



Jeugdwet en andere wetten in relatie tot het werken  
in de KJP

HWH van Andel en J Muskens

Disclosure  
dr. H.W.H. van Andel  
drs. J. Muskens

Geen belangen te melden

# Vragen vooraf

- In hoeverre houdt u in uw werk rekening met de verschillende wetten die van toepassing zijn?
- Zijn er in uw praktijk problemen in het werken als medisch specialist?
- Heeft de instelling waar u werkt voldoende oog voor de kwetsbare positie van de kjp in het bredere jeugdhulp veld?
- Hoe is de samenwerking met de gemeente als facilitator van KJP? Waar loopt u in de praktijk tegen aan? Zijn er wellicht vragen over regie?

# Juridische context: veelheid aan wetten in ons veld

- WGBO
- Wet BIG
- Wkkgz (klachten en geschillen zorg)
- Zvw
- Wvggz (wet verplichte ggz)
- Wzd (wet zorg en dwang)
- Wlz (wet langdurige zorg)
- Wmo (wet maatschappelijke ondersteuning)
- Jeugdwet
- Wfz (wet forensische zorg)
- AVG



# Profiel Medisch Specialist

- Behandelaar/ expert
- Netwerker/ teamspeler
- Consulent
- Coach en opleider
- Wetenschapper en innovator
- Belangenbehartiger voor psychiatrische patienten



- **Conclusies evaluatie Jeugdwet januari 2018:  
échte transformatie moet nog starten**



- Veel ouders en jeugdhulpaanbieders ervaren problemen in de toegang tot de jeugdhulp;
- De meest kwetsbare gezinnen hebben niet méér aandacht gekregen;
- Gemeenten en aanbieders van gespecialiseerde zorg ervaren budgettaire krapte;
- Er is nog geen sprake van een verminderd beroep op gespecialiseerde hulp, maar hierop is wel al bezuinigd;
- Aanbesteding staat in de praktijk op gespannen voet met de gewenste samenwerking tussen gemeenten en aanbieders van jeugdhulp, en tussen aanbieders onderling.
- Professionalisering van het opdrachtgeverschap van gemeenten verdient een stevige impuls;
- Verschillen tussen gemeenten dragen bij aan de grote administratieve lastendruk voor jeugdhulpaanbieders;
- Het verminderen van de administratieve lastendruk is ook noodzakelijk om professionals meer tijd en ruimte te geven voor het verlenen van daadwerkelijke zorg;
- Het ontbreekt aan landelijke gegevens over de kwaliteit van de jeugdhulp.
- De samenhang in hulpverlening, zeker bij de overgang van 18- naar een volgend stelsel, wordt nog onvoldoende gerealiseerd.



# Andere conclusies;

## Geen speciale aandacht voor kjp

- Meer kinderen in hun eigen gezin opgroeien, liefst 100% van alle kinderen. Voor zover nodig met passende hulp en ondersteuning;
  - Alle kinderen en jongeren onderwijs volgen op het niveau dat bij hen past en dat aansluit bij hun wensen en mogelijkheden, voor zover nodig met passende hulp en ondersteuning;
  - Jongeren die volwassen worden de nodige hulp en ondersteuning krijgen om te werken (arbeidsparticipatie) en volwaardig deel te nemen aan de maatschappij.
- 
- Aandacht voor gezinsbehandeling
  - Aandacht voor jeugdigen met een beperking





# Stelling 1

- In de huidige opzet van de jeugdzorg is er nog geen goede plek voor de kinder- en jeugdpsychiatrie, is dit een kans of juist niet?

# Jeugdwet geeft te weinig richting

- Elke gemeente kan het zelf invullen
- Inkoopprincipes en institutionele traditie werken belemmerend
- Taal op basis van inhoud geladen
- Dynamisch model



# Lastig samenwerken binnen de jeugdwet

- Verschillende wetten
- Verschillende doelen
- Verschillende taal
  - Verschillend focus
  - Verschillende regie

# Hebben we het wel over hetzelfde?

- Gebruikte taal in de transformatie: uitgaan van eigen kracht, integrale hulp aan gezinnen, minder snel medicaliseren, normaliseren, de juiste hulp op maat
- Taal van de professional: clientgericht werken, signaleren, eigen regie, veiligheid van de jeugdige bevorderen, werken van uit een integrale blik, samenwerken, leven lang leren





### Institutioneel perspectief

- Nadruk op symptoomvermindering
- De beslissing wordt vanuit de hiërarchie verwacht
- Gestandaardiseerde behandelingen voor individuen en groepen
- Hulpgebruikers zien in de instelling
- Richten op symptomen en controle van gedrag
- Begeleiden vanuit beleid en procedures
- Behandelaar bepaalt beleid
- Sterker geloof in meer hoogspecialistische behandelingen

### Gemeenschapspectief

- Nadruk op versterking jeugdige
- Meer autonomie voor individuele behandelaars
- Meer individueel afgestemde zorg en behandeling
- Gebruiker benaderen vanuit thuis- en gezinscontext
- Richten op behoeften en doelen van jeugdige en gezin
- Reageren op veranderende behoeften en doelen in de samenleving
- Nadruk op gesprek en gedeelde beslissing (tussen professionals en tussen professionals en cliënt)
- Combineren van sociale, psychologische en medische interventies

### Balanced care

- Balanced care biedt een goed evenwicht tussen *community based care* (wijkgebaseerde zorg met specialistische steun), *outpatient care* (ambulante specialistische zorg) en *hospital based care* (klinische zorg)
- Het uitgangspunt is de best bewezen zorg zo dichtbij mogelijk te bieden, tegen zo laag mogelijke kosten en gericht op participatie
- Klinische zorg is een aanvulling op de wijkgebaseerde zorg en duurt zo kort mogelijk
- Belangrijk is de afstemming tussen alle partijen die een rol hebben in de wijkgebaseerde zorg

### Community based care (wijkgebaseerde zorg)

- Populatie benadering
- Gezinnen vanuit sociaaleconomisch perspectief zien
- Zowel individuele als populatiegerichte preventie
- Systemische benadering van diensten
- Vrije toegang tot diensten
- Werken vanuit teams
- Een duurzame, longitudinale levensbenadering
- Kosteneffectief in populatietermen

# Jet Muskens

- Voorbeeld uit de praktijk:

Grenzen aan je verantwoordelijkheid als KJP behandelaar.

## **Voorbeeld casus: raakvlak WGBO, Jeugdwet en Tuchtclacht**

Thijs 15 jarige jongen met ASS, gedragsstoornis, alcohol en cannabis misbruik.

Okt 2015 Aangemeld voor opname HIC ivm suïcidaliteit

VG: langdurig ambulante traject jeugdzorg, individueel begeleider; Wijkcoach coördineert zorg

Laatste maanden crisiszorg vanuit jeugdzorg

FA: vader depressie en angststoornis waarvoor AD en AP



## Voorbeeld casus

Na 2 weken HIC opname wordt in overeenstemming met ouders IHT ingezet en PMT gecontinueerd.

**IHT:** 2 gezinsbehandelaren meerdere dagen per week in de thuissituatie; Gz-psycholoog als coördinator, KJP en therapeuten.

- 24 uur/ dag mogelijkheid voor contact met HIC en opname.
- Intensief ambulantly traject voor 4 maanden gevolgd door minder intensief traject in eigen regio.
- Altijd afstemming en samenwerking met wijkteams

# Het hoofdlijnen akkoord 2018

- 200 miljoen extra voor psychiatrie
- Zorg op de juiste plek
- Wachlijsten verminderen
- 150 extra plekken GZ opleiding
- Ervaringsdeskundige, HBO psycholoog en psychodiagnostisch werker.
- Terugdringen niet gecontracteerde zorg
- Niet voor jeugd, gemeentes hebben zich teruggetrokken

## Wat mij is opgevallen in de “samenwerking” met de betrokken gemeente na de calamiteit

### Tijdens de ketenanalyse met gemeente:

- Wijkcoach en individueel begeleider geven aan dat ze niet op de hoogte waren van de problematiek en niet goed betrokken waren door Karakter.
- Zeggen niets te weten van alle gezamenlijke afspraken

*Alle afspraken staan uitgebreid vermeld in het medisch dossier. Waren al jaren betrokken in het systeem en er was meerdere keren per week overleg met Karakter. Gemeente wil hier niet op reageren.*

- Wijkcoach en begeleider weigeren om samen met Karakter met ouders in gesprek te gaan, want ouders zijn boos op Karakter en zij willen daar niet bij betrokken worden.

# Vervolg

Melding inspectie: geen nadere vragen voor Karakter. Melding wordt afgedaan.

Advies:

- Gemeente wordt gevraagd om verbetermaatregelen op te stellen in de ketensamenwerking vanwege **de bestuurlijke en beleidsmatige regie omtrent veiligheid in systemen** en dit te coördineren.

*Karakter zit hier nog altijd achteraan maar de betrokken gemeente heeft dit nog altijd niet opgepakt. Wie checkt dit?*

# Vervolg 2018-2019

Maart 2018 tuchtklacht

- Weigeren vrijgeven van het medisch dossier
- Ontoereikende zorg van het gehele behandelteam (Gz-psycholoog, AIOS, 2 KJP)

Zitting dec 2018: Tuchtcollege bestaande uit volwassenpsychiaters

- *Bij wie moesten ouders terecht met hun zorgen? Dit kan toch niet bij de gemeente?*
- *Hoe kan de gemeente verantwoordelijk zijn voor de veiligheid in het systeem?*

Maart 2019

- Alle klachten afgewezen behalve 1.
- Onvoldoende in het medisch dossier beschreven dat er gebruik gemaakt was van een signaleringsplan. Geen maatregel waardig.

Conclusie tuchtcollege: begin 2016 was er nog veel onduidelijk over de (on)mogelijkheden van de gemeente in haar rol als verantwoordelijke voor de jeugdzorg.

## Vragen die bij mij speelde (en spelen)?

- Hulpverleners vanuit de gemeente zijn niet BIG geregistreerd. Wat zijn hun verantwoordelijkheden in crisiszorg en bij ernstige calamiteiten?
- Hoe kunnen wij als medisch specialisten, KP-Gz-psychologen kinderen en jongeren met complexe psychiatrie aan hen overdragen en afschalen als niet helemaal duidelijk is wat de verantwoordelijkheden zijn?
- In deze casus was er geen dossiervoering vanuit de gemeente. Hoe kunnen dan processen en afspraken na gegaan worden?
- Hoe wordt de kwaliteit van zorg door de gemeente maar ook door een individuele hulpverlener vanuit de gemeente getoetst?
- Wie vanuit de gemeente maakt beslissing voor Jeugdzorg plus/ Gesloten JZ? Tijdens ketenanalyse was dit niet duidelijk.

# Vervolg

- Opvallend tijdens de tuchtzaak: onbekendheid van de jeugdwet en rol van de gemeente hierin bij volwassenpsychiaters
- Met name reflecteren op het proces is in een tuchtzaak belangrijk. Wat heb ik als behandelaar geleerd en veranderd in het zorgproces?
- Wat doet dit mentaal met een behandelaar.....

# Stelling 2

- De kinder en jeugdpsychiatrie moet als specialisme gepositioneerd zijn in “specialistisch veel voorkomend ” en “specialistisch weinig voorkomend”.
- Maar met een voorkeur in basis jeugdhulp???



# Juli 2019: Jeugdggz na de jeugdwet: knelpunten en kansen

- Het gebrek aan genoeg deskundigheid in veel teams over gespecialiseerde zorg is al sinds de start van de Jeugdwet een belangrijke zorg van zorgbranches
- ZonMw heeft een opdracht gegeven om specifiek jeugdggz binnen de Jeugdwet te onderzoeken en daarbij meteen te kijken naar verbetermogelijkheden voor problemen die bestaan. Wat betreft wachtlijsten voor gespecialiseerde zorg erkende de minister dat dit een hardnekkig probleem is, dat ook voor de decentralisatie al bestond.

# Juli 2019: kansen voor jeugdggz

- Kansen voor jeugdggz:
- Toegang tot de jeugdggz , Poh huisarts
- Triage aan de poort
- Crisisinterventie
- Samenwerking binnen de jeugdhulp in de zin van consultatie en advies
- Leren en kennismanagement

# September 2018



# Minister de Jonge: Zorg voor Jeugd

- Pleegzorg tot 21 jaar beschikbaar
- Snelle hulp voor kwetsbare groepen
- 108+ 200 miljoen extra voor 3 jarig plan (2018) bij gemeentes+ externe ondersteuning, inmiddels bijgesteld naar 1,2 miljard over 3 jaar (2019)
- Jongeren moeten een toekomstplan maken
- Uithuisplaatsing=mentor toevoegen
- Separeren van kinderen verleden tijd

# Enkele conclusies

- Grote verschillen per gemeente
- Te beperkte financiering voor specialistische jeugdggz
  
- Lokale teams vaker ggz expertise en behandeling
- Triage
- Samenwerking
- Hooggespecialiseerde kjp (oa crisis functie) en samenwerking met veld (afschaling)
- Ruimte om te mogen leren: investeringsruimte

# reflex

- Gemeente krijgt te weinig geld en wijst naar het rijk
- Het rijk wijst terug en verwijt een slechte organisatie
- Geld is dan de oplossing waar het eigenlijk om inhoud zou moeten gaan.

# Terug naar

- In hoeverre houdt u in uw werk rekening met de verschillende wetten die van toepassing zijn?
- Zijn er in uw praktijk problemen in het werken als medisch specialist?
- Heeft de instelling waar u werkt voldoende oog voor de kwetsbare positie van de kjp in het bredere jeugdhulp veld?
- Hoe is de samenwerking met de gemeente als facilitator van KJP? Waar loopt u in de praktijk tegen aan?

# Bewust zijn van je rol

- Als ggz werker
  - Vanuit het behandelplan wgbo
  - Met er bij passende verantwoordelijkheid
  
  - Consulent
  - Medebehandelaar
  - Regiebehandelaar
- vast leggen in de samenwerking/plan



# Cursus leiderschap in de KJP

- Academie voor beleidspsychiatrie
- 2 dagen : 31 januari en 14 februari 2020
- Accreditatie NVvP: 12 punten

# Vragen?

