

Advies Gemengde Werkgroep Psychiatrie (kinderen en jeugd)
Hoge Raad van geneesheren-specialisten en van huisartsen
juni 2016

Specifieke criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en –diensten

kinder- en jeugdpsychiatrie en -psychotherapie (titel 2)

juni 2016

advies d.d. 23 juni 2016 Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen mits opmerkingen in
begeleidend schrijven aan mevr de Minister

Samenstelling werkgroep:

- Voorzitter: Prof. Wilfried De Backer
- Secretaris: Mr. Patrick Waterbley
- Leden:
 - o Prof. Dominique Charlier
 - o Dr. Sofie Crommen
 - o Prof. Marina Danckaerts
 - o Prof. Véronique Delvenne
 - o Dr. Marc H.M. Hermans
 - o Prof. Annick Lampo
 - o Prof. Alain Malchair
 - o Dr. Eric Schoentjes

1

I. SITUERING

Historiek:

In België werden de eerste opleidingsplaatsen kinder- en jeugdpsychiatrie gecreëerd in 1963 aan de Universiteit Antwerpen (Prof. Dellaert) en in 1965 aan de KU Leuven (Prof. Fontaine) in de toenmalige kinder- en jeugdpsychiatrische afdelingen. Sinds 1973 worden aparte opleidingsplannen opgemaakt voor arts-specialisten in opleiding die zich expliciet willen bekwamen in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Hierbij werden systematisch een aantal bepalingen in de erkenningscriteria voor geneesheer-specialisten in de psychiatrie overtreden om te kunnen instaan voor een inhoudelijk op kinderpsychiatrie gerichte opleiding. Deze praktijk heeft bijna 30 jaar aangehouden tot in 2002¹ binnen nieuwe wettelijke bepalingen van het specialisme psychiatrie aparte criteria voor stages, stagediensten en stagemeeesters kinder- en jeugdpsychiatrie omschreven werden en binnen dezelfde beroepstitel psychiatrie 2 verschillende trajecten konden doorlopen worden, waarbij een traject met

¹ M.B. 3 januari 2002 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten in de psychiatrie, meer bepaald in de volwassenpsychiatrie en van geneesheren-specialisten in de psychiatrie, meer bepaald in de kinder- en jeugdpsychiatrie, BS 21 februari 2002.

minimum 3 jaar kinder- en jeugdpsychiatrische stage toegang verleende tot de beroepstitel “psychiatrie, meer bepaald in de kinder- en jeugdpsychiatrie”. Op heden bestaan er dus twee opleidingstrajecten met verschillende criteria zonder dat zij aanleiding geven tot een aparte beroepstitel 2.

België notificeerde op basis van deze 2 trajecten de titel “Child Psychiatry” in bijlage V van de Richtlijn betreffende de erkenning van beroepskwalificaties in 2005, naast de titel Psychiatrie.

Bij de oprichting van de Master in de Specialistische Geneeskunde aan de Vlaamse Universiteiten werden in 2007 op vraag van de VLIR interuniversitair specifieke eindtermen Kinder- en jeugdpsychiatrie vastgelegd en is Kinder- en Jeugdpsychiatrie één van de 30 afstudeerrichtingen in de Master na Masteropleiding Specialistische Geneeskunde.

In de KB 's betreffende de planning van het medisch aanbod (2002 en 2008), werden opgelegde minimumaantallen voorzien, specifiek voor kinder- en jeugdpsychiatrie: 20 kinder- en jeugdpsychiaters (12 Vlaamse, 8 Franstalige). (Koninklijk besluit van 30.05.2002 (B.S. 14.06.2002 Ed.1) en Koninklijk besluit van 12.06.2008 (B.S. 18.06.2008). Waar in de meeste andere specialismen dus maximumquota werden opgelegd, werd de kinder- en jeugdpsychiatrie als knelpuntberoep erkend en werden de minimumaantallen buiten de quotaregeling geplaatst.

De situatie in Europa:

In 22 van de 28 lidstaten van de EU bestaat een aparte beroepstitel kinder- en jeugdpsychiatrie (Richtlijn 2005/36/EG van het Europees Parlement en de Raad van 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties, pp. 111-112)². Van onze buurlanden vormt Nederland hierop een uitzondering, maar daar bestaat wel een aparte aantekening Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

In de UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes) behoort Kinder- en jeugdpsychiatrie tot de 41 onafhankelijk erkende specialismen, met een aparte Europese sectie: UEMS-CAP (UEMS Child and Adolescent Psychiatry). De UEMS publiceerde recent nieuwe standaarden voor de opleiding tot kinder- en jeugdpsychiater *Training Requirements for the Specialty of Child and Adolescent Psychiatry, European Standards of Postgraduate Medical Specialist Training*, April 2014, (<http://www.uemscap.eu/training>) evenals een model van Europees training logboek (UEMS Logbook Child and Adolescent Psychiatry, January 2014, <http://www.uemscap.eu/training>).

² Richtlijn 2005/36/EG van 7 september 2005 van het Europees Parlement en de Raad betreffende de erkenning van beroepskwalificaties, P.B. L. 255, 30 september 2005, err., P.B. L. 271, 16 oktober 2007, err. P.B. L 93, 4 april 2008.

II.1 Omgevingsfactoren

Kinder- en jeugdpsychiatrie heeft zich de voorbije 40-50 jaar zowel wetenschappelijk als in de beroepsuitoefening als een zelfstandig specialisme gedragen.

II.1.1. Het kennisdomein (zie bijlage 1 – eindtermen):

Kinder- en jeugdpsychiatrie en –psychotherapie behelst een breed vakgebied dat instaat voor de wetenschappelijke studie en praktijkvoering ten aanzien van de preventie en vroegtijdige detectie, de diagnostiek en behandeling en de activiteiten ter bevordering van de sociale integratie van ernstige psychische en psychiatrische problematieken bij kinderen en jongeren.

Kinder- en jeugdpsychiatrie kent een eigen leeftijdsafhankelijke nosologie en fenomenologie. Het concept ontwikkeling staat centraal in alle denk- en werkmodellen. De vakkennis en het instrumentarium zijn daardoor specifiek. De inhoud en wijze van diagnostisch onderzoek, de obligate leefcontexten (gezin en school) en de meest voorkomende klinische beelden zijn specifiek voor kinder- en jeugdpsychiatrie. Ook de toepassing van therapeutische inzichten en interventies is aangepast aan de ontwikkelingsleeftijd. Het overgrote deel van kennisoverdracht en praktijkvoering is bijgevolg specifiek voor de kinder- en jeugdpsychiatrie.

De ontwikkelingspsychopathologische theorie en het biopsychosociale denkmodel van de kinder- en jeugdpsychiatrie en de volwassenpsychiatrie kennen ook gemeenschappelijkheden. Er is overlap in de psychopathologische beelden die bestudeerd worden alsook in de grote hefboomen tot veranderingsprocessen bij mensen met psychische kwetsbaarheden (psychotherapie en psychobiologie/farmacologie). Gemeenschappelijke kennismodules met de volwassenenpsychiatrie binnen de theoretische opleiding en een stage in de volwassenenpsychiatrie zouden dan ook toegankelijk moeten gesteld worden voor de kinder- en jeugdpsychiaters in opleiding en vice versa.

Nosologie en fenomenologie: De verschijningsvorm van de ziektebeelden en symptomatologie variëren met de leeftijd van de patiënt. Sommige ziektebeelden doen zich bijna uitsluitend voor op kinderleeftijd (bv. selectief mutisme, separatie-angststoornis, etc.). De 3 meest prominente beelden op kinderleeftijd verschillen van deze bij volwassenen. Bij kinderen zijn dit ontwikkelingsstoornissen (ASS, ADHD)³, hechtingsstoornissen en gedragsstoornissen. Bij volwassenen psychose, stemmingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Voor heel wat specifieke beelden op volwassen leeftijd zijn de precursoren op kinderleeftijd nog zeer aspecifiek.

Ontwikkeling: “Ontwikkeling” is voor kinder- en jeugdpsychiatrie geen theoretisch concept, maar de ad hoc realiteit. Alles wat zich doorheen de “ontwikkeling” vormt vindt plaats in het hier en nu en kan in het hier en nu beïnvloed worden (in positieve/negatieve zin). Alle te bestuderen fenomenen en alle “subjecten” (patiëntjes) zijn “in ontwikkeling”. Dit impliceert aangepaste kennis, maar vergt tevens andere vaardigheden. De normen voor wat “normaal” is veranderen met de leeftijd (bv. cognitieve, socio-emotionele, psychomotorische, morele, identiteitsontwikkeling...). Het begrip en de aanspreekbaarheid (versus aanspeelbaarheid) van het kind veranderen met de leeftijd, waardoor

³ ASS = Autisme Spectrum Stoornissen ; ADHD = Aandachtsdeficiëntie/Hyperactiviteitsstoornis

ook de methode van bevraging (observatie) en therapie moet aangepast worden aan de leeftijd. Het neurobiologisch substraat is in ontwikkeling (hersenuitwikkeling): alle neurobiologische factoren zijn nog “in proces” – de hersenuitwikkeling (neurogenese, synaptogenese, myelinisatie, pruning, etc...) vindt plaats en kan rechtstreeks beïnvloed worden (of moet in het hier en nu beschermd worden). Ook de gen-omgevingsinteracties en vroege omgevingsinvloeden vinden ad hoc nog plaats (pathologieversterkende versus corrigerende factoren in de opvoedingsomgeving). Het gezin gedraagt zich als potentieel beschermende factor en/of “medeoorzaak” van de pathologie in het hier en nu. Kinder- en jeugdpsychiatrie moet dus niet “terugblikken” op de ouder-kind ervaringen maar moet er rechtstreeks mee omgaan. Wetenschappelijke standaardwerken kinder- en jeugdpsychiatrie zoals bvb. Rutter’s *Child and Adolescent Psychiatry* (Wiley-Blackwell, 2010, pp. 1248) zijn aan hun 5^e editie toe (1^e editie: 1976).

Kind en context: Het studieobject van de kinder- en jeugdpsychiatrie is dus “het kind in ontwikkeling” en terzelfdertijd “het kind in zijn context”. Kinderen kunnen in hun socio-emotioneel functioneren en disfunctioneren niet los gedacht worden van hun gezinsomgeving (of gezinsvervangende omgeving). Kinderpsychiatrie is dus ook gezinspsychiatrie. Bovendien dient zich al heel vroeg in de ontwikkeling een 2^e pertinente context aan die mee de klinische beelden vorm geeft en/of de consequenties ervan opvangt: de schoolcontext. Ook die vormt object van de interactieve studie van de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Continuïteit en discontinuïteit: De ontwikkelingspsychopathologie als wetenschap benadrukt zowel discontinuïteit als continuïteit in de ontwikkeling, met zowel homo- (gelijkheid in de expressie) als heterocontinuïteit (gelijkheid in de onderliggende mechanismen maar andere expressie). Discontinuïteit treedt onder meer op door het verwerven van nieuwe vaardigheden (bv. zelfregulatie, metacognitie, enz.) en of door cruciale gebeurtenissen of veranderingen in de context. De adolescentie is daarbij een zeer belangrijke transitieperiode, waarin een belangrijke reorganisatie plaatsvindt omwille van enerzijds de toegenomen eigen vaardigheden en anderzijds belangrijke keerpunten in het sociale leven. Op deze leeftijdsfase zouden best zowel de kinder- en jeugdpsychiatrie als de volwassenenpsychiatrie betrokken zijn om een vlotte transitieperiode te waarborgen waar nodig.

II.1.2. De beroepsuitoefening:

Methoden, instrumentarium, therapeutische aangrijpingspunten, zorgtrajecten en -organisatie, zorgpartners en -netwerken, nomenclatuur en wettelijke bepalingen zijn specifiek voor kinder- en jeugdpsychiatrie. De rollen van medicus, manager en communicator kennen bijgevolg een specifieke invulling voor de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Obligate aanwezigheid van de opvoedingscontexten: tussen 0 en 18 jaar zijn er 2 obligate contexten onvermijdelijk aanwezig in het leven van het kind/de jongere: de gezinscontext (of gezinsvervangende context) en de schoolcontext (leerplicht). Beide contexten zijn dus ook STEEDS aanwezig in elk facet van handelen met het kind. De meningen en percepties van elk der partijen (kind / ouder/ opvoeder / school) zijn vaak verschillend en dragen elk unieke waarde bij aan het totaalbeeld van de situatie van het kind. De praktijkopleiding is doordrongen van het hanteren van deze meervoudige partijdigheid. Vaak is er niet enkel complementariteit in visie tussen de verschillende partijen maar ook conflict. Een kinder- en jeugdpsychiater dient met deze contexten te werken in elke interventiefase (probleemmelding, assessment, behandeling).

Diagnostiek en diagnostisch instrumentarium: de kinder- en jeugdpsychiatrie hanteert een eigen diagnostisch instrumentarium. De instrumenten zijn leeftijdsafhankelijk qua inhoud (leeftijdsaangepaste doelgroepen, criteria en items), qua vorm (aangepast aan de perceptuele en cognitieve mogelijkheden van het kind), qua normering. Gezien de beperkte introspectieve en metacognitieve vermogens van het jonge kind en de hogervermelde obligate contexten wordt naast zelfrapportering ALTIJD rapportering door derden in rekening genomen. Interpretatie en integratie van deze multipale informanten en van de symptomatologie in relatie tot de ontwikkelingsleeftijd vormen een kerntaak in het diagnostisch denken.

Behandelmethodes: bij kinderen gelden specifieke behandelopties en prioritering van de verschillende therapeutische keuzes. Specifieke werkvormen zijn bv. speltherapie, mediatietherapie, orthopedagogie / oudertraining, ontwikkelingsstimulatie (bv. emotieherkenning, empathietraining). Klassieke werkvormen krijgen een heel eigen invulling (ergotherapie, psychomotorische therapie, muziektherapie). Mediatie van therapeutische interventies via de natuurlijke context van het kind/de jongere is evident. Vele therapievormen richten zich dan ook naar ouders en/of andere opvoedende figuren. Psychofarmaca werken in op een hersensubstraat “in ontwikkeling” in een lichaam met andere metabolisatie-evenwichten en compartimentverdelingen. Farmacokinetiek en farmacodynamiek zijn bijgevolg leeftijdsafhankelijk. De effectiviteit van psychofarmaca verschilt van die bij volwassenen en een grotere terughoudendheid is per definitie aan de orde.

Psychotherapie⁴: psychotherapeutische kennis en vaardigheden vormen een essentieel en onlosmakelijk onderdeel van de opleiding tot kinder- en jeugdpsychiater en –psychotherapeut en zijn dus geïntegreerd in het vormingstraject. De verschillende psychotherapeutische oriëntaties⁵ kennen hun toepassing bij kinderen en jongeren. Telkens dient echter een ingrijpende vertaalslag van het denkkader naar de praktijkvoering te worden gemaakt, waarbij het ontwikkelingsstadium van het kind (cognitief, emotioneel, sociaal) de leidraad vormt en de methodologie hieraan wordt aangepast. In de meeste bestaande therapie-opleidingen wordt maar een beperkt deel van de opleidingstijd specifiek besteed aan de toepassingen bij kinderen en jongeren. Een eclectische en/of integratieve psychotherapie specifiek gericht op de behandeling van kinderen, jongeren en hun context is daarom evenzeer verdedigbaar binnen een vormingstraject kinder- en jeugdpsychiatrie als een volledige opleiding in een van de specifieke oriëntaties.

Behandelsettings: de kinder- en jeugdpsychiatrie kent specifieke behandelsettings. Bij ambulante contacten wordt enerzijds met de patiënt (het kind, de jongere) gewerkt, maar minstens evenveel contacten bestaan uit gezinsgesprekken, mediatiegesprekken en rondetafelgesprekken. Naast de ambulante kinderpsychiatrische praktijken, de poliklinieken en centra geestelijke gezondheidszorg (CGGs) zijn ook de centra voor ambulante revalidatie (CARs), de centra voor

⁴ Onder de uitoefening van psychotherapie wordt verstaan: het gebruikelijk verrichten van autonome handelingen die tot doel hebben of worden voorgesteld tot doel te hebben, de moeilijkheden, conflicten of psychische stoornissen van een individu weg te nemen of te verlichten, het verrichten van psychotherapeutische ingrepen op basis van een psychotherapeutisch referentiekader, ten aanzien van een groep individuen, als een volwaardig systeem beschouwd, waarvan het individu deel uitmaakt (Wet van 4.04.2014 tot regeling van de GGZ-beroepen)

⁵ Als psychotherapeutische referentiekaders waarin alle door een gemachtigde psychotherapeut verrichte psychotherapeutische handelingen moeten passen worden erkend: de psycho-analytische en psychodynamische psychotherapie, de gedrags- en cognitieve georiënteerde psychotherapie, de systeem- en familiaal georiënteerde psychotherapie en de experiëntiële, persoonsgerichte en humanistisch georiënteerde psychotherapie (Wet van 4.04.2014 tot regeling van de GGZ-beroepen)

ontwikkelingsstoornissen (COS) en de referentiecentra voor autisme (RCA) belangrijke ambulante partners. Kinderpsychiatrisch onderzoek en psychometrisch onderzoek vragen elk eigen infrastructuur en testmaterialen. Residentiële settings zijn georganiseerd rond een leefgroep. Verpleegkundigen en/of opvoeders vormen samen de equipe die “leeft” met de jongeren. De leefgroepwerkers staan in directe en voortdurende relatie met de jongeren die er verblijven en hebben naast een therapeutische ook een opvoedende rol. De intensiteit van uitwisseling ligt zeer hoog. Kinderen en jongeren gaan in de mate van het mogelijke op weekend naar hun reguliere woonsituatie. Elk weekend wordt zorgvuldig voorbereid via gezins- en kindgesprekken en achteraf geëvalueerd. Er bestaan geen chronische verblijfs- of woonvormen in psychiatrische settings. Kinderen en jongeren met ernstige problemen in emotie en gedrag, die (tijdelijk) een gezinsvervangend tehuis nodig hebben, verblijven in multifunctionele centra van de integrale jeugdhulp, waar kinder- en jeugdpsychiaters het medisch beleid voeren. Onderwijs vormt een essentieel onderdeel van het therapeutisch programma van kinderen en jongeren in residentiële kinderpsychiatrische settings, hetzij via een directe samenwerking met een ziekenhuisschool, hetzij via eigen onderwijspersoneel toegekend aan de K-dienst.

Nomenclatuur: Het RIZIV voorziet een specifieke nomenclatuur voor ambulante, liaison-, spoed- en toezichtshonoraria, aangepast aan de werkwijze via mediatie, met de obligate contexten, rondetafelgesprekken en weekendwerking.

Zorgtrajecten en netwerkpartners: *De kinder- en jeugdpsychiatrie heeft specifieke primaire verwijzers en kent specifieke in- en uitstroomtrajecten. De organisatie van de GGZ-modules binnen het bredere netwerk van jeugdvoorzieningen, creëert een heel gediversifieerde zorgstructuur waarbinnen kinderen dus ook onderscheiden zorgtrajecten kunnen volgen. Kinderpsychiaters dienen samen te werken met al deze specifieke sectoren, elk in hun eigen hulpverlenings- en zorglandschap:*

- GGZ-partners: CGGs, CARs, COS en RCA, mobiele teams, (semi)residentiële revalidatie, algemene K-diensten (inclusief hun poliklinieken, liaison- en consultactiviteiten), specifieke K-diensten (Forensische, Intensieve behandel eenheden voor dubbeldiagnose, verslaving bij minderjarigen), ambulante praktijken
- Partners binnen jeugdzorg:
 - o Onderwijs: Centra voor Leerlingenbegeleiding, zorgcoördinatoren, Buitengewoon onderwijs
 - o Welzijn: Kind & Gezin, Vertrouwenscentra, Jongeren Advies Centra, Centra Algemeen Welzijnswerk
 - o Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap: thuisbegeleidingsdiensten, Multifunctionele Centra (Observatie- en Behandel Centra, Medisch-Pedagogische Instituten)
 - o Bijzondere Jeugdzorg: Ondersteuningscentra Jeugdzorg, Dagcentra, Centra voor Onthaal, Observatie en Oriëntatie, Tehuizen,...
 - o Justitie: Jeugdrechtbank, gemeenschapsinstellingen
- Gezondheidszorg: neonatologen, kinderartsen, kinderneurologen, volwassenenpsychiaters, huisartsen, jeugdgezondheidsartsen

Netwerken en zorgcircuits: De GGZ voor kinderen en jongeren organiseert zich in provinciale netwerken met bovenstaande kernpartners en intersectorale samenwerking volgens het “*Nationaal*

Plan voor een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren 2015-2020". Deze gids bouwt voort op het kader van de gids voor jongvolwassenen en volwassenen, maar houdt rekening met de specificiteit van de doelgroep van 0 tot 18-jarigen. Uiteraard gaat hierbij ook bijzondere aandacht uit naar de scharnierleeftijd fase.

Wettelijk kader: het wettelijk kader waarbinnen kinder- en jeugdpsychiatrie zich afspeelt is verschillend van dat voor volwassenen; de Jeugdrechtbank is bevoegd voor alle justitiële beslissingen voor jongeren

- Jeugdrecht: geheel van rechtsregels en rechtspraak t.a.v. minderjarigen en hun ouders (bescherming van de minderjarige t.o.v. de maatschappij en bescherming van de maatschappij t.o.v. jeugddelinquentie). Jeugdrechters treden op bij VOS (Verontrustende OpvoedingsSituaties) en MOF (als Misdrijf Omschreven Feiten).
- Wet op de bescherming van de geesteszieke: voor minderjarigen is de jeugdrechter bevoegd
- Leerplicht: van 6 tot 18 jaar (voltijds tot 15 jaar)
- Verdrag Rechten van het Kind: recht op participatie, provisie en protectie
- Rechten van de patiënt: minderjarige die in staat is tot een redelijke beoordeling van zijn belangen kan de patiëntenrechten zelfstandig uitoefenen; dan gaat de wil van de patiënt boven die van zijn/haar ouders
- Ouderschapsrechten
- Beroepsgeheim (Rechten van het kind versus ouderschapsrecht; binnen het gezin: gevaar voor collateral damage ; Art 458bis: recht om bepaalde misdrijven t.a.v. minderjarigen te melden aan het parket; "gedeeld beroepsgeheim" met andere sectoren van de Integrale jeugdhulp)

7

II.1.3. Revalidatiedeskundigheid geïntegreerd in de opleiding

De multidisciplinaire functionele revalidatie van kinderen en jongeren richt zich met diagnostiek en behandeling tot een groot aantal doelgroepen die behoren tot het medisch kennisdomein van de kinder- en jeugdpsychiatrie: autisme spectrum stoornis, ADHD, complexe ontwikkelingsstoornissen, verstandelijke beperking, gedragsstoornissen en stemmingsstoornissen. Zo is het voor de Centra voor Ambulante Revalidatie voor kinderen en jongeren sinds 1.01.2015 een vereiste een kinder- en jeugdpsychiater als coördinator van de revalidatieprocessen in dienst te hebben.

In het verleden kon men een bijkomende erkenning als revalidatie-arts (niveau 3 titel) voor deze doelgroepen aanvragen, indien kon aangetoond worden dat men stage had gevolgd onder de leiding van een revalidatie-arts waarbij het aantonen van volgende vaardigheden belangrijk was:

1. de technieken voor "het waarderen van de handicap"; dit is de opmaak van een functioneel multidisciplinair bilan
2. de technieken die het mogelijk maken het vermoedelijk verloop van de handicap en de mogelijke revalidatie van de doelgroep te voorzien; dit is het opmaken van een revalidatieplanning"

Naar aanleiding van een adviesaanvraag van de Minister volgt de Hoge Raad terzake een adviesprocedure waarbij de optie van "inkanteling" van competenties functionele revalidatie in bepaalde niveau 2 titels mogelijk wordt.

Gezien de volgende vaardigheden en kennisdomeinen integraal deel uitmaken van de opleiding tot kinder- en jeugdpsychiater (zie ook eindtermen) is het voorstel dat een beroepstitel niveau 2 in de

kinder- en jeugdpsychiatrie en -psychotherapie automatisch tot een erkenning in de revalidatie voor deze doelgroepen leidt:

1. Het herkennen en opstellen van een doelgericht en specifiek multidisciplinair plan van aanpak voor deze doelgroepen met functionele beperkingen, dat een zo goed mogelijke sociale integratie beoogt en/of minstens een verdere beperking van de activiteiten beoogt te vermijden.
2. Bij de opmaak van dit plan wordt in partnerschap rekening gehouden met de jongere en zijn context en met de eventuele mogelijkheden en beperkingen van die context.
3. Naast de holistische aanpak van de jongere met functionele beperkingen ten gevolge van een van hoger vermelde problematieken, is ook de coördinatie van alle (medische en niet-medische) disciplines belangrijk.

Algemeen besluit: De specifieke te verwerven kennis voor de kinder- en jeugdpsychiater en de specifieke vaardigheden die moeten aangeleerd worden voor de beroepsuitoefening van de kinder- en jeugdpsychiater, inclusief de revalidatiedeskundigheid, nopen tot een grondige specifieke vorming met voldoende jaren wetenschappelijke en praktijkopleiding in de kinder- en jeugdpsychiatrie.

II.2. Aanpak

Al deze visie-elementen indachtig, is het evident dat kinder- en jeugdpsychiatrie een specialisme is, met een uitgebreid palet aan specifieke kennis en vaardigheden, dat tijdens de opleiding in specifieke stagediensten moet verworven worden. Gezien de complexiteit en diversiteit van het specialisme moet hiervoor de nodige ruimte in de opleiding voorzien zijn, alsook de mogelijkheid om met specifieke deel- en aanverwante domeinen kennis te maken (bv. pediatrie, pediatrische neurologie, klinische genetica). Om al deze vaardigheden en kennis op voldoende kwalitatieve wijze te verwerven en voor de toekomst te vrijwaren, worden door de werkgroep volgende aanpassingen aan de erkenningscriteria voor professionele vorming gevraagd:

1. Aparte beroepstitel 2 arts-specialist in de kinder- en jeugdpsychiatrie en -psychotherapie
2. Deze beroepstitel geeft tevens toegang tot alle activiteiten voor de functionele en professionele revalidatie van kinderen en jongeren voor de kinder- en jeugdpsychiatrische doelgroepen [gezien deze eindcompetenties opgenomen zijn in de professionele vorming](#)
3. Specifieke erkenningscriteria voor de opleiding, de stageplaatsen en de stagemeeesters in de kinder- en jeugdpsychiatrie (zoals nu reeds voorzien in de criteria van 3.01.2002).
4. Voorstel van aanpassingen aan deze criteria: zie V

Het 'Verdrag inzake de Rechten van het Kind' van de Verenigde Naties (VN) is duidelijk. Artikel 24 § 1 stelt *'De Staten die partij zijn, erkennen het recht van het kind op het genot van de grootst mogelijke mate van gezondheid en op voorzieningen voor de behandeling van ziekte en het herstel van de gezondheid. De Staten die partij zijn, streven ernaar te waarborgen dat geen enkel kind zijn of haar recht op toegang tot deze voorzieningen voor gezondheidszorg wordt onthouden.'*

De WHO schatte de prevalentie van psychische stoornissen bij kinderen en jongeren reeds in 2005 op $\pm 20\%$ (WHO, 2005, *Child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future*. Geneva, p.16. http://www.who.int/mental_health/resources/child/en/index.html) . Ongeveer 4 à 6% van de kinderen en jongeren zal nood hebben aan *"a clinical intervention for an observed significant mental disorder"* (WHO 2005). Een Nederlands onderzoeksrapport schat dat 7% van de jongeren jaarlijks behoefte heeft aan ggz-zorg (Sytema, S., e.a. (2006). *Verkenningen in de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Trimbos-instituut. p.5.) . Extrapolatie naar de Belgische situatie leert dat zo'n 135.000 kinderen en jongeren GGZ-hulp nodig heeft.

In 2012⁶ waren er in België 278 artsen met de beroepstitel Psychiatrie, meer bepaald in de kinder- en jeugdpsychiatrie, waarvan 84 Franstaligen, 186 Nederlandstaligen en 8 anderstaligen. De meerderheid behoort tot de jongere generatie : 65,5% onder 45 jaar, 29% tussen 45-65 jaar en 5,5% boven 65 jaar. Drie vierden zijn vrouwen: 74,1%. Er dragen in België ook nog veel artsen de oudere titels "Psychiatrie" (N= 1126) of "Neuropsychiatrie" (N= 403). Onder hen bevinden zich mogelijk ook nog artsen die de facto kinder- en jeugdpsychiatrie beoefenen. Qua aantal specialisten is de beroepsgroep kinder- en jeugdpsychiatrie te vergelijken met Geriatrie (N= 283), Endocrinologie (N= 274), Reumatologie (N= 279), Radiotherapie (N= 276) en Neurochirurgie (N= 240). Over de periode 2004-2012 is er een stijging van de actieve kinder- en jeugdpsychiaters met 63,5% ; in de genoemde andere kleinere specialismen ligt de stijging tussen 0-30%. Kinder- en jeugdpsychiatrie als beroepstitel betreft dus een kleiner specialisme dat aangroeit. Sinds 2002 is kinder- en jeugdpsychiatrie als knelpuntberoep erkend, waardoor het specialisme buiten de quotumberekening werd geplaatst en er een minimumquotum werd opgelegd, in plaats van een maximumquotum (minimum 20 specialisten op te leiden per jaar).

In 2014 waren er in België 298 kinder- en jeugdpsychiaters (229 vrouwen en 69 mannen). Er waren 98 kinder- en jeugdpsychiaters in opleiding.

⁶ Kadaster artsen synthesesetabel Plancad 2012

IV. DEFINITIE EN SCOPE VAN DE DISCIPLINE

Definitie van kinder en jeugdpsychiatrie (Kinder- en jeugdpsychiatrie, Verhulst, Verheij & Danckaerts 2014):

Kinder – en jeugdpsychiatrie is het medisch specialisme dat zich richt op het diagnosticeren en behandelen van kinderen en jongeren met (risico op) psychiatrische stoornissen, van nul tot 18 jaar. Ook preventie en vroegtijdige detectie en de activiteiten ter bevordering van de sociale integratie van ernstige psychische en psychiatrische stoornissen in deze leeftijdsgroep behoort tot haar domein.

Tussen 16 en 21 jaar hanteren we een flexibele transitieperiode waarin bejegening door kinder- en jeugdpsychiatrie en/of volwassenenpsychiatrie mogelijk moet zijn⁷. De leefcontext⁸ (gezin, school), de maturiteit van de jongere en de aard van de psychopathologie⁹ kunnen eerder de ene dan wel de andere discipline meer wenselijk maken in deze transitieperiode. Bij continuïteit van psychopathologie moet een vlotte en graduele transitie gewaarborgd worden.

Het wetenschappelijk fundament van de kinder- en jeugdpsychiatrie wordt gevormd door het domein van de ontwikkelingspsychopathologie. Voor kinder- en jeugdpsychiaters is kennis van de normale lichamelijke, cognitieve, emotionele, sociale en morele ontwikkeling van het kind onontbeerlijk om het ontstaan en beloop van psychiatrische stoornissen te begrijpen. In de kinder- en jeugdpsychiatrie staat het kind centraal dat psychisch/psychiatrisch lijdt en wordt de psychiater geacht wetenschappelijke kennis en therapeutische vaardigheden toe te passen om hulp te bieden aan het kind en zijn/haar context. Kinderen en jeugdigen zijn zo sterk afhankelijk van hun (gezins)context dat hun functioneren vaak direct verband houdt met de gezinssituatie. Binding, hechting en opvoeding zijn centrale elementen in het assessment en de behandeling van kind en context.

De eindcompetenties van de discipline worden opgelijst in bijlage 1

⁷ Tot 18 jaar kan een jongere verblijven op een K(k)-bed. Vanaf 15 jaar kan het ook op een A(a)-of T-bed. In VAPH-voorzieningen voor jongeren kunnen jongeren doorgaans tot 21 jaar opgenomen worden; in de VAPH-voorzieningen voor volwassenen kan het vanaf 18 jaar.

⁸ Leefcontext: als een 19-jarige jongere nog in het secundair onderwijs zit en nog volledig is ingebed in de gezinscontext is het logischer dat een kinder- en jeugdpsychiater zorg verleent; daarentegen als een 17-jarige al op leercontract werk en alleen woont is het meer logisch dat hij vanuit de volwassenenpsychiatrie zorg krijgt.

⁹ Psychopathologie: in sommige gevallen kan beroep moeten worden gedaan op meer specifieke deskundigheid uit de volwassenenpsychiatrie bij een minderjarige (bv. bij recidiverende psychose of manie) of omgekeerd op een kinder- en jeugdpsychiater bij een meerderjarige (ASS, ADHD)

V.1. Toelatingsvoorwaarden

Beroepskwalificatie niveau 1: arts.

V.2. Eindcompetenties

V.2.1. Discipline-specifieke kennis en competenties. Zie bijlage 1

V.3. Duurtijd en fasering van de vorming:

Voor een schematische weergave zie bijlage 2

V.3.1. De duur van de opleiding bedraagt vijf jaar.

V.3.2. De opleiding omvat minimum 3 jaar stage in een erkende dienst voor opleiding in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Er moeten minimum 12 maanden stage volbracht worden met kinderen onder de 12 jaar en minimum 12 maanden stage met jongeren van 12 jaar en ouder.

V.3.3. De opleiding omvat minimum 1 jaar stage in een erkende dienst voor opleiding in de volwassenenpsychiatrie. Een jaar opleiding in de volwassenenpsychiatrie kan verricht worden cumulatief met wat in V.2.4. als rotatiestage wordt genoemd.

V.3.4. Minstens 2 jaar van de opleiding dienen te worden volbracht in een opleidingscentrum dat kan instaan voor de volledige duur van de opleiding (zie VI.2.1.)

V.3.5. De kandidaat moet voldoen aan de algemene criteria voor de erkenning van arts-specialisten (MB 23.04.2014). Minimum 1 jaar en maximum 3 jaar stage vindt plaats in een ziekenhuis dat niet is aangewezen als universitair ziekenhuis of een ziekenhuis waarvan de stagedienst niet is aangewezen als universitair (afwijking op Art. 10 van het MB 23.04.2014¹⁰). Dit kan desgevallend het jaar opleiding in de volwassenenpsychiatrie zijn.

¹⁰ In Art.10 van het MB 23.04.2014 staat vermeld dat minimum een derde en maximum twee derde plaatsvindt in een ziekenhuis dat niet is aangewezen als universitair ziekenhuis of een ziekenhuis waarvan de stagedienst niet is aangewezen als universitair. In een vijfjarige opleiding betekent dit: minimum 20 en maximum 40 maanden. Echter: in kinder- en jeugdpsychiatrie gaan stageplaatsen vaste engagementen aan met een arts-specialist in opleiding voor een minimumduur van een jaar, omdat therapeutische trajecten met kinderen, jongeren en hun context vaak langdurig zijn. De minima en maxima moeten dus equivalenten van 1 jaar zijn. Daarnaast is het zo, dat het stagejaar volwassenpsychiatrie zowel in een universitaire als niet-universitaire stagedienst kan toegewezen worden. In het geval wij zouden stellen dat minimum 24 maanden niet-universitair moeten zijn en de betreffende ASO een stageplaats volwassenenpsychiatrie in een universitaire dienst krijgt toegewezen, dan moet die ASO noodgedwongen daarnaast nog 24 maanden kinderpsychiatrie in een niet-universitaire dienst volbrengen en kan hij/zij nog maximaal 24 maanden kinder- en jeugdpsychiatrie in een universitaire dienst volbrengen. Een alternatieve formulering zou zijn dat we vanuit het perspectief van de opleiding tot kinder- en jeugdpsychiater het jaar volwassenenpsychiatrie per definitie als "niet-universitair" beschouwen (ongeacht waar het plaatsvindt) en dan kunnen formuleren dat er minimum 24 maanden en maximum 36 maanden in een niet-universitaire dienst plaatsvinden.

V.3.6. In de opleiding mag een *rotatiestage* verricht worden in een voor opleiding erkende dienst van een aanverwante, relevante discipline¹¹ of een bijkomend jaar stage in een erkende dienst voor volwassenenpsychiatrie, op voorwaarde dat aan V.3.2. voldaan blijft.

V.3.7. Met het oog op het verwerven van bepaalde specifieke competenties in de kinder- en jeugdpsychiatrie en/of een aanverwante relevante (sub)discipline, kan de kandidaat onder het toezicht en de verantwoordelijkheid van de coördinerende stagemeeester *specifieke stages* lopen in diensten die gerenommeerd zijn voor deze specifieke competentie(s), maar niet voldoen aan alle criteria voor erkenning als stagedienst (bijvoorbeeld Multifunctionele Centra (MFC), Gemeenschapsinstellingen, Revalidatiecentra, Centra Geestelijke Gezondheidszorg, Klinische genetica, enz.).

Deze diensten dienen aan specifieke vereisten te voldoen om voldoende supervisie en begeleiding te garanderen (zie verder).

De som van specifieke stages mag in totaal maximum 1 jaar bedragen.

Een stageplaats voor een specifieke stage heeft een geschreven overeenkomst met een erkende stagedienst.

V.3.8. De kandidaat-specialist volgt tegelijkertijd een theoretische en praktische opleiding in de kinder-en jeugdpsychiatrie. De theoretische opleiding is erop gericht kennis, vaardigheden en attitudes aan te leren die de kandidaat kinder- en jeugdpsychiater toelaten de rol van arts, van wetenschapper, van communicator en van manager te vervullen.

12

V.3.9. De kandidaat bekwaamt zich in de loop van deze vijf jaar en tijdens de stages ook in de psychotherapie.

V.3.10. De kandidaat moet conform de transversale criteria ten minste één maal in de loop van de opleiding over een klinisch of wetenschappelijk onderwerp betreffende de kinder- en jeugdpsychiatrie een artikel schrijven dat is gepubliceerd in, of voor publicatie werd aanvaard in een gezaghebbend medisch tijdschrift met een validatieprocedure door peers. Meer specifieke bepalingen daarover zijn terug te vinden in bijlage 3.

V.3.11. Bij het einde van de opleiding dient de kandidaat-specialist met het oog op zijn erkenning te bewijzen dat hij voldoet aan de vastgestelde eindtermen kinder- en jeugdpsychiatrie en bekwaam is om het specialisme zelfstandig en op eigen verantwoordelijkheid uit te oefenen. De kandidaat dient te slagen in een eindevaluatie die paritair wordt georganiseerd door de beroepsvereniging(en) van het betreffend specialisme en de universitaire instellingen onder toezicht van de Minister.

Voor deze eindevaluatie zal men gebruik maken van:

1. het stageportfolio en de daarbij horende bewijsstukken
2. de door de stagemeeesters opgestelde jaarlijkse evaluatieformulieren en de door de kandidaat opgemaakte verslagen van de jaarlijkse plannings-, functionerings- en evaluatiegesprekken

¹¹ Als relevante discipline worden in elk geval erkend: pediatrie en neurologie. Een kandidaat die een jaar in een andere discipline wenst op te nemen in het stageplan zal de relevantie ervan voor de opleiding moeten aantonen.

3. de in V.3.10. bedoelde publicatie(s)
4. het facultair attest¹²

V.4. Criteria voor de toelating (behoud) beroepsuitvoering

V.4.1. Behoud:

De arts-specialist behoudt de toelating tot beroepsuitvoering zolang de klinische en/of academische activiteit niet onderbroken wordt voor een periode langer dan 5 jaar.

De arts-specialist is ertoe gehouden zijn bekwaamheid te behouden en te ontwikkelen door praktische en wetenschappelijke vorming (accreditering).

V.4.2. Re-entry:

Per 5 jaar onderbreking wordt een inhaalstage van 6 maanden vooropgesteld.

VI. STAGEMEESTER / -TEAM

VI.1 Stagemeeesters dienen te voldoen aan de algemene criteria voor erkenning in het MB 23.04.2014

VI.2. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen een stagemeeester die een volledige opleiding kan aanbieden (i.e. elk jaar van het professioneel vormingstraject, inclusief de hogere opleidingsjaren) en een stagemeeester die een partiële opleiding kan aanbieden.

VI.2.1. Een stagemeeester die alle jaren van de opleiding kan aanbieden voldoet aan **alle** volgende voorwaarden:

- Is sedert minstens 5 jaar erkend als kinder- en jeugdpsychiater
- biedt binnen de eigen dienst of binnen zijn/haar netwerk een brede waaier van diagnostische en behandelingsmogelijkheden, die de brede basis van de kinder- en jeugdpsychiatrie omvat en qua aanbod de te verwerven eindtermen van de opleiding in volledigheid en diversiteit kan waarborgen, zowel voor de lagere als hogere opleidingsjaren
- beschikt over minimum 20 hospitalisatieplaatsen (K,k: volledig of partieel)
- beschikt over een polikliniek kinder- en jeugdpsychiatrie met een multidisciplinair team dat jaarlijks minstens 2000 ambulante, mobiele en/of consultatieve patiëntencontacten¹³ realiseert

¹² Art 21, 4° van het K.B. 21 april 1983 tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van geneesheren-specialisten en van huisartsen, BS 27 april 1983.

¹³ Patiëntencontacten in de kinder- en jeugdpsychiatrie vinden in 3 modaliteiten plaats: 1) een "ambulant" contact houdt in dat de patiënt en/of diegene(n) die instaan voor diens opvoeding naar de consultatieruimte komen waar dan het gesprek plaatsvindt; 2) een mobiel contact houdt in dat de arts/therapeut zich verplaatst naar de leefcontext van de jongere; 3) een consultatief contact houdt in dat de arts/therapeut zich voor een gesprek verplaatst naar een andere (ziekenhuis)dienst waar de jongere verblijft.

- voorziet in gestructureerd ingebedde psychiatrische liaisonzorg aan kinderen en jongeren gehospitaliseerd op een pediatrische of andere ziekenhuisafdeling
- beschikt over een spoedgevallendienst waar spoedsituaties binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie worden opgevangen
- tijdens de normale diensturen is steeds de stagemeeester of een door hem/haar gemandateerde arts-specialist in de kinder- en jeugdpsychiatrie met een erkenning van ten minste drie jaar in de stagedienst aanwezig

VI.2.2. Een stagemeeester die voor een partiële opleiding kan instaan (maximum 2 jaar):

- Is sedert minstens 5 jaar erkend als kinder- en jeugdpsychiater
- beschikt over minimum 20 hospitalisatieplaatsen (K,k: volledig of partieel) **of** beschikt over een polikliniek kinder- en jeugdpsychiatrie met een multidisciplinair team dat jaarlijks minstens 2000 ambulante, mobiele en/of consultatieve patiëntencontacten (zie voetnoot 13) realiseert
- tijdens de normale diensturen is steeds de stagemeeester of een door hem/haar gemandateerde arts-specialist in de kinder- en jeugdpsychiatrie met een erkenning van ten minste drie jaar in de stagedienst aanwezig

VI.2.3. Een supervisor die instaat voor een specifieke stage (maximum 1 jaar):

- Is sedert minstens 5 jaar erkend als kinder- en jeugdpsychiater
- Beschikt over een stageaanbod dat complementair is aan het aanbod in stagediensten die voor een volledige of partiële opleiding instaan en dat een meerwaarde is voor de opleiding van de kandidaat
- Is gedurende een vast aantal dagdelen (minimaal 40%) in de stagedienst aanwezig
- Garandeert dat hij/zijzelf of een gemandateerde arts uit de stagedienst waarmee een overeenkomst is gesloten steeds bereikbaar is voor de arts-specialist in opleiding tijdens de normale diensturen
- Garandeert de verantwoordelijkheid over de supervisie, kwaliteit en veiligheid van de professionele vorming en van de zorg.

Gaat met een erkende stagedienst een overeenkomst aan waarin de hoger genoemde garanties worden opgenomen

VII. STAGEDIENSTEN

VII.1. De stagedienst dient te voldoen aan de algemene bepalingen voor erkenning in het MB
23.04.2014

VII.2. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen een stagedienst die een volledige vorming kan aanbieden (i.e. elk jaar van het professioneel vormingstraject, inclusief de hogere opleidingsjaren) en een stagedienst die slecht een gedeelte van de vorming kan aanbieden.

VII.2.1. Een stagedienst met volledige vorming voldoet aan **alle** volgende voorwaarden:

- biedt binnen de eigen dienst of netwerk een brede waaier van diagnostische en behandelingsmogelijkheden, die de brede basis van de kinder- en jeugdpsychiatrie omvat en qua aanbod de te verwerven eindtermen van de opleiding in volledigheid en diversiteit kan waarborgen, zowel voor de lagere als hogere opleidingsjaren

- beschikt over minimum 20 hospitalisatieplaatsen (K,k: volledig of partieel)
- beschikt over een polikliniek kinder- en jeugdpsychiatrie met een multidisciplinair team dat jaarlijks minstens 2000 ambulante, mobiele of consultatieve patiëntencontacten realiseert (zie voetnoot 13)
- voorziet in gestructureerd ingebedde psychiatrische liaisonzorg aan kinderen en jongeren gehospitaliseerd op een pediatrische of andere ziekenhuisafdeling
- beschikt over een spoedgevallendienst waar spoedsituaties binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie worden opgevangen

VII.2.2 Een stagedienst met partiële vorming (maximum 2 jaar)

- beschikt over minimum 20 hospitalisatieplaatsen (K,k: volledig of partieel) **of** beschikt over een multidisciplinair team dat jaarlijks minstens 2000 ambulante, mobiele of consultatieve patiëntencontacten realiseert (zie voetnoot 13).

VIII. AANTAL KANDIDATEN

VIII.1. De verhouding (erkende arts-specialisten kinder- en jeugdpsychiatrie (met minimum 3 jaar anciënniteit) in de stagedienst (inclusief de stagemeester) / kandidaten in opleiding), uitgedrukt in voltijdse equivalenten is minimum 0,5. Per voltijdse stagemeester en medewerker(s) kunnen dus maximum 2 kandidaat-specialisten opgeleid worden.

15

VIII.2. Per schijf van 20 hospitalisatieplaatsen (volledig of partieel) kunnen maximaal 3 kandidaten worden opgeleid in een stagedienst en/of per schijf van 1000 ambulante, mobiele of consultatieve patiëntencontacten (zie voetnoot 13) binnen het multidisciplinair team kan maximaal 1 kandidaat worden opgeleid in een stagedienst.

IX. OVERGANGSMAATREGELEN

IX.1. Kinder- en jeugdpsychiaters die de beroepstitel "Psychiatrie, meer bepaald in de kinder- en jeugdpsychiatrie" behaalden kunnen nog tot 2 jaar na de publicatie van dit KB een aanvraag tot het bekomen van deze beroepstitel Kinder- en jeugdpsychiatrie indienen.

IX.2. Artsen-specialisten die een gedeelte van deze opleiding volgden (bv. in het kader van een andere specialisatie (psychiatrie, pediatrie) en wensen erkend te worden als kinder- en jeugdpsychiater, kunnen een verkorting van hun stageplan aanvragen via de erkenningscommissie, die met deze reeds gelopen stages zal rekening houden.