

Psychische klachten in de kindertijd

1. Inleiding

1.1. Algemene inleiding

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 Psychische klachten in de kindertijd hangt sterk samen met de generieke module [Organisatie van zorg voor kind en jongere](#).

Het [Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg](#) en [Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg](#) 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. Daarmee is een belangrijke nieuwe weg ingeslagen, waarin de ontwikkeling en het herstel van patiënten centraal staan, en de zorg zoveel mogelijk in de eigen omgeving wordt georganiseerd, samen met de patiënt en zijn naasten. De generieke module Psychische klachten in de kindertijd is onderdeel van deze herziene structuur.

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 relevant zijn voor meerdere psychische aandoeningen.

Kwaliteitsstandaarden zijn praktijkgerichte documenten. Het zijn geen wetten of anderszins dwingende voorschriften. Ze vormen een uitdrukking van wat in het veld als goed professioneel handelen wordt beschouwd. De inhoud van deze generieke module is gebaseerd op een verbinding tussen wetenschappelijke kennis, ervaringskennis van patiënten en praktijkkennis van hulpverleners.

1.1.1. Wettelijke kaders voor jeugdhulp en jeugdzorg

In januari 2015 trad de [Jeugdwet](#) in werking. De jeugdhulp is daarmee onder de verantwoordelijkheid van gemeenten geplaatst. Onder jeugdhulp valt hulp en zorg (inclusief diagnostiek), begeleiding en ondersteuning bij opvoed- en opgroei problemen, psychosociale problemen en psychische problemen en stoornissen. Ook de hulp, zorg, begeleiding en ondersteuning van kinderen en jongeren met een verstandelijke-, lichamelijke- of zintuiglijke beperking valt onder jeugdhulp.

Een deel van de zorg voor de jeugd valt niet onder de Jeugdwet. Zo valt een deel onder de onderwijswetgeving (passend onderwijs), een deel onder de wet maatschappelijke ondersteuning (veilig thuis en begeleid/beschermd wonen) en een deel onder de Wet langdurige zorg (Wlz). De jeugdgezondheidszorg valt gedeeltelijk onder de wet publieke gezondheid en gedeeltelijk onder de Jeugdwet en de kindergeneeskunde valt onder de Zorgverzekeringswet (samen met een deel van de kinderpsychiatrie als deze in het kader van een somatische ziekte in het spel is). Bovendien wordt vanaf 18 jaar de hulp vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet, de Participatiewet en de Wet maatschappelijke ondersteuning.

Bovendien wordt vanaf 18 jaar de hulp vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet, de Participatiewet en de Wet maatschappelijke ondersteuning.: Zie voor een overzicht van de wetten met betrekking tot hulp

aan jeugd de website van zorgwijzer.

[Meer informatie](#)

1.1.2. Betrokken partijen en integrale samenwerking

In het brede veld van de hulp en begeleiding aan kinderen en jongeren zijn verschillende partijen actief. De generieke module Psychische klachten in de kindertijd richt zich op de partijen in het jeugddomein die primair betrokken zijn bij de preventie, vroegsignalering, diagnostiek en behandeling van psychische klachten bij kinderen en jongeren tot 23 jaar.

Een belangrijke overweging bij de overgang van de jeugdhulp naar het gemeentelijke niveau is dat netwerken, ketens en samenwerkingsverbanden meer integraal kunnen worden georganiseerd. Zo kunnen de preventieve, generalistische en de gespecialiseerde hulp beter op elkaar aansluiten en kennis delen. Het doel is om hulp en ondersteuning meer laagdrempelig, integraal en vroegtijdig te bieden zodat in sommige gevallen gespecialiseerde hulp mogelijk niet ingezet hoeft te worden. De decentralisatie leidt tegelijkertijd tot grote regionale en gemeentelijke verschillen in de organisatie van de jeugdhulp. Deze verschillen mogen er echter nooit toe leiden dat voor een kind de best mogelijke hulp niet beschikbaar is.

1.1.3. Kennis delen voor een positief beloop van psychische klachten

De generieke module Psychische klachten in de kindertijd beoogt samen met de [generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere](#) bij te dragen aan het verbeteren van kennisuitwisseling tussen onder andere ggz, onderwijs, jeugd- en opvoedhulp, welzijnswerk, huisartsenzorg en jeugdgezondheidszorg. Uitgangspunt is dat zowel behandeling, ondersteuning (op school) als opvoedhulp een positieve invloed kunnen uitoefenen op het beloop van psychische klachten. Het komt de zorg voor kinderen en jongeren ten goede als alle jeugdhulpverleningssectoren, hulpverleners en professionals op de hoogte zijn van elkaars expertise. Deze kennis kan worden ingezet bij het realiseren van één plan voor één gezin om te voorkomen dat gezinnen het slachtoffer worden van langs elkaar heen werkende instanties. Zie hiervoor ook de [generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere](#) en de Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-ggz. In dit kader beschrijft deze generieke module de zorginhoudelijk werkzame elementen in de zorg voor psychische klachten in de kindertijd, de rol van de patiënt en de familie en de relatie met de hulpverlener, waar de [generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere](#) focust op de kernelementen van goede organisatie van die zorg.

1.2. Psychische klachten in de kindertijd

1.2.1. Normaal gedrag, klachten en stoornissen

Het onderscheid tussen normaal gedrag, klachten en stoornissen in de kindertijd is niet eenduidig. Wat de een als 'normaal gedrag' definieert, ervaart de ander wellicht als 'afwijkend gedrag'. Het onderscheid tussen normaal gedrag, klachten en stoornissen in de kindertijd is tot op zekere hoogte persoonlijk, cultureel bepaald en tijdsgebonden.

Algemeen uitgangspunt is dat wanneer gedrag het normaal functioneren belemmert er sprake is van klachten. Opvattingen over wanneer bepaald gedrag het normaal functioneren belemmert, verschillen echter. In principe zijn het de ouders of het kind zelf die aangeven dat er sprake is van een klacht of een probleem. Bij uitzondering meldt een derde partij (zoals school, GGD of politie) een kind aan bij een vorm van hulpverlening, bijvoorbeeld een wijkteam. Hoe jonger het kind, hoe afhankelijker het is van zijn omgeving voor het signaleren van klachten en het zoeken van hulp. Een heel jong kind is niet in staat om zijn klachten, althans verbaal, over te brengen.

Om te bepalen of het gedrag van een kind of jongere als problematisch gezien moet worden, moet rekening gehouden worden met de leeftijd en het ontwikkelingsniveau. Veel gedrag dat op een bepaalde leeftijd als ontwikkelingsadequaat wordt beschouwd, wordt problematisch als een kind ouder is. Gedragingen en gerapporteerde klachten van kinderen en jongeren kunnen sterk variëren per milieu waarin het kind of de jongere zich bevindt en afhankelijk zijn van eisen die de omgeving aan het kind stelt. Daarom is het nodig passende diagnostiek uit te voeren en informatie in te winnen bij verschillende informanten die het kind of de jongere in verschillende situaties zien om te bepalen of het gedrag als problematisch gezien moet worden.

De grens tussen psychische klachten en stoornissen is niet scherp en er zijn overgangsvormen. Zowel psychische klachten als psychische stoornissen kunnen leiden tot beperkingen in het dagelijks functioneren, verminderen de kwaliteit van leven en kunnen nadelige maatschappelijke gevolgen hebben.

Bron: Rai, D., Skapinakis, P., Wiles, N., Lewis, G. & Araya, R. (2010). Common mental disorders, subthreshold symptoms and disability: longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 411-412.

Het handboek voor de classificatie van psychische stoornissen, de DSM-5,

Bron: American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (5th ed.). Washington, DC: Author.

definieert een psychische stoornis als: 'een syndroom, gekenmerkt door klinisch significante symptomen op het gebied van de cognitieve functies, de emotieregulatie of het gedrag van een persoon, dat een uiting is van een disfunctie in de psychologische, biologische, of ontwikkelingsprocessen die ten grondslag liggen aan het psychische functioneren.' Psychische stoornissen gaan gewoonlijk gepaard met significante lijdensdruk of beperkingen in het functioneren op sociaal of beroepsmatig gebied of bij andere belangrijke bezigheden. De drempel voor het vaststellen van een psychische stoornis in termen van de DSM is het generieke classificatiecriterium over lijdensdruk of disfunctioneren. Bij kinderen is dan vooral de invloed van de klachten thuis, op school of in andere sociale situaties van belang.

1.2.2. Psychische klachten en problemen en de rol van lichaam en context

Onder psychische klachten en problemen worden in deze generieke module klachten en problemen in het denken, voelen en handelen verstaan. Handelen wil hierbij zeggen: streven en waar te nemen gedrag. Al deze problemen kunnen niet los worden gezien van lichaam en context. Sociale problemen bijvoorbeeld kunnen een oorzaak of een gevolg zijn van deze psychische klachten. Bij baby's en hele jonge kinderen zijn lichamelijke en psychische klachten vaak niet te scheiden. Psychische problemen bij jonge kinderen worden beïnvloed door het type relatie dat zij met hun verzorger hebben. Jonge kinderen kunnen het best begrepen en onderzocht worden binnen de context van de relaties met hun primaire verzorgers/ouders.

Bron: Rexwinkel, M., Schmeets, M., Pannevis, C. & Derkx, B. (red.) (2011). *Handboek Infant Mental Health. Inleiding in de ouder-kindbehandeling*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Naast het feit dat kinderen klachten hebben, kunnen ouders beperkingen hebben (zoals eigen psychische problemen, opvoedingsproblemen, financiële problemen, relationele problemen e.d.). Ouders hierin bijstaan kan ook problemen voorkomen bij hun kinderen.

Alle genoemde problemen kunnen in meer of mindere mate en in onderlinge samenhang voorkomen en elkaar beïnvloeden.

1.2.3. Ontstaan en beschermende factoren

Psychische klachten in de kindertijd kunnen ontstaan doordat een kind (disfunctionele) oplossingsstrategieën ontwikkelt voor moeilijke ervaringen en omstandigheden en deze ook inzet in andere omstandigheden. Psychische klachten uiten zich vervolgens wanneer het kind op normale omstandigheden/veranderingen niet langer adequaat kan inspelen en reageren. Ook kunnen psychische klachten ontstaan als gevolg van aanleg, zodanig dat de ontwikkeling in het gedrang komt (ofwel stagneert of dat het kind zich anders ontwikkelt). Het ontstaan van deze psychische klachten en stoornissen is een ingewikkelde interactie tussen kwetsbaarheden in het kind zelf en omstandigheden die buiten het kind liggen. Het transactionele model gaat ervan uit dat de kenmerken van het kind en die van de omgeving elkaar beïnvloeden, waarbij zowel het kind als de omgeving door deze interactie veranderen.

Bron: Prins, P. & Braet, C. (2008). Handboek klinische ontwikkelingspsychologie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Beschermende factoren in het kind zelf (veerkracht of weerbaarheid) of in de omgeving van kind kunnen de kans op het ontwikkelen van klachten verkleinen, ondanks de aanwezigheid van een zeker risico bij dit kind. Voorbeelden van beschermende factoren zijn intelligentie, veilige hechting of het hebben van goede vriendschappen. Een kind dat in slechte omstandigheden opgroeit kan door de aanwezigheid van (bepaalde) beschermende factoren geen stoornis ontwikkelen, waar een ander kind in dezelfde situatie maar met minder of andere beschermende factoren dat wél doet. De verschillende typen factoren (binnen of buiten het kind) kunnen daarnaast niet los van elkaar gezien worden; de positieve instelling (grondstemming) van een kind kan bijvoorbeeld sociale steun in de hand werken.

Bron: Boer, F. & Verhulst, F. (2014). Kompas Kinder- en jeugdpsychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom uitgeverij.

Beschermende factoren kunnen het succes van de behandeling bevorderen, wat niet betekent dat ze ervoor kunnen zorgen dat een stoornis op zichzelf afneemt.

1.3. Doelstelling

Het doel van deze generieke module is om professionals die betrokken zijn bij de hulp aan kinderen en hun gezin (in de gehele keten van huisartsenzorg/wijkteam tot aan hoog specialistische hulp) en de kinderen en hun gezin zelf handvatten te geven voor het bieden en ontvangen van passende zorg.

In deze module worden kernelementen van goede hulp aan kinderen en jongeren met psychische klachten en problemen en hun gezin beschreven. Hierbij wordt gebruikgemaakt van de verbinding tussen wetenschappelijke kennis, ervaringskennis en praktijkkennis uit de relevante jeugdhulpverleningssectoren.

Samen met de [generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere](#) en de Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-GGz beoogt deze generieke module om de samenwerking binnen de jeugdhulpverlening als geheel en in de verbinding met onderwijs, gezondheidszorg en het sociaal domein te bevorderen. Dit draagt bij tot gezamenlijke verbetering van de preventie, signalering en behandeling van psychische klachten in de kindertijd, adolescentie en jongvolwassenheid. De modules helpen mee om (algemeen en landelijk gezien) beter op de hoogte te zijn van elkaars werk. Om de samenwerking werkelijk tot stand te brengen, zal eerst regionaal een invulling gegeven moeten worden aan de zorg voor jeugd.

1.3.1. Reikwijdte van de module

Deze module kan gebruikt worden bij diverse psychische klachten. Mogelijk voldoen deze klachten aan een diagnostische classificatie, maar het kan ook zijn dat hier (nog) geen sprake van is. Bijvoorbeeld wanneer de klachten (nog) niet ernstig zijn of niet (duidelijk) passen bij een stoornis of wanneer de oorzaak contextgebonden is. Immers, een stoornisspecifieke zorgstandaard is dan niet van toepassing en

stoornisoverstijgende principes en de mogelijkheden voor preventie zijn dan van grote meerwaarde.

De generieke module heeft betrekking op meerdere fasen van het zorgproces en is toepasbaar in meerdere werkvelden. In de [Richtlijnen voor de jeugdgezondheidszorg](#), de [Richtlijnen in de jeugdhulp en jeugdbescherming](#), in de richtlijnen geestelijke gezondheidszorg en in de verschillende [zorgstandaarden](#) van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz wordt de aanbevolen behandeling of aanpak bij specifieke stoornissen en specifieke problemen beschreven. De inhoud van deze module kan als basis en aanvullend hierop geraadpleegd worden voor stoornisoverstijgende kennis en principes met betrekking tot hulp bij psychische klachten aan kinderen en jongeren.

1.4. Doelgroepen

Deze generieke module is primair opgesteld voor professionals en instellingen binnen de jeugdhulp en de verwijzers naar de jeugdhulp. Daarnaast kunnen ook anderen, zoals jongeren en hun ouders en professionals in het onderwijs en bij gemeenten, hem raadplegen.

Deze generieke module heeft betrekking op de zorg voorkinderen en jongeren in de leeftijd van 0 tot 23 jaar die psychische klachten hebben of het risico lopen deze te ontwikkelen. Omdat preventieve zorg al wordt gestart bij kinderen van -9 maanden, heeft deze generieke module ook betrekking op zwangere vrouwen en eventueel hun partner.

Voor hulpverleners en instellingen binnen de jeugdhulp biedt deze module handvatten voor goede hulp aan kinderen met psychische klachten en hun gezin. Professionals zullen naast deze generieke module en algemene principes ook altijd gebruik moeten maken van hun eigen professionele standaarden en richtlijnen. Professionals werkzaam in de gesloten jeugdhulp, zorg voor jeugd met een lichte verstandelijke beperking (LVB), jeugdbescherming en jeugdreclassering kunnen dit document ook gebruiken als bron voor algemene aandachtspunten voor goede hulp aan kinderen met psychische klachten en hun verzorgers of gezin. Dat neemt niet weg dat hun werk daarnaast specifieke ervaring en kennis over de desbetreffende doelgroep vergt. Afhankelijk van het perspectief van de hulpverlener kan deze module als basis worden gezien (wanneer algemene kennis het doel is) of als aanvulling gebruikt worden (voor de professionals die niet zelf betrokken zijn bij de diagnostiek en behandeling van psychische klachten maar wel kunnen profiteren van algemene kennis en aanbevelingen). Jongeren en ouders kunnen in de generieke module informatie vinden over de kwaliteit die zij mogen verwachten van de aan het verleende hulp. Professionals in het onderwijs kunnen deze module gebruiken als een kader met kernelementen van goede zorg en algemene principes. Gemeenten vinden in dit document normen die mede helpen aanwijzen hoe adequate, veilige, effectieve en doelmatige hulp aan kinderen, jongeren en hun ouders er uit moet zien.

1.5. Uitgangspunten

De primaire vraag die professionals in het brede veld van de hulp en begeleiding voor kinderen en jongeren zich moeten stellen luidt: 'Wat maakt dat dit kind (of dit gezin) nu hulp nodig heeft?' Beantwoording van deze vraag en de beoordeling van psychische klachten in de kindertijd kan niet losstaan van een beoordeling van de ontwikkeling van het kind en van de context waarin het kind zich bevindt. Deze generieke module hanteert daarom een ontwikkelingsperspectief en een contextperspectief. Daar waar de kernelementen van goede hulp bij psychische klachten verschillen naargelang leeftijd en/of context, worden deze in deze module apart besproken.

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 in deze module wetenschappelijke kennis, ervaringskennis van patiënten en praktijkkennis van hulpverleners geïntegreerd. De tekst is verder gebaseerd op standaarden vanuit het [Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie](#) en bestaande richtlijnen.

1.5.1. 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.

1.6. Betrokken organisaties

De generieke module Psychische klachten in de kindertijd is opgesteld door een werkgroep bestaande uit ervaringsdeskundigen (zowel jongeren als ouders) en professionals uit onder andere de jeugdhulp (waaronder jeugd-ggz), jeugdgezondheidszorg en onderwijs. MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid ondersteunde de ervaringsdeskundigen in de werkgroep en raadpleegde door middel van klankbordbijeenkomsten ook andere ervaringsdeskundigen. De stuurgroep, tevens stuurgroep voor de [generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere](#), 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).

In een startbijeenkomst voor beide generieke modules samen zijn bij partners in het brede domein van hulp aan jeugd belangrijke knelpunten en kennis opgehaald. De projectgroep heeft op grond van deze informatie een knelpuntenanalyse uitgevoerd en bepaald welke onderwerpen in elk van beide modules behandeld moesten worden. De daaruit voortvloeiende taakopdracht heeft de projectgroep met de stuurgroep en vervolgens met de werkgroepvoorzitter afgestemd. De werkgroep heeft bij de uitvoering van deze taakopdracht kennis van wetenschappelijke en praktische aard gebruikt. Zo is de module gebaseerd op een verbinding tussen wetenschappelijke kennis, ervaringskennis van patiënten en praktijkkennis van hulpverleners. Zie achtergronddocument [Samenstelling werkgroep, stuurgroep, projectgroep](#).

1.7. Leeswijzer

[Perspectief van patiënten en naasten](#) beschrijft de uitgangspunten en kwaliteit van zorg, expliciet vanuit het patiëntenperspectief. [Zorg bij psychische klachten in de kindertijd](#) werkt de kernelementen van goede zorg bij psychische klachten in de kindertijd per zorgfase uit. [Kwaliteitsindicatoren](#) geeft de criteria en indicatoren voor de kwaliteit van zorg.

Dit document is het resultaat van het ontwikkelen van een gemeenschappelijk begrippenkader. Een reeks bijlagen bevat de bouwstenen daarvoor.

- Achtergronddocument Begrippenlijst geeft een toelichting op de definities en de betekenis van veelgebruikte termen en afkortingen.
- Achtergronddocument Verdieping geeft een overzicht van thema's waar in de jeugdhulp bijzondere aandacht naar moet uitgaan, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van een lichte verstandelijke beperking (LVB), wanneer er twijfels zijn over de veiligheid of wanneer er bij ouders sprake is van psychische problematiek.
- Achtergronddocument Ontwikkelingstaken bevat een overzicht van ontwikkelingstaken per leeftijdsfase.
- Achtergronddocument Beschermende en risicofactoren geeft een overzicht van beschermende en risicofactoren.
- Achtergronddocument Preventie bevat per ontwikkelingsfase effectieve onderdelen voor preventie.
- Achtergronddocument Aandachtspunten patiëntenperspectief bevat een volledig en puntsgewijs overzicht van specifieke aandachtspunten die de basis vormen voor Perspectief van patiënten en naasten.

1.7.1. Belangrijke termen

De titel van deze generieke module gebruikt het woord 'kindertijd'. Onder kindertijd verstaan we in deze generieke module de kindertijd van – 9 maanden tot de jongvolwassenheid rond 23 jaar. 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 (vroege en late) adolescenten.

In deze generieke module wordt gesproken van patiënt. Voor dit woord kan ook cliënt worden gelezen. Waar in deze generieke module 'hij' en 'hem' staat, wordt 'hij' of 'zij' en 'hem' of 'haar' bedoeld. 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 vanuit de gemeente.

gemeente.: 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 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.

Zie hiervoor ook [Betrokken organisaties](#) van de afzonderlijke [generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere](#) die speciaal over de organisatie van de jeugdhulp bij psychische klachten in de kindertijd is opgesteld.

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

Voor de organisatie van de jeugdhulp bij psychische klachten in de kindertijd is een aparte generieke module opgesteld: Organisatie van zorg voor kind en jongere.

2. Perspectief van patiënten en naasten

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 Perspectief van patiënten en naasten, 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 dynamisch 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.

Bron: Huber, M. (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.

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?
- 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 (zie achtergronddocument Begrippenlijst) 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. Zie achtergronddocument Verdieping: Beslissen over hulp/wilsbekwaamheid voor meer informatie.

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 generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere en de 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 (zie ook [generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere](#)) 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 avonduren 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. Zie hiervoor de generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere.

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. 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:

Focus van zorg (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.
Vorm van zorg (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.
Inhoud van zorg (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.
Eisen aan zorg (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. Zorg bij psychische klachten in de kindertijd

3.1. Inleiding

Zorg bij psychische klachten in de kindertijd beschrijft de kernelementen van goede zorg aan kinderen en jongeren van -9 maanden tot 23 jaar, ongeacht hun psychische klachten en ongeacht de plek waar zij zich melden. In deze inleiding wordt kort besproken waar ouders en kinderen zich kunnen melden en met welke partijen zij te maken hebben. Voor de organisatie van zorg wordt verwezen naar de [generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere](#) en de Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-ggz.

3.1.1. Extra inhoudelijke informatie

Achtergronddocument [Verdieping](#) behandelt een aantal specifieke onderwerpen die van algemeen belang kunnen zijn bij de zorg aan kinderen en jongeren, in aanvulling op Zorg bij psychische klachten in de kindertijd. De onderwerpen zijn:

- Veiligheid
- Spoedeisende psychiatrie en situaties
- Cognitief functioneren
- KOPP/KVO
- Kinderwens en zwangerschap
- Medicatie
- Sekseverschillen
- Jeugdreclassering en forensische jeugdpsychiatrie
- Beslissen over hulp en wilsbekwaamheid

3.1.2. Betrokken partijen

Het kind/de jongere en zijn ouders hebben te maken met diverse partijen, zoals bijvoorbeeld school, het wijkteam, de jeugdgezondheidszorg, de huisarts en eventueel een jeugdhulpverlener. Hulpverleners kunnen in verschillende onderdelen van de jeugdhulp werkzaam zijn (of in verschillende onderdelen van de (jeugd-ggz). Hoewel de expertise niet strikt gescheiden is, heeft elke setting zijn eigen expertise (zie tabel Tabel: expertise per setting hieronder, gebaseerd op de Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd GGZ).

Setting	Expertise
Wijkteam	Indiceren; integrale benadering: 1 gezin, 1 plan, 1 regisseur; begeleiding; gerichte afgestemde verwijzing naar eventueel gespecialiseerde hulp
Jeugdgezondheidszorg	Signalering, monitoring, begeleiding, gerichte afgestemde verwijzing naar eventueel gespecialiseerde hulp
Huisartsenzorg	Huisartsenzorg, poortwachtersfunctie, gerichte afgestemde verwijzing naar niet vrij toegankelijke jeugdhulp, eventueel gespecialiseerde hulp. In de huisartsenpraktijk kan laagdrempelig, contextuele zorg worden gegeven aan kinderen met psychische, psychosociale en psychosomatische klachten.
Verloskundige zorg	Zorg, advies en begeleiding aan de (aanstaande) zwangere, haar partner en aan haar kind vóór en tijdens de zwangerschap én na de bevalling. Voert medische controles uit en overlegt waar nodig met hulpverleners in het ziekenhuis, bijvoorbeeld de gynaecoloog

Jeugdhulp	
Jeugd- en opvoedhulp	Begeleiding en behandeling van licht tot matig-ernstige problematiek bij kinderen en hun gezinnen.
Residentiële jeugdhulp (o.a. jeugzorgplus, gezinshuizen, leef- en behandelgroepen)	Begeleiding en behandeling van licht tot matig-ernstige en complexe problematiek bij kinderen en hun gezinnen.
Jeugdbescherming	Onderzoek en advies bij meldingen, advies en begeleiding, behandeling (in gecertificeerde instelling).
Jeugdreclassering	Onderzoek, toezicht en begeleiding en behandeling bij jongeren die een strafbaar feit hebben gepleegd.
Jeugd-LVB	Extramurale begeleiding en behandeling, kortdurend verblijf, persoonlijke verzorging en vervoer dat samenhangt met begeleiding en behandeling.
Pleegzorg	Begeleiding van kinderen (en hun gezin) die tijdelijk of blijvend niet meer thuis kunnen wonen.
Generalistische-basis-jeugd-ggz (GB GGZ jeugd)	Diagnostiek en behandeling van licht tot matig-ernstige problematiek bij kinderen en hun gezinnen.
Gespecialiseerde jeugd-ggz (S GGZ jeugd) ¹	(Complexe) diagnostiek en behandeling van matig-ernstig tot ernstige problematiek bij kinderen en hun gezinnen. Ambulant, deeltijd en klinisch.

¹ S GGZ jeugd: inclusief kinderarts met aandachtsgebied leer-, gedrag- en ontwikkelingsproblematiek.

Tabel: expertise per setting

3.1.3. Standaarden en vereisten

Voor alle professionals gelden professionele standaarden en vereisten. In de Jeugdwet staat dat jeugdhulpaanbieders verantwoorde hulp moeten verlenen. Deze verplichting is verder uitgewerkt in de norm verantwoorde werktoedeling.

Deze verplichting is verder uitgewerkt in de norm verantwoorde werktoedeling.: Kwaliteitskader jeugd van het programma professionalisering jeugdhulp en jeugdbescherming van het Nederlands Jeugdinstituut. Zie meer informatie.

[Meer informatie](#)

Deze houdt onder andere in dat professionals die werken met kinderen en ouders [SKJ](#) of [BIG](#) geregistreerd dienen te zijn, tenzij aangetoond kan worden dat niet-geregistreerde professionals een bepaalde handeling ook of soms zelfs beter kunnen uitvoeren. In de [generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere](#) wordt verder ingegaan op de norm verantwoorde werktoedeling.

Voor een taakomschrijving van de beroepsgroepen die werkzaam zijn in of verwijzen naar de jeugd-ggz, zie de [Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-ggz](#). De [generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere](#) beschrijft daarnaast ook de leerkracht en wijkteammedewerker.

3.1.4. Routes naar tijdige hulp

Veel kinderen/jongeren met psychische klachten melden zich (meestal met hun ouders) in eerste instantie bij de huisarts of bij het plaatselijke wijkteam of centrum voor jeugd en gezin. Kinderen en ouders kunnen op eigen initiatief contact opnemen of kunnen dat op aansporing of advies doen, bijvoorbeeld door een leerkracht met zorgen over het kind op school. Klachten kunnen ook aan de orde komen of gesignaleerd worden tijdens de contactmomenten van de jeugdgezondheidszorg.

Wanneer ouders of een kind/jongere zich met klachten, of een jeugdhulpverlener zich met zorgen over het kind meldt, dient de eerste hulpverlener (huisarts, wijkteammedewerker of medewerker van de jeugdgezondheidszorg) zich de vraag te stellen: 'Wat maakt dat dit kind en zijn gezin/systeem nu hulp nodig heeft?' Ongeacht het klinische oordeel van hulpverleners over de ernst van de klachten die ouders of kinderen/jongeren melden, dienen zij ouders en kinderen/jongeren die zich melden altijd serieus te nemen.

Om minder mondige mensen en zorgmijders eveneens tijdig jeugdhulp te bieden, dienen hulpverleners zich ook de vraag te stellen: 'Waarom komen deze ouders, met dit kind en in deze situatie, niet met deze klachten bij me?' Deze vraag kan bijvoorbeeld spelen bij leerkrachten die zich zorgen maken om de thuissituatie of de ontwikkeling van een kind of bij wijkteams die outreachend werken. Hulpverleners die ouders behandelen (bijvoorbeeld bij ernstige psychische problemen, drugs- of alcoholverslaving) dienen gebruik te maken van de kindcheck

kindcheck: Kindcheck: Methode waarmee een professional bij zorgen over een volwassen patiënt nagaat of hij de zorg heeft voor minderjarige kinderen en of deze veilig kunnen opgroeien. De kindcheck is onderdeel van de Wet Verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en valt onder de eerste stap van de code: het in kaart brengen van signalen. De problemen van de patiënt kunnen de opvoeding negatief beïnvloeden en kunnen leiden tot schadelijke gevolgen voor de kinderen.

[Meer informatie](#)

en alert te zijn op KOPP-problematiek (zie achtergronddocument [Verdieping: thema KOPP/KVO](#)). De

kindcheck helpt om oudersignalen in beeld te brengen en vergroot de mogelijkheden om kindermishandeling te signaleren. Bij twijfels over de veiligheid van kinderen dienen vervolgens de stappen van de meldcode te worden doorlopen.

Aanbevelingen

- Maak gebruik van de kindcheck indien je als professional medische of psychische hulp verleent aan een ouder.
- Kinderen die hulp nodig hebben, zijn via verschillende wegen te vinden. Soms komen deze gezinnen zelf hulp zoeken, maar heb ook oog voor zorgmijders en lastig bereikbare doelgroepen. Probeer hiervoor samen te werken met instellingen die deze doelgroepen specifieke voorzieningen bieden (bijvoorbeeld streetcornerwork bij zwerfjongeren).

3.1.5. Kernelementen van goede zorg

Kernelementen van goede zorg aan kinderen en jongeren zijn het zoveel mogelijk betrekken van kinderen/jongeren en ouders bij hun behandelingen, o.a. via gezamenlijke besluitvorming, rekening houden met cultuurspecifieke diversiteit en het zorgen voor een goede continuïteit in de zorg. Daarnaast is het belangrijk dat jeugdhulpverleners problemen en klachten bij kinderen benaderen vanuit een ontwikkelingsperspectief en de context waarin in het kind opgroeit. Deze kernelementen zijn van belang ongeacht het stadium van de zorg waarin het kind en zijn gezin zich bevinden. Hieronder worden deze kernelementen toegelicht.

Gezamenlijke besluitvorming

Het is van groot belang dat de hulpverlener of professional het kind/de jongere en zijn ouders gedurende het gehele hulpverleningstraject betreft bij besluiten en hen uitnodigt tot samenwerking. Beslissingen hebben een grote impact op hun leven en daarom horen hun wensen en verwachtingen in de hulpverlening leidend te zijn. Hun ervaringen, hun kijk op de problematiek en de oplossing ervan vormen het uitgangspunt voor de afwegingen die de professional maakt.

Gezamenlijke besluitvorming leidt tot beter geïnformeerde patiënten die vaker tevreden zijn over de hulpverlening. Ook zijn er sterke aanwijzingen dat gezamenlijke besluitvorming leidt tot betere resultaten van de hulpverlening tegen lagere kosten.

Zoveel mogelijk informatie uit richtlijnen die de hulpverlener volgt, wordt met het kind en ouders gedeeld. Het kind/de jongere en zijn ouders moeten antwoord kunnen krijgen op de vragen: wat is er mogelijk aan de hand? Wat zijn de mogelijkheden? Wat zijn de voor- en nadelen van deze mogelijkheden? En wat betekent dat voor mijn situatie? Ook de vragen die de hulpverlener zich stelt (zoals omschreven in de Landelijke samenwerkingsafspraken ggz (LGA) over (tijdelijk) afwachten met hulp inzetten en eventueel overdragen van de hulp naar een andere professional worden besproken met het gezin.

Behandelingsopties worden samen afgewogen en behandeling- en begeleidingskeuzes worden zoveel mogelijk samen gemaakt. Uiteindelijk beslist de patiënt en/of zijn ouders.

Keuzevrijheid

Het kind en diens ouders moeten door de hulpverlener worden gewezen op hun rechten met betrekking tot keuzevrijheid en de mogelijkheid van een second opinion. Een kind kan eventueel ook aangeven dat het graag een vrouwelijke of mannelijke hulpverlener heeft.

Behalve het feit dat ouders en kind/jongere de vrijheid moeten kunnen ervaren dat zij ook hulp kunnen zoeken bij een andere hulpverlener, kan het soms ook beter zijn voor een hulpverlener om een gezin of kind/jongere over te dragen aan een collega, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van andere belangen (het kind is bijvoorbeeld het nichtje van de hulpverlener) of van negatieve gevoelens die de hulp zouden belemmeren.

Weloverwogen samen besluiten

De [Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen](#) over passende hulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming helpt professionals in de brede jeugdhulp samen met ouders en kinderen te beslissen over passende hulp, zodat gezinnen tijdig effectieve hulp krijgen.

Aan hulpverleners biedt de richtlijn handvatten waarmee zij de hulpvraag, wensen en verwachtingen van ouders en hun kind kunnen verhelderen en een samenwerkingsrelatie met hen kunnen aangaan.

In moeilijke situaties waarin emoties de overhand nemen is het voor ouders en kinderen lastiger om rationele en weloverwogen besluiten te maken. In dit geval kan een besluit waar mogelijk in stappen worden genomen of eventueel worden uitgesteld, tenzij de veiligheid van het kind in het geding is. Ook kan een breder netwerk bij deze stappen betrokken worden (belangrijke 'anderen' van het kind en zijn systeem).

Beslissen over hulp en wilsbekwaamheid

Aan kinderen vanaf 12 jaar moet volgens de wet zelf toestemming gevraagd worden voor behandeling of onderzoek. Zij mogen behandeling en onderzoek dus ook weigeren. Zie over geldende leeftijdsgrenzen het achtergronddocument [Verdieping: thema Beslissen over hulp](#).

3.1.6. Cultuurspecifieke diversiteit

De beoordeling van psychische klachten in de kindertijd bij kinderen met een migratie- of andere culturele achtergrond dient op dezelfde wijze te gebeuren als bij kinderen met een Nederlandse achtergrond. Daarbij moet er wel rekening mee gehouden worden dat psychische klachten bij kinderen met een andere culturele achtergrond anders naar buiten kunnen komen. De hulpverlener dient belangstelling en respect te tonen voor behandelingsvormen die deel uitmaken van de betreffende (sub)cultuur en te onderzoeken in hoeverre deze zich laten combineren met methoden die gelden als evidence based practice,

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.

zie ook achtergronddocument [Begrippenlijst](#). Professionals moeten proberen bij alle gezinnen goed aan te sluiten bij hun manier van leven, hun levensovertuigingen en opvoedpatronen, ook als die afwijken van die van de professional en/of van de hoofdstroom in de samenleving. Culturele sensitiviteit vraagt van professionals bovendien oog te hebben voor eventuele:

- taalbarrières (die mogelijk tot sociale en cognitieve ontwikkelingsvertraging hebben geleid);
- gevoelens van angst, schaamte en schuld bij ouders en patiënt;
- andere visie op problematiek en hulp;
- verhoogde kans op drop-out;
- invloed van religie en peergroeps (deze geldt vaak nog sterker dan bij kinderen met een Nederlandse achtergrond);
- voorkeur voor een mannelijke dan wel vrouwelijke hulpverlener;
- plaatsen en wijken (bijvoorbeeld achterstandswijken) waar de eigen kracht van gezinnen versterkt kan worden (in het kader van preventie).

Zie ook de generieke module Diversiteit. De [Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen](#) over passende hulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming behandelt specifieke aandachtspunten bij het werken met migrantengezinnen.

3.1.7. Continuïteit

Continuïteit in de hulpverlening is van groot belang bij de hulp aan kinderen/jongeren en hun ouders. Hier gaat het om drie vormen van continuïteit: van hulpverlener, tussen zorgfasen en tussen de levensfasen.

Continuïteit van hulpverlener

Het is voor kinderen met psychische klachten en hun familie belangrijk dat zij zo min mogelijk wisselen van hulpverlener(s). Dit is van belang voor het kunnen opbouwen van een vertrouwensrelatie met de hulpverlener. Er is bewijs voor een negatief verband tussen het aantal betrokken hulpverleners en het effect van de hulp in het domein van de jeugdzorg.

Bron: Barnhoorn, J., Broeren, S., Distelbrink, M., de Greef, M., van Grieken, A., Hansen, W., Pels, T., Pijnenburg, H. & Raat, H. (2013). Client-, professional- en alliantiefactoren: hun relatie met het effect van zorg voor jeugd. Verkenning van kennis en kennishiaten voor het ZonMw-programma Effectief werken in de jeugdsector. Nijmegen/Rotterdam/Utrecht: HAN, Erasmus MC/Gemeente Rotterdam, Verwey-Jonker Instituut.

De vertrouwensrelatie in een behandeltraject lijkt van belang voor het effect van de hulp maar in welke mate en voor welke trajecten is nog onduidelijk. Een eenmaal opgebouwde vertrouwensrelatie met een hulpverlener is niet zonder meer overdraagbaar. Idealiter zou een kind een vaste hulpverlener moeten kunnen behouden, ook wanneer contracten in de gemeente wisselen of een hulpverlener vertrekt naar een andere organisatie. Wanneer een kind van hulpverlener verandert, is het van belang om continuïteit van zorg te borgen zodat het risico op terug- of uitval laag blijft. Voor concrete acties zie [Continuïteit van levensfase](#).

Ongeacht bij wie zij zich met hun hulpvraag melden, moet de route naar de optimale vorm van hulp voor het kind en gezin zo kort mogelijk zijn. Deze vorm van continuïteit in de jeugdhulp verlangt dat de professional zich bij iedere unieke hulpvraag afvraagt hoe hij optimaal kan doorverwijzen ('op- en afschalen').

op- en afschalen').: Opschalen is het bieden van meer hulp, zwaardere of meer intensieve hulp of zorg. Afschalen betekent het afbouwen van hulp of zorg naar lichtere vormen.

Het is cruciaal om zowel de (grenzen van de) eigen expertise te kennen als de expertises van andere hulpverleners. De professional moet zich bovendien bewust zijn van het risico dat verschillende 'ingangen' van jeugdhulp ten onrechte kunnen leiden tot verschillende indicaties of verwijzingen. Het is belangrijk dat elke hulpverlener indien nodig verwijst naar andere organisaties wanneer daar hulp wordt geboden die nodig is voor het kind (en zijn gezin) en die binnen de eigen organisatie niet geboden kan worden. Dat betekent dat er ook goede samenwerking moet zijn met andere organisaties en men op de hoogte moet zijn van het zorgaanbod.

Continuïteit tussen zorgfasen

Naast continuïteit tussen vormen van jeugdhulp, is er bovendien behoefte aan continuïteit tussen zorgfasen. Wanneer psychische klachten zijn gesignaleerd moet de verwijzing voor diagnostiek zo rimpelloos mogelijk zijn (zo kort mogelijke wachttijden). Hetzelfde geldt voor de eventuele overgang van diagnostische fase naar behandelphase (idealiter gebeurt dit door dezelfde professional en zijn deze fases niet zo strikt gescheiden) en uiteindelijk de overgang naar eventuele fase van nazorg en monitoring. Eventueel, omdat deze fasen soms niet zo strikt gescheiden plaatsvinden en idealiter bij slechts één professional plaatsvinden. Ook als een kind/jongere na zwaardere zorg weer lichtere zorg kan krijgen, zou dit idealiter door dezelfde hulpverlener/professional moeten worden gegeven.

Continuïteit tussen levensfasen

Naast continuïteit tussen zorgfasen en tussen vormen van jeugdhulp, is er tenslotte behoefte aan continuïteit van jeugdhulp tussen de levensfasen van het kind/de jongere met psychische klachten. In het bijzonder de

overgang naar volwassenheid behoeft aandacht. De leeftijdsgrens van 18 jaar, die als overgang van jeugdhulp (gefinancierd door de gemeente) naar volwassenenzorg (gefinancierd door de zorgverzekeraar) geldt, kan (zeer) belemmerend werken voor de continuïteit.

Wanneer duidelijk is dat de jeugdhulp niet afgerond kan worden voordat de jongere 18 jaar wordt, moet tijdig begonnen worden met het organiseren van een soepele overgang naar de hulp voor volwassenen. In de Jeugdwet is opgenomen dat jongeren van 18 tot 23 jaar jeugdhulp kunnen krijgen, en bevat de mogelijkheid tot verlengde jeugdhulp. Dat is bijvoorbeeld het geval als een jongere al jeugdhulp ontvangt en het noodzakelijk is dat deze hulp ook na het 18e levensjaar wordt voortgezet. Daarnaast kan ook de strafrechter beslissen dat de jongere na zijn 18de jeugdhulp moet krijgen.

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. Soms zal er na 18 jaar geen zorg meer nodig zijn, maar dan moet alsnog aandacht besteed worden aan eventuele nazorg. Daarnaast kan altijd overwogen worden om een jongere van 17+ alleen te laten starten bij een organisatie die zowel jeugd als volwassenen behandelt zodat de zorg in elk geval bij dezelfde organisatie kan doorgaan.

In deze fase is het van belang dat hulpverleners ook aandacht besteden aan zaken die een jongere zelf moet gaan regelen zodra hij 18 jaar wordt, zoals een zorgverzekering (met eigen risico), studiefinanciering, het betalen van premies en het regelen van woonruimte.

Niet alleen de overgang van jeugdhulp naar volwassenenzorg is reden tot extra aandacht voor deze leeftijdsgroep. Het is bekend dat dit een kwetsbare levensfase betreft en dat in de periode voor het 25e leeftijdsjaar de meeste psychiatrische stoornissen zich openbaren. Soms treedt een grote vertraging op tussen het moment van het ervaren van klachten, het zoeken van hulp en het vinden van hulp, terwijl de prognose in de adolescentie slechter is (in het geval van internaliserende problematiek) dan bij volwassenen. In de [generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere](#) wordt ook op deze overgang ingegaan.

Aandachtspunten rond continuïteit

Bij alle vormen van continuïteit is het belangrijk om:

- Het kind en zijn gezin voldoende en tijdig in te lichten over de (aankomende) veranderingen.
- Te zorgen voor warme overdracht: denk hierbij aan een overdracht waar de nieuwe hulpverlener aanschuift bij een van de laatste gesprekken met de andere hulpverlener. Ook de hulpverlener die weg gaat, kijken welke collega het best past bij het kind.
- Bij plotseling uitvallen van de hulpverlener, uitleg hierover te geven (het kind en zijn gezin kunnen dan niet tijdig ingelicht worden). Het opnieuw opbouwen van een vertrouwensrelatie met de nieuwe hulpverlener staat dan centraal. Belangrijk is dat de hulpverlener zich bewust is van het feit dat door vertraging kan ontstaan doordat de overdracht extra tijd kost.
- Met ouders en de jongere te bespreken wie de ontwikkeling van het kind/de jongere professioneel blijft volgen. Besproken moet worden welke hulpverlener de verantwoordelijkheid heeft over de effectiviteit van de (jeugd)hulp (regievoering, monitoring, evaluatie en eventueel bijstelling van doelen). Indien ouders voldoende belastbaar zijn, kunnen zij de continuïteit van de hulp voor hun kind in de gaten houden. Ouders of andere naasten zijn meestal de meest constante factor in het leven van kinderen. Dit kan eventueel ook in samenwerking met een aanspreekpunt binnen een wijkteam.
- Een dossier zorgvuldig op te bouwen. Een dossier moet compact en levend zijn. Dit houdt in dat onjuiste oude informatie (bijvoorbeeld een verkeerde DSM-classificatie) hersteld kan worden en oude informatie bij het gezin gecheckt wordt. Een beknopt planmatig overzicht van de levensloop (tijdslijn) eventueel aangevuld met nieuwe gebeurtenissen is helpend wanneer het kind/de jongere al sinds lange tijd in zorg is en een nieuwe hulpverlener het dossier ontvangt. Het gezin heeft de mogelijkheid het dossier zelf te beheren. Het is voor kinderen en hun gezin belangrijk dat zij hun persoonlijke verhaal niet steeds hoeven te herhalen. Wel is het belangrijk dat de hulpverlener een eigen beeld vormt van het kind en gezin.

3.1.8. Perspectieven

Het beoordelen van psychische klachten in de kindertijd kan niet losstaan van de ontwikkeling van het kind en de context waarin het kind zich bevindt. Kernelementen zijn daarom het hanteren van een ontwikkelingsperspectief en een contextperspectief.

Ontwikkelingsperspectief

De ontwikkeling van een kind vindt plaats op meerdere domeinen: de biologische ontwikkeling, sociale ontwikkeling, emotionele ontwikkeling en cognitieve ontwikkeling. Veel ontwikkelingstheorieën gaan uit van een fasenmodel waarin de volgorde van de verschillende ontwikkelingsstadia vastligt. Elke fase bouwt voort op een eerdere fase. Daarmee zijn ze niet onafhankelijk van elkaar maar wel kwalitatief verschillend. De grenzen tussen de verschillende ontwikkelingsfasen zijn niet scherp en overlappen elkaar. Ieder kind doorloopt deze ontwikkelingsfasen in een vaste volgorde, maar het tempo waarin dat gebeurt kan verschillen. Daarnaast kan de ontwikkeling ook variëren per domein, met als gevolg dat een kind op bepaalde vlakken achterloopt op leeftijdsgenoten en op andere vlakken voorloopt.

Bron: Dorelijers, T., Boer, F., Huisman, J., Vermeiren, R. & de Haan, E. (red.) (2006). Leerboek psychiatrie kinderen en adolescenten. Utrecht: De Tijdstroom.

Verhulst, F.C. & Verheij F. (2000). Kinder en jeugdpsychiatrie, onderzoek en diagnostiek. Assen: Koninklijke van Gorcum.

Ontwikkelingstaken

Ontwikkelingstaken zijn de normale uitdagingen voor een kind op een bepaalde leeftijd en worden in een min of meer vaste volgorde doorlopen. Een voorbeeld van een ontwikkelingstaak in de leeftijd van nul tot vijf jaar is het ontwikkelen van taalvaardigheid: het gebruiken en begrijpen van taal. Het niet kunnen volbrengen van een ontwikkelingstaak kan als gevolg hebben dat de latere ontwikkelingstaken niet uitgevoerd kunnen worden, waardoor de ontwikkeling kan stagneren.

Bron: Meij, H., & Ince, D. (2013). De ontwikkeling van kinderen. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

De hulp voor psychische klachten in de kindertijd moet er op gericht zijn dat een kind na een (dreigende) stagnatie in de ontwikkeling, zijn ontwikkelingstaken weer oppakt.

Veel klachten (zoals angsten, druk gedrag, opstandigheid) die in de kindertijd optreden zijn passend bij de ontwikkelingsfase waarin het kind zich bevindt. Het moment, de duur en de intensiteit van problemen kunnen maken dat er al dan niet terecht zorgen optreden. Ook wanneer de klachten gezien kunnen worden als passend bij de ontwikkelingsfase kunnen zij toch heftig en ingrijpend zijn voor kind en ouders en is uitleg altijd zinvol. Bij de beoordeling of klachten als problematisch beschouwd moeten worden, is de vraag of het gedrag het normaal functioneren belemmert belangrijk.

Differentiatie naar ontwikkelingsfase

Bij [Vroege onderkenning en preventie](#), [Diagnostiek](#) en [Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie](#) worden de werkzame factoren, kernelementen van de hulp besproken en waar nodig en/of mogelijk gedifferentieerd per ontwikkelingsfase. De ontwikkelingsfasen dienen overigens niet strikt geïnterpreteerd te worden: de ontwikkelingstaken behorend bij een fase zijn het belangrijkste in die fase, maar geenszins strikt aan die ontwikkelingsfase gebonden. De ontwikkelingstaken bieden aanknopingspunten voor diagnostiek en behandeling in een gegeven ontwikkelingsfase.

Voor kinderen met een (L)VB en/of emotionele ontwikkelingsachterstand kan het zijn dat er naar een andere ontwikkelingsfase dan passend bij de kalenderleeftijd gekeken moet worden.

Indeling

De verschillende ontwikkelingstaken (zie achtergronddocument [Ontwikkelingstaken](#)) worden besproken aan

de hand van de volgende indeling:

- het ongeboren kind (-9 maanden – 0 maanden)
- het jonge kind (0 maanden – 5 jaar)
- schoolgaande kind (5 – 12 jaar)
- vroege adolescent (12 – 16 jaar)
- late adolescent (16 - 23 jaar)

Contextperspectief

De ontwikkeling van een kind staat niet los van zijn omgeving. Het contextperspectief benadert het kind via de verschillende milieus waarin dit kind zich ontwikkelt en opgevoed wordt. Deze module onderscheidt de volgende fysieke milieus waarin stimulans, steun en hulp ingezet kunnen worden:

- thuis (eerste milieu);
- kinderopvang en school (tweede milieu);
- georganiseerde vrijetijdsvoorzieningen (derde milieu).

Verder is er in de publieke ruimte aandacht nodig voor sociale veiligheid en positieve bejegening van kinderen en is er nog een nieuw domein bijgekomen, namelijk de digitale wereld. Dit levert nieuwe vragen en problemen zoals cyberpesten maar ook mogelijkheden zoals eHealth-methodieken en hulpapps.

Sociaal-relatieve omgeving

Parallel kan ook een indeling gemaakt worden op basis van de sociaal-relatieve omgeving. Daarbij ligt de focus op de relaties van het kind met belangrijke personen. In eerste instantie gaat het om het gezin en de rol van het kind hierin en de verschillende interacties tussen de gezinsleden. De samenstelling van het gezin kan hier in vele verschillende vormen aannemen. Steeds meer kinderen groeien op met bijvoorbeeld twee moeders of twee vaders, stiefouders, stiefbroers, stiefzussen, halfbroers en halfzussen. Verder spelen vriendschappen, relatie met leerkrachten en leeftijdsgenoten en andere belangrijke personen een rol. Ook gaat het om de buurt en maatschappij waarin het kind opgroeit, inclusief eventuele achterstand, armoede, huisvesting, werkloosheid en stigma.

3.1.9. Aanbevelingen

- Wees op de hoogte van de kernelementen van goede zorg en benut deze in jouw dagelijks werk:
- Maak gebruik van gezamenlijke besluitvorming
- Heb oog voor cultuurspecifieke diversiteit
- Streef zoveel mogelijk continuïteit na, in hulpverlener, tussen zorgfasen en tussen levensfasen.
- Hanteer altijd het ontwikkelingsperspectief en het contextperspectief wanneer je werkt met kinderen.

3.2. Vroege onderkenning en preventie

De kindertijd is bij uitstek een periode om aandacht te besteden aan preventie en vroege onderkenning van problemen. Van veel voorkomende psychische klachten in de volwassenheid is bekend dat eerste aanwijzingen al aanwezig waren in de kindertijd. De preventie van psychische klachten in de kindertijd kan zelfs al plaatsvinden voordat het kind geboren is; tijdens de zwangerschap kunnen risicofactoren en beschermende factoren al in kaart worden gebracht. De aanwezigheid van een risicofactor is niet direct aanleiding voor verdere ondersteuning maar hoe meer risicofactoren, hoe meer kans op het ontstaan van problemen. De aan- of afwezigheid van beschermende factoren speelt daarnaast een belangrijke rol bij het inschatten van de hulpbehoefte'. Zie achtergronddocument [Beschermende factoren en risicofactoren](#) voor een overzicht van betrokken factoren.

3.2.1. Vormen van preventie naar doelgroepen

Er zijn verschillende vormen van preventie te onderscheiden. Preventie is bijvoorbeeld in te delen naar type maatregel, naar fase in een eventueel ziekteproces en naar doelgroep.

Bron: Berg, van den, M. & Schoemaker, C.G. (2010). Effecten van preventie. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 Van gezond naar beter. RIVM, 2010.

Dat laatste gebeurt in deze paragraaf, zoals internationaal gangbaar is in de jeugdsector.

Bron: Group for the Advancement of Psychiatry, committee on preventive psychiatry (1999).

De vier niveaus waarop preventie naar zorgfase wordt ingezet zijn:

1. Universele preventie richt zich op de algemene bevolking die niet gekenmerkt wordt door een verhoogd risico op psychische klachten. Het doel van universele preventie is bij iedereen de gezondheid te bevorderen en de kans op klachten te verkleinen. Universele preventie vindt o.a. plaats in de jeugdgezondheidszorg door de jeugdarts en de jeugdverpleegkundige: tijdens huisbezoeken, met preventieprogramma's, in peergroepen, tijdens groepsactiviteiten, op het consultatiebureau, op school, bij de Centra voor Jeugd en Gezin of in wijkteams.
2. Selectieve preventie richt zich op groepen met een verhoogd risico op klachten, bijvoorbeeld vluchtelingenkinderen, gezinnen in achterstandswijken, kinderen van ouders met psychische problemen en kinderen van verslaafde ouders, kinderen met ouders in een (v)chtscheiding, kinderen die een traumatische ervaring hebben meegemaakt of kinderen met (vaak) afwezige ouders. O.a. de jeugdgezondheidszorg voert selectieve preventie uit met specifieke preventieprogramma's in bepaalde wijken met verhoogd risico op psychische klachten.
3. Geïndiceerde preventie wordt ingezet als er sprake is van beginnende klachten of wanneer individuele kinderen of gezinnen met een verhoogd risico opgespoord zijn. Het doel van geïndiceerde preventie is stagnatie in de ontwikkeling, en het ontwikkelen van stoornissen te voorkomen.
4. Zorggerelateerde preventie ten slotte richt zich op kinderen en jongeren bij wie er reeds sprake is van een stagnatie in de ontwikkeling en/of een stoornis. Het doel van zorggerelateerde preventie is het verminderen van de lijdensdruk, het voorkomen van verergering van klachten en comorbiditeit.

3.2.2. Signalering

Bij de vroege onderkenning van psychische klachten bij kinderen en jongeren kunnen behalve zichzelf iedereen in hun omgeving en iedereen die betrokken is bij hun gezin een rol spelen. Kinderen/jongeren kunnen zelf klachten uiten. Zij kunnen bijvoorbeeld door een leerkracht met zorgen over het kind op school aangespoord worden contact op te nemen met een huisarts of wijkteam. Professionals dienen er op bedacht te zijn dat sommige kinderen klachten hebben maar deze niet (durven) uiten, of op een andere manier uiten. Posttraumatische-stressklachten blijven bij kinderen met een (L)VB bijvoorbeeld relatief vaak onopgemerkt en daarom onbehandeld.

Bron: Mevissen, L., Didden, R., Korzilius, H., & de Jongh, A. (2016). Assessing posttraumatic stress disorder in children with mild to borderline intellectual disabilities. *European Journal of Psychotraumatology*, 7, 10.

Rol jeugdgezondheidszorg

De contactmomenten bij de jeugdgezondheidszorg bieden gelegenheid tot het opsporen van psychische klachten. Kinderen en jongeren kunnen net als volwassenen psychische klachten presenteren als lichamelijke klachten (zie [generieke module Psychische klachten in de huisartsenpraktijk](#)). Deze somatisering van

psychische spanningen komt relatief veel voor in niet-westerse culturen.

Bron: Bekker, M.H.J., & van Mens-Verhulst, J. (2008). GGZ en diversiteit: prevalentie en zorgkwaliteit. Programmeringstudie in het kader van het ZonMw programma 'Etniciteit en gezondheid'. Den Haag: ZonMw.

Verhaak, P.F., Meijer, S.A., Visser, A.P., & Wolters, G. (2006). Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Family Practice*, 23(4), 414-420.

Ook kinderartsen en psychologen werkzaam op de afdeling medische psychologie van een ziekenhuis een belangrijke rol in de signalering. Overmatig huilen, slecht eten en/of groeien, slaap- en zindelijkheidsproblemen bij jonge kinderen en vermoeidheid, hoofdpijn, buikpijn en algehele malaise bij jongeren kunnen een uiting zijn van stress (in het systeem).

Screening bij 0-5 jarigen

Zorg en preventie lopen dikwijls door elkaar heen in de leeftijdsfase van het jonge kind (0-5 jaar) die gekenmerkt wordt door uiterst snelle ontwikkelingen.

Bron: Rexwinkel, M., Schmeets, M., Pannevis, C. & Derkx, B. (red.) (2011). *Handboek Infant Mental Health. Inleiding in de ouder-kindbehandeling*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

In het document Screening, triage en diagnostiek bij 0-5 jarigen voor leden van de [DAIMH](#), worden voor zowel het ongeboren kind als voor het jonge kind aanknopingspunten genoemd voor de screening op mogelijke problemen. Doel is om vroeg in te schatten of hulp geboden moet worden. Factoren tijdens de zwangerschap zoals stress, angst, middelengebruik en psychiatrische medicatie en onverwerkt trauma kunnen een ongunstige invloed hebben op de emotionele, gedragsmatige en cognitieve ontwikkeling van het (ongeboren) kind. Het verdient daarom aanbeveling voor verloskundigen/huisartsen iedere zwangere vrouw te screenen op psychische klachten, psychosociale problematiek en middelengebruik. Ook na de bevalling moet hier oog voor zijn, bijvoorbeeld op het consultatiebureau.

Voor de andere ontwikkelingsfasen is er geen aparte algemene screening voor handen en zijn preventie en zorg ook beter te scheiden. In achtergronddocument [Preventie](#) worden per ontwikkelingsfase effectieve onderdelen van preventie besproken.

Screening kan plaatsvinden als onderdeel van vroege onderkenning en preventie. Als uit de screening blijkt dat er mogelijk sprake is van psychische klachten, wordt het kind met behulp van triage

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.

(zie achtergronddocument [Begrippenlijst](#)) toegeleid naar de juiste zorg.

3.2.3. Triage

Het begin van goede zorg is een inschatting van de urgentie en het toeleiden naar adequate zorg: triage. Het gaat om de juiste zorg op het juiste moment door de juiste persoon. Het doel van triage is het inzetten van passende (specialistische) hulp voor kinderen/jongeren en gezinnen die dat nodig hebben.

Criteria

De factoren die een rol spelen bij de vraag of verwijzing vanuit een wijkteam, huisarts of

jeugdgezondheidszorg naar een andere partij nodig is worden behandeld in de generieke module Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-GGz. Het bijbehorende stroomschema geeft aan wanneer het kind met psychische klachten welk proces doorloopt bij het vragen om hulp, welke vragen daarbij relevant zijn voor het kind (en zijn gezin) en hulpverlener en besteedt aandacht aan het op- en afschalen van hulp.

Aspecten die van belang zijn voor inschatting welke hulp nodig is zijn onder meer de ernst en complexiteit van de problematiek, het beloop van de klachten, de context, comorbiditeit, lichamelijke gevolgen, risico's op verwaarlozing, kindermishandeling, geweld, suïcide of zelfbeschadiging. Ook sterke kanten of competenties moeten in de triage worden meegenomen. Het goed inschatten en afwegen van alle relevante factoren binnen een gezin moet het mogelijk maken om te beslissen welke intensiteit van hulp nodig is.

Contextperspectief

Met betrekking tot de context moet er veel aandacht uitgaan naar de opvoedingssituatie, complexe problematiek in het gezin en ook het onderwijs. Niet passend onderwijs kan vele beschadigende gevolgen hebben. Deze factoren bepalen in welk domein het kind het beste kan worden behandeld, maar ook wanneer de behandeling kan worden gestaakt of aangepast.

Uitgangspunt is dat het kind (en zijn naasten) op die plaats wordt behandeld of begeleid die de meest geschikte behandeling/begeleiding kan bieden. Hiertoe is een op de patiënt gericht verwijzadvies nodig dat rekening houdt met:

- de wens van het kind en zijn naasten;
- de competenties in de verschillende domeinen;
- de eventuele behandelvoorgeschiedenis;
- de beschikbaarheid en toegankelijkheid in de regio;
- contextuele factoren aan de kant van de patiënt (zoals motivatie, comorbiditeit, situatie ouders, broers/zussen etc.).

Patiënt en hulpverlener bepalen samen de keuze voor een behandeling/begeleiding.

Risico: onderdiagnostiek

Onderdiagnostiek is een risico van onjuiste triage. Daardoor kunnen problemen onvoldoende onderzocht of belicht worden en kind en ouders ten onrechte te lang blijven hangen in lichte vormen van hulpverlening. Voldoende ervaring en kennis en consultatiemogelijkheden vormen hier een bescherming tegen. Met de juiste toepassing van triage kan effectieve, efficiënte, veilige en tijdige zorg worden gerealiseerd binnen beschikbare tijd en capaciteit volgens het uitgangspunt van matched care. Voor ouders en kind/jongere is een goede toepassing van triage van groot belang. Zo krijgen zij op tijd de juiste hulp toegewezen en verergeren problemen niet onnodig. Kinderen zijn kwetsbaar in hun ontwikkeling en lang verstoken blijven van hulp kan tot ernstige problemen in de volwassenheid leiden.

Voor goede triage is de juiste expertise een voorwaarde

De juiste expertise moet aanwezig zijn om te kunnen bepalen welke hulp kinderen en hun ouders nodig hebben en om te herkennen wanneer de kennis van anderen daarvoor ingezet moet worden. Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid dat kinderen en hun ouders zo snel mogelijk de best passende hulp krijgen: licht waar mogelijk en zwaar waar nodig.

Situaties voor directe doorverwijzing

In acute crisissituaties is directe doorverwijzing naar de gespecialiseerde jeugdhulp noodzakelijk. Dit kan ook plaatsvinden in situaties waarin er evident sprake is van psychische problematiek waarvoor gespecialiseerde jeugd-ggz nodig zal zijn. Het vertonen van ernstige beperkingen of lijden is hierbij bepalend. Dergelijke situaties zijn onder andere suïcidaliteit of neigingen anderen iets aan te doen, psychotische kenmerken, ernstige depressiviteit en beperkende dwangmatigheid. Zie ook het achtergronddocument [Verdieping: thema Spoedeisende psychiatrie en situaties](#).

Verwijzers

Volgens de Jeugdwet mogen de volgende partijen verwijzen naar de jeugd-ggz en de gespecialiseerde jeugdhulp: wijkteams, jeugdartsen, huisartsen - en indien aanwezig in de huisartsenpraktijk de POH-GGZ (praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz) voor kind en jeugd - en medisch specialisten (kinderartsen, kinderen jeugdpsychiaters). Alle genoemde beroepsgroepen zijn [BIG geregistreerd](#), met uitzondering van sommige wijkteammedewerkers. De functie POH-GGZ is geen BIG geregistreerde functie; wel kan een POH een BIG geregistreerd beroep hebben. Het is zeer belangrijk dat er ook bij het wijkteam medewerkers met veel ervaring met en kennis over psychische klachten bij kinderen verantwoordelijk zijn voor de triage.

Aanbevelingen

- Zorg dat er in de regio afspraken zijn over screening op psychische problemen bij zwangere vrouwen en jonge moeders, bijvoorbeeld door de verloskundige of het consultatiebureau.
- Zorg dat de juiste expertise en ervaring aanwezig is om te kunnen bepalen welke hulp kinderen en hun ouders nodig hebben.

3.3. Diagnostiek

Na het signaleren van psychische klachten volgt indien nodig, en in samenspraak met kind en ouders, een brede fase van diagnostiek.

Wanneer er in dit proces een sterk vermoeden is/ontstaat van een bepaalde stoornis wordt de hulpverlener voor de diagnostiek verwezen naar de stoornisspecifieke zorgstandaard. Voor de diagnostiek van bepaalde klachten staan in de verschillende richtlijnen aangegeven ([website van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie](#)) welke standaard en welke optionele diagnostiek moet gebeuren. In deze generieke module worden alleen algemene onderdelen en aspecten van de diagnostiek besproken.

3.3.1. Door wie en waar?

Diagnostiek wordt uitgevoerd door daarvoor gekwalificeerde professionals ([BIG](#)- of [SKJ](#)- geregistreerd) en kan plaatsvinden binnen meerdere settingen, waaronder de huisartsenzorg, de generalistische basis ggz, de gespecialiseerde ggz en het wijkteam. In de laatstgenoemde setting kan diagnostiek alleen plaatsvinden indien de professionals ervoor gekwalificeerd zijn.

De jeugdgezondheidszorg kan door middel van het uitwisselen van de gegevens die hier al vanaf de geboorte van het kind wordt verzameld met betrekking tot de lichamelijke, psychische, sociale en cognitieve ontwikkeling bijdragen aan de diagnostiek. Een kinderarts kan daarnaast o.a. diagnostiek uitvoeren op het vlak van ontwikkelingsachterstand (zowel motorisch, geestelijk als sociaal).

3.3.2. Bevoegdheid en bekwaamheid

Bij de toedeling van taken (in dit geval de uitvoering van diagnostiek) wordt steeds rekening gehouden met de specifieke kennis en vaardigheden van de geregistreerde professional én de vraag of problematiek van het kind/gezin. Binnen beide beroepsregistraties (BIG en SKJ) zijn professionals met vele verschillende opleidingen en achtergronden actief. Dat betekent dat naast de bevoegdheid ook gekeken moet worden naar de bekwaamheid van de professional. Het gebruik van tests, vragenlijsten, interviews etc. vraagt kennis en vaardigheden van de professional. De professional moet bevoegd en geschoold zijn in het afnemen en interpreteren van deze tests.

De professional moet bevoegd en geschoold zijn in het afnemen en interpreteren van deze tests.: Zie de generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere voor de wijze waarop jeugdhulpaanbieders

volgens de Jeugdwet werk moeten toewijzen aan professionals (de norm verantwoorde werktoedeling) en de generieke module Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-ggz voor consultatie, verwijzing en verwijsafspraken.

3.3.3. Achtergrond van diagnostiek

Diagnostiek als verdiepend proces

Bij psychische klachten in de kindertijd is diagnostiek nadrukkelijk bedoeld als verdiepend proces. Het doel is om zo helder mogelijk zicht te krijgen op de componenten die (mede) debet zijn aan de klachten zodat de behandeling hier zo goed mogelijk op kan aansluiten. Diagnostiek vormt een onderdeel van de gezamenlijke besluitvorming (wat is het probleem en hoe is het gekomen?). Als eerste stap zal de hulpverlener met ouders en kind in kaart moeten brengen wat de klachten zijn, wat de hulpvraag is en wat de (eventueel onderliggende) problematiek zou kunnen zijn. Goede diagnostiek begint bovendien met een gezamenlijk gesprek om de vraag en de verwachtingen te verhelderen. Ook moet er altijd geluisterd worden naar het kind, in plaats van alleen praten over het kind.

Diagnostiek geen doel op zich, maar middel

Diagnostiek is geen doel op zich en moet altijd in het teken staan van de vraag van kind en ouders. Het doel is daarbij tot een verklaring te komen voor de problemen en vervolgens gezamenlijk te beslissen over behandeling of het afzien daarvan en een interventie te beperken tot ondersteuning zodat het kind/de jongere verder kan met zijn ontwikkeling. Een classificatie, 'het stempel', is niet het (eind)doel van diagnostiek, maar kan er wel een deel van uitmaken. De zorgbehoefte van een kind en diens omgeving wordt bepaald door de lijdensdruk, het functioneren op school en thuis, sociaaleconomische factoren en de veerkracht van de omgeving. De lijdensdruk en het disfunctioneren volgen niet automatisch uit het voldoen aan een minimaal aantal symptomen voor de classificatie van een DSM-stoornis.

3.3.4. Vormen en middelen van diagnostiek

Bij handelingsgerichte diagnostiek worden vijf fasen (intake, strategie, onderzoek, indicatie, advies) doorlopen.

Bron: Vlierberghe, L. van, Hamers, P. & Breat, C. (2014). Handelingsgerichte diagnostiek. In: Breat, C. & Bögels, S. (2014). Protocolaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten 1. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Deze systematische aanpak concretiseert het diagnostisch proces in heldere stappen en biedt aanwijzingen voor besluitvorming. Het kan zijn dat een hulpverlener tijdens de indicatie- of behandelingsfase opmerkt dat andere problematiek op de voorgrond komt en dat opnieuw onderzoek en indicatie en advies moet volgen. Diagnostiek is een circulair proces en stopt niet tijdens behandeling.

Ook is in de praktijk vaak sprake van procesdiagnostiek: er wordt gestart met begeleiding/behandeling en tijdens het proces is ruimte voor verdere diagnostiek. Het kan ook zijn dat de diagnose na een periode bijgesteld moet worden.

Brede diagnostiek

Met brede diagnostiek wordt bedoeld dat zoveel mogelijk relevante factoren worden onderzocht. In deze diagnostische fase moet informatie ingewonnen worden bij en over de ouders, het kind, de omgeving en de relaties daartussen. Gedragingen en gerapporteerde klachten van kinderen en jongeren kunnen sterk variëren per milieu waarin het kind/de jongere zich bevindt en afhankelijk zijn van eisen die worden gesteld. Daarom is het nodig informatie in te winnen bij verschillende informanten die het kind/de jongere in verschillende situaties

zien om te bepalen of het gedrag van een kind/jongere als problematisch gezien moet worden.

Observatie

Bij jongere kinderen is een gestandaardiseerde observatie, met of zonder ouders, een belangrijke bron voor informatie. De observatie kan plaatsvinden tijdens een huisbezoek, maar kan ook plaatsvinden op een kinderdagverblijf, peuterspeelzaal of op school. Hulpverleners dienen in het bijzonder te letten op mogelijke internaliserende klachten bij kinderen; deze worden makkelijker over het hoofd gezien dan externaliserende klachten. In de beoordeling van psychische klachten in de kindertijd dient de hulpverlener ook aandacht te besteden aan diversiteitskenmerken, waaronder het geslacht van het kind (zie achtergronddocument [Verdieping: thema Sekseverschillen](#)).

3.3.5. Contextinformatie

Gegevens over functioneren op school, zowel vanuit kind en ouders als vanuit de school gezien, is belangrijke informatie en het verdient aanbeveling, indien daar toestemming voor is, informatie in te winnen bij de school. Deze aanbeveling wordt ook gegeven in de [Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen](#) over passende hulp.

Invloed van leeftijd en ontwikkelingsniveau

Om te bepalen of het gedrag van een kind/jongere als problematisch gezien moet worden, moet rekening gehouden worden met de leeftijd en het ontwikkelingsniveau. Veel gedrag dat op een bepaalde leeftijd als ontwikkelingsadequaat wordt beschouwd, wordt problematisch als een kind ouder is.

Mogelijke KOPP-problematiek

Belangrijke informatie die in de diagnostische fase naar voren kan komen is psychische problematiek bij de ouders in het kader van eventuele KOPP-problematiek (zie hiervoor de [Richtlijn Kinderen van Ouders met Psychische Problemen/KOPP](#)). In de DSM-5

Bron: American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorder (5th ed.). Washington, DC: Author.

is geen aparte code meer voor KOPP-problematiek. Kinderen kunnen zich opwerpen als bliksemafleider voor de problemen van de ouders en problematisch gedrag ontwikkelen waardoor de aandacht van de hulpverlener bij het kind komt te liggen. De onderliggende problematiek van de ouders dreigt dan onbehandeld te blijven. Dit geldt ook voor relatieproblemen van ouders en andere niet-psychiatrische problematiek.

Overige contextgerelateerde problematiek

Ook andere contextgerelateerde problematiek zoals pesten en ernstige beschadiging van het kind vanwege niet passend onderwijs verdient aandacht.

Zie ook de [Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen](#) over passende hulp, voor het belang van in kaart brengen van de context en het gezin waarin het kind opgroeit.

Samenhang met lichamelijke aandoeningen

Sommige psychische verschijnselen of klachten kunnen ook het gevolg zijn van lichamelijke aandoeningen. Bekijk voor meer informatie het [protocol Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten \(SOLK\)](#).

3.3.6. Hypothesen opstellen en beoordelen wat nodig is

Minimale gestructureerde inventarisatie

Ongeacht de setting waar de diagnostiek plaatsvindt, moet er minimaal een inventarisatie gemaakt worden door de hulpverlener van de punten genoemd in [tabel Diagnostisch interview](#) hieronder. Als dit niet gebeurt, kunnen belangrijke punten worden gemist, wat kan leiden tot onvoldoende effecten van hulpverlening omdat deze niet goed afgestemd is en tot verslechtering van functioneren van kind (en gezin).

In alle ontwikkelingsfasen behalve bij het ongeboren kind kan de volgende diagnostiek van belang zijn:

- Kinderpsychiatrisch onderzoek
- (Neuro)psychologisch onderzoek
- Intelligentieonderzoek
- Onderzoek naar het sociaal-emotioneel functioneren
- Taal-spraak onderzoek (logopedisch onderzoek)
- Motorisch onderzoek (fysiotherapeutisch onderzoek, ergotherapeutisch onderzoek, e.d.)
- Lichamelijk onderzoek en zo nodig (klinisch) genetisch onderzoek
- Classificatie gebeurt via: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) en bij kinderen tot 5 jaar via de Diagnostic classification of mental health and developmental disorders in infancy and early childhood, DC: 0-5TM.

Beoordeling

Na het opstellen van onderkennende en verklarende of veranderingsgerichte hypothesen over het ontstaan en in stand houden van de problematiek, moet worden beoordeeld wat er nodig is. Ook hier moet aandacht zijn voor gezamenlijke besluitvorming: het kind/de jongere en zijn gezin moeten bepalen wat ze willen veranderen en bereiken en wat daarvoor nodig is. In eerste instantie moet de professional ook aangeven dat er gewerkt moet worden aan de meest invaliderende klachten. Bijvoorbeeld nachtmerries en niet slapen staan aan het begin van veel meer problemen, dus daarmee zou begonnen moeten worden. De inschatting van de prioriteit moet door een deskundig professional gebeuren.

Het kan zijn dat er meteen een behandeling moet worden ingezet, wanneer duidelijk is waar de problematiek mee te maken heeft en wanneer de ernst dit vereist. Ook kan blijken dat er verdere diagnostiek vereist is. Soms kan expectatief beleid worden gevoerd, dat wil zeggen dat er niet meteen verdere diagnostiek of behandeling wordt ingezet maar wordt afgewacht.

3.3.7. Tabel: Diagnostisch interview

Gebaseerd op Verhulst & Verheij, 2000

Kind	Ouders/gezin
Hier wordt een leidraad beschreven voor een klinisch interview. Er zijn drie componenten: 1. Vraaggesprek: levert informatie van het kind op. 2. Geven van opdrachten en stellen van projectievragen. 3. Observatiegegevens. Onderwerpen waaraan gedacht kan worden bij het vraaggesprek, zijn: school, vrienden, hobby's en andere activiteiten, gezin, angsten, zorgen, zelfbeeld, stemming, lichamelijke klachten, traumata en psychosociale stressoren of agressie en antisociaal gedrag. Bij jongeren kan worden gevraagd naar alcohol, drugs en seksualiteit. Bij kinderen kun je, afhankelijk van hun leeftijd en concentratievermogen, vrij spel of fantasiespel inzetten tijdens het vraaggesprek. Bij de jongeren is het van belang dat de clinicus laat merken dat hij niet alleen geïnteresseerd is in feiten, maar ook in wensen, fantasieën en idealen. Wat betreft opdrachten en projectievragen kan je denken aan taken voor grove- en fijne motoriek, lichaamsbesef, tekenen, spel, rekenen en taal. Voorbeelden van projectievragen zijn de drie-wensenvraag, de geldvraag, de onbewoond-eilandvraag, de diervraag, de leeftijdsvraag, de toekomstvraag, de zelfbeeldvraag en de almachtvraag.	• Klachtenanamnese (kennis van pathologie van belang) Welke aanmeldingsklachten zijn er? Wat is de gewenste verandering? Wat is de aanleiding tot aanmelding? Hoe ernstig is het probleemgedrag voor de ontwikkeling? Is het gedrag situatieafhankelijk? Wat is het tijdsverloop van het probleemgedrag? Wat zien ouders als de oorzaak van het gedrag? Welke pogingen hebben ouders al ondernomen om het gedrag te verminderen? Wat is hun toekomstverwachting van het gedrag? Is er al ervaring met hulpverleners? • Ontwikkelingsanamnese (let op ontwikkelingsremmende en ontwikkelingsbevorderende factoren) In ieder geval wordt aan beide ouders de ontwikkeling van het kind nagevraagd. Iedere ouder kan andere aspecten benadrukken. Verder wordt informatie ingewonnen over zwangerschap en geboorte, de eerste levensmaanden, psychomotorische ontwikkeling, voedingsanamnese, slaapanamnese, taal-spraakontwikkeling, zindelijkheidstraining, hechting en separaties, contact met broers/zussen/leeftijdgenoten, schoolverloop, potentiële ontwikkelingsinterfererende gebeurtenissen, adoptie/pleegkind.

Tijdens het interview kan de diagnosticus observeren. Na het interview moeten de observaties zo snel mogelijk opgeschreven worden. Het beste kan dit op een gestandaardiseerde manier gedaan worden. Je kunt bijvoorbeeld kijken naar algemene aspecten als uiterlijk, bewustzijn en oriëntatie of lichamelijke klachten. Verder kan je kijken naar:

- Motorische aspecten (fijne en grove motoriek).
- Zintuigen (functies, oog-hand-coördinatie, stoornissen).
- Prestatieniveau en denken (spraak, taal, denken, kennis).
- Activiteit, aandacht, impulsiviteit en frustratietolerantie.
- Contact (kwaliteit, oogcontact, contact met ouders).
- Stemming en affect.
- Gedrag algemeen (agressie, seksueel, repetitieve handelingen, gewoonten).
- Gewetensfunctie.
- Spel (thema's, niveau).

Als het kind samen met ouder(s) gezien is, kun je informatie hebben over de interactie tussen kind en ouder(s).

- Huidig functioneren van het kind of de jongere
Lichamelijk welbevinden/motorisch functioneren/zintuigelijke functies, aandacht en concentratie, taal/spraak, intelligentie/denken, school, eet- en slaapgedrag, relatie tot ouders/overige gezinsleden, relatie tot leeftijdgenoten, stemming/angst, spel/fantasieleven/hobby's, seksuele ontwikkeling, norm- en waardebesef, specifieke gedragingen.
- Gezinsanamnese
De gezinsanamnese kan begonnen worden met een gezinsdiagram waarbij men kijkt naar onderlinge relaties, leeftijden, geslacht en specifieke kenmerken. Verder zal een diagnosticus vragen naar affectief en pedagogisch klimaat (welke ouderschapsstijl), psychisch/lichamelijk functioneren van broers en zussen, zorgen/stressfactoren, aanvullende opvang kinderen.
- Persoonlijke anamnese van de ouders
Het persoonlijk functioneren van ouders kan het affectief-pedagogische klimaat en de ouder-kindrelatie beïnvloeden. Daarom kijkt een diagnosticus naar de persoonlijke voorgeschiedenis van ouders, hun huidige functioneren, beschikbare steun in het netwerk van ouders en de kwaliteit van de ouderrelatie.

3.3.8. Aandachtspunten per leeftijdsfase voor de diagnostiek

De hier besproken aandachtspunten kunnen nooit het professionele oordeel van de hulpverlener vervangen, maar bieden algemene handvatten. Daarnaast kan de hulpverlener, afhankelijk van de problematiek, gebruik maken van vragenlijsten, gestructureerde interviews en/of specifieke onderzoeken of testen.

De leeftijdsfases zijn:

- Het ongeboren kind -9 maanden – 0 jaar
- Het jonge kind 0-5 jaar
- Het schoolgaande kind 5-12 jaar
- Vroege adolescent 12-16 jaar
- Late adolescent 16-23 jaar

3.3.9. Het ongeboren kind -9 maanden – 0 jaar

Tijdens contacten met een gynaecoloog en verloskundige kan screening plaatsvinden (zie [Vroege onderkenning en preventie](#)). Daarbij is aandacht nodig voor stressoren tijdens zwangerschap bij zwangere of

in het gezin.

De zwangere moet toestemming voor de screening geven.

3.3.10. Het jonge kind 0-5 jaar

Diagnostiek bij het jonge kind vereist specifieke kennis en vaardigheden (scholing in Infant Mental Health, IMH) en moet altijd in het perspectief staan van de snelle ontwikkeling en interactie met de omgeving en moet multidimensioneel zijn.

Bron: Verhulst, F.C. & Verheij F. (2000). Kinder en jeugdpsychiatrie, onderzoek en diagnostiek. Assen: Koninklijke van Gorcum.

Onderdeel van het beleid van de [DAIMH \(Dutch Association for Infant Mental Health\)](#) is het inventariseren en implementeren van geschikte vragenlijsten en instrumenten voor de diagnostiek bij het jonge kind. In de diagnostiek bij jonge kinderen kan er zowel naar het kind geluisterd worden, als wel met het kind worden gespeeld ter observatie. Aangeraden wordt verschillende bronnen (ouders, en andere verzorgers) en verschillende methoden te gebruiken. Daarbij speelt ook de opvoeder-kindrelatie een belangrijke rol in de ontwikkeling en de eventuele problematiek.

Daarnaast kan het bij baby's en peuters bij allerlei klachten zinvol zijn om na te gaan of het ontwikkelingsverloop op het gebied van de grove en fijne motoriek, verstandelijke ontwikkeling, taalbegrip en taalexpressie, past bij de leeftijd van het kind zodat er bijtijds extra stimulatie kan worden ingezet, waar nodig. Ook de indruk van de ouders van het ontwikkelingsniveau van baby's, peuters en kleuters is van belang en dit kan gestandaardiseerd worden onderzocht. Informatie vanuit de jeugdgezondheidszorg kan hier in zeer bruikbaar zijn. De jeugdgezondheidszorg volgt de ontwikkeling van jonge kinderen intensief. Diagnostiek bij het jonge kind vraagt om een multidisciplinaire samenwerking van diverse professionals met specifieke expertise op het gebied van jonge kinderen.

- Zie ook het onderdeel Diagnostiek in het kennisdossier GGZ 0-6 jarigen van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie.
- Zie ook de Richtlijn Problematische gehechtheid. Deze richtlijn bevat een Zorg bij psychische klachten in de kindertijd over signalering en diagnostiek: vragenlijsten, interviews en observatie. De professional moet voor de afname ervan en voor een correcte interpretatie van de uitkomsten goed op de hoogte zijn van de gehechtheidstheorie en geschoold zijn in diagnostische vaardigheden.
- Zie ook de Richtlijn Psychosociale problemen van de jeugdgezondheidszorg. Deze richtlijn bevat een Zorg bij psychische klachten in de kindertijd over vroegsignalering met een beschrijving van de signaleringsinstrumenten die in Nederland onderzocht zijn op validiteit.
- Context buitenshuis (kinderopvang, peutergroep, kleuterklas basisschool): een kindvolgsysteem kan extra informatie leveren.

3.3.11. Het schoolgaande kind 5-12 jaar

School

- Bij problemen op school heeft situatiediagnostiek de voorkeur: zowel de kindfactoren als de contextvariabelen worden meegenomen. Op veel scholen en Samenwerkingsverbanden (SWV) wordt handelingsgerichte diagnostiek gevoerd.
- Informatie van de leerkracht en eventuele orthopedagoog of schoolpsycholoog en informatie uit sociaal-emotionele volgsystemen kan worden opgevraagd.
- In het kader van passend onderwijs heeft elk regionaal samenwerkingsverband van scholen een aanbod voor leerlingen die extra ondersteuning nodig hebben. Dit is vastgelegd in hun ondersteuningsplan. Elke individuele school biedt, samenhangend met dat regionale ondersteuningsplan, een aanbod voor leerlingen

met die extra ondersteuning nodig hebben. Voor leerlingen die extra ondersteuning nodig (daarbij kan het gaan om alle vraagstukken die leiden tot leerproblemen en/of tot het sociaal welbevinden van de leerling, zijn klasgenoten of de leerkracht) hebben is een school verplicht om een ontwikkelingsperspectief (OPP) op te stellen. Het kan zijn dat zo'n ontwikkelingsperspectief de aanleiding is om een leerling een individueel arrangement aan te bieden. Zo'n arrangement kan door een individuele school, een samenwerkingsverband of ketenpartners worden geboden.

- Let op LVB-problematiek en denk aan intelligentieonderzoek.

3.3.12. Vroege adolescent 12-16 jaar

Persoonlijk

- Aandacht voor intra persoonlijke problematiek: draagkracht/kwetsbaarheid opvoedsysteem, gesprek met 'oprechte nieuwsgierigheid' met de adolescent zonder te problematiseren maar gericht op begrip van diens standpunt en beleving.

Thuis

- Eventuele gezinsproblematiek inventariseren middels een gezinsgesprek.

School

- Vraag informatie op bij de zorgcoördinator en/of mentor
- Indien aanwezig: vraag informatie van orthopedagoog of schoolpsycholoog
- Op veel scholen en SWV wordt handelingsgerichte diagnostiek gevoerd
- Aandacht voor interpersoonlijke problematiek: zicht op de sociale context qua peergroups op school

Vrije tijd

- Aandacht voor interpersoonlijke problematiek: peergroups (online en 'live')

3.3.13. Late adolescent 16-23 jaar

Thuis

- Zie 12-16 jaar: waarbij de context van familie bij 12-16 belangrijker is dan peergroups, is dat in deze fase andersom (eigen milieu van de jongere wordt alsmaar belangrijker).

School

- Vraag informatie op bij zorgcoördinator
- Indien aanwezig: vraag informatie van orthopedagoog

3.4. Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie

Na een fase van diagnostiek volgt een fase van behandeling, begeleiding en terugvalpreventie. Kinderen en/of hun ouders kunnen door veel verschillende hulpverleners, geregistreerd in het [BIG-register](#) of [SKJ Kwaliteitsregister Jeugd](#) begeleid en behandeld worden in verschillende settings. Wanneer in de diagnostische fase wordt vastgesteld dat er sprake is van een stoornis wordt niet volstaan met de algemene werkzame factoren in de behandeling zoals in deze module beschreven. Voor het handelen wordt verwezen naar de stoornisspecifieke zorgstandaarden en specifieke richtlijnen per beroepsgroep.

3.4.1. Uitgangspunten bij behandeling en begeleiding

Psycho-educatie

Iedere behandeling moet starten met gedegen uitleg over de stoornis, de gevolgen ervan en de mogelijke behandelingen en hoe er ondersteund kan worden. Psycho-educatie voor ouders en kind zou altijd de start moeten zijn van de behandeling.

Evidence based practice

- In de behandeling is evidence based practice een belangrijk algemeen uitgangspunt. Evidence based werken heeft niet alleen betrekking op 'doen wat werkt' maar is ook relevant in het kader van doelmatige zorg. Los van de vraag of we iets kunnen behandelen, moet de vraag ook zijn of we iets moeten behandelen. Ook de vraag hoe lang we iets moeten blijven behandelen is hierbij cruciaal. Het tijdig stoppen met behandelen en begeleiden kan het vertrouwen in eigen kunnen alsmede de veerkracht van het kind/de jongere en/of zijn ouders vergroten. Jeugdhulpverleners wordt geadviseerd hierover in gesprek te gaan met het gezin.

Relatie tussen patiënt en behandelaar

Een andere belangrijk algemene factor die van invloed is op de behandeling is de relatie tussen patiënt en behandelaar. In de jeugd-ggz is sterk bewijs voor de relevantie van deze factor voor het behandelingseffect. Het is essentieel dat het perspectief van het kind en zijn ouders wordt meegenomen in de behandeling. Inbreng van het kind en ouders heeft vaak een positieve invloed op de behandeling.

Het gedrag van het kind/de jongere blijkt de relatie met de hulpverlener sterk te beïnvloeden gedurende de behandeling. Ook leidt een goede relatie tussen kind en hulpverlener vaak tot een betere samenwerking met de ouder(s). Dit is geldig voor iedere vorm van hulpverlening, ook buiten de jeugd-ggz.

3.4.2. Interventies

In de [databank effectieve jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut](#) zijn goed onderbouwde en effectieve jeugdinterventies opgenomen, maar niet alle werkzame interventies staan in de databank. Belangrijk is om zoveel mogelijk gebruik te maken van (onderzochte) werkzame factoren in de behandeling. Bij angstklachten is dat bijvoorbeeld vaak een vorm van exposure en van relaxatie. De databank bevat naast stoornisspecifieke en klachtspecifieke behandelprotocollen ook interventies voor transdiagnostische problematiek, zoals pesten en schooluitval. Niet al deze interventies zijn echter in alle regio's voorhanden. Samen met ouders en kind moet de professional dus op zoek gaan naar de juiste/passende zorg. In deze keuze voor de best passende zorg wordt er een voorkeur gegeven aan ambulante behandeling en begeleiding boven een (klinische) opname. Een opname is in alle gevallen voor de betrokkenen een ingrijpende situatie.

3.4.3. Aandachtspunten voor behandeling per ontwikkelingsfase

Algemeen

Bij jonge kinderen loopt de behandeling vaker via de ouders. Hoe ouder kinderen worden, hoe vaker zij zelf actief onderdeel uitmaken van behandeling. Vanaf ontwikkelingsfase 'het jonge kind' kan individuele of groepsbehandeling voor het kind ingezet worden. Zie de generieke module Psychotherapie voor een overzicht van verschillende therapiestromingen en gebieden, zoals (cognitieve) gedragstherapie en psychodynamische therapie, en de [generieke module Vaktherapie](#) voor meer informatie over de diverse vormen van vaktherapie. Daarnaast kan in alle ontwikkelingsfasen ouderbegeleiding/ouderondersteuning ingezet worden. Vaak is deze ondersteuning gericht op ouders van kinderen in de basisschoolleeftijd. Ouders kunnen daarbij ondersteuning krijgen in hoe zij, in de vaak moeilijke situatie, hun kind opvoeden.

Ongeboren kind

Bij ongeboren kinderen is er aandacht voor de psychische gezondheid van de zwangere en haar naasten van belang. Angstreductiebehandeling voor de zwangere is bijvoorbeeld van invloed op de stress van de zwangere en daarmee op het kind. Aandacht voor prenatale hechting is van belang. Daarnaast kunnen beide (aanstaande) ouders ondersteund worden in de voorbereiding op het ouderschap.

Het jonge kind 0-5 jaar

Bij de behandeling van jonge kinderen spelen de ouders een belangrijke en actieve rol. De opvoeder-kindrelatie speelt een belangrijke rol in de behandeling. Er zijn verschillende mogelijkheden voor ouderbegeleiding/behandeling, ouder-kindbehandeling, naast individuele behandeling, groepsbehandeling en dagbehandeling. Infant Mental Health is het vakgebied binnen de ggz dat zich met het welzijn van zeer jonge kinderen en hun ouders bezighoudt.

Het schoolgaande kind 5-12 jaar

- Vanaf de schoolleeftijd tot en met de late adolescentie is de schoolsituatie een belangrijke plek. Het kan belangrijk zijn om ook de leerkracht te betrekken bij de hulp, bijvoorbeeld door op dezelfde manier gewenst gedrag te belonen als thuis, of tips te geven hoe om te gaan met lastig gedrag in de klas.
- In de behandeling spelen ouders een (nog steeds) een belangrijke rol. Bijvoorbeeld bij gedragsproblemen tot een jaar of 12 zijn deze problemen goed te benaderen met een intensieve gedragstherapeutische oudertraining. Ook bij internaliserende klachten spelen ouders een rol, bijvoorbeeld in het ondersteunen, aanmoedigen en het herinneren aan thuisopdrachten die deel uitmaken van de behandeling van het kind.
- Kinderen in deze leeftijdsgroep hebben recht op begrijpelijke informatie over hun gezondheid en ontwikkeling.

Vroege adolescent 12-16 jaar

- Inspraak in de behandeling van de vroege adolescent is belangrijk. Hij dient als zelfstandig individu te worden benaderd met aandacht voor zijn context. Hij mag meebeslissen in de behandeling.
- Aandacht voor seksuele ontwikkeling, o.a. het bespreekbaar maken van nare seksuele ervaringen.
- Open communicatie over gevaren (bijvoorbeeld alcohol, drugs, criminaliteit).
- Er zijn interventies gericht op alcoholmatiging voorhanden voor deze leeftijdsgroep.

Late adolescent 16-23 jaar

- Inspraak in de behandeling van de late adolescent is belangrijk. Hij dient als zelfstandig individu te worden benaderd met aandacht voor zijn context. Hij beslist zelfstandig.
- Aandacht voor seksuele ontwikkeling, o.a. het bespreekbaar maken van nare seksuele ervaringen.
- Aandacht voor zaken als school, toekomst, werk en zelfstandig wonen.
- Open communicatie over gevaren (bijvoorbeeld alcohol, drugs, criminaliteit).
- Er zijn interventies gericht op alcoholmatiging voorhanden voor deze leeftijdsgroep.

3.4.4. Terugvalpreventie

Een belangrijk doel binnen een behandeling is het voorkomen van een herhaling van stagnatie en het leren omgaan met en voorkomen van terugkerende (of nieuwe) klachten. Hiervoor kan ook de omgeving van het kind worden ingezet. Het is ook goed als iemand (bijvoorbeeld vanuit het wijkteam) af en toe contact houdt met het gezin om te kijken hoe het gaat en of het nodig is om bijvoorbeeld wat tips of lichte ondersteuning te geven. Of er kan worden afgesproken dat ouders en/of jongere rechtstreeks contact kunnen opnemen met de behandelaar als er zorgen zijn. Om terugval te vermijden kan bovendien een vervolgspraak gemaakt worden, waarbij geopperd wordt deze drie maanden en zes maanden na het beëindigen van de behandeling en/of begeleiding te laten plaatsvinden.

Tot slot is het belangrijk om met het kind en ouders te bespreken wat verwacht kan worden in een volgende ontwikkelingsfase met nieuwe uitdagingen. Door vooraf te bespreken wat gedaan kan worden in het geval van terugvalsignalen of andere signaleren dat het functioneren niet optimaal is, zijn zowel kind als ouder(s) hier

beter op voorbereid.

Aanbevelingen

- Maak gebruik van evidence based practice
- Begin altijd met psycho-educatie
- Zorg voor een goede relatie en besteed daar aandacht aan.
- Bespreek wat ouders en kind kunnen doen bij het terugkomen van klachten of ontstaan van nieuwe klachten.

3.5. Monitoring

Het regelmatig en systematisch – samen met ouders en kind/jongere - evalueren van de behandeling en ontwikkeling van het kind draagt bij aan de effectiviteit van de zorg en leidt tot een daling van de behandelduur.

Bron: Barnhoorn, J., Broeren, S., Distelbrink, M., de Greef, M., van Grieken, A., Hansen, W., Pels, T., Pijnenburg, H. & Raat, H. (2013). Client-, professional- en alliantiefactoren: hun relatie met het effect van zorg voor jeugd. Verkenning van kennis en kennishiaten voor het ZonMw-programma Effectief werken in de jeugdsector. Nijmegen/Rotterdam/Utrecht: HAN, Erasmus MC/Gemeente Rotterdam, Verwey-Jonker Instituut.

Bovendien leidt het evalueren tot een grotere betrokkenheid van het kind/de jongere en ouders bij het behandelproces. Door regelmatig samen met de hulpverlener de zorg te evalueren kan de behandeling indien nodig worden bijgestuurd en aangepast.

3.5.1. Routine Outcome Monitoring

Als instrument voor het evalueren van de zorg wordt in de jeugdhulp veelal Routine Outcome Monitoring (ROM) toegepast. Hierbij wordt gebruikgemaakt van vragenlijsten om de voortgang op drie verschillende meetdomeinen (klachten en problemen, kwaliteit van leven en functioneren) te meten. Hulpverleners kunnen (naast ROM) ook stoornisspecifieke vragenlijsten gebruiken (bijvoorbeeld een specifieke vragenlijst voor eetstoornis(kenmerken)) voor het systematisch evalueren van de behandeling (om extra inzicht te krijgen in het beloop van de klachten).

Sinds de invoering van de Jeugdwet is in alle jeugdhulpsectoren (een vorm van) systematische evaluatie vereist. De VNG heeft gemeenten wel geadviseerd om ROM op te nemen in hun overeenkomsten met zorgaanbieders. Daarbij moet echter opgemerkt worden dat het op alle niveaus van gebruik van uitkomstgegevens niet alleen gaat om de cijfers, maar vooral om het verhaal erachter. In de [generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere](#) wordt uitgebreider ingegaan op monitoring en kwaliteitseisen aan gemeenten.

3.5.2. Aanbeveling

- Monitor altijd samen met ouders en kind de voortgang van de hulp en de ontwikkeling van het kind. Indien nodig, stuur de aanpak bij.

3.6. Herstel, participatie, re-integratie en langdurige en chronische ggz

Behandeling en begeleiding bij kinderen moet er altijd op gericht zijn dat een kind na stagnatie weer verder kan in ontwikkeling en belangrijke ontwikkelingsstaken kan oppakken. Behandeling is dus altijd gericht op

participatie en herstel. Belangrijke algemeen werkzame elementen voor behandeling en begeleiding staan beschreven in [Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie](#).

3.6.1. Kinderen met ontwikkelingsproblematiek of langdurige of chronische zorgbehoefte

Voor kinderen met ontwikkelingsproblematiek, bijvoorbeeld met autisme, kan de uiting van deze problematiek in verschillende ontwikkelingsfasen verschillen. Ook kan in de ene fase wel opnieuw hulpverlening nodig zijn, en in andere levensfase niet. Kinderen met een langdurige zorgbehoefte (zoals bij autisme, LVB) kunnen ook kortdurende zorg nodig hebben (bijvoorbeeld voor traumaverwerking). Het soepel kunnen schakelen tussen verschillende typen behandeling en begeleiding is belangrijk. Het wordt aanbevolen een aanvraag voor een herindicatie met voorrang te behandelen, zodat een kind makkelijk opnieuw zorg kan krijgen, of een langdurige indicatie af te geven die naar behoefte ingezet kan worden (in overleg met de jeugdhulpverlener).

Niet heldere of onvoldoende aansluiting tussen wetten in de langdurige zorg (zie [Afbakeningskwesties](#)) moeten geen belemmering vormen voor begeleiding en hulp aan kinderen en jongeren met langdurige en chronische zorgbehoefte. Bij deze problematiek is maatwerk en levensbestendige ondersteuning nodig in plaats van de 'normale' resultaatgerichtheid. Dit laatste vormt een bedreiging voor deze doelgroep. Deze kinderen en jongeren zijn het meest gebaat bij een 'doorlopende indicatie'. Hiermee wordt voorkomen dat ze, elke keer als hun situatie verslechtert, een verwijzing moeten aanvragen, dan wel deze moeten 'activeren'. Bovendien worden ze dan niet steeds geconfronteerd met administratieve handelingen en kunnen hulpverleners zonder omwegen doen wat in het belang van het kind nodig is.

3.6.2. Aanbeveling

- Behandel als organisatie/vrijgevestigde/gemeente aanvragen voor herindicaties met voorrang. Zorg dat het aanvragen van herindicaties gemakkelijk kan verlopen.
- Ontwikkel de mogelijkheid tot een doorlopende indicatie.

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. 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 deel 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.

5.2. Verdieping thema's

Als uitbreiding op de kernelementen van goede zorg in [Zorg bij psychische klachten in de kindertijd](#) wordt een aantal onderwerpen behandeld die overstijgend bij de hulp aan kinderen en jongeren van belang (kunnen) zijn. De thema's zijn op basis van consensus in de werkgroep bepaald. De informatie is algemeen en biedt aandachtspunten voor hulpverleners en andere betrokkenen bij het kind of de jongere. Er worden geen specifieke methodieken beschreven, wel wordt verwezen naar specifieke richtlijnen en verdere informatie.

5.2.1. Thema Veiligheid

Wat verstaan we onder veiligheid?

Veiligheid wordt als volgt gedefinieerd: 'Het kind kan structureel rekenen op een volwassene die voorziet in

zijn basale fysieke en emotionele behoefte, die hem beschermt tegen gevaar en die daarin continuïteit en voorspelbaarheid biedt'.

Bron: Berge, I. ten & Bakker, A. (2009). Veilig thuis? Hulp bij het beoordelen en bespreken van veiligheid van kinderen thuis. Utrecht: NIZW Jeugd/Expertisecentrum Kindermishandeling.

Veiligheid verwijst naar verschillende aspecten:

- De aanwezigheid van regelmaat en stabiliteit zoals overzicht, structuur, continuïteit en voorspelbaarheid.
- Lichamelijke en emotionele zorg voor het kind; basale verzorging, acceptatie en bescherming; veilig opvoedingsklimaat en een veilige leef- en woonomgeving.
- Een gevoel van geborgenheid. Dit gevoel van veiligheid is gebaseerd op de relatie met opvoeders en andere gezinsleden.
- De afwezigheid van en bescherming tegen geweld en misbruik.

Daarnaast kent veiligheid verschillende vormen, namelijk:

- Veiligheid van het kind t.a.v. zichzelf (gaat het kind zichzelf iets aandoen; psychische klachten waarbij ze niet veilig zijn in het verkeer en dergelijke).
- Veiligheid van het kind t.a.v. ouders/verzorgers (kindcheck).
- Veiligheid van het kind t.a.v. derden (kindcheck).
- Veiligheid van het kind t.a.v. de ontvangen zorg (adequate zorg die niet schaadt).

Huiselijk geweld en kindermishandeling

In het geval van huiselijk geweld en kindermishandeling (en de veiligheid van het kind in het algemeen) is dat de veiligheid en de ontwikkeling van het kind altijd centraal staan. De veiligheid van kinderen is het belangrijkste uitgangspunt bij een beslissing over de meest geschikte hulp voor een kind of gezin. De hulp bij kindermishandeling richt zich in eerste instantie dan ook op het organiseren van veiligheid voor het kind. Het organiseren van veiligheid is zowel praktisch (maatregelen in en rond het gezin) alsook gericht op oorzaken bij de ouder(s), gezinspatronen en gezinscontext. Daarna volgt het herstel van letsel of schade (psychotrauma, ontwikkelingsachterstand, emotionele problematiek).

Aparte aandacht heeft het zoeken naar de minst schadelijke oplossing voor het kind. Een uithuisplaatsing, bedoeld voor de veiligheid, kan zeer traumatiserend zijn. Ook hier is psycho-educatie en een goede afweging van voor- en nadelen altijd op zijn plaats.

Waarom en hoe er op deze wijze in stappen gewerkt en met ketenpartners samengewerkt kan worden aan herstel van veilige relaties en een veilige ontwikkeling, staat theoretisch onderbouwd en met praktische handvatten en casuïstiek ter illustratie beschreven in het [visiedocument](#). Eerst samenwerken voor veiligheid, dan samenwerken voor risico gestuurde zorg dat in 2016 geschreven is in opdracht van de VNG en de GGD GHOR Nederland.

Verplichte meldcode

Sinds juli 2013 zijn professionals en zorginstellingen verplicht een [meldcode](#) huiselijk geweld en kindermishandeling te hanteren. Dit geldt voor de sectoren: gezondheidszorg, onderwijs, kinderopvang, maatschappelijke ondersteuning, jeugdhulp en justitie. Een belangrijke signaleringsrol is weggelegd voor de huisarts, de Spoed Eisende Hulp (SEH), de kinder- en/of jeugdarts, de praktijkverpleegkundige, de SEH verpleegkundige, de kinderverpleegkundige, de jeugdverpleegkundige en de leerkracht. Zij zien een groot aantal kinderen, vaak op regelmatige basis. Sinds 2011 zijn een screeningsinstrument en een protocol kindermishandeling bij elke huisarts en op elke afdeling SEH verplicht. Scholen zijn verplicht een protocol kindermishandeling te hanteren.

Iedere zorginstelling en zelfstandige professional ontwikkelt een eigen meldcode. In de meldcode moet in ieder geval het volgende worden opgenomen:

- Het in kaart brengen van de signalen
- Overleggen met collega's; het raadplegen van Veilig Thuis
- Gesprek met de betrokkenen
- Het wegen van het huiselijk geweld of de kindermishandeling
- Beslissen over zelf hulp organiseren of melden

De [Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken \(LESA\) Kindermishandeling](#) bevat een aantal afspraken en aanbevelingen voor samenwerking tussen huisartsen, jeugdverpleegkundigen, jeugdartsen, kinderartsen, vertrouwensartsen en [Veilig Thuis](#). De uitgangspunten hierin ten aanzien van de samenwerking rondom veiligheid van het kind:

1. Meldcode: wettelijke verplichting om een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling te hanteren, bijvoorbeeld de KNMG- of V&VN-meldcode
2. Kindcheck: Bij volwassen patiënten wordt onderzocht of door diens medische conditie of omstandigheden een risico bestaat op kindermishandeling. Indien hier sprake van is, dan worden de opeenvolgende stappen van de KNMG-meldcode gezet
3. Beroepsgeheim: Bij (een vermoeden van) kindermishandeling staat de veiligheid van het kind centraal en vormt 'spreken, tenzij' het uitgangspunt. Aangezien de veiligheid van een kind in het geding is, moeten hulpverleners ervan op de hoogte zijn: wanneer zij informatie mogen of moeten delen (houd hierbij rekening met de leeftijd van de cliënt); wanneer zij toestemming moeten vragen aan de cliënt of diens vertegenwoordigers; wat hun meldrecht inhoudt.
4. Dossiervorming: Adequate dossiervorming is in het belang van de cliënt, de direct betrokkenen en de samenwerkende hulpverleners. Hierin dienen relevante bevindingen en/of onderzoeken te worden opgenomen.

Richtlijn Kindermishandeling

De [richtlijn Kindermishandeling](#) van de richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming is primair bedoeld voor zowel 'gedragswetenschappers' (psychologen, pedagogen of anderen met een gedragswetenschappelijke opleiding) als hbo-opgeleide 'jeugdzorgwerkers'. Zij staan over het algemeen geregistreerd in het Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ) of in het BIG-register. Deze jeugdprofessionals zijn werkzaam in het brede werkveld van jeugdhulp en jeugdbescherming.

Melding Veilig Thuis en Veiligheid

De veiligheid van het kind is leidend bij het afwegen van een melding bij Veilig Thuis. Belangrijk hierbij is dat wordt beoordeeld of hulpverlening de kindermishandeling kan stoppen, dat waar mogelijk (volwassen) cliënten bij de besluitvorming betrokken worden en dat bij afwendbaar risico snel laagdrempelige hulp verleend wordt of doorverwezen wordt. Als met passende hulp de veiligheid van het kind niet (voldoende) is gegarandeerd volgt een melding bij Veilig Thuis.

Zorgmijdende gezinnen

Sommige gezinnen zoeken geen hulp terwijl ze die wel nodig hebben. Deze zorgmijdende gezinnen zijn moeilijk te benaderen en kunnen ongemerkt uit de hulpverlening verdwijnen, bijvoorbeeld door verhuizing naar andere gemeenten zonder overdracht van gegevens. Ze vormen een belangrijke risicogroep voor kindermishandeling. Dergelijke signalen kunnen aanleiding zijn om in onderling overleg actie te ondernemen om deze kinderen binnen de hulpverlening te houden. Bijvoorbeeld door contact op te nemen met de jeugdgezondheidszorg, die kinderen longitudinaal volgt van 0-18 jaar, ook bij verhuizingen. Lukt het niet om deze kinderen in beeld te houden, dan is dat reden voor een adviesvraag of melding bij Veilig Thuis.

In sommige gevallen verleent één van de gezaghebbende ouders geen toestemming voor het bieden van hulp. De [Handreiking](#) toestemmingsvereiste voor hulp bij kindermishandeling biedt een stappenplan voor hulpverleners die met een dergelijke situatie te maken hebben.

In het geval van een vechtscheiding is extra alertheid geboden op de belangen van eventuele kinderen. Hier is specialistische hulp voor ontwikkeld.

Meer informatie

- De LESA Kindermishandeling en Richtlijn Kindermishandeling van de richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming bieden een overzicht van risico- en beschermende factoren (voor kindermishandeling, verwaarlozing en seksueel gebruik) en er wordt ingegaan op aandachtspunten voor hulpverleners en organisaties.
- Richtlijn kindermishandeling
- Eerst samenwerken voor veiligheid, dan samenwerken voor risico gestuurde zorg is een document met een duurzame visie op ketenzorg bij kindermishandeling, huiselijk geweld en seksueel misbruik en wordt landelijk steeds meer gedragen door beroepsgroepen uit de zorgketen, de medische keten en de justitiële keten.
- Signs of Safety is een werkwijze voor gezinnen waar de veiligheid van het kind een probleem vormt, waarbij de hulpverlener samen met het gezin een veiligheidsplan opstelt.

5.2.2. Thema Spoedeisende psychiatrie en situaties

Spoedeisende psychiatrie heeft betrekking op situaties waarin snel doortastend moet worden gehandeld. Er wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende spoedeisende situaties:

- Bij een onmiddellijk dreigend gevaar voor de fysieke, sociale en/of psychische gesteldheid van kinderen en/of betrokkenen. Hierbij kan het gaan om agressie, suïcidaliteit, zelfbeschadiging, kindermishandeling, seksueel misbruik en geweld tussen de ouders.
- Wanneer een psychische stoornis snel verergert bij niet toereikende behandeling waardoor eveneens gevaar ontstaat voor kinderen en/of de omgeving. Dit kan voorkomen bij sommige gevolgen van middelenmisbruik, een psychose en een manie.
- In het geval van problematiek die zich vastzet en op den duur moeilijker te behandelen wordt waardoor direct ingrijpen gewenst is. Hierbij kan het gaan om schoolweigering of conversie. Ook bij jonge kinderen kan problematiek voorkomen die zich kan vastzetten wanneer geen hulp wordt geboden.

Handelen

Ten alle tijden moet zorgvuldig worden beoordeeld of de veiligheid in het geding is en/of de situatie op korte termijn dusdanig zal verslechteren dat snel ingrijpen noodzakelijk wordt. Handel in deze situatie conform de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling van de eigen organisatie.

Wanneer een kind wordt opgenomen op een acute psychiatrische afdeling is het van belang, indien mogelijk, direct te starten met de benodigde behandeling en te voorkomen dat het kind op een wachtlijst terecht komt.

Meer informatie:

- Voor uitgebreide informatie over verschillende spoedeisende situaties, zie het Kompas Kinder- en Jeugdpsychiatrie en het boekje Acute psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP).
- Generieke module Acute psychiatrie.

Suïcidaliteit

Wanneer sprake is van (vermoeden van een) suïcide(poging), is directe actie geboden. In alle gevallen van (vermoedens van) suïcidaliteit bij kinderen is het belangrijk dat hulpverleners:

1. Suïcidale uitspraken expliciteren om te onderzoeken hoe serieus het kind is.
2. Geheimhouding weigeren, omdat de veiligheid van het kind boven het beroepsgeheim staat.
3. Nagaan in hoeverre de omgeving veiligheid kan bieden.

Zie ook de ggz-richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (voor volwassenen) en de [generieke module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag](#).

Kindermishandeling, huiselijk geweld en seksueel misbruik

- Bij vermoedens van kindermishandeling dient een hulpverlener na te gaan of het vermoeden terecht is en moet het kind veilig gesteld worden (zie ook het [Thema Veiligheid]). Hiertoe worden stappen ondernomen om een onderzoek te starten naar de situatie binnen het gezin. Maak hierbij gebruik van de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling van je eigen organisaties. Voor ouders is dit vaak een moeilijke situatie en het is dan ook belangrijk dat hulpverleners zorgvuldig omgaan in contact met ouders. Aanbevelingen voor gesprekken met ouders worden gegeven in het Kompas Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Zie ook het document Eerst samenwerken voor veiligheid, dan samenwerken voor risico gestuurde zorg van de VNG en de Richtlijn kindermishandeling.

Risicogezinnen

Een spoedeisende situatie gaat vaak samen met een crisissituatie binnen het gezin. Een crisissituatie is erg belastend voor kinderen en hun ouders en behoeft dan ook altijd actie. Hoewel in elk gezin een crisissituatie kan ontstaan, geldt dat in sterkere mate voor multi-probleem gezinnen. Enkele kenmerken van deze gezinnen zijn:

- langdurige verwaarlozing
- werkloosheid, armoede
- emotioneel, fysiek en/of seksueel geweld
- kindermishandeling
- psychiatrische problematiek bij de ouder(s), bijvoorbeeld LVG en/of verslaving
- moeite met hulp van buitenaf
- geen vaste verblijfplaats

Nagegaan moet worden of bepaalde kenmerken mogelijk met andere hulp verholpen of ondersteund kunnen worden zodat het risico op crisis vermindert.

Structurele onveiligheid

Als bij deze risicogezinnen sprake is van de genoemde vormen van onveiligheid, hebben we te maken met een gezin waar het 'structureel onveilig' is.

Dan is het zaak om te handelen conform wat genoemd staat onder 'kindermishandeling' en moeten de kinderen veilig gesteld worden. De complexe situaties in deze gezinnen zullen vaak leiden tot het opnemen van contact met [Veilig Thuis](#) voor advies of melding.

Wanneer er sprake is van ernstige onveilige thuissituaties en gezinnen verhuizen naar een andere gemeente, is aandacht voor informatieoverdracht extra belangrijk.

Wet- en regelgeving

Met de Jeugdwet hebben gemeenten de taak om de noodzakelijke jeugdhulp in te zetten voor kinderen. In acute situaties, waar onmiddellijke actie nodig is, is het zo dat eerst de noodzakelijke zorg moeten worden verleend, bijvoorbeeld via een crisisdienst. Pas daarna wordt onderzocht welke gemeente financieel verantwoordelijk is.

5.2.3. Thema Cognitief functioneren

Wat verstaan we onder intelligentie?

Intelligentie wordt in de DSM-5

Bron: American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorder (5th ed.). Washington, DC: Author.

gedefinieerd als een mentale bekwaamheid in de vaardigheden redeneren, probleem oplossen, plannen,

abstract denken, oordelen, schools leren en leren door ervaring. Intelligentie wordt in kaart gebracht middels intelligentietesten. De WISC-III-NL

Bron: Kort, W., Schittekatte, M., Dekker, P. H., Verhaeghe, P., Compaan, E. L., Bosmans, M. & Vermeir, G. (2005). WISC-III NL Wechsler Intelligence Scale for Children. Derde Editie NL. Handleiding en Verantwoording. Amsterdam: Hartcourt Test Publishers/Nederlands Instituut voor Psychologen.

(6 tot 17 jaar) en de RAKIT

Bron: Resing, W.C.M., Bleichrodt, N., Drenth, P.J.D. & Zaal, J.N. (2012). RAKIT-2 handleiding. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.

(4 tot 12,5 jaar) worden het meest gebruikt. Voor jonge kinderen van 2-6 maanden tot 7-11 maanden is er de WPPSI-III-NL

Bron: Hendriksen, J. & Hurks, P. (2009). WPPSI-III NL. Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence - Third Edition. Nederlandstalige bewerking. Afname- en scoringshandleiding. Amsterdam: Pearson.

en bij kinderen van 2,5 tot 7 jaar die beperkt zijn in hun verbale communicatie wordt de SON-R2,5-7

SON-R2,5-7: Zie link.

[Meer informatie](#)

vaak gebruikt. Deze tests worden geregeld geüpdatet.

Naar het blijkt heeft onder meer cultuur invloed op de uitkomst van intelligentietesten. Wanneer een kind de taal minder goed beheerst (c.q. uit het buitenland komt of een communicatieve beperking heeft), weinig tot geen onderwijs genoten heeft en/of nog nooit eerder een Nederlandse IQ-test heeft gemaakt, zal de score op een standaardtest niet overeenkomen met de potentie van het kind. Een cultuurarme intelligentietest kan dit effect verkleinen. Ook is bekend dat intelligentie enige stabiliteit kent over tijd. Iemand wordt over het algemeen niet veel meer of minder intelligent gedurende zijn/haar leven. Dat wil echter niet zeggen dat de score op de IQ-test altijd precies hetzelfde is. Die kan namelijk wel veranderen door de omstandigheden waarin iemand zich tijdens de testafname bevindt. Als iemand geen zin heeft in de test en snel opgeeft zal hij minder hoog scoren dan wanneer hij wel gemotiveerd is en hij zich goed kan concentreren.

Hoogbegaafdheid

Er zijn verschillende definities van hoogbegaafdheid maar over het algemeen gaat men uit van het [meer-factorenmodel](#) dat hoogleraar ontwikkelingspsychologie Franz Josef Mönks in 1985 heeft opgesteld. In dit model wordt uitgegaan van hoogbegaafdheid bij een IQ-score van boven de 130 en bijzonder goed functioneren op het gebied van creativiteit en motivatie, aangevuld met de invloed van omgevingsfactoren gezin, school en vrienden op dat hoogbegaafde vermogen.

Risico's

Hoogbegaafdheid bij kinderen kan risico's met zich meebrengen voor de ontwikkeling van het kind. Het kan zijn dat de originele manier van denken van het kind niet (altijd) begrepen wordt door de omgeving. Ook hebben deze kinderen vaak afwijkende en/of intense interesses. Dit laatste geldt ook voor kinderen met een autismespectrumstoornis, wat de differentiatie van hoogbegaafdheid soms lastig maakt. Ook kan het voorkomen dat een weinig uitdagende (school)situatie leidt tot storend en/of aandachttrekkend gedrag bij hoogbegaafde kinderen. Dit kan onterecht worden aangezien voor ADHD-gerelateerd gedrag. Hoogbegaafdheid zelf is dan ook geen reden om een kind aan te melden voor enige vorm van jeugdhulp.

Bijkomende problemen zijn dat eventueel wel.

Verstandelijke beperking

Volgens de definitie van zowel het meest recente handboek van de American Association on Intellectual and Development Disabilities (AAIDD)

Bron: Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M. et al. (2010). Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

als van de DSM- 5

Bron: American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorder (5th ed.). Washington, DC: Author.

heeft iemand een verstandelijke beperking wanneer sprake is van de volgende drie criteria:

- Een significante beperking in het verstandelijk functioneren: uitgedrukt in een IQ van ongeveer 70-75 of lager;
- Er zijn gelijktijdig tekorten aanwezig in, of beperkingen van het adaptief gedrag op ten minste twee van de volgende terreinen: communicatie, zelfverzorging, zelfstandig kunnen wonen, sociale en relationele vaardigheden, gebruikmaken van gemeenschapsvoorzieningen, zelfstandig beslissingen nemen, functionele intellectuele vaardigheden, werk, ontspanning, gezondheid en veiligheid;
- De beperkingen zijn bekend vanaf de geboorte, of in ieder geval bekend vóór het achttiende levensjaar.

Hoewel in de literatuur

Bron: Koot (2009).

onderscheid gemaakt wordt tussen zwakbegaafd of moeilijk lerend (IQ 70 tot 85) en licht verstandelijk beperkt (LVB; IQ 50-55 tot 70), wordt in de Nederlandse praktijk de term LVB vaak gebruikt voor mensen met een IQ van tussen de 50-55 en 85 met bijkomende problemen op het gebied van sociale aanpassing en sociale redzaamheid. Het IQ alleen blijkt een beperkte voorspeller van problemen die met LVB gepaard gaan. Er zal altijd ook sprake zijn van tekorten op het gebied van sociale aanpassing en (sociale) redzaamheid.

Bron: Bildt et al. (2005).

In de praktijk blijkt ook dat zwakbegaafde kinderen met een IQ van ongeveer 70 tot 85 met ernstige bijkomende problemen vaak vergelijkbare problemen en vergelijkbare zorgbehoeften hebben als kinderen met een LVB met een IQ van 55 tot 70.

Bij de behandeling van kinderen met een verstandelijke beperking én een psychiatrische stoornis zal men enige algemene aandachtspunten in het vizier moeten houden. De volgende aspecten zijn hierbij belangrijk:

Bron: De Koning & Collin (2007).

- De ernst van de verstandelijke beperking, met aandacht voor het lagere IQ én de beperkingen in het zogenaamde adaptief vermogen moet worden bekeken, waaronder sociale vaardigheden, communicatie, zelfredzaamheid en vrijetijdsbesteding.
- Beperkingen in het werkgeheugen; m.n. verbale informatie moet simpel aangeboden worden, herhaling van de informatie is belangrijk evenals het gebruik van visuele informatie (ter ondersteuning).

- Beperkingen in het sociaal functioneren, hetgeen zich vooral uit in het inadequate verwerken van sociale informatie en het gebrek aan vaardigheden om problemen op te lossen. Veel oefenen is belangrijk, bijvoorbeeld in rollenspellen.
- Problemen met het generaliseren; oefen de vaardigheden ook buiten de behandeling, bijvoorbeeld in het gezin of op school. Doe ze voor tijdens huisbezoek en organiseer vanuit het eigen netwerk. Schakel eventueel thuisbegeleiding in.

Behandeling van lichamelijke en psychische klachten bij kinderen met een matige of ernstige verstandelijke beperking gebeurt door of in samenwerking met een AVG (arts voor verstandelijk gehandicapten).

Disharmonisch intelligentieprofiel

Het IQ is onder te verdelen in het verbaal en het perfoomaal IQ. Het verbaal IQ betreft het verwerken van talige informatie en het perfoomaal IQ heeft betrekking op handelingsgericht informatie verwerken. Wanneer één van de twee veel beter is ontwikkeld dan de ander, is dat een belangrijke factor in het bepalen van een disharmonisch intelligentieprofiel.

Het risico op over- of onderschatting van deze kinderen is groot. Bijvoorbeeld wanneer een kind wordt beoordeeld op basis van zijn praktische vaardigheden, leidt dit de aandacht af van een minder goed ontwikkeld taalbegrip waardoor er risico is op overvraging.

5.2.4. Thema KOPP/ KVO

Kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) en/of een verslaving (KVO) lopen zelf ook meer risico op psychische problemen. De kindcheck (zie Thema Spoedeisende psychiatrie) is een manier om deze kinderen snel in beeld te brengen.

Voor deze groep kinderen zijn verschillende interventies ontwikkeld. Hieronder vallen interventies gericht op het kind zelf, op het gezin en op de ouder(s) en de ouder-kindrelatie. Het Nederlands Jeugdinstituut biedt een [overzicht van interventies](#) gericht op kinderen en op ouders.

Daarnaast bieden diverse verslavingszorginstellingen speciale groepen voor patiënten met kinderen aan, de zogeheten KOPP/KVO-groepen. Het [handboek Programma Verslaving & Ouderschap](#)

Bron: Spijkerman et al. (2015).

beschrijft een werkwijze voor het tijdig signaleren, bespreekbaar maken en aanpakken van opvoedingsvragen en opvoedingsproblemen bij ouders die in zorg komen vanwege verslavingsproblematiek.

Voor moeders met ernstige psychiatrische problematiek post partum, die voorheen apart van hun baby werden opgenomen op de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ), bestaan er Moeder-Baby-Units (MBU). Deze zijn opgekomen vanuit de wetenschap dat een langdurige scheiding van moeder en kind ernstige gevolgen heeft voor beiden.

Bron: Rexwinkel et al. (2011).

Een MBU zorgt ervoor dat moeder en haar baby samen zijn, zodra moeder in staat wordt geacht tot zinvolle interactie met de baby.

Er zijn ook mildere benaderingen binnen de Infant Mental Health waarbij opname niet nodig is. Behandeling van deze problematiek in de volwassen ggz is vaak niet toereikend door gebrek aan kennis met betrekking tot hechtingsproblematiek en ouder-kind interactieve problematiek. Het is van belang om (preventief) te screenen op deze problematiek en laagdrempelig en snel specialistische hulp hiervoor in te zetten.

Zie ook de [Richtlijn KOPP](#).

5.2.5. Thema Kinderwens en zwangerschap

De eerste 1001 dagen (van conceptie tot 2 jaar) zijn voor een gezonde ontwikkeling van het kind cruciaal. Daarom maakt goede informatie en begeleiding van ouders over de omgang met het (ongeboren) kind juist in die periode het verschil.

Ervaringen tijdens de zwangerschap en in de relatie tussen ouder(s) en kind kunnen de ontwikkeling van de hersenen van de baby beïnvloeden en hebben een levenslange invloed op de lichamelijke en emotionele gezondheid van het jonge kind. De eerste 1001 dagen bieden een kans om een zo goed mogelijke en kansrijke start te maken.

Rol van stress

Een foetus of baby die in de baarmoeder of in de eerste 1001 dagen blootgesteld wordt aan toxische stress kan in zijn latere leven allerlei reacties krijgen op stress (cortisol). Dit kan zorgen voor stressgerelateerde klachten in de volwassenheid zoals: hartklachten of middelenmisbruik, maar ook kunnen al veel eerder sociale en emotionele problemen ontstaan als gevolg van een verstoorde hechting. Stress kan vele oorzaken hebben; er kan onder andere een ernstige, soms levensbedreigende aandoening van het kind zijn, ouders kunnen last hebben van depressieve buien of angstklachten, ouders hebben onderling een slechte relatie met veel ruzie, er is sprake van onverwerkt trauma en/of er zijn maatschappelijke factoren zoals armoede of sociaal isolement.

De problemen beginnen vaak al in de zwangerschap, of tijdens en direct na de geboorte. De pre- en postpartum periode is een kwetsbare tijd voor het zelfvertrouwen van elke ouder. Als (een van) de ouder(s) echter zelf ook problemen of een stoornis heeft kan dit een extra moeilijke tijd zijn. Gevoelens van verdriet, schuld en waardeloosheid staan vaak op de voorgrond en ouders blijken minder energie en belangstelling te hebben voor hun jonge (pasgeboren) baby.

Bron: Rexwinkel et al. (2011).

Vroegsignalering, preventie en vroege interventie

Inmiddels is bekend dat vroeg signaleren, preventie (soms al tijdens de zwangerschap) en eventueel behandelen van problemen, grotere problemen kan voorkomen. Het is daarom van belang dat gemeenten, wijkteams, kinderdagverblijven en consultatiebureaus op de hoogte zijn van het feit dat ook bij (zeer) jonge kinderen stoornissen vastgesteld kunnen worden en deze (zo vroeg mogelijk) behandeld moeten worden.

Het gedrag van ouders kan onderdeel uitmaken van beschermende en risicofactoren in de ontwikkeling van psychopathologie bij het jonge kind. Om die reden zijn er primaire preventieve interventies waarin algemene informatie aan (aanstaande) ouders wordt verschaft op het gebied van roken, medicatie-, alcohol-, en drugsgebruik, depressieve klachten en/of stress. Andere (secundaire en tertiaire) preventieve interventies zijn er in de vorm van bewustwording van positieve hechtingsmomenten, bijvoorbeeld babymassage, en algemene opvoedingsondersteuning.

Bij gezinnen met risicofactoren kunnen selectieve primair preventieve interventies worden ingezet (e.g. VoorZorg),

Bron: Mejdoubi (2014),

zoals bij ouders met psychopathologie en/of verslavingsproblematiek voorafgaand aan de conceptie, tijdens de zwangerschap en na de bevalling en de aanwezigheid van huiselijk geweld; bij tienermoeders tijdens de zwangerschap en na de bevalling en bij gezinnen met pre- of dysmature kinderen.

Bron: Feldman (2004).

Hierbij staan gezond gedrag in het algemeen, (voorbereiding op) het ouderschap en het verkleinen van de kans op kindermishandeling centraal.

Voor een uitgebreide beschrijving van zwangerschapspsychiatrie wordt verwezen naar het [Landelijk Kenniscentrum Psychiatrie en Zwangerschap](#).

Verloskundigen moeten tijdens consulten gedurende de zwangerschap oog hebben voor het aanstaande moederschap en de psychosociale gesteldheid van de moeder.

Er is een [KNOV-standaard](#) die aanbevelingen doet. Daarin wordt o.a. het belang van een nacontrole na de bevalling benadrukt, met daarin aandacht voor zowel lichamelijk als psychisch herstel.

Kinderwens

Bij jongvolwassenen met LVB, psychiatrische problematiek, middelengebruik en langdurige trajecten van fertiliteit is aandacht voor een eventuele kinderwens belangrijk. Indien er een kinderwens is (bij de laatstgenoemde groep is die er in ieder geval), is het belangrijk om na te gaan wat de kinderwens inhoudt en wat de betekenis ervan is. Soms komt een kinderwens voort uit een behoefte aan een doel hebben in het leven, een enige kans op liefde, een verlangen dat een kind on vervulde ambities zal waarmaken. Het is van belang sensitief te zijn voor deze aspecten.

Bron: Rexwinkel et al. (2011).

Het is van belang deze ouders goed voor te bereiden op het ouderschap en hen in het oog te houden, eventueel samen met huisarts of kraamverzorging.

In de [zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving](#) zal worden ingegaan op het omgaan met een alcoholverslaving in combinatie met een zwangerschap. De [zorgstandaard Opiaatverslaving](#) zal informatie bevatten over een opiaatverslaving in combinatie met een zwangerschap.

Meer informatie:

- KNOV standaard Prenatale verloskundige begeleiding
- De vereniging voor Infant Mental Health in Nederland: DAIMH

5.2.6. Thema Medicatie

In sommige gevallen wordt medicatie voorgeschreven bij kinderen. Dit wordt meestal gedaan door de (kinder- en jeugd)psychiater, soms door de huisarts of kinderarts of een andere medisch of verpleegkundig specialist.

De inname van medicatie gebeurt door het kind zelf als dat mogelijk is of onder toezicht van de ouders, afhankelijk van de leeftijd. Ouders beoordelen of hun kind dit zelfstandig kan i.s.m. de voorschrijvende arts. Onder schooltijd kan de inname van medicatie ook onder toezicht van een leerkracht gebeuren. De leerkracht mag dit alleen na mandaat van ouders. Er is een duidelijk [standaardprotocol](#) vanuit de PO-raad voor medische handelingen op scholen. Het bestuur van scholen kan er echter ook toe besluiten dat hun personeel in principe geen medische handelingen mag uitvoeren.

De belangrijkste adviezen:

- Leg schriftelijk vast om welke medicijnen het gaat, hoe vaak en in welke hoeveelheden ze moeten worden toegediend en op welke wijze dat dient te geschieden.
- Leg verder de periode vast waarin de medicijnen moeten worden verstrekt. Ouders geven hierdoor duidelijk aan wat zij van de schoolleiding en de leraren verwachten opdat zij op hun beurt weer precies weten wat ze

moeten doen en waar ze verantwoordelijk voor zijn.

- Wanneer het gaat om het verstrekken van medicijnen gedurende een lange periode moet regelmatig met ouders overlegd worden.

Het is belangrijk om het kind zelf te betrekken bij het gebruik van medicatie. Daarin is het van belang de werking en mogelijke bijwerkingen te bespreken en ook het gebruik te evalueren. Het overleg met het kind dient op een manier te gebeuren die passend is bij ontwikkelingsniveau.

Indien de medicatie niet geregistreerd is voor de doelgroep of indicatie waarvoor het wordt voorgeschreven moet dit expliciet worden besproken.

Met de partijen die betrokken zijn bij het kind is het belangrijk goed te overleggen over de medicamenteuze behandeling en waar nodig heldere afspraken te maken. Hieronder vallen de ouders/verzorgers, de leerkracht(en) en eventuele andere hulpverleners.

Medicatiegebruik bij psychische aandoeningen voor kinderen die niet in een instelling zitten (ofwel: medicijnen die patiënten/ouders zelf met een recept bij de apotheek ophalen) wordt door de zorgverzekeraar betaald.

Meer informatie

- Voor uitgebreidere informatie over het gebruik van specifieke medicatie, zie het formularium op de website van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie.
- Zie ook de Handreiking 'Off-label medicatie voorschrijven in de kinder- en jeugdpsychiatrie'.
- De generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere benadrukt het belang van goede monitoring van medicatie bij kinderen en verwijst naar de Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-ggz voor de afspraken over medicatiecontrole tussen huisarts en psychiater.

5.2.7. Thema Sekseverschillen

De rol van gender bij diagnostiek

Gender heeft betrekking op de gedrags- en identiteitsaspecten van mannen en vrouwen. Gender speelt in de diagnostiek van psychische problemen een belangrijke rol. Uit diverse onderzoeken blijkt dat het geslacht van het kind bij behandelaars (onbewust) veronderstellingen oproept over de aard van diens problematiek en kan leiden tot gender bias in de diagnostische fase. Zo worden psychische problemen met een hogere prevalentie onder jongens, zoals gedragsproblemen en ADHD, vaker bij jongens vermoed en waargenomen dan bij meisjes, ook als een meisje precies dezelfde symptomen rapporteert, en vice versa.

Bron: Bruchmüller et al. (2012); Goldman (2013).

Bovendien kunnen sommige stoornissen seksespecifieke uitingsvormen hebben, waardoor deze bij één van de seksen mogelijk systematisch over het hoofd worden gezien.

Bron: Van Wijngaarden-Cremers et al. (2014); Quinn & Madhoo (2014).

Het is mede daarom van belang om goed op de hoogte te zijn van de sekseverschillen in prevalentie en manifestatie van psychische problemen in de kindertijd. Om het risico op over- en onderdiagnosticering tegen te gaan, is het essentieel dat behandelaars zich bewust zijn van de besproken vormen van bias in het diagnostische proces.

Gender in de behandeling

Ondanks de sekseverschillen in psychische problemen bestaan er weinig tot geen genderspecifieke behandelingen voor kinderen. Over het algemeen lijken standaard behandelingen (zoals CGT) voor

psychische problemen bij jongens en meisjes ongeveer even effectief.

Bron: Arnberg & Öst (2014); Candelaria & Fedewa (2012); Owens et al. (2003).

Er zijn echter aanwijzingen dat meisjes meer baat kunnen hebben bij (groeps)behandeling die zich alleen op meisjes richt, vooral wanneer er sprake is van gender gebonden risicofactoren die tot de klachten hebben geleid, zoals seksueel misbruik, of klachten met een hogere prevalentie bij meisjes, zoals angst, depressie, somatische klachten et cetera.

Bron: Schouten et al. (2012).

Jongens, daarentegen, zijn minder vaak bereid om professionele hulp te zoeken voor psychische problemen en rapporteren vaker barrières om hulp te zoeken dan meisjes.

Bron: Chandra & Minkovitz (2006).

Interventies voor jongens zijn bij voorkeur opgezet als doelgericht aan de slag gaan, in de zin van 'niet (te veel) praten maar doen' (eventueel met fysieke elementen) en dienen voldoende aandacht te besteden aan ervaren sociaal stigma.

Bron: Mahalik et al. (2012); Barendregt (2015); Kiselica et al. (2008).

Meer informatie

- Genderdysforie betreft de problemen die iemand ervaart als gevolg van een discrepantie tussen genderidentiteit en geboortegeslacht. Voor meer informatie, zie de zorgstandaard Seksuele disfuncties, genderdysforie en parafiele stoornissen en het Kennis- en Zorgcentrum voor Genderdysforie van de VU.
- Kenniscentrum KJP

5.2.8. Thema Jeugdreclassering en forensische jeugdpsychiatrie

Jeugdreclassering

Wanneer een jongere (van 12 jaar of ouder) een strafbaar feit heeft gepleegd, wordt deze doorverwezen naar jeugdreclassering. Jeugdreclassering voert begeleiding en controle uit met als belangrijkste doel herhaling of terugval (recidive) te voorkomen. Daarnaast richt de behandeling zich op het bieden van een beter toekomstperspectief voor de jongere.

Bij kinderen onder de 12 jaar die een strafbaar feit hebben gepleegd, worden in eerste instantie de ouders aangesproken. Wanneer de politie de (thuis)situatie ernstiger inschat, kan een melding gemaakt worden bij Veilig Thuis (zie [Thema Veiligheid](#)).

Jeugdreclassering wordt uitsluitend uitgevoerd door jeugdzorgprofessionals in dienst van een gecertificeerde instelling. Hiertoe vervullen zij verschillende taken:

- Uitvoering van jeugdreclasseringsmaatregelen
- Opstellen van bepalingen voor jeugdhulp
- Doorverwijzen van jongeren naar andere hulpverleners

In de praktijk bestaat jeugdreclassering uit een combinatie van intensieve hulp aan en toezicht op een jongere. Het doel is deze weer op het rechte pad te brengen en te houden. Er zijn verschillende maatregelen van jeugdreclassering.

Forensische jeugdpsychiatrie

Op het grensvlak van de jeugd geestelijke gezondheidszorg (jeugd-ggz) met justitie bevindt zich de forensische jeugdpsychiatrie. De twee hoofdtaken van de forensische jeugdpsychiatrie zijn 1) het adviseren over het psychisch functioneren van jongeren, en 2) het verplegen en behandelen van jongeren binnen een justitieel kader. Rapporteren en behandelen kan binnen een 'vrijwillig', civielrechtelijk en strafrechtelijk kader. Forensische jeugdpsychiatrie richt zich op:

1. Diagnostiek en behandeling op 'vrijwillige basis' van jongeren met grensoverschrijdend gedrag zonder maatregel. Dit zijn jongeren die door reguliere jeugdpsychiatrie of school zijn doorverwezen.
2. Diagnostiek en behandeling van jongeren in het kader van een civielrechtelijk onderzoek of civielrechtelijke maatregel: jongeren vanaf 12 jaar waarbij sprake is van een ondertoezichtstelling en/of gesloten uithuisplaatsing. De kinderen van 0 tot 12 jaar, adoptie- en scheiding- en omgangszaken zijn niet in dit thema opgenomen.
3. Diagnostiek en behandeling van jongeren van 12 tot 23 jaar binnen een strafrechtelijk kader

Jongeren en hun ouders worden meestal niet vrijwillig verwezen naar de forensisch psychiatrische zorg. Jongeren die veroordeeld zijn voor een misdrijf of waar door een rechter is besloten dat de ontwikkeling wordt bedreigd, komen in de forensische kinder- en jeugdpsychiatrie terecht. Dit beïnvloedt het verdere hulpverleningsproces. Er zijn uiteraard ook situaties waar het kind en ouders blij zijn met de opgelegde hulpverlening en hieraan hun medewerking verlenen. Het blijft echter vaak schipperen tussen vrijwilligheid en dwang.

Algemene eisen aan hulpverlener/hulpverlening:

- Het werken in de forensische kinder- en jeugdpsychiatrie kan complex zijn en soms moet de behandelaar flink manoeuvreren tussen de jongere, de ouders en de instanties daar omheen.
- Daarom is kennis van het eigen wettelijk kader maar ook van de wettelijke kaders daaromheen van belang. Binnen een gezin kunnen meerdere maatregelen zijn opgelegd. Er loopt bijvoorbeeld een ondertoezichtstelling voor het jongste kind, een jeugdreclasseringsmaatregel voor het oudste kind en vrijwillige begeleiding voor de andere kinderen. Indien de gemeente gekozen heeft voor één plan en één regisseur voor het gezin, moet de professional die met het gezin werkt vanuit formele kaders met alle maatregelen van jeugdreclassering en jeugdbescherming kunnen werken.
- Daarnaast is een flinke dosis vakken, inlevingsvermogen, tact, creativiteit en doorzettingsvermogen nodig om een jongere te motiveren voor het starten en afmaken van zijn behandeling. Hierbij zal de behandelaar de ruimte binnen de wet moeten verkennen en soms gebruik moeten maken van "professionele drang" om een jongere over de streep te trekken.
- Ook moet de behandelaar de afstemming met andere ketenpartners zo goed mogelijk vormgeven. Een belangrijke ketenpartner is de politie.

Risicofactoren

Een algemeen aandachtspunt is dat specifieke psychische stoornissen geassocieerd worden met delinquent gedrag. Ook hebben jongeren met delinquent gedrag relatief vaak een geschiedenis met traumatisering. Daarnaast komt middelenmisbruik vaak voor onder jongeren die in de forensische jeugdpsychiatrie worden behandeld.

Bron: Young et al. (2007).

Verder zijn er relatief veel jongeren met een licht verstandelijke beperking die een delict plegen.

Bron: Douma et al. (2007).

Indien het gaat om diagnostiek en behandeling van psychiatrische stoornissen in engere zin wordt verwezen naar de andere zorgstandaarden van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ.

Meer informatie

- Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, ook voor een overzicht van de wettelijke kaders
- Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
- Jeugdreclassering
- Nederlands Jeugdinstituut

5.2.9. Thema Beslissen over hulp en wilsbekwaamheid

Om goede beslissingen te kunnen nemen over onderzoek en behandeling bij een instelling voor jeugd-ggz is het belangrijk dat het kind en zijn/haar ouders goede informatie krijgen. Ze moeten immers weten waar ze ja of nee op zeggen. Afhankelijk van de leeftijd en de wilsbekwaamheid bepaalt de behandelaar wie recht heeft op informatie en wie toestemming moet geven voor onderzoek of behandeling.

Kinderen tot 12 jaar

De ouders krijgen volledige informatie. Op basis daarvan kunnen zij beslissingen nemen over onderzoek en behandeling van hun kind. Ook krijgt het kind altijd op een duidelijke en begrijpelijke manier uitleg, aangepast op het ontwikkelingsniveau van het kind.

Kinderen van 12 tot 16 jaar

Zowel de jongere als de ouders hebben recht op volledige informatie. Beiden moeten in principe toestemming geven voor onderzoek en behandeling. 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. Een ouder zonder gezag hoeft geen toestemming te geven voor behandeling. Als de jongere een weloverwogen wens heeft een behandeling aan te gaan ondanks weigering van zijn ouders, of wanneer de behandeling noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen, kan de behandeling tegen de wil van de wettelijk vertegenwoordigers in alsnog plaatsvinden. Wil een wilsbekwame jongere tussen twaalf en zestien jaar beslist geen hulp, maar wensen zijn ouders deze hulp wel voor hem, dan kan de hulp (in een vrijwillig kader) doorgaans niet geboden worden. Behandeling tegen de wil van een jongere is alleen mogelijk als deze wilsbekwaam is en wanneer de behandeling nodig is om ernstig nadeel te voorkomen.

Jongeren vanaf 16 jaar

Vanaf 16 jaar mogen jongeren (tenzij wilsbekwaam) zelfstandig beslissen over onderzoek en behandeling. De jongere heeft daarom recht op volledige informatie en geeft zelf toestemming. Bij levensbedreigende situaties mag ook zonder toestemming van de jongere hulp geboden worden. De toestemming van de ouders voor onderzoek en behandeling is niet meer nodig, op één uitzondering na: voor opname in een kliniek is tot 18 jaar toestemming van de ouders nodig.

Wilsbekwaamheid

Naast leeftijd is het ook van belang of een kind wilsbekwaam is. Wilsbekwaamheid wil zeggen 'in staat tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake'. Met andere woorden: kan het kind weloverwogen beslissen? Daarbij is een aantal factoren van belang:

- Kan het kind een keuze maken
- Heeft het kind het vermogen om te begrijpen waar het om gaat?
- Heeft het kind feitelijk begrip en het inzicht in de feitelijke situatie?
- Kan het kind de consequenties van zijn of haar beslissing overzien?

Wanneer een kind ten aanzien van een beslissing door de hulpverlener wilsbekwaam wordt geacht, wil dit niet zeggen dat hij dit voor een andere beslissing óók is. Per beslissing moet worden gekeken of een minderjarige wilsbekwaam is of niet. Wanneer een kind wilsbekwaam is, beslissen de wettelijk vertegenwoordigers in de plaats van het kind.

De behandelaar moet de informatie zó geven dat zowel het kind als de ouders dit kunnen begrijpen. De informatie gaat over:

- de ziekte, het probleem of de stoornis (wat is er aan de hand?);
- de voorgestelde behandeling en de eventuele risico's daarvan (wat gaat er gebeuren?);
- andere behandelingsmogelijkheden;
- eventuele bijwerkingen en risico's van de voorgestelde behandeling;
- de behandelaar en de werkwijze van de instelling;
- de rechten van een kind en de ouders (bijvoorbeeld door het uitreiken van een folder of vermelding op de website).

De jongere en/of de ouders kunnen de toestemming voor onderzoek of behandeling altijd weer intrekken. Er kan dan worden gekeken naar een alternatief voor de behandeling. Wanneer er geen andere mogelijkheid is, dan zal een weigering ertoe kunnen leiden dat behandeling niet mogelijk is.

Wanneer bestaat er aanleiding wilsbekwaamheid te beoordelen?

Uitgangspunt bij volwassenen is dat eenieder voor bekwaam wordt gehouden, totdat het tegendeel komt vast te staan. Te denken valt aan situaties waarin de toestemming van de patiënt vereist is voor een ingrijpende behandeling of wanneer de weigering van de patiënt ingrijpende consequenties kan hebben.

Wie beoordeelt wilsbekwaamheid?

De hulpverlener, eventueel na overleg met (andere leden van) het behandelteam. Wanneer de patiënt een curator of mentor heeft, is het ook aan de curator/mentor zich een oordeel te vormen omtrent de wilsbekwaamheid ten aanzien van de concrete behandelingsbeslissing. Wanneer de hulpverlener er niet uit komt en het betreft een complexe situatie of er is een psychiatrische stoornis in het spel, dan kan de hulpverlener inschatten of een second opinion van een (andere) gz-psycholoog, klinisch psycholoog, kind- en jeugdpsychiater of verpleegkundig specialist GGZ nodig is.

Gezag

De persoon die gezag over het kind heeft is de wettelijke vertegenwoordiger van het kind.

In Nederland heeft een kind 1 of 2 gezaghebbende ouders. In het geval de ouders bij de geboorte van het kind getrouwd of geregistreerd partners waren dan hebben zij gezamenlijk gezag. Bij een scheiding kan een kind van 12 jaar of ouder de rechter vragen of een van de ouders het gezag kan krijgen. Ook kunnen de ouders zelf de rechter vragen het gezag aan 1 ouder toe te wijzen. De rechter bepaalt dan wie het gezag krijgt.

Een rechter kan een ondertoezichtstelling (OTS) van een kind opleggen indien de belangen van een kind ernstig bedreigd worden. Een OTS is een gezagbeperkende maatregel, maar ouders houden wel het gezag over het kind. Wel worden ouders verplicht begeleid door de gezinsvoogd/jeugdbescherming en moeten eventuele aanwijzingen opvolgen. Ouders kunnen ook een ontzetting of ontheffing hebben van de ouderlijke macht. Dan krijgt een voogd het gezag.

Meer informatie

- Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid.
- Hein, I. M. (2015). Children's competence to consent to medical treatment or research Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Verwijzing voor gezagskwesties.
- Publicatie 'Gezag, omgang en informatie' van de rijksoverheid'

5.3. Ontwikkelingstaken

Gebaseerd op Spanjaard & Slot (2015) en Meij (2011)

Dit stuk moet gezien worden als een leidraad. Het is geen volledige opsomming van ontwikkelingstaken en de term ontwikkelingstaak dient hier breed geïnterpreteerd te worden.

Het ongeboren kind -9 maanden – 0 jaar

Voor ouders

- Voorbereiden op komende ouderschap

Het jonge kind 0-5 jaar

Veilige hechting

- Het zoeken van nabijheid bij ouder/opvoeder
- Exploreren vanuit veilige basis van ouders/opvoeders
- Onderscheid maken tussen ouder en vreemden
- Wanneer aan alleen zijn

Verkennen van omgeving

- Voorwerpen verkennen en gebruiken

Gezinsnormen en gezinsregels eigen maken

Uitvoeren van lichamelijke functies

- (eten, drinken, zien, horen, pakken, kruipen)

Taalvaardigheid

- Taal begrijpen en gebruiken
- Boodschap overbrengen

Zelfstandigheid/ Eigenheid

- Zindelijkheid
- Zelfbewustzijn
- Zelfcontrole

Taakgerichtheid

- Langere tijd met een taak bezig zijn

Zelfverzorging

- Zichzelf wassen
- Zelf aan- en uitkleden

Identificatie met sekserol

Omgang met leeftijdsgenoten

- Samenspelen
- Initiatief nemen
- Delen
- Voor zichzelf opkomen

Het schoolgaande kind 5-12 jaar

Zelfstandigheid

- Privacy
- Eigen mening ontwikkelen
- Verantwoordelijkheid ontwikkelen
- Prioriteren, plannen en organiseren

Emotiecontrole

- Herkenning en benoemen
- Impulscontrole

Infrastructuur

- Gebruik maken van (openbaar) vervoer
- Omgaan met geld
- Manoeuvreren in digitale wereld
- Omgaan met sociale media

Inlevingsvermogen

- Eigen en andermans bedoelingen inschatten
- Rekening houden met andermans wensen/belangen

Veiligheid en gezondheid

- Omgaan met fysieke gevaren (bijv. verkeer, vuur, elektriciteit, water)

Deelname aan onderwijs

- Concentratie (op meerdere aspecten tegelijk kunnen richten)
- Luisteren
- Concentreren
- IJver (toewijding aan een taak)

Leeftijdgenoten

- Vriendschappen aanknopen en onderhouden
- Conflicten oplossen
- Uiting van vriendschap

Vroege adolescent 12-16 jaar

Intimiteit

- Seksualiteit integreren in eigen persoonlijkheid
- Ontdekken van eigen en andermans seksuele mogelijkheden en grenzen

Emotionele (en praktische) zelfstandigheid

- Minder afhankelijk van ouders
- Bepalen van veranderende plaats in gezin en familie
- Ondernemen van activiteiten
- Zinvol doorbrengen van tijd zonder verplichtingen
- Zorgdragen voor eigen kamer en spullen

Sociale media en internet

- Gebruik van smartphone en computer
- Informatie vinden, gebruiken en delen
- Onderscheid tussen virtuele en reële werkelijkheid
- Gevaren onderkennen

Uiterlijk en gezondheid

- Zorgen voor goede voeding en lichamelijke conditie
- Inschatten en vermijden van risico's

Sociale contacten

- Contacten leggen en onderhouden
- Vertrouwen geven en ontvangen

Onderwijs/werk

- Kennis en vaardigheden opdoen met het oog op de toekomst
- Prioriteren, plannen en organiseren
- Keuzes maken t.o.v. werk

Late adolescent 16-23 jaar

Emotionele (en praktische) zelfstandigheid

- Vanuit zelfstandigheid contact met ouders en andere familieleden opnieuw vormgeven (verbinding)
- Zelfredzaamheid: de weg weten en voor jezelf opkomen ten aanzien van instanties en regels als meerderjarige
- Eigen woonsituatie
- Zorgdragen voor een goede lichamelijke conditie, goede voeding en het inschatten en vermijden van risico's

Persoonlijkheidsontwikkeling, school, beroep en samenleving

Opleiding afronden met een diploma/arbeidskwalificatie, een baan vinden, omgaan met collega

Omgaan met eigen en andere sekse

Aangaan van en ervaring opdoen met (duurzame) relaties

Sociale contacten en vriendschappen

- Contacten opbouwen en onderhouden, duurzame vriendschappen aangaan.
- Ondernemen van activiteiten in de vrije tijd en het zinvol en prettig doorbrengen van de tijd waarin er geen verplichtingen zijn.

5.4. Beschermende factoren en risicofactoren

Dit stuk moet gezien worden als een leidraad. Het is geen volledige opsomming van beschermende factoren en risicofactoren en niet alle genoemde factoren zijn even sterk wetenschappelijk onderbouwd. Wel werden de genoemde factoren onderschreven door de werkgroep. Bron is onder andere Ince et al. (2013).

Beschermende factoren:

Ouders

- Gezonde voeding/levensstijl tijdens zwangerschap
- Afwezigheid van stress tijdens zwangerschap
- Acceperende houding naar ongeborn kind
- Sensitief reageren op het kind
- Continuïteit in de aanwezigheid van de gehechtheidspersoon
- Mentaliseren door de ouder
- Sociale binding
- Goed netwerk

- Stabiele relatie
- Prosociale normen
- Erkenning en waardering voor positief gedrag
- Steun van belangrijke volwassenen
- Goede lichamelijke en geestelijke gezondheid van ouders
- Duidelijke regels en grenzen
- Mogelijkheid tot deelname aan creatieve en sportieve activiteiten
- Een veilig thuis met warme banden tussen ouders en kinderen: na een conflict wordt vertrouwen hersteld
- Een doel qua ontwikkeling: gemotiveerd voor school, voor een sport, voor een hobby
- Open communicatie (over gevaren) door ouders (bijvoorbeeld alcohol, drugs, criminaliteit)
- Hulp of voorbeelden van anderen hoe het zelfstandig bestaan vorm te geven

Kindkenmerken:

- Goede gezondheid
- Positieve karakterkenmerken
- Uiterlijk
- Sociale, emotionele en gedragsmatige competenties
- Intelligentie
- Autonomie
- Positief zelfbeeld
- Vriendschappen
- Goed netwerk
- Verbinding met ouders
- Conflicthantering
- Sport/beweging
- Voeding, slaap

Omgeving/School

- Deelname aan voorschool of peuterspeelzaal
- Afstemming tussen school, leerling en ouders
- Veilig pedagogisch klimaat
- Duidelijke gedragsregels op school
- Afstemming tussen ouders, mentor en jongere
- Tijdig inschakelen zorgcoördinator en samenwerkingsverband (SWV)
- Transparante zorgstructuur op school
- Vriendengroepen die loyaal zijn naar elkaar en constructief (muziekgroep, sportgroep et cetera)
- Passende school /opleiding qua niveau en motivatie

Risicofactoren

Ouders/gezin

- Ongewenste zwangerschap
- Ernstige, levensbedreigende stress bij moeder tijdens zwangerschap
- Aanhoudende stress bij moeder tijdens zwangerschap
- Middelengebruik door moeder tijdens zwangerschap
- Middelengebruik door ouders
- Psychische problemen ouders
- Jonge leeftijd moeder(< 18 jaar) en jonge leeftijd vader
- Negatieve jeugdervaringen bij ouders
- Zelf onvoldoende gemoederd zijn
- Weinig sociale steun
- Historie van zorgmijding
- Huiselijk geweld (tussen ouders, tussen kinderen)
- Broers/zussen met psychopathologie

- Autoritaire of te permissieve opvoeding-stijl
- Slechte communicatie in het gezin
- Lage sociaal-economische status
- Hoge mate van angst bij de moeder
- Verhoogde ouderlijke stress
- Onbegrip voor probleemgedrag van het kind
- Frequent verhuizen, frequent wisselende gezinssamenstelling

Kind

- Te vroeg geboren en laag geboortegewicht
- Cognitieve en/of lichamelijke beperkingen of achterblijvende ontwikkeling
- Een achterblijvende motorische ontwikkeling
- Een achterblijvende verstandelijke ontwikkeling
- Moeilijk temperament
- Een achterblijvende taalontwikkeling
- Hyperactiviteit, impulsiviteit, sterke prikkelbaarheid
- Zwakkere of te sterke impulscontrole
- Trage sociale informatieverwerking
- Zintuiglijke beperkingen (doven, slechthorenden, blinden en slechtzienden).
- Leerproblemen
- Langdurige (ziekenhuis)opname (contact met klasgenoten kwijt)
- Omgang met leeftijdsgenoten die probleemgedrag vertonen

Te sterke separatie:

- Teveel conflicten met opvoeders waarbij veilige vertrouwdheid in het geding komt
- Autoriteitsconflicten (school, thuis, gezagsdragers)

Te weinig separatie

- KOPP kinderen
- Te sterke loyaliteit met gezinsnormen waardoor aansluiting met leeftijdsgenootjes misloopt (bijvoorbeeld een andere religieuze overtuiging dan klasgenoten)
- Het vormen van een eigen persoonlijkheid met eigen waarden en normen kan leiden tot conflicten met het thuisfront. Het gaat om de mate van de conflicten.
- Zelfoverschatting qua zelfstandigheid.

Omgeving/school

- Overvraging/ ondervraging
- Onvoldoende pedagogisch en/of didactisch klimaat
- Geen afstemming tussen ouders, mentor en jongere
- Niet passende school qua niveau en motivatie
- Spijbelen
- Voortijdig schoolverlaten
- Lage sociaal-economische omgeving
- Sociale uitsluiting
- Lage sociale cohesie in de buurt
- Weinig controle op gedrag in de buurt (surveilleren)
- Hoge mobiliteit in de buurt
- Ontbreken van stimulering van sociaal wenselijk gedrag in de wijk
- Omgang met leeftijdsgenoten die probleemgedrag vertonen (alcohol, drugs, grenzen opzoeken, zelfbeschadiging, eetproblematiek)
- Leven in virtuele wereld (sociaal-emotionele beperkingen)
- Het vormen van een eigen persoonlijkheid met eigen waarden en normen kan leiden tot conflicten met leeftijdsgenoten.

5.5. Preventie

Er zijn verschillende evidence-based preventieprogramma's voorhanden. De Databank Effectieve Jeugdinterventies van het NJi bevat vele preventieve programma's. Voorzorg (Mejdoubi, 2014), Stevig Ouderschap, VIB zijn evidence-based practice. Sommige zoals de VIPP-SD, Kanjertraining en Incredible Years (basis), zijn volgens sterke aanwijzingen effectief. Aangezien er ontwikkeling is op dit terrein en we beogen ook op langere termijn nog gebruik te kunnen maken van de tabel, nemen we deze interventies niet op, maar beschrijven we enkele algemene aanwijzingen en factoren.

Het ongeboren kind -9 maanden – 0 jaar			
(Thuis)			
Universele preventie	Selectieve preventie	Geïndiceerde preventie	Zorggerelateerde preventie
– Voorlichting over anticonceptie – Voorlichting over gezondheid moeder (anti-reclame op alcoholgebruik, roken en drugs) – voorlichting over hechting	– Voorlichting binnen specifieke risicogroepen, zoals: zwangere vluchtelingen, (zeer) jonge ouders, getraumatiseerde zwangere vrouwen	– Gestructureerde gedragsverandering – (psycho)educatie – Heldere doelen stellen en behalen – Vergroten van zelfeffectiviteit (theorie van Albert Bandura) van moeder – Betrekken van netwerk van ouders – Mindfulness/ stressreductie – Partner relatie therapie bij relatieproblemen – Behandeling evt psychische problematiek zwangere – Behandeling evt verslavingsproblematiek zwangere	– Behandeling van mogelijke prenatale oorzaken van groei/ontwikkelingsproblemen ongeboren kind –

Het jonge kind 0 - 5 jaar			
Thuis			
Universele preventie	Selectieve preventie	Geïndiceerde preventie	Zorggerelateerde preventie
– Huisarts zorg, kraamzorg – Periodiek contact en longitudinaal volgen van de gezondheid, veiligheid en opvoeding, – alsmede opvoedingsondersteuning (versterken van het ouderschap) en gezondheidsvoorlichting (JGZ vanuit consultatiebureaus en huisbezoeken). – JGZ Richtlijn opvoedingsondersteuning.		– Extra contactmoment door de jeugdgezondheidszorg op indicatie – Verhogen van ouderlijke sensitiviteit door middel van bekrachtiging van sterke kanten van het ouderlijke opvoedingsgedrag, positief kindgedrag en positieve ouder-interacties – Begeleiding en behandeling van ouders/verzorgers middels gesprekken, observaties, video opnames maken en terugkijken en bespreken – Gestructureerde gedragsverandering – Educatie – Heldere doelen stellen en behalen – Vergroten van zelfeffectiviteit (theorie van Bandura) van moeder – Betrekken van netwerk van ouders	– Zie ook paragraaf Diagnostiek en paragraaf Behandeling alsook specifieke zorgstandaarden, richtlijnen en protocollen – Enkele relevante richtlijnen: Richtlijn Problematische gehechtheid Richtlijn Psychosociale problemen, vroegsignalering van psychosociale problemen (aanbevolen signaleringsinstrumenten): – Verwijzen naar kenniscentrum GGZ 0-6 jarigen en naar DAIMH
Buitenshuis (kinderopvang, peuterspeelschool, kleuterklas basisschool)			
			Zie ook Diagnostiek

- Richtlijn Problematische gehechtheid
- Richtlijn: Psychosociale problemen, vroegsignalering van psychosociale problemen

Het schoolgaande kind 5-12 jaar			
Thuis			
Universele preventie	Selectieve preventie	Geïndiceerde preventie	Zorggerelateerde preventie
Samenwerkingsverband ter bevordering van een positief sociaal klimaat	Ontwikkelingsstimulering van jonge kinderen in achterstandssituaties	Onderzoek op indicatie door de jeugdgezondheidszorg	Zie ook Diagnostiek.
School			
Jeugdgezondheidszorg op school Onderwijs – Schoolprogramma's gericht op sociale competenties/sociaal emotionele ontwikkeling van leerlingen – Betrokken en uitdagend onderwijs	– Pestprotocol (JGZ richtlijn pesten) – Groepsoefeningen, meningen delen		Zie ook Diagnostiek.

- Pestprotocol (JGZ richtlijn pesten)

Vroege adolescent 12-16 jaar			
Thuis			
Universele preventie	Selectieve preventie	Geïndiceerde preventie	Zorggerelateerde preventie
Jeugdgezondheidszorg	– Richtlijn Middelengebruik	Onderzoek op indicatie door de jeugdgezondheidszorg – Richtlijn Middelengebruik	
School			
– Voorlichting door ervaringsdeskundige (heeft meer effect dan 'gewone' professionals)			

- Richtlijn Middelengebruik
- Voorlichting door ervaringsdeskundige

Late adolescent 16-23 jaar			
Thuis			
Universele preventie	Selectieve preventie	Geïndiceerde preventie	Zorggerelateerde preventie
Jeugdgezondheidszorg (tot 19 jaar) – Ondersteuning in het kader van de Wmo	– Richtlijn Middelengebruik	Onderzoek op indicatie door de jeugdgezondheidszorg – Richtlijn Middelengebruik	
School			
Voorlichting door ervaringsdeskundige			

5.6. Specifieke aandachtspunten vanuit patiëntenperspectief

Specifieke aandachtspunten vanuit het patiëntenperspectief, genoemd tijdens verschillende bijeenkomsten staan in dit achtergronddocument benoemd. Deze punten hebben als uitgangspunten gediend voor de tekst in [Perspectief van patiënten en naasten](#).

5.6.1. 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.

5.6.2. 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 Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek.
- 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 desbetreffende thema's in achtergronddocument Verdieping , behorend bij deze generieke module.

- Wat betreft dossiervoering heeft het kind (en de ouder(s)) recht op het opvragen en inzien van het eigen dossier. De hulpverlener dient helder te communiceren wat dit recht inhoudt, 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 transities bij 4 jaar, 12 jaar, 16 jaar (zie voor leeftijdsgrenzen de generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problemen).
- 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.

5.6.3. 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 achtneming 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.

5.6.4. 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.

5.6.5. 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.
- 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.
- Anoiksis is een patiëntenvereniging voor psychosegevoelige mensen (vooral gericht op volwassen familieleden).
- Ypsilon is gericht op ouders en volwassen familie van kinderen met psychose.
- Weet is een vereniging rond eetstoornissen met een eigen website, Andere sites over eetstoornissen zijn 99gram en proud2bme.
- VMDB young.
- Forum Landelijke Stichting Zelfbeschadiging.
- Stichting gilles de la tourette. Deze site heeft ook een kinderpagina.

- Depressievereniging. Voor jongeren vanaf 16 jaar is er Grip op je dip.
- Korrelatie.
- Voor kopp-problematiek: Kopstoring voor de jeugd en voor ouders: KOP op ouders.

Anonieme hulp

Via de volgende websites:

- Pratenonline
- Over je kop: over angst depressie, stress, thuis, relaties.
- Kopstoring :voor kinderen met ouders met problemen.
- Pratenoververlies voor als je rouwt.
- Hulpmix
- Fier voor jongeren die te maken hebben met misbruik of geweld.

Kenniscentra

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 die speciaal voor kinderen is gemaakt. [Begrijp je medicijn](#) is onderdeel van Brainwiki en geeft uitgebreide informatie over medicatie.

Overig

- Op 18 jaar wat nu of 18 en 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.

5.7. Samenstelling werkgroep

Werkgroep

Werkgroep: Op het moment van publicatie is deze generieke module nog niet geautoriseerd door de LVVP. InEen en NVKG hebben afgezien van autorisatie.

De prioriteit van Ineen ligt bij onderwerpen die betrekking hebben op bestuurlijke en organisatorische aspecten van eerstelijnszorg. Deze module is vooral zorginhoudelijk. Met de hoeveelheid zorgstandaarden en modules die op dit moment aan ons voorgelegd worden, zijn wij genooddaakt prioriteiten te stellen. Wij zien daarom af van het beoordelen en autoriseren van deze module.

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.

Leden werkgroep

JN Jeugdartsen Nederland /Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ):	mw. K. Franken
Federatie van psychologen, psychotherapeuten en pedagogen (P3NL):	mw. M. Rexwinkel
Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid :	mw. J. Luijckx (oudervereniging Balans en Nederlandse Vereniging voor Autisme)
	mw. J. Gomes
	mw. S. Toet
	mw. W. Glebbeek
Gemeente Amersfoort/Youké:	dhr. A. van der Linde
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG):	mw. L. de Vries
Nederlands Jeugdinstituut (NJI):	mw. N. Foolen
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP):	mw. F. Scheper
Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP) (en vereniging Kinder- en Jeugdpsychotherapie (VKJP)):	mw. M. Feijtel
Ervaringsdeskundigen:	mw. D. Straub, mw. V. Sciascera
Vanuit het onderwijs, orthopedagoog/onderwijsbegeleider (lid NVO)	mw. A. Bregman

Stuurgroep

Stuurgroep

Directeur Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie	<i>Voorzitter:</i> mw. drs. A.M. de Ruijter
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 Jeugdinstituut (NJI)	dhr. dr. W.H.M. Gorissen
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)	dhr. dr. C. Huyser

Meelezend namens MIND Landelijke Platform Psychische Gezondheid:

dhr. D. Meijnckens (tevens medewerker van het project 'Een Krachtige Stem' ter borging en ondersteuning van het patiënt- en familieperspectief)

mw. L. Stomphorst

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

Federatie Vaktherapeutische Beroepen (mw. van der Wiel en mw. Tel-Vos)

Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (mw. J. Meyers)

Overige experts die zijn geraadpleegd:

dhr. prof. Dr. P. Prins

dhr. prof. Dr. F. Boer

mw. W. Lozowski (NIP)

mw. B. van Beek (NIP)

mw. L. Hallers-Haalboom (auteur van de Thema Sekseverschillen)

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

mw. drs. S. van der Weerd, projectleider vanaf november 2016

mw. dr. J.M.J. van der Meer, projectleider tot en met oktober 2016

mw. drs. Y.N. Janssen, secretaris/projectmedewerker

5.8. Literatuur

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorder (5th ed.). Washington, DC: Author.

Amberg, A., & Öst, L. (2014). CBT for children with depressive symptoms: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43 (4), 275-288. doi:10.1080/16506073.2014.947316

Barendregt, C. S. (2015). Needs, risks, and protective factors of adolescents in secure residential care: Identification of a conceptual model based on the Good Lives Model. Enschede: Ipskamp Drukkers.

Barnhoorn, J., Broeren, S., Distelbrink, M., de Greef, M., van Grieken, A., Hansen, W., Pels, T., Pijnenburg, H. & Raat, H. (2013). Client-, professional- en alliantiefactoren: hun relatie met het effect van zorg voor jeugd. Verkenning van kennis en kennishiaten voor het ZonMw-programma Effectief werken in de jeugdsector. Nijmegen/Rotterdam/Utrecht: HAN, Erasmus MC/Gemeente Rotterdam, Verwey-Jonker Instituut, 2013.

Bekker, M.H.J., & van Mens-Verhulst, J. (2008). GGZ en diversiteit: prevalentie en zorgkwaliteit. Programmeringstudie in het kader van het ZonMw programma 'Etniciteit en gezondheid'. Den Haag: ZonMw.

Berg, van den, M. & Schoemaker, C.G. (2010). Effecten van preventie. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 Van gezond naar beter. RIVM, 2010.

Berge, I. ten & Bakker, A. (2009). Veilig thuis? Hulp bij het beoordelen en bespreken van veiligheid van kinderen thuis. Utrecht: NIZW Jeugd/Expertisecentrum Kindermishandeling.

Bildt, A. de, Sytema, S., Kraijer, D., Sparrow, S., & Minderaa, R. (2005). Adaptive functioning and behaviour problems in relation to level of education in children and adolescents with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 672-681.

Boer, F. & Verhulst, F. (2014). Kompas Kinder- en jeugdpsychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom uitgeverij.

Bruchmüller, K., Margraf, J., Schneider, S. (2012). Is ADHD diagnosed in accord with diagnostic criteria? Overdiagnosis and influence of client gender on diagnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80 (1), 128-138. doi:10.1037/a0026582

Candelaria, A. M., & Fedewa, A. L. (2012). The effects of anger management on children's social and emotional outcomes: A meta-analysis. *School Psychology International*, 1-19. doi:10.1177/0143034312454360

Chandra, A., Minkovitz, C. S. (2006). Stigma starts early: Gender differences in teen willingness to use mental health services. *Journal of Adolescent Health*, 38, 754.e751-754.e758. doi:10.1016/j.jadohealth.2005.08.011

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.

Dorelijers, T., Boer, F., Huisman, J., Vermeiren, R. & de Haan, E. (red.) (2006). Leerboek psychiatrie kinderen en adolescenten. Utrecht: De Tijdstroom;

Douma, J.C.H., Dekker, M.C., Ruiter, K.P. de, Tick, N.T. & Koot, H.M. (2007). Antisocial and Delinquent Behaviors in Youths With Mild or Borderline Disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 112(3), 207-220.

Feldman, M.A. (2004). Introduction: what is early intervention? In M.A. Feldman (ed.), *Early intervention. The essential readings* (pp. 1-4). Malden USA/Oxford UK/Victoria Australia: Blackwell Publishing.

Goldman, S. (2013). Opinion: Sex, gender and the diagnosis of autism – A biosocial view of the male preponderance. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7 (6), 675-679. doi:10.1016/j.rasd.2013.02.006

Group for the Advancement of Psychiatry, committee on preventive psychiatry (1999). Violent behavior in children and youth: Preventive intervention from a psychiatric perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 235-241.

Hendriksen, J. & Hurks, P. (2009). WPPSI-III NL. Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence - Third Edition. Nederlandstalige bewerking. Afname- en scoringshandleiding. Amsterdam: Pearson.

Huber, M. (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.

Ince, D., van Yperen, T., & Valkestijn, M. (2013). Top tien positieve ontwikkeling jeugd. Beschermende factoren in opvoeden en opgroeien. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Opgehaald van: <http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/PublicatieNji/Top-tien-positieve-ontwikkeling-jeugd.pdf>

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.

Kiselica, M. S., Englar-Carlson, & Horne, A. M. (Eds.) (2008). *Counseling troubled boys: A guidebook for professionals*. New York (NY): Routledge.

Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T.E., Harrington, H., Milne, B.J., Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60, 709-717. doi:10.1001/archpsyc.60.7.709

Koning, N.D. de & Collin, P.J.L. (2007). Behandeling van jeugdigen met een psychiatrische stoornis en een verstandelijke beperking. *Kind en Adolescent*, 28(3), 215-229.

Koot, J.M. (2009). Verstandelijk gehandicapten. In F.C. Verhulst, F. Verheij (red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie, onderzoek en diagnostiek* (pp. 408-422), Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Kort, W., Schittekatte, M., Dekker, P. H., Verhaeghe, P., Compaan, E. L., Bosmans, M. & Vermeir, G. (2005). WISC-III NL Wechsler Intelligence Scale for Children. Derde Editie NL. Handleiding en Verantwoording. Amsterdam: Hartcourt Test Publishers/Nederlands Instituut voor Psychologen.

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

Mahalik, J.R., Good, G.E., Tager, D., Levant, R.F. & Mackowiak, C. (2012). Developing a taxonomy of helpful and harmful practices for clinical work with boys and men. *Journal of Counseling Psychology*, 59(4), 591-603. doi:10.1037/a0030130

Meij, H. (2011). De basis van opvoeding en ontwikkeling. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Opgehaald van: www.nji.nl/nl/Download-NJi/Normale-ontwikkeling-pdftekst.pdf

Meij, H., & Ince, D. (2013). De ontwikkeling van kinderen. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Opgehaald van: <http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/De-ontwikkeling-van-kinderen.pdf>

Mejdoubi, J. (2014). The primary prevention of child maltreatment in early life: Study on the effectiveness of Voorzorg (Proefschrift). Amsterdam: Vrije Universiteit.

Mevissen, L., Didden, R., Korzilius, H., & de Jongh, A. (2016). Assessing posttraumatic stress disorder in

children with mild to borderline intellectual disabilities. *European Journal of Psychotraumatology*, 7, 10.3402/ejpt.v7.29786

Owens, E.B., Hinshaw, S.P., Kraemer, H. C., Arnold, L. E., Abikoff, H. B., Cantwell, D. P. ... Wigal, T. (2003). Which treatment for whom for ADHD? Moderators of treatment response in the MTA. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (93), 540-552. doi:10.1037/0022-006X.71.3.540

Prins, P. & Braet, C. (2008). *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Quinn, P. O. & Madhoo, M. A. (2014). A review of attention deficit/hyperactivity disorder in women and girls: Uncovering this hidden diagnosis. *Primary Care Companion for CNS Disorders*, 16 (3), 1-12. doi:10.4088/PCC.13r01596

Rai, D., Skapinakis, P., Wiles, N., Lewis, G. & Araya, R. (2010). Common mental disorders, subthreshold symptoms and disability: longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 411-412.

Resing, W.C.M., Bleichrodt, N., Drenth, P.J.D. & Zaal, J.N. (2012). *RAKIT-2 handleiding*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.

Rexwinkel, M., Schmeets, M., Pannevis, C. & Derkx, B. (red.) (2011). *Handboek Infant Mental Health. Inleiding in de ouder-kindbehandeling*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M. et al. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

Schouten, R., Oudhof, M., Zoon, M. & Steege, M. van der (2012). *Wat werkt in de hulpverlening aan pubermeisjes?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Spanjaard, H., & Slot, W. (2015). Tijden veranderen, ontwikkelingstaken ook. Een update van het competentiemodel. *Kind en Adolescent Praktijk*, 3, 14-21.

Spijkerman, R., Müller, M., de Glopper, A., Rosenberg, E., Willems, W., & Hendruks, V. (2015). *Programma Verslaving & Ouderschap. Handboek voor professionals in de verslavingszorg en geestelijk gezondheidszorg. Brijder Verslavingszorg, Parnassia Addiction Research Centra (PARC)*. Opgehaald van: <https://www.brijderjeugd.nl/downloads/Reader%20PVO-Brijder%20DEF.PDF.pdf>

Verhaak, P.F., Meijer, S.A., Visser, A.P., & Wolters, G. (2006). Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Family Practice*, 23(4), 414-420.

Verheij, F., & van Doorn, E.C. (2002). *Ontwikkeling en leren. Psychiatrie op school*. Assen: Van Gorcum.

Verhulst, F.C. & Verheij F. (2000). *Kinder en jeugdpsychiatrie, onderzoek en diagnostiek*. Assen: Koninklijke van Gorcum.

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

Vlierberghe, L. van, Hamers, P. & Breat, C. (2014). *Handelingsgerichte diagnostiek*. In: Breat, C. & Bögels, S. (2014). *Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten 1*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Wijngaarden-Cremers, P.J.M. van, Eeten, E. van, Groen, W.B., Deurzen, P.A. van, Oosterling, I.J. & Gaag, R.J. van der (2014). Gender and age differences in the core triad of impairments in autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44 (3), 627-635. doi:10.1007/s10803-013-1913-9

Young, D.W., Dembo, R., & Henderson, C.E. (2007). A National Survey of Substance Abuse Treatment for Juvenile Offenders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(3), 255-266.

Zero to Three (2005). *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and*

Early Childhood: Revised edition (DC:0-3R). Washington, DC: ZERO TO THREE.

5.9. Verdieping

5.9.1. NVO beroepscode

De NVO-beroepscode voor (ortho)pedagogen wijkt af van de Wgbo die in art. 7:450 BW (zeer) beperkte ruimte biedt om een kind vanaf twaalf jaar te behandelen zonder toestemming van (een van) de gezaghebbende ouders. De NVO-beroepscode biedt deze ruimte niet, gelet op de wijze waarop de (tucht)rechtspraak deze bepalingen interpreteert én omdat het voor de effectiviteit van het handelen van de (ortho)pedagoog essentieel is dat beide gezaghebbende ouders en het kind (vanaf twaalf jaar) instemmen met de interventies van de (ortho)pedagoog. Bovendien heeft een gezaghebbende ouder, in geval van een verschil van mening met de andere gezaghebbende ouder, de bevoegdheid zich tot de rechter te wenden met een verzoek om vervangende toestemming. Zie [artikel 5](#) uit de beroepscode NVO. Zie voor hulp na kindermishandeling ook de [‘Handreiking dubbele toestemming na kindermishandeling’](#).