

# Organisatie van zorg voor kind en jongere

## 1. Inleiding

### 1.1. Algemene inleiding / onderwerp

Een generieke module beschrijft op hoofdlijnen waaraan goede zorg op het gebied van een bepaald onderwerp dat relevant is voor meerdere aandoeningen, zorginhoudelijk, procesmatig en relationeel (minimaal) moet voldoen. In opdracht van het [Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz](#) worden ca. 25 van zulke modules ontwikkeld. De generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere hangt sterk samen met de [generieke module Psychische klachten in de kindertijd](#).

Het Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg (zie het [rapport van Bestuurlijk akkoord toekomst](#), het [rapport Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014-2017](#) en de [Agenda voor gepast gebruik en transparantie in de GGz](#)) hebben een aanzet gegeven tot herziening van de organisatie van de ggz. Doel van de herziening is kwaliteit en kostenbeheersing te waarborgen. De ontwikkeling en het herstel van patiënten staan hierbij centraal. Ook wordt de zorg zoveel mogelijk in de eigen omgeving georganiseerd en zo min mogelijk versnipperd dan wel met een duidelijke samenwerking tussen hulpverleners.

Het streven naar goede, toegankelijke en betaalbare geestelijke gezondheidszorg krijgt onder meer vorm door het ontwikkelen van *kwaliteitsstandaarden*. Een kwaliteitsstandaard beschrijft in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt en de naaste(n). Voor zowel hulpverleners als patiënten vormt de kwaliteitsstandaard daarmee een hulpmiddel bij het maken van keuzes in de praktijk. Zowel richtlijnen, zorgstandaarden als generieke modules vallen onder de verzamelnaam kwaliteitsstandaard. Waar een zorgstandaard één specifieke psychische aandoening behandelt, worden in een generieke module zorgcomponenten of zorgonderwerpen beschreven die relevantie hebben voor meerdere psychische aandoeningen.

Kwaliteitsstandaarden zijn praktijkgerichte documenten. Het zijn geen wetten of dwingende voorschriften. Ze vormen een uitdrukking van wat in het veld als goed professioneel handelen wordt beschouwd. Deze generieke module is een hulpmiddel bij het nemen van besluiten in de jeugdhulppraktijk en nadrukkelijk geen wettelijk voorschrift. De inhoud is gebaseerd op een verbinding tussen wetenschappelijke kennis, ervaringskennis van patiënten en praktijkkennis van hulpverleners.

#### 1.1.1. Nieuwe organisatie voor jeugdhulp en jeugdzorg

In januari 2015 trad de [Jeugdwet](#) in werking. Waar eerder het Rijk, de provincies en zorgverzekeraars verantwoordelijk waren, is met de invoering van deze wet alle jeugdhulp (en de uitvoering van jeugdbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering) onder de verantwoordelijkheid van gemeenten geplaatst. Ook de jeugd-ggz valt onder de jeugdhulp (zie achtergronddocument [Begrippenlijst](#)). Deze overdracht heeft directe gevolgen voor zowel de organisatie als de uitvoering van jeugdhulp. Betrokken partijen hebben te maken met nieuwe verantwoordelijkheden en financieringsstromen ('transitie'). Daarnaast heeft het veld te maken met een nieuwe manier van denken en handelen ('transformatie') conform de beoogde inhoudelijke doelen van de stelselwijziging (zie [Organisatie van zorg voor kind en jongere](#)). Gemeenten, organisaties in zorg en welzijn en hulpverleners zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het transformatieproces.

#### 1.1.2. Wettelijke kaders

Onder jeugdhulp zoals beschreven in de Jeugdwet valt ondersteuning bij opvoedings- en opgroei problemen, psychische hulp of behandeling, en begeleiding in het geval van een verstandelijke-, lichamelijke- of zintuiglijke beperking. Een deel van de zorg voor de jeugd valt onder andere wetten dan de Jeugdwet. Zo valt een deel onder de onderwijswetgeving (passend onderwijs), een deel onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) (Veilig Thuis) en een deel onder de Wet langdurige zorg (Wlz). De somatische zorg valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de jeugdgezondheidszorg valt voor een deel onder de Wet publieke gezondheid (Wpg) (het andere deel valt onder de Jeugdwet). Zie [Financiering](#). In dit brede veld van de hulp en begeleiding voor kinderen en jongeren zijn verschillende partijen actief.

### 1.1.3. Opzet en gebruik van de generieke module

De generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere richt zich op alle partijen die betrokken zijn bij de signalering, preventie, diagnostiek en behandeling van psychische klachten bij kinderen en jongeren en bij hun weg naar herstel en meedoen in de samenleving. De module is inhoudelijk nauwkeurig afgestemd op de Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-GGz en sluit aan op de [generieke module Psychische klachten in de kindertijd](#). Beide generieke modules omvatten samen het hele proces en organisatie van vroege signalering en preventie tot behandeling van psychische klachten.

Deze module kan gebruikt worden bij diverse psychische klachten. Mogelijk voldoen deze klachten aan een diagnostische classificatie, maar het kan ook zijn dat hier geen sprake van is. De focus ligt erop dat een kind of jongere zijn ontwikkelingstaken zoveel mogelijk opnieuw kan oppakken na een periode van stagnatie (zie achtergronddocument [Ontwikkelingstaken in de generieke module Psychische klachten in de kindertijd](#)). Voor sommige kinderen, bijvoorbeeld kinderen met een ontwikkelingsstoornis, geldt dat zij bepaalde ontwikkelingstaken pas op latere leeftijd, slechts ten dele, of in zijn geheel niet kunnen vervullen.

In de [richtlijnen voor de jeugdgezondheidszorg](#), de [richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming](#), de [richtlijnen geestelijke gezondheidszorg](#) de zorgstandaarden van het [Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz](#) en de [NHG-Standaard ADHD](#) wordt de aanbevolen behandeling of aanpak bij specifieke stoornissen beschreven.

De generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere komt voort uit een evenwichtige mix van wetenschappelijke kennis, ervaringskennis van jeugdigen en hun ouders/verzorgers en praktijkkennis van hulpverleners. De werkgroep is uitgegaan van een contingentiebenadering

**contingentiebenadering:** Een contingentiebenadering gaat uit van de gedachte dat elke omgeving aangepast gedrag verlangt. Deze generieke module beschrijft algemene principes en elke gemeente of wijk zal aanpassingen nodig hebben voor een optimale cultuur en werkwijze in de eigen omgeving.

(zie achtergronddocument [Begrippenlijst](#)), waarbij afhankelijk van de lokale situatie invulling wordt gegeven aan de samenwerking en de aanbevelingen dus ook flexibel en met respect voor die lokale omstandigheden dienen te worden ingezet.

### 1.1.4. Organisatie van zorg voor kind en jongere

Kinderen, jongeren en ouders die behoefte hebben aan hulp en ondersteuning worden geconfronteerd met een scala aan mogelijke vormen van hulp en begeleiding voor kinderen en jongeren. Er zijn bovendien meerdere wegen naar hulp mogelijk. Deze route naar hulp heeft invloed op het verdere proces van jeugdhulpverlening doordat de organisatie van de verschillende werkvelden op historische gronden is gescheiden. Voor enkelvoudige hulpvragen is dat niet zo bezwaarlijk, maar een meer complexe hulpvraag vergt intensieve samenwerking. Dan is één plan voor het kind en de ouders van groot belang.

De transitie van de jeugdhulp en de transformatiedoelen hebben gevolgen voor de manier waarop de zorg voor jeugd wordt georganiseerd. Gemeenten zijn sinds 2015 gezamenlijk verantwoordelijk voor de jeugdhulp. Zij moeten samen met zorgaanbieders en het onderwijs (en de voorschoolse kinderopvang) ervoor zorgen dat

kinderen en jongeren zich veilig en gezond kunnen ontwikkelen en bij eventuele stagnatie snel weer hun ontwikkelingstaken kunnen herpakken: thuis, op school en in de omgeving waarin zij opgroeien. Dat vraagt een fundamentele herziening van de jeugdhulp, zoals geformuleerd in de Jeugdwet. De volgende [transformatiedoelen](#) zijn in deze wet 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.

Naast de aandacht voor demedicaliseren en normaliseren is er ook meer aandacht ontstaan voor passende zorg. Dit betekent dat aanbieders in de jeugdhulp continu passende en doelmatige zorg bieden en zich continu weer de vraag stellen wat het kind en zijn gezin nodig hebben, niet alleen op het moment dat de zorgvraag zich voor het eerst voordoet. Bovendien is het nodig dat er gebruik wordt gemaakt van zoveel mogelijk bewezen effectieve hulpvormen. Door netwerken en samenwerkingverbanden meer integraal te organiseren, kan kennis uit de verschillende sectoren beter worden gedeeld.

Deze generieke module wil helderheid scheppen over bij de samenwerking tussen hulpverleners, organisaties en het onderwijs, over benodigde competenties van hulpverleners, over het kwaliteitsbeleid, de digitale jeugdhulpverlening en het wettelijk en financieel kader voor kinderen onder de 18 jaar en boven de 18 jaar. Deze elementen zijn relevant ongeacht lokale specificaties in de organisatie van de jeugdhulp.

## 1.2. Doelstelling

De generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongeren wil de werkzame elementen samenbrengen voor een goede organisatie van jeugdhulp vanuit voor kinderen relevante sectoren, om de genoemde transformatiedoelen te ondersteunen. De module biedt een functionele beschrijving van wat een goede organisatie van de zorg van jeugd omvat. De module is relevant wanneer een kind een verhoogd risico heeft op het ontwikkelen van psychische klachten, wanneer er sprake is van psychische klachten en/of wanneer er sprake is van (een vermoeden van) een vastgestelde psychische stoornis.

Een goede organisatie van de zorg voor jeugd draagt eraan bij dat deze kinderen zich veilig en gezond kunnen ontwikkelen en bij eventuele stagnatie snel weer (zover mogelijk) hun ontwikkelingstaken kunnen herpakken. Voor zorginhoudelijke werkzame elementen uit voor de jeugd relevante sectoren wordt verwezen naar de [generieke module Psychische klachten in de kindertijd](#).

### 1.2.1. Afbakening van en samenhang met verwante modules

Behalve een samenhang met de [generieke module Psychische klachten in de kindertijd](#), die ingaat op de algemene zorginhoudelijke principes en werkzame elementen, heeft deze generieke module raakvlakken met vele specifieke jeugdhulpverleningstrajecten, zoals de jeugdbescherming, jeugdreclassering, voogdij, zorg voor kinderen met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking et cetera. Hoewel de module vooral beoogt om de zorg voor kinderen en jongeren met psychische klachten of problemen zo goed mogelijk in samenhang te organiseren en in die zin zich ook richt tot partijen die actief zijn op deze deelgebieden, kan zij niet specifiek ingaan op de organisaties en hulpverleners die hier werkzaam zijn. Wel worden overkoepelende wetten en kwaliteitseisen benoemd die ook voor deze vormen van jeugdhulp van toepassing zijn en is er specifiek aandacht voor de samenwerking met het onderwijs en de wijkteams.

Achtergronddocument [Structuur van jeugdreclassering en jeugdbescherming](#) geeft een overzicht van de

organisaties en betrokken hulpverleners in deze deelsectoren.

De generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere heeft betrekking op de organisatie van de zorg voor jeugd bij psychische klachten en problemen 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 en geeft aanbevelingen over de vorm en inhoud van consultatie, verwijzing, terugrapportage en zorgcoördinatie. In beide documenten is er aandacht voor de rol van andere betrokkenen, zoals de familie, scholen en cliëntondersteuners.

De Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-ggz richten zich specifiek op afspraken binnen de jeugd-ggz met de huisartsenzorg en jeugdgezondheidszorg. De generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere richt zich op samenwerking en organisatie in het bredere domein van hulp en zorg voor jeugdigen. Daarbij wordt altijd primair geredeneerd vanuit het kind met (verhoogd risico op) psychische klachten.

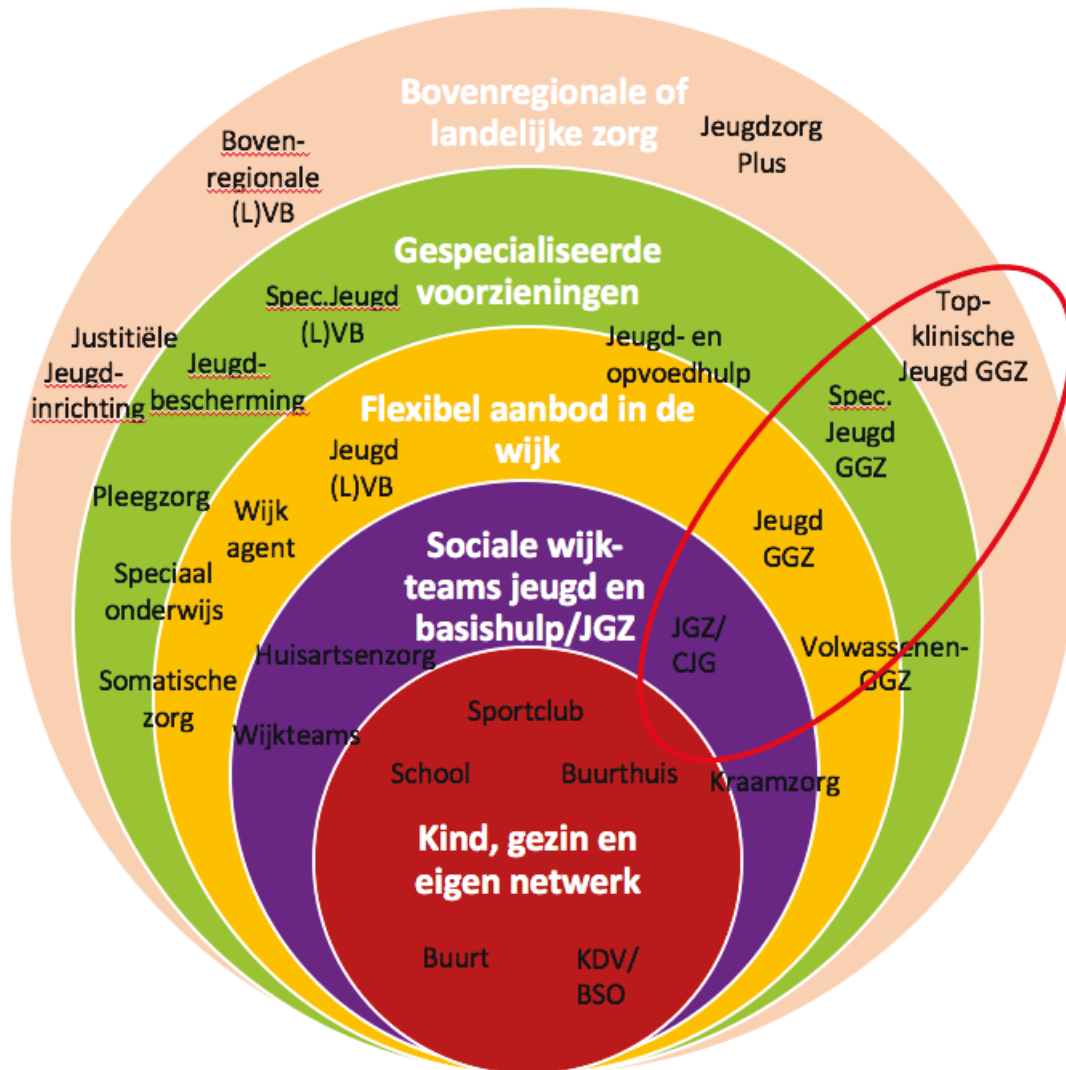
Het figuur hieronder geeft een overzicht van het uitgebreide netwerk van hulp rond een kind en zijn gezin en het sociaal domein.

**sociaal domein.:** De term 'sociaal domein' omvat alle inspanningen die de gemeente verricht rond jeugd, werk en zorg (werk en zorg voor zowel volwassenen als kinderen), op basis van de Wmo, de Participatiewet en de Jeugdwet. In de ruime, integrale zin van het woord vallen onder 'sociaal domein' ook alle aanverwante taken. Onder meer: handhaving bij leerplicht, het voorkomen van vroegtijdig schoolverlaten, passend onderwijs, leerlingenvervoer, de reguliere en bijzondere bijstand, schuldhulpverlening en (jeugd)gezondheidszorg.

[Meer informatie](#)

De generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere richt zich vooral op de rechterhelft van de figuur. De generieke module Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-GGz richt zich specifiek op de groepen binnen de rode ovale lijn.

### 1.2.2. Toelichting figuur: Overzicht van hulp rond een kind of jongere binnen het sociaal domein



Figuur: Overzicht van hulp rond een kind of jongere binnen het sociaal domein

Het aanbod in de groene schil is soms regionaal, soms landelijk georganiseerd.

Jeugdhulp omvat alle genoemde partijen in de figuur, met uitzondering van:

- de wijkagent;
- het speciaal onderwijs;
- de somatische zorg;
- de volwassenen-ggz;
- de Justitiële jeugdinrichtingen (JJI's);
- de kraamzorg;
- de huisartsenzorg;
- de jeugdgezondheidszorg (behalve de onderdelen die onder (preventieve) jeugdhulp vallen);
- alles in de binnenste schil (behalve losse jeugdhulpprojecten die op school worden ingezet).

### 1.3. Doelgroepen

De generieke module heeft betrekking op de organisatie van zorg voor kinderen en jongeren in de leeftijd van 0 tot 23 jaar met (een verhoogd risico op) psychische problematiek. Uitzondering op deze leeftijdsgroep is

[Jeugdgezondheidszorg \(JGZ\)](#) waar prenatale (-9 maanden tot geboorte) voorlichting wordt genoemd. De [generieke module Psychische klachten in de kindertijd](#) beschrijft werkzame elementen van goede zorg voor dezelfde doelgroep, maar inclusief -9 maanden tot de geboorte in het kader van preventie.

Jongeren en ouders kunnen hierin informatie vinden over de organisatie van jeugdhulp, de betrokken hulpverleners en instanties en (de waarborging van) kwaliteitseisen aan de jeugdhulp.

**Jongeren en ouders kunnen hierin informatie vinden over de organisatie van jeugdhulp, de betrokken hulpverleners en instanties en (de waarborging van) kwaliteitseisen aan de jeugdhulp.:**

Thuisarts geeft informatie uit deze generieke module die speciaal is geschreven voor jongeren en ouders.

[Meer informatie](#)

Aan hulpverleners en instellingen binnen de jeugdhulp biedt de module handvatten voor de (brede) samenwerking die de jeugdhulp als gevolg van de transformatie moet realiseren. Zij kunnen de module gebruiken voor aanvullende informatie over (samenwerking met) onderwijs. De module bevat daarnaast een overzicht van kwaliteitseisen waaraan de organisatie van jeugdhulp moet voldoen.

Gemeenten vinden in dit document normen die mede helpen aanwijzen hoe adequate, veilige, effectieve en doelmatige hulp aan kinderen, jongeren en hun ouders georganiseerd dient te worden.

## 1.4. Uitgangspunten

Voor het opstellen van deze module is tijdens bijeenkomsten met een diverse samenstelling van expertises uit de brede jeugdhulp, kennis verzameld van wetenschappelijke en praktische aard. Door deze werkwijze is de module gebaseerd op een verbinding tussen wetenschappelijke kennis, ervaringskennis van patiënten en praktijkkennis van hulpverleners. De tekst is verder gebaseerd op de relevante wettelijke kaders, standaarden vanuit het [Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie](#) en bestaande richtlijnen en standpunten.

### 1.4.1. Algemeen

Een generieke module beschrijft vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professional handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van patiënten en naasten. De beschreven zorg in de standaarden zijn geen wetten of voorschriften, maar bieden handvatten voor de professional om matched care en gepersonaliseerde zorg te kunnen leveren.

Het werken volgens de kwaliteitsstandaard is geen doel op zich. De combinatie van factoren die tot ziekte hebben geleid en de sociale context waarin de aandoening zich voordoet zijn voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te voeren over zijn of haar herstel en leven. Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise en de kennis die een kwaliteitsstandaard hen biedt. De kwaliteit van een professional kenmerkt zich wellicht meer door de wijze waarop hij of zij in staat is in de juiste gevallen en op het juiste moment (goed beargumenteerd) van een standaard af te wijken. Mede op basis van de kwaliteitsstandaard bepalen de patiënt (en diens naasten) en de professional, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg zijn en welke behandel- en ondersteuningsopties daarbij passend zijn.

Het is voor een succesvolle implementatie van de standaard belangrijk om aandacht te hebben voor de mogelijke benodigde veranderingen in het zorgveld die de standaard met zich meebrengt. Voorbeelden zijn mogelijke effecten op de beschikbare capaciteit van zorgverleners, budgetvraagstukken of ict-aanpassingen. Soms is niet elk onderdeel van deze standaard per direct uitvoerbaar. Bij deze standaard zijn een implementatieplan en de rapportage uitvoerbaarheidstoets opgeleverd. Deze bieden inzicht in hoeverre de standaard uitvoerbaar is. In de komende periode worden de stappen voor implementatie nader uitgewerkt.

## 1.5. Betrokken organisaties

De generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere is opgesteld door een werkgroep met ervaringsdeskundigen (zowel jongeren als ouders) en experts uit onder andere de jeugdhulp, jeugdgezondheidszorg, huisartsenzorg en onderwijs. Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid ondersteunde de ervaringsdeskundigen in de werkgroep en raadpleegde door middel van klankbordbijeenkomsten ook andere ervaringsdeskundigen (o.a. de Nationale Jeugdraad). De stuurgroep, tevens de stuurgroep voor de [generieke module Psychische klachten in de kindertijd](#), zag toe op de voortgang en afstemming tussen beide generieke modules en hield toezicht op de procedure waarlangs deze generieke module tot stand is gekomen. De projectgroep bestond uit medewerkers van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie en was verantwoordelijk voor de voortgang, planning, bijeenkomsten, conceptteksten en de communicatie (intern en extern). Zie achtergronddocument [Samenstelling werkgroep, stuurgroep en projectgroep](#).

## 1.6. Leeswijzer

In de generieke module wordt de term 'patiënt' gebruikt. Voor deze term kan ook 'cliënt' worden gelezen.

Onder de patiënt verstaan we het kind of de adolescent (tot 23 jaar) met psychische klachten. Voor de leesbaarheid wordt vooral het woord 'kind' gebruikt, ook als het om adolescenten en jongvolwassenen gaat. Op sommige plaatsen wordt specifiek gesproken over een bepaalde leeftijdsgroep, bijvoorbeeld adolescenten. Onder adolescentie verstaan wij de leeftijd van 12 tot 23 jaar.

Waar we in deze generieke module spreken over 'hij' en 'hem', bedoelen we 'hij' of 'zij' en 'hem' of 'haar'. Daaronder vallen ook transgenders.

In de generieke module worden wijkteams genoemd. Elke gemeente bepaalt zelf of en hoe wijkteams worden ingericht. Wanneer in deze generieke module over wijkteams wordt gesproken worden daarmee ook bedoeld Ouder Kind Teams, sociale wijkteams, sociale teams, buurtteams of andere benamingen voor teams aangestuurd en gefinancierd door de gemeente (zie [Betrokken organisaties](#)).

Waar in de tekst de huisartsenpraktijk wordt genoemd, worden expliciet de huisarts én de POH-GGZ bedoeld.

Voor algemene zorginhoudelijke principes en werkzame elementen in de zorg voor psychische klachten die optreden in de kindertijd, voor de rol van de patiënt en de familie en de relatie met de hulpverlener wordt verwezen naar de [generieke module Psychische klachten in de kindertijd](#).

Perspectief van patiënten en naasten beschrijft de uitgangspunten en kwaliteit van zorg, expliciet vanuit het patiëntenperspectief. [Organisatie van jeugdhulp voor kinderen en jongeren met psychische klachten](#) beschrijft de kernelementen van een goede organisatie van zorg voor kinderen en jongeren, inclusief samenwerking, kwaliteitsbeleid en betrokken hulpverleners. [Kwaliteitsindicatoren](#) verwijst naar de door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz te ontwikkelen kwaliteitsindicatoren voor een goede organisatie van zorg.

Achtergronddocument [Samenstelling werkgroep, stuurgroep, projectgroep](#) geeft de samenstelling van de werkgroep en stuurgroep weer en benoemt overige betrokkenen bij deze generieke module.

In achtergronddocument [Begrippenlijst](#) is een begrippenlijst opgenomen waarin definities en de betekenis van veelgebruikte termen en afkortingen wordt toegelicht. Dit document is het resultaat van een gemeenschappelijk ontwikkeld begrippenkader.

Achtergronddocument [Zorgstructuur binnen het onderwijs](#) bevat een overzicht van de zorgstructuur binnen het onderwijs.

Achtergronddocument [Structuur van jeugdbescherming en jeugdreclassering](#) bevat een overzicht van de actoren in jeugdreclassering en jeugdbescherming.

Achtergronddocument [Specifieke aandachtspunten vanuit het patiëntenperspectief](#) bevat een puntsgewijs overzicht van de specifieke aandachtspunten vanuit patiëntenperspectief.

Achtergronddocument [Literatuur](#) bevat de volledige referentielijst.

## 2. Patiëntenperspectief

### 2.1. Inleiding

Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid (voorheen LPGGz) heeft in het visiestuk [Focus op Gezondheid - Zorg voor Herstel en de Basisset Kwaliteitscriteria GGZ](#) de bouwstenen voor zorg vanuit het perspectief van patiënten en naasten geconcretiseerd. Deze beschrijven wat mensen met psychische klachten en hun naasten belangrijk vinden als het gaat om kwaliteit van zorg en vormen het uitgangspunt van de module en meer specifiek voor Patiëntenperspectief, met een speciale blik op zorg bij psychische klachten in de kindertijd. Hieronder worden eerst de algemene uitgangspunten weergegeven; [Wensen en ervaringen van patiënten](#) gaat in op specifieke aandachtspunten die voortkomen uit achterbanraadplegingen en cliënten- en naasteninbreng in de werkgroepbijeenkomsten.

#### 2.1.1. Positieve gezondheid, veerkracht en vitaliteit

‘Gezondheid’ wordt niet beschouwd als een statisch concept van optimaal welbevinden zonder ziekten of gebreken, maar als een dyna-misch vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven. Voor jonge kinderen ligt hierbij de nadruk op het stimuleren van de eigen kracht en de eigen regie van hun ouders. Naarmate het kind zich verder ontwikkelt, gaat het steeds meer om de regie van het kind zelf. De aandacht is gericht op de veerkracht en de vitaliteit van het kind en zijn gezin, zodat betrokkenen (weer) in staat worden gesteld om zo veel mogelijk eigenstandig hun leven te leiden. Deze definitie van gezondheid sluit aan bij het patiëntenperspectief-, waarbij jeugdhulp probleem- en contextgericht wordt verleend.

#### 2.1.2. Preventie

Preventie en behandeling binnen de jeugdhulp is gericht op persoonlijk herstel van gezondheid en gericht op adaptatie, met een optimaal functioneren van het kind binnen zijn gezin en binnen de context waarin hij opgroeit. Daarin staan de wensen en de behoeften van het kind centraal en ligt de nadruk op zelfmanagement en zelfredzaamheid, die zich ontwikkelen binnen een veilige context waar het kind op terug kan vallen. Het kind en zijn gezin krijgen daarbij de ondersteuning die nodig is om dat te versterken.

**Het kind en zijn gezin krijgen daarbij de ondersteuning die nodig is om dat te versterken.:** Zie o.a. de visie 2013-2020 van GGZ Nederland.

[Meer informatie](#)

#### 2.1.3. De weg naar herstel

Op de weg naar herstel zijn er vier perspectieven die aan de orde moeten komen, waarin de volgende vragen centraal staan:



- Wat is het beeld dat het kind en zijn ouders van hun eigen sterktes en zwaktes hebben?
- Wat is de wens en hulpvraag van het kind en zijn ouders?
- Wat is het resultaat van de probleemanalyse en van de diagnostiek door de hulpverleners en het plan voor de aanpak? en
- Wat vinden het kind en zijn ouders van het resultaat en hoe zien zij de toekomst? Hoe willen zij verder gaan?

Over deze vragen denken niet alleen ouders en kind in de praktijk vaak verschillend, maar ook ouders onderling, zeker bij echtscheiding.

## 2.2. Wensen en ervaringen van patiënten

### 2.2.1. Focus van zorg

Door zoveel mogelijk uit te gaan van de eigen mogelijkheden en eigen verantwoordelijkheid worden kinderen/jongeren en hun ouders niet onderschat en wordt hun verhaal/vraag centraal gesteld. Daarbij wordt passende screening toegepast en waar nodig worden gestandaardiseerde diagnostische instrumenten gebruikt. De hulpverlener stimuleert het kind/de jongere en zijn ouders zoveel mogelijk om zelf een hulpvraag te formuleren en na te denken over wat zij zelf eventueel nog meer kunnen aanpakken. Voordat een kind in de hulpverlening belandt, hebben ouders, anderen en de jongere zelf vaak al veel geprobeerd. Het doel is om het kind en zijn gezin weer zo zelfstandig mogelijk, en ook zoveel mogelijk in relatie tot anderen, optimaal verder te laten leven. De hulpverlener dient wel alert te zijn op situaties waar de mogelijkheid tot eigen regie en verantwoordelijkheid beperkt is, bijvoorbeeld wanneer ouders een verstandelijke beperking hebben of bij onveilige thuissituaties.

Extra aandachtspunten

- Bij transities en life-events zoals start op de basisschool, de overgang van de basisschool naar de middelbare school, echtscheiding van ouders of een verhuizing, moet er aandacht zijn voor het risico op ontwikkelen of verergeren van psychische klachten bij kinderen en jongeren.
- Bij de diagnostiek is het van belang de context van het kind/de jongere ook in kaart te brengen, zoals steun, stressoren, kracht en kwetsbaarheden (zogenoemde 'brede' diagnostiek).
- Bij de behandeling moet oog zijn voor 'het gewone leven': (blijven) onderhouden van sociale contacten, zoveel mogelijk mee blijven doen op school en werk. Behandeling moet niet enkel gericht zijn op symptoomreductie, maar juist op bevorderen van herstel van de normale (gezonde) ontwikkeling en, indien nodig, op het kunnen functioneren met klachten.
- De behandeling moet ook passen bij de behoefte van het kind/de jongere en zijn ouders. Voor kinderen geldt dat de belastbaarheid van ouders en de kwaliteit van de ouder-kindrelatie van belang is voor de uitkomst. Deze aspecten moeten daarom meegenomen worden in de focus van zorg.

### 2.2.2. Vorm van zorg

Het verhaal van het kind/de jongere en zijn ouders is het startpunt voor hulp (d.w.z. intake, screening, (ontwikkelings-)diagnostiek en behandeling) en staat centraal gedurende het gehele jeugdhulptraject. Hulp past bij de ontwikkelingsfase en sociale context waarin het kind zich bevindt, binnen de mogelijkheden van de zorg. Hulp is ook gendersensitief, dat wil zeggen: rekening houdend met verschillende rollen, verwachtingen en afhankelijkheden die gekoppeld zijn aan sekse. Er is daarbij zoveel mogelijk flexibiliteit in contacturen, in communicatiemiddelen en in keuze van hulpverlener. De zorg moet vanaf het begin samen met de jongere worden vormgegeven. Jongeren worden betrokken bij de keuzes rondom de zorg, net zo lang tot zij zelf regie mogen voeren. Jongere kinderen kunnen nog geen regie voeren, maar dienen wel zoveel mogelijk betrokken te worden. Ouders zijn de spil in de behandeling van jonge kinderen. Er zijn wettelijke regels voor leeftijdsgrenzen wat betreft informatie en toestemming. Zie ook de generieke module [Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek](#).

### Extra aandachtspunten

- Aanvullend op het feit dat jongeren niet onderschat moeten worden, moet ook worden gewaakt voor overschatting. Lang niet alle jongeren van 16 jaar zijn bijvoorbeeld in staat om zelfstandig (goede) keuzes te maken of regie te voeren. Door het behandelplan samen met kinderen en jongeren op te stellen krijgen zij meer motivatie, inzicht, rust en een gevoel van regie. De hulpverlener kan een coachende rol aannemen door aan te geven wat de best mogelijke hulp voor het kind/de jongere is, binnen de gegeven mogelijkheden.
- In het gehele proces van zorg wordt samengewerkt met het gezin. Het betrekken van het gezin is echter maatwerk, waarbij de draagkracht van en relaties binnen het gezin bepalen hoe en in hoeverre het gezin of de nieuw samengestelde gezinnen betrokken kunnen worden. Ook moet gedacht worden aan andere naasten, zoals andere familieleden of vrienden, leerkrachten et cetera. Hun verhaal kan ook worden gebruikt om de verdere zorg vorm te geven, binnen de geldende privacygrenzen.
- Door goed te luisteren naar wat het kind/de jongere en zijn naasten nodig hebben wordt er effectief samengewerkt in de triade (de drie-eenheid van hulpverlener, het kind en zijn naasten, zie achtergronddocument Begrippenlijst). De verkregen informatie wordt tegen het licht van een eventueel psychisch beeld gehouden om helder te krijgen of er sprake is van een stoornis die specifieke eisen stelt aan begeleiding en behandeling.
- Hulpverleners moeten duidelijk met ouders en kind bespreken dat jongeren vanaf 12 jaar zeggenschap hebben over de geboden hulp, opdat dit geen problemen oplevert in de relatie tussen hulpverlener en ouder(s).
- Hulpverleners moeten de onderlinge relaties binnen een triade in ogenschouw nemen; in het bijzonder bij gescheiden ouders en/of andere situaties met een minder bij het kind betrokken ouder.
- Formele regels over leeftijdsgrenzen: bij kinderen en jongeren onder de 16 jaar is toestemming van beide ouders (met gezag) vereist. Als één van de ouders toestemming voor hulpverlening weigert, en ook na overleg blijft weigeren, kan de andere ouder eventueel een procedure starten via de kinderrechter. De hulpverlener kan op basis van goed hulpverlenerschap beslissen toch te behandelen en hoeft een kantonrechterprocedure niet af te wachten.
- Vanaf de leeftijd van 16 jaar (tenzij wilsonbekwaam) mag de jongere zelfstandig besluiten nemen over de zorg en is toestemming van ouders niet meer vereist. De hulpverlener moet proberen om ook vanaf 16 jaar de ouders van een jongere zoveel mogelijk in te lichten en/of te betrekken bij de hulp. Dat kan alleen gebeuren met toestemming van de jongere.

### 2.2.3. Inhoud van zorg

Bij zorg op maat staat het kind en zijn gezin centraal. In het hulpverleningsplan moet de eventuele prioritering van de probleemgebieden in lijn zijn met zijn wensen en grenzen en met die van het systeem

**systeem:** Systeem: het hele netwerk rondom het gezin waarin een kind opgroeit en een belangrijk onderdeel van de leefwereld vormt: ouders, broers en zussen, stiefouders, halfbroers en halfzussen, stiefbroers en stiefzussen, vrienden, grootouders, burens, sportverenigingen, onderwijs.

om hem heen. Bij complexe problematiek moet de hulp om het kind/de jongere en ouders heen georganiseerd worden waarbij de verschillende hulpverleners goed met elkaar afstemmen. Ook wanneer bij enkelvoudige problemen meerdere hulpverleners betrokken zijn, is afstemming en onderling contact nodig.

Leerkrachten actief betrekken bij de hulp is waardevol voor de hulpverlener, omdat zij veel signalen over de kinderen krijgen.

Binnen de diagnostiek moet een compleet beeld ontstaan van het kind/de jongere en de context, met sterke en kwetsbare punten. Een diagnostisch beeld is een reflectie van de gehele persoon en diens omgeving; geen (DSM-5) classificatie.

**Bron:** Kievit, T., Tak, J. A., & Bosch, J. D. (2010). Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen (7e druk). Tijdschrift voor Psychiatrie, 52(7), 485-486.

Uniformiteit van begrippen is nodig voor heldere communicatie, en daarom kan een diagnostische classificatie wel deel uitmaken van het diagnostisch verslag. Het gevormde beeld moet ook aan het kind/de jongere en de ouders voorgelegd worden ten behoeve van gezamenlijke besluitvorming voor de behandeling.

Diagnostiek en behandeling van psychische klachten richt zich primair op herstel van functioneren van kind en gezin. Het moet ook gericht zijn op meer verborgen onderliggende klachten (bijvoorbeeld trauma's, emotionele problemen) en omgang met (blijvende) kwetsbaarheden in het kind en in de omgeving (zoals psychische problematiek bij ouders); niet uitsluitend op symptoomreductie. Ervaringsdeskundigen kunnen worden ingezet als rolmodel en motivator om het hulpverleningstraject überhaupt in te gaan. Het structureel inzetten van ervaringsdeskundigen heeft grote meerwaarde en komt steeds meer voor maar het is nog niet standaard, zeker niet in de jeugdhulp.

**Bron:** Desain, L., Driessen, E., van de Graaf, W., Holten, J., Huber, M., Jansen, M., ... Sedney, P. (2013). Ervaringen met de inzet van ervaringsdeskundigheid. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam, Kenniscentrum Maatschappij en Recht.

#### Aandachtspunten communicatie

- Een goede communicatie tussen professionals en goede rapportage is belangrijk voor zowel het kind en zijn ouders als voor de behandelaren.
- Het streven is dat kinderen/jongeren en hun ouders niet overal opnieuw hun verhaal hoeven te doen. Dit kan onder meer door samen te werken met instanties die het kind/gezin al langer kennen, door de gezondheid longitudinaal monitoren en door aan het begin van een traject heldere afspraken te maken over wie de zorg coördineert. Het kan ook worden gerealiseerd door afspraken te maken over in welke gevallen hulpverleners wat voor soort informatie uitwisselen, uiteraard binnen het kader van de privacywetgeving.
- Bij wisselingen van personeel of wisseling van contracten moet er extra aandacht zijn voor een zorgvuldige overdracht. Het is van belang daarvoor middelen te ontwikkelen, zoals bijvoorbeeld video-opnamen, zodat het kind niet keer op keer hetzelfde verhaal hoeft te vertellen. In de dossiervoering moet ruimte en aandacht zijn voor veranderingen en daarmee gepaard gaande aanpassingen of toevoegingen aan het dossier.
- Kinderen en hun ouders hebben zeggenschap over het dossier in de vorm van rechten met betrekking tot inzage, correctie en het krijgen van een kopie. De behandelaar is formeel eigenaar van het dossier.
- Kinderen mogen beslissen met wie gegevens worden uitgewisseld; vanaf 12 jaar samen met hun ouders, vanaf 16 jaar zelfstandig.
- De zorgcoördinator (zie Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-ggz) moet toezien op continuïteit van zorg en afstemming indien meerdere instanties betrokken zijn. Dit vergt aandacht voor terugrapportage en overdracht.

#### 2.2.4. Eisen aan zorg

##### Hulpverleners dienen bekwaam

**bekwaam:** Voor een patiënt betekent dit dat hij erop kan vertrouwen dat de hulpverlener op tijd een ander persoon inschakelt en in principe de diploma's en competenties heeft die nodig zijn.

te zijn en respectvol en empathisch met patiënten en hun naasten om te gaan. Uitgangspunt is dat iedere ouder het beste wil voor het kind, maar dat zij dit soms niet kunnen bieden. Hierover kan onzekerheid en schaamte bestaan bij de ouder(s), naast angst dat 'hun kind wordt afgepakt'. De hulpverlener dient hier rekening mee te houden. De hulpverlener dient ook oog te hebben voor zorgmijders; naast het bieden van steun is het van belang om op een niet-veroordelende wijze eventuele zorgen daarover te delen, de oorzaak van zorgmijdend gedrag te achterhalen en op een dreigende breuk in de hulpverlenersrelatie te anticiperen. Hierdoor wordt aangeboden hulp gemakkelijker geaccepteerd. Bij zorgmijders is het van belang om goed aan te sluiten bij de leefwereld van het gezin en bij wat dit gezin op dit moment belangrijk vindt om aan te pakken, ook als dat iets

anders is dan de professional vanuit zijn deskundigheid zou doen. In gevallen waarin er wordt getwijfeld over de veiligheid van het kind, of wanneer de veiligheid van het kind het geding is, dient de hulpverlener echter duidelijke grenzen te stellen aan de zorgmijding en tijdig actie te ondernemen (in de vorm van een melding) wanneer de grenzen worden overschreden. Het is van groot belang daarbij in dialoog te blijven met de jongere/ouders en inzicht te blijven geven in het handelen.

#### Extra aandachtspunten

- Voor een goede hulpverleningsrelatie is het belangrijk dat de hulpverlener aansluit bij wat de jongere nodig heeft en zich kwetsbaar en transparant durft op te stellen. Hij neemt het kind/de jongere en ouders serieus en is toegankelijk en niet veroordelend. Indien de 'klik' met de hulpverlener ontbreekt of de voortgang stagneert, kan het kind/de jongere of kunnen diens ouders ervoor kiezen om over te stappen naar een andere hulpverlener. Het is belangrijk dat de hulpverlener hier aandacht voor heeft in het contact met de jongere/de ouders en ook benoemt dat deze mogelijkheid er is, evenals de mogelijkheid van een second opinion.
- De hulpverlener heeft goed zicht op het aanbod aan mogelijkheden in zorg en welzijn. Dit vergt aandacht voor veranderingen in het veld of in de sociale kaart.
- Er is flexibiliteit in het zorgaanbod (op- en afschalen, bereikbaarheid in avonden en weekenden) en ook binnen teams informeren hulpverleners elkaar over 'wat werkt'.
- De hulpverlener bespreekt duidelijk wat er met de privacygevoelige informatie van het gezin gebeurt. Hij geeft aan dat informatie-uitwisseling conform wet- en regelgeving gebeurt, en benadrukt dat de informatie-uitwisseling in afstemming met het kind en zijn ouders gebeurt.
- Hulpverleners moeten binnen verschillende disciplines goed met elkaar samenwerken met oog voor de verschillende wet- en regelgeving.

Een volledig en puntsgewijs overzicht van de specifieke aandachtspunten staat in achtergronddocument [Specifieke aandachtspunten vanuit patiëntenperspectief](#).

### 2.3. Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief

'Kwaliteit van zorg' wordt omschreven als de mate van overeenkomst tussen de criteria van wenselijke zorg en de praktijk van feitelijke zorg.

**Bron:** Donabedian, A. (1980). Explorations in Quality Assessment and Monitoring Vol. 1. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press.

Om te voorkomen dat de kwaliteitsoordelen van het kind of de jongere, zijn ouders en de hulpverlener uiteenlopen, is het belangrijk dat de verwachtingen van het kind of de jongere en zijn ouders en de bedoelingen van de hulpverlener helder zijn. Het is daarbij essentieel om aandacht te hebben voor zowel de kwaliteit van de relatie als de kwaliteit van de interventie. Kwaliteit van zorg is door MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid uitgewerkt in de volgende vier domeinen:

<b>Focus van zorg</b> (uitkomst)	<i>Kwaliteit van leven:</i> patiënten ervaren een verbetering van hun welbevinden op voor hun relevante levensgebieden. <i>Herstel van vitaliteit:</i> patiënten ervaren een verbetering van hun levenslust en hun vermogen om dingen te doen.
<b>Vorm van zorg</b> (relaties)	<i>Patiënt centraal:</i> het gaat om het persoonlijke verhaal van de patiënt en de regie over de zorg ligt bij de patiënt. <i>Zorg in triade:</i> naasten worden zo mogelijk betrokken bij de zorg en worden geïnformeerd en ondersteund.
<b>Inhoud van zorg</b> (proces)	<i>Adequate zorg:</i> er is zorg op maat en de zorg is effectief, efficiënt, veilig, tijdig en toegankelijk. <i>Integrale zorg:</i> er is integratie van zorg en welzijn, coördinatie van zorg en continuïteit van zorg.
<b>Eisen aan zorg</b> (structuur)	<i>Professionele zorg:</i> er zijn competente professionals, deugdelijke faciliteiten en adequate richtlijnen. <i>Transparante zorg:</i> er is inzicht in het aanbod van zorg, de kosten van zorg en de kwaliteit van zorg.

### 3. Organisatie van zorg voor kinderen en jongeren met psychische klachten

#### 3.1. Inleiding

Een optimale organisatie van de jeugdhulp resulteert in zorg die aansluit bij het kind en zijn naasten en diens optimale ontwikkeling. Uitgangspunt is passende zorg. Dit betekent dat aanbieders in de jeugdhulp continu passende en doelmatige zorg bieden en zich continu weer de vraag stellen wat het kind en zijn gezin nodig hebben, niet alleen op het moment dat de zorgvraag zich voor het eerst voordoet. Uit onderzoek blijkt dat niet alle kinderen/jongeren die zorg nodig hebben deze ook daadwerkelijk krijgen. Met name kinderen met een kwetsbaar steunsysteem en kinderen/jongeren met een migratieachtergrond krijgen te laat zorg.

**Bron:** Nuijen, J. (red.) (2010). Trendrapportage GGZ 2010. Deel 2 toegang en zorggebruik. Utrecht: Trimbos Instituut.

Door de decentralisatie van jeugdhulp kan de organisatie van de hulp aangepast worden aan de behoefte in de lokale situatie. Er zijn echter grote regionale verschillen ontstaan in de organisatie van de jeugdhulp. De toenmalige Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling benadrukt dat betrokkenen zich steeds moeten afvragen: Waarom richten we de jeugdhulp zo in, zijn kinderen en gezinnen daar bij gebaat en zijn er risico's en valkuilen?

**Bron:** Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (2014). Samen verder, verder samen. Zorgen voor kinderen met complexe problemen.

In elke gemeente moeten kinderen en gezinnen de juiste/best passende hulp kunnen krijgen. Dit vraagt om een goede samenwerking tussen en binnen de verschillende aanbieders van hulp aan kinderen en hun gezin.

#### 3.2. Betrokken hulpverleners

In de generieke module Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-ggz zijn de volgende typen van hulpverleners uitgewerkt, alsmede de rollen die zij in de brede jeugdhulp vervullen:

- Gezondheidszorg (GZ)-psycholoog
- GGZ-agoog
- GGZ-verpleegkundige
- Huisarts
- Jeugdarts
- Jeugdverpleegkundige
- Kinderarts
- Kinder- en jeugdpsychiater
- Kinder- en jeugdpsycholoog
- Kinder- en jeugdpsychotherapeut
- Orthopedagoog
- POH-GGZ
- Sociaal psychiatrisch verpleegkundige
- Sociaal Werker
- Systeemtherapeut
- Vaktherapeut
- Verslavingsarts
- Verpleegkundig specialist GGZ

Deze hulpverleners komen daarom niet aan bod in deze generieke module. Aanvullend op deze in de generieke module Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-ggz besproken hulpverleners worden hier nog de rollen en taken van de leerkracht en de wijkteammedewerker besproken.

### **3.2.1. Leerkracht (basisonderwijs en voortgezet onderwijs)**

Leerkrachten zijn in de eerste plaats bezig met het leerproces en met de ontwikkeling van hun leerlingen. Zodra een leerkracht te maken krijgt met een leerling met psychische problemen, krijgt hij er een extra verantwoordelijkheid bij.

#### Signaleren

In zowel het basisonderwijs als in het voortgezet onderwijs heeft de leerkracht een taak in het signaleren van achterstand en belemmering in de ontwikkeling, van afwijkend gedrag en van de relatie van het kind met de rest van de groep. De leerkracht registreert en evalueert de ontwikkeling en studievoortgang van leerlingen en bespreekt deze met de leerling en de ouders/verzorgers. Observaties van de leerkracht zijn van groot belang voor de aanpak in de klas, als informatie voor de diagnostiek (zie [Diagnostiek is teamwork](#)) en uiteindelijk voor een succesvolle behandeling en schoolloopbaan. Het is de taak van de leerkracht om de signalen te beschrijven in termen van waarneembaar gedrag, zonder zelf te gaan interpreteren of conclusies te trekken.

#### Ondersteunen van de begeleiding

Een leerkracht kan geen diagnose stellen en kan geen psychische aandoening behandelen. Toch kan hij veel betekenen voor een leerling met psychische problemen. De leerkracht is immers niet alleen informant bij de diagnose, maar ook misschien wel de belangrijkste dagelijkse begeleider van het kind. In die rol kan hij op allerlei manieren het leerproces op gang houden door gedrag bij te sturen en emoties te beïnvloeden en is hij de spil in het overleg tussen school en ouders. Ook het in de klas bespreken van de problemen van een kind (met toestemming van het kind), op een stigmavrije manier, kan een belangrijke rol van de leerkracht zijn. Bovendien zal de leerkracht zijn instructie en ondersteuning aanpassen aan een leerling met psychische klachten en zo nodig, in overleg met de intern begeleider, op school of daarbuiten extra ondersteuning inzetten in het kader van passend onderwijs (zie ook [Leerkrachten](#)).

Voor een overzicht van alle op school aanwezige (zorg)professionals zie achtergronddocument [Zorgstructuur in het onderwijs](#).

### 3.2.2. Wijkteammedewerker

Er bestaat niet één 'wijkteammedewerker': medewerkers van wijkteams zijn afkomstig uit verschillende beroepsgroepen met daarbij behorende competenties. Beroepsgroepen die bij een wijkteam kunnen werken zijn o.a. psychologen, jeugdartsen, sociaal werkers (jeugdzorgwerkers en sociaal agogen), thuisbegeleiders, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen en orthopedagogen.

Een wijkteammedewerker maakt deel uit van een lokaal wijkteam dat kan variëren in samenstelling en organisatie. Niet alle gemeenten werken met wijkteams.

**Bron:** Van Arum, S. & Vögtlander, L. (2016). Eerst samenwerken voor veiligheid, dan samenwerken voor risicogestuurde zorg. Utrecht: GGD GHOR Nederland.

Gemeenten bepalen onder andere of de teams zich richten op alle leeftijden dan wel of er separate teams voor kinderen en jongeren zijn. Het wijkteam als geheel is op zijn minst het aanspreekpunt voor vragen van kinderen, jongeren en ouders omtrent zorg en ondersteuning. In veel gevallen zijn verschillende expertises aangaande maatschappelijk werk en ondersteuning, jeugdhulp en ggz in wijkteams vertegenwoordigd. Een zorgcoördinator (centrale regisseur) die samen met het gezin een plan opstelt (één gezin, één plan, één regisseur) is vaak een hulpverlener afkomstig uit het wijkteam.

Signaleren en signalen oppakken

Gezinnen melden zich soms aan bij een wijkteam, worden er soms naar verwezen en ook werken wijkteams soms outreachend: de hulpverlener gaat naar de gezinnen toe. Hij krijgt signalen over een gezin, zoekt dit gezin op - gevraagd of ongevraagd - en bespreekt het signaal. De signalen komen op verschillende manieren binnen, bijvoorbeeld via de jeugdgezondheidszorg, het consultatiebureau, de kinderopvang, de huisarts, leerkracht of de wijkagent. Indien mogelijk moeten deze signalen door de betreffende personen zelf besproken zijn met het gezin, alvorens het bij het wijkteam terecht komt. Het wijkteam kan ook benaderd worden door een zorgaanbieder die reeds gestart is en een coördinator en/of outreachende zorgaanbieder voor het gezin erbij wenst, als de hulp is aangevraagd via de huisarts of medisch specialist.

### 3.2.3. Rol informele verzorgers

Informele verzorgers spelen ook een belangrijke rol in de zorg. In nieuwe initiatieven krijgen zij een grote rol toebedeeld, bijvoorbeeld als vertegenwoordiger van de jongere die hem kan ondersteunen in het doorbreken van aanhoudende conflicten thuis. De [JIM-aanpak](#) is daar een voorbeeld van. JIM staat voor Jouw Ingebrachte mentor, en staat voor een aanpak waarin een door de jongere gekozen persoon – dit kan bijvoorbeeld een oom, zus, buurman of vriend van de jongere zijn - optreedt als vertegenwoordiger van de jongere richting ouders en professionals en hem ondersteunt in het doorbreken van aanhoudende conflicten thuis. Deze nieuwe vormen van aanpak zijn vooralsnog onbewezen en behoeven verder onderzoek.

## 3.3. Samenwerken

### 3.3.1. Algemeen

Het samenwerken met kind/jongere en ouders is een belangrijk onderdeel van de generieke module Psychische klachten in de kindertijd. Die generieke module behandelt de gezamenlijke besluitvorming tussen hulpverleners en kind/jongere en ouders. In deze module staat de samenwerking tussen hulpverleners en gemeenten, en tussen verschillende hulpverleners onderling centraal. De Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-ggz, die onderdeel vormen van deze generieke module bevatten de afspraken tussen de verschillende beroepsgroepen die werken in de jeugd-ggz, de huisartsenzorg en de jeugdgezondheidszorg.

### 3.3.2. Leidraad voor samenwerking (in complexe situaties)

Niet iedere vraag of probleem hoeft een aanleiding te zijn om samen te werken, het is geen doel op zich. Uit onderzoek blijkt dat samenwerking effectief is bij complexe problemen, maar niet altijd nodig is bij eenvoudige vraagstukken.

**Bron:** Timmermans, M., van Heerwaarden, Y., & Pijpers, F. (2014). Samen = beter.

Met name bij complexere casussen – gevallen waarbij zowel sprake is van psychische problematiek bij het kind, financiële problemen bij ouders, als middelengebruik bij ouders - zijn vaak meerderde partijen betrokken en is vaker intensieve samenwerking tussen deze betrokken partijen nodig. In ieder geval moet worden voorkomen dat partijen langs elkaar heen werken.

De specifieke behoefte van het kind en zijn gezin moet centraal moet staan en de samenwerkende partijen moeten een unieke toevoeging vormen op de hulp die een andere partij kan bieden en die van meerwaarde kan zijn voor het kind en het gezin. Dit betekent niet dat samenwerking alleen nodig is bij kinderen, jeugdigen en gezinnen die al problemen hebben. Problemen kunnen juist worden voorkomen door samen te werken. Preventie is iets wat iedereen (inclusief bijvoorbeeld burens, sporttrainers) die zich bevindt in de omgeving van het kind aangaat.

### 3.3.3. Integrale jeugdhulp bieden

Eén van de transformatiedoelen is het bieden van integrale jeugdhulp. Bij de hulpverlening aan kind en gezin zijn vaak meerdere partijen betrokken. Bij integrale jeugdhulp werken die partijen met elkaar samen. Integrale jeugdhulp is jeugdhulp die passend en samenhangend is. De hulp is passend als die zo licht mogelijk is, maar ook direct intensief is waar nodig (matched care).

**matched care):** Het afstemmen van de behandeling op kenmerken van het kind/de jongere, zoals de ernst van de klachten, mentale en sociale vaardigheden en (steun vanuit) het gezin. Zorg wordt niet pas geïntensiveerd als eerste stappen interventies onvoldoende resultaat opleveren, maar patiënt komt zo snel mogelijk bij de juiste hulpverlener en krijgt zo snel mogelijk de juiste behandeling (niet minder dan noodzakelijk en niet meer dan nodig).

De hulp is samenhangend wanneer de deskundigheid vanuit verschillende specialismen en sectoren optimaal benut wordt en in samenhang wordt aangeboden vanuit het principe 'één gezin, één plan, één regisseur'. Dit vraagt om een intensieve samenwerking van specialisten vanuit verschillende sectoren.

Integrale jeugdhulp wordt ook ketenzorg, integrale samenwerking, multifocale jeugdhulp, multidisciplinaire jeugdhulp of samenhangende hulp genoemd. Welke partijen samenwerken om integrale jeugdhulp te bieden is afhankelijk van de situatie. Voorbeelden van betrokken partijen zijn het sociale netwerk, de school, instellingen voor jeugd- en opvoedhulp, jeugd-ggz, huisartsen, jeugdbescherming, verslavingszorg, politie, forensische zorg, leerplichtambtenaren en vrijwilligers. Integrale jeugdhulp blijft dus niet beperkt tot partijen die door de gemeente worden betaald in het kader van de Jeugdwet. Voorbeelden waarbij de politie bijvoorbeeld betrokken wordt, zijn mensenhandel/loverboyproblematiek en huiselijk en/of seksueel geweld.

### 3.3.4. Behoeft aan nieuwe samenwerkingsvormen

Veranderingen in de zorg voor jeugd en veranderingen in de organisatie van de zorg voor jeugd maken dat er nieuwe samenwerkingsverbanden nodig zijn. Deze aanpassingen hebben tijd nodig en samenwerking gaat niet vanzelf. De Transitiecommissie Sociaal Domein heeft in haar vijfde rapport een aantal adviezen aan het ministerie, gemeenten en hulpaanbieders opgenomen ter bevordering van de samenwerking.



**Bron:** Transitiecommissie Sociaal Domein (2016). Vijfde rapportage TSD: Transformatie in het Sociaal Domein; de praktijk aan de macht.

De commissie beveelt aan om meer energie en aandacht te geven aan het (v)erkennen van elkaars positie. Ook raden zij aan om de gewenste (maatschappelijke) resultaten, gezamenlijk te bepalen en te formuleren.

Aandachtspunten rond samenwerken tussen organisaties/aanbieders

- Samenwerking binnen de eigen organisatie moet eerst op orde zijn voordat er effectief met een ander kan worden samengewerkt.
- Financiële belangen en competentiestrijd vormen een gevaar voor goede samenwerking tussen partijen. De verschillende invalshoeken van de jeugdhulp moeten complementair zijn en niet concurrerend.
- Centraal in een goede samenwerking staan een gedeelde visie, op elkaar afgestemde doelen, een gedeelde werkwijze en wederzijds vertrouwen. Om ruis daarin te voorkomen is een gezamenlijke taal belangrijk.
- Zorg voor een aanspreekpunt voor kwesties over de samenwerking. Zorg dat deze persoon regelmatig contact heeft met de organisaties en dat hij ook kan helpen in het samenwerkingsproces.
- Zorg voor randvoorwaarden: tijd en geld.
- Organiseer regelmatig gezamenlijke bijeenkomsten en trainingen; medewerkers krijgen daardoor inzicht in elkaars organisatie en zoeken elkaar sneller voor overleg.
- Maak gebruik van belangrijke bronnen over (integraal) samenwerken:
- Dossier integrale jeugdhulp, ontwikkeld door het Nederlands Jeugdinstituut, Landelijk Kenniscentrum LVB en het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie.
- Beter Samen. Een handreiking om te komen tot effectieve samenwerking in de zorg voor jeugd.
- 'Leren samenwerken tussen organisaties'.
- Wanneer het gaat om de veiligheid van het kind is het visiedocument 'Eerst samenwerken voor veiligheid, dan samenwerken voor risicogestuurde zorg' aanbevolen.

### 3.3.5. Gemeenten

Gemeenten hebben sinds 1 januari 2015 een jeugdhulpplicht. Dat betekent dat de gemeenten verantwoordelijk zijn voor een kwalitatief en kwantitatief toereikend aanbod van de verschillende vormen van jeugdhulp. Zij zorgen ervoor dat ieder kind dat een vorm van jeugdhulp nodig heeft, deze ook daadwerkelijk krijgt. Daarvoor kopen zij zorg in bij jeugdhulpaanbieders (instellingen en vrijgevestigden). In inkoopcontracten, dienstverleningsovereenkomsten of samenwerkingsafspraken worden aanvullende afspraken tussen de gemeente en de jeugdhulpaanbieder vastgelegd. Samenwerking tussen gemeenten en de vele verschillende jeugdhulpaanbieders is van groot belang voor een juiste vormgeving van de jeugdhulp in een gemeente en in de regio.

#### Bovenregionale inkoop

Gemeenten regelen vaak de inkoop van gespecialiseerde jeugdhulp bovenregionaal. Dat is nodig om deze gespecialiseerde jeugdhulp beschikbaar te houden. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) stelt dat overal in het land gemeenten samen de verantwoordelijkheid moeten nemen voor het beschikbaar stellen van de gespecialiseerde zorg en de ontwikkeling hiervan en noemt dit collectief opdrachtgeverschap. Wachtlijsten voor een plaats in gespecialiseerde instellingen mogen niet oplopen tot langer dan afgesproken Treeknormen (normen voor maximaal aanvaardbare wachttijden per zorgsector). Bovendien moeten er in elke gemeente voldoende crisisplaatsen beschikbaar blijven.

#### Verantwoordelijkheid

De gemeente blijft verantwoordelijk voor de zorg, ook als deze is uitbesteed aan een derde.

Het is belangrijk dat de gemeente deze verantwoordelijkheid goed oppakt en uitvoert. Daarbij is het o.a. van belang dat de gemeente voldoende geld heeft om de nodige zorg in te kopen. Wanneer toch vroegtijdig een financieringsplafond bereikt wordt, dient de gemeente dit op tijd aan te geven naar het rijk en daarover te

communiceren naar de zorgaanbieders en burgers. Het belangrijkste is om altijd te zorgen dat het kind centraal staat en dat het te allen tijde ook keuzevrijheid in hulp heeft in een gemeente.

#### Aanspreekpunt instellen

Een aanspreekpunt met doorzettingsmacht moet in de gemeente beschikbaar zijn voor kinderen en gezinnen voor wie de juiste hulp en ondersteuning niet goed tot stand komt: vastlopende jeugdhulp. De vormgeving van het aanspreekpunt kan in overleg met lokale organisaties van inwoners, kinderen/jongeren en ouders gestalte krijgen. Als een vorm is gekozen en geïnstalleerd dient hierover duidelijk te worden gecommuniceerd naar burgers, cliëntondersteuners en cliënten- en ouderorganisatie(s). Zie de informatiekaart '[Gemeentelijke escalatiemodellen bij vastlopende jeugdcasuïstiek](#)' van de VNG.

#### Cliëntondersteuning

De gemeente moet kinderen en hun ouders helpen bij het vinden van een cliëntondersteuner. Soms is deze aanwezig in een wijkteam, maar hij moet altijd onafhankelijk zijn. Dit betekent dat de behandeling van de hulpaanvraag en het verzorgen van cliëntondersteuning niet door één en dezelfde persoon kan worden gedaan.

Cliëntondersteuning voor alle cliënten, van alle leeftijden en over alle levensdomeinen, is in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) geregeld. Cliëntondersteuning voor jeugd en gezin is dus geen onderdeel van de Jeugdwet. Op grond van de Wmo is de gemeente ervoor verantwoordelijk dat iedereen gebruik kan maken van onafhankelijke cliëntondersteuning.

Cliëntondersteuning helpt kinderen en hun ouders om zo veel mogelijk zelf de regie te houden en zelf te bepalen welke hulp ze krijgen. Cliëntondersteuners kunnen helpen om:

- de hulpvraag duidelijker te krijgen;
- keuzes te maken;
- de juiste hulp te organiseren;
- verschillende hulpsoorten op elkaar af te stemmen (zie Clientondersteuning jeugd).

Zie ook de handreiking '[Onafhankelijke Cliëntondersteuner](#)' van het Kennisnetwerk jeugd en ouders als partners in de jeugdhulp en ook [Regelhulp](#).

Welke organisatie de cliëntondersteuning levert verschilt per gemeente, bijvoorbeeld [MEE](#), [Zorgbelang Nederland](#), het maatschappelijk werk of vrijwilligersorganisaties.

#### Resultaatgericht kwaliteitsbeleid

Gemeenten zijn sinds 2015 verplicht om hun kwaliteitsbeleid resultaatgericht in te richten.

Dat is voor veel gemeenten een relatief nieuwe manier van werken. Aangezien er nog geen evidentie is voor onder andere hoe een wijkteam in het kader van jeugdhulp het best ingericht kan worden, moet daarnaar nog veel onderzoek gedaan worden.

#### Grote verschillen tussen gemeenten in administratieve eisen

In de praktijk vullen gemeenten hun lokale beleidsruimte heel verschillend in, met als gevolg dat er grote diversiteit is in inkoop-, registratie- en facturatieprocessen. Dit levert hoge administratieve last voor de jeugdhulpaanbieders. Het is wenselijk dat gemeenten op regionaal niveau afspraken maken met jeugdhulpaanbieders in de desbetreffende regio. Deze aanbieders werken meestal in meerdere gemeenten binnen de regio en worden zo minder geconfronteerd met verschillende eisen per gemeente. Zie de '[Handreiking Uitvoeringsvarianten iWmo en iJw](#)'. Het is sterk aan te bevelen dat gemeenten zoveel mogelijk hun eisen uniformeren om administratieve lasten terug te dringen.

#### Einde DBC-systematiek voor bekostiging jeugd-ggz

Per 2018 kunnen gemeenten de DBC-systematiek (diagnose-behandel combinatie) niet meer handhaven als

bekostigingsmodel voor de contractering en bekostiging van de (gespecialiseerde) jeugd-ggz. Zij moeten dan, net als bij de andere vormen van jeugdhulp, de jeugd-ggz contracteren via een andere vorm van bekostiging. Daarbij is er grofweg keuze uit drie uitvoeringsvarianten: inspanningsgericht, outputgericht of taakgericht. Zie de [‘Handreiking Uitvoeringsvarianten iWmo en iJw’](#).

#### Privacy

Verschillende gemeenten hanteren ook verschillende privacy-protocollen. Deze sluiten in de praktijk niet voldoende aan op wat de verschillende beroepsgroepen in hun beroepscode over privacy hebben geregeld. Gemeenten, jeugdhulpaanbieders, jeugdhulpprofessionals en medische professionals hebben daarom in een [manifest](#) afspraken gemaakt over privacybescherming in het jeugddomein. [Deze afspraken](#) zijn aanvullend op de bestaande beroeps- en meldcodes en kunnen gebruikt worden bij diverse dilemma's waarbij privacy een rol speelt. In de Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-ggz wordt het onderwerp [privacy](#) verder belicht.

### 3.3.6. Betrokken organisaties

Adequate jeugdhulp vergt samenwerking tussen de verschillende betrokkenen en organisaties. De intensiteit van deze samenwerking en het aantal betrokkenen is sterk afhankelijk van de ernst van de problematiek. Hulpverleners dienen het op- en afschalen van de hulp zo te regelen dat kinderen en jongeren hier geen hinder van ondervinden.

Aanvullend op de Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-ggz zijn in deze generieke module belangrijke aspecten in de samenwerking met het onderwijs en met de wijkteams uitgewerkt (zie [Betrokken hulpverleners](#)). Gezien de pluriformiteit van zowel het onderwijs als ook van de wijkteams en de lokale omstandigheden waarin wijkteams werken, betreft het een contingentiebenadering.

**contingentiebenadering.:** Een contingentiebenadering gaat uit van de gedachte dat elke omgeving aangepast gedrag verlangt. Deze generieke module beschrijft algemene principes en elke gemeente of wijk zal aanpassingen nodig hebben voor een optimale cultuur en werkwijze in de eigen omgeving.

### 3.3.7. Wijkteams

Elke gemeente bepaalt zelf of en hoe een wijkteam wordt ingericht (zie [Gemeenten](#) voor de verantwoordelijkheden van de gemeente aangaande de organisatie en beschikbaarheid van zorg). Er zijn verschillende soorten wijkteams, met verschillende doelstellingen, benaming en samenstelling:

**Bron:** LHV. (2015). Notitie Aanbevelingen samenwerking huisarts en wijkteams.

- Wijkteams die bemoeizorg leveren.
- ‘Algemene’ wijkteams voor alle vragen op gebied van zorg en ondersteuning.
- Wijkteams die een indicerende en/of behandelende rol hebben. Er zijn gemeenten waar het wijkteam ook generalistische basis-jeugd-ggz biedt.

Wijkteams hebben de opdracht om vanuit de eigen regie en kracht van gezinnen te werken en de band met informele zorg te versterken. Zij moeten waar mogelijk de informele zorg betrekken en waar nodig de aanvullende zorg leveren.

#### Gezamenlijk triage opzetten

Voor het inschatten van de ernst van de problematiek, de benodigde hulp en de juiste indicatie is veel kennis en kunde nodig met betrekking tot kinderen met psychische problematiek. Het is cruciaal om de triage en de benodigde ondersteuning hierbij per gemeente goed - in samenwerking - op te zetten. In wijkteams waarin ook

gedragsdeskundigen participeren (zoals in wijkteams die generalistische basis-jeugd-ggz bieden), kunnen zij ook ingezet worden bij de beoordeling of gespecialiseerde hulp nodig is.

#### Scholing en consultatie faciliteren

Er dient ruimte te zijn voor scholing van wijkteammedewerkers die vanuit hun opleiding deze inschatting (nog) onvoldoende kunnen maken, zodat zij ook in staat zijn om op tijd in te zien wanneer aanvullende hulpverlening nodig is of consultatie van een collega. Daarnaast moeten zij altijd direct de nodige expertise en deskundigheid in kunnen schakelen. Dat kan ofwel via consultatie, ofwel via het aantrekken van expertise/deskundigheid in het wijkteam. Ook personen die de nodige kennis en ervaring hebben met deze triage moeten regelmatig (zoals vastgelegd in beroepscode) aan bij- en nascholing voldoen.

#### Samenwerkingsafspraken tussen wijkteam en andere hulpverleners

De verschillende soorten wijkteams vragen verschillende afspraken over samenwerking.

De samenwerking tussen wijkteam en andere hulpverleners gebeurt idealiter volgens een set van afspraken in de regio of gemeente over:

#### Verwijzing/Toegankelijkheid van de jeugdhulp

In de Jeugdwet is vastgesteld dat de jeugdhulp toegankelijk is na verwijzing van de huisarts, jeugdarts en medisch specialist. Hiernaast heeft de gemeente beleidsvrijheid om ook andere hulpverleners de bevoegdheid te geven om een kind te verwijzen naar jeugd-ggz. Zo kan een gemeente beslissen om hulpverleners uit een wijkteam (bijvoorbeeld een psycholoog, een schoolmaatschappelijk werker, wijkgeneralist of algemeen maatschappelijk werker) ook een mandaat te verlenen voor deze verwijzing. Een belangrijke rol hierbij speelt triage (zie achtergronddocument [Begrippenlijst](#), de Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-ggz en de [generieke module Psychische klachten in de kindertijd](#)). De juiste expertise moet aanwezig zijn om te kunnen bepalen welke hulp kinderen en hun ouders behoeven. Minimaal moet een hulpverlener in een wijkteam herkennen wanneer hij bij deze inschatting de kennis en kunde van anderen moet en kan benutten. Dit is niet licht op te vatten: het tijdig inzetten van de juiste hulp is van cruciaal belang en het goed kunnen triageren is een kunde die veel kennis en kunde (ervaring) eist. Dit vergt een investering om samen te bepalen wat er nodig is voor een kind. Samenwerking tussen de huisarts, jeugdarts en de hulpverleners in het wijkteam kan leiden tot een optimale situatie. In sommige gevallen zullen de partijen zelf direct kunnen verwijzen naar de (niet vrij toegankelijke) jeugdhulp, in andere gevallen kan een wijkteam naar een huisarts verwijzen, of andersom en in weer andere gevallen werken zij samen om uiteindelijk de situatie van het kind en zijn gezin te verbeteren. Voor ouders en jongere moet er in ieder geval in elke gemeente duidelijk zijn waar zij terecht kunnen. Dit is nadrukkelijk niet slechts op één plek; meerdere routes blijven nodig. Daarnaast moet er voor hulpverleners direct de mogelijkheid zijn om expertise in te schakelen.

#### Behandelings/ondersteuningsmogelijkheden (welk aanbod, wanneer en door wie)

Een medewerker in een wijkteam (en bovendien ook andere professionals met verwijfsfunctie) moet zicht hebben op de plaatselijke of regionale sociale kaart en op de hoogte zijn van veranderingen hierin. Ook informatie over eventuele wachtlijsten moet bekend zijn.

**Ook informatie over eventuele wachtlijsten moet bekend zijn.:** Zie Notitie: Aanpak wachtlijsten jeugdhulp.  
[Meer informatie](#)

Nauwe lijnen met zorgaanbieders in de wijk/regio is gewenst.

#### Overleg

Idealiter weten de verschillende hulpverleners in een gemeente elkaar makkelijk te vinden. Overleg tussen wijkteam en school is hiervan een belangrijk voorbeeld. Alle overleg moet in afstemming met het kind en het gezin plaatsvinden. Ongeacht waar het gezin of kind aanklopt voor zorg is informatie-uitwisseling tussen

huisarts en wijkteam belangrijk (na toestemming van het gezin). Het wijkteam kan altijd aangeven aan de huisarts dat zijn patiënt bij het wijkteam is aangemeld. Andersom hoeft en kan dit niet altijd. Met toestemming van het gezin kunnen ook rapportages naar de huisarts worden gezonden. Zo houdt de huisarts overzicht over de zorg voor het kind.

#### Privacy en informatie-uitwisseling

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. Bij informatie-uitwisseling gaat het altijd om proportionaliteit,

**proportionaliteit** : Proportionaliteit: Het beoogde doel dient zwaarder te wegen dan het belang dat aangetast wordt door (in dit geval) het uitwisselen van informatie; bijvoorbeeld het doorbreken van beroepsgeheim t.b.v. de veiligheid van een kind of jongere.

#### subsidiariteit

**subsidiariteit** : Subsidiariteit: De noodzaak van (in dit geval) het uitwisselen van informatie, dus alleen strikt noodzakelijke informatie mag gedeeld worden.

en doelmatigheid. Oftewel: je wisselt alleen uit wat nodig is gezien het doel. Professionals moeten hierbij letten op de balans tussen privacy en veiligheid. De wet- en regelgeving is bepalend en ook richtlijnen voor verstrekking van informatie komen voort uit de verschillende beroepscode's. Aandachtspunt is ook dat iedereen te maken heeft met andere beroepscode's met plichten en toezicht. Dit maakt dat het per partij vaak verschilt op welke wijze en in hoeverre er informatie uitgewisseld mag worden. Dit kan overleg bemoeilijken en wrijving geven. Het is van belang dit van elkaar te weten en over deze dilemma's te spreken. Dit onderwerp wordt verder uitgewerkt in de Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-ggz, evenals geldende regels over het geven van toestemming voor uitwisseling van informatie door het kind en/of zijn vertegenwoordigers. Voor vragen over wie er in het gezin (ouders, kind) recht hebben op informatie wordt verwezen naar het [Thema Beslissen over hulp en wilsbekwaamheid van de generieke module Psychische klachten in de kindertijd](#).

#### Consultatie

Het is van cruciaal belang dat hulpverleners in de jeugdhulp weten waar de grens van hun eigen expertise ligt en op tijd de deskundigheid van anderen benutten. Dit moet in overleg met het kind en ouders gebeuren. Het herkennen en erkennen van eigen grenzen en elkaars vakmanschap is hierin belangrijk.

Het is verstandig een goede wederzijdse consultatiefunctie tussen de huisarts en het wijkteam te organiseren. Daarbij kan onder andere gebruik worden gemaakt van de [LHV-handreiking rond samenwerking met de jeugdgezondheidszorg](#).

Het is van belang de consultatievorm aan te passen aan de opdracht en de organisatie van het wijkteam. In sommige wijkteams zijn ggz-behandelaren aanwezig. Dan behoort interne consultatie tot een eerste mogelijkheid. In andere wijkteams zijn er geen specialisten aanwezig. In dat geval is het van belang een goede consultatiefunctie op te zetten, bijvoorbeeld via een expertisepлатform waarin wijkteammedewerkers en bijvoorbeeld hulpverleners werkzaam in de gespecialiseerde ggz elkaar kunnen vinden.

#### Regievoering en inhoud daarvan

In de Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-ggz wordt het onderwerp regie behandeld en worden de verschillende taken uitgewerkt. Voor de samenwerking met het wijkteam is belangrijk dat de patiënt zoveel mogelijk de eigen regie voert. Hier wordt onder verstaan dat hij zeggenschap heeft over de hulp en autonomie hierin ervaart. Het kind en/of zijn ouders blijft hierin zelf de regie houden over de doelen die hij wil bereiken en de weg ernaartoe. Een kind of ouder kan in deze eigen regie worden ondersteund door een onafhankelijk cliëntondersteuner (zie [Gemeenten](#)). Gezamenlijk werken vraagt om veel afstemming en om het samenwerken

volgens 1 gezin 1 plan. Wanneer er meerdere hulpverleners bij een gezin betrokken zijn is het belangrijk dat er duidelijke afspraken tussen die hulpverleners worden gemaakt over wat ieders verantwoordelijkheden zijn en wie er zorgt voor goede afstemming tussen de diverse hulpverleners en wie er aanspreekpunt is voor het kind en ouders. De regiebehandelaar

**regiebehandelaar:** Deze functie van regiebehandelaar verschilt van die van regiebehandelaar in de volwassenen-ggz zoals beschreven in het model kwaliteitsstatuut ggz, zie meer informatie.

[Meer informatie](#)

heeft de inhoudelijke verantwoordelijkheid voor de hulpverlening aan het kind. Deze verschillende rollen (inhoudelijke verantwoordelijkheid en coördinatie) kunnen bij verschillende betrokken professionals worden belegd, maar idealiter bij zo min mogelijk. Een coördinator (ook wel centrale regisseur genoemd) over de hulp (dit kan een wijkteammedewerker zijn, maar ook een huisarts of andere professional) moet zoveel mogelijk met ouders en kind, andere naasten en informele zorg, de hulp afstemmen en coördineren. Deze zorgcoördinator treedt op als beheerder van de hulp en bewaker van de voortgang daarvan. Hij stemt af wie wat doet en zorgt ervoor dat er niet meer hulpverleners betrokken zijn dan noodzakelijk. Er moeten te allen tijde afspraken zijn wie van de professionals deze taak op zich neemt. Daarnaast moet er een inschatting gemaakt worden in hoeverre het kind en de ouders zelf een rol nemen in het coördineren van de zorg. Jongeren kunnen bijvoorbeeld graag deze verantwoordelijkheid op zich willen nemen, maar zijn soms erg in de war of in de put. Het is belangrijk dat dit herkend wordt en dat zij ondersteund worden. Bij complexe problematiek, bijvoorbeeld bij ernstige psychiatrische problematiek en bij multiprobleemgezinnen, is het cruciaal dat de zorgcoördinator en de regiebehandelaar beschikken over voldoende kennis en kunde om deze rol te vervullen. 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.

- Soepele overgangen van de ene setting naar de andere: Aandachtspunt hierbij is chronische problematiek. Niet altijd is hier continu zorg bij nodig, maar gemakkelijke op- en afschaling moet worden gefaciliteerd. In de Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-ggz wordt aandacht besteed aan het regelmatig evalueren van de behandeling en beoordeling of op- of afschalen nodig is. Er moet voorkomen worden dat juist bij de overgang van de ene vorm van hulpverlening naar de ander een gat valt. Voor het belang van een soepele overgang van de hulp voor jeugdigen naar de volwassenzorg, zie Transitie 18- naar 18+.
- Crisisplaatsen: Het moet duidelijk zijn voor een wijkteam hoe te handelen in geval van crises. De Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-ggz behandelen ook crisissituaties en het belang van heldere afspraken tussen de vele betrokken partijen, waaronder huisarts, politie, SEH/ziekenhuis/ambulance, jeugdhulpaanbieders, crisisteams en wijkteams. Voor inhoudelijke behandeling van spoedeisende psychiatrie zie thema Spoedeisende psychiatrie en situaties in achtergronddocument Verdieping van de generieke module Psychische klachten in de kindertijd.
- Veiligheid: Het is belangrijk dat in iedere regio afspraken zijn tussen wijkteam, Veilig Thuis en gecertificeerde instellingen (zie ook achtergronddocument Structuur van jeugdbescherming en jeugdreclassering) over de samenwerking bij zorgen over de veiligheid in het gezin (zie Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-ggz). Wijkteammedewerkers zijn verplicht te handelen vanuit de meldcode. Elke hulpverlener in de jeugdhulp moet getraind zijn in het gebruik van een meldcode. Ook moeten zij in opleidingen de benodigde kennis en vaardigheden voor het signaleren van onveiligheid van een kind opdoen. De gemeente is verantwoordelijk voor de realisatie van de randvoorwaarden die noodzakelijk zijn voor het professionele handelen. Elke instelling moet een instellingsspecifieke meldcode Kindermishandeling (KMH) en Huiselijk Geweld (HG) hebben.

#### Aanbevelingen

- Zorg dat een wijkteam goed kan triageren. Kennis daarvoor moet of in het wijkteam aanwezig zijn, of gemakkelijk in te schakelen zijn.
- Verwijs vanuit het wijkteam op tijd door.
- Maak heldere afspraken over wie de regie voert wanneer je als wijkteam betrokken bent bij een gezin. Neem actief initiatief bij onduidelijkheden in de regievoering.
- Zorg als wijkteam voor nauwe lijnen met zorgaanbieders in de wijk en regio.

- Weet hoe je moet handelen in geval van crisis.

### 3.3.8. Onderwijs: zorgplicht en passend onderwijs

#### Samenwerkingsverbanden

Conform de Wet passend onderwijs hebben schoolbesturen een zorgplicht. Dit betekent dat zij iedere leerling die extra ondersteuning nodig heeft een passende onderwijsplek moeten bieden. Op de eigen school of op een andere school in het reguliere onderwijs of het speciaal onderwijs.

Om alle leerlingen een passende plek in het onderwijs te kunnen bieden, werken reguliere scholen en scholen voor speciaal onderwijs samen in een samenwerkingsverband. De samenwerkingsverbanden maken een ondersteuningsplan.

Elk samenwerkingsverband stelt vast wat scholen zelf aan basisondersteuning bieden en wat er aan extra ondersteuning wordt georganiseerd. Alle scholen stellen in het eigen schoolondersteuningsprofiel (SOP) vast welke extra ondersteuning de school zelf kan bieden.

#### Ontwikkelingsperspectiefplan

Reguliere scholen zijn verplicht een [ontwikkelingsperspectiefplan \(OPP\)](#) op te stellen voor de leerlingen die extra ondersteuning krijgen. Zij leggen daarin vast welk eindniveau zij met de leerling willen bereiken en welke ondersteuning daarbij wordt ingezet. De speciale basisscholen en scholen voor (voortgezet) speciaal onderwijs stellen voor al hun leerlingen een ontwikkelingsperspectiefplan vast (binnen zes weken nadat de leerling is ingeschreven). Het ontwikkelingsperspectiefplan wordt, in samenspraak met ouders, opgesteld door de leerkracht, samen met de intern begeleider (of psycholoog/orthopedagoog). Wanneer jeugdhulp of jeugd-ggz bij het kind betrokken is, is het raadzaam dat zij bijdragen aan het opstellen van het ontwikkelingsperspectiefplan. Minimaal jaarlijks wordt het ontwikkelingsperspectiefplan met ouders en waar mogelijk kind/jongere geëvalueerd en indien nodig bijgesteld.

Het OPP is gericht op individuele gevallen en wordt altijd gemaakt in samenspraak met ouders en leerkracht.

#### Onderwijsondersteuning Zieke Leerlingen (OZL)

Voor zieke kinderen kan het schoolbestuur een beroep doen op de voorziening Onderwijsondersteuning Zieke Leerlingen (OZL), die bekostigd gesubsidieerd wordt door het ministerie van OCW. Dit geldt voor leerlingen binnen het primair en voortgezet onderwijs, en voor leerlingen in het MBO die langdurig en/of regelmatig door somatische ziekte het onderwijs op school (tijdelijk) niet kunnen volgen.

[Ziezon](#) is het landelijk netwerk en expertisecentrum over ziek zijn en onderwijs. Bij dit netwerk zijn gespecialiseerde consultants met kennis over en ervaring met het onderwijs aan een langdurige- en/of chronisch zieke leerling aangesloten. Leerkrachten in het primair, voortgezet en het beroepsonderwijs kunnen de ondersteuning van een consultant inroepen. Zij kunnen antwoord geven op vragen van leerkrachten, maar ook ondersteuning bieden in de samenwerking tussen school, ouders en betrokken instanties.

#### Ondersteuning bij bijzondere situaties

[Gedragswerk](#) gaat aan de slag voor iedereen die op lokaal of regionaal niveau zoekt naar een oplossing voor een of meerdere kinderen die tussen wal en schip (dreigen te) vallen en daardoor niet het passende onderwijs krijgen dat zij nodig hebben. Zowel onderwijs- en (jeugd)zorgprofessionals als ouders kunnen contact opnemen met Gedragswerk.

#### Aanpak thuiszitters en maatwerkontwikkeling

In het kader van het [thuiszitterspact](#) is een gezamenlijke ambitie van de VO-raad (vereniging van scholen in het voortgezet onderwijs), PO-Raad (sectororganisatie voor het primair onderwijs), VNG en de ministeries van OCW, VenJ en VWS uitgesproken dat er geen ontheffing van de leerplicht mag plaatsvinden zonder dat er

voorafgaand met het samenwerkingsverband passend onderwijs is gesproken. Binnen het samenwerkingsverband dient eerst bekeken te worden of een onderwijsplek voorhanden is, dan wel of er een maatwerktraject kan worden aangeboden. Ook is aanbevolen dat de beoordelend artsen zich eerst wenden tot het samenwerkingsverband om te overleggen of enige vorm van onderwijs mogelijk is, alvorens een ontheffing van de leerplicht af te geven. Uitgangspunt daarbij is dat een kind geen dag zonder onderwijs mag zitten, ook als er nog naar een oplossing wordt gezocht. Zolang er gezocht wordt naar een passende onderwijsplek hoort het kind onderwijs te ontvangen van de school waar het kind is aangemeld of ingeschreven. Mogelijk moet het onderwijs op een andere locatie dan school (thuis, particuliere school of anders) plaatsvinden als het voor het kind (deels) onmogelijk is om daar tot leren te komen. Er zijn diverse wettelijke aanpassingen gedaan om meer maatwerk voor leerlingen mogelijk te maken, sommigen hiervan worden nog uitgewerkt.

**Er zijn diverse wettelijke aanpassingen gedaan om meer maatwerk voor leerlingen mogelijk te maken, sommigen hiervan worden nog uitgewerkt.**: Zie onderwijsjeugd.nl en de website van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie: Leerkrachten.

[Meer informatie](#)

Indien passend onderwijs niet goed tot stand komt of ouders het niet eens zijn met verwijzing naar een andere school en andere klachten, kunnen ouders in eerste instantie deze klacht bespreken met de betreffende schoolbestuur. Ook kunnen zij in gesprek gaan met het samenwerkingsverband om te kijken of de afgesproken ondersteuning en verwijzing naar passend onderwijs overeenkomt met de handelwijze van de school.

[Onderwijsconsultanten](#) kunnen ouders/verzorgers en scholen adviseren en begeleiden bij onderwijskwesaties rond een kind met een handicap, ziekte of stoornis. Zij bemiddelen en kijken naar het belang van het kind om te komen tot een goede oplossing.

Aandachtspunten bij samenwerkingsafspraken

De samenwerking tussen onderwijs en zorgaanbieders gebeurt idealiter volgens een set van afspraken in de regio/gemeente over:

Behandelings/ondersteuningsmogelijkheden (welk aanbod, wanneer en door wie)

De verbinding tussen passend onderwijs en jeugdhulp is wettelijk

**wettelijk**: De Wet Passend onderwijs en de Jeugdwet bieden een kader om de ondersteuning van jeugdigen in en buiten scholen integraal aan te pakken, dicht bij hun belangrijkste leefdoelgebieden. Deze wetten zijn opgesteld als spiegelwetten; in beide wetten zijn bepalingen opgenomen met betrekking tot wederzijdse afstemming tussen schoolbesturen/samenwerkingsverbanden en gemeenten omtrent het onderwijsondersteuningsplan enerzijds en het gemeentelijke plan voor de jeugdhulp anderzijds.

[Meer informatie](#)

verankerd. Beide verantwoordelijke partijen (gemeenten en schoolbesturen) moeten regelmatig met elkaar om de tafel om de ondersteuning die de scholen bieden af te stemmen met de jeugdhulp via gemeenten. Dat krijgt vorm in 'op overeenstemming gericht overleg' (OOGO) tussen de samenwerkingsverbanden passend onderwijs en gemeenten. In dit overleg worden daarnaast afspraken gemaakt over leerplicht, leerlingenvervoer en huisvesting. Door samenwerking kunnen onderwijs en jeugdhulp het signaleren van belemmeringen in de ontwikkeling van kinderen verbeteren. Scholen kunnen jeugdhulp stimuleren om oog te hebben voor leerproblemen en het belang van continuïteit in de schoolloopbaan. Scholen kunnen ook bijdragen aan het benadrukken van de sterke kanten van een kind. Van nature bieden scholen mogelijkheden om te werken aan socialisatie en het uitbreiden van vaardigheden van het kind. Jeugdhulp stimuleert scholen om meer oog te hebben voor signalen van problematiek in de thuissituatie of het vrijetijd domein. Jeugdhulp kan scholen ook helpen om signalen te beschrijven in concreet gedrag, in plaats van interpretaties daarvan. Er zijn grenzen aan het bieden van maatwerk mogelijkheden op school. Jeugdhulp inzetten op school via onderwijszorgarrangementen is dan de beste optie. In het onderwijs-zorgarrangement kunnen ook afspraken over vervoer naar school worden vastgelegd.



## Overleg

Scholen en jeugdhulp vinden elkaar in het [multidisciplinair overleg](#). Scholen hebben meestal een vaste contactpersoon vanuit de jeugdhulp. Jeugdgezondheidszorg (jeugdarts en jeugdverpleegkundige) en andere op de school aanwezige ondersteuning (zie achtergronddocument [Zorgstructuur binnen het onderwijs](#)) vormt en ondersteunt de verbinding tussen onderwijs en (gezondheids)zorg. Er dient geregeld overleg plaats te vinden tussen zorg en onderwijs. Dit mag niet inhoudelijk zijn, maar wel is aan te raden om minimaal te rapporteren dat er actie is ondernomen/hulp aanwezig is. Indien ouders en kind toestemming verlenen kan ook inhoudelijke informatie worden doorgegeven over effecten of resultaten waar dat relevant is voor onderwijs. Andersom is ook de informatie over (de ontwikkeling van) het kind op school informatief voor de jeugdhulp.

## Privacy en informatie-uitwisseling

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. Nadrukkelijke 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. Deze expliciete toestemming is erg belangrijk. De school en jeugdhulp moeten kunnen aantonen dat ouders en/of leerlingen toestemming tot verwerking en uitwisseling hebben gegeven.

Voor scholen die samenwerken met externe partijen (bijvoorbeeld jeugdhulp, leerplichtambtenaar, jeugdgezondheidszorg, politie en wijkteams/CJG's) is het van belang samen afspraken te maken over informatie-uitwisseling. Zie ook Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-ggz en de [Handreiking gegevensuitwisseling](#) voor scholen die samenwerken met externe partners van het Nederlands Jeugdinstituut.

## Monitoring van voortgang

De school monitort de voortgang van leerlingen via een leerlingvolgsysteem, waarin naast schoolresultaten vaak ook gegevens over de sociaal- emotionele ontwikkeling van leerlingen worden verzameld (bijvoorbeeld met gebruik van het online behandeldossier 'ZIEN in de klas'). Deze gegevens kunnen een belangrijke bron vormen voor de jeugdhulp.

De [monitor Aansluiting Onderwijs Jeugdhulp](#) geeft gemeenten, samenwerkingsverbanden passend onderwijs, jeugdhulpinstellingen en scholen inzicht in de effectiviteit van de samenwerking. De monitor is ontwikkeld om het gesprek tussen samenwerkingsverband en gemeente in het 'op overeenstemming gericht overleg' (OOGO) te voeden.

## Regievoering en de inhoud ervan

In het multidisciplinair overleg kunnen afspraken worden gemaakt over wie de regietaak op zich neemt. Belangrijk is dat er duidelijk is wie er eindverantwoordelijk is, wie er zorgt voor goede afstemming tussen de diverse hulpverleners en wie er terugkoppelt. Zo'n coördinator over de hulp moet zoveel mogelijk samen met ouders en kind de hulp coördineren en afstemmen.

## Soepele overgangen van de ene setting naar de andere

Met goede doorgaande lijnen wordt voorkomen dat kennis en ervaring rond een leerling verloren gaat bij de overstap naar een nieuwe school en het draagt bij aan het uitgangspunt van één kind, één gezin, één plan. Het realiseren van die continuïteit is een gezamenlijke opdracht voor leerlingen, ouders, kinderopvang, scholen, besturen, hulpverleningsorganisaties en gemeenten. Een goede aansluiting van het onderwijs op de arbeidsmarkt is van essentieel belang voor alle jongeren, en meer in het bijzonder voor kwetsbare jongeren vraagt de overgang van onderwijs naar arbeid om een goede aansluiting. In sommige gevallen kan de jeugdhulp daarbij een doorslaggevende rol vervullen. In de praktijk worden problemen gesignaleerd bij het aanvragen van extra zorg voor een kind bij de overgang van basisschool naar middelbare school. Aandacht voor continuïteit kan dit voorkomen. De jeugdgezondheidszorg, die op zowel basisonderwijs als voortgezet onderwijs aanwezig is, kan hier een rol in spelen. In groep acht is er voor ieder kind een overdracht (op papier) bij de overgang naar de middelbare school. Als er aanleiding is om extra signaal af te geven rondom psychische problemen, is het logisch om dan de jeugdgezondheidszorg in te schakelen. Zij kunnen inspelen

op de komende overgang naar middelbare school. Het is verder aan te bevelen dat leerkrachten, aanvullende ondersteuners op school, kind en ouders samen voorafgaand aan de overgang aandacht besteden aan de benodigde extra ondersteuning op de middelbare school.

## Veiligheid

Scholen moeten alle leerlingen een sociaal veilige leeromgeving bieden. Hiervoor dient iedere school een veiligheidsplan op te zetten. Een anti-pestprotocol kan hier onderdeel van uitmaken. Echter een anti-pestprotocol inzetten in een onveilig klimaat, creëert mogelijk nieuwe onveiligheid. Een losstaand pestprotocol is onvoldoende voor het bieden van een veilige leeromgeving. Scholen en politie werken samen om de criminaliteit bij jongeren te signaleren en aan te pakken. Scholen moeten oog hebben voor het veilig opgroeien van leerlingen, zowel op school als thuis. Scholen zorgen voor:

- het aanbieden van preventieve activiteiten;
- het tijdig signaleren en aanpakken van veiligheidsrisico's;
- het scheppen van de noodzakelijke voorwaarden voor een veilige school en het zicht hebben op de veiligheidsbeleving en incidenten.

Scholen zijn verplicht een meldcode te gebruiken. Aanbeveling is dat scholen een aandachtsfunctionaris Kindermishandeling en Huiselijk Geweld hebben en afspraken maken over de samenwerking met [Veilig Thuis](#). Belangrijk aandachtspunt is ook terugkoppeling vanuit Veilig Thuis naar school nadat een melding is gedaan. Dit betreft geen privacygevoelige, inhoudelijke informatie, maar een bericht dat er actie is ondernomen naar aanleiding van de melding. Ook wanneer ouders een melding doen van geweld op school dient de school te zorgen voor terugkoppeling. Dit betreft de kennisgeving dat er actie is ondernomen naar aanleiding van de melding en ook welke actie (inhoudelijk).

## 3.4. Competenties

Iedere beroepsgroep heeft zijn eigen richtlijnen voor het professionele handelen. Er zijn competentieprofielen voor jeugdhulpverleners op HBO-niveau in ontwikkeling. Deze beroepsgroepen hebben allemaal hun eigen regels om de deskundigheid van de professionals op peil te houden. Hier worden de overstijgende competenties en kwaliteiten besproken die professionals nodig hebben voor het bieden van kwalitatief goede hulpverlening specifiek aan kinderen met psychische klachten en hun ouders.

Het is zeer wenselijk dat alle hulpverleners in staat zijn verschillende behandel mogelijkheden te overwegen. Gestreefd moet worden naar een lerende en reflecterende houding waarin de hulpverlener:

- werkt en denkt buiten de kaders van bestaande organisaties;
- zich bewust is van het bestaan van zorgmijders;
- zich bewust is van hiaten in de eigen kennis en expertise en op tijd en gericht kan doorverwijzen;
- zich bewust is van de kwetsbaarheid van de hulpvrager;
- zich bewust is van het bestaan van stigma generieke module Destigmatisering;
- zich bewust is van culturele diversiteit in de samenleving en zich cultureel sensitief toont generieke module Diversiteit;
- zich bewust is van genderverschillen in uitingen van psychische klachten;
- bekend is met de combinatie van het onderwijs en de jeugdhulp en zich inzet om minimaal de info vanuit de schoolsituatie te betrekken;
- gebruik maakt van bestaande methoden en protocollen, en hier beargumenteerd van durft af te wijken (evidence based practice) en
- professionele bevlogenheid weet te behouden.

### 3.4.1. Facilitering bijscholing

Het is vereist en essentieel dat hulpverleners door de organisatie waar zij werken de gelegenheid krijgen aan

de beroepseisen te voldoen. Voorbeelden zijn de gelegenheid geven voor intervisie, trainingen te volgen en participeren in herscholingstrajecten. Organisaties zijn niet verplicht dit financieel te faciliteren. Wel zijn organisaties verplicht over kwalitatief goed personeel te beschikken dat verantwoorde hulp kan bieden.

### 3.5. Kwaliteitsbeleid

#### 3.5.1. Wettelijk kader Jeugdwet

In de Jeugdwet is vastgelegd dat de aanbieders van jeugdhulp aan de volgende kwaliteitseisen

**kwaliteitseisen** : Zie factsheet Kwaliteitseisen jeugdhulpaanbieders en gemeenten zoals gesteld in de Jeugdwet van VNG.

[Meer informatie](#)

moeten voldoen. Zij:

- hebben de verplichting om verantwoorde hulp te bieden;
- moeten zich zo organiseren en voorzien van kwalitatief goed en kwantitatief voldoende personeel, dat verantwoorde hulp kan worden geboden (zie Norm verantwoorde werktoedeling);
- moeten werken met een familiegroepsplan, hulpverleningsplan of plan van aanpak;
- dienen een kwaliteitssysteem te hebben;
- moeten werken met medewerkers die beschikken over een verklaring omtrent gedrag;
- zijn verplicht om een meldcode te hanteren voor huiselijk geweld en kindermishandeling;
- hebben een meldplicht bij een calamiteit;
- hebben een meldplicht geweld bij de verlening van jeugdhulp;
- hebben beschikking over een klachtencommissie (zie ook Tuchtrect en klachtrect);
- hebben beschikking over een cliëntenraad. Dit geldt alleen voor organisaties die uit meer dan tien personen bestaan, niet voor vrijgevestigde aanbieders;
- vragen toestemming voor verlening van jeugdhulp aan de betrokkene(n). Zie voor de geldende criteria Thema Beslissen over hulp en wilsbekwaamheid, van de generieke module Psychische klachten in de kindertijd;
- hebben de verplichting om een vertrouwenspersoon in de gelegenheid te stellen zijn taak uit te oefenen.

Naast de kwaliteitseisen gesteld in de Jeugdwet kunnen gemeenten aanvullende eisen aan de jeugdhulp en zorgaanbieders stellen.

#### 3.5.2. Eisen beroepsgroepen buiten de Jeugdwet

De beroepsgroepen die niet onder de Jeugdwet vallen, zoals de huisarts en onder diens regie de POH-GGZ, moeten voldoen aan de [kwaliteitseisen](#) van hun beroepsgroep. Scholen hebben eigen eisen waaraan zij moeten voldoen, gecontroleerd door de Inspectie van het Onderwijs. Het toezicht op alle eisen is in de Jeugdwet belegd bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en Inspectie Veiligheid en Justitie. Binnen het sociaal domein werken deze drie inspecties nauw samen met de Inspectie van het Onderwijs en de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid in het samenwerkingsverband Toezicht Sociaal Domein/Samenwerkend Toezicht Jeugd (TSD/STJ).

#### 3.5.3. Familiegroepsplan

Centra voor Jeugd en Gezin, wijkteams, jeugdhulpaanbieders en gecertificeerde instellingen hebben de plicht

om - wanneer dat van toepassing is op de situatie - gezinnen de mogelijkheid te bieden om een [familiegroepsplan](#) op te stellen. Hierin geeft een gezin aan hoe ze de opvoedings- en opgroeisituatie willen verbeteren. In het familiegroepsplan ligt vast wat ouders en kinderen/jongeren 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 gezinnen en hun netwerk de mogelijkheid om de regie te voeren over de hulp die zij nodig hebben. Gezinnen zijn vrij in de manier waarop en de vorm waarin zij het plan tot stand brengen; het plan hoeft niet te voldoen aan criteria. Het familiegroepsplan mag bijgesteld of opnieuw opgesteld worden.

#### Verplichte ondersteuning vanuit gemeenten

Gemeenten zijn verplicht gezinnen ondersteuning te bieden bij het opstellen van een familiegroepsplan. Zij kunnen hierbij de hulp inschakelen van onafhankelijke partijen zoals de [Eigen Kracht Centrale](#) en onafhankelijke cliëntondersteuners (zie [Gemeenten](#)). Een familiegroepsplan is niet verplicht: gezinnen hebben het recht om zelf een plan te maken. In enkele gevallen, onder andere wanneer de veiligheid van het kind in het geding is, is dit recht er niet. Als gezinnen zelf geen plan willen of kunnen maken zal de professionele hulpverlening dat doen, in samenspraak met het gezin. In de praktijk verloopt het bespreken van een hulpverleningsplan nog vaak buiten het kind en/of zijn gezin om. Naast het familiegroepsplan is er in de jeugd-ggz in ieder geval ook een behandelovereenkomst, die samen met het kind en/of ouders gemaakt wordt. Zonder behandelovereenkomst kan de hulp niet gestart worden.

#### 3.5.4. Norm verantwoorde werktoedeling

Aanbieders van jeugdhulp moeten het werk verantwoord toewijzen aan professionals via de 'norm van de verantwoorde werktoedeling'. Het [kwaliteitskader jeugd](#) en het BIG-register zijn hulpmiddelen voor de aanbieders om die norm in de praktijk toe te passen. Het kader helpt hen te bepalen wanneer een geregistreerde hulpverlener moet worden ingezet en wanneer een niet-geregistreerde hulpverlener kan worden ingezet. Conform de norm verantwoorde werktoedeling wordt jeugdhulp verricht door of onder verantwoordelijkheid van een geregistreerde jeugdhulpverlener. Bij de toedeling van taken wordt rekening gehouden met de kennis en vaardigheden op basis waarvan de geregistreerde jeugdhulpverlener is ingeschreven in het [BIG-register](#) of het [kwaliteitsregister jeugd \(SKJ\)](#). Hiervan mag worden afgeweken indien aannemelijk kan worden gemaakt dat de kwaliteit van de taakuitoefening daardoor niet nadelig wordt beïnvloed of dat de toedeling van het werk aan een niet-geregistreerde professional zelfs noodzakelijk is voor de kwaliteit (de 'tenzij'-bepaling in de Jeugdwet). Vaktherapeuten worden daarbij expliciet genoemd in het kwaliteitsregister. Vaktherapeuten hoeven zich niet te registreren en ook niet te vooraanmelden voor beroepsregistratie. 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.

In de kwaliteitsregisters wordt geen rekening gehouden met de benodigde specifieke deskundigheid en persoonlijke kwaliteiten van hulpverleners. In de praktijk is het belangrijk dat wordt afgewogen of de specifieke hulpverlener de benodigde hulp verantwoord kan leveren.

#### 3.5.5. Tuchtrect en klachtrect

Registratie in het [BIG-register](#) (artikel 3) en registratie in het [kwaliteitsregister jeugd \(SKJ\)](#) zijn in het kader van de Jeugdwet gelijkwaardig. Het BIG-register

**BIG-register** : BIG-registratie impliceert tevens:

- dat hulpverleners zich blijvend inzetten voor bij- en nascholing en dat hulpverleners kunnen aantonen
- dat zij reflecteren op het eigen professionele handelen;
- dat hulpverleners werken volgens professionele standaarden (beroepscode en vakinhoudelijke richtlijnen).

richt zich op de individuele (jeugd-)gezondheidszorg en ggz-professionals, terwijl het SKJ zich richt op hulpverleners die werken in de jeugdhulp. Anno 2017 staan in het SKJ psychologen, pedagogen en jeugdzorgwerkers geregistreerd: in de toekomst zal dit worden uitgebreid met andere beroepsgroepen die ook jeugdhulp bieden. In het BIG of SKJ geregistreerde hulpverleners committeren zich aan de normen en standaarden die de beroepsgroep zelf stelt aan goed hulpverlenerschap. Door middel van de registratie worden vakbekwaamheden inzichtelijk en kunnen hulpverleners tuchtrechtelijk aangesproken worden.

Om de kwaliteit van de beroepstuitoefening te waarborgen worden – in voorkomende gevallen - de professionele normen betrokken bij de tuchtrechtelijke beoordeling in geval van een tuchtklacht tegen een beroepsbeoefenaar die onder het bereik van het tuchtrecht valt.

Om het beroepsmatig handelen van de hulpverleners te reguleren hebben het [BIG-register](#) en het [SKJ](#) eigen tuchtreglementen waar de professionele standaarden (geldende voorschriften, beroepscode, richtlijnen en veldnormen) van de beroepsverenigingen onder vallen.

#### Klachtrecht

Wanneer een kind, jongere en/of de ouders ontevreden zijn over de geleverde jeugdhulp, kunnen zij een klacht indienen. In eerste instantie is het streven om klachten tussen het gezin en de hulpverlener op te lossen in een gesprek. Hiervoor kan de hulp ingeschakeld worden van een vertrouwenspersoon via het Advies- en Klachtenbureau jeugdzorg (AKJ). Gemeenten en zorginstellingen hebben de taak om kenbaar te maken aan patiënten en naasten dat zij kosteloos gebruik mogen maken van de ondersteuning. De vertrouwenspersoon zal de ouders en het kind/de jongere stimuleren om problemen met hulpverleners zelf op te lossen. Indien dat niet lukt staat de vertrouwenspersoon het kind en/of zijn naasten bij wanneer zij een formele klacht willen indienen.

Ook dienen alle zorgaanbieders kenbaar te maken hoe hun klachtenbeleid is vormgegeven. Een officiële klachtenprocedure is verplicht. In de jeugd-ggz zijn er patiëntvertrouwenspersonen en familievertrouwenspersonen aanwezig die zich onderscheiden van eerder genoemde vertrouwenspersonen en klachtenfunctionarissen door hun onafhankelijke positie en hun kennis van psychiatrische en verslavingsproblemen. Zie [familie in het sociaal domein](#).

#### Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) regelt het klachtrecht.

De Wkkgz vereist van een zorgaanbieder dat hij een klachtenregeling moet hebben en verplicht een klachtenfunctionaris gratis beschikbaar stelt. Elke zorgaanbieder moet aangesloten zijn bij een erkende geschilleninstantie.

Ook stelt de Wkkgz [eisen](#) aan het melden van incidenten en het functioneren van hulpverleners.

#### Cliëntondersteuners en vertrouwenspersonen

Cliëntondersteuners (zie [Gemeenten](#)) en vertrouwenspersonen kunnen allebei informatie en advies geven aan cliënten die vragen hebben over de jeugdhulp. Het verschil is dat de cliëntondersteuner een cliënt al kan bijstaan op het moment dat er wordt gezocht naar hulp. De vertrouwenspersoon helpt niet bij het zoeken van hulp en ondersteunt niet bij inhoudelijke hulpverleningsgesprekken, maar enkel bij vraag- of klachtgesprekken.

**De vertrouwenspersoon helpt niet bij het zoeken van hulp en ondersteunt niet bij inhoudelijke hulpverleningsgesprekken, maar enkel bij vraag- of klachtgesprekken.** : Zie Handreiking aan (regio) gemeenten: Onafhankelijk vertrouwenswerk in het kader van de nieuwe Jeugdwet.

[Meer informatie](#)

Deze ondersteuning geldt voor: jeugdhulp (inclusief wijkteams en Veilig Thuis), jeugd-ggz ambulante zorg, jeugd (L)VB intramuraal en ambulante zorg. Uitgezonderd zijn patiënten van de Raad van Kinderbescherming en van intramurale jeugd-ggz (verplichte opname). Voor deze laatste groep wordt hulp van een

vertrouwenspersoon in het kader van de wet BOPZ door het ministerie van VWS ingekocht bij onafhankelijke rechtspersonen voor vertrouwenswerk.

Rol VNG bij vertrouwenspersonen namens gemeenten

De VNG voert de taak van het beschikbaar stellen van vertrouwenspersonen uit namens alle gemeenten. De VNG heeft daartoe het Advies- en Klachtenbureau Jeugdzorg (AKJ) als hoofdaannemer aangesteld, die het werk uitvoert met onderaannemers die het AKJ zelf selecteert. Het ministerie van VWS neemt deze taak per 2018 over en financiert dan landelijk de inkoop van AKJ en daarnaast de [Kindertelefoon](#) en 'luisterend oor' [Sensoor](#).

Rechten bij gedwongen opname

De rechten van patiënten bij gedwongen opname worden beschermd door middel van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen ([Wet BOPZ](#)). Deze heeft weer een eigen klachtenprocedure.

Bezwaar tegen beslissingen gemeente over toegang tot hulp

Een andere vorm van klachten betreft de toegang tot de hulp. De gemeente moet voor kinderen voor wie dit noodzakelijk is, voorzieningen treffen op het gebied van de jeugdhulp. De gemeente mag zelf bepalen welke vorm van jeugdhulp vrij of niet vrij toegankelijk wordt aangeboden. Wanneer de hulp vrij toegankelijk wordt aangeboden is er geen verwijzing nodig. Over niet vrij toegankelijke voorzieningen (individuele maatwerkvoorziening) zal door (of namens) de gemeente een besluit genomen moeten worden.

Als een aanvraag voor jeugdhulp door de gemeente is afgewezen of een gezin is het niet eens met de jeugdhulp die een gemeente aanbiedt, kan het gezin bezwaar aantekenen bij de gemeente. Mocht een gezin het niet eens zijn met de reactie van de gemeente op het bezwaarschrift, dan kan een gezin besluiten in beroep te gaan bij de kinderrechter. De kinderrechter toetst op dezelfde wijze als een bestuursrechter en kan de beschikking dan ook slechts in stand houden of vernietigen. Tegen een uitspraak van de kinderrechter kan vervolgens hoger beroep worden ingesteld bij de Centrale Raad van Beroep.

**Tegen een uitspraak van de kinderrechter kan vervolgens hoger beroep worden ingesteld bij de Centrale Raad van Beroep.:** Zie het document bezwaar en beroep in de jeugdwet van VNG.

[Meer informatie](#)

Klachten over passend onderwijs

Ouders van leerlingen in het primair onderwijs, voortgezet onderwijs en het (voortgezet) speciaal onderwijs kunnen begeleid worden door onderwijsconsulenten. Zij bemiddelen en kijken naar het belang van het kind om te komen tot een goede oplossing.

Wanneer een klacht blijft bestaan kunnen ouders een klacht over passend onderwijs indienen bij de [geschillencommissie passend onderwijs \(GPO\)](#). Zij kunnen een geschil indienen tegen het schoolbestuur over:

- (de weigering van) toelating van leerlingen die extra ondersteuning nodig hebben;
- de verwijdering van leerlingen van school;
- de vaststelling en bijstelling van het ontwikkelingsperspectief voor leerlingen die extra ondersteuning nodig hebben.

De uitspraak van de geschillencommissie is niet juridisch bindend, maar wel zwaarwegend.

Het is ook mogelijk om de klacht in te dienen bij het schoolbestuur, naar de rechter te stappen of naar het college voor de rechten van de mens. Verschillende klachten vragen om verschillende aanpak.

**Verschillende klachten vragen om verschillende aanpak.:** Alle mogelijke situaties en aanpak zijn te vinden op:

[Meer informatie](#)

### 3.5.6. Monitoring

Veel aanbieders van jeugdhulp besteden aandacht aan het meten van de uitkomsten van hulp en benutten deze gegevens in hun kwaliteitscyclus. De manier waarop verschilt echter per doelgroep, type hulp, branche of beroepsgroep. Er worden veel verschillende instrumenten gebruikt die ongeveer hetzelfde meten. Dat geeft voor ouders, kinderen en zorgaanbieders de nodige registratielast, zeker wanneer er voor het gezin combinaties nodig zijn van hulpvormen uit verschillende branches. Registratielast leidt ertoe dat minder tijd besteed kan worden aan direct patiëntencontact en werkt demotiverend voor zorgvragers én hulpverleners. Het is wenselijk de frequentie van metingen én het aantal vragen per meting tot een minimum te beperken. Dit kan bijvoorbeeld door de monitoring te beperken tot een doelrealisatiescore. Ook is het voor gemeenten niet goed mogelijk aanbieders en de door hen gebruikte methoden met elkaar te vergelijken. Zij hebben hieraan wel behoefte.

[Harmonisatie](#) van de gebruikte instrumenten is noodzakelijk.

### 3.5.7. Harmonisatie uitkomstcriteria

Sinds 1 januari 2015 zijn gemeenten wettelijk verplicht in hun beleidsplan aan te geven welke uitkomstcriteria (criteria voor de uitkomsten van de hulp) voor jeugdhulpvoorzieningen zij hanteren. Een werkgroep van o.a. de VNG, het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het [Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie](#) en een aantal brancheorganisaties heeft de nu gebruikte werkwijzen in kaart gebracht en een voorstel gemaakt voor de afstemming. Zie de [Harmonisatie outcome in jeugdhulp, jeugdgezondheidszorg, jeugdbescherming en jeugdreclassering](#). Doel is om over een set van instrumenten te beschikken die meer vergelijkbaar is binnen de jeugdhulp als totaal en op onderdelen te differentiëren als de doelgroep en de doelen van de hulp dat noodzakelijk maken.

**Doel is om over een set van instrumenten te beschikken die meer vergelijkbaar is binnen de jeugdhulp als totaal en op onderdelen te differentiëren als de doelgroep en de doelen van de hulp dat noodzakelijk maken.** : Zie de website van het Nederlands Jeugdinstituut: outcome-indicatoren.

[Meer informatie](#)

Voorgestelde basisset criteria

Deze Harmonisatie bevat een basisset van criteria die op grond van pilots het meest geschikt zijn gebleken om outcome te meten. De basisset gaat over:

- uitval van patiënten;
- tevredenheid van patiënten over het nut/effect van de jeugdhulp;
- doelrealisatie van de hulp, uitgesplitst naar:
  - de mate waarin patiënten zonder hulp verder kunnen;
  - de mate waarin er na beëindiging geen nieuwe start jeugdhulp plaatsvindt.

De basisset omvat ook, in geval van een individuele voorziening (de hulp waarvoor een beschikking nodig is, de 'niet-vrij toegankelijke jeugdhulp'):

- de mate waarin problemen verminderd zijn en/of zelfredzaamheid/participatie is verhoogd;
- de mate waarin overeengekomen doelen gerealiseerd zijn.

Deze basisset gaat uit van een zo eenvoudig mogelijke uitvraag. Bij lichte of kortdurende vormen van

hulp/ondersteuning kan gekozen worden voor periodieke of steekproefsgewijze vormen van monitoring in plaats van continue, routine outcome monitoring (ROM).

### 3.5.8. ROM in de jeugd-ggz

In de jeugd-ggz wordt Routine Outcome Monitoring (ROM) toegepast, maar is anders dan toen de sector nog onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) viel, hier niet langer verplicht. Door middel van ROM of continue uitkomstmeting ontstaat inzicht in veranderingen die tijdens de behandeling optreden, bij welke patiënten en hoe deze verandering kan worden bijgestuurd. Monitoring vindt op meerdere niveaus plaats; op het individuele niveau van het kind/de jongere en diens ouders, op het niveau van de jeugdhulporganisatie en op het niveau van de brede sector. Deze drie niveaus worden hieronder toegelicht.

Op alle niveaus van gebruik van uitkomstgegevens gaat het niet alleen om de cijfers, maar vooral om het verhaal erachter. Meetinstrumenten kunnen slechts als hulpmiddel ingezet worden. De klinische blik en het gesprek met de patiënten en zijn naasten zijn het belangrijkste om de voortgang van de behandeling te monitoren. Cijfers spreken niet voor zich, er moet over gesproken worden.

**Bron:** Van Yperen et al. (2014); zie ook Verbraak et al. (2015).

Een uniforme uitvraag is mogelijk, een uniforme normstelling niet.

#### Monitoring op individueel- en gezinsniveau

Kinderen/jongeren en hun ouders en hulpverleners krijgen met behulp van Routine Outcome Monitoring (ROM) inzicht in de aard en de ernst van de problematiek en inzicht in de behandeling. Bij het begin, tussentijds en aan het eind van een behandeling vult de patiënt (of ouders/leerkracht) of de hulpverlener gestructureerde vragenlijsten in.

Voor ROM in de jeugd-ggz worden vragenlijsten gebruikt over drie verschillende meetdomeinen (klachten en problemen, kwaliteit van leven en functioneren).

Hierdoor kunnen risico's herkend worden die leiden tot ineffectiviteit van zorg of verslechtering van klachten. Waar mogelijk kan de zorg dan worden bijgestuurd. ROM stimuleert behandelaren het behandelproces van individuele kinderen en jongeren regelmatig te evalueren en kan de betrokkenheid van het kind en gezin vergroten (mits goed gebruikt in overleg met het kind en zijn gezin).

#### Medicatie

Het is wenselijk dat er bijzondere aandacht uitgaat naar de monitoring van medicatie-effecten. Geneesmiddelen zijn bij kinderen veel minder onderzocht dan bij volwassenen. Verschillende richtlijnen geven aan welke medicamenteuze behandeling voor welke stoornissen bij jeugdigen is aangewezen en welk onderzoek voorafgaand aan de behandeling en als monitor tijdens de behandeling moet worden gedaan om werking vast te stellen en bijwerkingen te onderkennen. Ook staat daar welke informanten (kind, ouders, leerkracht, hulpverlener) daarvoor nodig zijn.

- Multidisciplinaire richtlijn adhd bij kinderen en jeugdigen
- Multidisciplinaire richtlijn Addendum Depressie bij jeugd
- Multidisciplinaire richtlijn Eetstoornissen

Voor off-label gebruik van medicatie is er de handreiking

**Voor off-label gebruik van medicatie is er de handreiking:** Bekijk ook:  
[Meer informatie](#)



[‘Off-label medicatie voorschrijven in de kinder- en jeugdpsychiatrie’](#).

Of gezondheidseffect toe te schrijven is aan medicatie moet vastgesteld worden door een gespecialiseerde hulpverlener. In de jeugd-ggz is dit primair de psychiater, maar ook andere artsen (kinderarts, huisarts, jeugdarts) en de verpleegkundig specialist hebben deze bekwaamheid. Een huisarts kan bijgestaan worden door de praktijkondersteuning (POH-GGZ) voor de controle van psychosociale aspecten.

**Een huisarts kan bijgestaan worden door de praktijkondersteuning (POH-GGZ) voor de controle van psychosociale aspecten.:** De NHG standaard schrijft halfjaarlijkse controle door de huisarts voor bij methylfenidaat.

[Meer informatie](#)

De omschrijving van de werkwijze en de werkstructuur van de POH-GGZ staat beschreven in de

**De omschrijving van de werkwijze en de werkstructuur van de POH-GGZ staat beschreven in de :**

Bekijk ook: Kenniscentrum KJP: Medicatie, Nederlands Kenniscentrum Farmacotherapie bij Kinderen (NKFK), Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) en rond harmonisatie ook VNG en aanbieders gaan outcome jeugdhulp vergelijkbaar maken.

[Meer informatie](#)

Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-ggz en uitgebreid in het functie- en [competentieprofiel POH-GGZ](#).

De Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-ggz behandelen de medicatie-overdracht van de gespecialiseerde jeugd-ggz naar de huisarts. Gezien het feit dat kinderen in ontwikkeling zijn en over klachten heen kunnen groeien, is het aan te bevelen de medicatie elk jaar opnieuw te laten beoordelen (door een psychiater) om te onderzoeken of de medicatie nog altijd geïndiceerd is. In de richtlijn ADHD staat daarover: ‘de aanbeveling wordt gedaan om nu en dan (eens per jaar) een periode de medicatie te onderbreken om de noodzaak van voortzetten van de behandeling te beoordelen.’

#### Monitoring op organisatieniveau

ROM verschaft informatie over de kenmerken van in- en uitstroom van kinderen en jongeren op een afdeling of in een organisatie. Hierdoor kan op organisatieniveau kennis worden verworven over kenmerken van patiënten die in zorg worden genomen. Bovendien levert ROM informatie over het effect van een bepaald type behandeling. Hierdoor wordt het mogelijk om de selectie en toewijzing van patiënten aan specifieke zorg te verbeteren. Wel is voorzichtigheid geboden bij de interpretatie van deze informatie. Er zijn namelijk allerlei andere factoren die invloed kunnen hebben op symptoomreductie die niet zonder meer toe te schrijven zijn aan de behandeling. Door regelmatig de resultaten terug te koppelen op organisatieniveau, wordt betere zorgverlening gestimuleerd.

Op organisatieniveau controleert de Inspectie voor de Gezondheidszorg bovendien het medicatievoorschrijfgedrag.

#### Monitoring op het niveau van de brede jeugdhulpsector

ROM helpt de jeugdhulp inzichtelijker te maken. Door gegevens te aggregeren wordt zicht verkregen op de kenmerken van patiënten en gezinnen en op overeenkomsten of verschillen tussen organisaties en behandelprogramma's. Door doelgroepoverstijgende vergelijkingsmogelijkheden tussen patiënt- en behandelprogramma's ontstaat beter inzicht in het effect van verschillende typen behandeling. Zo kunnen de verschillen tussen de uitkomsten van zorg worden geanalyseerd. Terugkoppeling van deze uitkomsten kan ook sectorbreed leiden tot verbeteringen van de zorg, maar net als bij ROM op organisatieniveau is bij de interpretatie van (verschillen in) uitkomsten voorzichtigheid geboden.

### 3.6. Effectieve en doelmatige zorg

Onderzoek naar de kostenbatenverhouding van behandelingen in de jeugdhulp heeft aangetoond dat het tijdig behandelen van kinderen met psychische problemen rendeert, althans op korte termijn.

**Bron:** Zie onder andere:

Le, H. H., Hodgkins, P., Postma, M. J., Kahle, J., Sikirica, V., Setyawan, J., ... Doshi, J. A. (2014). Economic impact of childhood/adolescent ADHD in a European setting: the Netherlands as a reference case. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(7), 587-598.

Beecham, J. (2014). Annual research review: Child and adolescent mental health interventions: A review of progress in economic studies across different disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(6):714-732.

Er zijn verschillende manieren om te komen tot een oordeel over de kosteneffectiviteit van behandelingen. De beschikbare kennis en lopende studies op het gebied van kosteneffectiviteit van behandelingen in de jeugdhulp zijn beperkt en versnipperd, blijkt uit [literatuuronderzoek](#). Gezien de gevolgen van psychische problemen op de lange termijn, wordt vermoed dat behandel-effecten doorwerken naar de volwassenheid. Ter onderbouwing van dit vermoeden is meer wetenschappelijk onderzoek op dit vlak nodig.

**Bron:** Prinsen, B., I. Steinbuch-Linstra, A.J. Krähe (2015). Investeren in opvoeden loont!, in: *Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg* 47, 6–9.

Uit de klinische praktijk zijn er ter inspiratie online businesscases beschikbaar.

**Bron:** Zie onder andere de maatschappelijke business case Onderwijs Zorg Arrangement. Opgehaald van: <https://www.lecso.nl/file/57110>.

#### 3.6.1. Evidentie en behandeling

Het is wenselijk dat hulpverleners bij hun handelen op de hoogte zijn van het beschikbare bewijs. Er kunnen evenwel goede redenen zijn om de bijbehorende aanbevelingen in richtlijnen en protocollen te negeren. Hiervan beargumenteerd afwijken behoort ook tot evidence-based practice: handelen op basis van wetenschappelijk bewijs, wensen en ervaringen van patiënten en klinische expertise van de professional.

Hulpverleners dienen zich te realiseren dat ook evidence-based interventies niet altijd resulteren in een volledige remissie van klachten.

Stoppen, op- en afschalen

Hulpverleners dienen tijdig te stoppen met behandelen en/of tijdig de jeugdhulp af te bouwen ('af te schalen').

**('af te schalen'):** Het afbouwen van hulp of zorg. Lichtere zorg.

Indien wel een langduriger traject nodig is, dan moet dat uiteraard ook geboden worden. Wel moet een hulpverlener, in overleg met collega's en in dialoog met het kind en zijn ouders, blijvend oog houden voor de effectiviteit van de behandeling en waar nodig aanpassen.

Er zijn kinderen en jongeren die blijvend hulp nodig hebben. Deze chronische problematiek kan toch resulteren in een wisselende hulpvraag. Voor deze groepen is het van belang dat het gemakkelijker wordt om tijdelijk meer of minder hulp te ontvangen. Dit op- en afschalen moet in overleg met ouders en kind worden

gedaan. Als er gestopt of afgeschaald wordt, moet er altijd aandacht zijn voor overdracht en eventueel een terugvalplan. Per 2018 hanteren gemeenten geen bekostiging meer op basis van de DBC-structuur. Ggz-instellingen en andere (vrijgevestigde) aanbieders van jeugdhulp hebben - afhankelijk van lokale afspraken omtrent bekostiging - de verantwoordelijkheid/mogelijkheid te bepalen voor welk kind er meer of minder hulp ingezet wordt, uiteraard in overleg met kind en ouders.

### 3.6.2. Digitale jeugdhulpverlening

Bij digitale jeugdhulpverlening wordt digitale technologie geïntegreerd in de behandeling (eHealth). Het digitale jeugdhulpaanbod kan het persoonlijke contact tussen kind/ouders en hulpverlener aanvullen ('blended care').

**('blended care')**: Een combinatie van face-to-face behandeling en online behandeling (e-health).

De digitale jeugdhulpverlening heeft uitdrukkelijk niet tot doel het persoonlijk contact te vervangen.

Digitale jeugdhulpverlening kan in een (zeer) vroeg stadium ingezet worden, bijvoorbeeld voor psycho-educatie, zelfmanagement en lotgenotencontact. Omdat digitale jeugdhulpverlening niet gebonden is aan tijd of locatie heeft toepassing gevolgen voor de organisatie van zorg. Zo kan gebruik gemaakt worden van een e-community, die niet gebonden is aan een specifieke instelling

**Zo kan gebruik gemaakt worden van een e-community, die niet gebonden is aan een specifieke instelling** : Delespaul et al. (2016); Een breed overzicht van alle initiatieven, uitdagingen en kansen van eHealth voor jeugd staat op:

[Meer informatie](#)

(zie ook de [generieke module eHealth](#)).

Hoewel de digitale jeugdhulpverlening in toenemende mate de aandacht trekt, o.a. vanwege het eigentijdse karakter en vanwege de mogelijke kostenbesparing, is er nog geen evidentie voor de werkzaamheid ervan. Mogelijk kan digitale hulpverlening in de toekomst de doelmatigheid van de jeugdhulp kunnen vergroten en het schaarsteprobleem aan de aanbodzijde kunnen verminderen, doordat niet altijd één-op-één zorg nodig is, maar voor de onderbouwing daarvan is nog veel onderzoek nodig.

## 3.7. Financiering

In de doelgroep van deze generieke module (kinderen en jongeren van 0 tot 23 jaar) bevindt zich een duidelijke scheidslijn: het wettelijke en financiële verschil tussen kinderen en jongeren tot 18 jaar en vanaf 18 jaar. Inhoudelijk gezien vormt dit onderscheid in sommige gevallen een reden tot zorg. Deze overgang kan grote gevolgen hebben voor de betreffende jongvolwassene en zijn naasten.

### 3.7.1. Wettelijk en financieel kader 18-

Kinderen en jongeren tot 18 jaar kunnen te maken krijgen met:

- de Jeugdwet (zie [overheid.nl](#) of [rijksoverheid.nl](#));
- de Wet passend onderwijs (zie [rijksoverheid.nl](#));
- de Wet publieke gezondheid (zie [wetten.overheid.nl](#) of [ncj.nl](#));
- de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ) (zie [wetten.overheid.nl](#) of [dwanginzorg.nl](#));

- de Wet langdurige zorg (Wlz) (zie [wetten.overheid.nl](http://wetten.overheid.nl) of [rijksoverheid.nl](http://rijksoverheid.nl)).

Grootste deel jeugdhulp valt onder Jeugdwet

Gemeenten zorgen voor en zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit, toegang en beschikbaarheid van hulp aan jongeren tot 18 jaar met psychische problemen en stoornissen. Een klein deel van de jeugd-ggz wordt door de zorgverzekeraar betaald, namelijk behandeling van psychische klachten door de huisarts of praktijkondersteuner ggz (POH-GGZ) en medicijnen bij psychische aandoeningen voor jongeren die niet in een instelling (extramuraal) zitten. Kinderen tot 18 jaar zijn bij hun ouders meeverzekerd.

KOPP-kinderen

Zorgverzekeraars kunnen ook hulp vergoeden aan gezinnen waar opvoedingsproblemen ontstaan als gevolg van psychische problemen bij de ouders (zie [Thema KOPP/KVO](#) van de generieke module Psychische klachten in de kindertijd), door o.a. met zorgaanbieders te bespreken dat ouder- of gezinsgesprekken binnen de DBC van de ouder aangeboden kunnen worden. De zorgverzekeraar heeft niet de verplichting, maar wel de vrijheid om te investeren in andere vormen van preventie

**preventie:** Zie ook Financiering van preventie.  
[Meer informatie](#)

voor KOPP/KVO-kinderen dan geïndiceerde en zorggerelateerde preventie.

Hoewel de gemeente de grootste rol heeft op het gebied van [KOPP/KVO](#) is samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars

**gemeenten en zorgverzekeraars:** Zie ook de website van Kinderen van Ouders met Psychische of Verslavingsproblemen: Wat kan ik doen als gemeente en zorgverzekeraar?  
[Meer informatie](#)

essentieel om een sluitend aanbod van preventie, zorg en ondersteuning voor KOPP/KVO-kinderen te organiseren.

Vanuit de Wet passend onderwijs ontvangen regionale samenwerkingsverbanden financiering voor extra ondersteuning om passend onderwijs in hun regio te verzorgen.

### 3.7.2. Jeugdgezondheidszorg (JGZ)

De taak van de jeugdgezondheidszorg is het steunen van ouders en kinderen bij het gezond en veilig opgroeien, zodat ze hun talenten naar vermogen kunnen ontwikkelen en opgroeien tot burgers die meedoen in de maatschappij. De JGZ kijkt hierbij naar het kind als geheel en betreft hierbij de lichamelijke, psychische, sociale en cognitieve ontwikkeling. De JGZ signaleert bevorderende en bedreigende factoren in de opvoeding in gezin en omgeving en indien nodig wordt hulp erbij gevraagd of doorverwezen.

De JGZ wordt bekostigd vanuit de Jeugdwet en de Wet publieke gezondheid (Wpg). Onder deze wet hebben gemeenten onder andere de taak om prenatale voorlichting aan aanstaande ouders te geven. Prenatale voorlichting behelst voorlichting over zwangerschap, de bevalling en de periode daarna. Gemeenten zijn vrij om te bepalen welke aanstaande ouders de grootste behoefte aan informatie hebben en in welke vorm en omvang prenatale voorlichting wordt aangeboden.

Aanbieders prenatale voorlichting

Onder meer de jeugdgezondheidszorg, kraamverzorgenden en/of verloskundigen bieden zelfstandig of in samenwerking met elkaar prenatale voorlichting aan. De [prenatale voorlichting](#) die onder de

verantwoordelijkheid van de gemeente valt, is aanvullend op de informatie en de voorlichting van de huisarts, de verloskundige of de gynaecoloog. Deze vallen allen onder de zorgverzekeringswet. Prenatale voorlichting moet dus niet verward worden met de informatie, voorlichting en advies die deze hulpverleners in individuele consulten geven. De consulten zijn erop gericht dat de zwangerschap normaal verloopt en bereiden de aanstaande ouders voor op de bevalling.

#### Wet Verplichte ggz

De [Wet Verplichte geestelijke gezondheidszorg](#) (in voorbereiding) gaat de Wet BOPZ vervangen (datum van ingang nog onbekend). Onder de Wet bopz is gedwongen zorg alleen mogelijk in een psychiatrisch ziekenhuis met bopz-aanmerking. Onder de nieuwe wet wordt deze zorg ook ambulante mogelijk.

Het doel is om de zorg meer op maat te maken en om de verplichte zorg juist te voorkomen (minder dwang). De geneesheer-directeur krijgt binnen de nieuwe wet bij de hulp aan kinderen een grotere rol bij het aanvragen van de machtiging tot gedwongen zorg. Hij toetst of gedwongen zorg het juiste middel is en moet hierbij nagaan of er bij minderjarigen op de lange termijn nadelige effecten zijn op hun ontwikkeling. Voorafgaand aan de maatregel toetst hij of te verwachten valt dat de hulp doelmatig is en of er misschien kan worden voldaan met minder ingrijpende maatregelen.

#### Wet langdurige zorg (Wlz)

De Wet langdurige zorg regelt zware, intensieve zorg voor kwetsbare ouderen, mensen met een handicap en mensen met een psychische aandoening, die intensieve zorg of toezicht nodig hebben. De Wlz is ook van toepassing voor de meest kwetsbare kinderen tot 18 jaar met meervoudige beperkingen of een (zeer) ernstige verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking. De wet biedt een integraal zorgpakket dat persoonlijke verzorging, verpleging, verblijf, begeleiding en behandeling bevat en ook thuis geboden kan worden. Dit wordt bekostigd met een persoonsgebonden budget (PGB) of krijgt vorm als 'zorg in natura' (het 'volledig pakket thuis').

Artikel 10.1.2 van de Wlz, het zogenoemde experimenteerartikel Wlz biedt de mogelijkheid om één integraal, op de situatie afgestemd pakket aan langdurige zorg, geneeskundige zorg, maatschappelijke ondersteuning of jeugdhulp te bieden, in plaats van losse 'aanspraken' op basis van de afzonderlijke wetten.

**Artikel 10.1.2 van de Wlz, het zogenoemde experimenteerartikel Wlz biedt de mogelijkheid om één integraal, op de situatie afgestemd pakket aan langdurige zorg, geneeskundige zorg, maatschappelijke ondersteuning of jeugdhulp te bieden, in plaats van losse 'aanspraken' op basis van de afzonderlijke wetten. : Zie ook de bijlage afbakeningskwesities van VNG.**

[Meer informatie](#)

Dit wetsartikel biedt een wettelijke mogelijkheid voor een doorlopende indicatie bij langdurige en chronische ggz.

#### 3.7.3. Wettelijk en financieel kader 18+

De Wlz, de Wet BOPZ en de Wet publieke gezondheid (Wpg) blijven ook na het bereiken van de volwassen leeftijd van toepassing. Vanaf het 18e jaar kunnen jongvolwassenen ook aanspraak maken op de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en krijgen zij te maken met de Participatiewet. Vanaf het 18e jaar valt de ggz onder de Zorgverzekeringswet (Zvw), met uitzondering van beschermd wonen. Dat is na het 18e jaar geregeld binnen de Wmo.

Jongvolwassenen zijn zelf verantwoordelijk voor het afsluiten van een zorgverzekering en het betalen van de premie. Gemeenten en aanbieders moeten bij de zorg voor jongeren volgens de Jeugdwet samenwerken met geregistreerde hulpverleners. Bij volwassenen geldt het regime van de Zvw en bekostiging via de zorgverzekeraar.

**Bij volwassenen geldt het regime van de Zvw en bekostiging via de zorgverzekeraar.:** Zie ook het NJI dossier van jeugd naar volwassenheid.

[Meer informatie](#)

Bij een eigen zorgverzekeraar hoort ook het eigen risico dat vanwege financiële problemen er mede voor kan zorgen dat er geen prioriteit aan hulp meer wordt gegeven. Dit is een door aanbieders regelmatig gesignaleerd knelpunt.

Via de Wmo zijn gemeenten verantwoordelijk voor de ondersteuning van mensen die niet op eigen kracht (inclusief hulp van naasten) zelfredzaam zijn. Het doel is om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen en daarvoor vergoedt de gemeente via maatwerkvoorzieningen de benodigde hulp.

De zorg kan in natura of via een persoonsgebonden budget (pgb) verstrekt worden. Met een pgb kan de patiënt zelf de ondersteuning kiezen en inhuren. De Wmo kent ook algemene voorzieningen die vrij (dat is zonder beschikking) toegankelijk zijn.

De Participatiewet is er om zoveel mogelijk mensen met of zonder arbeidsbeperking werk te laten vinden. De wet is bedoeld voor mensen die kunnen werken maar die daarbij ondersteuning nodig hebben. Jonggehandicapten die geen werk kunnen uitvoeren hebben vanaf hun 18e recht op een Wajong-uitkering. Het UWV is het uitvoeringsorgaan.

#### **3.7.4. Transitie 18- naar 18+**

In ieders belang dienen gemeenten en zorgverzekeraars de overgang van de Jeugdwet naar de Zvw goed geregeld te hebben. Hetzelfde geldt voor de overgang van de Jeugdwet naar de Wmo en Participatiewet. Immers, (het niveau van) de uitvoering van de jeugdhulp heeft invloed op de eventuele zorgvraag wanneer de jongere 18 jaar wordt.

Wanneer duidelijk is dat de jeugdhulp niet afgerond kan worden voordat de jongere volwassen wordt, moet tijdig begonnen worden met het organiseren van een soepele overgang naar de hulp voor volwassenen. Vanaf de leeftijd van 16 jaar is het belangrijk om over de voortgang van hulp na te denken en moeten hulpverleners zich inzetten voor een goede overdracht van de zorg. Bij sommige jongeren van 16 jaar is het duidelijk dat voortzetting van hulp nodig zal zijn nadat zij 18 jaar zijn geworden. In andere gevallen is het zaak om bij jongeren vanaf 16 jaar regelmatig bij deze overgang stil te staan. Soms zal er na 18 jaar geen zorg meer nodig zijn, maar dan moet alsnog aandacht besteed worden aan eventuele nazorg.

Mogelijkheden om de overgang te versoepelen

- In deze levensfase voelen jongeren onvoldoende aansluiting bij reguliere kind- en jeugdafdelingen, maar ook bij de reguliere volwassenenzorg. Een gezamenlijk zorgaanbod voor jongeren in deze levensfase bevordert de continuïteit en kan uitval voorkomen.
- Jeugdhulpaanbieders (jeugd-ggz-instellingen) kunnen contracten aangaan met zorgverzekeraars voor de zorg aan patiënten van 18 jaar en ouder. Patiënten kunnen op die manier bij dezelfde hulpverlener blijven zodra zij de leeftijd van 18 jaar hebben behaald.
- Ook kunnen vrijgevestigde aanbieders, die geregeld zowel contracten met gemeenten als met zorgverzekeraars aangaan, de hulp na het bereiken van de leeftijd van 18 jaar blijven bieden. Daarnaast kan onder bepaalde omstandigheden voortgezette jeugdhulp aangevraagd worden bij de gemeente.
- Er bestaat ook 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.
- Voor pleegkinderen die behoefte hebben aan ondersteuning en begeleiding na hun 18e verjaardag is er een aparte regeling. Zij kunnen een beroep doen op voortgezette jeugdhulp. De gemeente beslist over de voortgezette jeugdhulp (zie factsheet VNG).

In deze fase is het van belang dat hulpverleners ook aandacht besteden aan zaken die een jongere ineens zelf

moet gaan regelen, zoals een zorgverzekering, het betalen van premies en het regelen van woonruimte.

De huisarts is de enige professional die hoe dan ook betrokken blijft bij de jongvolwassene zodra hij de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt. De Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-ggz wijzen op het belang van aandacht voor de centrale rol van de huisarts en het belang van een goede ('warme') overdracht tussen de betrokken hulpverleners.

## 4. Kwaliteitsindicatoren

### 4.1. Inleiding

Voor de selectie van onderwerpen voor kwaliteitsindicatoren wordt aangesloten bij de generieke set die in opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz wordt ontwikkeld.

## 5. Achtergronddocumenten

### 5.1. Samenstelling werkgroep

Werkgroep

**Werkgroep:** Op het moment van publicatie is deze zorgstandaard nog niet geautoriseerd door het NIP en de LVVP. NVKG, NVP en NVO hebben de standaard niet geautoriseerd.

Het NIP heeft aangegeven dat hun leden zwaarwegende inhoudelijke bezwaren op specifieke onderdelen zien die mogelijk strijdig zijn met de beroepscode. In de commentaarfase is dit gemeld door het NIP. In de definitieve versie zijn onze opmerkingen hieromtrent naar onze mening onvoldoende verwerkt, aldus het NIP.

De NVKG heeft niet geparticipeerd in deze standaard en de inhoud hiervan is minder relevant voor de dagelijkse praktijk van de klinisch geriater; daarom heeft deze standaard de autorisatieprocedure van de NVKG niet doorlopen.

De NVP heeft aangegeven dat zij van mening zijn dat een zorg zoals beschreven in de module, qua organisatie onvoldoende ondersteuning geeft voor het bieden van psychotherapie aan kinderen en jeugdigen. Er is voldoende wetenschappelijke evidentie om de psychotherapie een grotere plaats te geven in het geheel. Psychotherapeutische behandelingen trekken op efficiënte wijze de ontwikkeling van kinderen vlot en voorkomen veel problematiek later in het leven. Deze behandelingen verdienen een sterkere inbedding.

Het bestuur van de NVO ziet geen meerwaarde in autorisatie van de module omdat het document veel informatie bevat die al is vastgelegd in andere documenten en in wet- en regelgeving.

Ook komen in de module meerdere (niet feitelijke) zienswijzen van andere partijen voor die niet overeenkomen met de beroepscode en visie van de NVO. Als derde is de status van de standaard onduidelijk voor de leden van de NVO.

- Voorzitter: emeritus hoogleraar dhr. prof. dr. E. Schadé.
- Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN)/Nederlands Centrum: Jeugdgezondheid (NCJ) mw. drs. C.

van der Hoeven.

- Federatie van psychologen, psychotherapeuten en pedagogen (P3NL): mw. M. Sanders.
- Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid: mw. J. Luijckx (oudervereniging Balans en Nederlandse Vereniging voor Autisme), mw. J. Gomes, mw. S. Toet.
- Gemeente Groningen: mw. drs. A. Schnieders.
- Lokalis: mw. S. Vloothuis.
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG): Dhr. H. Moolenburgh, huisarts.
- Marant: mw. drs. D. Peters.
- PO-raad: mw. drs. C. van Helvoirt.
- Ervaringsdeskundigen mw. D. Straub, mw. V. Sciascera.
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN): mw. M. Basten.

Stuurgroep

- Voorzitter: mw. drs. A. de Ruijter, directeur Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie.
- Federatie van psychologen, psychotherapeuten en pedagogen (P3NL): mw. drs. H.A.G. van Tilburg.
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG): dhr. prof. dr. J.S. Burgers.
- Nederlands Jeugdinstuut (NJI): dhr. dr. W.H.M. Gorissen.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP): dhr. dr. C. Huyser.

Aanvullend op de bovengenoemde partijen in de werkgroep en stuurgroep zijn interviews afgenomen met experts afkomstig van verschillende organisaties:

- Federatie Vaktherapeutische Beroepen (mw. van der Wiel en mw. Tel-Vos)
- Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (mw. J. Meyers)
- NJR (via achterban raadpleging van MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid)

Overige experts die zijn geraadpleegd:

- Dhr. P. Prins, wetenschappelijke raad Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie
- Dhr. emeritus hoogleraar dhr. prof. dr F. Boer, wetenschappelijke raad Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie
- Mw. W. Lozowski (NIP)
- Mw. B. van Beek (NIP)
- Mw. A. Broersma (Accare)

De projectgroep bestond uit medewerkers van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie:

- Mw. S. van der Weerd, projectleider
- Mw. J. van der Meer, projectleider tot en met september 2016
- Mw. Y. Janssen, secretaris/projectmedewerker

Afgezien van deelname hebben Movisie, het Landelijke Kenniscentrum LVB en de Beroepsvereniging voor Professionals in Sociaal Werk.

## 5.2. Begrippenlijst

Randvoorwaarde voor het creëren van vertrouwen en optimale samenwerking is elkaar goed verstaan. Om elkaar te verstaan moet eenzelfde 'taal' gesproken worden. Tussen professionals onderling, maar ook tussen kinderen, jongeren, hun ouders en professionals kunnen begrippen verschillende betekenissen hebben. In dit achtergronddocument is een begrippenkader als resultaat van het ontwikkelen van een gemeenschappelijke 'taal' opgenomen.

Afschalen

Het afbouwen van hulp of zorg. Lichtere zorg.



### Blended care

Een combinatie van face-to-face behandeling en online behandeling (e-health).

### Centrale regisseur/zorgcoördinator

Een hulpverlener (soms een wijkteammedewerker) die de zorg rondom een kind/jongere coördineert en daarmee continuïteit van zorg waarborgt.

### Contingentiebenadering

Deze benadering gaat uit van de gedachte dat elke omgeving aangepast gedrag verlangt. In deze generieke module beschrijven we algemene principes en gaan we er van uit dat elke gemeente of wijk aanpassingen behoeft voor een optimale cultuur en werkwijze in de eigen omgeving. Men moet dus afhankelijk van lokale omstandigheden invulling geven aan de samenwerking.

### Evidence based practice

Evidence based practice of evidence based werken is het benutten en het juiste gebruik van onderbouwde standaarden en protocollen in dialoog met de patiënt. In zijn kern houdt evidence based practice in dat je werkt met de best beschikbare kennis over wat werkt. Die kennis komt uit drie verschillende bronnen: wetenschappelijke kennis, praktijkkennis van hulpverleners en ervaringskennis van cliënten. Dus als je evidence based werkt, werk je vaak ook practice based en houd je ook rekening met het patiëntperspectief.

### Jeugdhulp

Met de invoering van de Jeugdwet op 1 januari 2015 spreken we over jeugdhulp. Hierbinnen vallen de jeugdzorg, de gehandicaptenzorg (tot 18 jaar), de ggz- en verslavingszorg (tot 18 jaar), welzijn en maatschappelijke dienstverlening (tot 18 jaar), de thuisbegeleiding (tot 18 jaar), de thuiszorg (tot 18 jaar) en de jeugdgezondheidszorg (maatwerkdeel). Jeugdzorg was tot 1 januari 2015 een apart te onderscheiden sector, waarbinnen o.a. de indicaties voor geïndiceerde zorg werden gesteld en het gedwongen kader werd uitgevoerd.

Een deel van de zorg voor de jeugd valt onder andere wetten dan de Jeugdwet. Zo valt een deel onder de onderwijswetgeving (passend onderwijs), een deel onder de wet maatschappelijke ondersteuning (veilig thuis), een deel onder de wet langdurige zorg en valt de jeugdgezondheidszorg voor een onder de wet publieke gezondheid en voor een deel onder de Jeugdwet. In het veld van de brede jeugdhulp zijn verschillende partijen actief en deze staan alle in verbinding met elkaar.

### Jeugdhulpverlener

Jeugdhulpverleners zijn professionals die werkzaam zijn in de jeugdhulp en jeugdbescherming. Iedere professional die werkzaam is in de jeugdhulp wordt met de invoering van de Jeugdwet per 1 januari 2015 naast zijn/haar bestaande beroep of functie, conform de wet ook 'jeugdhulpverlener' genoemd.

### Matched care

Het afstemmen van de behandeling op kenmerken van het kind/de jongere, zoals de ernst van de klachten, mentale en sociale vaardigheden en (steun vanuit) het gezin. Zorg wordt niet pas geïntensiveerd als eerste stappen interventies onvoldoende resultaat opleveren, maar patiënt komt zo snel mogelijk bij de juiste hulpverlener en krijgt zo snel mogelijk de juiste behandeling (niet minder dan noodzakelijk en niet meer dan nodig).

### Opschalen

Het bieden van meer hulp, zwaardere of meer intensieve hulp of zorg.

### Proportionaliteit

Het beoogde doel dient zwaarder te wegen dan het belang dat aangetast wordt door (in dit geval) het

uitwisselen van informatie; bijvoorbeeld het doorbreken van beroepsgeheim t.b.v. de veiligheid van een kind of jongere.

#### Subsidiariteit

De noodzaak van (in dit geval) het uitwisselen van informatie, dus alleen strikt noodzakelijke informatie mag gedeeld worden.

#### Systeem

Het hele netwerk rondom het gezin waarin een kind opgroeit en een belangrijk onderdeel van de leefwereld vormt: ouders, broers en zussen, stiefouders, halfbroers en halfzussen, stiefbroers en stiefzussen, vrienden, grootouders, burens, sportverenigingen, onderwijs.

#### Triade

Dit woord wordt gebruikt om de drie-eenheid van patiënt, naaste(n) en hulpverlener aan te duiden. Een toename in samenwerking tussen deze drie leidt tot een verbetering van de kwaliteit van zorg.

#### Triage

Het vaststellen van de volgorde of soort behandeling aan de hand van de ernst van de klachten, dus meer generalistische zorg bij milde klachten tot specialistische zorg bij ernstige klachten.

#### Wijkteam

Elke gemeente bepaalt zelf of en hoe een wijk(buurt- of gebieds)team wordt ingericht.

Beroepsgroepen die bij een wijkteam werken zijn o.a. psychologen, jeugdartsen, sociaal werkers (jeugdzorgwerkers en sociaal agogen), thuisbegeleiders en orthopedagogen.

Een lokaal wijkteam kan variëren in samenstelling en organisatie. Gemeenten bepalen onder andere of de teams zich richten op 0-100 jaar dan wel of er separate teams voor kinderen en jongeren zijn. Het wijkteam als geheel is op zijn minst het aanspreekpunt voor vragen van kinderen, jongeren en ouders omtrent zorg en ondersteuning. In veel gevallen zijn verschillende expertises aangaande maatschappelijk werk en ondersteuning, jeugdhulp en ggz in wijkteams vertegenwoordigd. Een zorgcoördinator die samen met het gezin een plan opstelt (één gezin, één plan, één regisseur) is vaak een hulpverlener afkomstig uit het wijkteam. Naast het bieden van directe hulp en steun bij opvoeden en opgroeien houden wijkteams jeugd- en gezin zich vaak ook bezig met het ondersteunen van pedagogische basisvoorzieningen zoals de kinderopvang. Deze teams bestaan meestal uit vertegenwoordigers van opvoedsteun, jeugdhulpinstellingen, welzijnsorganisaties, schoolmaatschappelijk werk en het Centrum voor Jeugd en Gezin.

### 5.3. Zorgstructuur binnen het onderwijs

Voor de verbinding tussen onderwijs en zorg zijn in dit achtergronddocument de verschillende hulpverleners, ondersteuners en andere betrokkenen bij een kind op school opgenomen.

- Intern begeleider: Activiteiten worden verschillend ingevuld, maar IB'er is verantwoordelijk voor het zorgbeleid op scholen in het primair onderwijs en de begeleiding van leraren, en het gestalte geven aan de onderwijsvisie. De IB'er helpt de leerkracht in kaart te brengen wat een kind nodig heeft in de klas en met het zoeken naar oplossingen (eventueel via instanties).
- Remedial teacher: begeleidt kinderen op het gebied waar zij extra aandacht in nodig hebben, onderverdeeld in motoriek, taal- en rekenbegrip en sociaal-emotionele ontwikkeling.
- Schoolpsycholoog of orthopedagoog: wetenschappelijk geschoold professional. Werkt op het snijvlak tussen zorg en onderwijs. Rol varieert van preventie en signalering tot behandeling en verwijzing. Op alle vormen van

regulier en speciaal onderwijs, maar zijn niet altijd op school aanwezig en ook niet lesbevoegd.

- Jeugdarts: is in sommige gemeenten ook geregeld op school aanwezig, voor een spreekuur en voor de vaste contactmomenten van de jeugdgezondheidszorg bij kinderen en jongeren. Zie Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-ggz voor een omschrijving van de jeugdarts.
- Jeugdverpleegkundige: elke school in Nederland heeft een eigen jeugdverpleegkundige. Of en hoe vaak die op school aanwezig is verschilt, maar de jeugdverpleegkundige is wel altijd bereikbaar voor school.
- Mentor: leerkracht met extra rol in monitoren van leerlingen. De mentor is de belangrijkste schakel tussen school, leerlingen en ouders. De mentor licht school en leerlingen uit zijn mentorklas en hun ouders in over alles wat van belang kan zijn voor goed onderwijs. De mentor bewaakt de prestaties en het welzijn van zijn mentorleerlingen in het bijzonder en de mentorklas in het algemeen. De mentor zoekt voor zijn leerlingen, waar nodig, begeleiding bij andere functionarissen binnen- en buiten de school.
- Decaan/studieadviseur: De taak van de schooldecaan is het adviseren van leerlingen en hun ouders bij het kiezen van een onderwijssoort, vakkenpakket, profiel, sector, vervolgopleiding of beroep. Aanwezig binnen het voortgezet en beroepsonderwijs.
- Zorgcoördinator: De zorgcoördinator is de persoon die de gehele zorg op en rond een school coördineert. De zorgcoördinator heeft als doel de juiste mate van zorg aan te bieden aan de juiste leerling. Dit kan soms zorg binnen een school zijn (counseling, extra begeleiding door de mentor, remedial teaching, faalangstraining e.d.) maar ook zorg buiten de school. De zorgcoördinator stelt (samen met betrokkenen) behandelplannen op en controleert of deze worden gevolgd.
- Vertrouwenspersoon: De meeste scholen in Nederland beschikken over een vertrouwenspersoon. Deze is aangesteld als aanspreekpunt voor klachten van leerlingen, ouders en personeel over nalatigheid, maatregelen en gedrag op school. De vertrouwenspersoon vangt klagers op en begeleidt deze desgewenst tijdens de verdere klachtprocedure.

Het zorgadviesteam (ZAT) is een multidisciplinair overleg met meerdere functies, waaronder casuïstiekoverleg, advisering en consultatie en monitoring van leerlingenzorg. ZAT's bestaan in het basis- en voortgezet onderwijs en in het middelbaar beroepsonderwijs. Voorzitter en voorbereider van het overleg is vaak de intern begeleider (basisonderwijs) of zorgcoördinator (voortgezet onderwijs). Andere leden zijn onder meer afkomstig van de jeugdgezondheidszorg, de afdeling Leerplicht van de gemeente, hulpverlening en het maatschappelijk werk. Op sommige plaatsen neemt de ggz, het Regionaal Expertisecentrum (REC) en/of de politie op afroep dan wel structureel deel.

Samenwerkingsverbanden en gemeenten hebben routes bedacht en ingericht waarin dat analyseren van signalen, het vaststellen van een aanpak en de toegang tot ondersteuning of hulp georganiseerd kunnen worden. Voor een integrale beoordeling en een samenhangend aanbod is het nodig dat de routes van het onderwijs en die van gemeenten op elkaar zijn afgestemd.

Voor studenten aan het mbo, hbo en wo is verschillende begeleiding beschikbaar. Afhankelijk van het soort opleiding of de onderwijsinstelling, kunnen studenten gebruik maken van deze begeleiding. Ook kan de inhoudelijke invulling van de begeleiding per instelling verschillen. Hieronder volgt een algemene beschrijving van verschillende soorten begeleiding.

- Studieloopbaanbegeleiding (SLB) biedt studenten begeleiding bij het ontwikkelen van professionele vaardigheden als samenwerken, verantwoordelijkheid nemen en keuzes maken. Een studieloopbaanbegeleider fungeert tevens als aanspreekpunt voor studenten die klachten hebben en/of (daardoor) vastlopen in hun studie.
- Studentendecanen ondersteunen studenten bij zaken die de studie overstijgen, zoals studiefinanciering of wettelijke regelingen. Dit geldt ook wanneer een student (dreigt) studievertraging op te lopen door persoonlijke problemen.
- Studentepsychologen bieden hulp bij persoonlijke problemen die verband houden met de studie en/of het studeren. Zij kunnen indien nodig geacht direct doorverwijzen naar ggz instellingen.
- Tutoren en/of mentoren zien studenten op regelmatige basis en zijn het aanspreekpunt voor (eerstejaars)studenten. Deze studenten kunnen bij een tutor of mentor terecht voor vragen over het studieleven, op zichzelf wonen en vrijetijdsbesteding in een nieuwe (studenten)stad. Door het regelmatige contact zijn de tutoren of mentoren een laagdrempelig aanspreekpunt voor de studenten.
- Ook bieden sommige universiteiten en hogescholen begeleiding voor en door studenten aan, bijvoorbeeld

hulp bij het maken van plannings bij studenten met autisme.

Alle hulp en begeleiding vindt pas plaats op aanvraag van de student. Studieadviseurs en studentendecanen zien studenten pas op het moment dat deze zelf een gesprek aanknopen.

## **5.4. Structuur van jeugdbescherming en jeugdreclassering**

### **5.4.1. Jeugdbescherming**

Wanneer ouders niet in staat zijn hun kind een veilige opvoeding te bieden, kan een kinderrechter een jeugdbeschermingsmaatregel opleggen. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor deze gedwongen jeugdhulp. Op verzoek van de gemeente onderzoekt en beoordeelt de Raad voor de Kinderbescherming of een beschermingsmaatregel noodzakelijk is. Indien dit het geval is dient de Raad een verzoek voor een beschermingsmaatregel in en adviseert de kinderrechter welke gecertificeerde instelling het best een kinderbeschermingsmaatregel kan uitvoeren. Gecertificeerde instellingen dragen bij aan de bescherming en veilige ontwikkeling van kinderen middels een integrale aanpak op verschillende gebieden, waaronder opvoeding, begeleiding, zorg, huisvesting, school/werk en schuldhulpverlening.

### **5.4.2. De gemeente**

Alle vormen van zorg en hulp voor de jeugd staan onder de verantwoordelijkheid van gemeenten. Bij voldoende aanwijzingen, bijvoorbeeld n.a.v. een melding bij Veilig Thuis, is de gemeente verplicht om de Raad voor de Kinderbescherming te verzoeken tot een onderzoek naar de situatie van een gezin.

### **5.4.3. Veilig Thuis**

Bij [Veilig Thuis](#) worden meldingen gedaan over (vermoeden van) huiselijk geweld en/of kindermishandeling. Alle professionals en burgers kunnen (een vermoeden van) kindermishandeling en/of huiselijk geweld melden. Professionals doen dat conform hun beroepsspecifieke Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling. Veelal vragen professionals eerst (anoniem) advies aan een medewerker of een vertrouwensarts van Veilig Thuis. Voor BIG-geregistreerde professionals is het advies vragen een verplichte stap alvorens over wordt gegaan tot een melding Veilig Thuis. Veilig Thuis adviseert professionals en burgers over situaties waarbij de veiligheid van kinderen of andere gezinsleden bedreigd worden. Ook heeft Veilig Thuis de plicht en bevoegdheid om te onderzoeken of er sprake is van kindermishandeling of huiselijk geweld en hierop actie te ondernemen.

### **5.4.4. Raad voor de Kinderbescherming**

Op verzoek van zowel gemeente, Veilig Thuis en/of een gecertificeerde jeugdzorginstelling voert de Raad voor de Kinderbescherming onderzoek uit naar de noodzaak tot het treffen van een kinderbeschermingsmaatregel. Zie [Jeugdbescherming: Wie doet wat?](#) en [De taak van de Raad voor de Kinderbescherming bij kindermishandeling](#). Op basis van een onafhankelijk oordeel over de situatie van een gezin kan de Raad voor de Kinderbescherming een kinderbeschermingsmaatregel vragen bij de kinderrechter.

### **5.4.5. De kinderrechter**

De kinderrechter draagt de uitvoering van een kinderbeschermingsmaatregel op aan (een door de gemeente

gecontracteerde) gecertificeerde instelling als aan de gronden voor een beschermingsmaatregel is voldaan .  
Zie [Jeugdbescherming: Wie doet wat?](#).

#### **5.4.6. Gecertificeerde instelling**

Gecertificeerde instellingen zijn instanties die bevoegd zijn kindbeschermingsmaatregelen uit te voeren zie [Jeugdbescherming: Wie doet wat?](#). Deze instellingen staan onder contract bij gemeenten. Geregistreerde jeugdhulpverleners werkzaam bij gecertificeerde instellingen voeren de bescherming daadwerkelijk uit in de functie van jeugdbeschermer.

#### **5.4.7. Jeugdzorgplus**

Jeugdzorgplus is een gedwongen opname voor kinderen met ernstige (gedrags)problemen zie [Wanneer komt mijn kind in aanmerking voor gesloten jeugdzorg?](#). Kinderen die bescherming nodig hebben tegen zichzelf of tegen anderen komen hiervoor in aanmerking. Jeugdzorgplus is een gesloten vorm van jeugdzorg waarvoor een machtiging nodig is van de (kinder)rechter. Opname in een instelling voor jeugdzorgplus is niet bedoeld als straf. De (zo kort mogelijke) behandeling richt zich op het leren aanbrengen van structuur in het eigen leven.

#### **5.4.8. Pleegzorg**

Pleegzorg is een vorm van zorg waarin pleegouders een kind verblijf, verzorging en vervanging van de oorspronkelijke opvoedingssituatie bieden, zie [Pleegzorg](#). Tegelijkertijd worden het pleegkind, de pleegouders en de biologische ouders professioneel begeleid door een hulpverleningsinstelling. Het uitgangspunt van pleegzorg is dat het kind indien mogelijk weer bij zijn of haar ouders gaat wonen.

Pleegzorg kan zowel vrijwillig als gedwongen plaatsvinden. In het eerste geval wordt pleegzorgplaatsing aangevraagd door – en in samenwerking met – de ouders. In het gedwongen kader is er sprake van een ondertoezichtstelling (OTS) of voogdijregeling en vraagt een gecertificeerde instelling de plaatsing aan. In dat geval is er ook een machtiging uithuisplaatsing van de kinderrechter nodig.

#### **5.4.9. Jeugdreclassering**

Jeugdreclassering voert begeleiding en controle uit als een jeugdige van 12 jaar of ouder een strafbaar feit heeft gepleegd of daarvan verdacht wordt, zie [Wat is jeugdreclassering](#). Het belangrijkste doel van jeugdreclassering is herhaling of terugval (recidive) te voorkomen. Jeugdreclassering kan verschillende maatregelen toepassen. Deze maatregelen hangen af van de fase van het strafproces. Jeugdreclassering wordt ingezet op verzoek van (en/of na onderzoek van) de Raad voor de Kinderbescherming en het Openbaar Ministerie.

#### **5.4.10. Politie**

Naar aanleiding van de aanhouding van een minderjarige verdachte kan de politie besluiten om een zaak te seponeren, de jeugdige uit te laten stromen, een zaak door te verwijzen naar een Halt-organisatie of een zaak door te verwijzen naar het Openbaar Ministerie, zie [Jeugdreclassering: Wie doet wat](#). In het laatste geval wordt de zaak ook gemeld bij de Raad voor de Kinderbescherming, welke een raadsonderzoek instelt.

#### **5.4.11. Raad voor de Kinderbescherming**

De Raad voor de Kinderbescherming adviseert de (kinder)rechter over de inzet van toezicht en begeleiding door de jeugdreclassering, zowel in gedwongen als in het vrijwillige kader, zie [Jongere aangehouden](#). Daarnaast fungeert de Raad voor de Kinderbescherming als casusregisseur in jeugdstrafzaken en houdt ze toezicht op het werk van de instellingen voor jeugdreclassering.

#### **5.4.12. De kinderrechter**

Als een jeugdige wordt gedagvaard moet hij voor de kinderrechter verschijnen [Jeugdreclassering: Wie doet wat](#). Als deze de jeugdige schuldig bevindt, kan hij een straf opleggen, zoals een geldboete, een taakstraf of een vrijheidsstraf (jeugddetentie). Een andere mogelijkheid is dat de kinderrechter de jeugdige een maatregel oplegt. Het jeugdstrafrecht kent een tweetal maatregelen om de jongere te behandelen: plaatsing in een justitiële jeugdinrichting en de gedragsbeïnvloedende maatregel.

#### **5.4.13. Halt**

De [Halt-straf](#) is een straf voor jongeren van 12 tot 18 jaar. Zij komen na het plegen van een strafbaar feit onder bepaalde voorwaarden in aanmerking voor een Halt-straf. De Halt-straf heeft tot doel grensoverschrijdend gedrag zo vroeg mogelijk te stoppen. Jongeren komen bij Halt terecht via de politie (soms na expliciete toestemming door het OM) of een buitengewoon opsporingsambtenaar (BOA), bijvoorbeeld een leerplichtambtenaar.

#### **5.4.14. Justitiële jeugdinrichting**

Als een jeugdige door de kinderrechter wordt veroordeeld tot jeugddetentie dan wordt deze straf uitgevoerd in een justitiële jeugdinrichting (JJI), zie [Jeugdreclassering: Wie doet wat](#). Plaatsing in een inrichting voor jongeren wordt ook vaak in een justitiële jeugdinrichting gedaan. Een justitiële jeugdinrichting kan in het kader van een scholings- en trainingsprogramma ook jeugdhulp inzetten. Behandeling binnen een JJI is gericht op het verminderen van de kans op recidive en het vergroten van de kansen voor de jeugdigen op het goed functioneren in de maatschappij.

### **5.5. Specifieke aandachtspunten vanuit patiëntenperspectief**

Specifieke aandachtspunten vanuit het patiëntenperspectief, genoemd tijdens verschillende bijeenkomsten staan in deze bijlage benoemd. Deze punten hebben als uitgangspunten gediend voor de tekst in [Patiëntenperspectief](#).

#### **5.5.1. Focus van zorg (kwaliteit van leven en herstel van vitaliteit)**

- Diagnostiek is ook het in kaart brengen van de context: steun, stressoren, kracht en kwetsbaarheden (brede diagnostiek).
- Herstel moet het uitgangspunt zijn, waarbij aansluiting moet worden gezocht op de hulpvraag via 'matched care'. Herstel moet niet enkel gericht zijn op symptoomreductie.
- Bij transities en life-events zoals overgang basisschool/middelbare school, echtscheiding van ouders of verhuizing moet er aandacht zijn voor het risico op het ontwikkelen van psychische klachten bij kinderen en jongeren.
- Door meer uit te gaan van eigen kracht en eigen verantwoordelijkheid worden kinderen en jongeren minder onderschat. Men moet echter ook waken voor overschatting van de jongere. Bij de behandeling moet bovendien oog zijn voor de combinatie van behandeling met het gewone leven: sociaal, school, werk.

### 5.5.2. Vorm van zorg (patiënt centraal en werken in de triade)

#### Patiënt centraal

- Patiëntgericht werken betekent flexibiliteit in contacturen, in communicatiemiddelen en in keuze van hulpverlener. Patiëntgericht betekent ook laagdrempelig.
- Er moet specifieke aandacht zijn voor de regie over hulp aan kinderen en jongeren:
- In het vrijwillige kader wordt uitgegaan van de autonomie en de zeggenschap van het kind en/of de ouders(s).
- In het gezinsplan moet er geredeneerd worden vanuit het perspectief van het kind/de jongere.
- Jongere kinderen kunnen nog geen regie voeren, maar dienen wel bewust betrokken te worden. Zie voor de geldende leeftijdsgrenzen de generieke module Ondersteuning familiesysteem en mantelzorg.
- Soms weigeren kinderen en/of ouders hulp, vaak uit schaamte of angst. Wanneer bereidheid om hulp aan te nemen ontbreekt ten gevolge van KOPP/KVO, onveiligheid thuis, of een licht verstandelijke beperking wordt verwezen naar de boxen behorend bij de generieke module Psychische klachten in de kindertijd.
- Wat betreft dossiervoering heeft het kind/de jeugdige (en de ouder(s)) recht op het opvragen en inzien van het eigen dossier. De hulpverlener dient helder te communiceren wat dit recht inhoud, evenals het recht tot het aanpassen en/of vernietigen van (bepaalde delen van) het dossier. Voor meer informatie, zie de website m.b.t. autoriteit persoonsgegevens.
- Kinderen en jongeren betrekken bij het opstellen van het behandelplan resulteert in meer behandelmotivatie, inzicht, rust en een gevoel van regie. De hulpverlener kan een coachende rol aannemen door, in alle keuzevrijheid, aan te geven wat de best mogelijke hulp voor het kind/de jongere is.
- Evaluatiemomenten tijdens de behandeling dienen wederkerig van aard te zijn. Kinderen/jongeren (en hun ouders) dienen de behandeling desgewenst bij te kunnen sturen en aan te kunnen geven wat de hulpverlener goed en minder goed doet.

#### Werken in de triade

- Het betrekken van het systeem is maatwerk, waarbij de draagkracht van het gezin bepaalt in hoeverre het gezin betrokken moet worden. Door goed te luisteren naar wat zij nodig hebben, wordt effectieve samenwerking in de triade nagestreefd.
- Er moet oog zijn voor de eventuele behoefte aan steun bij naasten van het kind/de jongere met psychische klachten. Deze steun kan bestaan uit psycho-educatie, ondersteunende begeleiding, toegankelijke hulpverleners (zowel laagdrempelig als bereikbaar), lotgenotencontact en praktische hulp bij het ontbreken van goede informatievoorziening.
- Zorg voor geleidelijke veranderingen in de mate van aandacht voor, en betrokkenheid van het systeem rondom de transitie bij 4 jaar, 12 jaar, 16 jaar (zie voor leeftijdsgrenzen de generieke module Ondersteuning familiesysteem en mantelzorg).
- Bespreek duidelijk met de triade dat jongeren vanaf 12 jaar zeggenschap hebben over de geboden hulp, opdat dit geen problemen oplevert in de relatie tussen hulpverlener en ouder(s).
- Neem de onderlinge relaties binnen een triade in ogenschouw; in het bijzonder bij gescheiden ouders met een minder bij het kind betrokken ouder.

### 5.5.3. Inhoud van zorg (adequate zorg en integrale zorg)

#### Aandachtspunten adequate zorg/zorg op maat

- Bij zorg op maat staat het kind/de jongere centraal. In het hulpverleningsplan moet de eventuele prioritering van de probleemgebieden in lijn zijn met zijn wensen en grenzen en met die van het systeem om hem heen.
- Binnen het brede diagnostisch proces moet een compleet beeld ontstaan van het kind/de jongere en de context, met sterke en kwetsbare punten. Dit beeld moet ook aan het kind/de jongere en de ouders voorgelegd worden (bij voorkeur schriftelijk) ten behoeve van gezamenlijke besluitvorming.

#### Aandachtspunten adequate zorg/effectieve en efficiënte zorg

- Effectieve zorg is tijdig en wordt op de juiste plaats ingezet.
- Doelmatige zorg weet adequaat een onderscheid te maken tussen normale ontwikkeling, klachten en stoornissen.
- Waar mogelijk heeft preventief werken de voorkeur.
- Behandeling moet gericht zijn op onderliggende problematiek (bijvoorbeeld trauma's); niet alleen op symptoomreductie.
- Binnen het team moeten hulpverleners elkaar informeren over 'wat werkt'.
- Door aan het begin van het diagnostisch proces specialistische kennis te verzamelen, kan de hulp gecentreerd worden aangeboden.
- Let op mogelijk internaliserende klachten; deze worden makkelijker over het hoofd gezien dan externaliserende klachten.

#### Aandachtspunten adequate zorg/toegankelijke zorg

- De wachtlijsten moeten worden weggewerkt, zodat ook crises adequaat kunnen worden opgevangen.
- Hulpverleners moeten de sociale kaart helder in beeld hebben, zodat zij goed kunnen doorverwijzen. De Zorggroep, Geïntegreerde Eerstelijns Zorg (GEZ) en gemeenten zijn hierbij ondersteunend.
- Wijkteams dienen te zijn samengesteld uit diverse disciplines, zodat bewustzijn wordt gecreëerd over de eigen kennis en de hiaten daarin.
- De huisarts moet experts, werkzaam in de jeugd-ggz, kunnen raadplegen voor het onderscheiden van normale psychosociale ontwikkeling, psychische klachten en stoornissen.
- Jeugdhulp moet niet enkel toegankelijk zijn voor kinderen en jongeren met een diagnose, maar ook wanneer alleen sprake is van klachten. Voorbarige diagnoses ten behoeve van financiering moeten worden voorkomen.
- De schoolkeuze voor kinderen en jongeren met psychische klachten moet niet beperkt worden door specialisatie van scholen op slechts één type klacht. Voor kinderen met psychische klachten is het lastig dat sommige scholen zich specialiseren in een bepaald type zorg (bijvoorbeeld voor kinderen met autisme).

#### Aandachtspunten bij adequate zorg/veilige zorg:

- Bij vermoedens van geweld in het systeem zijn professionals verplicht de meldcode te gebruiken. Het vijfstappenplan ondersteunt bij het signaleren en aanpakken van huiselijk geweld en kindermishandeling.
- Heb oog voor een eventuele machtsstrijd tussen ouders (bijvoorbeeld bij scheiding), welke ten koste kan gaan van het kind/de jongere.
- Basisassumptie is dat iedere ouder het beste wil voor het kind/de jongere, maar dat zij dit soms niet kunnen bieden. Hierover kan onzekerheid en schaamte bestaan bij de ouder(s).
- Bij onterechte meldingen moet er oog zijn voor de ontwrichtende werking van een reeds in gang gebrachte interventie en/of maatregel.
- Wanneer er sprake is van mishandeling:
  - Dient de hulpverlener toegankelijk te zijn, om in gesprek te komen en vertrouwen bij het systeem op te bouwen.
  - Dient de hulpverlener de meldcode te volgen.
  - Dient de hulpverlener contact met school te overwegen, met in achtname van de wettelijke kaders.
  - Dient de hulpverlener zo nodig het kind/de jongere in veiligheid te brengen of crisiszorg te bieden, maar daarbij beide ouders onmiddellijk te informeren.
  - Dient de hulpverlener bij het kind/ de jongere aan te geven dat hij/zij (ongeveer) weet wat er thuis speelt, ook als hij/zij niet direct iets kan doen.
  - Een van de bewezen werkzame methodieken bij geweld in het systeem is 'Signs of Safety'

#### Aandachtspunten bij integrale zorg/coördinatie van zorg

- Er moet één coördinator beschikbaar zijn, het kind/de jongere heeft inspraak over de keuze van deze spil in de hulp. Eén aanspreekpunt gaat miscommunicatie tussen hulpverleners en instanties tegen.
- Adequate triage en goede samenwerking tussen de ketenpartners is cruciaal.
- De leerkracht moet meer actief betrokken worden door de hulpverlener, want de leerkracht krijgt veel signalen. Zie ook de richtlijn Ernstige Gedragsproblemen waarin het benaderen van school is opgenomen.
- De huisarts moet altijd geïnformeerd worden door het wijkteam, tenzij het kind of de ouder(s) hier geen toestemming voor geeft; aandachtspunt hierbij is de privacy.



#### Aandachtspunten integrale zorg/continuïteit van zorg

- Wanneer bij doorverwijzing sprake is van een wachtlijst, dient er goede tijdelijke zorg/steun beschikbaar te zijn. Bovendien kan dan verwezen worden naar het welzijnsdomein en cliëntorganisaties.
- Let op een adequate overdracht wanneer jongeren de volwassenleeftijd bereiken. De 18-/18+ scheiding in zorgverzekering mag niet belemmerend werken voor het bieden van de benodigde (jeugd-)hulp.
- Na een opname moet er nazorg geboden worden, waarbij verantwoordelijkheden en vrijheden goed moeten worden afgestemd op de draagkracht van het kind/de jongere. Bij nazorg dient er sprake te zijn van laagdrempelige voorzieningen; bij een (lichte) terugval hoeft dat niet altijd een hulpverlener te zijn. Ook peersupport of ervaringsdeskundige ondersteuning kan volstaan.
- De coördinator (en aanspreekpunt) moet zorg dragen voor continuïteit van zorg. Dit vergt aandacht voor terugrapportage en overdracht binnen de triade.
- De coördinator (en aanspreekpunt) moet zorg dragen voor continuïteit bij overgangen binnen het onderwijs, bijvoorbeeld bij de overgang van basisonderwijs naar voortgezet onderwijs.
- Het is van belang dat kinderen en jongeren, na uitval door psychische klachten, hun schoolloopbaan weer kunnen oppakken.
- Continuïteit vergt ook fulltime beschikbaarheid van hulpverleners in de crisishulp.

#### 5.5.4. Eisen aan zorg (professionele zorg en transparante zorg)

##### Aandachtspunten voor professionele zorg

- Voor een goede hulpverleningsrelatie is het belangrijk dat de hulpverlener zich kwetsbaar durft op te stellen en het kind/de jongere serieus neemt. Ook dient de behandelaar niet alleen het dossier te lezen, maar ook zelf kritisch na te denken en initiatief te nemen. Verder dient de behandelaar goed naar de context van de psychische klachten te kijken. De behandelaar moet breder kunnen denken over problematiek en indicaties dan zijn eigen specialisme om zo nodig gericht te kunnen doorverwijzen.
- De behandelaar dient duidelijk te communiceren wat er met de (privé/gevoelige) informatie van het gezin gebeurt.
- De 'klik' tussen behandelaar en het kind/de jongere kan ook gemeten worden met de Work Alliance Inventory (Werkalliantie Vragenlijst, W.A.V.)
- Naast de juiste kwalificaties (deskundigheid) dient een hulpverlener ook een respectvol en empathisch persoon te zijn. De kennis, kunde en bejegening moeten hier ook op geënt zijn.
- De divers samengestelde wijkteams moeten minimaal in staat zijn om te kunnen luisteren, signaleren en tijdig op- en afschalen. Daar waar ze anderen moeten inschakelen, blijft hun betrokkenheid nodig omwille van de continuïteit van de jeugdhulp.

##### Aandachtspunten voor transparante zorg

- Kwaliteit en kosten van de jeugdhulp moeten eenvoudig inzichtelijk zijn aan de hand van indicatoren gericht op; doelmatigheid, noodzakelijkheid en werkzaamheid.
- Er is behoefte aan een (digitale) sociale kaart met goede verwijscriteria, waarin de oriëntatie van het kind/de jongere en de ouders als uitgangspunt wordt genomen.

#### 5.5.5. Meer informatie?

Patiëntenverenigingen zijn er voor veel verschillende problemen. Via deze verenigingen kan je in contact komen met lotgenoten of zij weten je te verwijzen naar plaatsen waar je lotgenoten kan vinden.

- Mind Landelijke Platform Psychische Gezondheid is de koepel van cliënten- en familieorganisaties in de geestelijke gezondheidszorg. Onderdeel van mind is mind young, speciaal voor jongeren van 15-25 jaar.
- Balans is een vereniging voor ouders van kinderen met leer-en gedragsstoornissen.
- Balans heeft een website speciaal voor kinderen: [www.balansbabbels.nl](http://www.balansbabbels.nl)
- ADF stichting is een patiëntenorganisatie voor kinderen met angst. Er zijn websites (gemaakt door ADF)

speciaal voor kinderen en voor jongeren. Bibbers is een website voor kinderen en Stop je angst is er voor jongeren.

- Anoksis is een patiëntenvereniging voor psychosegevoelige mensen (vooral gericht op volwassen familieleden).
- Ypsilon is gericht op ouders en volwassen familie van kinderen met psychose.
- weet.info is een website voor patiënten met eetstoornissen, net als 99gram en proud2beme
- VMDB young
- Forum Landelijke Stichting Zelfbeschadiging:
- Stichting gilles de la tourette, deze site heeft ook een kinderpagina.
- Depressie vereniging, voor jongeren vanaf 16 jaar is er grip op je dip.
- Korrelatie
- Voor kopp-problematiek: KOPstoring voor de jeugd
- Voor ouders: KOPopouders

Anoniem hulp krijgen online kan via de volgende websites:

- pratenonline.nl
- overjekop.nl : over angst depressie, stress, thuis, relaties.
- kopstoring.nl: voor kinderen met ouders met problemen.
- pratenoververlies.nl : voor als je rouwt.
- hulpmix.nl

Voor sommige aandoeningen zijn kenniscentra opgericht. De websites bieden vaak veel informatie en psycho-educatie.

- Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie is een algemeen kenniscentrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie. De website heeft aparte onderdelen voor ouders en kinderen, maar ook voor professionals en leerkrachten.
- Brainwiki is een website van het kenniscentrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie speciaal voor kinderen gemaakt.
- Begrijp je medicijn is onderdeel van brainwiki en geeft uitgebreide informatie over medicatie.
- Op 18 en nu of 18 jaar wat nu staat meer informatie over alle dingen die je moet regelen als je 18 jaar wordt.
- Op Jongin vind je per gemeente een leuke, informatieve en onderhoudende jongerenwebsite, voor jongeren in de leeftijd van 12 tot 23 jaar.

## 5.6. Literatuur

Beecham, J. (2014). Annual research review: Child and adolescent mental health interventions: A review of progress in economic studies across different disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(6):714-732.

Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W., & van Os, J. (2016). *Goede ggz! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie*. Leusden: Diagnosis Uitgevers.

Desain, L., Driessen, E., van de Graaf, W., Holten, J., Huber, M., Jansen, M., ... Sedney, P. (2013). *Ervaringen met de inzet van ervaringsdeskundigheid*. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam, Kenniscentrum Maatschappij en Recht.

Donabedian, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring Vol. 1. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press.

Huber, M.A.S. (2014). *Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food*. Proefschrift Universiteit Maastricht.

Kaats, E., & Opheij, W. (2011). *Leren samenwerken tussen organisaties. Samen bouwen aan allianties, netwerken, ketens en partnerships*. Deventer: Kluwer.

Kievit, T., Tak, J. A., & Bosch, J. D. (2010). Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen (7e druk). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52(7), 485-486.

Le, H. H., Hodgkins, P., Postma, M. J., Kahle, J., Sikirica, V., Setyawan, J., ... Doshi, J. A. (2014). Economic impact of childhood/adolescent ADHD in a European setting: the Netherlands as a reference case. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(7), 587-598.

LHV (2015). Notitie Aanbevelingen samenwerking huisarts en wijkteams. Opgehaald van: [https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv\\_nl/uploads/nieuws/notitie\\_sociale\\_wijkteams.pdf](https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv_nl/uploads/nieuws/notitie_sociale_wijkteams.pdf)

LPGGz (2015). Basisset Kwaliteitscriteria GGZ Geformuleerd vanuit een cliënten- en familieperspectief. Opgehaald van: <http://www.platformggz.nl/lpggz/download/common/kwaliteitscriteria-ggz-29-5-2015-definitief.pdf>

LPGGz (2016). Focus op gezondheid – zorg voor herstel.

Nuijen, J. (red.) (2010). *Trendrapportage GGZ 2010. Deel 2 Toegang en zorggebruik*. Utrecht: Trimbos-instituut. Opgehaald van: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2011/01/10/deel-2-trendrapportage-ggz-2010-toegang-en-zorggebruik>.

Prinsen, B., I. Steinbuch-Linstra, A.J. Krähe (2015). Investeren in opvoeden loont!, in: *Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg* 47, 6–9. <http://www.dejeugdzaak.nl/assets/artikel-investeren-in-opvoeden-loont-tjgz2.pdf>

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2014). *Samen verder, verder samen. Zorgen voor kinderen met complexe problemen*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. Opgehaald van: <https://www.raadvn.nl/publicaties/item/samen-verder-verder-samen>.

Rosendal, H. & Polderman, F. (2014). *Beter Samen. Een handreiking om te komen tot effectieve samenwerking in de zorg voor jeugd*. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Opgehaald van: <https://d11066c6yi5bt.cloudfront.net/ncj/ncj/docs/6f423c60-947f-4ae1-b711-bcd9202b9eba.pdf>

Timmermans, M., Heerwaarden, Y. van & Pijpers, F. (2014). *Samen = beter. Inspiratie om samen te werken in de zorg voor jeugd*. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Opgehaald van: <https://www.ncj.nl/toolbox-basispakket-jgz1/samenwerken>.

Transitiecommissie Sociaal Domein (2016). *Vijfde rapportage TSD: Transformatie in het Sociaal Domein; de praktijk aan de macht*. Opgehaald van: [\[https://www.transitiecommissiesociaaldomein.nl/documenten/rapporten/2016/09/30/vijfde-rapportage-tds-transformatie-in-het-sociaal-domein-de-praktijk-aan-de-macht\]](https://www.transitiecommissiesociaaldomein.nl/documenten/rapporten/2016/09/30/vijfde-rapportage-tds-transformatie-in-het-sociaal-domein-de-praktijk-aan-de-macht).

Van Arum, S. & Vögtlander, L. (2016). *Eerst samenwerken voor veiligheid, dan samenwerken voor risicogestuurde zorg*. Utrecht: GGD GHOR Nederland. Opgehaald van: [https://vng.nl/files/vng/201605\\_visiedocument\\_gefaseerde\\_ketensamenwerkingvogtlander\\_van\\_arum\\_0.pdf](https://vng.nl/files/vng/201605_visiedocument_gefaseerde_ketensamenwerkingvogtlander_van_arum_0.pdf).

Vertommen, H. & Vervaeke, G.A.C. (1990). *Werkalliantievragenlijst (wav)*. Vertaling voor experimenteel gebruik van de WAI (Horvart & Greenberg, 1986). Departement Psychologie KU Leuven.

## 5.7. Verdieping

### 5.7.1. Off-label gebruik van medicatie

Bekijk ook: [Kenniscentrum KJP: Medicatie](#), [Nederlands Kenniscentrum Farmacotherapie bij Kinderen \(NKFK\)](#), [Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen \(CBG\)](#) en rond harmonisatie ook [VNG en aanbieders gaan outcome jeugdhulp vergelijkbaar maken](#).

### **5.7.2. e-health**

Delespaul et al. (2016); zie voor een breed overzicht van alle initiatieven, uitdagingen en kansen van eHealth voor jeugd staat op [ehealth.kenniscentrum-kjp.nl](http://ehealth.kenniscentrum-kjp.nl); Platform e-health: [ehealthjeugdnetwerk.nl](http://ehealthjeugdnetwerk.nl).

### **5.7.3. Cliëntondersteuners en vertrouwenspersonen**

Zie Handreiking aan (regio) gemeenten Onafhankelijk vertrouwenswerk in het kader van de nieuwe Jeugdwet: [Onafhankelijk vertrouwenswerk in het kader van de nieuwe](#) en [Wat is het verschil met cliëntondersteuning?](#)

### **5.7.4. Verschillende klachten vragen om verschillende aanpak**

Alle mogelijke situaties en aanpak zijn te vinden op:

- Onderwijsgeschillen
- Geschillen passend onderwijs: samenwerken aan passend onderwijs