



Position paper kwaliteit jeugd-ggz/vz

Vragen?

Voor vragen en toelichting over deze notitie kunt u zich richten tot aanbieders van jeugd-ggz/vz in uw regio of GGZ Nederland (dverseput@ggznederland.nl)

14 juni 2017

Hoe kunt u als gemeente de kwaliteit van geestelijke gezondheidszorg voor kwetsbare kinderen borgen?

In de jeugdregio's wordt door gemeenten en door jeugdhulp-biedende organisaties en professionals hard gewerkt om de transitie te laten slagen en de transformatie verder vorm te geven en integrale jeugdhulp te realiseren. In de keten van jeugdhulp levert de jeugd-ggz een deel van deze hulp, complementair aan andere vormen van (jeugd)hulpverlening. Met deze notitie wil GGZ Nederland het proces van samenwerking tussen gemeenten, jeugd-ggz (incl. jeugdverslavingszorg) aanbieders, andere jeugdhulp- en samenwerkingspartners ondersteunen door een aantal kwaliteitsaspecten onder de aandacht te brengen.

Vanaf 2018 wordt de jeugd-ggz niet meer ingekocht met dbc's. Met de overgang van dbc's naar uitvoeringsvarianten komt de kwaliteitsregelgeving welke vervat is in de dbc-systematiek te vervallen. Met de nieuwe, integrale bekostigingssystematiek kopen gemeenten verschillende soorten zorg in. Daarbij is het belangrijk te weten wat de ggz onderscheid qua wet- en regelgeving, regelgeving waar de sector aan hecht en zich aan houdt.

De Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) heeft recent versie 2 van de [handreiking bekostiging jeugd-ggz inspaningsgericht](#) uitgebracht. GGZ Nederland adviseert de gemeentelijke opdrachtgevers kennis te nemen van enkele kanttekeningen bij deze herziene handreiking. ([Link wordt 16-6-17 toegevoegd](#)) De [position paper 'Wat vindt GGZ Nederland belangrijk bij de bekostiging van jeugd-ggz'](#) gaat nader in op bekostigingsthema's.

Voorliggende position paper kwaliteit vult bovengenoemde documenten aan en richt zich op –het belang van- behoud van kwaliteit van zorg.

Met bovengenoemde documenten en de recent verschenen [handreiking Passende zorg en behandeling voor jeugdigen](#) van de Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd (BGZJ) beschikken gemeenten en ggz-aanbieders over een samenhangend palet van documenten, welke behulpzaam zijn voor de contractering en daarmee voor de realisatie van passende, verantwoorde zorg voor jeugdigen met een psychische aandoening.

Gemeenten kunnen deze position paper kwaliteit jeugd-ggz/vz als handreiking gebruiken bij het opstellen van de kwaliteitsparagraaf in hun beleid over jeugdhulp/-ggz; bij het opstellen van inkoopdocumenten voor jeugdhulp/-ggz; en bij het voeren van het gesprek over kwaliteit van jeugdhulp/-ggz. De leden van GGZ Nederland voeren graag dit gesprek met alle ketenpartners.



De jeugd-ggz is onderdeel van een veranderend zorglandschap. Samen met alle partners in het jeugddomein wil GGZ Nederland een bijdragen leveren aan de ontwikkeling van het nieuwe zorglandschap, zodanig dat alle jeugdigen en hun ouders/verzorgers de passende en best werkzame jeugdhulp krijgen. Deze gezamenlijke ontwikkeling is in gang gezet, de jeugd-ggz wil zich daarbij niet isoleren. We zien nu echter wel dat de kwaliteit van de jeugd-ggz onder druk staat. Met deze position paper geven we aan dat het belangrijk is de kwaliteit van de jeugd-ggz overeind te houden, ook omwille van de kwaliteit(sontwikkeling) van de brede jeugdhulp.

In het proces van uitwerking hebben GGZ Nederland, de beroepsgroepen NVvP, LVVP, NIP, NVO, V&VN en MIND-Landelijk Platform GGz met elkaar gesproken over de inhoud van deze position paper van GGZ Nederland. Ook deze partijen onderschrijven het belang aan kwaliteitsborging en behoud van expertise. De wens is een gezamenlijke veldnorm te ontwikkelen ter aanvulling en verdieping van het huidige [Kwaliteitskader Jeugd](#). De beroepsgroepen nemen daarbij het initiatief. Hierbij kan gestreefd worden naar een jeugdhulp-brede aanpak, GGZ Nederland acht dit een goede ontwikkelrichting en gaat hierover graag het gesprek aan met de beroepsgroepen, cliëntvertegenwoordigers, de andere jeugdbranches, VNG, Rijk en de Inspecties Jeugd.

Position paper kwaliteit jeugd-ggz/vz in relatie tot andere kwaliteitsdocumenten

In de [publicatie 'Investeren in de toekomst van kwetsbare kinderen'](#) heeft GGZ Nederland in beeld gebracht wat het belang is van een goede mentale weerbaarheid en een goede geestelijke gezondheidszorg voor jeugd voor onze samenleving. Deze position paper is een aanvulling hierop.

Deze position paper kan ook gelezen worden als een aanvulling op de [factsheet 'Kwaliteitseisen jeugd-hulpaanbieders en gemeenten zoals gesteld in de Jeugdwet'](#) van de VNG en als uitwerking van spoor 2 van de [Aanpak zorglandschap specialistische jeugdhulp](#) van VNG en BGZJ-branches gericht op goed opdrachtnemerschap.

Bij de uitvoering van jeugd-ggz/vz is kwaliteit van zorg van cruciaal belang. Vanwege de aard van de zorg en de kwetsbaarheid van de doelgroep, vestigt GGZ Nederland met deze notitie de aandacht op de benodigde randvoorwaarden voor kwalitatief hoogwaardige vrijwillige én gedwongen zorg. Daarbij sluiten we aan bij de uitgangspunten van het [normenkader voor jeugdbescherming en jeugdreclassering](#). Immers, ook voor de jeugd-ggz geldt dat de competenties van de professional in combinatie met de methodieken en interventies die worden gehanteerd, cruciaal zijn voor het realiseren van de doelstellingen en resultaten. Daarbij moet er sprake zijn van een organisatie die de professional en de methodiek voldoende inbedt, faciliteert en die kaders stelt. Een optimale afstemming en samenwerking in de keten is daarbij essentieel om de resultaten te kunnen bereiken.

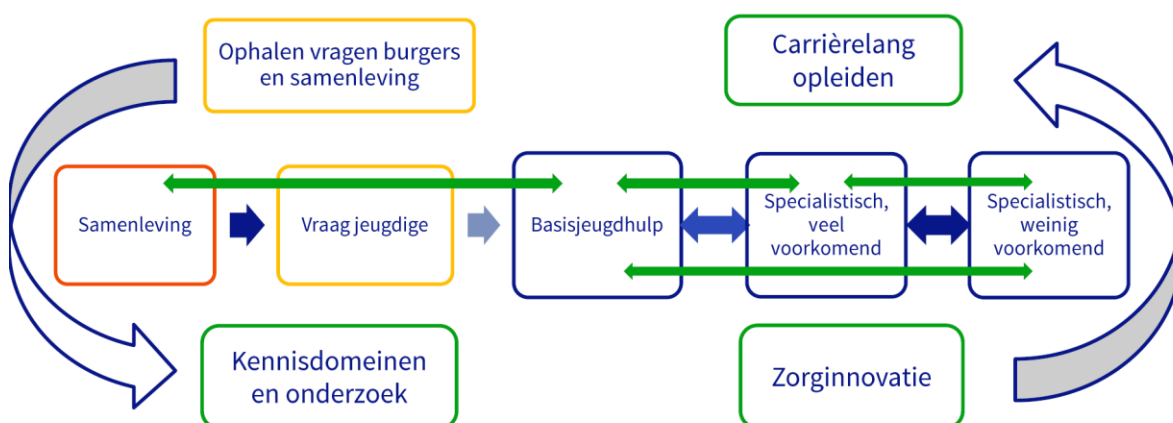
Deze handreiking sluit ook aan op de wijze [waarop de inspectie de kwaliteit van \(nieuwe\) aanbieders toetst](#) op de aanwezigheid van voldoende en kwalitatief goed toegeruste, bekwaame professionals passend bij de doelgroep.

1) Jeugd-ggz/vz in een veranderend zorglandschap

Door de Jeugdwet transformeert het **zorglandschap** voor jeugdigen. Naast de beweging naar voren, die er op gericht is om specialistische kennis dichtbij het kind te organiseren, is er ook een beweging naar meer integrale hulp. Daarnaast moet de zorg voor problematiek die minder vaak voorkomt en door de kleine schaal moeilijk kostenefficiënt te organiseren is, (boven)regionaal of landelijk beschikbaar blijven.

Binnen de **Aanpak Zorglandschap specialistische jeugdhulp** is in opdracht van de branches gespecialiseerde zorg voor jeugd (BGZJ: Jeugdzorg Nederland, GGZ Nederland, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra) de **handreiking Passende zorg en behandeling voor jeugdigen opgesteld**. Onderstaand plaatje geeft de kern weer van deze handreiking: het plaatje over het dynamische zorglandschap. De dynamiek wordt met name zichtbaar in de groene pijlen, die illustreren dat met toename van kennis en vaardigheden steeds meer problematiek meer voor in de keten kan worden geholpen. Hierbij aansluitend verheldert GGZ Nederland met deze position paper kwaliteit jeugd-ggz/vz het belang van – het behoud van- kwaliteitsborging van de jeugd-ggz.

Toelichting:



Afhankelijk van de wijze waarop gemeenten de basisjeugdhulp inrichten wordt basishulp geboden in de huisartsenpraktijk (huisartsenzorg/jeugdhulp door POH ggz), het wijkteam en/of dicht daarom heen in eerstelijnspraktijken. De reikwijdte van het begrip basisjeugdhulp verschilt tussen gemeenten. Diverse jeugdggz-aanbieders aangesloten bij GGZ Nederland leveren via bijv. detachering vormen van generalistische basisggz en preventie. Daarbij zijn gemeenten en jeugdggz-aanbieders volop zoekend naar optimale werkwijzen om 'specialistische kennis en vaardigheden naar voren te brengen' in de ontwikkeling van best bewezen werkzame hulp die vroegtijdig en nabij beschikbaar is. Basisggz wordt daardoor geboden binnen de basisjeugdhulp en binnen de specialistische veel voorkomende zorg. Ze is daarmee een voorbeeld van hoe zorg door ontwikkeling in de loop van de tijd kan verschuiven (groene pijlen). Zie voor toelichting ook het themadeel zorglandschap van de [VNG website](#). Het merendeel van de zorg die wordt geleverd door de leden van GGZ Nederland is specialistische jeugd-ggz, in zowel de categorie specialistisch veel voorkomend, als de categorie specialistisch weinig voorkomend. Specialistische zorg betreft vormen van diagnostiek en behandeling die, indien ze verzorgd worden door onvoldoende geschoolde professionals werkzaam in een onvoldoende geschoolde omgeving, minder

adequaat en met minder resultaat worden uitgevoerd. Zorg wordt dan duurder en/of heeft minder resultaat.

Door de positieve beweging naar meer integrale jeugdhulpverlening worden de schotten tussen domeinen minder scherp, oude sectorale grenzen veranderen door intensievere vormen van integrale samenwerking. Deze met de Jeugdwet beoogde integraliteit ontwikkelt zich in zowel de wijkteams en andere basisjeugdhulpvoorzieningen als ook in de gespecialiseerde vormen van zorg. Daarom is het van belang om bij beleid en contractering oog te houden voor die vormen van zorg waarop de [Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst \(Wgbo\)](#) van toepassing is, zodat de kwaliteit geborgd blijft en niet verwaterd.

Basis jeugd-ggz en [specialistische jeugd-ggz](#) richten zich op de behandeling en begeleiding van kinderen en jongeren waarbij sprake is van een (vermoeden van een) psychiatrische stoornis en/of verslaving. Daarbij wordt gekeken naar de ernst, risico's en complexiteit van de problematiek. Een psychische aandoening wordt gediagnosticeerd door middel van psychiatrische diagnostiek en geclassificeerd volgens de DSM 5. Het doel van de diagnostiek en behandeling is optimale ontwikkeling en deelname aan de samenleving. De DSM-classificaties zijn een middel om dit doel optimaal te bereiken. Afhankelijk van de geconstateerde problematiek is de aanpak monodisciplinair als het kan en multidisciplinair als dat nodig is.

Op de websites van het [Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie](#) en het [Kenniscentrum Resultaten Scoren](#) (verslavingszorg) worden de diverse aandoeningen en behandelingen op toegankelijke wijze uitgelegd.

Afhankelijk van de onderliggende zorgvraag, het aantal zorgvragers en/of de kosten-effectiviteit kunnen functies lokaal, regionaal, bovenregionaal of landelijk worden georganiseerd. Het aanbod van de jeugd-ggz bestaat uit de volgende functies:

- Preventie
Preventieve activiteiten zijn te onderscheiden naar universele, selectieve en geïndiceerde preventie. Er is veel kennis over de doelmatigheid van preventieve activiteiten gericht op o.a. KOPP/KVO, depressiepreventie en angstbehandeling.
- Consultatie
 - Jeugdige woont thuis en is elders in zorg;
 - Jeugdggz-aanbieder wordt geconsulteerd vanwege aanwezige expertise van zorgverleners;
- Ambulante of poliklinische zorg
 - Jeugdige woont thuis, gezinssysteem is in evenwicht;
 - Jeugdige wordt thuis (ambulant) of poliklinisch behandeld;
- Dagbehandeling
 - Jeugdige woont thuis, gezinssysteem is in evenwicht (geen uitputting);
 - Jeugdige krijgt minimaal vier uur behandeling per dag aangeboden Bijvoorbeeld bij intensieve behandeling van jonge kinderen (<6 jaar) of intensieve behandeling bij schooluitval en gefaseerde opbouw van onderwijsdeelname;
- Vrijwillige en onvrijwillige (Bopz) opnames (totaal minder dan 3% van de jeugdigen in de ggz);
 - 24/7, steeds vaker ook in combinatie met (intensieve) ambulante zorg;
- Crisiszorg (acute psychiatrie)

- Jeugdige is in crisis met gevaar/onveiligheid voor zichzelf of voor anderen;
- De crisisfunctie is de 'brandweerfunctie' van de (jeugd)ggz, deze moet 24/7 beschikbaar zijn.
- Jeugdggz-organisaties bieden de Bopz-voorzieningen 24/7 voor 0-18 jarigen en sommigen participeren in de outreachende 24/7 uurs acute psychiatrie/ crisisdienst.

Jeugd-ggz/vz is altijd systemisch gericht, met aandacht voor de jeugdige, de ouders/verzorgers, voor deelname aan school, vrijetijd etc. Samenwerking met andere partners kan daarbij essentieel zijn om succes in termen van optimale deelname aan de samenleving te bereiken.

2) Jeugd-ggz is jeugdhulp en gezondheidszorg

Met de decentralisatie komt de inbedding van de jeugd-ggz/vz in de gezondheidszorgkaders gemakkelijk onder druk te staan, tegelijk biedt de decentralisatie kansen aan de samenleving meer van de ggz-kennis te profiteren. Ook na de decentralisatie blijft bepaalde wet- en regelgeving over kwaliteit relevant voor de jeugd-ggz. Voor een kwalitatief goede en duurzame geestelijke gezondheidszorg voor jeugd is het van belang de kwaliteitsborging in stand te houden: de geestelijke gezondheidszorg voor 18- moet even hoogwaardig zijn als de ggz voor 18+. Hierover wil GGZ Nederland afspraken maken met de beroepsgroepen, cliëntvertegenwoordigers, VNG, Rijk, Inspecties Jeugd en andere stakeholders, maar acht dit ook een vanzelfsprekende eis vanuit de samenleving.

Toelichting:

Voor de jeugd-ggz zijn naast de [Jeugdwet](#) de volgende wetten van toepassing en bepalend voor de kwaliteit van zorg:

- Wet Geneeskundige behandelingsovereenkomst ([Wgbo](#));
- Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen ([Wet Bopz](#), te vervangen door de Wet verplichte ggz);
- Wet Beroepen individuele gezondheidszorg ([Wet BIG](#));
- [Geneesmiddelenwet](#) en de
- Wet Bescherming Persoonsgegevens ([Wbp](#))

Omdat alle jeugdggz-aanbieders die zijn aangesloten bij GGZ Nederland continuïteit van zorg bieden aan jeugdigen die de leeftijd van 18 bereiken, voldoen deze aanbieders ook aan de kwaliteitseisen die volgen uit de Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg ([Wkkgz](#)) en de vereisten die volgen uit de Zorgverzekeringswet en aanverwante regelgeving van de Nederlandse Zorgautoriteit ([NZA](#)). De regelgeving voor de kwaliteit van geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen is beschreven in het [model kwaliteitsstatuut ggz](#): een set van afspraken over wie welke verantwoordelijkheden in de behandeling kan dragen, geborgd bij het Zorginstituut Nederland ([ZIN](#)). Deze eisen zijn geformuleerd om de bedoeling, optimaal hoogwaardige en efficiënte zorg, te garanderen.

Een belangrijk uitgangspunt voor GGZ Nederland is dat jeugdigen net als (jong)volwassenen recht hebben op kwalitatief goede geestelijke gezondheidszorg en dat de kwaliteitseisen voor de jeugd-ggz niet lager kunnen zijn dan de eisen die gelden voor de geestelijke gezondheidszorg voor (jong)volwassenen.

In de afgelopen jaren is de kennis gegroeid over ggz-problematiek in de levensfase van de adolescentie (transiëpsychiatrie) en het gegeven dat discontinuïteit in de behandeling een bedreiging vormt voor de kwaliteit van zorg. Veel ggz-aanbieders hebben daarom hun behandel aanbod levensfasegericht ingericht: jongeren en jongvolwassenen van 15-25 worden behandeld en begeleid in adolescentenpoli's, behandel- en/of verblijfs groepen. Vanuit cliëntperspectief is dit zeer gewenst. Met de decentralisatie is het complexer geworden om deze levensfasegerichte functies in stand te houden. In één behandelteam werken met onderscheiden kaders voor een verantwoorde werktoedeling is ongewenst en onwerkbaar. Waar de eisen verschillen vanuit de Jeugdwet- of de Zorgverzekeringswet-gefinancierde zorg, kiest GGZ Nederland voor aansluiting bij de meest vergaande kwaliteitseisen, zoals deze voor de volwassenen-ggz zijn geformuleerd.

Bovengenoemde wet- en regelgeving is verankerd in de [spelregels van de DBC-systematiek](#). Deze handreiking geeft aan wat wegvalt als deze spelregels wegvallen en waar in het kader van kwaliteitsborging rekening mee gehouden moet worden als de jeugd-ggz wordt ingekocht met behulp van de uitvoeringsvarianten integrale bekostiging (inspanningsgericht, taakgericht, outputgericht).

3) Norm verantwoorde werktoedeling: de juiste professional op de juiste plek

De Jeugdwet bevat de algemene norm van de verantwoorde werktoedeling. Deze norm vraagt van aanbieders van jeugdhulp en jeugdbescherming dat professionals worden ingezet die over de juiste expertise beschikken en vakbekwaam zijn. Voor werkzaamheden waarvoor een hbo-, wo-niveau of hoger noodzakelijk is, moeten geregistreerde professionals ingezet worden die werken met inachtneming van hun professionele standaard.

Voor de jeugd-ggz is de operationalisatie van de norm verantwoorde werktoedeling in het Kwaliteitskader Jeugd vooralsnog te beperkt. GGZ Nederland adviseert gemeenten daarom kennis te nemen van het [rapport van de commissie Meurs](#), hierin wordt de regiebehandelaar geïntroduceerd. GGZ Nederland adviseert gemeenten hierbij aan te sluiten. De [Jeugdwet](#) verplicht tot een organisatie van de zorg die redelijkerwijs leidt tot verantwoorde hulp. Ook na de decentralisatie is de opbouw van de professionele taakverdeling een van de belangrijkste pijlers om kwalitatief verantwoorde ggz te blijven geven.

Toelichting:

De algemene norm van de verantwoorde werktoedeling bestaat uit drie onderdelen:

1. Uitvoering van taken door een vakbekwame, geregistreerde professional (BIG-register of SKJ-register).
2. Inzet van niet-geregistreerde wanneer dit de kwaliteit van de hulp niet nadelig beïnvloedt of juist noodzakelijk is voor de kwaliteit (tenzij-bepaling)
3. Inzet van professionals zodanig dat ze werken volgens de professionele standaarden (de juiste professional op de juiste plek, werken volgens vakinhoudelijke richtlijnen en beroepscode met de kennis van de laatste stand van de wetenschap.)

Vakbekwaamheid is een vereiste, niet elke geregistreerde professional is bekwaam om alles te doen. Gemeenten moeten in het beleidsplan aangeven hoe gewaarborgd is dat jeugdhulp-aanbieders voldoen aan de norm van de verantwoorde werktoedeling. De jeugdggz-aanbieders bieden transparantie over de wijze waarop zij het werk verantwoord toebedelen. Diverse jeugdggz-aanbieders doen dit nu met het -voor de volwassenen-ggz verplichte-kwaliteitsstatuut, bijvoorbeeld in de vorm van een jeugd-addendum. Jeugdggz-aanbieders

bieden zo transparantie over de werkafspraken in de organisatie en het professionele netwerk waarin de zorgaanbieder opereert.

Deze handreiking gaat in op met name deel 1 en 3 van de norm: de inzet van vakbekwame professionals en van de juiste professional op de juiste plek. De beroepsinhoudelijke verantwoordelijkheidstoedeling in de ggz is in de afgelopen jaren aangescherpt in opdracht van de Rijksoverheid. De commissie Meurs introduceerde het regiebehandelaarschap en sloot daarbij aan bij de begrippen bevoegd en bekwaam uit de Wet BIG. Meurs maakte onderscheid tussen individuele behandelingen en multidisciplinaire behandelingen.

Ook na de decentralisatie en de afschaffing van de dbc's is de opbouw van de professionele taakverdeling een van de belangrijkste pijlers om kwalitatief verantwoorde ggz-behandelingen te blijven geven. Overigens is niet uitgesloten dat met de ontwikkeling van de jeugdhulp t.z.t. sommige behandelingen net zo adequaat kunnen worden uitgevoerd door anders geschoolde professionals (de pijlen in het plaatje van het dynamische zorglandschap).

4) Multidisciplinaire behandeling en regiebehandelaarschap

In de specialistische jeugd-ggz is veelal sprake van een multidisciplinaire aanpak; meerdere disciplines leveren een bijdrage aan de ggz-behandeling. De commissie Meurs stelt dat het belangrijk is dat een bekwame behandelaar het regiebehandelaarschap op zich neemt, passend bij de doelgroep. De regiebehandelaar heeft een wezenlijk aandeel in de inhoudelijke behandeling, overziet het geheel en draagt de verantwoordelijkheid voor afstemming, samenhang en integraliteit van de multidisciplinaire ggz-behandeling. De regiebehandelaar stuurt de inhoud, het proces en de betrokken beroepsbeoefenaren. Daarnaast is hij voor alle betrokkenen, waaronder de jeugdige en zijn ouders/verzorgers, gedurende het gehele traject het centrale aanspreekpunt voor de ggz-behandeling. Het model kwaliteitsstatuut ggz, de recent vastgestelde professionele veldnorm over regiebehandelaarschap en verantwoordelijkheidstoedeling in de volwassenen-ggz, komt de kwaliteit van ggz-zorg ten goede en GGZ Nederland acht het in deze fase van belang dat dit overeind blijft voor de jeugd-ggz. Tegelijkertijd is het belangrijk dat het gesprek hierover gevoerd blijft worden, in relatie tot de doorontwikkeling van de jeugd-ggz in de bredere context en keten van jeugdhulp en de ontwikkeling van de veldnorm voor de jeugd-ggz. GGZ Nederland gaat dit gesprek graag aan met alle relevante stakeholders.

Toelichting:

De commissie Meurs definieert het belang en de rol van de regiebehandelaar ggz. De regiebehandelaar verenigt competenties op drie niveaus: ten aanzien van het proces, de individuele deskundigheid en het systeem.

a. Proces:

De regiebehandelaar zorgt ervoor dat door hemzelf of door een andere deskundige een werkdiagnose wordt gesteld (voor zover nog niet beschikbaar); zorgt ervoor dat op basis van de werkdiagnose een behandelplan wordt opgesteld, zoveel mogelijk in overleg met de cliënt en/of naasten; zorgt ervoor dat het behandelplan wordt vastgesteld in een overleg met alle disciplines die een aandeel nemen in de uitvoering van het behandelplan; staat er garant voor dat het team beschikt over de benodigde competenties; ziet erop toe dat alle relevante deskundigheden worden benut en neemt (controversiële) besluiten niet eerder dan nadat alle

betrokken inhoudelijke deskundigheden zijn geconsulteerd; staat er garant voor dat alle teamleden over voldoende deskundigheid beschikken voor het uitvoeren van hun aandeel in het zorgtraject; schept de benodigde voorwaarden voor een verantwoorde uitvoering van het behandelplan; initieert de uitvoering van het behandelplan en bewaakt de voortgang; stuurt andere betrokken zorgverleners aan; toetst of de door hen geleverde bijdragen aan de behandeling met elkaar in verhouding zijn en passen binnen het behandelplan en intervenueert zo nodig; evalueert (periodiek) de voortgang van het proces en de effectiviteit; ziet erop toe dat in alle fasen van het behandelingstraject dossiervoering plaatsvindt die voldoet aan de daaraan te stellen eisen; is aanspreekpunt voor de cliënt en naasten/wettelijke vertegenwoordiger, is beschikbaar en bereikbaar.

b. Deskundigheid

De regiebehandelaar beschikt over een relevante inhoudelijke deskundigheid; draagt niet de verantwoordelijkheid voor de door andere zorgverleners tijdens het behandelingstraject uitgevoerde verrichtingen die zijn gelegen buiten het terrein waarop hij/zij zelf deskundig is. Voor die verrichtingen zijn en blijven die andere zorgverleners zelf ten volle verantwoordelijk; is in de mate die van hem beroepsmatig mag worden verwacht alert op aspecten van de behandeling die mede liggen op andere vakgebieden dan het zijne en laat zich over die aspecten informeren door de deskundigen op die andere vakgebieden, zo tijdig en voldoende als voor een verantwoorde behandeling van de patiënt vereist is; (h)erkent derhalve de grenzen van zijn eigen deskundigheid (sgebied). Iedere bij de behandeling betrokken zorgverlener komt in aanmerking voor deze primair organisatorische en logistieke functie, met dien verstande dat het deskundigheidsgebied in beginsel is gestoeld op de volgende pijlers: opleiding voldoende aan de NLQF5 gelijk of hoger dan niveau 7 (wo en hoger), welke onderworpen is aan een systeem van accreditatie en heraccreditatie en voorziet in gerichte bij- en nascholing; registratie en tuchtrecht; relevante werkervaring; deelname aan een vorm van intercollegiale toetsing.

c. Systeem

De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de regiebehandelaar en van de teamleden moeten schriftelijk zijn vastgelegd. De commissie Meurs introduceert hiervoor het begrip kwaliteitsstatuut. In het [model kwaliteitsstatuut ggz](#) voor de volwassenen-ggz is aangegeven dat de afspraken over regiebehandelaarschap en samenwerking zo zijn opgesteld dat het ook kan worden toegepast in andere delen van de (geestelijke) gezondheidszorg zoals de jeugd-ggz. Het statuut wordt gedragen door beroeps- en brancheverenigingen in de ggz en Mind-Landelijk Platform GGz en is daarmee een veldnorm. Het Zorginstituut Nederland beheert deze veldnorm.

5) Regiebehandelaar, eigen regie & één jeugdige/gezin - één plan - één regisseur

Met de decentralisatie van de jeugd-ggz heeft regie meerdere betekenissen gekregen en zijn er meerdere regisseurs mogelijk. Dit kan tot verwarring leiden. Voor jeugdigen en het gezin is dit onwenselijk, het moet voor hen duidelijk zijn wie waarop aanspreekbaar is. Het is belangrijk dat zorgaanbieders en gemeenten hierover werkafspraken maken.

Toelichting:

De Jeugdwet beoogt terecht regie zoveel mogelijk bij de betrokkenen zelf (kind, jongere, ouder) te laten. Naast deze eigen regie van de jeugdige en/of de ouders/verzorgers beoogt

de Jeugdwet ook één kind/gezin - één plan – één regisseur. Hierbij wordt - zeker bij multiprobleemgezinnen - bij de regisserende rol vaak gedacht aan een medewerker van het wijkteam. Naast de eigen regie en de (gemeentelijke) regisseur is er de regiebehandelaar ggz, voor dat deel van de jeugdhulpketen dat jeugd-ggz is.

GGZ Nederland signaleert dat de rollen elkaar kunnen aanvullen. Daar waar de regiebehandelaar ggz de contactpersoon is voor de multidisciplinaire ggz-behandeling, kan de wijkteammedewerker aanspreekpunt zijn voor de regie gericht op bijkomende problematiek bijv. op het terrein van schulden, school etc. Door het erkennen en benutten van elkaars expertise kunnen beide rollen elkaar versterken, met de beste resultaten voor de jeugdige en zijn ouders/verzorgers. Maar rollen kunnen ook conflicteren. Dit laatste komt de jeugdige en het gezin niet ten goede.

Afhankelijk van de aard en de complexiteit van de problematiek en de rolverdeling in de behandeling en begeleiding, is een goede en pragmatische afstemming en verantwoordelijkheidsverdeling tussen jeugdige en ouders/verzorgers, de regiebehandelaar in de jeugd-ggz/vz en de regisseur vanuit het wijkteam van belang. Zodanig dat de jeugdige en zijn ouders/verzorgers hiermee optimaal geholpen worden. Het is belangrijk dat zorgaanbieders en gemeenten hierover werkafspraken maken, zodanig dat de voortgang van de zorg niet wordt belemmerd of onnodig duur wordt.

6) Kwaliteit binnen de juiste randvoorwaarden

In deze paragraaf zetten we uiteen wat de passende randvoorwaarden zijn voor kwalitatief hoogwaardige vrijwillige en gedwongen zorg, deze zijn vanwege de aard van de zorg en de kwetsbaarheid van de doelgroep van belang. GGZ Nederland adviseert gemeenten de uit de Wgbo en andere wet- en regelgeving volgende kwaliteitseisen te blijven stellen.

Toelichting:

✓ Passende disciplinemix

In de specialistische jeugd-ggz is sprake van een disciplinemix met relatief veel hoog opgeleide professionals. Op basis van de Jeugdwet, Wgbo, Wet Bopz/Verplichte ggz, Wet BIG en de Geneesmiddelenwet moeten voldoende goed gekwalificeerde professionals worden ingezet. Doel hiervan is niet anders dan de noodzaak optimaal resultaat te behalen tegen de laagste prijs.

Een professional moet bekwaam zijn en in specifieke gevallen ook bevoegd zijn om een specifieke – voorbehouden – handeling uit te voeren. Binnen de gezondheidszorg zijn bepaalde verrichtingen toebedeeld aan specifieke zorgprofessionals, omdat diagnostisch en behandelactiviteiten uitgevoerd moeten worden door goed geschoolde professionals voor adequate uitvoering en de beste resultaten. Zo zijn bepaalde handelingen enkel voorbehouden aan bepaalde beroepsgroepen. Hieruit volgt dat bij geneeskundige zorg (i.e. onderzoek, advisering, behandeling, verpleging en verzorging bij psychische stoornissen) bekwame professionals verantwoordelijk moeten zijn voor de geboden zorg.

De uitvoering van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) heeft veel invloed op de benodigde disciplinemix. De uitvoering ervan ligt voor een groot deel bij de kinder- en jeugdpsychiaters. De maatregelen en het actuele beeld en de behandeling moeten dagelijks beoordeeld worden door de kinder- en jeugdpsychiater met structurele registratie en controle door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)/Toezicht Jeugd.

✓ **Werken volgens professionele standaarden**

In de (jeugd)ggz en verslavingszorg zijn professionals gehouden zich als goed hulpverlener te gedragen door te werken met in acht nemen van de voor hen geldende professionele standaard. Die bestaat uit de gedragsregels van de beroepsgroep (beroepscode) en uit diverse kwaliteitsstandaarden, zoals richtlijnen en protocollen die worden ontwikkeld met het oogmerk de best werkzame zorg te garanderen:

Volgend op het programma multidisciplinaire richtlijnen ggz, is in 2013 het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (NKO) opgericht door de beroepsverenigingen van psychiaters (NVvP) en psychologen (NIP) en het Landelijk Platform GGz (LPGGz). In dit Netwerk participeren naast GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland een groot aantal andere beroepsorganisaties. Het NKO ontwikkelt kwaliteitsstandaarden voor de ggz, ook voor jeugd, enkele jeugdstandaarden bevinden zich in een afrondende fase en gaan in de organisatie van zorg en taak/rolverdeling van de diverse disciplines. Op de [website](#) zijn alle ontwikkelde kwaliteitsstandaarden gratis te downloaden.

Sinds 1999 ontwikkelt Resultaten Scoren (RS) de toolkit voor preventie, diagnostiek en behandeling en daarmee de professionalisering van de verslavingszorg. Op de [website](#) zijn alle richtlijnen, protocollen, interventies, factsheet en andere kennisproducten te vinden en gratis te downloaden.

Op de website van het [Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie](#) is veel wetenschappelijke kennis over diagnostiek en behandeling toegankelijk gemaakt voor jeugdigen en hun ouders, professionals, zorginkopers en onderwijspartners.

Tussen 2010 en 2015 zijn er 14 richtlijnen voor de jeugdzorg ontwikkeld door het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) en Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW). Sinds de transitie hanteert het programma de naam [Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming](#).

De organisaties die betrokken zijn bij bovenstaande, van oorsprong sectorale, richtlijnontwikkelingen zoals NKO, RS, NJI, Kenniscentrum KJP, Kenniscentrum LVG, Kenniscentrum NCJ etc. werken aan helderheid over de status van de veelheid aan richtlijnen, standaarden etc., de betekenis en praktische toepassing en de (integrale) doorontwikkeling ervan. Om de beste resultaten te bereiken, is werken volgens richtlijnen door passend geschoolde professionals met de daarbij passende professionele autonomie voor de hele jeugdhulp relevant. De [databank effectieve interventies](#) en de [databank richtlijnen](#) van het NJI bundelen deze kennis jeugdhulp-breed.

De richtlijnen van deze gremia beogen optimale resultaten te garanderen door de beschikbare kennis op basis van wetenschappelijk onderzoek en praktijkervaring te ontsluiten. De academische functies in de jeugd-ggz/kinder- en jeugdpsychiatrie zijn daarbij essentieel is om de kennis en innovatie verder uit te bouwen Daarbij past de eis van adequaat geschoolde professionals, die deze richtlijnen ook optimaal kunnen gebruiken.

✓ **Adequate faciliteiten**

Bij de afdelingen die belast zijn met de uitvoering van de [Wet Bopz](#) moeten de faciliteiten voldoen aan regelgeving over [bouw](#) en van de IGZ. De IGZ toets dit ook regelmatig. In de

brief van de IGZ van 30 juni 2016 aan de betreffende organisaties en afdelingen staat de toetsing van de uitvoering van de Wet Bopz beschreven: [Toetsingsinstrument Dwangbehandeling](#) (juni 2016), daarnaast geldt het [Toetsingskader Terugdringen separeren of afzonderen](#) (april 2014).

De beschikbaarheid van voorzieningen als de crisisopvang/Bopz, is belangrijk voor de jeugdigen die deze zorg nodig hebben. Jeugdhulpregio's en ggz-aanbieders maken hierover afspraken bij voorkeur op regionaal of bovenregionaal niveau, in samenhang met andere beschikbaarheidsvoorzieningen binnen de jeugdhulp. Het beschikbaar hebben en houden van deze 'brandweerfunctie' vraagt speciale aandacht op het gebied van bekostiging. Vooral wanneer het gaat om het bekostigen van zogenaamde 'lege bedden'. Bij de contractering is het van belang rekening te houden met de inhoudelijke, kwalitatieve alsook de kwantitatieve kenmerken van de beschikbaarheidsstaak. Zie hiervoor ook de [handreiking van de VNG](#).

7) Kwaliteit heeft een prijs – fair tarief

Om goede zorg te bieden moeten ggz-aanbieders bepaalde kosten maken. Graag maken wij transparant welke specifieke kosten voor onze leden nauw samenhang met het leveren van goede zorg. Bij borging van kwaliteit zijn twee aspecten van belang: hoe de minimale kwaliteit te borgen en hoe kwaliteit (door) te ontwikkelen. Bij het voldoen aan wet- en regelgeving ligt de nadruk vooral op het eerste aspect. Voor de continue doorontwikkeling van kwaliteit zijn een aantal factoren van belang. De kennis en kunde cq competenties van de professional, de doorontwikkeling van kennis en kunde en dus van richtlijnen en methodieken en tot slot de behandelrelatie waarin de kwaliteit van de hulpverlening gestalte krijgt. Met deze paragraaf, aangevuld met bijlage 2, zet GGZ Nederland uiteen welke kwalitatieve aspecten bijdragen aan het tarief van het de jeugd-ggz.

✓ Kwaliteit van de professional & passende disciplinemix

De kwaliteit van de professional is een wezenlijke sleutel in de kwaliteit van jeugdhulp/-ggz. De jeugd-ggz kenmerkt zich door hoog opgeleide professionals die in staat zijn geneeskundige en psychologische jeugd-ggz te bieden conform de professionele standaarden die hiervoor gelden, binnen de daarvoor geldende wettelijke kaders. Beroepsregistratie in het BIG- of SKJ-register veronderstelt carrièrelang leren en ontwikkelen.

Vier beroepsgroepen die in de (jeugd)ggz werkzaam zijn, zijn BIG-geregistreerde beroepsgroepen: artsen, gz-psychologen, psychotherapeuten en verpleegkundigen. GGZ-organisaties en de professionals investeren in de beroepsontwikkeling en hebben hierover afspraken gemaakt in kwaliteits-/professioneel statuut ggz en in de CAO ggz.

De Jeugdwet introduceert voor de ggz een nieuwe registratie bij SKJ, voor andere beroepen: psychologen, pedagogen en jeugd- en gezinsprofessionals (agogen). De introductie van SKJ-registatie brengt nieuwe, structurele kosten met zich mee.

Geregistreerd zijn betekent niet dat elke geregistreerde alle diagnostiek en behandelingen ook optimaal (beste resultaten tegen laagste kosten) kan uitvoeren. Zo kan een behandeling door iemand die per uur duurder is soms sneller en daardoor goedkoper worden uitgevoerd dan door een goedkopere professional. Of is het resultaat (op langere termijn) beter, dan is goedkoop duurkoop. In de tijd kan dit door ontwikkeling van methodieken en door scholing veranderen.

De kosten voor jeugd-ggz liggen grotendeels in de kennis en kunde van het personeel, waarbij aandacht is voor de doorontwikkeling van richtlijnen en relationele vaardigheden. Deze algemene regel dat de kosten vooral personeelskosten zijn, geldt bij crisiszorg en bij klinische opnames in mindere mate.

De figuur van het zorglandschap in paragraaf 2 laat zien dat er een continue ontwikkeling zal zijn, dus ook van wie wat kan en mag doen. Afhankelijk van de kennisontwikkeling zal optimaal uitgevoerde jeugdhulp anno 2017 anders uitgevoerd worden door anders geschoolde medewerkers dan in 2025. De inschatting is dat als wijkteams en basisjeugdhulp zich goed ontwikkelen en specialistische kennis 'naar voren' gaat, kan dit leiden tot een totale kostendaling met tegelijkertijd een toename van de complexiteit van zorg in de, in omvang dalende, gespecialiseerde jeugd-ggz.

✓ Directe en indirecte tijd

Net als andere deelsectoren in de jeugdhulp, is de ggz-hulpverlening te onderscheiden in de directe cliëntgebonden tijd, indirecte cliëntgebonden tijd en overhead. Een deel van de indirecte activiteiten zijn volledig noodzakelijk voor het kunnen leveren van kwalitatief verantwoorde specialistische zorg. Hieronder vallen grofweg de volgende functies: geneesheer-directeur en ondersteuning van deze functie (uitvoering Bopz); secretariaat behandelaren; voorzieningen voor apotheek, geneesmiddelen en hulpmiddelen; personeel voor voeding en verzorging; personeel ter ondersteuning van de uitvoering conform Wgbo, BIG etc; personeel voor ICT, personeel voor onderhoud gebouwen en apparatuur, maar natuurlijk bijvoorbeeld ook overleg met andere hulpverleners die bij de zorg van een gezin betrokken zijn.

Per behandeling is de overhead in de jeugd-ggz vergelijkbaar met de andere jeugdhulpsectoren als jeugdzorg en de gehandicaptenzorg, maar door de hoge 'turnover' door relatief korte en weinig tijdsintensieve behandelperioden, heeft de jeugd-ggz in verhouding tot andere jeugdsectoren in absolute zin per euro een hogere overhead.

✓ Doorontwikkeling (jeugd-)ggz

De specialistische (jeugd-)ggz ontwikkelt zich in een hoog tempo. Diverse bij GGZ Nederland aangesloten jeugd-ggz organisaties zijn ook grote onderzoeks- en opleidingsinstituten voor nieuwe professionals. Andere organisatie participeren in deze activiteiten, waardoor ontwikkeling snel gaat. Veel van de activiteiten die worden ontwikkeld in de volwassenzorg worden nu ook ingezet voor de jeugd-ggz/hulp en vice-versa. Deze ontwikkelingen zorgen voor betere kwaliteit, lagere kosten en voor betere zorg aan gezinnen. Als onderzoeks- en opleidingsinstituten stikken, stopt onderbouwde ontwikkeling van zorg, inclusief de spin-off die dat heeft naar de rest van het jeugdveld en zijn op middellange termijn grote tekorten te verwachten aan benodigde (regie)behandelaren en begeleiders. Het is daarom belangrijk dat VNG, gemeenten en (academische) instellingen met onderzoeks- en opleidingsfunctie nu samen zoeken naar optimale vormgeving hiervan.

Veel leden van GGZ Nederland werken samen aan de kwaliteit van zorg in andere verenigingsverbanden zoals het [Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie](#), het [Expertisenetwerk Kinder- en Jeugdpsychiatrie](#), [Resultaten Scoren](#), [GGZ Ecademy](#) en [TOPGGZ](#). Deze kennisinfrastructuur van, voor en door ggz-instellingen draagt bij aan de ontwikkeling van de ggz en kan nog beter benut worden voor de kennisdeling en ontwikkeling met wijkteams en ketenpartners als het beroepsonderwijs. Voor de contractering is het belangrijk te beseffen dat deze samenwerkingsverbanden, anders dan

kennisinstututen als het NJI, door de instellingen zelf worden gefinancierd. Deze kennisinfrastructuur voor jeugd staat onder druk.

✓ **Goed werkgeverschap**

Goede kwaliteit van zorg veronderstelt goed werkgeverschap. Aantrekkelijk werkgeverschap veronderstelt een bedrijfsvoering waarin ruimte is voor de ontwikkeling van de eigen professionaliteit en permanente doorontwikkeling van zorg/innovatie. Zie bijlage 2 voor nadere onderbouwing van kosten voor werken met een passende disciplinemix, met de juiste faciliteiten en permanente doorontwikkeling van kwaliteit.

Bijlage 1

a. Regelgeving regiebehandelaarschap volwassenen-ggz – model kwaliteitsstatuut (Bron: Zorginstituut Nederland)

Regiebehandelaar	Beschrijving setting
Psychiater Klinisch psycholoog Specialisten Wet BIG - artikel 14	<p>Instelling voor jeugd-ggz/vz of vrijgevestigde praktijk Psychiater geen regiebehandelaar bij generalistische basis-ggz.</p> <p>Binnen de instellingen voor gespecialiseerde ggz is altijd een psychiater en/of klinisch psycholoog beschikbaar voor patiënten en/of andere zorgverleners, zo nodig ter plaatse. In alle settingen kan de psychiater of klinisch psycholoog als regiebehandelaar optreden. De psychiater wordt ongeacht de specifieke behandelsetting ten minste geconsulteerd en bij evaluaties betrokken:</p> <ol style="list-style-type: none"> wanneer er gevaar dreigt voor anderen of voor de patiënt/cliënt (waaronder suicidegevaar) wanneer ECT overwogen/ingesteld wordt indien middelen- of maatregelentoepassing dan wel dwangbehandeling in het kader van de Wet Bopz of Wgbo (alleen niet-psychiatrische behandeling) overwogen wordt in geval van (Bopz)opname en het afgeven van een geneeskundige verklaring in het kader van de Bopz indien ontslag uit opname, anders dan in het behandelplan voorzien, overwogen wordt indien medisch coördinerende zorg nodig is bij verdenking op somatische problematiek indien er sprake is van een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding wanneer er sprake is van een non-respons op de behandeling (conform richtlijn/zorgstandaard) <p>Bij punt a. en e. kan in plaats van een psychiater ook een klinisch psycholoog worden ingeschakeld. Bij punt h. kan ook een verpleegkundig specialist ggz of klinisch psycholoog worden ingeschakeld.</p> <p>Bij een behandeltraject in het kader van Bopz is de psychiater altijd persoonlijk betrokken bij behandel-evaluaties en bij momenten waarop nieuwe vormen van dwang (behandeling) worden overwogen en/of wanneer dwang geïntensiveerd of afgeschaald kan worden. Bij verschil van inzicht tussen de betrokken psychiater en de regiebehandelaar (wanneer deze niet de psychiater is) wordt opgeschaald naar de geneesheer-directeur.</p>

Klinisch neuropsycholoog Specialist Wet BIG - artikel 14	Instelling voor jeugd-ggz/vz of vrijgevestigde praktijk Bij zorgvragen met specifieke neuropsychologische componenten.
Verpleegkundig specialist Specialist Wet BIG - artikel 14	Instelling voor jeugd-ggz/vz Bij jeugdigen/cliënten waar de primaire focus van de behandeling niet (meer) gericht is op biologische en psychologische factoren, maar meer op de gevolgen van de psychiatrische stoornis c.q. de beperkingen die deze stoornis geeft in het (inter)persoonlijk functioneren. Het gaat om jeugdigen/cliënten met een langer bestaande stoornis, of jeugdigen/cliënten met een hoog complexe rehabilitatievraag. Alsook laagcomplexe, protocollair behandelbare medische zorg die niet past binnen de generalistische basis-ggz.
Verslavingsarts Profielregistratie KNMG	Instelling voor jeugd-ggz/vz of vrijgevestigde praktijk, verslaving als hoofddiagnose. Bij preventie, diagnostiek en behandeling van misbruik en verslaving van middelen, waaronder alcohol en tabak, illegale middelen en geneesmiddelen alsook de zogenaamde gedragsverslavingen als pathologisch gokken, eetverslaving, koopverslaving, seksverslaving, gamen en internetgebruik zonder controle; wanneer er geen sprake is van comorbiditeit met ernstige, complexe psychiatrische stoornissen.
Psychotherapeut Wet BIG-artikel 3	Instelling voor jeugdggz/vz of vrijgevestigde praktijk. Bij vormen van psychotherapie binnen verschillende therapeutische referentiekaders.
Gezondheidszorg (GZ)psycholoog Wet BIG-artikel 3	Instelling voor jeugd-ggz/vz of vrijgevestigde praktijk. In vrije vestiging alleen voor generalistische basis-ggz. Bij jeugdigen/cliënten waar de primaire focus van de behandeling niet gericht is op biologische factoren of de gevolgen van de psychiatrische stoornis c.q. de beperkingen die deze stoornis geeft, maar meer op de psychologische factoren. Het gaat om jeugdigen met een stoornis die behandeld kunnen worden met grotendeels psychologische behandelmethoden waarbij geen sprake is van een spoedeisend karakter of de noodzaak tot opname.

**b. Regelgeving regiebehandelaarschap volwassenen-ggz:
spelregels prestaties generalistische basisggz**
(Bron: [NZA regelgeving](#))

Deze beroepen zijn aangewezen als regiebehandelaar in het modelkwaliteitsstatuut ggz. Het model-kwaliteitsstatuut ggz is een veldnorm die ingeschreven is als professionele standaard in het register van het Zorginstituut Nederland (ZINL) en in werking treedt per 1 januari 2017.

Vrijgevestigden

De volgende beroepen kunnen als vrijgevestigde voorkomen als regiebehandelaar:

- Klinisch psycholoog
- Klinisch neuropsycholoog
- Psychotherapeut
- GZ-psycholoog

Instellingen

De volgende beroepen kunnen binnen een instelling voorkomen als regiebehandelaar:

- Klinisch psycholoog
- Klinisch neuropsycholoog
- Psychotherapeut
- GZ-psycholoog
- Specialist ouderengeneeskunde
- Verslavingsarts in profielregister KNMG
- Klinisch geriater
- Verpleegkundig specialist ggz

Ontheffingsregeling regiebehandelaarschap bij overgang vanuit Jeugdwet

Er geldt een ontheffing op de lijst met beroepen voor het regiebehandelaarschap voor patiënten die gedurende de behandeling (gestart onder de Jeugdwet) de 18-jarige leeftijd bereiken. In dit geval mogen, in afwijking op wat hierboven is weergegeven, ook de onderstaande beroepen voorkomen als regiebehandelaar:

- Kinder- en Jeugdpsycholoog
- Orthopedagoog generalist

Deze ontheffing geldt uitsluitend voor de behandeling die afgerond moet worden zodra een patiënt de 18 jarige leeftijd heeft bereikt. De uitzondering is daarom alleen van toepassing op de eerste prestatie in de generalistische basis-ggz die voor deze patiënt geopend wordt na het bereiken van 18-jarige leeftijd.

**c. Regelgeving regiebehandelaarschap volwassenen-ggz:
DBC-spelregels specialistische ggz**
(Bron: NZA DBC-spelregels 2017)

De NZA beschrijft het volgende over regiebehandelaar ggz in de DBC-spelregels 2017: Regiebehandelaars in de gespecialiseerde volwassenen ggz zijn BIG-geregistreerd en hebben een ggz-specifieke opleiding gevolgd. Onderstaande beroepen zijn aangewezen als regiebehandelaar in het model kwaliteitsstatuut ggz. Het model kwaliteitsstatuut ggz is een veldnorm die in werking is getreden per 1 januari 2017.

Vrijgevestigden

- psychiater
- klinisch psycholoog
- klinisch neuropsycholoog
- psychotherapeut

Instellingen

- psychiater
- klinisch psycholoog
- klinisch neuropsycholoog
- psychotherapeut
- specialist ouderengeneeskunde (*niet relevant voor jeugd-ggz*)
- verslavingsarts in profielregister KNMG
- gz-psycholoog
- klinisch geriater (*niet relevant voor jeugd-ggz*)
- verpleegkundig specialist ggz

Ontheffingsregeling bij overgang vanuit Jeugdwet

Er geldt een ontheffing op deze lijst met beroepen voor het regiebehandelaarschap voor patiënten die gedurende de behandeling (gestart onder de Jeugdwet) de 18-jarige leeftijd bereiken. In dit geval mogen, in afwijking op wat hierboven is weergegeven, ook de onderstaande beroepen voorkomen als regiebehandelaar:

- kinder- en jeugdpsycholoog
- orthopedagoog-generalist
- gz-psycholoog

Deze ontheffing geldt alleen voor de behandeling die afgerond moet worden zodra een patiënt de 18-jarige leeftijd heeft bereikt. Deze wordt als initiële DBC onder de Zvw geregistreerd. Bij vervolg-DBC's geldt deze uitzondering niet.

d. Besluitvorming minister Schippers over hoofdbehandelaarschap orthopedagoog-generalisten en kinder- en jeugdpsychologen in jeugd-ggz
(Bron: Rijksoverheid.nl, 2013)

“ .. hebben mij doen besluiten tevens de orthopedagogen-generalist en de kinder- en jeugdpsychologen totdat overheveling van de jeugd-GGZ naar de gemeenten hoofdbehandelaar te laten zijn in de generalistische basis GGZ.

Orthopedagogen-generalist en kinder- en jeugdpsychologen zijn met name werkzaam in de jeugd-GGZ, op dat gebied hebben zij ook specifieke expertise, die BIG-geregistreerde hoofdbehandelaars niet hebben. Als zij voorafgaand aan de overheveling van de jeugd-GGZ naar gemeenten geen hoofdbehandelaar mogen zijn, gaat expertise verloren, met alle nadelige gevolgen van dien voor kinderen en hun ouders (kwaliteit en continuïteit van de zorg en wachttijden) en voor de professionals die het betreft. Deze beroepsgroepen gaan dan bovendien met een achterstand de overheveling van de jeugd-GGZ naar de gemeenten in. Vanwege een soepele overgang van de jeugd-GGZ naar gemeenten wil ik voor de orthopedagogen-generalist en de kinder- en jeugdpsychologen dan ook een tijdelijke uitzondering maken. Daarbij vind ik het van groot belang dat de orthopedagogen-generalist geregistreerd zijn bij de NVO en de kinder- en jeugdpsychologen bij het NIP en voor verzekeraars en cliënten als zodanig terug te vinden zijn. Tevens moeten zij voldoen aan opleidings- en herregistratie eisen en vallen zij onder privaatrechtelijk tuchtrecht.

Ik zal de NZa op de kortst mogelijke termijn vragen de orthopedagogen-generalist als geregistreerd bij de NVO en de kinder- en jeugdpsychologen als geregistreerd bij het NIP op te nemen in de lijst van hoofdbehandelaars voor de generalistische basis GGZ tot aan de overheveling van de jeugd-GGZ naar de gemeenten.”

Opmerkingen:

1. NVO en NIP-registratie is sinds de inwerkingtreding van de Jeugdwet overgenomen door Stichting Kwaliteitsregister Jeugd.
2. De discussie over hoofdbehandelaarschap heeft zich in de volwassenen-ggz doorontwikkeld tot besluitvorming over regiebehandelaarschap en het model kwaliteitsstatuut.
3. De commissie Meurs stelde dat door BIG-registratie als absoluut vereiste te nemen bepaalde beroepsgroepen niet in aanmerking komen voor het vervullen van het regiebehandelaarschap, terwijl zij daarvoor wel voldoende gekwalificeerd kunnen zijn. Dit gold in het bijzonder voor de orthopedagogen-generalist. De commissie stelt daarom voor de orthopedagogen-generalisten aan te wijzen als art. 3 Wet BIG beroep.
4. Het opleidingsniveau van de kinder- en jeugdpsycholoog en de orthopedagoog-generalist is ten aanzien van inhoud, opleidingsduur en – niveau vergelijkbaar met de gz-psycholoog, is de [conclusie van minister Schipper \(VWS\)](#) op basis van een [onderzoek](#). Schippers concludeert dat de kwaliteit van de door de Kinder- en Jeugdpsycholoog (Specialist) NIP en de NVO Orthopedagoog-Generalist verleende behandelingen, gelet op hun beroepskwalificaties, als gelijkwaardig aan die van de gz-psycholoog kan worden aangemerkt. Vervolgens merkt Schippers op dat deze conclusie als zodanig geen reden zijn om deze beroepen, naast de gz-psycholoog – afzonderlijk op te nemen in de Wet BIG. Bepalend voor het al dan niet opnemen van een beroep in de Wet BIG is de vraag of wettelijke regeling noodzakelijk is om



patiënten adequaat te beschermen en daarnaast moet het beroep onder meer voldoende onderscheidend zijn van andere reeds gereguleerde beroepen.

5. Instellingen voor jeugd-ggz/vz die kinder- en jeugdpsychologen of orthopedagoog-generalisten de rol van regiebehandelaar laten vervullen, leggen in het (jeugdaddendum van het) eigen kwaliteits-/professioneel statuut aantoonbaar vast hoe de kwaliteit geborgd wordt.

Bijlage 2 Wet- en regelgeving in praktijk

Bevoegde en bekwame professionals

- [Wet Beroepen individuele Gezondheidszorg](#)
- [Jeugdwet – Norm Verantwoorde werktoedeling](#)
- [BIG register](#)
- [SKJ register](#)

- [Wet Geneeskundige behandelovereenkomst](#)

- [Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg](#)

Dwang en drang

- [Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen](#)
- [Informatiepunt Dwang in de Zorg van de Rijksoverheid](#)
- [Aanbiedingsbrief IGZ bij toetsingskader Dwangbehandeling](#)
- [Toetsingskader Dwangbehandeling](#)
- [Toelichting IGZ op Toetsingskader Terugdringen separeren en afzonderen 2016](#)
- [Toetsingskader Terugdringen separeren en afzonderen 2016](#)
- [Bouwmaatstaven voor separeer- en afzonderingsvoorzieningen](#)
- [Verplichting registratie van dwang en drang maatregelen \(Argus\)](#)

Geneesmiddelenbeleid

- [Geneesmiddelenwet](#)
- [De handreiking werkvoorraad geneesmiddelen](#) van ActiZ, GGZ Nederland en VGN en afgestemd met de IGZ sluit aan bij de Geneesmiddelenwet.

✓ Disciplinemix

In de specialistische jeugd-GGZ / kinder- en jeugdpsychiatrie is sprake van een duurdere disciplinemix met relatief veel hoger opgeleide professionals. Op basis van de Jeugdwet, Wet BIG, Wbgo en Wkkgz moet voldoende gekwalificeerde professionals worden ingezet. Hieruit volgt dat bij geneeskundige zorg (i.e. onderzoek, advisering, behandeling, verpleging en verzorging bij psychische stoornissen) BIG-geregistreerde professionals eindverantwoordelijk moeten zijn voor de geboden zorg. Zij zijn individueel te toetsen op hun handelen, eventueel via het tuchtrecht.

Onderdelen van zorg kunnen verleend worden door lager gekwalificeerde medewerkers, mits ze op individueel niveau voldoende bekwaam worden geacht door de eindverantwoordelijke professional. Enkele handelingen zijn echter alleen voorbehouden aan bepaalde beroepsgroepen (Wet BIG, artikel 14).

Bij ernstige psychiatrische ziekten of aandoeningen, waarbij medicatie volgens de richtlijnen moet worden overwogen, gevaar voor de eigen gezondheid (automutilatie, suïcidaliteit, ernstige verwaarlozing, weigering van noodzakelijke lichamelijke zorg) of voor andermans gezondheid (fysieke agressie) kunnen ontstaan of samenloop met lichamelijke ziekten kan bestaan, zal een arts en/of kinder- en jeugdpsychiater meer uitvoerend behandelaar zijn. Hierbij kan gedacht worden aan jongeren met een eerste psychose bij schizofrenie of een ernstig depressief beeld met suïcidaliteit en ernstige zelfverwaarlozing, maar ook aan jongeren met eetstoornissen met ernstige vermagering.



Op een afdeling voor kinderen en jongeren met gecombineerde lichamelijke en psychiatrische ziekten zal het aandeel van arts en/of kinder- en jeugdpsychiater nog groter moeten zijn dan gemiddeld. Op de afdeling voor kinder- en jeugdpsychiatrie in het ziekenhuis maakt de medische discipline (naast de medische specialisten voor lichamelijke zorg) een omvangrijk deel uit van de disciplinemix. De uitvoering kan niet goed overgenomen worden door andere disciplines, omdat er juist sprake is van complexe problematiek waarbij de verschillende ziekteverschijnselen elkaar beïnvloeden (psychose door enzymstoornis, ernstige gedragsstoornis door hersentumor). Dan is samenwerking tussen medische specialisten essentieel.

De disciplinemix wordt ook fors beïnvloed door de uitvoering van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz). De uitvoering van deze wet ligt voor een groot deel bij de kinder- en jeugdpsychiater. Maatregelen, actuele beeld en behandeling moeten dagelijks beoordeeld worden door de kinder- en jeugdpsychiater met structurele registratie en controle door de IGZ.

✓ Uitvoering Bopz

Op afdelingen die belast zijn met de uitvoering van de wet BOPZ dienen de faciliteiten te voldoen aan regelgeving van de inspectie, die dit ook regelmatig toetst (zie opsomming dwang en drang). Jeugdigen met een Bopz-maatregel zijn vaak ernstig zieke, vaak extreem angstige jongeren met een psychische stoornis, waarbij direct gevaar voor zichzelf of anderen niet anders afgewend kan worden door afzondering in een veilige ruimte. Dit kan bijvoorbeeld voorkomen in het beloop van schizofrenie of een zeer ernstige depressie (de kans op zo'n ziekte is los van omstandigheden circa 1% in de algemene bevolking).

Sommige kinderen en jongeren met een psychiatrische ziekte zijn immobiel of behoeven lichamelijke verzorging door een lichamelijke aandoening of ernstige uitval van lichaamsfuncties (zoals bij een conversie). Hiervoor kan een instelling met extra voorzieningen of een kinder- en jeugdpsychiatrische afdeling in een ziekenhuis dienen. Hiervoor bestaan zogenaamde 'somatische kamers' met ziekenhuisbedden, mogelijkheden tot sondevoeding en volledige verzorging (inclusief tilliften en invalidentoilet). Ook de mogelijkheid om binnen de instelling direct laboratoriumonderzoek of ander onderzoek (MRI, EEG, ECG, CT-scan) te realiseren is bij sommige jongeren nodig.

Soms is er zoveel gevaarlijk gedrag aanwezig dat vervoer naar een andere instelling of afdeling niet haalbaar is en moeten deze faciliteiten op de afdeling geboden kunnen worden. Zeker bij ernstige psychiatrische ziektes komen vaker dan gemiddeld lichamelijke aandoeningen als verklaring naar voren (ernstige depressie bij auto-immuunziekte). De onderzoeken zelf worden via de Zorgverzekeringswet bekostigd, maar de mogelijkheid om deze faciliteiten op de afdeling te kunnen bieden, moet ook betaald worden door de instelling.

De specialistische ggz moet aan veel wet- en regelgeving voldoen. Hiervoor bestaan landelijke registratiesystemen. Op basis van de Wet Bopz en genoemde Toetsingskaders van de IGZ moeten ingezette beperkte middelen en maatregelen volgens de regels geregistreerd worden middels de zogenaamde Argusregistratie met structurele rapportage aan de IGZ. Het betreft hier het inzetten van separatie of afzondering, dwangbehandeling in de vorm van medicatie, gedwongen zorg, gedwongen vochttoediening, gedwongen voeding, gedwongen medicatie. Dit blijkt soms nodig bij jongeren met zeer ernstige eetstoornissen

(dwangvoeding en soms dwangzorg) of met zeer forse fysieke agressie naar zichzelf of anderen. Op een afdeling voor jeugd-ggz / kinder- en jeugdpsychiatrie mag dan niet meer vanuit de Wgbo gehandeld worden, maar wordt de wet Bopz van toepassing. Hierin moeten alle dwangmaatregelen, maar bijvoorbeeld ook vrijheidsbeperkingen (niet alleen naar buiten, telefoon inleveren, gevaarlijke spullen inleveren) structureel geregistreerd worden. Daarbij hoort bij elke maatregel of interventie het vervaardigen van brieven om de patiënt en wettelijk vertegenwoordigers op de hoogte te stellen, maar ook direct te wijzen op de mogelijkheid om een klacht in te kunnen dienen en hierbij ondersteuning te krijgen.

Voor de doorontwikkeling van integrale jeugdhulp is aandacht is nodig voor harmonisatie van wetgeving binnen de verschillende vormen van jeugdhulp, omdat er nu sprake is van verschillende interne rechtsposities van gesloten geplaatste jongen in de Jeugdzorg-plus en de BOPZ.

✓ Medicatieveiligheid

De IGZ ziet toe op de medicatieveiligheid op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen (WKKGZ) en de wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG). Hieronder valt het goed en veilig toepassen van geneesmiddelen bij een ziekte of aandoening. Het toezicht op de productie en distributie van geneesmiddelen voert de inspectie uit op grond van de Geneesmiddelenwet. Hieronder valt het hanteren van een elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) voor medicatie in de instelling, het veilig en verantwoord bewaren van medicijnen met controlesysteem.

Voor de beoordeling van de medicatie in het elektronisch voorschrijfsysteem en formularium moet in het kader van kwaliteit en efficiënt gebruik een apotheker betrokken worden.

✓ Elektronisch patiëntendossier (EPD) met diverse koppelingen

De ggz-zorg wordt gefaciliteerd door elektronisch patiëntendossier met gekoppelde systemen in het kader van de eisen van de Wgbo, Wet BIG, Wkkgz en Wbp. Door de wettelijke eisen en de hoge aantallen betreft de ICT een logistieke complexiteit met vele koppelingen en applicaties. Hierbij valt te denken aan koppelingen met:

- ✓ Laboratoriummodules, koppeling met ziekenhuizen en keteninformatiesystemen
- ✓ Faciliteiten voor e-health modules voor behandeling op afstand, digitale werkopdrachten
- ✓ Faciliteiten voor behandeling met virtuele reality; speciale kamer met camera voor opnames en monitoring van jeugdspelsituaties
- ✓ Argusregistratie voor dwang en drang/Bopz voor jeugdigen >12 jaar
- ✓ Registratie voor inperking of afzondering met evaluatie voor kinderen < 12 jaar
- ✓ Elektronische medicatievoorschrijfsystemen
- ✓ Apotheeksysteem voor verstrekking eigen medicatie
- ✓ Aansluiting Landelijk Schakelpunt t.b.v. opvraag actuele medicatie bij de openbare apotheek
- ✓ IGZ indicatoren en structurele rapportage suïcides en ernstige pogingen
- ✓ Registratie verplichte kwaliteitsindicatoren zoals medicatieverificatie en ontslagbrieven
- ✓ Registratie triage MRSA (in ziekenhuizen)
- ✓ Verwijzersregistratie
- ✓ Toestemmingsregistratie voor onderzoek en behandeling (Wgbo)
- ✓ Registratie somatische onderzoeken m.b.v. diverse apparatuur
- ✓ Koppeling contact huisartsen e.a.
- ✓ Externe verplichte aanleveringen, koppelingen voor behandelresultaten (ROM)- en cliënttevredenheidsmetingen



- ✓ Incidentenregistratie (digitaal Veilig Incidenten Melden (VIM) systeem)
- ✓ Faciliteiten voor ambulant werken op afstand vanwege zorgaanbod dichtbij de cliënt
- ✓ Faciliteiten voor wetenschappelijke literatuur en bijbehorende IT faciliteiten (leerhuis, statische programma's, digitale bibliotheek)
- ✓ Zorgpadenapplicaties