

Bijlage B Programma van Eisen

Algemeen

Dit document maakt onderdeel uit van de raamovereenkomst voor de zorgfunctie [@@nader in te vullen]. In dit document zijn afspraken vastgelegd tussen de VNG en de aanbieder(s). Het gaat hierbij om bindende afspraken tussen VNG en de aanbieder(s) die gelden gedurende de looptijd van de raamovereenkomst. Het eerste deel betreft de afspraken die gelden voor alle aanbieders, ongeacht de functie waarvoor met hen een landelijke raamovereenkomst is afgesloten. Het tweede deel bevat afspraken die betrekking hebben op de specifieke functie. In het derde deel is aanbieder specifieke informatie over de zorgvraag en de functie opgenomen. Daarin wordt onder meer een inhoudelijke omschrijving opgenomen van de aard van de problematiek van het kind en de daarbij te leveren behandeling. Deze laatste twee delen worden in de onderhandelings- en gunningsfase uitgewerkt, maar de thema's zijn al wel weergegeven.

Over de uitvoering van deze afspraken vindt twee maal per jaar periodiek overleg plaats, in april/mei en september/oktober.

De VNG en de aanbieder(s) komen de volgende afspraken overeen:

Deel 1: Afspraken die gelden voor alle aanbieders:

- **Kennis- en vakontwikkeling en vervullen van een voortrekkersrol:** Aanbieders waarmee een raamovereenkomst is gesloten zorgen voor kennis- en vakontwikkeling. Die komt allereerst ten goede aan hun personeel en aan de jeugdigen die zij behandelen. Door deze kennis- en vakontwikkeling vervullen aanbieders ook een voortrekkersrol richting het bredere jeugdhulpveld. Die voortrekkersrol blijkt concreet uit het doen van wetenschappelijk onderzoek, het delen van kennis, van ontwikkelde praktijken, en uit het beschikbaar zijn voor lokale en regionale consultatievragen.
- **Effectiviteit van interventies:** Zorg voor kinderen met psychiatrische stoornissen is gebaseerd op uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek (evidence-based medicine) of best beschikbare praktijkkennis (practice-based), nationaal en internationaal.
- **Bijdragen aan regionalisering van de jeugdhulp:** Aanbieders waarmee een raamovereenkomst is gesloten kijken bij verwijzing altijd eerst of de cliënt de specialistische jeugdhulp behoeft. De jeugdhulp in de raamovereenkomst beperkt zich tot hulp waar geen regionaal alternatief voor is, vanwege de zwaarte van de problematiek of omdat de gecontracteerde functie regionaal niet beschikbaar is.
- **Verkorting van de duur van intramurale zorg:** Aanbieders streven, indien mogelijk, naar verkorting van de duur van intramurale zorg, zeker wanneer de gemiddelde duur nu meer dan een jaar is.
- **Wachttijden.** Aanbieders houden zicht op de situatie dat, voor de jeugdhulp die onder deze raamovereenkomst valt, onaanvaardbaar lange wachttijden ontstaan. Aanbieders zijn bereid cliënten over te dragen naar een andere aanbieder als zij daar ook met hun zorgvraag terecht kunnen. Wanneer wachtlijsten dreigen te ontstaan wordt ook de landelijke coördinatie van de VNG ingelicht. Als er wachttijden voorkomen, bieden Aanbieders passende overbruggingszorg of treden ze in overleg met de gemeente om die passende zorg te bieden.
- **Op- en afschalen van hulp:** Bij start van de jeugdhulp wordt het perspectief bepaald, in samenspraak met de jongere en de gezagsdrager(s). Ook wordt noodzakelijke vervolghulp na afloop van het traject bepaald, in samenspraak met de door gemeente georganiseerde eerste lijn of de verwijzer. De VNG zorgt voor contactpersonen van de door de gemeente georganiseerde eerste lijn. De aanbieder van jeugdhulp zoekt contact met de door gemeente georganiseerde eerste lijn indien dit een bijdrage levert aan het leveren van de jeugdhulp, de afweging wordt vanuit inhoudelijke perspectief gedaan en er dient toestemming te zijn van ouders en client.
- **Betrekken van cliënten:** De Jeugdhulpaanbieder betreft haar cliënten bij de evaluatie van de behandelwijzen. Zij voert onderzoeken uit waarbij patiënten en/of hun vertegenwoordigers zijn betrokken, dat leidt tot optimalisatie van de functie voor wat betreft patiëntenzorg en/of onderzoek en/of kennisoverdracht.

- **Betrekken van het systeem van de jeugdige:** De Jeugdhulpaanbieder betreft altijd het systeem (zoals ouders, school) van de jeugdige bij de behandeling van de jeugdige.
- **Doorbreken van de keten van achtereenvolgende derdelijns zorg.** Als derdelijns zorg goed functioneert, is het een tijdelijke inzet van noodzakelijke specialistische zorg met als doel dat de jeugdige weer terugkeert in het gezin en op school of al dan niet in combinatie met beperkte hulp ter ondersteuning bij de participatie. Voorkomen moet worden dat een keten van derdelijns zorg ontstaat die naar elkaar doorverwijst, tenzij nadrukkelijk in het belang van de behandeling van de jeugdige. Gemeenten zullen hier als opdrachtgever op sturen. De aanbieder is beschikbaar om met de VNG na te denken over duurzame inrichting van sectoroverstijgende derdelijns zorg voor jeugd.
- **Visitatie:** Iedere aanbieder die een Raamovereenkomst heeft, visiteert jaarlijks een door de VNG aangewezen andere aanbieder die een Raamovereenkomst heeft, en rapporteert daarover jaarlijks voor 1 oktober bij de VNG. Bij de visitatie wordt getoetst of de onderdelen uit het programma van eisen in de praktijk worden toegepast.
- **Positief leef- en leerklimaat:** in geval van een functie met verblijf geldt dat de aanbieder kan aantonen dat er voor de functie sprake is van een positief leef- en leerklimaat.

Deel 2: Afspraken die betrekking hebben op de ACKJP functie

De vier landelijke academische centra voor kinder- en jeugdpsychiatrie (ACKJP) hebben een spilfunctie in (medische) specialistische zorg en onderzoek voor kinderen en jongeren met psychiatrische aandoeningen en hun ouders in Nederland. Zij bieden hiertoe de academische functie die zowel de opleidingsfunctie, onderzoek/innovatiefunctie als de complexe zorg in samenhang betreft.

De ACKJP hebben een taakopdracht en samenwerkingsovereenkomst vanuit een UMC en voeren de volgende publieke taken uit:

1. Hoog specialistische/weinig voorkomende patiëntenzorg
2. Wetenschappelijk onderwijs (in het kader van het opleiden van artsen tot medisch specialist, het opleiden van GZ-psychologen, klinisch (neuro)psychologen, verpleegkundig specialisten en psychotherapeuten)
3. Wetenschappelijk onderzoek (en de kruisbestuiving met patiëntenzorg voor vernieuwende behandelingen)
4. Valorisatie¹ van kennis door die te vertalen naar maatschappelijke toepassingen
5. Opleiding en bijscholing van professionals in de zorgsector en bij gemeenten

Een ACKJP onderscheidt zich door het aanbieden van topreferente (last resort) zorg. Deze zorgprogramma's berusten op individueel maatwerk, zijn niet standaard, zijn per definitie multidisciplinair, hangen nauw samen met fundamenteel en translationeel onderzoek en vereisen een academische infrastructuur.

De ACKJP hebben een academische werkplaatsfunctie voor wetenschappelijk onderzoek, onderwijs, innovatie en specialistische opleiding. Daarbij is er een sterke onderlinge samenhang en interactie tussen patiëntenzorg, wetenschappelijk onderzoek/innovatie, onderwijs en opleidingen. Deze infrastructuur is noodzakelijk voor het in stand houden en verder versterken van het academisch klimaat.

Aan alle centra is minimaal 1 hoogleraar Kinder- en Jeugdpsychiatrie verbonden, die zodanig gepositioneerd is dat hij/zij het academisch klimaat op de taakgebieden patiëntenzorg, onderzoek, onderwijs en opleiding kan bewaken

¹ Valorisatie is naast onderwijs geven en onderzoek doen een kerntaak van universiteiten en universitair medische centra. Valorisatie is het benutten van kennis. Dat betreft maatschappelijke doeleinden zoals het delen van kennis met een breed publiek op televisie e.d. of samenwerking met de overheid en economische doeleinden, zoals opzetten van start-ups en verkrijgen van patenten.

en op peil houden. Deze hoogleraar heeft het opdrachtgeverschap en de eindverantwoordelijkheid over tenminste onderzoek/innovatie. De academische centra beschikken over crisisplaatsen en hebben een BOPZ functie.

De AC KJP vervullen een centrale en coördinerende rol in grootschalig multi-centre onderzoek, waaraan ook de niet universitaire Jeugd GGZ voorzieningen deelnemen. Het wetenschappelijk onderzoek in de Nederlandse KJP staat internationaal in hoog aanzien². De AC KJP leveren een grote bijdrage aan:

- i. de kennisontwikkeling rond psychiatrische aandoeningen bij kinderen en
- ii. de ontwikkeling van kennis en vaardigheden binnen het hele jeugddomein.

Het betreft onderzoek op een breed domein (psychiatrie, psychologie, orthopedagogiek, farmacie, genetica, preventie, diagnostiek en behandeling, interventies, kosteneffectiviteit etc.). Dit leidt tot ontwikkeling van kennis en vaardigheden binnen het hele jeugddomein. Zo leidt verbeterde traumabehandeling in de KJP tot minder OTS- en uithuisplaatsing in de regio waar dat momenteel in ontwikkeling is.

Zorg voor kinderen met psychiatrische stoornissen is sterk gebaseerd op uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek (hoog niveau van wetenschappelijke evidentie). De aanwezigheid van specialisten in combinatie met de onderzoeks- en opleidingsfunctie maakt dat de ACKJP's (net als de UMC's) ook een topreferente functie hebben ('het hoogste adres' c.q. *last resort*).

Vanuit de onderzoeksfunctie zien we dat de aanbieders succesvol resultaten uit onderzoek omzetten in innovatie en ontwikkeling gericht op patiëntenzorg.

Het programma van eisen is gedetailleerd uitgewerkt in bijlage programma_van_eisen_ggz_academische_kp.pdf

- **Afspraken over de gemiddelde behandelduur:**

Zo kort als mogelijk en zo intensief als nodig.

- **Wat zijn aanvaardbare wachttijden voor de functie:**

De landelijke treeknormen worden toegepast. De haalbaarheid hangt af van verhouding tussen vraag en capaciteit. Bij een rechterlijke uitspraak wordt geplaatst en behandeld volgens de in bijzondere wetgeving genoemde termijnen wanneer deze afwijken van de treeknorm.

- **VNG ontvangt, aanvullend aan de contractueel afgesproken beleidsinformatie voorafgaand aan elk ontwikkelgesprek een opgave van:**

- o (gemiddelde) bestede tijd aan diagnostiek per cliënt,
- o aantallen verblijf zonder overnachting en
- o aantallen en soorten verblijfsdagen.
- o aantallen uren ingezette consultatie

- **Termijn waarbinnen, na verwijzing, de behandeling start:**

Zie 'aanvaardbare wachttijden'.

- **Wat doe je standaard aan nazorg:**

Met betrekking tot nazorg gaan we uit van maatwerk. Met individuele afspraken bekijken we per casus wat nodig is en wie dat het beste kan bieden. Afschalen en/of doorverwijzen gebeurt idealiter naar de eigen omgeving van de patiënt.

- **Verbeteren van aansluiting van jeugd naar volwassenheid:**

Karakter biedt zelf zorg tot een patiënt ongeveer 23 jarige leeftijd heeft bereikt, indien GGZ zorg binnen onze setting meer passend is dan binnen de volwassen GGZ. Dit wordt per individu bekeken. Daarnaast onderhouden wij goede relaties met de volwassen GGZ in onze regio's en daarbuiten en zoeken wij actief contact waar nodig met aanpalende instellingen (LVB, RIBW, etc.) en de gemeentelijke voorzieningen. Ook hebben we in

² Op basis van een literatuurstudie van de Universiteit Duisburg-Essen m.b.t. het aantal artikelen dat tussen 2005 en 2010 over dit onderwerp werd gepubliceerd staat Nederland met 314 publicaties mondiaal op de derde plaats. Alleen Amerika (873) en Duitsland (458) publiceren meer. De impact die de Nederlandse publicaties hebben is echter zes tot acht keer groter dan de Duitse en Amerikaanse artikelen.

samenwerking met het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie de functie 'transitiecoach LVB' ontwikkeld, waarmee we per 1 maart 2018 zijn gestart.

- **Specifieke uitwerking van afspraken in deel 1 op de onderdelen:**
 - a) Ter beschikking stellen van kennis
 - b) Effectiviteit van interventies

Deel 3: Aanbieder specifieke informatie zorgvraag en functie

1. Aard problematiek van het kind:

De algemene karakteristieken van de patiënten die zorg in de specialistische GGZ nodig hebben, zijn: minderjarigen van 0 tot 18 jaar³ bij wie sprake is (sterk vermoeden) van een (ernstige) psychiatrische stoornis met de volgende kenmerken:

- Ernstige problematiek: Er is sprake van uitval en/of substantiële beperkingen en/of substantiële problemen in het dagelijks functioneren;
- Hoog risico: niet behandelen leidt tot ernstige en (meestal) blijvende schade;
- Hoog complex: er is sprake van ingewikkelde comorbiditeit of problematiek.
- Tweedelijns zorg is niet toereikend gebleken

Academische zorg betreft de behandeling van patiënten die zeer specialistische zorg nodig hebben waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is ('last resort'). Het gaat om patiënten met een zeldzame aandoening, een complexe aandoening of behandeling, een eenvoudige aandoening die complex wordt door combinaties van (chronische) ziekten of met een uitzonderlijk beloop van een veelvoorkomende aandoening.

2. Onderscheidend vermogen ten opzichte van regionaal aanbod:

De academische centra zijn gespecialiseerd in complexe diagnostiek en behandeling van kinderpsychiatrische stoornissen, in directe nabijheid van en in samenwerking met een UMC, waarbij toegang tot alle medische specialisten, indien nodig. Naast (poli)klinisch diagnostiek- en behandelaanbod hebben de centra klinische capaciteit voor 0 tot 18 jaar. De ACKJP's beschikken over crisisplaatsen en BOPZ-functie.

De centra richten zich op de meest complexe problematiek en hebben voor deze functies daarom een landelijk werkingsgebied. Soms is sprake van psychiatrische problematiek in combinatie met somatische problemen of genetische afwijkingen. Of problematiek waar de 'reguliere' specialistische GGZ niet verder mee komt, of vanwege het zeer specialistische karakter geen zorgaanbod voor heeft. De centra kunnen deze hoog-specialistische zorg leveren omdat zij tegelijkertijd ook onderzoeks- en opleidingscentrum zijn. Zij leggen zich onder andere toe op zorginnovatie, onderzoeken nieuwe behandelvormen, specificeren behandeling voor specifieke subgroepen patiënten. Daarnaast speelt de combinatie zorg, opleiding, onderwijs en onderzoek een grote rol. Dientengevolge is het personeel van de centra hooggeschoold (zie ook 4, type professionals).

De zorg voor de meest complexe patiëntengroep betreft zorg die altijd in ontwikkeling is. Deze is niet standaard, per definitie *multidisciplinair* en hangt nauw samen met fundamenteel en translationeel onderzoek en vereist een bijzondere en *complexe infrastructuur*. Het is dus meer dan super specialistische patiëntenzorg.

Deze topreferente zorg heeft 4 kenmerken:

- 1) een bijzondere kennisstructuur
- 2) zorg is vernieuwend (kruisbestuiving tussen onderzoek en zorg)
- 3) zorgteams altijd multidisciplinair
- 4) er is continuïteit (voldoende gespecialiseerd personeel aanwezig)

³ Doelgroep jeugdwet is tot 18 jaar, maar zorgvraag loopt vaak door tot 23 jaar.

Onderscheidend vermogen wordt eveneens geboden doordat er behandelvormen voor hoog risico patiënten wordt geboden, te noemen; IBC's (IHT en HIC voor normaal begaafd en LVB), regulier klinisch aanbod, DGT. Voor deze doelgroep:

- is er sprake van een groot risico (op suïcide, op zelf beschadiging, letsel voor derden, e.d.)
- zijn er geen behandelalternatieven beschikbaar
- moet er een speciale infrastructuur voor in de lucht gehouden worden (achterwachten, bereikbaarheid 24/7, overeenkomsten met ziekenhuizen en crisisdiensten, etc)

De behandelvormen voor hoog risicopatiënten, veelal ook complexe problematiek, vereisen een hoge expertisegradaad en speciale infrastructuren.

3. Beschrijving van de vorm van de behandeling: welke methoden gebruik je en zijn die erkend

De doelen van de behandeling bij de centra zijn driedelig:

- Psychiatrische diagnostiek;
- Behandeling ambulante, poli(klinisch) en/of waar nodig gericht op genezing (cure) of – in geval van aandoeningen die chronisch van aard zijn – behandeling en begeleiding gericht op een optimale ontwikkeling binnen de mogelijkheden en beperkingen van het kind. Hierbij wordt het systeem (de ouders/verzorgers, overige gezinsleden, school en andere relevante actoren) altijd betrokken. We spreken bij voorkeur van intensieve en minder intensieve zorg omdat ambulante en 24/7 veelal door elkaar heen loopt, afgestemd op de wensen en mogelijkheden van onze patiënten en ouders;
- Crisisinterventie, al dan niet in kader BOPZ-maatregel, gericht op stabilisatie en realisatie van goede vervolgzorg.

Diagnostiek:

Als organisaties vastlopen in de diagnostiek of behandeling wordt de patiënt naar Karakter verwezen. Iedere patiënt ontvangt dezelfde diagnostische aanpak (alleen de intensiteit kan verschillen).

Diagnostiek bij Karakter:

- Kijkt multidisciplinair grondig, volledig en holistisch naar de patiënt. Diagnostiek vindt enkel opnieuw plaats indien gewenst of noodzakelijk.
- Altijd is een KJP of KP intensief betrokken bij de diagnostiek en regiebehandelaar
- Lichamelijk onderzoek, biometrie en zo nodig lab onderzoek, evt. ECG en/of EEG worden ingezet.
- Diagnostiek wordt zo diepgravend als nodig is en zo kort als mogelijk ingezet
- Mede door de hoge specialisatie (zorglijnen, hoogleraren) en het wetenschappelijke klimaat, wordt diepgravend gekeken en worden nieuwste technieken uitgetoetst en ingezet
- De instroomkenmerken (68% eerder bij tweede lijns instelling behandeld, 80% sprake van twee of meer interfererende problemen) laten zien dat de multidisciplinaire insteek icm hoogwaardige kennis en durf om buiten reeds gebaande wegen te denken en te handelen noodzakelijk is.

Na de diagnostiek kan pas bepaald worden welke kennis en kunde nodig is om de behandeling vorm te geven.

Beschrijving van de behandeling:

De behandeling van psychiatrische stoornissen is grotendeels uitgewerkt in zogeheten zorgprogramma's. Dit is vooral zichtbaar bij de veel voorkomende en/of helder naar stoornis te onderscheiden doelgroepen. Beschreven is veelal welke beroepsgroepen betrokken zijn, wat de bewezen effectiviteit is van beschreven interventies en wat globaal de verwachte behandelduur en –inzet kan zijn. Zorgprogramma's zijn modulair opgebouwd en zijn zo opgesteld dat keuzemomenten in het behandelproces helder zijn. Zorgprogrammering in de ggz heeft geleid tot de beschrijvingen hoe idealiter de behandeling eruit ziet. Dat betekent dat aan het begin het eindperspectief wordt vastgesteld. Deze rationalisering van de behandeling via zorgprogramma's heeft echter geen individuele voorspellende waarde.

Afhankelijk van de aard en ernst van de stoornis en het beloop, worden behandelmodules aangeboden. Voor dit programma van eisen worden niet alle zorgprogramma's weergegeven. Zie ook [de website van het kenniscentrum KJP](#) voor meer informatie over richtlijnen en protocollen.

- Diagnostiek en behandeling zijn grotendeels protocollair; een complexe groep als deze valt soms buiten de gebaande wegen van de zorgprogramma's en behoeft 'personalized medicine';

- Periodiek worden de gestelde doelen geëvalueerd met ouders/verzorgers en zo mogelijk met het kind (afhankelijk van leeftijd en mogelijkheden) en school/dagverblijf (indien geïndiceerd) en waar nodig bijgesteld en vastgelegd in het persoonlijk (medisch) behandelplan; bovendien worden behandelingen ook in multidisciplinair teamverband geëvalueerd en getoetst;
- Er is zoveel mogelijk sprake van shared-decision making en ervaringsdeskundigheid wordt toenemend ingezet;
- De behandeling wordt afgesloten zodra dit mogelijk is of eventueel deels overgeheveld naar, dan wel gevolgd door minder intensieve behandeling dichterbij huis. Daarover kan contact zijn met het gemeentelijk wijkteam;
- Tijdens de behandeling is er afstemming c.q. contact met de verwijzer en zonodig met de regisseur vanuit het gemeentelijk wijkteam vanwege de afstemming met de omgeving van het kind.

Vorm van de behandeling

- Bij diagnostiek en behandeling worden altijd de ouders/het systeem betrokken;
- Behandelmodules zijn 'evidence based' en/of best-practise-based en vraaggericht. Dus per kind wordt gekeken welke combinatie van modules/interventies en of er eventueel aanvullende behandelingsmethodieken nodig zijn (matched-care);
- Behandeling bestaat uit een combinatie van modules zoals o.a.: medicatie, somatische behandeling-, individuele therapie op basis van psycho-educatie/ psychotherapie (frequent volgens de gedragstherapeutische principes), (groeps)therapie/-training, vaktherapie, thuisbegeleiding, systeemtherapie, ouderbegeleiding, lotgenotencontact of inzet van een ervaringsdeskundige indien nodig en indien nodig crisisinterventies.
- In het geval van een BOPZ opname is binnen 24 uur na opname een behandelplan vastgelegd in het medisch dossier. Voor verdere inhoud zie beschrijving van de zorg hierboven.

Samenwerking met andere zorgverleners

- Er zijn samenwerkingsrelaties met regionale GGZ partners, onderwijsorganisaties, sector voor verstandelijke gehandicapte kinderen en Jeugdzorg(-plus), (academische) ziekenhuizen en GGZ aanbieders voor volwassenen;
- Met onderwijs wordt nauw samengewerkt om school en zorg op elkaar te laten aansluiten;
- Aan verschillende instellingen in de jeugdzorg wordt kinderpsychiatrische consultatie op locatie geboden;
- Verbinding met wijkteams, (huis)artsen, consultatiebureau, etc. wordt gelegd om de zorg voor- en rond het kind optimaal vorm te geven;
- De ACKJP's voelen zich medeverantwoordelijk voor het ontwikkelen van zorg en in sommige gevallen preventie, voor de 0- de en 1e lijn. Voor deze ontwikkeling is veelal academische kennis en onderzoekscapaciteit gewenst;
- Op veel plekken is er verbinding met de academische werkplaatsen

Behandelomgeving

- Behandeling wordt indien mogelijk en gewenst thuis en/of op school geboden. Indien gewenst op de polikliniek (in principe met ouders erbij of tegelijkertijd), of in de klinieken (zowel deeltijd, dagbehandeling als volledige opname van kinderen en jongeren). Hierdoor zijn ook flexibelere arrangementen mogelijk tussen verblijf met overnachting en ambulante zorg;
- Klinische behandeling komt in de specialistische jeugd GGZ in circa 3% van de gevallen voor. Bij de academische KJP is dit percentage tussen 6 en 8%;
- Er is nauwe samenwerking met medisch somatisch specialisten (kinderarts, kinderneuroloog, klinisch geneticus), spoedeisende hulp, laboratorium voor bloedonderzoek. Mogelijkheden voor aanvullend onderzoek zoals EEG, MRI-scans en dergelijke zijn beschikbaar. Dit blijft vergoed worden vanuit de zorgverzekeringswet.

Verblifsomgeving

- Capaciteit voor dag- en deeltijdbehandeling van 3 tot 18 jaar.
- Open klinische capaciteit voor 12-18 jaar
- Gesloten klinische (BOPZ) capaciteit voor 12-18 jaar
- Separeerverpleging/verblijf in extra beveiligde kamer, sondevoeding en somatische verpleging behoren tot de faciliteiten van een aantal afdelingen.

- Tijdens opname wordt onderwijs aangeboden of patiënten blijven onderwijs volgen op de eigen school. Dit aangeboden onderwijs kan bestaan uit digitale netwerken of een fysiek (cluster IV) klaslokaal/school.

Uitstroom

- Er wordt actief bemiddeld en overlegd met de verwijzer voor de beste na c.q. vervolgzorg. Er wordt sterk samengewerkt met huisarts en indien nodig de wijkteams of andere collegae, teneinde zo vroeg mogelijk de academische zorg af te schalen (indien haalbaar voor de problematiek en relevant vanwege de kosten)
- Verwijstrajecten zijn al ingezet of verwezenlijkt bij ontslag. Kinderen of ouders hoeven niet zelfstandig op zoek naar nazorg. Soms blijkt nazorg niet meer nodig omdat behandeling afdoende is geweest.

4. Type professionals, gelet op de norm verantwoorde werktoedeling:

- Regiebehandelaars: Karakter biedt (hoog)specialistische zorg en kiest er daarom voor om in principe de functie van regiebehandelaar te laten vervullen door een kinder- en jeugdpsychiater of een klinisch (neuro) psycholoog indien deze laatste de passende ervaring en bekwaamheid heeft. Ook kunnen de GZ-psycholoog en de Verpleegkundig Specialist in bepaalde hoog specialistische (minder complexe) behandeltrajecten regiebehandelaar zijn.
- Medebehandelaars: Medebehandelaars zijn professionals met een beroep uit de DBC-beroepentabel voor de GGZ, die uitvoering geven aan (een deel van) de behandeling en die niet de rol van regiebehandelaar hebben.
- Sommige psychiaters hebben extra specialisaties, zoals DGT of stoornisspecifiek. Door gedeeltelijke onderzoeks-/onderwijs aanstellingen is er een hoge dichtheid medisch specialisten waardoor er hoog specialistische expertise beschikbaar is.
- Daarnaast zijn betrokken: artsen, verpleegkundigen (verpleegkundig specialisten), (GZ/klinisch/neuro) - psychologen, psychotherapeuten, orthopedagoog (orthopedagoog-generalisten) en psychotherapeuten, vak-/systeem-/groepstherapeuten, gezinsbehandelaren en systeem-/gedragstherapeutisch medewerkers. Begeleiding op de groepen bestaat uit een optimale mix van deze disciplines
- Binnen het academisch centrum zijn de volgende medewerkers betrokken bij diagnostiek, behandeling en onderzoek:
 - Hoogleraren
 - Universitair (hoofd)docenten
 - (Gepromoveerde) kinder- en jeugdpsychiaters en klinisch (neuro)psychologen/orthopedagogen
 - Methodologen
 - Promovendi (vaak extern bekostigd)
 - Onderzoeksassistenten

Beschikbaarheid personeel

- 24/7 uur inclusief voor- en achterwacht artsen en kinder- en jeugdpsychiaters
- 24-uurs begeleiding/verpleging op de klinische groepen.

5. Implementatie kwaliteit:

- In het kwaliteitsstatuut staat beschreven hoe Karakter de integrale zorg voor de individuele patiënt heeft georganiseerd, alsmede de taken, verantwoordelijkheden, bevoegdheden en onderlinge verhoudingen van de betrokken zorgverleners.
- Alle geneeskundige wetgeving is van kracht. Zoals de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ), Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG) en Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Zie voor de aanpassingen ook de Jeugdwet. Daarnaast de Verwijsindex Risicjongeren (VIR) en de Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling
- Afspraken en toezicht conform IGJ eisen;
- Inspectie, Dwang en drang ARGUS registratie;
- Jurisprudentie (bijv. tuchtcolleges voor de gezondheidszorg);

- Gestandaardiseerde uitkomstenmetingen Routine Outcome Monitoring (ROM) met verschillende onderliggende instrumenten;
- Visitatie opleidingen voor (kinder- en jeugd)psychiaters, GZ-opleiding, psychotherapeut en klinisch psycholoog, visitatie wetenschappelijk onderzoek (NIHES), certificeringen klinisch onderzoek;
- Patiënttevredenheidsonderzoek, GGZ thermometer, patiënten vertrouwenspersoon (PVP), ervaringsdeskundige, ouderraad en cliëntenraden;
- Alle wettelijke normen worden gevolgd, IGJ houdt controle op naleving. Relevante accreditatie of certificering opleidingen/wetenschap is aanwezig.