

Bijlage Totstandkoming en methode

Zorgstandaard Integrale crisisjeugdzorg

Autorisatiedatum: 22 september 2025

1. Samenstelling werkgroep en klankbordgroep

1.1 Werkgroep

Deze zorgstandaard werd ontwikkeld door een multidisciplinaire werkgroep in de periode maart 2023 – maart 2025.

Voor de werkgroep werden **uitgenodigd**:

- Alle [partijen](#) die lid zijn van de Alliantie Kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg (Akwa GGZ) en in aanvulling daarop:
- Ambulancezorg Nederland
- Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)
- Jeugdartsen Nederland (AJN)
- Jeugdzorg Nederland
- Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)
- Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen (NVO)
- Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA)
- Nederlandse Vereniging voor Kinderartsen (NVK)
- de Nederlandse politie

De organisaties die besloten tot **deelname** aan de werkgroep, vaardigden deze werkgroepleden af:

In de werkgroep namens	Naam
Onafhankelijk voorzitter, Kinder- en jeugdpsychiater	J. Steenmeijer
Ambulancezorg Nederland	A. van der Weerd (later: C. Heijink)
Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk	B. Kiene
Landelijke Vereniging POH-GGZ	K. al Ali
MIND / ExpEx - Patiëntenperspectief	R. van der Meel
MIND / Balans - Naastenperspectief	A. van de Groep
Jeugdzorg Nederland (gecertificeerde instelling)	E. Ronde
Jeugdzorg Nederland (gecertificeerde instelling)	S. Rietstra
Jeugdzorg Nederland (jeugd- en opvoedhulp)	X. Brandenburg
Nederlands Instituut van Psychologen	Y. Meijer
Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde	B. Zegers
Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen	A. Prins
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie	M. van Alst
Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie	D. Everts
Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen	P. Stuart
P3NL (Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie)	M. Hof
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland	M. Olthuis

Voor de inhoud van paragraaf [5.2 Juridisch kader crisiszorg bij jeugd](#) en paragraaf [5.3 Informatie delen bij crisiszorg](#) heeft de werkgroep de expertise ingeschakeld van een juriste werkzaam in de jeugdhulp: **A. Broersma**. Ook is de inhoud van de zorgstandaard doorlopen met een arts verstandelijk gehandicapten (arts VG): **A. den Houdijker**.

1.2 Klankbordgroep

Vertegenwoordiging van aanbieders en financier zijn gevraagd om deel te nemen aan een klankbordgroep. De klankbordgroep werd gedurende het ontwikkelproces geïnformeerd door de voorzitter en projectmanager van de werkgroep en konden tussentijds feedback geven.

Aan de **klankbordgroep** namen deel:

In de klankbordgroep namens	Naam
De Nederlandse ggz	M. Dam-Wichers
Jeugdzorg Nederland	F. Bootsman
Vereniging van Nederlandse Gemeenten	J. van Leeuwen & M. Molenaar

2. Belangenverstrengeling

De KNMG-code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling is gevolgd. Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of zij directe financiële belangen (betrekking bij een commercieel bedrijf, persoonlijke financiële belangen, onderzoeksfinanciering) of indirecte belangen (persoonlijke relaties, reputatiemanagement, kennisvalorisatie) hebben (gehad). De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen bij het secretariaat van Akwa GGZ.

3. Achtergrond

In 2022 is opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, de Nederlandse ggz en het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie een verkenning uitgevoerd van knelpunten en oplossingsrichtingen voor tijdige, goede en passende acute mentale hulp voor kinderen en jongeren. Deze verkenning heeft geresulteerd in het [rapport Acute mentale zorg jeugd](#). Eén van de aanbevelingen in dat rapport is dat goede, heldere kwaliteitsafspraken nodig zijn voor de acute zorg voor jeugd.

Parallel aan de opdracht voor bovenstaande verkenning hebben de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, de Nederlandse ggz en MIND op 22 september 2021 bij de Kwaliteitsraad van Akwa GGZ een verzoek ingediend om, in navolging op de toen al bestaande [zorgstandaard Acute psychiatrie](#), een zorgstandaard te ontwikkelen voor acute zorg voor jeugd. Het bestuur van Akwa GGZ heeft dit verzoek gehonoreerd.

4. Doelstelling van de standaard

Het doel van deze zorgstandaard is dat jeugdigen in crisissituaties in elke gemeente en in elke regio tijdig en met dezelfde kwaliteit worden geholpen. Dat houdt in dat:

- De integrale crisisjeugdzorg in aanvang (triage en beoordeling) op een vergelijkbare manier verloopt en;
- Wordt uitgevoerd door een integrale crisisdienst, waarbij er bij aanvang direct wordt samengewerkt door alle bij de jeugd betrokken disciplines en, indien nodig, volwassen GGZ.

Om dit doel te bereiken is het van belang dat de definities en de werkwijze van crisisjeugdzorg discipline-overstijgend op elkaar zijn afgestemd. De praktijk leert ons dat de verschillende disciplines ieder een eigen terminologie kennen. Hoewel woorden kunnen overlappen, kan de betekenis tegelijkertijd verschillen (bijv. crisis en spoed). Er zijn ook woorden die in een andere discipline onbekend zijn (bijv. uithuisplaatsing versus opname). Dit leidt tot verwarring en discussie op de werkvloer, terwijl deze tijd besteed zou moeten worden aan de hulpverlening aan de jeugdigen en hun omgeving. De crisishulpverlening voor jeugdigen en hun omgeving is daarnaast een gedeelde verantwoordelijkheid van verschillende disciplines, zoals bijvoorbeeld jeugd-ggz, jeugd- en opvoedhulp én jeugdbescherming. Maar ook politie, ambulancezorg, en overige relevante beroepsgroepen. Het doel is om met deze zorgstandaard discipline-overstijgende afspraken te maken over:

- Wat vinden we kwalitatief goede zorg t.a.v. triage en beoordeling van een crisissituatie bij een jeugdige en diens omgeving?
- Hoe gaan we dat organiseren?

5. Doelgroep van de standaard

De zorgstandaard Integrale crisisjeugdzorg is opgesteld voor jeugdigen en hun gezinnen/naasten, professionals en beleidsmakers in de jeugdhulp en jeugdbescherming en is van toepassing op jeugdigen, die in een crisissituatie terecht komen:

- Professionals kunnen lezen waar kwalitatief goede en integrale crisisjeugdzorg minimaal uit moet bestaan, waar het gaat om de triage en beoordeling van de crisissituatie.
- Gemeenten hebben, als verantwoordelijke voor het organiseren van jeugdzorg, een kwaliteitskader t.a.v. het organiseren van integrale crisisjeugdzorg, waar het gaat om de triage en beoordeling van de crisissituatie
- Jeugdigen en naasten weten wat ze kunnen en mogen verwachten van integrale crisisjeugdzorg ten aanzien van de triage en beoordeling van de crisissituatie.

In eerste instantie is de zorgstandaard bedoeld voor zorg die valt onder de jeugdwet, dus jeugdigen t/m 17 jaar. Deze afbakening is echter gebaseerd op wettelijke en financiële kaders. Jongeren vanaf 18 jaar zijn wettelijk meerderjarig. Meerderjarigheid is echter niet hetzelfde als volwassen zijn. Daarom richt de jeugdhulp zich, vanuit zorginhoudelijk perspectief, vaak op jeugdigen tussen 0-23 jaar. Dit kan ook gelden voor crisismomenten, afhankelijk van de aard van de crisis. Jeugdigen in de overgang van 18- naar 18+ lopen risico om tussen wal en schip te vallen als het aankomt op crisishulp, ondanks mogelijkheden zoals verlengde jeugdzorg en de ontwikkeling van de transitiepsychiatrie. Het is belangrijk om af te blijven wegen welke aanpak, los van de financieringsstroom, voor het individu het meest helpend is.

6. Afbakening en uitgangspunten

6.1 Afbakening

Deze zorgstandaard beperkt zich tot inhoudelijke en organisatorische samenwerkingsafspraken rondom **triage en beoordeling** van een crisissituatie. De zorgstandaard beschrijft **niet** de eventuele crisisinterventies die volgen na de beoordeling.

6.2 Uitgangspunten zorgstandaard Integrale Crisisjeugdzorg

Bij het ontwikkelen van de zorgstandaard Integrale crisisjeugdzorg is gericht op het bereiken van professionele consensus over kwalitatief goede zorg bij triage en beoordeling van een crisissituatie bij jeugdige(n) en gezin, wetende dat er beperkte tot geen informatie beschikbaar is ten aanzien van:

- Wetenschappelijke kennis over triage en beoordeling binnen de jeugdzorg
- Inzicht in het specifieke aantal jeugdigen waarbij in Nederland jaarlijks een crisisbeoordeling wordt gedaan.

Daarbij was het een uitdaging om op landelijk niveau samenwerkingsafspraken te maken over gedecentraliseerde zorg. Uitgangspunt bij deze zorgstandaard is dan ook geweest om de basis op landelijk niveau af te spreken, waarbij de praktische uitwerking op regionaal niveau plaatsvindt door middel van het regioplan. Het voordeel hiervan is dat iedere regio de mogelijkheid heeft om de landelijke afspraken lokale kleur te geven. Nadeel is dat de regio's een flinke opdracht staat te wachten om deze lokale samenwerking daadwerkelijk vorm en inhoud te geven.

6.3 Algemeen uitgangspunten van de zorgstandaarden van Akwa GGZ

Een zorgstandaard beschrijft vanuit het perspectief van de patiënt, zijn naasten en de professional wat zij verstaan onder goed professioneel handelen, ofwel goede zorg. De meest actuele kennis vormt hierbij het uitgangspunt. Onder de meest actuele kennis verstaan we:

1. Kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek;
2. Expertise en deskundigheid van professionals;
3. Ervaringen en voorkeuren van de patiënt en diens naasten.

De beschreven zorg in deze zorgstandaard is geen wet of voorschrift, maar biedt de patiënt, zijn naasten en de professional handvatten om gepersonaliseerde zorg vorm te geven. Werken volgens de zorgstandaard is geen doel op zich. De context waarin klachten en problemen zich voordoen is voor iedere patiënt uniek.

GGZ Standaarden

Iedere patiënt zijn eigen behoefte om, in meer of mindere mate, regie te voeren over zijn herstel en leven. Professionals ondersteunen dit proces op basis van hun specifieke kennis en expertise in combinatie met de kennis die kwaliteitsstandaarden hen bieden. De kwaliteit van een professional komt mede tot uiting in zijn of haar vermogen om, aan de hand van goede argumenten, in individuele situaties en op het juiste moment van de zorgstandaard af te wijken. Mede op basis van de kwaliteitsstandaard bepalen de patiënt, zijn naasten en de professional, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg zijn en welke behandel- en ondersteuningsopties daarbij passend zijn.

7. Totstandkoming

7.1 Hoe deze standaard tot stand is gekomen

Deze zorgstandaard is ontwikkeld door een werkgroep met afvaardiging van professionals, patiënten en naasten (voor de samenstelling zie 1.1. Werkgroep). Akwa GGZ begeleidde dit proces.

Een conceptversie van de zorgstandaard is vervolgens voorgelegd aan beroeps-, branche-, en patiëntenverenigingen in de ggz en jeugdzorg voor commentaar. Het binnengekomen commentaar is verwerkt door de werkgroep. Daarna zijn de betrokken organisaties uitgenodigd om de zorgstandaard te autoriseren en is de zorgstandaard gepubliceerd op GGZ Standaarden, waarmee deze zorgstandaard onderdeel is geworden van de professionele standaard voor hulpverleners in de ggz (en bredere jeugdzorg).

7.2 Procedure voor onderhoud en herziening

Deze standaard wordt iedere vier jaar getoetst op de vraag of herziening aan de orde is. Deze beoordeling wordt voorbereid door het bureau van Akwa GGZ. De Kwaliteitsraad van Akwa GGZ adviseert het bestuur van Akwa GGZ over de vraag of herziening aan de orde is.

Leden van de Kwaliteitsraad kunnen Akwa GGZ verzoeken de standaard op een eerder moment te beoordelen.

De beoordelingsdatum kunt u vinden op GGZ Standaarden, bij deze standaard onder het [tabblad Status](#).

8. Betrokkenheid patiënten- en naastenorganisaties

8.1 Hoe is het perspectief van jeugdigen en ouders tot stand gekomen?

De inbreng vanuit jeugdigen en hun ouders* heeft bij de totstandkoming van de zorgstandaard Integrale Crisisjeugdzorg op verschillende manieren vorm gekregen:

- In de werkgroep van de zorgstandaard zaten twee vertegenwoordigers namens de patiënten- en naastenvereniging MIND. De patiëntenvertegenwoordiger sloot aan vanuit het perspectief van de jeugdige(n). De naastenvertegenwoordiger sloot aan vanuit het perspectief van ouder(s). Bij vrijwel iedere bijeenkomst was/waren de vertegenwoordiger(s) aanwezig. Daar waar dit niet mogelijk was, is actief afstemming geweest over de gespreksinhoud tussen de vertegenwoordiger(s) en projectmanager vanuit Akwa GGZ.
- Wensen en ervaringen van patiënten en naasten zijn opgehaald bij de achterban van MIND via een klankbordgroep.
- Met behulp van de opgehaalde informatie uit de klankbordgroepen is het perspectief van de jeugdige(n) en ouder(s) per processtap (melding, triage, beoordeling, evaluatie) verwerkt in de hoofdtekst van de zorgstandaard. Ook bij de beschrijving 'Wat is een crisis?' is expliciet het perspectief van de jeugdige(n) en ouder(s) meegenomen.

* Onder het begrip 'ouder(s)' wordt binnen deze zorgstandaard meer verstaan dan alleen de biologische ouder(s). Zie hiervoor de [begrippenlijst](#)

8.2 Hoe moeten de paragrafen over het perspectief van jeugdigen en ouders gelezen worden?

Bij de tekst in de gehele zorgstandaard is in principe rekening gehouden met het perspectief van de jeugdigen en ouders. Waar mogelijk is de input vanuit vertegenwoordigers van de jeugdigen en ouders direct verwerkt in de beschrijving van de zorginhoud en processtappen. De paragrafen die specifiek zijn verwoord vanuit de jeugdigen en ouders geven ruimte voor extra aandachtspunten die, voor de mensen om wie het uiteindelijk draait, van belang zijn.

9. Kwaliteitsstatuut en Kwaliteitskader Jeugd

Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ is opgesteld als gedragen veldnorm voor de curatieve ggz in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Op vrijwel alle zorgstandaarden op GGZ Standaarden is het Landelijk Kwaliteitsstatuut onverkort van toepassing. Echter, Jeugdzorg valt onder de Jeugdwet en is overgeheveld naar gemeenten. Het Landelijk Kwaliteitsstatuut ggz is dus **geen** veldnorm voor jeugdzorg. Voor aanbieders van jeugdhulp en jeugdbescherming is het Kwaliteitskader Jeugd van toepassing. Hierin staat beschreven wanneer een geregistreerde professional ingezet moet worden, en wanneer dit niet hoeft.

10. Financiering van deze standaard

De totstandkoming van deze standaard is gefinancierd door Akwa GGZ. Akwa GGZ wordt in opdracht van het ministerie van VWS gefinancierd door ZonMw.

11. Onderhoud van de standaard en versiebeheer

Na publicatie van de zorgstandaard volgt eerst een praktijkonderzoek, geïnitieerd uitgevoerd door Akwa GGZ, bij de jeugdregio's die dit willen. De resultaten uit dit onderzoek dienen als uitgangspunt voor het daarna op te stellen implementatieplan.

Na start van de implementatie, wordt de zorgstandaard iedere 4 jaar getoetst op de vraag of herziening aan de orde is. Deze beoordeling wordt voorbereid door het bureau van Akwa GGZ. De Kwaliteitsraad van Akwa GGZ adviseert het bestuur van Akwa GGZ over de vraag of herziening aan de orde is. Leden van de Kwaliteitsraad kunnen Akwa GGZ verzoeken de zorgstandaard op een eerder moment te beoordelen. De beoordelingsdatum vind je op GGZ Standaarden, bij deze zorgstandaard onder het [tabblad Status](#).