

Tussen huisarts, jeugdarts en gemeente in de regio Gooi en Vechtstreek

Een juridische beschouwing over het 'Consultatie en Adviesteam jeugd-GGZ'

mr. dr. Vivianne Dörenberg

i.s.m. drs. Sumayah Vandenbussche & dr. Mariëtte Hoogsteder

Amsterdam, mei 2019

Dit is een publicatie van het Amsterdam Public Health research institute (Amsterdam UMC, locatie VUmc). De publicatie maakt deel uit van het project 'Expertise aan de voorkant: evaluatie van een Consultatie- en Adviesteam jeugd-GGZ in de regio', dat werd uitgevoerd in samenwerking met de Regio Gooi en Vechtstreek binnen de Academische Werkplaats Jeugd en Gezondheid. Het project werd gesubsidieerd door ZonMw (programma Versterking Uitvoeringspraktijk Jeugdgezondheidszorg, projectnummer 736200004).

INHOUD

1. Inleiding – 1
2. Achtergrond: juridisch-bestuurlijke context – 2
3. Het CenA team: uitvoeringskader op hoofdlijnen – 6
4. Organisatie van het CenA team – 8
5. Werkwijze van het CenA team – 13
6. Conclusies en aanbevelingen – 17

1. Inleiding

In de regio Gooi en Vechtstreek werd op 1 januari 2015 een expertteam genaamd ‘Consultatie- en Adviesteam jeugd-GGZ’ (hierna: CenA team) ingevoerd. Dit team, dat oorspronkelijk (enkel) bedoeld was om huisartsen en jeugdconsulenten ondersteuning te bieden in het geval van psychische problemen bij jeugdigen, is in de afgelopen jaren uitgegroeid tot een ‘verbinder’ in de regio. Dit lijkt in hoofdzaak te maken te hebben met de verbreding van het takenpakket van het team en met de toegenomen herkenbaarheid en interne professionalisering van de teamleden. De verbreding van het takenpakket heeft het karakter van het team echter wel doen wijzigen en met name de manier waarop het team invulling geeft aan een aantal van haar taken roept juridisch-bestuurlijke vragen op. Die vragen werken door in de verhouding tussen de individuele teamleden enerzijds en de gezinnen voor wie het team ingeroepen wordt anderzijds.

In deze bijdrage analyseren wij de organisatie en werkwijze van het CenA team vanuit juridisch perspectief, waarbij aspecten van privacy en gegevensbescherming bijzondere aandacht hebben. Methodisch valt de bijdrage uiteen in twee delen: een analyse op basis van juridisch onderzoek (par. 2-3) en een analyse op basis van praktijkonderzoek (par. 4-5). Afgesloten wordt met enkele conclusies en aanbevelingen (par. 6). Het juridisch en praktijkonderzoek werd uitgevoerd in de periode van 1 mei 2016 tot 1 maart 2018, als onderdeel van het project ‘Expertise aan de voorkant: evaluatie van een Consultatie- en Adviesteam jeugd-GGZ in de regio’.¹ Voor het juridisch onderzoek zijn wet- en regelgeving, parlementaire stukken, richtlijnen van beroepsorganisaties en grijze literatuur geraadpleegd. Het praktijkonderzoek bestond uit: het raadplegen van door de regio Gooi en Vechtstreek opgestelde documenten over de oprichting, organisatie en werkwijze van het CenA team; interviews (n=9) met de leden van het CenA team, huisartsen, jeugdconsulenten en stakeholders werkzaam voor de regio Gooi en Vechtstreek; en drie online focusgroepen met professionals (n=7), ouders (n=4) en jeugdigen (n=4) met ervaring met het CenA team. Kenmerkend voor een juridische beschouwing is dat de bevindingen van onderzoek en de analyse daarvan samen een geïntegreerd geheel vormen.

¹ Op deze plaats zij verwezen naar S. Vandenbussche & M. Hoogsteder, *Expertise aan de voorkant: evaluatie van een Consultatie- en Adviesteam jeugd-GGZ in Gooi en Vechtstreek. Eindrapportage onderzoek (I): documenten, interviews en focusgroepen*, Amsterdam: Amsterdam UMC 2018.

2. Achtergrond: juridisch-bestuurlijke context

Om de organisatie en werkwijze van het CenA team te kunnen duiden, is enige kennis van de juridisch-bestuurlijke context van belang. De oprichting van het team hangt onlosmakelijk samen met de drie transitie in het sociaal domein (Jeugdwet, Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, Participatiewet). Deze transities hebben alle Nederlandse gemeenten voor forse veranderingen gesteld waarbij gestuurd moest worden op samenhang in beleid en op doelen. Bijna alle vormen van zorg voor jeugdigen zijn immers de verantwoordelijkheid van gemeenten geworden. Hoewel de jeugdgezondheidszorg al sinds 2003 onder de verantwoordelijkheid van gemeenten viel en daarom op zichzelf geen transitie hoefde te ondergaan, leidde de transitie in de zorg voor jeugdigen wel tot vragen over de positionering van de jeugdgezondheidszorg ten opzichte van de rest van de zorg. Voor de samenwerkende gemeenten uit de regio Gooi en Vechtstreek (Blaricum, Gooise Meren, Hilversum, Huizen, Laren, Weesp, Wijdemeren) was dit aanleiding tot het overdenken van de samenwerking tussen huisartsen, jeugdartsen en gemeenten, vooral bij de toeleiding naar geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (jeugd-ggz).

Transitie in de zorg voor jeugdigen

Het systeem van zorg voor jeugdigen in Nederland is wat betreft organisatie en financiering lange tijd versnipperd geweest over verschillende bestuurslagen en sectoren. Het gevolg hiervan was een verkokering van zorg. Toen in 2005 de Wet op de jeugdzorg in werking trad, dacht de regering met de invoering van onder meer een uniforme en integrale toegang tot zorg – via de bureaus jeugdzorg – een deel van het probleem te hebben opgelost. Verschillende studies² toonden echter aan dat het systeem (nog steeds) flink tekortschoot; door de versnippering en daarmee samenhangende verkokering was er een grote druk op specialistische zorg ontstaan, alsmede gebrekkige samenwerking tussen hulpverleners, een (onnodige) medicalisering van afwijkend gedrag en in dat verband ook een onbegrensde opdrijving van kosten. Voor een deel bleek dit samen te hangen met het feit dat het overgrote deel van de jeugdigen nog altijd via huisartsen en dus niet via de bureaus jeugdzorg naar de – in hoofdzaak specialistische – zorg werd verwezen. De regering stelde daarom een ferme stelselherziening voor, met als voornaamste doel het jeugdstelsel te vereenvoudigen en het efficiënter en effectiever te maken en daarmee uiteindelijk de eigen kracht van jeugdigen en het zorgend en probleemoplossend vermogen van hun gezin en omgeving te versterken.³ Om dit doel te bereiken werd een omslag (transformatie) nodig geacht in de ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en gezinnen naar:

1. preventie en uitgaan van de eigen verantwoordelijkheid en eigen mogelijkheden van jeugdigen en hun ouders, met inzet van hun sociale netwerk;
2. demedicaliseren, ontzorgen en normaliseren door onder meer het opvoedkundig klimaat te versterken in gezinnen, wijken, scholen en in voorzieningen als kinderopvang en peuterspeelzalen;

² Zie o.a. R.L.O. Linschoten, K.P. Goudswaard & J.A. Kamps, *Verkeerd verbonden: naar houdbare voorzieningen voor jeugdigen*, Den Haag: Taskforce invoering maatregelen AWBZ-zorg voor jeugd-LVG en jeugd-GGZ 2008; J.A.H. Baecke e.a., *Evaluatieonderzoek Wet op de jeugdzorg: eindrapport*, Amersfoort: BMC 2009; Werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg, *Jeugdzorg dichterbij*, Den Haag: 2010.

³ Zie *Kamerstukken II 2012/13*, 33684, 3 (MvT), p. 2.

3. eerder de juiste hulp op maat bieden om het beroep op (dure) specialistische hulp te verminderen;
4. integrale hulp aan gezinnen volgens het uitgangspunt één gezin, één plan, één regisseur; en
5. meer ruimte voor professionals om de juiste hulp te bieden door vermindering van regeldruk.

Decentralisatie – in organisatie en financiering – van de zorg voor jeugdigen was voor die omslag een absolute randvoorwaarde, zo vond de regering. Deze decentralisatie kreeg vorm met de inwerkingtreding van de Jeugdwet op 1 januari 2015. De Jeugdwet bracht een fundamentele wijziging in de wijze waarop de zorg voor jeugdigen in Nederland geregeld was. Met name voor de jeugd-ggz – een sector die traditioneel tot de gezondheidszorg wordt gerekend en tot dan toe vanuit de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten gefinancierd werd – waren de gevolgen groot en de transitie naar gemeenten werd door de beroepsverenigingen daarom hevig bekritiseerd.⁴

Jeugdwet: toegang tot jeugdhulp

Gemeenten hebben met de Jeugdwet de verantwoordelijkheid gekregen om alle vormen van jeugdhulp voor jeugdigen, ouders en professionals laagdrempelig en herkenbaar te organiseren (art. 2.6, eerste lid, onder b). Onderdeel van deze verantwoordelijkheid is de deskundige toeleiding naar, advisering over, bepaling van en het inzetten van de meest aangewezen voorziening op het gebied van jeugdhulp (art. 2.3, eerste lid, aanhef). De regering heeft hiermee willen waarborgen dat jeugdigen en hun ouders ergens terecht kunnen met vragen over opvoeden en opgroeien.⁵ Zij moeten bij iemand met verstand van zaken hun vragen neer kunnen leggen, advies kunnen inwinnen en verder geholpen worden. Degene die deze jeugdige en zijn ouders ziet, zal zich op individueel niveau een beeld moeten vormen van de psychische, psychosociale of gedragsproblemen van de jeugdige of de opvoedkundige problemen van de ouders. Het vormen van dit beeld op individueel niveau en het inzetten van de juiste vorm van jeugdhulp, is een kernonderdeel van de opdracht aan gemeenten om ondersteuning, hulp en zorg te bieden bij opgroei- en opvoedproblemen. Gemeenten zullen ter uitvoering van deze taak voldoende deskundigheid beschikbaar moeten hebben. Dit gaat niet alleen om deskundigheid die het mogelijk maakt om de betreffende problematiek te herkennen – is er bijvoorbeeld sprake van een psychische stoornis of heeft de jeugdige een gedragsprobleem? – maar ook deskundigheid met betrekking tot het aanwezige aanbod van jeugdhulp. Met andere woorden, elke gemeente dient een balie te hebben waar triage plaatsvindt, zoals deze ook in de gezondheidszorg plaatsvindt bijvoorbeeld bij huisartsen en spoedeisende eerste hulp in ziekenhuizen.

Het adviseren over en het bepalen en inzetten van de juiste vorm van jeugdhulp is op verschillende manieren vormgegeven door gemeenten. De Jeugdwet laat deze diversiteit toe. Dit hangt samen met de beleidsvrijheid van gemeenten om hun verantwoordelijkheid ten aanzien van de organisatie van jeugdhulp naar gelang de lokale behoeften in te vullen. Er zijn gemeenten die de toegang via het centrum voor jeugd en gezin hebben laten doorlopen, andere gemeenten hebben gekozen voor een

⁴ Zie V.E.T. Dörenberg, 'Transitie jeugdzorg: een thematische beschouwing van de gevolgen voor de jeugd-GGZ en de jeugd-LVB', *Tijdschrift voor Familie- en Jeugdrecht* 2014-10, p. 267-272.

⁵ Zie *Kamerstukken II* 2012/13, 33684, 3, p. 140 e.v.

nieuwe organisatievorm, veelal een (multidisciplinair) wijkteam,⁶ al dan niet specifiek gericht op jeugdigen en gezinnen.⁷ Deze teams kunnen sterk variëren, in zowel omvang als samenstelling en taakstelling. Het grootste deel werkt breed integraal, dat wil zeggen dat de betrokken professionals zowel algemene (enkelvoudige) als complexe (meervoudige) hulpvragen behandelen en daarbij zo nodig de kennis van specialisten buiten het team inroepen. Het komt echter ook voor dat binnen een gemeente meerdere teams naast elkaar functioneren op afgebakende terreinen of doelgroepen. In alle gevallen is de werkwijze dat een medewerker van 'de toegang' een gesprek met de jeugdige en zijn ouders aangaat, om te bepalen wat de problemen zijn, welke hulpvraag daaruit voortkomt, wat de eigen mogelijkheden zijn en of, en zo ja, welke jeugdhulp nodig is. Met een beschikking van de gemeente waarin deze jeugdhulp toegewezen is, kunnen de jeugdige en zijn ouders zich dan tot een jeugdhulpaanbieder wenden.

Naast de gemeentelijke toegang is in de Jeugdwet expliciet de mogelijkheid tot verwijzing naar jeugdhulp opgenomen voor de huisarts, de medisch specialist en de jeugdarts (art. 2.6, eerste lid, onder g). Huisartsen en medisch specialisten blijken op hun spreekuur regelmatig jeugdigen te zien met somatische klachten die bij nader onderzoek samenhangen met psychische problematiek of problemen in de opvoeding. In het oude stelsel – onder de Wet op de jeugdzorg – hadden zij daarom al de bevoegdheid om jeugdigen door te verwijzen naar de jeugd-ggz. De regering achtte het dan ook wenselijk dat huisartsen en medisch specialisten ook in de nieuwe situatie jeugdigen konden blijven doorverwijzen naar jeugdhulp.⁸ De jeugdarts werd in de wet toegevoegd, maar was als rechtstreekse verwijzer niet nieuw; zorgverzekeraars hadden de jeugdarts al eerder in het rijtje van rechtstreekse verwijzers naar medisch specialisten opgenomen. Voor een goede integrale hulpverlening is het van belang om de totale situatie van de jeugdige en zijn gezin in beeld te hebben. Wanneer rondom het gezin de nodige kwetsbare factoren aanwezig zijn of er een uitgebreide hulpverleningsgeschiedenis is, is het dan ook de bedoeling dat de beslissing over het inzetten van passende hulp wordt genomen vanuit de (multidisciplinaire) toegangspoort die door de gemeente is vorm gegeven. Omdat de gemeente ook bij een rechtstreekse verwijzing verplicht is tot vergoeding van de verleende jeugdhulp terwijl zij op de toewijzing daarvan geen directe invloed heeft gehad, wordt vanuit een gemeentelijk begrotingsperspectief gesproken van 'een lek' in het systeem van de Jeugdwet. Door werkafspraken met rechtstreekse verwijzers (zie hierna) proberen gemeenten de risico's van dit lek te verkleinen.

Het voorgaande geldt alleen voor het verkrijgen van voorzieningen die niet vrij toegankelijk zijn. Gemeenten kunnen namelijk ook vrij toegankelijke voorzieningen op het gebied van jeugdhulp aanbieden. Daarvoor is geen rechtstreekse verwijzing of beschikking van de gemeente nodig. De jeugdige en zijn ouders kunnen zich hiervoor rechtstreeks tot een jeugdhulpaanbieder wenden.

Relatie met positionering van de jeugdgezondheidszorg

Tijdens de totstandkoming van de Jeugdwet stelde de regering ook de positie van de jeugdgezondheidszorg ter discussie. De centrale vraag was of de jeugdgezondheidszorg in de

⁶ S. van Arum & R. Schoorl, *Sociale (wijk)teams in vogelvlucht: state of the art najaar 2014*, Utrecht: Movisie 2015; S. van Arum & R. Schoorl, *Sociale wijkteams in beeld: stand van zaken na de decentralisaties (najaar 2015)*, Utrecht: Movisie 2016.

⁷ A. Visser, D. Prins, M. Berger & J. Prakken, *Generalistisch werken in wijkteams in beeld*, Utrecht: NJi 2014, p. 2.

⁸ Zie *Kamerstukken II 2012/13*, 33684, 3, p. 31.

Jeugdwet ondergebracht moest worden dan wel de plaats binnen de Wet publieke gezondheid (Wpg) moest behouden.⁹ Uiteindelijk heeft de regering gekozen voor het laatste, met dien verstande dat vanaf 1 januari 2015 onderscheid wordt gemaakt tussen een 'basisaanbod aan preventie' dat via de Wpg door gemeenten uitgevoerd wordt en 'maatwerk en andere activiteiten, afgestemd op individuele vragen en lokale problematiek' die (onder meer) onder de Jeugdwet vallen. Om op een effectieve en efficiënte manier hulp te bieden is het echter belangrijk dat er samenhang is tussen de taken die uitgevoerd worden door de jeugdgezondheidszorg in het kader van de Wpg en de taken die uitgevoerd worden in het kader van de Jeugdwet. Wanneer een jeugdarts bijvoorbeeld risico's of problemen signaleert bij een jeugdige, is het effectief en efficiënt wanneer direct jeugdhulp geboden of ingezet kan worden. De jeugdgezondheidszorg is zo een prominente rol gaan spelen in het voorkomen van zwaardere vormen van zorg (meer preventie) conform de aan de Jeugdwet ten grondslag liggende beleidsdoelen 'preventie' en 'normaliseren, ontzorgen en demedicaliseren'. Normaliseren wordt hierbij opgevat als het op basis van een inschatting van de zorgbehoefte verhelderen van problemen, aangeven wat tot de normale ontwikkeling behoort en de zorgen van ouders wegnemen. Dit is een kerntaak van de jeugdgezondheidszorg (Basispakket JGZ 2015).

Samenwerking tussen huisarts, jeugdarts en gemeente; verschijningsvormen

Gelet op de positie van huisartsen, medisch specialisten en jeugdartsen is in de Jeugdwet de verplichting opgenomen dat gemeenten afspraken maken met huisartsen, medisch specialisten, jeugdartsen én zorgverzekeraars over de invulling van de verwijzbevoegdheid en de voorwaarden die hieraan kunnen worden gesteld (art. 2.7, vierde lid). Er moeten in ieder geval afspraken liggen over de wijze waarop de regierol van de gemeenten vanuit het uitgangspunt 'één gezin, één plan, één regisseur' geborgd wordt en over het voorschrijf- en verwijsgedrag van de rechtstreekse verwijzers. Gemeenten kunnen zo de kosten beheersen, maar ook de regie houden op het gehele hulpverleningsproces dat rondom de jeugdige en zijn ouders plaatsvindt. Dit vereist dat de verschillende partijen met elkaar samenwerken en afstemming zoeken in de hulpverlening aan jeugdigen. De praktijk heeft inmiddels uitgewezen dat deze samenwerking verschillende verschijningsvormen kent en veelal betrekking heeft op de verhouding tussen huisarts, jeugdarts en gemeente in de eerstelijns hulp en zorg.^{10,11} Van huisartsen en jeugdartsen wordt in de regel verwacht, en zo is het ook vaak vastgelegd in de werkafspraken met gemeenten, dat zij bij (vermoedelijke) sociale problemen contact opnemen met de gemeentelijke toegang (bijv. het wijkteam) en de jeugdige en zijn ouders naar deze toegang verwijzen.¹² Maar ook bij vermoedens van psychische problemen ligt samenwerking tussen de huisarts en de gemeentelijke toegang en zo nodig ook de jeugdarts voor de hand. Zo zijn er gemeenten die om het wijkteam een schil van

⁹ Zie B. Anker, *Positionering van de JGZ in het nieuwe stelsel van de zorg voor jeugd*, Den Haag: Anker Advies in opdracht van ministerie van VWS, directie Publieke Gezondheid 2011; en *Kamerstukken II* 2012/13, 33684, 3, p. 28-30.

¹⁰ Zie bijv. *Onderzoek naar de samenwerking tussen huisartsen, jeugdartsen en wijkteams in Gelderland-Midden: een samenvatting* (september 2015); te raadplegen via <https://academischewerkplaatsamphi.nl/wp-content/uploads/2016/06/08102015-Samenvatting-onderzoeken-naar-de-samenwerking-tussen-HA-JA-WT.pdf>.

¹¹ Zie over hoe huisartsen en jeugdartsen hun samenwerking in de praktijk ervaren N.R. Koning, L.M.M. van der Schriek, M.J. van der Kooij, F.L. Büchner, J.A. de Wilde, M.E. Numans & M.R. Crone, 'Samenwerking tussen huisarts en jeugdarts: ruimte voor verbetering', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2018;162:D2576.

¹² Zie bijv. *Samenwerking huisarts, jeugdarts, kinderarts en sociaal wijkteam in de regio Nijmegen* (april 2015); te raadplegen via https://vng.nl/files/vng/201504_nieuwsbrief_huisartsen_kinderartsen_jeugdartsen_in_samenwerking_region_nijmegendef_docx.pdf.

adviseurs hebben gevormd, bij wie de huisarts een kind met vermoedelijke psychische problematiek voor vraagverheldering kan aanmelden. Het primaire doel hiervan is om te voorkomen dat jeugdigen onnodig rechtstreeks naar (dure) specialistische jeugdhulp verwezen worden.

3. Het CenA team: uitvoeringskader op hoofdlijnen

De organisatie en werkwijze van het CenA team worden beheerst door een complex geheel van wetten en regels. De toepasselijkheid hiervan is gekoppeld aan begrippen als 'jeugdhulp', 'jeugdhulpaanbieder', 'jeugdhulpverlener', 'geneeskundige behandeling' en 'verantwoordelijke'. Zo zijn jeugdhulpverleners – dat zijn natuurlijke personen die beroepsmatig jeugdhulp verlenen – gebonden aan de regels van toestemming, dossier en privacy zoals de Jeugdwet deze stelt (par. 7.3). Jeugdhulp wordt hierbij breed opgevat en omvat alle vormen van ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en hun ouders bij alle denkbare opgroei-, opvoedings- en psychische problemen en stoornissen. Het gaat dus om het hele spectrum van preventieve en vrij toegankelijke nulde- en eerstelijns hulp tot en met gespecialiseerde tweede en derdelijns jeugd-ggz. De regels gelden voor situaties waarin jeugdhulp wordt verleend alsmede voor situaties waarin de verlening van jeugdhulp wordt voorgesteld, maar niet voor de deskundige toeleiding naar jeugdhulp. Hiervoor moet teruggegrepen worden naar de algemene bestuursrechtelijke principes en uitgangspunten van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) zoals het zorgvuldigheidsbeginsel. De uitvoeringsregels van de Jeugdwet gelden evenmin wanneer en voor zover er geneeskundige handelingen worden verricht zoals bedoeld in de regeling van de geneeskundige behandelingsovereenkomst in het Burgerlijk Wetboek (art. 7:446 e.v. BW); die regeling gaat in dat geval voor. De implicaties van dit laatste zijn minimaal, aangezien de regels voor toestemming, dossier en privacy zijn opgesteld naar analogie van de regeling van de geneeskundige behandelingsovereenkomst. De eigen beroepscode van de betrokken professionals gelden overigens altijd en onverkort. De regels voor privacy en gegevensbescherming verdienen in dit kader aparte bespreking.

Algemene regels met betrekking tot privacy en gegevensbescherming

Ten tijde van het onderzoek waarvan wij hier verslag doen, was het CenA team onderhevig aan de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). De Wbp vormde de basis voor het verwerken van tot de persoon herleidbare gegevens. Deze wet schreef voor dat persoonsgegevens alleen voor welbepaalde, uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigde doeleinden mochten worden verzameld (art. 7). Verdere verwerking van persoonsgegevens moest verenigbaar zijn met de doeleinden waarvoor de gegevens waren verkregen (art. 9, eerste lid). Beide artikelen gaven uitdrukking aan het beginsel van doelbinding.¹³ Daarnaast diende er een wettelijke grondslag te zijn voor het verwerken van persoonsgegevens. De Wbp noemde in dat kader onder meer 'de ondubbelzinnige toestemming van de betrokkene' (art. 8, onder a) en 'de goede vervulling van een publiekrechtelijke taak door het betreffende bestuursorgaan dan wel door het bestuursorgaan waaraan de gegevens worden verstrekt' (art. 8, onder e). Verwerking van persoonsgegevens moest echter alsnog achterwege blijven wanneer een geheimhoudingsplicht uit hoofde van ambt, beroep of wettelijk voorschrift daaraan in de weg stond (art. 9, vierde lid). Met deze bepaling werd buiten twijfel gesteld dat een

¹³ Zie *Kamerstukken II 1997/98*, 25892, 3 (MvT), p. 78.

ambts- of beroepsgeheim dan wel een wettelijke verplichting tot geheimhouding niet opzij kon worden gezet door het bepaalde in de Wbp.¹⁴

Gegevens over de (psychische) gezondheid van een persoon hadden een bijzonder vertrouwelijke status. Deze mochten ingevolge de Wbp alleen door bepaalde personen en instanties verwerkt worden, onder wie hulpverleners en instellingen of voorzieningen voor gezondheidszorg of maatschappelijke dienstverlening voor zover dat met het oog op een goede behandeling of verzorging van de betrokkene noodzakelijk was (art. 21, eerste lid). Daarbij was in de Wbp tevens de geheimhouding van die gegevens geregeld (art. 21, tweede lid). De algemene regels voor gegevensverwerking golden in dit geval onverkort.¹⁵ Eventueel kon voor het verstrekken van gezondheidsgegevens nog een beroep worden gedaan op een zwaarwegend algemeen belang (art. 23). Indien de verwerking echter ook geen zwaarwegend algemeen belang diende, kon in de regel alleen met uitdrukkelijke toestemming van de betrokkene (d.i. de persoon op wie de gegevens betrekking hadden) worden gehandeld.¹⁶

De ‘verantwoordelijke’ diende ervoor te zorgen dat persoonsgegevens op behoorlijke en zorgvuldige wijze werden verwerkt, conform de regels zoals hiervoor omschreven. Op grond van de Wbp moesten gegevensverwerkingen bovendien op passende wijze beveiligd zijn tegen verlies of tegen enige vorm van onrechtmatige verwerking (art. 13). Hier moesten zowel technische als organisatorische maatregelen voor getroffen worden, waarbij te denken valt aan de beveiliging van e-mails met privacygevoelige inhoud. Ook moest de verantwoordelijke ervoor zorgen dat de betrokkene voor het moment van verkrijging van de gegevens werd geïnformeerd over zijn identiteit en over het doel van de verwerking. Hiermee beoogde de Wbp transparantie te bevorderen. Tot slot was het melden van verwerkingen bij de toezichthouder – de Autoriteit Persoonsgegevens – een specifieke verplichting van de verantwoordelijke.

Implicaties van Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)

De Wbp en de Europese privacyrichtlijn (Richtlijn 95/46/EG) zijn in 2018 ingetrokken. Vanaf 25 mei 2018 geldt nieuwe regelgeving, gebaseerd op de Europese Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) van 24 mei 2016. De AVG heeft gezorgd voor een versteviging van de privacyrechten van burgers en heeft voor overheden en bedrijven een aantal nieuwe verplichtingen in het leven geroepen. Op niet-naleving daarvan staan forse boetes. Voor deze beschouwing is van belang om te vermelden dat de AVG duidelijke documentatie van het privacybeleid en van de bijbehorende procedures vereist. Aan de toezichthouder – de Autoriteit Persoonsgegevens – moet ook kunnen worden aangetoond dat er een compliance programma is op privacygebied en dat er inzicht is in alle verwerkingen van persoonsgegevens. Daarnaast heeft de betrokkene nieuwe rechten gekregen, zoals het recht om vergeten te worden en het recht zich te verzetten tegen profiling en het recht op dataportabiliteit, welke effectief moeten kunnen worden uitgeoefend bij de verantwoordelijke. Rechten die al bestonden onder de Wbp zijn bovendien versterkt. Zo dient de informatieverstrekking, bijvoorbeeld in privacy statements, duidelijker te zijn en een aantal specifieke onderwerpen te bevatten. Tot slot is het verwerken van persoonsgegevens op basis van

¹⁴ Kamerstukken II 1997/98, 25892, 3, p. 94.

¹⁵ Kamerstukken II 1997/98, 25892, 3, p. 108-109.

¹⁶ Kamerstukken II 1997/98, 25892, 3, p. 109.

toestemming als grondslag strikter worden. Toestemming wordt gedefinieerd als elke vrije, specifieke, geïnformeerde en ondubbelzinnige wilsuiting waarmee de betrokkene door middel van een verklaring of een ondubbelzinnige actieve handeling hem betreffende verwerking van persoonsgegevens aanvaardt. Als op basis van toestemming persoonsgegevens worden verwerkt, dan moet de verantwoordelijke die toestemming kunnen bewijzen. Hiervoor is het voldoende om in het dossier aan te tekenen dat de betrokkene toestemming heeft gegeven en waarvoor die toestemming is gegeven. Uit die aantekening moet dan wel blijken dat aan de eisen voor toestemming is voldaan (vrij, specifiek, geïnformeerd, ondubbelzinnig). Voor het overige is ten opzichte van de Wbp niet veel veranderd. Het beginsel van doelbinding, de eis van een wettelijke grondslag en ook het onderscheid tussen gewone en bijzondere persoonsgegevens zijn in de AVG terug te vinden.

4. Organisatie van het CenA team

De gemeenten uit de regio Gooi en Vechtstreek hebben de functie toegang tot jeugdhulp in het vrijwillige kader belegd bij een gemeentelijke toegang sociaal domein (Regiemodel jeugdhulp 2015, Plan van Aanpak Transitie Jeugdzorg). Om deze toegang vorm te geven is bij een deel van de casuïstiek specifieke expertise nodig om de vraag van jeugdigen en gezinnen goed in beeld te kunnen brengen (vraagverheldering en screenend of diagnostisch onderzoek). Voor die specifieke expertise kunnen de uitvoeringsdiensten terecht bij het CenA team. Het team bedient echter niet alleen de uitvoeringsdiensten met diagnostiek en adviezen voor toeleiding naar passende hulp en zorg; het team is namelijk in eerste instantie opgericht voor de ondersteuning van huisartsen. De achterliggende gedachte was dat bij de toegang tot jeugd-ggz de huisarts een belangrijke rol speelt. Ook de route via het onderwijs naar de huisarts is belangrijk. Door afspraken te maken met zowel huisartsen als het onderwijs over de samenwerking en afstemming met de uitvoeringsdiensten beoogden de gemeenten in de regio Gooi en Vechtstreek de route naar de geestelijke gezondheidszorg te verleggen naar de gemeentelijke toegang, in die zin dat er meer zou worden gevraagd van de beoordeling van de jeugdconsulenten werkzaam bij de toegang. Daarnaast wilden de gemeenten door het beschikbaar stellen van expertise aan huisartsen voorkomen dat onnodig werd doorverwezen naar diagnostiek en/of geïndiceerde geestelijke gezondheidszorg. Het CenA team kon daarom worden ingezet om (kortdurende) hulp aan het gezin en/of de jeugdige te bieden wanneer huisartsen psychische problemen constateerden, maar deze problemen niet in aanmerking kwamen voor basis-ggz of gespecialiseerde ggz. Deze kortdurende begeleiding biedt het team nog altijd. De hoofdtaak van het team is echter de ondersteuning van zowel uitvoeringsdiensten als huisartsen met diagnostiek en advisering.

Samenstelling en bestuurlijke inbedding

Het CenA team bestaat vanaf het begin uit drie leden: twee jeugdartsen en een klinisch kinder- en jeugdpsycholoog. Een orthopedagoog en een kinder- en jeugdpsychiater maakten aanvankelijk deel uit van het netwerk rondom het team en waren op afroep inzetbaar. Toen de CenA teamleden hier geen gebruik van bleken te maken, is deze samenwerking na een jaar stopgezet. Het team voert haar taken uit onder de bestuurlijke verantwoordelijkheid van de 'Regio Gooi en Vechtstreek' (hierna: de Regio). De Regio is een rechtspersoonlijkheid bezittend openbaar lichaam als bedoeld in de Wet gemeenschappelijke regelingen, ingesteld bij ministeriële regeling (Gemeenschappelijke Regeling

Regio Gooi en Vechtstreek) en belast met taken die een gezamenlijke aanpak door gemeenten vereisen. Het team is organisatorisch ondergebracht bij het programmaonderdeel Sturing en functioneert zodoende onafhankelijk van de overige programmaonderdelen van de Regio waaronder de GGD en Jeugd en Gezin. Jeugd en Gezin is het onderdeel waar vandaan de wettelijke en regionaal bepaalde taken van de jeugdgezondheidszorg uitgevoerd worden. De werkzaamheden die de twee jeugdartsen voor het team verrichten, verrichten zij derhalve onafhankelijk van hun aanstelling bij Jeugd en Gezin. Voor de klinisch kinder- en jeugdpsycholoog geldt dat deze specifiek voor de werkzaamheden in het CenA team aangesteld is bij de Regio. Er kan derhalve geen twijfel bestaan over de formeel-juridische status van het team. Het team hoort bij de Regio en is werkzaam vanuit dit openbaar lichaam; van een zelfstandig opererend team is geen sprake. Dit betekent onder meer dat de Regio wordt gezien als verantwoordelijke in de zin van de AVG en voorheen de Wbp. Dat laat onverlet dat de individuele teamleden een eigen professionele zelfstandigheid hebben bij de werkzaamheden die ze verrichten en vanuit de wet en de beroepscode ook een eigen professionele verantwoordelijkheid hebben ten aanzien van de invulling van die werkzaamheden en de verhouding tot jeugdigen en hun ouders. De inbedding bij de Regio betekent bovendien dat het team werkt in een publiekrechtelijk kader en er dus geen privaatrechtelijke overeenkomst van opdracht ontstaat tussen de teamleden en de jeugdigen en hun ouders.

Takenpakket

Het CenA team werd eind 2014 opgericht om 'huisartsen en consultants te ondersteunen bij de vraag waar een jeugdige met ggz-problematiek het beste geholpen kan worden'.¹⁷ Het team moest werken ter ondersteuning van huisartsen en uitvoeringsdiensten om zo te ontzorgen en normaliseren waar dat kan en gericht en snel hulp in te zetten waar dat moet. Bijdragen aan een daling van de kosten voor onderzoek en diagnostiek was daarbij een specifieke opdracht. De taken van het team zijn in de loop der tijd evenwel flink uitgebreid.¹⁸ In de periode van het onderzoek vond daarom een herbezinning plaats, waarbij het voorstel was om de werkzaamheden van het team terug te brengen tot vier basistaken:

1. consultatie en advies aan huisartsen en jeugdconsultanten (hoofdtak);
2. beoordeling aanvraag tweede prestatie generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz;
3. verklaring c.q. advies vrijstelling Leerplichtwet; en
4. advies inkoop en contractbeheer.¹⁹

Ad 1 Consultatie en advies aan huisartsen en jeugdconsultanten (hoofdtak)

De hoofdtak van het team valt uiteen in: a) consultatie; b) vraagverheldering; en c) kortdurende begeleiding. Consultatie houdt in dat de huisarts of jeugdconsultant in overleg met het team bepaalt of, en zo ja, hoe de problemen te duiden zijn en welke ondersteuning, hulp of zorg passend is.

¹⁷ G. van den Broek, *Regionale expertise Jeugd: een evaluatie van het Consultatie en Adviesteam, Ernstige Enkelvoudige Dyslexie en juridische expertise*, Bussum: Regio Gooi en Vechtstreek 2015, p. 3.

¹⁸ Zie G. van den Broek, *Het Consultatie- en Adviesteam in de regio Gooi en Vechtstreek: de huidige en toekomstige inrichting van het team*, Bussum: Regio Gooi en Vechtstreek 2017, Tabel 1 'Taken CenA team 2015, 2016, 2017' op p. 5.

¹⁹ G. van den Broek, *Het Consultatie- en Adviesteam in de regio Gooi en Vechtstreek: de huidige en toekomstige inrichting van het team*, Bussum: Regio Gooi en Vechtstreek 2017, p. 14; naast de vier basistaken heeft het team drie maatwerktaken (consult en advies aan huisartsen op locatie, casuïstiekbespreking met consultants en deskundigheidsbevordering).

Huisartsen blijken in voorkomende gevallen echter ook behoefte te hebben aan wat zij noemen 'diagnostiek'. Daarmee bedoelen zij een uitgebreide screening (vraagverheldering) van wat mogelijk aan de hand is en waar de jeugdige het beste op zijn plek is zodat gericht verwezen kan worden (te vergelijken met verwijzing in de gezondheidszorg). Er kan al snel de indruk ontstaan dat het team hiermee formeel een toegangsfunctie toebedeeld heeft gekregen, maar dat is volgens de Regio nadrukkelijk niet de bedoeling geweest. Huisartsen behouden hun verwijsbevoegdheid. De praktijk is evenwel dat het team in het geval van vraagverheldering niet alleen de diagnostiek uitvoert maar ook de toeleiding naar de juiste vorm van hulp. Feitelijk fungeert het team dus wel als een gemeentelijke toegang, waarbij de toeleiding overigens plaatsvindt in de vorm van een verwijzing op grond van de zelfstandige verwijsbevoegdheid van een van de jeugdartsen van het team. Een zuivere uitvoering van de werkzaamheden zou inhouden dat het team het bepalen van de juiste vorm van hulp na consultatie of advies teruglegt bij de hulpverlener die het consult of het advies heeft aangevraagd. De andere optie is dat het team de bevoegdheid om (niet-vrij toegankelijke) jeugdhulp toe te wijzen gemandateerd krijgt van de gemeenten. In dat geval zou toeleiding op naam van het team mogen plaatsvinden, ook door de klinisch psycholoog. Mocht in overleg blijken dat kortdurende begeleiding aangewezen is, dan kan deze vanuit het team – door de klinisch psycholoog – aangeboden worden. In dat geval is sprake van jeugdhulp zoals omschreven in de Jeugdwet en geldt de klinisch psycholoog (in ieder geval) als jeugdhulpverlener. Deze constructie, waarbij gemeenten binnen de toegang ook zelf jeugdhulp aanbieden, is overigens niet ongebruikelijk. Dat zien we ook bij wijkteams en centra voor jeugd en gezin. Maar wie heeft hier als jeugdhulpaanbieder te gelden: de Regio, het team als zodanig of het betreffende teamlid? Te verdedigen valt de Regio als zodanig aan te merken, waarbij deze dan gebonden is aan onder meer de kwaliteitseisen uit de Jeugdwet en het verplicht regelen van de klachtenopvang, maar deze opvatting is omstreden.

Ad 2 Beoordeling aanvraag tweede prestatie generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz

De geestelijke gezondheidszorg is in drie onderdelen te onderscheiden: 1) huisartsenzorg met ggz-ondersteuning, waarbij de huisarts signaleert, behandelt of verwijst naar de generalistische basis-ggz of de gespecialiseerde ggz met ondersteuning van de praktijkondersteuner ggz; 2) de generalistische basis-ggz; en 3) de gespecialiseerde ggz.²⁰ De eerstelijns ggz en een deel van de tweedelijns ggz vormen samen de basis-ggz. In de basis-ggz bestaat ruimte voor verschillende behandelcomponenten zoals diagnostiek, e-health en consultatie van een specialist. Deze behandelcomponenten worden bekostigd middels de prestatiebeschrijvingen kort, middel, intensief en chronisch. Deze pakketten onderscheiden zich door het aantal minuten dat een behandeling mag plaatsvinden en het tarief. Basis-ggz die verleend wordt in de tweedelijns zorg en ook de gespecialiseerde ggz zijn niet vrij toegankelijk. Dit betekent dat jeugdigen alleen toegang krijgen tot deze voorzieningen met een toewijzende beschikking van de gemeente of met een verwijsbrief van de huisarts, jeugdarts of een medisch specialist. In sommige gevallen blijkt een enkele prestatie basis-ggz evenwel niet voldoende.

In de regio Gooi en Vechtstreek kunnen jeugdhulpaanbieders van basis-ggz een tweede prestatie aanvragen bij het CenA team. De aanbieder zoekt contact met de jeugdige en de ouders en informeert hen over de reden waarom één prestatie niet voldoende is. Daarnaast worden zij op de

²⁰ GGZ Nederland, 'Basis-ggz', te raadplegen via <https://www.ggznederland.nl/themas/basis-ggz>.

hoogte gebracht van het feit dat zij contact moeten opnemen met het CenA team voor het aanvragen van een tweede prestatie en welke informatie hierbij wordt gedeeld. Met toestemming stuurt de jeugdhulpaanbieder vervolgens een gemotiveerd voorstel voor een tweede prestatie en de persoonsgegevens van de jeugdige en de ouders naar het CenA team (via e-mail; zie hierna). Het team beoordeelt de aanvraag en treedt daarbij desgewenst in overleg met de jeugdhulpaanbieder en de ouders. Met inachtneming van het belang van de jeugdige in relatie tot de kosten/baten neemt het CenA team een beslissing of een tweede prestatie wordt toegestaan en koppelt dit terug naar de aanbieder. Bij een positieve beslissing mag de aanbieder de tweede prestatie digitaal bij de gemeente aanmelden en daarbij het CenA team als verwijzer opgeven. Met ingang van 1 januari 2018 is deze taak uitgebreid met het beoordelen van aanvragen tot verlenging van de voorziening gespecialiseerde ggz voor jeugdigen. Dit heeft te maken met een wijziging van de declaratiesystematiek. Gemeenten kunnen vanaf 2018 de specialistische jeugd-ggz niet meer contracteren en bekostigen met behulp van de DBC-systematiek. Zij moeten overstappen op een nieuw bekostigingsmodel: de uitvoeringsvariant.²¹

Ad 3 Verklaring en advies vrijstelling Leerplichtwet

In de Leerplichtwet 1969 staat dat gezaghebbende ouders van leerplichtige jongeren (5-16 jaar) en ook personen die deze jongeren feitelijk verzorgen in bepaalde gevallen vrijgesteld zijn van de verplichting om te zorgen dat een jongere als leerling van een school onderscheidenlijk een instelling staat ingeschreven. Dat is onder meer het geval wanneer (en zolang) de jongere op lichamelijke of psychische gronden niet geschikt is om tot een school of instelling te worden toegelaten (art. 5, aanhef en onder a). Deze vrijstelling hebben ouders of verzorgers niet automatisch. Om een beroep te kunnen doen op de vrijstelling, moeten zij hiervan kennis geven aan het college van burgemeester en wethouders van de gemeente waar de jongere staat ingeschreven (art. 6). Bij die kennisgeving moet een verklaring van een arts (of academisch gevormde of daarmee gelijkgestelde pedagoog of psycholoog) overlegd worden, waaruit blijkt dat deze de jongere niet geschikt acht om tot een school of instelling te worden toegelaten (art. 7). De arts mag niet de behandelend arts zijn, maar moet een arts zijn die door het college aangewezen is.

In de regio Gooi en Vechtstreek hebben de colleges van burgemeester en wethouders hun bevoegdheden op grond van de Leerplichtwet ondergebracht in een gemeenschappelijke regeling (de eerdergenoemde Gemeenschappelijke Regeling Regio Gooi en Vechtstreek). Daarbij is de Regio belast met onder meer 'de behandeling van aanvragen tot vrijstelling of ontheffing schoolbezoek, leerplicht of kwalificatieplicht' (art. 5, vijfde lid, vierde streepje). Ouders en verzorgers moeten jaarlijks (voor 1 juli) bij de leerplichtambtenaar van het Regionaal Bureau Leerlingzaken (RBL) – een van de programmaonderdelen van de Regio – aangeven dat zij op lichamelijke of psychische gronden een beroep willen doen op vrijstelling. Zij hebben hiervoor een verklaring van een arts of andere deskundige nodig. Daarnaast is onderzoek nodig door een onafhankelijke arts, door het RBL aangewezen als deskundige. Dit onafhankelijke onderzoek wordt uitgevoerd door de jeugdartsen van het CenA team en resulteert in een advies aan de leerplichtambtenaar over de geschiktheid van de jongere om tot een school of instelling te worden toegelaten. Ten behoeve van dit advies vraagt het

²¹ Zie C. Peeters, *Bekostiging Jeugd-GGZ inspanningsgericht: een handreiking ter ondersteuning bij de overgang van de DBC-systematiek naar een andere vorm van bekostiging (met ingang van 2018)*, Barneveld: Significant in opdracht van VNG, in samenwerking met programma i-Sociaal Domein en GGZ Nederland 2017, Versie 2.0 (juni 2017).

team schriftelijk aan de ouders en/of verzorgers om dossiers/rapporten van behandelaren op te sturen waaruit blijkt dat de jeugdige niet geschikt is om tot een school of instelling te worden toegelaten evenals informatie over: '[...] de gezinssituatie, huidige school/schoolloopbaan, somatiek (medische voorgeschiedenis), ontwikkeling van de jeugdige en actueel functioneren op het gebied van contact (taal/spraak/motoriek/mate van zelfstandigheid), hulpverleningsgeschiedenis, cognitief niveau van functioneren (IQ), medicatie en waar naartoe wordt gewerkt met de jeugdige (vorm van onderwijs of anderszins).'²²

Ad 4 Advies inkoop en contractbeheer

Omdat bij de uitvoering van deze taak niet direct rechten van jeugdigen en hun ouders in het geding zijn, blijft die taak hier verder buiten beschouwing.

Juridische kwalificatie en analyse van werkzaamheden

Zoals gezegd valt de hoofdtaak van het CenA team uiteen in drie deeltaken. Voor de eigenlijke consultatietaak, waarbij in overleg met de huisarts of jeugdconsulent wordt bepaald welke vorm van ondersteuning, hulp of zorg de juiste is voor de jeugdige en zijn ouders, geldt het volgende. Bij een intercollegiaal consult wordt de consulent in de regel gezien als een rechtstreeks betrokken hulpverlener. Problematisch vanuit juridisch perspectief kan zijn dat het CenA team voor wat betreft de hoofdtaak niet meteen als hulpverlener geldt, al zullen de individuele leden van het team vanuit hun eigen professionele standaarden wel degelijk hulpverleningstaken uitvoeren. Regelmatig is het zo dat het CenA team de jeugdige en zijn ouders niet spreekt en ziet, omdat een teamlid in persoon of per telefoon of e-mail advies geeft aan de huisarts of jeugdconsulent. Hoewel voor het uitwisselen van persoonsgegevens tussen rechtstreeks betrokken hulpverleners geen expliciete toestemming vereist is, mag wel van de huisarts of de jeugdconsulent worden verwacht dat hij of zij de jeugdige en zijn ouders erover informeert dat het team in consult wordt of is geroepen. Dit stelt de jeugdige en zijn ouders in staat om bezwaar te maken tegen het consult, in welk geval toestemming niet langer verondersteld mag worden. Vooral de onduidelijke status van de teamleden en het feit dat het een gemeentelijk team betreft, legt in dit geval strengere eisen aan de huisarts of jeugdconsulent op dan in het geval van een 'regulier' intercollegiaal consult. Dat geldt alleen niet wanneer het consult geanonimiseerd plaatsvindt, omdat daarbij geen persoonsgegevens uitgewisseld worden. Omdat bij een consult de verantwoordelijkheid voor de hulpverlening in de regel blijft liggen bij degene die het consult ingeroepen heeft, heeft deze hulpverlener ook de verantwoordelijkheid dat het dossier wordt bijgehouden. Dat betekent onder meer dat hij ervoor zorg draagt dat van een mondeling (telefonisch) of digitaal consult in het dossier verslag wordt gedaan. Als de consulent – in dit geval (een van de leden van) het CenA team – er zeker van wil zijn dat het consult goed is overgekomen kan hij ervoor kiezen om het consult (lees: het advies) ook zelf schriftelijk vast te leggen. Vanuit de eigen professionele verantwoordelijkheid van de teamleden verdient dit de voorkeur.

Zodra het onderzoek meer intensief wordt – het team ziet en spreekt rechtstreeks met de jeugdige en zijn ouders – valt te verdedigen dat de verantwoordelijkheid overgaat op het team en eerder gesproken dient te worden van vraagverheldering. De huisarts of jeugdconsulent kan de cliënt daarnaast speciaal voor vraagverheldering bij het team aangemeld hebben. Met deze aanmelding

²² CenA team, brief 'Inhoudelijke info t.b.v. beoordelen aanvraag vrijstelling'.

dienen de jeugdige en zijn ouders in te stemmen. Voor de gegevensuitwisseling die hierbij vanuit de huisarts of jeugdconsulent plaatsvindt, geldt dan dat toestemming in beginsel verondersteld mag worden. De diagnostiek die daarop plaatsvindt en het advies dat daaruit voortkomt, kan echter niet dan met toestemming van de jeugdige en/of zijn gezaghebbende ouders uitgevoerd worden c.q. teruggekoppeld worden naar degene die de vraagverheldering aangevraagd heeft. Hetzelfde geldt voor kortdurende begeleiding vanuit het team en een terugkoppeling over het verloop hiervan naar bijvoorbeeld de huisarts. Bedacht moet worden dat in dit laatste geval ook voor het uitwisselen van informatie over de kortdurende begeleiding tussen de klinisch psycholoog en de andere teamleden toestemming vereist is en afgeschermd verslaglegging dient plaats te vinden.

De tweede taak, de verlengingsbeslissing, moet als toegangstaak gekwalificeerd worden. Het team dient daarom gemandateerd te zijn voor de beslissing om de prestatie wel of niet te verlengen. Dat zij deze beslissing op dit moment nemen op grond van de verwijlsbevoegdheid van de jeugdartsen, kan een onzuivere situatie genoemd worden. Voor de diagnostiek die het team in het kader van de beoordeling van de noodzaak tot verlenging uitvoert, is toestemming van de jeugdige en zijn ouders nodig. Geheel vrij kan deze toestemming niet gegeven worden, omdat de toegang tot de voorziening hiervan afhangt.

De derde taak, verklaring en advies vrijstelling Leerplichtwet, is lastiger te kwalificeren. Ten eerste valt op dat de Regio naast de overlegging van een verklaring van een arts of andere deskundige, ook beoordeling door een van de jeugdartsen van het CenA team verplicht lijkt te stellen. Wat hier verder ook van zij, in alle gevallen zullen de jeugdartsen deze beoordeling in een publiekrechtelijk kader verrichten. In dat kader valt te verdedigen dat de jeugdartsen – als adviserend arts van de Regio – informatie over de jeugdige en zijn ouders aan de Regio (lees: het RBL) mogen verstrekken. Het gegeven dat de Regio hen formeel heeft aangewezen om beoordelingen in het kader van de Leerplichtwet uit te voeren, betekent echter niet dat alle informatie over de jeugdige en zijn ouders met de leerplichtambtenaar gedeeld mag worden. Het gaat om noodzakelijke gegevens, zoals beperkingen en mogelijkheden ten aanzien van de leerplicht. Deze informatie zou desnoods ook zonder toestemming van de jeugdige en zijn ouders doorgegeven mogen worden. Wel moeten zij vooraf erover geïnformeerd worden welke informatie aan de leerplichtambtenaar verstrekt wordt. En alleen met toestemming mag een nadere onderbouwing van het advies in de zin van specifieke informatie over de psychische problemen of stoornissen verstrekt worden. Dit geldt te meer nu deze nadere informatie vaak (mede) afkomstig zal zijn van andere hulpverleners.

5. Werkwijze van het CenA team

Informatie en toestemming

Geïnformeerd vertrouwen blijkt een grote rol te spelen in de wijze waarop het CenA team haar werkzaamheden uitvoert. Toestemming is dientengevolge bepalend voor de leden van het team. Voor de consultatie- en adviestaak is door de Regio een formulier opgesteld waarmee aanmelding voor vraagverheldering schriftelijk vastgelegd wordt. De voorzijde van deze ‘verwijs- en

antwoordbrief²³ wordt ingevuld door de verwijzend huisarts en vermeldt de NAW-gegevens van het gezin, de contactgegevens van de huisarts en een aantal aanmeldingsgegevens: vraagstelling, voornaamste klachten, relevante gegevens over het gezin en relaties, medicatie en eerdere hulpverlening. Aanmelding is mogelijk bij: problemen in de sociale contacten, pesten, angsten, een slaapstoornis; problemen ten gevolge van echtscheiding (met uitzondering van gezinnen in een vechtscheiding en jeugdigen die op een natuurlijke manier reageren op deze traumatische gebeurtenis); psychosomatische klachten; gedragsproblemen of schoolverzuim; en klachten en multiproblematiek waarbij niet direct duidelijk is waar zorg kan worden geboden.²⁴ Bij een vermoeden van een stoornis moet de jeugdige rechtstreeks verwezen worden naar de geestelijke gezondheidszorg. De huisarts dient de brief in te vullen en via e-mail te versturen naar het CenA team. Hiervoor heeft de Regio een functionele mailbox met een generiek e-mailadres voor het team aangemaakt. Deze mailbox is in Outlook toegevoegd aan de eigen, persoonlijke mailboxen van de afzonderlijke leden van het CenA team bij Jeugd en Gezin (jeugdartsen) en de Regio (klinisch psycholoog). De leden van het team beoordelen de klacht en doen door middel van een gesprek met de jeugdige en de ouders aan vraagverheldering: anamnese, vraagverheldering, inschatten balans (draagkracht/last) en zorgbehoefte. De praktijk is dat de jeugdartsen elk voor zich de aanmeldingen uit de mailbox oppakken en afhandelen en alleen indien nodig overleg plegen met elkaar dan wel met de klinisch psycholoog. Vervolgens schakelen zij de noodzakelijke hulp in: algemeen (vrij) toegankelijke hulp als het kan, kortdurende begeleiding (maximaal 5 gesprekken) door de klinisch psycholoog uit het CenA team of verwijzing naar de basis-ggz of gespecialiseerde ggz²⁵ of de gemeentelijke toegang. De achterzijde van de verwijs- en antwoordbrief wordt door het CenA team gebruikt voor het terugkoppelen van informatie naar de huisarts en tussen de teamleden onderling. Deze informatie betreft de datum van intake, de datum van terugrapportage en de naam van het betrokken teamlid alsmede een analyse van het probleem en de vraagstelling, informatie over de ondernomen acties, het vervolg en advies en 'overige' informatie. Voor verwijzing naar de basis-ggz en de gespecialiseerde ggz gebruikt het team een 'toestemmingsverklaring'²⁶, waarmee jeugdigen (vanaf twaalf jaar) en ouders/verzorgers (gezaghebbende ouders/ wettelijke vertegenwoordigers van jeugdigen tot zestien jaar) schriftelijk toestemming verlenen voor de verwijzing als zodanig en gelijk ook voor de gegevensuitwisseling tussen huisarts, leden van het CenA team en professionals van de ggz-instelling.

Gegevensuitwisseling

In de huidige situatie blijkt informatie over en naar aanleiding van een aanmelding hoofdzakelijk via e-mail uitgewisseld te worden, zowel via het e-mailadres van het team als via de persoonlijke e-mailadressen van de jeugdartsen bij Jeugd en Gezin. Daarbij gaat het om normaal vertrouwelijke gegevens, zoals contactgegevens van het gezin, maar ook om bijzonder vertrouwelijke gegevens met betrekking tot de gezondheid van jeugdigen en hun ouders. Huisartsen blijken moeite te hebben met

²³ Te downloaden via [https://www.regiogv.nl/professionals/inkoop-contractbeheer-sd/jeugdwet/voor-huisartsen?detail=uitleg-huisartsen-consultatie-en-adviesteam-\(c-en-a-team\)-jeugd-ggz](https://www.regiogv.nl/professionals/inkoop-contractbeheer-sd/jeugdwet/voor-huisartsen?detail=uitleg-huisartsen-consultatie-en-adviesteam-(c-en-a-team)-jeugd-ggz).

²⁴ Zie https://www.regiogv.nl/content/media/docs/default-source/sociaal/jeugdwet/uitleg_huisartsen_ca_team.pdf?sfvrsn=6.

²⁵ Voor de grove verwijscriteria voor de basis-ggz en gespecialiseerde ggz zij verwezen naar

<https://www.regiogv.nl/content/media/docs/default-source/sociaal/inkoop-en-contractbeheer/jeugdwet/voor-huisartsen/grove-verwijscriteria-voor-de-gbggz-en-sggz/grove-verwijscriteria-voor-de-gbggz-en-sggz-ch-feb-2015.pdf?sfvrsn=2>.

²⁶ Zie https://www.regiogv.nl/content/media/docs/default-source/sociaal/jeugdwet/toestemmingsbrief_ca_team.pdf?sfvrsn=4.

deze gang van zaken. Zij zouden bij voorkeur gebruikmaken van ZorgDomein, een applicatie om patiënten direct digitaal naar het team te kunnen verwijzen, en van Zorgmail zodat het team beveiligde berichten naar hen kan terugsturen. De bestaande verwijs- en antwoordbrief kan daarmee komen te vervallen. Naast deze verwijs- en antwoordbrief dienen huisartsen echter ook een apart door de Regio ontwikkelde 'toestemmingsverklaring voor gegevensuitwisseling tussen huisarts en professionals uit het CenA team en de CenA teamleden onderling'²⁷ naar het CenA team te sturen, bij voorkeur gelijktijdig met de verwijs- en antwoordbrief. De voorzijde van dit formulier bevat algemene informatie over het CenA team (o.a. over de werkwijze van het team); op de achterzijde dienen jeugdigen (vanaf twaalf jaar) en hun ouders/verzorgers (gezaghebbende ouders/ wettelijke vertegenwoordigers van jeugdigen tot zestien jaar) dan aan te geven of zij toestemming geven voor het terugkoppelen van informatie naar de verwijzer en tussen de teamleden onderling en dienen zij hiervoor een handtekening te zetten. De praktijk is dat sommige huisartsen het nalaten om dit formulier bij een aanmelding voor vraagverheldering mee te sturen en dat het team bij ontvangst van de aanmelding met het formulier teruggaat naar de huisarts of het gezin. Huisartsen geven in dit verband aan dat zij bij 'reguliere' verwijzingen ook niet verplicht zijn om met een toestemmingsformulier te werken. De werkbaarheid van het formulier staat hierdoor onder druk.

Naast informatieverstrekking en -uitwisseling via e-mail, wordt ook telefonisch en in persoon over casuïstiek gesproken. Dit kan zijn naar aanleiding van een aanmelding via e-mail, waarbij aanmelder en team overleg voeren over de juiste hulp voor de jeugdige en het gezin, maar vaker gaat het hierbij om consultvragen en wordt casuïstiek geanonimiseerd besproken. Zo hebben de jeugdconsulenten aangegeven dat zij in het tweewekelijkse overleg met de klinisch psycholoog casuïstiek altijd geanonimiseerd inbrengen. Niettemin zeggen zij vooraf toestemming aan ouders en jeugdigen te vragen voor het bespreken van een casus.

Verslaglegging

Aanvankelijk was de werkafpraak dat de leden van het CenA team na vraagverheldering een korte omschrijving van het probleem en het advies en de eventuele begeleiding zouden registreren in het Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg (DD JGZ) van de jeugdige. De jeugdartsen hebben vanuit hun functie bij Jeugd en Gezin reeds toegang tot deze dossiers. Omdat de klinisch psycholoog in eerste instantie geen toegang tot de dossiers had en er ook overigens vragen opkwamen over de privacy van jeugdigen en ouders bij het vastleggen van het contact met het CenA team in het DD JGZ, is het CenA team van deze werkafpraak afgestapt. Voor een periode van ongeveer een jaar is daarom volstaan met papieren verslaglegging, waarna is overgegaan op digitale verslaglegging. Deze digitale verslaglegging bestaat in een afgeschermd mappenstructuur binnen de digitale werkomgeving van de Regio, waar op naam van de consultvrager dan wel op naam van de jeugdige c.q. het gezin e-mailcorrespondentie, ingevulde verwijs- en antwoordbrieven, getekende toestemmingsformulieren en bij derden opgevraagde informatie worden opgeslagen en toegankelijk zijn voor elk teamlid.

Analyse van privacy risico's

De participanten in het onderzoek zeiden weinig vragen of twijfels te hebben over het omgaan met persoonsgegevens. Zij vertrouwden erop dat het CenA team zorgvuldig met persoonsgegevens

²⁷ Zie https://www.regiogv.nl/content/media/docs/default-source/sociaal/jeugdwet/brief_ouders_ca_team.pdf?sfvrsn=4.

omgaat en dat deze gegevens bij het team veilig zijn. Dat gold zowel voor de huisartsen en jeugdconsulenten als voor de jeugdigen en ouders die wij hebben gesproken. De huisartsen en jeugdconsulenten benadrukten bovendien ieders eigen professionele verantwoordelijkheid ten aanzien van het zorgvuldig omgaan met persoonsgegevens en benoemden hierbij de regulerende werking van de beroepscode.

Niettemin moet hier een aantal privacy risico's in de organisatie en werkwijze van het CenA team benoemd worden. Deze risico's hangen deels samen met de vereiste randvoorwaarden voor privacy en gegevensbescherming, deels met de uitvoeringspraktijk. Een eerste risico schuilt in het ontbreken van adequate systemen voor de communicatie met en door het CenA team en voor de verslaggeving. Bij e-mailverkeer tussen de leden van het CenA team volstaat de beveiligde e-mailomgeving van de Regio. Bij e-mailverkeer met personen buiten de eigen organisatie kan diezelfde beveiliging evenwel niet gegarandeerd worden. Ook bij het gebruik van een functionele mailbox voor een afdeling of – in dit geval – team zijn er aandachtspunten. Zo is het belangrijk dat personen die werkzaam zijn voor dezelfde organisatie niet via een achterdeur toegang kunnen krijgen tot deze mailbox. Het is in Outlook namelijk mogelijk om toegang te krijgen tot de mailboxen van andere gebruikers wanneer deze mailboxen niet gesloten zijn. Ook is het onwenselijk dat reacties op de e-mailberichten uit de functionele mailbox van het team worden verzonden vanuit de persoonlijke e-mailadressen van de teamleden in plaats van vanuit het algemene adres van het CenA team. Deze laatste punten zijn gemakkelijk op te lossen. Voor het eerste punt – e-mailverkeer met personen buiten de eigen organisatie – geldt dat niet. Daarbij geldt bovendien dat een overwegend gebruik van e-mail als communicatiemiddel gemakkelijk tot vragen en onduidelijkheden kan leiden bij het betrokken teamlid, bijvoorbeeld rondom de identiteit van diegene met wie gecommuniceerd wordt. Ook de verplichting om na te gaan of de gegeven informatie begrepen wordt, is moeilijker na te leven op het moment dat het team een jeugdige of het gezin niet ziet en spreekt.

Een tweede risico schuilt in de verscheidenheid van rollen en verantwoordelijkheden van het CenA team en een gebrek aan helderheid hieromtrent. De juridische analyse van de taken en bijbehorende werkzaamheden van het CenA team in paragraaf 4 toont reeds het belang om onderscheid te maken tussen de verschillende rollen en verantwoordelijkheden en wat dit onderscheid betekent voor de rechten en plichten van het team enerzijds en de jeugdigen en hun ouders anderzijds. Zo is niet in alle gevallen uitdrukkelijke toestemming nodig om persoonsgegevens uit te wisselen met anderen.

Een derde risico schuilt in het gebruik van algemene toestemmingsverklaringen voor terugkoppeling naar de huisarts en gegevensuitwisseling tussen de teamleden onderling en voor gegevensuitwisseling tussen huisarts, leden van het CenA team en de ggz-instelling na verwijzing naar de basis- of gespecialiseerde ggz. Het gebruik van toestemmingsverklaringen is toegestaan en dergelijke verklaringen hebben in beginsel ook juridische betekenis in de zin dat anderen op de geldigheid daarvan mogen vertrouwen, maar de huidige formulieren van het CenA team zijn zo algemeen geformuleerd dat toestemming altijd geverifieerd zal moeten worden. Vertrouwen op een eerder gegeven algemene toestemming zou de privacy van de jeugdigen en hun ouders aan kunnen tasten.

Een vierde risico schuilt in de dubbele loyaliteit van de jeugdartsen.²⁸ Die dubbele loyaliteit kan zich uiten op het moment dat er binnen het team werkdruk ontstaat. Loyaliteit ten opzichte van Jeugd en Gezin kan het werk voor het CenA team dan onder druk zetten. Dat zal niet direct privacy risico's meebrengen, maar die zouden wel kunnen ontstaan wanneer door tijdgebrek onvoldoende zorgvuldig gewerkt wordt (bijvoorbeeld ten aanzien van de informatieverstrekking of de verslaglegging). Een ander moment waarop de dubbele loyaliteit zich uit, is wanneer bij het oppakken van een aanmelding bij het CenA team blijkt dat de jeugdarts al vanuit Jeugd en Gezin betrokken is bij de jeugdige of het gezin. De twee jeugdartsen hebben onderling afgesproken om in dat geval de aanmelding intern naar elkaar door te sturen, behalve wanneer er aanleiding is om toch zelf de aanmelding op te pakken. Dat kan aan de orde zijn wanneer een casus overleg met school vereist. Dit hoeft geen probleem op te leveren als de jeugdige en zijn ouders daarmee instemmen. De vraag is alleen of de jeugdarts dan optreedt als jeugdarts van Jeugd en Gezin of als jeugdarts van het CenA team. Informatie uit het DD JGZ zou bovendien ook alleen met toestemming van de jeugdige en zijn ouders gebruikt mogen worden voor inzet van het CenA team, ook als het betrokken teamlid de eigen jeugdarts is. Dat laatste is evenwel moeilijk uit te voeren, simpelweg omdat de jeugdarts reeds met de jeugdige of het gezin bekend is en die kennis niet kan verdringen.

6. Conclusies en aanbevelingen

In de paragrafen 4 en 5 zijn de juridisch-bestuurlijke aspecten van de organisatie en de werkwijze van het CenA team geëxpliciteerd en geanalyseerd. Dit levert inzichten op die een bijdrage beogen te leveren aan de besprekingen binnen de Regio over de huidige en toekomstige inrichting van het CenA team. Wat om te beginnen opviel in het onderzoek, is dat de participanten – zowel de huisartsen en jeugdconsulenten als de jeugdigen en hun ouders – zeiden weinig vragen of twijfels te hebben over het omgaan met persoonsgegevens. Zij hadden er vertrouwen in dat het CenA team zorgvuldig met persoonsgegevens omgaat en dat deze bij het team veilig zijn. De huisartsen en jeugdconsulenten benadrukten bovendien ieders eigen professionele verantwoordelijkheid ten aanzien van het zorgvuldig omgaan met persoonsgegevens en benoemden hierbij de regulerende werking van de beroepscodes. Gelet op het oriënterende karakter van de interviews en de beperkte opkomst bij de focusgroepen kunnen deze bevindingen niet gevalideerd worden, maar ze bieden niettemin belangrijke aanwijzingen voor hoe de betrokkenen privacy en gegevensbescherming in het contact met het CenA team ervaren. De juridische beschouwing heeft daarentegen meerdere privacy risico's blootgelegd in de wijze waarop het team georganiseerd is en werkt. Deze hangen om te beginnen samen met de verscheidenheid in taken die het team uitvoert en de onduidelijkheid over de verschillende (juridische) rollen en verantwoordelijkheden bij de uitvoering van deze taken. Daarnaast ontbreekt een aantal organisatorische randvoorwaarden met betrekking tot communicatie en verslaglegging. Het adresseren van de risico's die hierdoor ontstaan, is nodig om aan de vigerende wet- en regelgeving te voldoen. Dat leidt tot onderstaande aanbevelingen.

Aanbevelingen aan de Regio:

²⁸ Vgl. Centrum voor Ethiek en Gezondheid, *Samen zorgen in de wijk. Signalering Ethiek en Gezondheid 2016/2*, Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid 2016, p. 8 en 28.

- schep duidelijkheid over de rollen en verantwoordelijkheden van het CenA team, zowel richting het team als richting jeugdigen en hun ouders, en informeer beiden over de rechten en plichten die hieruit voor hen voortvloeien;
- bevorder dat de leden van het CenA team hun werkzaamheden onafhankelijk van hun dagelijkse functies kunnen uitoefenen;
- verleen het CenA team mandaat om in het geval van vraagverheldering te besluiten over de noodzaak tot jeugdhulp en zo nodig een vorm van jeugdhulp toe te wijzen;
- beschik over een veilig communicatiesysteem voor aanmelden bij c.q. verwijzen naar het CenA team en terugkoppelen door het CenA team;
- beschik over een efficiënt systeem voor verslaglegging door het CenA team, dat zo mogelijk gekoppeld is aan het communicatiesysteem;
- formuleer de uitgangspunten van een privacybeleid dat gespecificeerd is voor de rollen en verantwoordelijkheden van het CenA team.

Aanbevelingen aan het CenA team:

- ben je bewust van de verscheidenheid in rollen en verantwoordelijkheden van het CenA team en welke rechten en plichten deze voor zowel het team als jeugdigen en ouders meebrengen;
- informeer jeugdigen en ouders actief over de rol waarin het CenA team in een concreet geval jegens hen optreedt;
- waak ervoor dat je jouw werkzaamheden onafhankelijk van jouw functie als jeugdarts bij Jeugd en Gezin Gooi en Vechtstreek kan (blijven) uitoefenen;
- maak geen gebruik van de zelfstandige bevoegdheid van de jeugdarts om jeugdigen en ouders rechtstreeks naar jeugdhulp te verwijzen, zodat er geen verstrengeling van taken en bevoegdheden ontstaat, maar maak gebruik van het mandaat of leg de verantwoordelijkheid terug bij de aanmelder;
- informeer jeugdigen en ouders actief over het terugkoppelen van informatie naar de aanmelder c.q. verwijzer en over welke informatie teruggekoppeld wordt, zodat zij in de gelegenheid zijn om – ook al is er vooraf schriftelijk toestemming verleend – bezwaar te maken tegen terugkoppeling dan wel feitelijke correcties en aanvullingen te maken op de informatie;
- vraag vooraf toestemming aan jeugdigen en ouders om informatie uit te wisselen met derden anders dan de aanmelder c.q. verwijzer;
- vertaal de door de Regio geformuleerde uitgangspunten van een privacybeleid tot een handelingsprotocol voor het CenA team.