuit overige voorzieningen nodig is. Gemeenten investeren in het algemeen in het preventieve veld van overige voorzieningen. Dit zijn voorzieningen die vrij toegankelijk zijn. Hierbij kan gedacht worden aan laagdrempelige ontmoetingsplekken in wijken,

jongerenwerk, opvoedondersteuning, hulp bij de thuisadministratie, cliëntondersteuning etc. Het kind en zijn ouders kunnen gebaat zijn bij doorverwijzing naar dergelijke voorzieningen naast of in plaats van begeleiding/behandeling als individuele voorziening. Afhankelijk van de lokale situatie kan het wijkteam en/of de jeugdgezondheidszorg ook een monitorende rol vervullen bij afschaling of afsluiting van de zorg.

## 6. 4. Aanbevelingen voor het werkveld

Autorisatiedatum 14-03-2019 Beoordelingsdatum 14-03-2019

### 6.1 4. Aanbevelingen voor het werkveld

Als hulpverleners makkelijk vindbaar, toegankelijk en goed bereikbaar zijn voor patiënten én andere hulpverleners ondersteunt dat een goede samenwerking. JGZ, jeugdhulp waaronder de jeugd-GGZ, sociaal maatschappelijke dienstverlening en huisartsenzorg liggen in elkaars verlengde. Korte lijnen met de wijkteams zijn daarbij ondersteunend. Het is daarom essentieel dat hulpverleners op de hoogte zijn van de deskundigheid van het wijkteam en het lokale aanbod op het gebied van opvoeden en opgroei-ondersteuning, psychologische, psychosociale, kindergeneeskundige en psychiatrische zorg. Met dit voor ogen heeft de werkgroep een aantal aanbevelingen voor het werkveld geformuleerd:

- Elke gemeente moet een actuele, overzichtelijke, goed leesbare en een eenvoudig vindbare sociale kaart hebben, zodat het voor patiënten én professionals duidelijk is welke hulpverleners in de regio werkzaam zijn.
- Op de website van de wijkteams staan naast de contactgegevens ook de medewerkers met kwalificatie beschreven.
- Maak regionale afspraken over de sociale kaart bij crisissituaties. Items zoals bereikbaarheid (24/7), taakverdeling (wie beoordeelt aard van problematiek, veiligheid en opvang van gezinsleden?) en regievoering tijdens een crisis moeten hierbij aan bod komen.
- Voor de toegankelijkheid van zorg zijn de Treeknormen van toepassing tenzij er afwijkende normen voor wacht- of toegangstijden zijn vastgelegd. Echter: voor de jeugd-GGZ gelden de Treeknormen niet. Dergelijke normen en regionale afspraken over de wachttijden zijn wel wenselijk.
- Niet alleen binnen de jeugd-GGZ maar voor alle betrokken jeugdhulpverleners rondom een patiënt is het belangrijk om onderling en in afstemming met de patiënt met elkaar samen te werken om tot een zo optimaal mogelijk gezamenlijk aanbod te komen.
- Maak regionale afspraken welke informatie wordt teruggekoppeld naar de huisarts zodat niet te weinig maar ook niet teveel (zoals uitgebreide observaties) wordt teruggekoppeld.
- Maak samenwerkingsafspraken tussen alle hulpverleners die werkzaam zijn in de jeugdhulp en het sociale domein.
- Gezien de grote landelijke verschillen in de samenstelling van de wijkteams kunnen geen algemeen geldende verwijsafspraken voor het wijkteam worden opgesteld; hier is echter grote behoefte aan. Het is wenselijk dat er landelijk minder verschillen zijn in de samenstelling van de wijkteams. Het is aan te bevelen dat er landelijk geldende minimale eisen worden gesteld aan de samenstelling van een wijkteam.

## 7. 5. Totstandkoming

Autorisatiedatum 14-03-2019 Beoordelingsdatum 14-03-2019

### 7.1 5. Totstandkoming

In september 2016 startte een werkgroep met de ontwikkeling van de Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-GGZ. De werkgroep bestond uit een afvaardiging van:

- MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid (voorheen: Landelijk Platform GGZ LPGGZ);
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP);
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN);
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG);
- Federatie voor psychologen, pedagogen en psychotherapeuten (P3NL);
- Artsen jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN);
- Nederlands Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK);
- Landelijke vereniging voor POH-GGZ (LV POH-GGZ);
- Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk (BPSW).

Het project is uitgevoerd door het NHG.

In de werkgroep zaten namens MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid : J. Gomes en L.Stomphorst, beleidsmedewerker; namens NVvP: A. Heerma, kinder- en jeugdpsychiater De Bascule, te Amsterdam; namens V&VN: V. Hermans, jeugdverpleegkundige werkzaam bij GGD Brabant/Tilburg en wijkteam; namens NHG: A.J. Klein Ikkink, huisarts te Breukelen; namens P3NL: G. Mulder, klinisch psycholoog/psychotherapeut te Leusden, E. Vogels, gezondheidszorgpsychologe te Soest, L.Reijers, orthopedagoge-generalist; namens AJN: C. van der Hoeven jeugdarts Centrum Jeugd en Gezin Bussum, tevens vertrouwensarts bij Veilig Thuis; namens NVK: I. Rours; kinderarts, eigenaar zelfstandig behandelcentrum in Rotterdam; namens LV POH-GGZ: E. Dekker, orthopedagoog en GZ-psycholoog, werkzaam als POH-GGZ(jeugd) in Almere; namens BPSW: M. Compagner, SPH en GGz-agoog, tot 1 januari 2017 werkzaam met jongeren met dubbeldiagnose-problematiek. M. de Vries, gezondheidswetenschapper, werkzaam bij het RIVM (tot jan 2017) en bij Raad van Toezicht GGZ Rivierduinen was de voorzitter en dr. J.A. Vriezen, teamleider NHG en M.J. Kurver, wetenschappelijk medewerker NHG, begeleidten het proces en schreven de conceptafspraken.

De adviesgroep startte 24 oktober 2016. De volgende organisaties waren hiervoor uitgenodigd: Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB), GGZ Nederland (GGZ NL), InEen, Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP), Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP), Platform MEER GGZ (Meer GGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en Trimbos. De adviesgroep kwam tweemaal bijeen.

## 8. 6. Implementatieplan

Autorisatiedatum 17-06-2020 Beoordelingsdatum 17-06-2020

### 8.1 Kwaliteitsstandaarden

Volgens de definitie van Zorginstituut Nederland beschrijft een kwaliteitsstandaard in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Zowel richtlijnen, zorgstandaarden als generieke modules vallen onder de verzamelnaam 'kwaliteitsstandaard'.

**'kwaliteitsstandaard':** Kwaliteitsstandaarden zijn niet statisch maar worden periodiek beoordeeld of aanpassing c.q. uitbreiding nodig is. Vanaf publicatie van een standaard vindt jaarlijks een eenvoudige beoordeling plaats waarbij (kleine) aanpassingen waar nodig worden verwerkt. Eens in de 4 jaar start een volledige revisiebeoordeling van iedere standaard.

Een zorgstandaard biedt voor álle professionals, patiënten en hun naasten een kapstok door te beschrijven hoe integrale zorg bij een bepaalde aandoening er uit ziet vanuit het perspectief van de patiënt (beschrijving optimale zorg). Een zorgstandaard beschrijft het complete zorgcontinuüm (ofwel alle fases waar een patiënt mee te maken krijgt of kan krijgen) voor een bepaalde psychische aandoening. In een zorgstandaard komt niet alleen een groot aantal mogelijke zorgproblemen aan de orde, maar wordt ook expliciet de organisatie van het zorgproces beschreven. Dat alles gezien vanuit het perspectief van de patiënt.

Een richtlijn is een document met aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met psychische aandoeningen, gebruikmakend van wetenschappelijk onderzoek aangevuld met expertise en ervaringen van professionals, patiënten en naasten. Voor specifieke situaties gebruiken professionals de richtlijnen die relevant zijn voor hun specifieke beroepsgroep en specifiekere dan de zorgstandaard ingaan op wat er op dát moment aan zorg geleverd kan worden (beschrijving minimale zorg). Aan één zorgstandaard kunnen dus meerdere richtlijnen ten grondslag liggen (bijvoorbeeld de NHG-richtlijnen van huisartsen, een MDR opgesteld en geautoriseerd door psychiaters en psychologen, richtlijnen voor verpleegkundigen, etc.).

Een generieke module biedt, net als een zorgstandaard, professionals, patiënten en naasten een kapstok door te beschrijven hoe integrale zorg er uit ziet vanuit het perspectief van een patiënt. Het verschil tussen een zorgstandaard en een generieke module is dat een zorgstandaard stoornis specifiek is en een generieke module juist zorgcomponenten of zorgonderwerpen beschrijft die relevant zijn voor meerdere psychische aandoeningen. De zorg die wordt beschreven in een generieke module kan, afhankelijk van de aandoening, in één of meerdere fases van het zorgproces van toepassing zijn.

Zorgstandaarden, richtlijnen en generieke modules vormen een eenheid. Hiermee kunnen de

professional en de patiënt samen de behandeling vormgeven.

## 8.2 Gebruik van kwaliteitsstandaarden

Zorgstandaarden en generieke modules vormen samen met multidisciplinaire richtlijnen, wet- en regelgeving en beroepsethiek de basis voor de zorgprofessional om tot goede zorg te komen (de professionele standaard).

**(de professionele standaard):** De professionele standaard in de gezondheidszorg is het geheel van professionele medische normen dat beschrijft wat in een bepaalde situatie 'goed handelen' is. De professionele standaard zorgt ervoor dat zorgverleners goede, veilige en verantwoorde zorg leveren. De professionele standaard is als zodanig geen regel, maar een 'kapstok', die nader is uitgewerkt in wetten, richtlijnen, protocollen, beroepscode, uitspraken van de tuchtrechter, kwaliteitsstandaarden, gedragsregels en handreikingen. De professionele standaard kan dus gezien worden als de gedeelde waarden en normen binnen een beroepsgroep.

[Meer informatie](#)

De zorgprofessional kan er beargumenteerd van afwijken als - naar zijn oordeel en in samenspraak met de patiënt - de belangen van de patiënt daarmee beter zijn gediend vanwege diens specifieke situatie en voorkeuren.

De toepassing van professionele standaarden komt voort uit het [Burgerlijk wetboek, artikel 453](#). Daarin staat dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden 'de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en daarbij handelt in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.'

**professionele standaard.:** Artikel 1 van de Zorgverzekeringswet geeft de definitie van een professionele standaard: een richtlijn, module, norm, zorgstandaard dan wel organisatiebeschrijving, die betrekking heeft op het gehele zorgproces of een deel van een zorgproces. Een professionele standaard legt vast wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de patiënt goede zorg te verlenen en is in een openbaar register opgenomen.

[Meer informatie](#)

Een kwaliteitsstandaard beschrijft in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Kwaliteitsstandaarden zijn echter geen doel op zich. Zij hebben een functie in het proces van kwaliteitsbevordering. Kwaliteitsstandaarden vervullen een onmisbare functie in de kwaliteitscyclus. In die context bevorderen ze de [kwaliteit en doelmatigheid van de zorg](#). Op welke wijze zorgaanbieders en financiers, maar ook patiënten/burgers en zorgverzekeraars kwaliteitsstandaarden gebruiken in de respectievelijk zorginkoopmarkt en zorgverzekeringsmarkt, is

aan hen om in te vullen.

### **8.2.1 Monitoring van de implementatie**

Eén van de taken van Akwa GGZ is het evalueren van het gebruik van kwaliteitsstandaarden en het inzichtelijk maken hoe de kwaliteit van zorg in de ggz zich ontwikkelt. In de tweede helft van 2019 bouwt Akwa GGZ een structuur op waarmee de implementatiegraad van de kwaliteitsstandaarden kan worden gemeten.

## **8.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen**

Een kwaliteitsstandaard beschrijft grotendeels de bestaande praktijk ten aanzien van de zorg voor mensen met psychische klachten en aandoeningen. In de standaard zijn verwijzingen opgenomen naar onderliggende richtlijnen en veldnormen van de afzonderlijke beroepsgroepen. Zo is de standaard voor een groot deel al ingebed in het dagelijks werk van de zorgprofessional.

Deels bevat de kwaliteitsstandaard nieuwe elementen, of komen bestaande elementen prominenter naar voren in de inhoud en organisatie van zorg. De kwaliteitsstandaard is geschreven vanuit het perspectief van de patiënt en diens naaste. Aandacht voor herstel en eigen regie komen daardoor nadrukkelijker aan bod dan in bijvoorbeeld richtlijnen; gezamenlijke besluitvorming over de behandeling door patiënt en professional vormt in alle standaarden een kernelement. Andere elementen zijn bijvoorbeeld de wijze waarop de verschillende zorgonderwerpen met elkaar in verband gebracht worden (multidisciplinair en integraal), het betrekken van naasten en ervaringsdeskundigen en het monitoren van de behandeling. De opstellers van deze kwaliteitsstandaard zijn zich ervan bewust dat de implementatie van deze elementen een transitie betekent die een gemeenschappelijke inspanning vraagt van zorgverleners, zorgaanbieders, patiënten en financiers. Al deze partijen zetten zich gezamenlijk in om deze kwaliteitsstandaard zo goed en zo snel mogelijk te implementeren.

## **8.4 Bestaande afspraken**

Zorgprofessionals en zorgaanbieders in de 'brede ggz' zijn nu aan zet. Zij moeten kennisnemen van de inhoud van deze kwaliteitsstandaard en vervolgens aan de slag gaan met de implementatie ervan. Zorgprofessionals en zorgaanbieders hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor implementatie in hun eigen organisatie. Koepel-, branche en beroepsorganisaties helpen hun leden hierbij.

Een aantal algemene thema's speelt bij de implementatie van (vrijwel) alle standaarden een rol. Dit zijn thema's waar in algemene zin aandacht voor moet zijn én aandacht voor moet blijven om de kwaliteit van de zorg steeds verder te verbeteren. Het gaat om de zes thema's bewustwording en kennisdeling, samenwerking, capaciteit, behandelaanbod, financiering en ICT. Dit zijn ook thema's waar in sommige gevallen zorgen over zijn en knelpunten worden gezien bij implementatie van de standaarden. Implementatie-activiteiten voor deze zes thema's moeten geen losstaande actiepunten zijn. In de meeste gevallen zijn deze actiepunten al onderdeel van bestaande afspraken zoals onder andere verwoord in het [Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg \(ggz\) 2019 t/m 2022](#) en [Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022](#). Landelijke implementatie van de



kwaliteitsstandaarden in het veld is daarmee direct gekoppeld aan de planning en gemaakte afspraken in deze bestuurlijk akkoorden. Daarom koppelen we de planning van implementatie van deze standaard aan de looptijd van de bestuurlijk akkoorden.

Concreet betekent dit dat de partijen uit de brede ggz zich inzetten om alle kwaliteitsstandaarden voor de ggz op 31 december 2022 volledig geïmplementeerd te hebben.

## **8.5 Algemene implementatie thema's**

De implementatie van de kwaliteitsstandaard vraagt tijd en energie van alle partijen. Maar dat is niet voor niks: werken volgens kwaliteitsstandaarden biedt ook kansen voor effectievere en doelmatiger behandelingen.

De afspraken in het algemene deel van het plan richten zich daarom vooral op uitvoerbaarheidsissues die een landelijke aanpak vragen om implementatie op lokaal/regionaal niveau mogelijk te maken. Iedere regio en iedere zorgaanbieder is anders. De mate van wat er nog geïmplementeerd moet worden en hoe dat het beste gedaan kan worden, verschilt per situatie. Op lokaal niveau moet implementatie verder worden ingevuld, bijvoorbeeld in de vorm van een (lokaal) uitvoeringsplan.

### **8.5.1 Bewustwording en kennisdeling**

Verandering begint bij bewustwording. Ook in de ggz. De zorgstandaarden en generieke modules stellen, meer dan zorgverleners tot nu toe gewend waren van professionele standaarden, expliciet het perspectief van patiënten centraal. Dat kan misschien wel tot een ander gesprek in de behandelkamer leiden, waarin via gezamenlijke besluitvorming mogelijk ook andere keuzes voor behandeling en begeleiding worden gemaakt. Kennisdeling en bewustwording zijn de sleutelwoorden om deze verandering te realiseren.

Kennisdeling draagt bij aan het beter begrijpen van de impact die psychische aandoeningen op een patiënt hebben, en van hun wensen en ideeën over behandeling en herstel. Kennis delen gebeurt op verschillende niveaus: in de (basis)opleiding tot zorgprofessionals, tijdens bij- en nascholing van professionals maar kan ook bijvoorbeeld via een landelijke campagne. Het delen van kennis kan hierdoor bijdragen aan bijvoorbeeld:

- het verminderen van stigma over mensen met psychische aandoeningen, in de zorg maar ook daarbuiten;
- het realiseren van een culturomslag in eigen organisatie;
- het creëren van draagvlak voor het gebruik en de inhoud van de standaard;
- oog hebben voor specifieke problematiek;
- oog hebben voor eventuele risico's.

#### **Landelijke afspraken**

Iedere professional zorgt ervoor dat hij de kwaliteitsstandaarden kent die voor uitoefening van zijn beroep nodig zijn. Zorgaanbieders faciliteren hun medewerkers, zodat zij deel kunnen nemen aan de benodigde bij- en nascholing.

Het bestuurlijk akkoord bevat een groot aantal actiepunten die kennisdeling over en bewustwording van de kwaliteitsstandaarden stimuleren:

- Partijen benadrukken dat het belangrijk is dat professionals kunnen werken volgens de geldende kwaliteitsstandaarden. Daartoe moeten professionals voldoende in de gelegenheid worden gesteld om bij- en nascholing te volgen. De financiering daarvan is onderdeel van de contracteringsafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
- Partijen hebben met elkaar afgesproken dat beroepsgroepen structureel de doorontwikkeling van opleidingen borgen die betrekking hebben op ggz en begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering). De zorgstandaarden worden ingebed in de opleidingen.
- Het akkoord bevat afspraken over bijvoorbeeld het beschikbaar stellen van extra opleidingsplaatsen voor gz-psychologen en het in beeld brengen van de personele capaciteitsbehoefte.

Deze afspraken ten aanzien van opleiding dragen bij aan het verankeren van kennis over en gebruik van kwaliteitsstandaarden in de praktijk. Onderstaande partijen zetten zich in voor uitvoering van deze afspraken op landelijk niveau.

Lokale oplossingsrichtingen

Professionals in de ggz hebben de 'verantwoordelijkheid' om hun collega's in aanpalende domeinen daar waar nodig kennis bij te brengen over psychische aandoeningen en over de (inhoud van) de daarbij behorende kwaliteitsstandaard. Denk hierbij aan het organiseren van een cursus of voorlichting over psychische aandoeningen aan collega's van de somatische afdelingen in het ziekenhuis of een informatie-bijeenkomst over jeugd-ggz aan gemeenten.

### **8.5.2 Samenwerking**

Zorgverleners functioneren in professionele netwerken binnen de gezondheidszorg en het sociale domein. Vaak zijn er meerdere professionals betrokken bij de behandeling en is een duidelijke rolverdeling tussen die professionals (binnen en tussen organisaties) nodig. Voor een goede implementatie van kwaliteitsstandaarden maken professionals (in en buiten de ggz), aanbieders, financiers en andere betrokkenen duidelijke samenwerkingsafspraken zodat de continuïteit en kwaliteit van de zorg niet in het geding komt. Goede en snelle informatie-uitwisseling (met respect voor privacy-wetgeving) en toegankelijkheid van informatie zijn daarbij belangrijke randvoorwaarden om de samenwerking goed te laten verlopen. Het [Landelijk Schakelpunt](#), waarin zorgverleners met toestemming van de patiënt eenvoudig inzicht hebben in het medicatieoverzicht van de patiënt, is een voorbeeld van een hulpmiddel voor uitwisseling van en toegang tot informatie. Steeds meer GGZ-instellingen sluiten zich hier al bij aan.

Landelijke afspraken

Het bestuurlijk akkoord bevat een aantal actiepunten die de benodigde samenwerking in het kader van implementatie van de kwaliteitsstandaarden stimuleren: in de (door)ontwikkeling van opleidingen die betrekking hebben op ggz en begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering) wordt meer aandacht besteed aan samenwerking tussen verschillende domeinen en het organiseren van integrale zorg.

Ondertekende partijen schatten in dat de invoering van het kwaliteitsstatuut en de afspraken over

samenwerking in het bestuurlijk akkoord voldoende helder zijn en dat voor implementatie van de standaard geen aanvullende afspraken nodig zijn.

Lokale oplossingsrichtingen

Zowel zorgprofessionals, zorgaanbieders als samenwerkingspartners besteden nu al veel aandacht aan lokale en regionale samenwerking. Dankzij deze samenwerking kunnen zij onnodige en dure zorg voorkomen. Iedere professional werkt binnen de eigen lokale en regionale context uiteraard samen met collega's, maar ook met partners zoals huisartsen, jeugdzorg, wijkteams, gemeenten, ziekenhuis, school, woningcoöperaties of UWV.

Als leidraad voor deze samenwerkingafspraken dienen:

- De Landelijke GGZ Samenwerkingsafspraken: deze vormen de basis van afspraken tussen huisartsen, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ.
- Het kwaliteitsstatuut: hierin staan werkafspraken die de zorgaanbieder maakt over het vormgeven van de afstemming en samenwerking tussen professionals, over op- en afschalen en over een goede overdracht.
- In het kader van het bestuurlijk akkoord maken gemeenten en zorgverzekeraars stapsgewijs regionale afspraken over beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg: maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie. Zorgaanbieders en gemeenten maken afspraken over de betrokkenheid van ggz-hulpverleners bij het wijknetwerk.
- In het bestuurlijk akkoord is ook vastgelegd dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over de manier waarop de zorgprofessional voldoende ruimte en tijd krijgt voor goede samenwerking en afstemming.

### **8.5.3 Capaciteit**

Een succesvolle uitvoering van de kwaliteitsstandaarden vereist voldoende capaciteit en tijd van professionals. In de huidige praktijk staan beschikbare tijd en capaciteit van professionals onder druk. Waar in sommige gevallen sprake is van een personeelstekort, is in andere gevallen sprake van problemen met optimale inzet van bepaalde professionals. Het organiseren en leveren van de zorg zoals beschreven in de kwaliteitsstandaarden kan resulteren in extra druk op bepaalde beroepsgroepen, verschuiving van inzet van de ene naar de andere beroepsgroep, maar mogelijk ook in minder werkdruk doordat de standaard goed wordt uitgevoerd en/of professionals beter samenwerken.

Ook blijken er in de praktijk behoorlijk wat problemen te zijn bij verwijzingen, met name veel te lange wachttijden voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen die verwezen worden naar de S GGZ.

Landelijke afspraken

In het bestuurlijk akkoord is benoemd dat op dit moment sprake is van (ernstige) arbeidsmarktproblematiek. Voor zorg en welzijn wordt in 2022 een groot personeelstekort verwacht. De bestuurlijk akkoorden (ggz en huisartsenzorg) bevatten hiervoor een aantal actiepunten:

- Bestaande (behandel)capaciteit kan beter ingezet via vermindering van administratieve lasten en

een betere taakverdeling, beter benutten van de mogelijkheden die functiedifferentiatie en taakherschikking bieden, alsook het opleiden van professionals in de ggz, bijvoorbeeld door het beschikbaar stellen van extra opleidingsplaatsen voor gz-psychologen en het in gericht in beeld brengen van de personele capaciteitsbehoefte.

- (Tijdelijk) verruimen van capaciteit van regiebehandelaren en investeren in optimaal gebruik van (behandel)capaciteit door mee te werken aan actieprogramma 'werken in de zorg'.
- Meer inzet van praktijkondersteuners ggz of consultatie van ggz-expertise in de huisartsenpraktijk.

Met de acties zoals beschreven in de bestuurlijk akkoorden en inzicht in de juiste capaciteitsbehoefte, wordt een basis gelegd voor de aanpak van de arbeidsmarktknelpunten in de ggz.

### **8.5.4 Behandelaanbod**

#### Landelijke afspraken

De ggz-sector kent een divers zorgaanbod: grote en kleinere ggz-instellingen met eigen personeel en een groot aantal vrijgevestigde zorgverleners. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken gezamenlijk afspraken over het benodigde behandelaanbod in de regio. Gemeenten bepalen zelf de omvang van het budget voor zorg maar ook de manier waarop zij de verschillende onderdelen van het sociaal domein willen organiseren. Als blijkt dat zorgaanbieders te maken hebben met capaciteitsproblemen of budgetplafonds, dan moet het voor patiënten helder zijn waar zij terecht kunnen voor zorg. Zorgaanbieders en financiers in de regio hebben gezamenlijk de verantwoordelijkheid om de wachttijden aan te pakken. Als er te weinig behandelaars zijn, dan is het de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om mensen te wijzen op de zorgbemiddeling

**zorgbemiddeling:** Zie hiervoor ook het document Q&A Wachttijden Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg, november 2018.

[Meer informatie](#)

door hun eigen zorgverzekeraar. Hierover zijn ook afspraken gemaakt in het bestuurlijk akkoord.

#### Lokale oplossingsrichtingen

Betere samenwerking tussen ggz-instellingen in de regio, bijvoorbeeld als het gaat om het draaien van ANW-diensten. Een voorbeeld: in sommige regio's worden ANW-diensten bijna geheel door een klein clubje psychiaters in vaste dienst gedaan, terwijl ook psychiaters niet in vaste dienst bereid zijn mee te draaien in deze diensten. Door hier goede afspraken over te maken, kan er voldoende capaciteit en aanbod geregeld worden in de regio.

### **8.5.5 Financiering**

#### Landelijke afspraken

In het 'Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 2019 t/m 2022' hebben alle betrokken

partijen de ambitie uitgesproken om de kwaliteit van zorg in Nederland verder te verbeteren en eraan bij te dragen dat zorg zowel nu als op de lange termijn fysiek, tijdig én financieel toegankelijk blijft voor iedereen die dat nodig heeft. Ook is afgesproken er naar te streven op termijn de kosten in de zorg niet sneller te laten stijgen dan de economische groei.

#### Lokale oplossingsrichtingen

Het bestuurlijk akkoord regelt dat gemeenten en zorgverzekeraars samen met zorgaanbieders in de 'brede ggz' stapsgewijs regionaal afspraken maken over beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg: maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie. Het cliënt- en familieperspectief is hierbij vertegenwoordigd. De volgende thema's zullen, afhankelijk van de regionale situatie, in meerdere of mindere mate aan de orde zijn:

- Preventie en vroegsignalering.
- De aanpak van personen met verward gedrag.
- Brede triage en consultatie.
- De opbouw van ambulante zorg en ondersteuning.
- De bekostiging van samenwerking tussen het zorgdomein en het sociaal domein.
- De benodigde aanpak met betrekking tot de (financiering van) EPA / multiproblematiek-doelgroep.
- Overgang 18-/18+.
- De invulling van crisis- en ANW-uren.
- De rol en bekostiging van herstelacademies en zelfregiecentra.

Hoewel afspraken zijn gemaakt om toe te werken naar regionale afspraken over integrale zorg en daaruit volgend een integrale bekostiging, zijn we daar nu nog niet. Dat is ook te merken aan de knelpunten ten aanzien van financiering die worden genoemd rondom implementatie van de kwaliteitsstandaarden:

- Hoe is de continuïteit van zorg én bekostiging te borgen, bijvoorbeeld bij de overgang 18-/18+, continueren van dagbesteding als de behandeling stopt of het financieren van contingentie management bij verslaving.
- Hoe kunnen we komen tot integrale bekostiging bij specifieke doelgroepen zoals kwetsbare ouderen, mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) of mensen met zowel somatische als psychiatrische problematiek?
- Hoe kunnen we komen tot een passende bekostiging voor bijvoorbeeld inzet ervaringsdeskundigen, inzet op preventie, zorg voor mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) of zwakbegaafdheid (ZB), zorg aan patiënten met eetstoornissen in een gespecialiseerd centrum of inzet diëtist bij deze groep patiënten.

In het bestuurlijk akkoord zijn afspraken gemaakt over hoe deze vraagstukken de komende jaren kunnen worden opgelost. Zo hebben partijen zich gecommitteerd aan afspraken uit het actieprogramma Zorg voor de Jeugd voor wat betreft het inzetten van acties gericht op het soepel verlopen van de overgang naar volwassenheid (18-/18+). En subsidieert VWS op dit moment preventiecoalities, bedoeld om structurele samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten op het gebied van preventieactiviteiten voor risicogroepen te stimuleren en activeren.

### **8.5.6 ICT**

(Goede en snelle) informatie uitwisseling en toegankelijkheid van informatie, waarbij de privacy van de patiënt optimaal wordt geborgd, zijn belangrijke randvoorwaarden voor samenwerking tussen zorgprofessionals binnen hun professionele netwerk. De implementatie van kwaliteitsstandaarden vraagt om verdere optimalisatie van gegevensuitwisseling via ICT.

#### Landelijke afspraken

In het zorgbrede '[Actieplan \(Ont\)Regel de zorg](#)' is een sectoraal actieplan curatieve ggz vastgesteld. Daar waar stroomlijning van gegevensuitwisseling bij ICT-toepassingen niet mogelijk of wenselijk is treden partijen met elkaar in overleg in het Informatieberaad Zorg en kunnen partijen gezamenlijk tot besluitvorming komen. Ook besteedt het actieplan aandacht aan vermindering van administratieve last als gevolg van het EPD en aan ICT-problematiek.

Daarnaast wordt er door het ministerie van VWS geïnvesteerd in het [Vernellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional \(VIPPP\) GGZ](#). Het gaat om een budget voor instellingen die Zvw-zorg leveren om de informatievoorziening in de curatieve geestelijke gezondheidszorg te verbeteren, door het implementeren van standaarden voor gegevensuitwisseling tussen patiënt en professional, het beschikbaar stellen van deze informatie aan de patiënt, het veilig verstrekken van (informatie over) medicatie en de inzet van eHealth bij de behandeling.

#### Lokale oplossingsrichtingen

Welke informatie, voor welke professionals, bij welke doelgroepen, bij welke aanbieders nodig is, is een keuze die lokaal gemaakt dient te worden. Of informatie over een eerdere suïcidepoging of informatie over medicatiegebruik en mogelijke bijwerkingen bijvoorbeeld standaard beschikbaar moet zijn óf dat alle informatie over een patiënt ook voor vaktherapeuten en huisartsen via het ICT systeem van de instelling te raadplegen moet zijn, zijn keuzes die binnen het professionele netwerk en met betrokken zorgaanbieders worden gemaakt. Dát zorgprofessionals (snel) toegang moeten hebben tot (goede) informatie gegeven bestaande werkafspraken (zie hiervoor het Kwaliteitsstatuut waar iedere zorgaanbieder over dient te beschikken) én beschikbare ICT toepassingen om de continuïteit én de kwaliteit van de zorg die men met elkaar nastreeft te waarborgen, is hierbij het uitgangspunt. Dit zou bijvoorbeeld gerealiseerd kunnen worden via een zorginfrastructuur of schakelpunt.

## 8.6 Specifieke implementatie thema's

Dit implementatieplan omschrijft de invoering van de landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-GGZ (LGA Jeugd). Doel is dat kinderen en jongeren met psychische klachten op het juiste moment de juiste hulp krijgen. Hiervoor is een goede onderlinge samenwerking tussen de betrokken hulpverleners essentieel. De Landelijke Samenwerkingsafspraken jeugd-ggz maakt de taakverdeling in de jeugd-ggz helder.

Uitgangspunten bij de landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-ggz:

- Het bewerkstelligen van goede kwaliteit en continuïteit van zorg, hiervoor is het van belang dat alle relevante hulpverleners binnen het brede domein jeugdhulp rondom een patiënt met elkaar samenwerken.
- Duidelijkheid over wie als eerste aanspreekpunt fungeert, de zorg coördineert en wie de regie voert, als er meerdere hulpverleners bij de jeugdhulp betrokken zijn.

- Goede informatie vanuit de medebehandelende hulpverleners, zodat er duidelijkheid is wie waar mee bezig is, of klaar is. Het gaat over zowel de start, de voortgang als de afsluiting van de behandeling.

### **8.6.1 Contextuele factoren**

- De invoering van de Jeugdwet in 2015 waarin de jeugdhulp werd gedecentraliseerd, heeft een grote verschuiving teweeg gebracht. Daarnaast is er een groeiend aantal jongeren dat door de gemeenten geholpen wordt. Het veld is nog steeds volop in beweging waardoor op dit moment er sprake is van enorme praktijkvariatie, van lokale en regionale verschillen.
- Uit het recente rapport van Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en de Inspectie Justitie en Veiligheid blijkt dat niet alle gemeenten de zaken op orde hebben. In reactie op dit rapport heeft de minister een aantal maatregelen voorgesteld die in de komende periode ook de nodige aandacht zullen vergen en verschuivingen te weeg gaan brengen.
- Er wordt door VWS een 'arbeidsmarkttafel jeugdhulp' ingericht om een antwoord te geven op het hoge personeelsverloop in de jeugdsector. Er wordt gewerkt aan een Arbeidsmarktagenda Jeugd, gericht op behoud en instroom van jeugdzorgprofessionals.
- Er worden in Nederland 42 Jeugdzorgregio's onderscheiden, men kiest vanuit de inhoud van de taak voor een efficiënte aanpak: lokaal, regionaal of bovenregionaal. De komende periode wordt in gezet om deze regio's te versterken, zodat er meer continuïteit en slagkracht vanuit de regio's kan komen.
- Instellingen en vrijgevestigden hebben te maken met een variëteit aan inkoopvoorwaarden en tarieven die onder druk staan.

### **8.6.2 Eerst evalueren, dan verder implementeren**

Zoals bovenstaande contextuele factoren aangeven, is er momenteel onrust rondom jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering. De LGA jeugd-GGZ zijn opgesteld in de periode dat de Jeugdwet net werd ingevoerd in Nederland. In november 2019 heeft de minister van VWS een aantal voorstellen voor een betere organisatie van jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering aan de Kamer gestuurd. Een voorstel betreft een nadere ordening van jeugdhulp. Daarnaast loopt er een onderzoek naar de besteding van jeughulpmiddelen, als voorloper voor een onderzoek naar noodzaak voor structureel extra financiële middelen jeugdhulp dat in het eerste kwartaal 2020 wordt uitgezet.

Deze dynamiek brengt met zich mee dat vanuit de huidige situatie het moeilijk is om in te schatten in hoeverre de afspraken van de LGA jeugd-GGZ volledig kunnen worden geïmplementeerd. Weliswaar bestaan de LGA jeugd-GGZ vooral uit verwijzingsafspraken en zijn ze sterk vergelijkbaar met de landelijke samenwerkingsafspraken voor volwassenen; toch is niet ondenkbaar dat landelijke (of lokale) beleidswijzigingen de samenwerkingsafspraken zelf, of effectieve implementatie ervan kunnen beïnvloeden. Voorstel is om als de politieke beslissingen zijn genomen (halverwege 2020) de balans op te maken in hoeverre de afspraken uit de LGA nog voldoende actueel zijn of aanpassing behoeven, door:

- overleg tussen de partijen die de standaard hebben opgesteld en betrekken van de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG);

- toetsing van de LGA aan bevindingen uit onder andere het rapport De jeugd-GGZ na de Jeugdwet (2019) en het rapport Basisfuncties voor lokale teams in kaart (2019);
- een gebruikersonderzoek van de samenwerkingsafspraken in de praktijk.



## 9. 7. Achtergronddocumenten

Autorisatiedatum 14-03-2019 Beoordelingsdatum 14-03-2019

### 9.1 Verdieping

#### 9.1.1 Rapport kinderombudsman

De kinderombudsman heeft onderzoek gedaan naar de toegang en kwaliteit van de jeugdhulp na decentralisatie. Kinderen (n=1200) en hun ouders en gemeentes (n=5) zijn bevraagd met behulp van enquêtes en interviews. Er waren nog veel knelpunten met name in de samenwerking. In het rapport worden diverse aanbevelingen gedaan voor ketenpartners en gemeenten. Er wordt aanbevolen dat ketenpartners zich inzetten om wachtlijsten te voorkomen, en door te verwijzen naar andere zorgaanbieders en zelf het initiatief moeten nemen om met elkaar in contact te treden en samenwerking op gang te helpen.

Aanbevelingen voor gemeenten gaan ook over investeringen in de expertise van de wijkteams, samenwerkingsafspraken, verantwoordelijkheden en terugkoppeling naar elkaar en communicatie. (Kinderombudsman, 2016). De Transitiecommissie Sociaal Domein concludeert dat er nog te weinig vruchtbare samenwerking tot stand is gekomen tussen het kind (en de ouders) en zorgaanbieders en gemeente, tussen gemeenten onderling en tussen gemeenten en jeugdhulpinstellingen (zie ook Generieke module Organisatie Zorg voor Kind & Jongere, hoofdstuk 3.2)]. ([TSD rapport](#), 30 september 2016;)

#### 9.1.2 Psychische problematiek

Gedragsproblemen komen voor bij één op de vijf jongeren van 11 tot en met 18 jaar in de algemene bevolking. Ongeveer 11% van de jongeren heeft in zodanig ernstige mate last van deze problemen dat ondersteuning of professionele hulp nodig is. Ongeveer 6% van de jongeren ervaart in (zeer) sterke mate sociale problemen, ruim 11% heeft last van denkproblemen en 4,5% heeft aandachtsproblemen.

Het vóórkomen van psychosociale problemen varieert in de jeugdgezondheidszorg (JGZ) per leeftijdsgroep van 9% tot 33%. Daarvan hebben de meeste kinderen slechts lichte problemen. Ze functioneren goed ondanks de problemen, die meestal van korte duur zijn en geen verdere hulp behoeft. Bij 1 tot 3% van de kinderen zijn de problemen ernstig, waarbij het kind wordt belemmerd in zijn functioneren en verdere hulp nodig is.

4% tot 6% van de kinderen heeft psychosociale problemen volgens de ouders en 11% tot 28% volgens de JGZ.

**Bron:** Zeijl, 2005.

In tegenstelling tot de GGZ voor kinderen boven de zes jaar is er binnen de GGZ voor jonge kinderen nog steeds sprake van undersignalering, onderdiagnostiek en onderbehandeling. In de factsheet van GGZ Nederland (2010) blijken kinderen jonger dan vijf jaar 7 tot 9 keer zoveel minder behandeling te krijgen dan kinderen ouder dan vijf jaar. Voor kinderen jonger dan twee jaar ligt dit percentage behandeling nog veel lager, zie [KJP: Prevalentie-en-incidentie](#).

**Bron:** KJP. Prevalentie en incidentie (2015).

De meest voorkomende stoornissen bij jonge kinderen zijn: aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD), (oppositieel opstandige/antisociale) gedragsstoornis (CD, ODD), angststoornissen en depressieve stoornissen, zie [KJP: klinisch beeld](#).

**Bron:** KJP. Klinisch beeld (2015).

Volgens de [Nivel Zorgregistratie](#) eerste lijn kwamen jeugdige cliënten (tot 18 jaar) van eerstelijnspsychologen vaak met gedragsproblemen (24%) of stemmingsproblemen (18% depressie en 26% angsten).

**Bron:** Nivel, 2017.

Zie tabel 2 voor voorbeelden (maar geen uitputtende lijst) van klachten, problematiek en stoornissen. Daarnaast komen problemen in de emotieregulatie/sensorische verwerking met bijbehorende gedrags- en emotionele problemen in de relaties met primaire verzorgers veel voor als op zichzelf staande of bijkomende problemen.

Voorbeeld problematiek (dit zijn voorbeelden, het is geen uitputtende lijst)

- ADHD
- Alcohol- en problematisch middelenmisbruik
- Angst
- Autismespectrumstoornissen
- Borderline persoonlijkheidsstoornis
- Dwangstoornis (OCS)
- Eetstoornissen

- ODD/CD
- Posttraumatische stressstoornis
- Pyschosomatische klachten
- Psychotische stoornissen
- Reactieve hechtingsstoornis
- Slaapproblemen
- Stemmingsstoornissen
- Tics
- Trauma en kindermishandeling

Multimorbiditeit

Bron: <http://www.kenniscentrum-kjp.nl/Professionals/Transitiepsychiatrie-18-18#>. [KJP 2017]

### **9.1.3 BIG- en SKJ-registratie**

De volgende beroepen zijn BIG (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) geregistreerd: GZ-psycholoog, huisarts, jeugdarts, jeugdverpleegkundige, kinderarts, kinder- en jeugdpsychiater, kinder- en jeugdpsychotherapeut en klinisch (neuro-)psycholoog, verpleegkundig specialist, verslavingsarts.

Vanaf 2018 is registratie in het Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ-registratie) verplicht voor professionals in de jeugdhulp. Deze SKJ-registratie geldt voor de volgende beroepen (in dit document): kinder- en jeugdpsycholoog, orthopedagoog, sociaal werker/GGZ-agoog (valt onder 'jeugd- en gezinsprofessional'), systeemtherapeut. De beroepsvereniging voor vaktherapeuten (FVB) heeft zijn eigen erkend kwaliteitsregister (zie ook [Generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere, H. 3.4.2] en [H3.4.3.]. De registratie van de POH-GGZ hangt af van zijn of haar achtergrond.

Binnen de Verantwoorde Werktoedeling is opgenomen dat vaktherapeuten niet onder de registratieplicht vallen. Omdat dit in de Verantwoorde Werktoedeling opgenomen is, is er binnen de huidige structuur van het Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ) geen ruimte voor vaktherapeuten. Voor vaktherapeuten geldt dat zij een eigen specialisme hebben en ingezet kunnen worden voor het verlenen van zorg, hulp en ondersteuning aan kinderen en jongeren op basis van de tenzij bepaling in de Jeugdwet. In de Jeugdwet staat dat de tenzij bepaling kan worden toegepast als aannemelijk gemaakt kan worden dat toedeling van het werk aan een niet geregistreerde professional niet afdoet aan de kwaliteit of zelfs noodzakelijk is voor de kwaliteit. Vaktherapeuten worden daarbij expliciet genoemd. Vaktherapeuten zijn verenigd in de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB) en hebben een erkend kwaliteitsregister.

### **9.1.4 Jeugdwet**

Zorg die bij de gemeenten is komen te liggen per 1 januari 2015:

- de jeugdzorg, die tot en met 2014 verantwoordelijkheid was van de provincie
- de gesloten jeugdzorg, onder regie van het ministerie van VWS
- de Jeugd-GGZ, die onder de Zorgverzekeringswet viel
- de zorg voor verstandelijk gehandicapte jongeren op basis van de AWBZ

- begeleiding en persoonlijke verzorging (en het bijbehorende kortdurende verblijf), onder andere voor dove en blinde kinderen (eerder vanuit de AWBZ)
- de jeugdbescherming en jeugdreclassering, van het ministerie van Veiligheid en Justitie

Bron (ook van hoofdtekst): [VNG 2014](#).

### **9.1.5 Verlengde jeugdzorg**

Volgens het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie toont onderzoek aan dat er voor jongeren een grote delay is tussen het moment van het ervaren van klachten, het zoeken van hulp en het vinden van hulp. Hier kunnen vaak jaren overheen gaan. Adolescenten met ADHD die als jong kind in zorg zijn geweest voor psychische problemen, haken massaal af rond het 15e levensjaar. Pas wanneer ze gemiddeld 35 jaar zijn, zo'n 20 jaar later, zoeken ze weer hulp. In de tussentijd is de schade vaak toegenomen: de opleiding is niet afgemaakt, andere bijkomende stoornissen (zoals angst, depressie en slaapproblemen) zijn ontwikkeld of er is verslavingsproblematiek en criminaliteit bij gekomen.

Driekwart van alle psychiatrische stoornissen openbaart zich voor het 25e levensjaar. Sommige aandoeningen, zoals een psychotische stoornis, ontstaan pas tussen het 15e en 23e levensjaar. Maar veel patiënten verdwijnen dan al uit de zorg. Ook een bipolaire stoornis openbaart zich vaak pas in de adolescentie. De stemmingswisselingen, depressies en manische perioden kunnen het functioneren in deze kwetsbare ontwikkelingsperiode fors beïnvloeden. Ze kunnen ertoe leiden dat de adolescent geen opleiding op niveau afmaakt en relationele en maatschappelijke problemen ondervindt. Zonder behandeling is het risico op nieuwe episodes groot en kan er blijvende schade ontstaan aan het brein en de cognitieve functies. Toch duurt het gemiddeld 10 jaar voordat de diagnose herkend en gesteld wordt. Eén van de factoren die hierbij een rol lijken te spelen is dat zij onvoldoende de zorg weten te vinden: slechts iets minder dan de helft krijgt behandeling.

Sinds de invoering van de jeugdwet zijn de verschillen in zorg tussen minder- en meerderjarigen zichtbaarder geworden. In deze levensfase voelen jongeren onvoldoende aansluiting bij reguliere kind- en jeugdafdelingen, maar ook bij de reguliere volwassenenzorg. Een aandachtspunt is dat jongeren met het 18 jaar worden 'opeens' geconfronteerd worden met het eigen risico van de ZorgverzekeringsWet.

**Bron:** KJP, 2017.

Vanuit het project 'I'm Ready' (I'm Ready! is een project van Stichting Alexander, Defence for Children, JongWijs, JSO, Kinderperspectief en Spectrum en is financieel mogelijk gemaakt door Fonds 1818, Stichting Kinderpostzegels, Save the Children en de provincies Gelderland en Zuid-Holland) zijn door jongeren zelf 10 verbeterpunten opgesteld:

1. Start op tijd met voorbereiden. Begin vanaf 16 jaar al met goede voorlichting en informatie over de toekomst na het 18e levensjaar, gericht op de persoonlijke situatie van de jongere
2. Stel een individueel toekomstplan op. Maak in het 16de levensjaar samen met jongeren een

- toekomstplan en help bij hun talentontwikkeling en het verbeteren van het toekomstperspectief. Beschrijf in het plan onder meer hoe de jongere wordt voorbereid op zelfstandigheid en op de zoektocht naar een zinvolle dag- en vrijetijdsbesteding
3. Zorg voor één persoon om op terug te vallen. Jongeren willen graag één persoon waar ze op terug kunnen vallen, ook als de hulp is afgesloten. Dat moet iemand zijn waarmee een vertrouwensband kan worden opgebouwd.
  4. Bouw hulp langzamer af en zorg voor overdracht. Zorg voor een coach voor jongeren die na hun 18de verjaardag nog praktische hulp willen. De hulp moet door kunnen gaan tot 23 jaar, maar kan natuurlijk eerder stoppen als de jongere zelfstandig en zelfredzaam is. Als de jongere na vijf jaar praktische begeleiding nog steeds hulp nodig heeft, moet een (warme) overdracht plaatsvinden naar volwassenenzorg.
  5. Neem een open houding aan. Jongeren vinden het vaak vervelend als hulpverleners snel een oordeel of mening klaar hebben. Om te voorkomen dat jongeren zich daardoor afkeren van hulp, is het nodig om hulpverleners te trainen op een open houding en het tonen van persoonlijke betrokkenheid.
  6. Faciliteer gezinsgerichte hulp. Richt hulp op het hele gezin of op het verbeteren van de relatie met ouders. Zorg daarbij voor zo min mogelijk verschillende hulpverleners die zich met het gezin bemoeien
  7. Maak hulpverlening minder probleemgericht. Kijk vooruit, in plaats van achteruit. Het is zinvoller om jongeren met goede moed voor te bereiden op hun zelfstandigheid en het vinden van een zinvolle dagbesteding in plaats van te focussen op problemen en het verwerken van het verleden.
  8. Bied betaalbare huisvesting aan. Jongeren hebben een veilige en betaalbare plek nodig om te wonen. Liefst zelfstandig met begeleiding op maat. Maak daarom jaarlijks nieuwe afspraken met woningbouwcorporaties over het leveren van voldoende woonruimte, begeleid of ambulant, waar jongeren de kans krijgen om te leren en waar ze fouten mogen maken
  9. Geef begeleiding in beheer van financiën. Jongeren moeten goed leren omgaan met geld. Daarnaast moet er een financieel vangnet zijn voor jongeren die stoppen met school of werkloos worden en geen familie hebben waar zij op terug kunnen vallen.
  10. Bied maatwerk. Jongeren willen geen fratsen, maar hulp die past bij hun vragen en behoeften. Er is maatwerk nodig, geen standaardaanbod. Hulpverleners moeten daarom tools krijgen om op meerdere terreinen door te kunnen pakken.

Bron: [Ready! 2017](#).

### **9.1.6 Informatie-uitwisseling**

#### Privacy

#### Informatie-uitwisseling tussen hulpverleners

Voor zorgverleners die rechtstreeks bij de directe behandeling en verpleging/verzorging van de patiënt zijn betrokken, bijvoorbeeld in een (psychiatrisch) ziekenhuis of bij ambulante behandeling op de poli, geldt dat geen toestemming is vereist van de patiënt voor het delen van informatie. Wel geldt de eis dat alleen die informatie verstrekt mag worden die noodzakelijk is om de vereiste taken uit te kunnen voeren (WGBO art. 7:457 lid 2). Al die partijen zouden vervolgens rechtstreeks betrokken zijn 'bij de directe zorgverlening' met als conclusie dat het beroepsgeheim niet van toepassing zou zijn.

Die redenering is echter onjuist. Onder de kring van ‘rechtstreeks betrokkenen’ vallen alleen diegenen die rechtstreeks “bij de uitvoering van de geneeskundige behandelingsovereenkomst” betrokken zijn. Ten opzichte van anderen zoals een leerplichtambtenaar of een wijkagent geldt het beroepsgeheim. De gronden waarop doorbreking van de geheimhoudingsplicht mogelijk is, zijn na toestemming van de patiënt, wettelijke verplichting, conflict van plichten en meldrecht. Als er een wettelijke verplichting tot gegevensverstrekking is moet een zorgprofessional informatie aan derden verstrekken. Dat geldt bijvoorbeeld bij melding van de verplichte zorg (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg), of bij het desgevraagd informeren van de gezinsvoogd over een minderjarige die onder toezicht is gesteld (vanaf 1 januari 2015). Ook op grond van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning 2015 wordt een zorgaanbieder verplicht om desgevraagd medische informatie aan een gemeente te verstrekken, mits de patiënt of cliënt daarvoor zijn ondubbelzinnige en vrij gegeven toestemming heeft verleend.

**Bron:** KNMG, Nederland G, AJN, LHV, NIP, NVvP, et al. Het beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden. Een wegwijzer voor zorgprofessionals (2014).

In de KNMG-richtlijn ‘Omgaan met medische gegevens’ wordt gesteld dat de behandelende sector uit hulpverleners bestaat in de zin van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Dit zijn artsen die niet specifiek jeugdhulp verlenen, maar wel betrokken zijn in de zorg voor de patiënt. Een arts mag gegevens over een jeugdige verstrekken aan een persoon die rechtstreeks is betrokken bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst. Deze richtlijn maakt onderscheid tussen een ‘jeugdhulpaanbieder’ en een ‘jeugdhulpverlener’. Een ‘jeugdhulpaanbieder’ is een jeugdhulpverlener die onder verantwoordelijkheid van het college (gemeente) werkt. Een jeugdhulpaanbieder kan een solistische werkende jeugdhulpverlener zijn, maar ook een instelling die bedrijfsmatig jeugdhulp verleent onder verantwoordelijkheid van de gemeente. Jeugdhulpaanbieders verstrekken het college gegevens, zoals NAW-gegevens, burgerservicenummer, gegevens van de jeugdhulpaanbieder, aanvangsdatum, een aanduiding van de verwijzer naar jeugdhulp en reden van beëindiging. De verstrekking van medische gegevens moet zo beperkt mogelijk zijn en mogen alleen verwerkt worden door personen met een geheimhoudingsplicht.

Een ‘jeugdhulpverlener’ is een natuurlijk persoon die beroepsmatig jeugdhulp verleent..

Een jeugdhulpverlener verstrekt, indien noodzakelijk, gegevens aan andere jeugdhulpverleners die rechtstreeks betrokken zijn bij de jeugdhulp. Daarbij gaat het om NAW-gegevens van de jeugdige, basisgegevens van de jeugdhulp (hulpvraag, hulpverleningsplan en gegevens over de afsluiting van de jeugdhulp) en medische gegevens. Hiervoor hoeft (op grond van artikel 7.3.11, lid 2 onder a Jeugdwet) de jeugdhulpverlener geen toestemming aan de patiënt te vragen. De jeugdhulpverlener mag deze gegevens dus ook (zonder toestemming) verstrekken aan de jeugdhulpaanbieder die betrokken is bij de uitvoering van de jeugdhulp. De jeugdhulpverlener doet er wel goed aan om met de jeugdige en/of diens ouders te bespreken dat hij de gegevens heeft verstrekt. Verder kan de jeugdhulpverlener inlichtingen verstrekken aan de gezinsvoogd, als die dat verzoekt of uit eigen beweging. Dat kan hij doen zonder toestemming van de patiënt, en, indien nodig, met doorbreking van het beroepsgeheim op grond van een wettelijk voorschrift of op grond van zijn ambt of beroep.

**Bron:** KNMG. KNMG-richtlijn omgaan met medische gegevens (2016).

(zie, [KNMG](#))

#### Informatie-uitwisseling tussen zorg en scholen

In de Generieke module Organisatie kind & jongere staat het volgende over informatie-uitwisseling tussen zorg en onderwijs: 'scholen en jeugdhulp vinden elkaar in het multidisciplinair overleg. Scholen hebben meestal een vaste contactpersoon vanuit de jeugdhulp. Schoolmaatschappelijk werk, op de school aanwezig, vormt een schakel tussen het onderwijs en de JGZ.

Er is veel onduidelijkheid over de regels omtrent uitwisseling van gegevens tussen onder andere onderwijs en hulpverlening. Heldere afspraken zijn nodig om te zorgen dat de uitwisseling van informatie zorgvuldig gebeurt. Voorwaarde is dat ouders en kind worden betrokken en toestemming hebben gegeven voor het verwerken dan wel uitwisselen van gegevens. Zij moeten ook kunnen aangeven of de informatie correct en compleet is. De school moet kunnen aantonen dat ouders en/of leerlingen toestemming tot verwerking en uitwisseling hebben gegeven. Voor scholen die samenwerken met externe partijen is het van belang samen afspraken te maken over informatie-uitwisseling. Zie ook NJi handreiking gegevensuitwisseling. Voor scholen die samenwerken met externe partners [Nji 2016b]. Belangrijk aandachtspunt is het voldoende overleg in de samenwerking tussen zorg en onderwijs. Dit hoeft (en mag) niet inhoudelijk te zijn, maar wel dat er actie is ondernomen/hulp is. Indien ouders en kind toestemming verlenen kan ook inhoudelijk informatie worden doorgegeven over effecten/opbrengsten waar dat relevant is voor onderwijs.' Generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere, **H 3.2.4**].

#### Regelgeving informatie-uitwisseling wijkteam

Een zorgvuldige omgang met persoonsgegevens en het beschermen van de persoonlijke levenssfeer van jeugdigen en hun ouders of verzorgers is belangrijk voor alle organisaties en professionals in het jeugddomein. Relevant hiervoor is de [Jeugdwet](#) en de bijbehorende [ministeriële regeling](#), die augustus 2016 in werking is getreden.

**Bron:** Overheid.nl 2016.

De ministeriële regeling bepaalt welke persoonsgegevens van de jeugdige bij de declaratie van verleende diensten verstrekt mogen worden, en voor welke doelen de gemeenten deze gegevens mogen verwerken. Daarnaast bepaalt de regeling hoe gemeenten materiële controles en fraudeonderzoek verrichten. Deze regeling bepaalt niets over het uitwisselen van persoonsgegevens voor toeleiding, advisering en inzet van een jeugdhulpvoorziening, bijvoorbeeld in een wijkteam. De [Autoriteit Persoonsgegevens](#) heeft geadviseerd op korte termijn ook hiervoor in regels te voorzien.

**Bron:** AP. Ap adviseert over definitieve regeling jeugdwet (2016).

Het Rijk wil dergelijke regels echter niet eerder opstellen dan nadat 'een bestendige uitvoeringspraktijk tot stand is gekomen'. Dit maakt de kaders waarbinnen bijzondere persoonsgegevens van kwetsbare jeugdigen en hun ouders worden uitgewisseld onduidelijk.

Gegevensuitwisseling tussen wijkteams en artsen

Dorenberg heeft beschreven dat de mate van gegevensuitwisseling tussen artsen (huisartsen en jeugdartsen) en wijkteams afhankelijk is van de rol van de arts; als verwijzer, expert of informant. Als verwijzer is het belangrijk om te weten of beschreven bevindingen in een verwijsbrief zullen worden besproken in een team. In dat geval is namelijk expliciete toestemming nodig van de patiënt (of diens vertegenwoordiger). Als expert kan een arts gevraagd worden, zoals ook een arts in consult gevraagd kan worden. Vertrouwelijke gegevens mogen alleen uitgewisseld worden voor zover dat gelet op het doel van de gegevensuitwisseling (advisering) noodzakelijk is. Voor het opvragen van informatie werken wijkteams met toestemmingsverklaringen, deze zijn meestal algemeen geformuleerd. De toestemming wordt niet altijd in vrijheid gegeven, omdat de patiënt afhankelijk is van toegang tot hulp. Daarom wordt in het artikel van Dorenberg aangeraden om eerst contact met de patiënt op te nemen alvorens vragen van het wijkteam te beantwoorden (arts als informant).

**Bron:** Dorenberg VET. Gegevensuitwisseling tussen artsen en sociale wijkteams. Ned Tijdschr Geneeskd. 2017;161:D1481.

### **9.1.7 Toestemming jongeren**

In de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) zijn leeftijdscategorieën opgenomen waarin bepaald is wanneer het geven van informatie aan en het verkrijgen van toestemming van minderjarigen en/of hun vertegenwoordigers verplicht is (artikelen 7:448 en 7:450 BW). Bij kinderen tot 12 jaar is de toestemming van de ouders/voogden vereist. Toestemming van het kind is niet nodig, maar deze heeft wel recht op informatie. De hulpverlener moet de voorlichting afstemmen op het bevattingvermogen van het kind. Bij jongeren van 12 tot 16 jaar is de toestemming van de ouders/voogden en van de jongere zelf vereist. In twee uitzonderingsgevallen is de toestemming van alleen de jongere voldoende:

1. Als het niet behandelen van de jongere voor hem ernstig nadeel oplevert (denk aan geslachtsziekte, vaccinatie) hoeven de ouders over de behandeling niet te worden ingelicht.
2. Als de behandeling de weloverwogen wens is van de jongere (denk aan abortus, vaccinatie). In dit geval dient de arts in principe wel met de ouders/voogden te overleggen, maar het goed hulpverlenerschap kan met zich meebrengen dat zij over de behandeling niet worden geïnformeerd. Ook in deze leeftijdscategorie dienen de jongeren naar hun bevattingvermogen te worden geïnformeerd over de behandeling.



Jongeren vanaf 16 jaar beslissen zelfstandig en hebben een zelfstandig recht op informatie  
<https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/rechten-minderjarigen.html>

### 9.1.8 Bronnen

Manifest In goed vertrouwen en Vuistregels in goed vertrouwen. ([http://www.kenniscentrum-kjp.nl/app/webroot/files/tmpwebsite/manifest\\_jeugd\\_privacy\\_def\\_in\\_opmaak.pdf](http://www.kenniscentrum-kjp.nl/app/webroot/files/tmpwebsite/manifest_jeugd_privacy_def_in_opmaak.pdf))  
([http://www.kenniscentrum-kjp.nl/app/webroot/files/tmpwebsite/vuistregels\\_jeugd\\_privacy\\_def\\_in\\_opmaak.pdf](http://www.kenniscentrum-kjp.nl/app/webroot/files/tmpwebsite/vuistregels_jeugd_privacy_def_in_opmaak.pdf)).

**Bron:** KJP. Manifest. In goed vertrouwen. De privacy van de jeugd geborgd (2016).

KJP. Vuisregels. In goed vertrouwen. De privacy van de jeugd geborgd (2016). Vuistregels voor professionals bij gegevensuitwisseling en privacy.

Bron (ipv kenniscentrum):

[https://www.privacyborgingjeugd.nl/content\\_assets/manifest\\_jeugd\\_privacy.pdf](https://www.privacyborgingjeugd.nl/content_assets/manifest_jeugd_privacy.pdf) . / lit.lijst aanpassen.  
Het manifest is ondertekend door o.a. VNG, Jeugdzorg Nederland, GGD GHOR Nederland, GGZ Nederland, MEE NL, Sociaal Werk Nederland, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra, AJN jeugdartsen Nederland, Artsenfederatie KNMG, beroepsvereniging van professionals in sociaal werk (BPSW), BV Jong, Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologen en haar specialismen (NVGzP), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen (NVO), Nederlands Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP), P3N Federatie van psychologen, psychotherapeuten en pedagogogen, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Vereniging voor Vertrouwensartsen Kindermishandeling (VVAK).

### 9.1.9 Regie

Eigen regie

Ouders en kind hebben een belangrijke rol in de regie over de hulp. Onafhankelijk van welke partijen er betrokken zijn bij de hulp aan het kind en diens gezin, moet er ten alle tijden afspraken zijn wie er, naast én samen met de ouders, de regie voert. Dit kan de huisarts zijn, een wijkteammedewerker of een specialist.

Het familiegroepsplan kan de eigen regie ondersteunen. In de Jeugdwet is daarom vastgelegd dat gemeenten, jeugdhulpaanbieders en gecertificeerde instellingen éérst aan gezinnen de gelegenheid bieden om een familiegroepsplan op te stellen, samen met familie, vrienden en anderen die tot de sociale omgeving van de jeugdige behoren. Voor meer informatie over het familiegroepsplan zie:

**Bron:** NJi. Factsheet: Het familiegroepsplan (2016).

<http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/Factsheet-familiegroepsplan-2016.pdf>.

Zorgcoördinator

De generieke module 'Organisatie Kind en Jeugdige' hanteert de volgende definitie voor centrale regisseur/regievoerder/zorgcoördinator: Een hulpverlener (soms een wijkteammedewerker) die de zorg rondom een kind/jongere coördineert en daarmee continuïteit in zorg waarborgt.

De richtlijn 'Multiprobleemgezinnen' beveelt aan dat de vaste hulpverlener regelmatig met de gezinsleden overlegt met hun netwerk en de betrokken hulpverleners en instanties. De vaste hulpverlener zorgt als voorzitter van zo'n overleg dat er een gemeenschappelijke koers wordt vastgehouden, er goed wordt samengewerkt tussen de gezinsleden, betrokkenen uit het netwerk en instanties en hulpverleners, en er een cultuur ontstaat waarin men elkaar aanspreekt op nalatigheden ([Richtlijn Multiprobleemgezinnen](#)).

**Bron:** NVO, BPSW, NIP. Multiprobleemgezinnen (2015).

Deze vaste hulpverlener heeft dan de rol van zorgcoördinator.

Hoofdbehandelaarschap

In 2015 heeft commissie Meurs het rapport '[Hoofdbehandelaarschap GGZ als noodgreep](#)' uitgebracht.

**Bron:** Meurs C. Hoofdbehandelaarschap ggz als noodgreep (2015).

De opdracht was aan de commissie om een toetsbare vorm van inhoud en invulling van het hoofdbehandelaarschap te formuleren. De commissie gaf in hun advies aan om in plaats van hoofdbehandelaarschap de term 'regiebehandelaar' te hanteren. Het advies geldt voor de situatie in de gehele GGZ; binnen en buiten een instelling.

De regiebehandelaar:

- zorgt ervoor dat op basis van de werkdiagnose een behandelpun wordt opgesteld, zoveel mogelijk in overleg met de patiënt en/of diens naaste betrekkingen;
- zorgt ervoor dat het behandelpun wordt vastgesteld in een overleg met alle disciplines die een aandeel nemen in de uitvoering van het behandelpun;
- staat er garant voor dat alle teamleden over voldoende deskundigheid beschikken voor het

uitvoeren van hun aandeel in het zorgtraject;

- ziet erop toe dat alle relevante deskundigheden worden benut en neemt (controversiële) besluiten niet eerder dan nadat alle betrokken inhoudelijke deskundigheden zijn geconsulteerd;
- scheidt de benodigde voorwaarden voor een verantwoorde uitvoering van het behandelplan;
- initieert de uitvoering van het behandelplan en bewaakt de voortgang; stuurt andere betrokken zorgverleners aan;
- toetst of de door hen geleverde bijdragen aan de behandeling van de patiënt met elkaar in verhouding zijn en passen binnen het behandelplan en intervenueert zo nodig;
- evalueert (periodiek) de voortgang van het proces en de effectiviteit;
- ziet erop toe dat in alle fasen van het behandeltraject dossiervoering plaatsvindt die voldoet aan de daaraan te stellen eisen;
- is aanspreekpunt voor de patiënt, diens naasten en eventuele wettelijke vertegenwoordiger; is beschikbaar en bereikbaar.

De omschrijving van het regiebehandelaarschap moet omschreven zijn in een kwaliteitsstatuut die momenteel nog alleen in de curatieve zorg (Zorgverzekeringswet) wettelijk vereist is. Als werkgroep onderschrijven we bovenstaande omschrijving van regiebehandelaar ook voor de jeugd-GGZ.

In de '[Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg](#)' van de KNMG.

**Bron:** KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, et al. Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (2010).

zijn er 13 aandachtspunten beschreven. Het eerste aandachtspunt luidt als volgt: 'Voor de cliënt is te allen tijde duidelijk wie van de betrokken zorgverleners: -het aanspreekpunt is voor vragen van de cliënt of diens vertegenwoordiger, - de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft voor de zorgverlening aan de cliënt, -belast is met de coördinatie van de zorgverlening aan de cliënt (zorgcoördinator). Het is van belang dat deze drie taken over zo weinig mogelijk zorgverleners worden verdeeld. Zo mogelijk zijn deze taken in één hand.

Wanneer bovenstaande geïntegreerd wordt, is de zorgcoördinator de centrale regisseur/regievoerder. En is de degene met inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid de regiebehandelaar. Zo mogelijk is dit dezelfde persoon, maar hoeft niet altijd het geval te zijn. Van belang is dat de cliënt en de betrokken hulpverleners hiervan op de hoogte zijn.

Conclusie: ouders/kind voeren zoveel mogelijk eigen regie over de hulp, over het proces in overleg met een zorgcoördinator en over de inhoud met de regiebehandelaar.

### **9.1.10 Drang en dwang**

Ondertoezichtstelling en voogdij kan alleen worden ingezet na onderzoek door de Raad voor de Kinderbescherming en een uitspraak van de rechter. We spreken in dat geval ook wel over 'dwang'. Naast dwang is in de praktijk ook 'drang' ontstaan.

Drang kent verschillende verschijningsvormen. Kenmerkend is dat aan drang-trajecten geen

onderzoek of uitspraak van een rechter vooraf is gegaan. Er zijn echter wel voorwaarden voor ouders aan verbonden: drang-trajecten zijn niet vrijblijvend. Vaak zijn drang-trajecten de laatste kans om een jeugdbeschermingsmaatregel te voorkomen. Professionals noemen drang daarom ook wel 'preventieve jeugdbescherming'. Drang roept nog veel vragen op bij professionals. Er is niet altijd duidelijk wat onder drang wordt verstaan en hoe drang toegepast kan worden.

Drang of preventieve jeugdbescherming bestaat wettelijk gezien niet als hulpverleningsvariant. Dat brengt als probleem met zich mee dat rechtsbescherming ontbreekt. Dit is soms lastig uit te leggen aan betrokkenen. Het traject is immers niet vrijblijvend, maar als hulpverlener heb je geen wettelijke grond om opvoeders ergens aan te houden. Nadere onderbouwing van het begrip drang is dus belangrijk. Hieronder worden enkele kenmerken en ontwikkelingen genoemd.

Drang kan worden opgevat als een attitude of houding die past bij correct professioneel handelen. Een professional die ziet dat een kind niet veilig is of zich slecht ontwikkelt, is vanuit zijn functie genoodzaakt om actie te ondernemen in het belang van het kind. Dat geldt zeker wanneer opvoeders problemen onvoldoende erkennen, of zelf niet de juiste stappen zetten. De betrokken professional komt in dat geval op voor de belangen van het kind door uitleg te geven over normen waaraan de opvoeding moet voldoen. De eigen regie en verantwoordelijkheid van opvoeders staat daarbij centraal. Professionals zullen altijd eerst zoeken naar oplossingen door middel van samenwerking, ondersteuning of begeleiding van ouders.

Professionals kunnen hun autoriteit gebruiken om aan te dringen op verandering. Door opvoeders kan dit als drang ervaren worden. Het aanspreken van opvoeders op hun verantwoordelijkheden is, mits correct uitgeoefend, professioneel handelen. Als de druk echter uitgeoefend wordt op andere gronden dan de professionaliteit vanuit het belang van het kind, dan is er sprake van intimidatie.

Drang is niet voorbehouden aan een bepaalde beroepsgroep, een fase van hulpverlening of het kader van de hulp (gedwongen of vrijwillig). Het beschermen van kinderen valt onder de verantwoordelijkheid van elke jeugdprofessional. Drang, beschouwd als attitude binnen professioneel handelen, kan worden toegepast door elke professional die met kinderen of ouders werkt. Dat geldt dus bijvoorbeeld voor de leerkracht, arts, wijkteammedewerker, raadsonderzoeker, medewerker van Veilig Thuis of de gezinsvoogd. Ieder past drang toe vanuit zijn eigen beroep en de professionele standaard (richtlijn) die daarbij hoort. Bij twijfel over een specifieke situatie kan [Veilig Thuis](#) hierin adviseren.

**Bron:** NJi. Jeugdbescherming: Drang of preventieve jeugdbescherming (2014).

### **9.1.11 DSM-classificatie**

Psychische aandoeningen kunnen zowel DSM-classificeerbare stoornissen zijn als allerlei psychische, psychosociale, psychosomatische klachten die niet te classificeren zijn volgens de DSM-methodiek. Bij het bepalen welke zorg een patiënt nodig heeft staat de hulpbehoefte en -vraag centraal. Hierbij zijn overwegingen als voorgeschiedenis, persoonlijke context, mate van disfunctioneren, lijdensdruk, ernst van symptomen, gevaarsrisico en comorbiditeit uiterst relevant.

In de DSM-5 wordt een psychische stoornis gedefinieerd als: 'een syndroom, gekenmerkt door klinisch significante symptomen op het gebied van de cognitieve functies, de emotieregulatie of het gedrag van een persoon, dat een uiting is van een disfunctie in de psychologische, biologische, of ontwikkelingsprocessen die ten grondslag liggen aan het psychische functioneren. Psychische stoornissen (inclusief verslavingsproblematiek) gaan gewoonlijk gepaard met significante lijdensdruk of beperkingen in het functioneren op sociaal of beroepsmatig gebied of bij andere belangrijke bezigheden. De drempel voor het vaststellen van een psychische stoornis in termen van de DSM is het generieke classificatiecriterium over lijdensdruk of disfunctioneren. Het feit dat sommige mensen niet de symptomen vertonen die duiden op een bepaalde classificatie, is geen rechtvaardiging om iemand de toegang tot de juiste zorg te ontzeggen. Classificeren volgens de DSM-methodiek is niet gelijk aan het stellen van een diagnose. De DSM-classificatie is ontwikkeld om met een gemeenschappelijke taal te communiceren tussen professionals en te gebruiken bij onderzoek en beleid. Bij een diagnose worden onder meer sociale, psychologische en biologische factoren mee in beschouwing genomen. Zie [Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische GGZ en gespecialiseerde GGZ. Psychische aandoeningen](#)].

### **9.1.12 Verwijsbrief**

De NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts-tweedelijns GGZ wordt momenteel herzien. De revisie vindt plaats in afstemming met GGZ-Nederland, LHV, Ineen, VPH, NVVP en NIP. In de volgende revisie is het volgende geagendeerd:

- de uitwerking van de nieuwe regels, waarbij onder meer in de 'envelop' expliciet moet worden aangegeven naar wie de huisarts verwijst;
- verbreding van het domein naar generalistische basis GGZ plus specialistische GGZ;
- het aangepaste schema van onderlinge verwijzingen binnen de GGZ;
- de punten die opgepakt zijn bij de revisie van de onderliggende de Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist (HASP).

### **9.1.13 Treeknormen**

- <http://www.zorgcijfers.nl/actuele-cijfers/maximaal-aanvaardbare-wachttijden-treknormen/58>.

De VNG heeft een notitie gemaakt over de wachttijden in de jeugdhulp:

- <https://vng.nl/onderwerpenindex/jeugd/jeugdhulp/wachtlijsten-jeugdhulp>
- [https://vng.nl/files/vng/20161017\\_notitie\\_wachtlijstendef.pdf](https://vng.nl/files/vng/20161017_notitie_wachtlijstendef.pdf)
- LPGGZ: Hiervoor is motie ingediend door Mona Keijzer [Monitor 2016] ([http://www.parlementairemonitor.nl/9353000/1/j9vtgajcovz8izf\\_j9vvij5epmj1ey0/vk4zo8evkuzj](http://www.parlementairemonitor.nl/9353000/1/j9vtgajcovz8izf_j9vvij5epmj1ey0/vk4zo8evkuzj)). Dit heeft geleid tot toezegging van staatssecretaris om hierover met VNG in gesprek te gaan. De VNG heeft de achterban geadviseerd om Treeknormen toe te passen. Vooral nog heeft dit niet geleid tot zichtbare verbetering van de wachttijden.

## **9.2 Literatuur**

AP. Ap adviseert over definitieve regeling jeugdwet (2016). Geraadpleegd op 14 maart 2019 van

<https://www.autoriteitpersoonsgegevens.nl/nl/nieuws/ap-adviseert-over-definitieve-regeling-jeugdwet>

Dorenberg VET. Gegevensuitwisseling tussen artsen en sociale wijkteams. Ned Tijdschr Geneeskd. 2017;161:D1481.

Meurs C. Hoofdbehandelaarschap ggz als noodgreep (2015). Geraadpleegd op 14 maart 2019 van <https://zorgkennis.net/downloads/kennisbank/ZK-kennisbank-Hoofdbehandelaarschap-GGZ-als-Noodgreep-3189.pdf>

Kinderombudsman. Mijn belang voorop? Ontwikkelingen in de jeugdhulp in 2016. Geraadpleegd op 14 maart 2019 van <https://www.dekinderombudsman.nl/publicaties>

KJP. Prevalentie en incidentie (2015). Geraadpleegd op 14 maart 2019 van <https://www.kenniscentrum-kjp.nl/gemeenten/dossiers/babys-peuters-kleuters/>.

Manifest 'In goed vertrouwen. De privacy van de jeugd geborgd' (2016). Geraadpleegd op 14 maart 2019 van [https://www.privacyborgingjeugd.nl/content\\_assets/manifest\\_jeugd\\_privacy.pdf](https://www.privacyborgingjeugd.nl/content_assets/manifest_jeugd_privacy.pdf).

Vuistregels voor professionals bij gegevensuitwisseling en privacy. Onderdeel van: in goed vertrouwen. De privacy van de jeugd geborgd (2016). Geraadpleegd op 14 maart 2019 van [https://www.privacyborgingjeugd.nl/content\\_assets/vuistregels\\_jeugd\\_privacy.pdf](https://www.privacyborgingjeugd.nl/content_assets/vuistregels_jeugd_privacy.pdf)

Verwijskaart specialistische jeugd-ggz (2016). Geraadpleegd op 14 maart 2019 van <https://www.rivierduinen.nl/kinderenenejeugd/professionals/huisartsen-en-verwijzers/nieuwsberichten/verwijskaart-specialistische-jeugdggz>

KJP. Transitiepsychiatrie 18-/18+ (2017). Zorg rond het 18e levensjaar: transitiepsychiatrie. Geraadpleegd op 14 maart 2019 van <https://www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/dossiers/jongvolwassenen/#>

KNMG-richtlijn omgaan met medische gegevens (2016). Geraadpleegd op 14 maart 2019 van <http://www.knmg.nl/web/file?uuid=043d8d9a-1d0e-46e0-a8e0-98092d764999&owner=5c945405-d6ca-4deb-aa16-7af2088aa173&contentid=411>

KNMG, Nederland G, AJN, LHV, NIP, NVvP, et al. Het beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden. Een wegwijzer voor zorgprofessionals (2014). Geraadpleegd op 14 maart 2019 van <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/beroepsgeheim-in-samenwerkingsverbanden.htm>

KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, et al. Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (2010). Geraadpleegd op 14 maart 2019 van <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/verantwoordelijkheidsverdeling.htm>

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Maximaal aanvaardbare wachttijden (treeknormen) per zorgsector (2014). Geraadpleegd op 14 maart 2019 van <http://www.zorgcijfers.nl/actuele-cijfers/maximaal-aanvaardbare-wachttijden-treeknormen/58>

Gewijzigde motie keizer c.S. (ter vervanging van 31839, nr. 522) over vaststellen van treeknormen voor toegang tot de jeugdwet - jeugdzorg (2016). Geraadpleegd op 14 maart 2019 van [http://www.parlementairemonitor.nl/9353000/1/j9tvgaicovz8izf\\_j9vvij5epmj1ey0/vk4zo8evkuzj](http://www.parlementairemonitor.nl/9353000/1/j9tvgaicovz8izf_j9vvij5epmj1ey0/vk4zo8evkuzj)

- NCJ. Richtlijn: Opvoedondersteuning (2013). Geraadpleegd op 14 maart 2019 van <https://www.ncj.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn/opvoedondersteuning>.
- Nivel. Aanmelding bij eerstelijnspsycholoog (2017). Geraadpleegd op 14 maart 2019 van <https://www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/eerstelijnspsycholoog-aanmelding>
- NJi. Jeugdbescherming: Drang of preventieve jeugdbescherming (2014). Geraadpleegd op 14 maart 2019 van <https://www.nji.nl/nl/Kennis/Dossier/Jeugdbescherming/Drang-of-preventieve-jeugdbescherming>
- NJi. Wettenschema: Wetgeving voor kinderen en jongeren (2016). Geraadpleegd op 14 maart 2019 van <https://www.nji.nl/nl/Kennis/Dossier/van-jeugd-naar-volwassenheid/Wettenschema-wetgeving-voor-kinderen-en-jongeren>
- NJi. Handreiking gegevensuitwisseling. Voor scholen die samenwerken met externe partners (2016). Geraadpleegd op 14 maart 2019 van <https://www.nji.nl/nl/Producten-en-diensten/Publicaties/NJi-Publicaties/Handreiking-gegevensuitwisseling>
- NJi. Factsheet: Het familiegroepsplan (2016). Geraadpleegd op 14 maart 2019 van <https://www.nji.nl/nl/Producten-en-diensten/Publicaties/NJi-Publicaties/Publicaties-Factsheet-Familiegroepsplan2016>
- NVO, BPSW, NIP. Multiprobleemgezinnen (2015). Geraadpleegd op 14 maart 2019 van [http://richtlijnenjeugdhulp.nl/wp-content/uploads/2015/06/Complete\\_Richtlijn\\_Multiprobleemgezinnen.pdf](http://richtlijnenjeugdhulp.nl/wp-content/uploads/2015/06/Complete_Richtlijn_Multiprobleemgezinnen.pdf)
- NVvP. Visiedocument afdeling kinder-en jeugdpsychiatrie 2015-2020. Geraadpleegd op 14 juli 2019 van [www.nvvp.net/stream/visiedocument-afdeling-kjp-nvvp-2015-2020](http://www.nvvp.net/stream/visiedocument-afdeling-kjp-nvvp-2015-2020).
- Overheid.nl. Officiële bekendmakingen: Wijziging regeling Jeugdwet (2015). Geraadpleegd op 14 maart 2019 op <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2015-24278.html>.
- Overheid.nl. Regeling jeugdwet (2016). Geraadpleegd op 14 maart 2019 van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0036007/2016-08-25>.
- I'm Ready! Im. Aanbevelingen (2017). Geraadpleegd op 14 maart 2019 van [http://www.st-alexander.nl/wp-content/uploads/2016/04/284\\_Im-Ready\\_bronnenonderzoek\\_v1.0.pdf](http://www.st-alexander.nl/wp-content/uploads/2016/04/284_Im-Ready_bronnenonderzoek_v1.0.pdf)
- Rijksoverheid: Flyer Vereenvoudiging van verwijzingen (2017). Geraadpleegd op 14 maart 2019 van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/documenten/brochures/2017/03/16/brochure-verwijzingen-ggz>
- Van den Erf S, Boonzaaijer G, Heida J. Acute geestelijke gezondheidszorg. Knelpunten en verbetervoorstellen in de keten (2015). Geraadpleegd op 14 maart 2019 van <https://www.sirm.nl/docs/Publicaties/acute-geestelijke-gezondheidszorg-knelpunten-en-verbetervoorstellen-in-de-keten-1.pdf>
- VNG. Addendum jeugd voor huisartsen en gemeenten (2014). Geraadpleegd op 14 maart 2019 van [https://vng.nl/files/vng/201406\\_addendum\\_jeugd\\_huisarts\\_en\\_gemeente.pdf](https://vng.nl/files/vng/201406_addendum_jeugd_huisarts_en_gemeente.pdf).

VNG. Notitie wachtlijsten (2016). Geraadpleegd op 14 maart 2019 van  
[https://vng.nl/files/vng/20161017\\_notitie\\_wachtlijstendef.pdf](https://vng.nl/files/vng/20161017_notitie_wachtlijstendef.pdf).

Zeijl E, Crone M, Wiefferink K, Keuzenkamp S, Reijneveld M. Kinderen in nederland. Geraadpleegd op 14 maart 2019 op  
[https://www.scp.nl/Publicaties/Alle\\_publicaties/Publicaties\\_2005/Kinderen\\_in\\_Nederland](https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2005/Kinderen_in_Nederland).