

Inhoud

1. Hulp bij het Huishouden.....	3
1.1 Hulp bij het Huishouden.....	3
2. Begeleiding	3
2.1 Begeleiding	3
2.2 Begeleiding specialistisch	3
2.3 Begeleiding intensief	3
3. Dagbesteding.....	4
3.1 Dagbesteding doorlopend.....	4
3.2 Dagbesteding doorlopend specialistisch (zwaar).....	4
3.3 Dagbesteding ontwikkelgericht.....	4
3.4 Dagbesteding Kinderdagcentrum (KDC).....	4
4. Logeren.....	5
4.1 Logeeropvang	5
4.2 Logeeropvang intensief	5
4.3 Logeerverblijf.....	5
5. Gezinshuizen en pleegzorg	6
5.1 Gezinshuizen.....	6
5.2 Pleegzorg	6
6. Behandeling Jeugdhulp (JenO/LVB)	7
6.1 Individuele behandeling	7
6.2 Individuele behandeling - zwaar	7
6.3 Individuele behandeling gedragswetenschapper	7
6.4 Jeugdhulp Diagnostiek.....	8
6.5 Ambulante crisishulp.....	8
6.6 Groepsbehandeling	8
6.7 Groepsbehandeling Zwaar	8
6.8 Groepsbehandeling Kinderdagcentrum (KDC)	8
6.9 Behandelgroep Verblijf.....	9
6.10 Behandelgroep verblijf crisis	9
6.11 Behandeling verblijf 3 Milieusvoorziening (voorheen VF7/4LVG/5LVG)	10
7. Ernstige Enkelvoudige Dyslexie (EED)	10
7.1 Behandeling Ernstige Enkelvoudige Dyslexie (EED)	10
7.2 Diagnostiek Ernstige Enkelvoudige Dyslexie (EED).....	10
8. Basis GGZ.....	11
8.1 Generalistische Basis GGZ	11
8.2 Generalistische Basis-GGZ Kort	11

8.3 Generalistische Basis-GGZ Middel.....	12
8.4 Generalistische Basis-GGZ Intensief.....	12
8.5 Generalistische Basis-GGZ Intensief Plus	13
8.6 Generalistische Basis-GGZ Onvolledig Behandeltraject	14
9. Specialistische GGZ.....	14
9.1 Behandeling specialistisch.....	14
9.2 Behandeling Hoog-Specialistisch.....	15
9.3 Consultatie.....	16
9.4 Diagnostiek	16
9.5 Beschikbaarheidscomponent voor 24-uurs crisiszorg.....	17
9.6 Crisis Behandeling	18
9.7 Crisis Behandeling bij Verblijf	18
9.8 Verblijf licht	18
9.9 Verblijf zwaar.....	19
9.10 Verblijf Zonder Overnachting (VZO).....	19
10. Curatieve GGZ-zorg door kinderartsen	19
10.1 Intake, Anamnese, Diagnostiek en Behandeladvies.....	20
10.2 Medicamenteuze behandeling.....	20
10.3 Eenmalig consult voor medicatieadvies / medicatiebijstelling	20

1. Hulp bij het Huishouden

1.1 Hulp bij het Huishouden

De maatwerkvoorziening Hulp bij het huishouden is gericht op het realiseren van een schoon en leefbaar huis voor inwoners die dit niet zelf kunnen realiseren en/of niemand in het sociale netwerk vinden die dit kan realiseren en/of die geen gebruik kunnen maken van algemene voorzieningen om dit te realiseren. Concrete activiteiten ten behoeve van dit resultaat worden door de gemeente beschreven in het plan van aanpak. In het kader van de uitvoering van de maatwerkvoorziening Hulp bij het huishouden, als deze deel uitmaakt van het plan van aanpak en gemeente een besluit heeft afgegeven, kunnen dienstverleners een of meer van de volgende activiteiten uitvoeren:

- broodmaaltijden en warme maaltijden bereiden;
- licht huishoudelijk werk en kamers opruimen in huis;
- zwaar huishoudelijk werk onder andere stofzuigen, wc/badkamer reinigen;
- kleding en linnengoed wassen;
- raambewassing binnen.

De dienst Hulp bij het huishouden is één bouwsteen. Eventueel aanvullende bouwstenen in de vorm van algemene voorzieningen worden niet meegenomen in deze regionale inkoop. Het staat gemeenten vrij om lokaal aanvullende diensten aan te bieden als algemene voorziening die aansluiten op de maatwerkvoorziening hulp bij het huishouden.

2. Begeleiding

2.1 Begeleiding

Individuele begeleiding gericht op het bevorderen of behouden van zelfredzaamheid, het groeien naar zelfstandigheid en/of participatie in de maatschappij. Doelstelling kan zijn het aanleren of behouden van vaardigheden, ondersteuning bij dagelijkse levensverrichtingen en het plannen van dagelijkse activiteiten, leren omgaan met een beperking, en/of ontlasting van de verzorgers/ mantelzorg. Het oplossend vermogen van de cliënt wordt versterkt.

Er is sprake van een stabiele basis en planbaarheid van taken. Overzichtelijke problematiek en inzet voor overzichtelijke taken. In complexe situaties kan begeleiding ook ingezet worden voor een deel van de taken (bijvoorbeeld overname).

2.2 Begeleiding specialistisch

Individuele begeleiding gericht op het bevorderen of behouden van zelfredzaamheid, het groeien naar zelfstandigheid en/of participatie in de maatschappij. Doelstelling kan zijn het aanleren of behouden van vaardigheden, ondersteuning bij dagelijkse levensverrichtingen en het plannen van dagelijkse activiteiten, leren omgaan met een beperking, en/of ontlasting van de verzorgers/ mantelzorg. Het oplossend vermogen van de cliënt wordt versterkt.

Specialistische begeleiding richt zich op cliënten met een ernstig tekortschietende zelfregie, sociaal-emotionele problematiek. Sprake is van complexe en/of meervoudige problematiek. Vanwege de aard van de problematiek/ ondersteuning is specialistische inzet vereist welke gericht is op het stabiliseren van de situatie en coördinatie van de zorg in een huishouden.

2.3 Begeleiding intensief

Begeleiding in een sterk ontregelde en/of dreigende situatie met als doel om grip op de situatie te krijgen. De situatie vereist direct handelen (zonder intake). Centraal staat het organiseren van de basisvoorwaarden en het opstellen van een ondersteuningsplan voor de langere termijn. Deze bouwsteen wordt kortdurend (1-3 maanden) ingezet om de situatie te stabiliseren of langer durend ter vervanging van wonen in een intramurale setting. Er kan sprake zijn van ongeplande zorg buiten kantooruren (24-uursbeschikbaarheid). De inzet kan sterk fluctueren.

3. Dagbesteding

3.1 Dagbesteding doorlopend

Dagbesteding doorlopend is een structurele tijdsbesteding met een welomschreven doel waarbij de cliënt actief wordt betrokken en die hem dagstructuur en zingeving verleent en/of de thuissituatie ontlast. Een zinvolle daginvulling richt zich op ontwikkelingsgerichte activiteiten die aansluiten bij de talenten, mogelijkheden en interesses van de cliënt. Doelen zijn dat het de zelfredzaamheid van de cliënt bevordert en de mate waarin hij kan participeren in de maatschappij. Een voorbeeld is het oefenen van vaardigheden die de zelfredzaamheid bevorderen. De doelen worden vastgelegd in het ondersteuningsplan.

Dagbesteding doorlopend richt zich op het bieden van een zinvolle invulling van de dag (tegengaan eenzaamheid, bevorderen participatie), het aanbrengen van dagstructuur en/of ontlasting van de thuissituatie. De dagbesteding is langdurig nodig.

3.2 Dagbesteding doorlopend specialistisch (zwaar)

Dagbesteding is een structurele tijdsbesteding met een welomschreven doel waarbij de cliënt actief wordt betrokken en die hem dagstructuur en zingeving verleent en/of de thuissituatie ontlast. Een zinvolle daginvulling richt zich op ontwikkelingsgerichte activiteiten die aansluiten bij de talenten, mogelijkheden en interesses van de cliënt. Doelen zijn dat het de zelfredzaamheid van de cliënt bevordert en de mate waarin hij kan participeren in de maatschappij. Een voorbeeld is het oefenen van vaardigheden die de zelfredzaamheid bevorderen. De doelen worden vastgelegd in het ondersteuningsplan.

De dagbesteding doorlopend – specialistisch is gericht op kwaliteit van leven van de cliënt (tegengaan eenzaamheid, bevorderen participatie) en diens omgeving (respitzorg) en is langdurig nodig. Er is sprake van gedragsproblematiek al dan niet in combinatie met intensieve persoonlijke verzorging. Er is toezicht of gedragsregulering nodig. De cliënt heeft tijdens de dagactiviteit een hoge mate van begeleiding nodig.

3.3 Dagbesteding ontwikkelgericht

Dagbesteding ontwikkelgericht is gericht op het aanbrengen van een dagstructuur en aanleren van vaardigheden zodat de cliënt zelfstandiger wordt. Deze dagactiviteit is ontwikkelingsgericht, tijdelijk van aard (1-2 jaar) en gericht op uitstroom naar reguliere activiteiten (waaronder regulier onderwijs), werk, algemene en/of inloopvoorzieningen. Het is bedoeld voor cliënten die dit nog niet op eigen kracht zelf kunnen, maar bij wie wel sprake is van ontwikkelpotentieel/ perspectief. Dagbesteding ontwikkelgericht ondersteunt cliënten om dit perspectief waar te maken. Dit kan bijvoorbeeld door middel van cursistisch aanbod. Indien de situatie toch niet verbetert, is aansluitend 'doorlopende' dagbesteding mogelijk. Er wordt gewerkt met een individueel ontwikkelingsplan.

Het streven is de cliënt met (beperkte) begeleiding terug te leiden naar regulier of speciaal onderwijs of naar bijvoorbeeld (semi-)betaalde arbeid. Samenhang met instrumenten vanuit de participatiewet is essentieel aangezien dagbesteding in principe alleen betrekking heeft op cliënten die (nog) niet geschikt zijn voor regulier of beschermt werk. Afstemming hiervoor vindt lokaal via de sociale teams plaats.

3.4 Dagbesteding Kinderdagcentrum (KDC)

Dagbesteding KDC en Groepsbehandeling KDC worden geleverd op locatie van de aanbieder voor jeugdigen met ontwikkelings- en opgroei problemen en/of problemen in relatie tot hun beperking. Het gaat om kinderen die vanwege hun beperking een (gedeeltelijke) ontheffing van de leerplicht hebben. Er is hierbij sprake van gemengde groepen dagbesteding en dagbehandeling.

Dagbesteding KDC en Groepsbehandeling KDC zijn onder andere gericht op het aanleren van vaardigheden, stimuleren van een gedragsverandering of behandeling gericht op het systeem van de jeugdige. Het gaat hierbij over het omgaan met medische en ontwikkelingsproblematiek. Deze (zeer) intensieve zorgbehoefte vraagt impliciet om het gebruik van hulpmiddelen (bijvoorbeeld bedboxen,

therapiebaden, ligorheses en rolstoelen) en (indien nodig) extra inzet van verschillende professionals zoals logopedisten, fysiotherapie, arts, diëtist.

De jeugdigen die in aanmerking komen voor Dagbesteding KDC of Groepsbehandeling KDC zijn kinderen met een (ernstige) verstandelijke handicap en/of kinderen met een meervoudige handicap (inclusief eventuele gedragsproblematiek) in de leeftijd van 0 tot vaak 18 jaar.

Aanbieders nemen in hun behandeling en begeleiding ook altijd het systeem van de jeugdige mee.

Onderdeel van de dienstverlening is daarom ook de begeleiding aan ouders met betrekking tot de ontwikkelingsproblematiek van de jeugdige. Bij complexe, eigen, problematiek bij (een van) de ouders wordt dit aanvullend vanuit Wmo beschikt.

4. Logeren

4.1 Logeeropvang

Logeren als zorgvorm is een vorm van respijtzorg. De zorg wordt tijdelijk overgenomen waardoor de mantelzorger even ontlast wordt van haar of zijn taak. Het is aanvullend op noodzakelijke zorg en ondersteuning die al in de thuissituatie wordt geboden, het vervangt deze zorg en ondersteuning niet. Logeeropvang wordt alleen toegewezen als het noodzakelijk is dat degene die mantelzorg of gebruikelijke zorg levert tijdelijk wordt ontzien en logeren in het sociale netwerk niet mogelijk is. Logeeropvang is bedoeld voor zorgvragers met een beperking die aansturing nodig maakt en toezicht noodzakelijk. De zorgintensiteit is zodanig dat de cliënt kan meedraaien in (een structuur van) groepen. Om de juiste begeleiding te kunnen bieden is inzet of ondersteuning door een gedragswetenschapper niet noodzakelijk. De zorgvrager heeft geen indicatie Wlz.

4.2 Logeeropvang intensief

Logeeropvang intensief is bedoeld voor zorgvragers met een beperking die frequente aansturing noodzakelijk maakt. 24 uur per dag zorg in de nabijheid is een voorwaarde.

De zorgintensiteit is zodanig dat gedurende de dag geregeld individuele aandacht nodig is.

Begeleiders worden geadviseerd door een gedragswetenschapper.

De zorgvrager heeft geen indicatie Wlz.

4.3 Logeerverblijf

Logeerverblijf is in te zetten als een vorm van respijtzorg voor mantelzorgers en/of als een voorziening om de cliënt, al dan niet alleenstaand, zelf een 'adem Pauze' te bieden.

Dankzij logeeropvang krijgen mantelzorgers even rust en tijd om de dingen te doen waar ze anders niet aan toe komen door de zorgverlening aan hun naaste.

Logeerverblijf draagt ertoe bij dat een zorgvrager thuis de zorg en ondersteuning kan krijgen die hij/zij nodig heeft. Het is aanvullend op noodzakelijke zorg en ondersteuning die al in de thuissituatie wordt geboden, het vervangt deze zorg en ondersteuning niet.

Logeerverblijf wordt alleen toegewezen als het noodzakelijk is dat degene die mantelzorg of gebruikelijke zorg levert tijdelijk wordt ontzien en/of logeren in het sociale netwerk niet mogelijk is.

Logeerverblijf is bedoeld voor volwassenen met een beperking die zelf kunnen voorzien in een dagprogramma ofwel voor wie de gebruikelijke begeleiding op het adres van het logeerverblijf (deels) geboden kan worden. Er is behoefte aan een plek die gelegenheid geeft om 'even op adem te komen'. Er is hierbij sprake van beperkte ondersteuning.

Deze vorm van logeeropvang kan worden ingezet bij alleenstaanden waarbij een kort verblijf in een andere omgeving noodzakelijk is om duurzaam in de eigen woning te kunnen blijven wonen.

Naar verwachting is deze variant met name van toepassing op cliënten die vanuit een intramurale setting zelfstandig zijn gaan wonen, ofwel om (langdurig) verblijf in een intramurale setting te voorkomen.

5. Gezinshuizen en pleegzorg

5.1 Gezinshuizen

Gezinshuizen zijn kleinschalige woonvormen met begeleiding waar één of meerdere jeugdigen (meestal 3 tot 6) tussen de 0 en 24 jaar opgenomen worden in het eigen gezin van de gezinshuisouder(s). Een gezinshuis is vaak een 'normaal' gezin in een normale wijk.

In het gezinshuis bieden gezinshuisouder(s) - op een professionele wijze - 24 uur per dag, 7 dagen in de week verzorging, opvoeding en begeleiding aan de jeugdigen. Zij worden daarin bijgestaan door een gedragswetenschapper en maatschappelijk werker. Minimaal één van de beide ouders ontvangt een salaris of vergoeding voor zijn/haar werk als gezinshuisouder.

De jeugdwet schrijft voor dat jeugdigen die (tijdelijk) niet meer thuis kunnen wonen bij voorkeur worden opgevangen in een vervangende gezinssituatie. Gezinshuizen voorzien in een waardevolle kleinschalige hulpverleningsvorm voor de jeugdige op het moment dat het voor jongeren niet mogelijk is om in een pleeggezin te wonen.

De regio onderscheidt drie vormen van gezinshuizen conform de definitie van NJI, gericht op wonen, crisis en behandeling:

- Gezinshuizen als opvoedvariant; jeugdigen wonen langdurig in het gezinshuis en ontvangen opvoeding en verzorging van de gezinshuisouders. Jeugdigen zullen niet (snel) terugkeren in de oorspronkelijke gezinssituatie. Doelstelling is het bieden van een stabiele opvoed- en gezinssituatie.
- Gezinshuizen als hulpvariant; kortdurende acute opvang, vaak in crisissituatie. Er is nog zicht op het herstellen van de oorspronkelijke gezinssituatie.
- Therapeutisch gezinshuis; gezinshuizen als behandelplek waarbij verzorging, opvoeding en behandeling wordt geleverd. De plaatsing is tijdelijk waarna jeugdige doorstroomt naar pleegzorg of terug naar huis.

De problematiek van jeugdigen is te zwaar voor pleegzorg en pleegouders zijn hier niet voor opgeleid. Ook kan het zo zijn dat een gezinshuis de enige mogelijkheid is om meerdere kinderen van een gezin bij elkaar op te vangen. Sommige kinderen hebben zware, meerdere en ingewikkelde problemen. Bijvoorbeeld door een traumatische gebeurtenis. Voor deze kinderen is het niet altijd mogelijk om in een pleeggezin te wonen.

Vorm	Hulpvraag gericht op:	Richtlijn duur	Cliëntprofiel
Gezinshuizen als opvoedvariant	Wonen	Langdurig; mogelijk tot 18 ^e jaar	Een gezinshuis biedt een langdurige en stabiele gezinsvervangende situatie voor kinderen die uit huis worden geplaatst en niet terecht kunnen in een (netwerk- of bestands-) pleeggezin.
Gezinshuizen als hulpvariant	Crisisplaatsing	Kortdurend	Jeugdigen bevinden zich in een kortdurende crisissituatie waarbij herstel van de oorspronkelijke gezinssituatie (of pleegzorg) mogelijk is.
Therapeutisch gezinshuis	Behandeling	0,5 tot 1,5 jaar	Jeugdigen met een behandelvraag die in een gezinsstructuur kunnen functioneren.

5.2 Pleegzorg

Pleegzorg is een vorm van zorg waarbij een jeugdige (tijdelijk) in een ander gezin gaat wonen. Dit kan zijn voor zeven dagen in de week, maar ook af en toe of alleen in het weekend of tijdens vakanties. Vaak duurt een pleegzorgplaatsing tot het 18^e jaar van de jeugdige. Regelmatig vindt dit plaats in het gedwongen kader en is de Gecertificeerde Instelling verwijzer.

Pleegzorg is vrijwilligerswerk. Pleegouders worden begeleid door de pleegzorgorganisatie maar zijn niet opgeleid als hulpverlener. Om die reden is het soms moeilijk om jeugdigen met complexe

problematiek in een pleeggezin te plaatsen, terwijl een plaatsing in een gezinsstructuur heel wenselijk kan zijn. In 2017 is de regio Midden-Holland gestart om samen met pleegzorgaanbieders zogenoemde PleegzorgPlus varianten te ontwikkelen. Door aanvullende begeleiding en/of behandeling op maat kan een jeugdige met complexe of zware problematiek soms toch in een pleeggezin blijven of gaan wonen. Richting 2018 en daarna worden deze diensten verder doorontwikkeld.

6. Behandeling Jeugdhulp (JenO/LVB)

6.1 Individuele behandeling

Deze dienst betreft individuele behandeling van een jeugdige met LVB problematiek of gedragsproblematiek, soms voortkomend uit de opvoedsituatie. Er is sprake van behandeling door een pedagogisch medewerker (HBO) met werkbegeleiding van een gedragswetenschapper/ psycholoog / orthopedagoog. Er kan handelingsgerichte diagnostiek plaatsvinden. Ouders hebben hulp nodig bij de opvoeding van hun kinderen. Dit gaat ook over behandeling aan ouders/ouderbegeleiding, in relatie tot de problematiek van de jeugdige.

Individuele behandeling is gericht onder andere op het aanleren van vaardigheden en het bewerkstellingen van een gedragsverandering bij de jeugdige of binnen het systeem van de jeugdige. Individuele behandeling vindt overwegend thuis of op school plaats (niet gekoppeld aan een stoel of bed) of tijdens residentiële zorg. Individuele behandeling kan ook ingezet worden na residentiële zorg of om residentiële opnamen te voorkomen of te verkorten.

6.2 Individuele behandeling - zwaar

Deze dienst betreft individuele behandeling van een jeugdige met LVB problematiek of complexe gedragsproblematiek, voortkomend uit de opvoedsituatie. Er is sprake van behandeling door een pedagogisch medewerker (HBO+) met werkbegeleiding van een gedragswetenschapper/ psycholoog/ orthopedagoog. Er kan handelingsgerichte diagnostiek plaatsvinden. Ouders hebben hulp nodig bij de opvoeding van hun kinderen. Dit gaat ook over behandeling aan ouders/ ouderbegeleiding, in relatie tot de problematiek van de jeugdige.

De individuele behandeling is gericht onder andere op het aanleren van vaardigheden en het bewerkstellingen van een gedragsverandering bij de jeugdige of binnen het systeem van de jeugdige. De behandeling vindt overwegend thuis of op school plaats (niet gekoppeld aan een stoel of bed) of tijdens residentiële zorg. Individuele behandeling kan ook ingezet worden na residentiële zorg of om residentiële opnamen te voorkomen of te verkorten.

Behandeling gericht op problemen die zijn ontstaan door opvoedingsproblematiek. De inzet van Individuele behandeling zwaar is gericht op:

- Herstel of voorkoming van verergering van gedragsproblemen.
- Het gedrag en het realiseren van een blijvende verbetering in het functioneren.
- Het systeem van het kind meenemen in de benodigde verandering.

De hulp kan ook gericht zijn op het verbeteren van de interactie binnen het gezin. Het gaat hierbij om gerichte professionele interventies.

6.3 Individuele behandeling gedragswetenschapper

Individuele behandeling door een gedragswetenschapper thuis, op school of op locatie van de aanbieder. Er is sprake van een professionele interventie gericht op gedragsverandering. Er kan sprake zijn van een stuk diagnostiek dat samen met de behandeling wordt geleverd.

De interventie wordt zoveel mogelijk ingezet thuis of op school (niet gekoppeld aan stoel of bed). In de behandeling nemen de aanbieders ook altijd het systeem van de jeugdige mee, waaronder de school (intern begeleider/zorgcoördinator en leerkracht).

6.4 Jeugdhulp Diagnostiek

Diagnostiek omvat alle ambulante activiteiten gericht op verduidelijking van de klachten en van de zorgvraag. Diagnostiek (door middel van observatie en/of diagnostisch onderzoek) is noodzakelijk als nog niet (helemaal) duidelijk is welke hulp er nodig is voor een jeugdige of als er behoefte is aan duidelijkheid over de te volgen aanpak. Diagnostiek kan worden uitgevoerd in combinatie met verblijf.

6.5 Ambulante crisishulp

In geval van een crisissituatie kan ambulante crisishulp worden ingezet zodat de jeugdige thuis kan blijven wonen. Er is sprake van intensieve inzet van een pedagogisch medewerker (HBO). Bij deze hulp is ook een gedragswetenschapper betrokken. Doel is het stabiliseren van de situatie. Onder ambulante crisishulp vallen diensten zoals ambulante spoedhulp (ASH) en Families First (FF). Deze dienst heeft een hoge onregelmatigheidstoeslag door veel werkuren 's avonds en in het weekend. Hiernaast zijn medewerkers voor het leveren van deze hulp aanvullend opgeleid.

De inzet van ambulante crisishulp vindt zo snel mogelijk, maar in ieder geval binnen 24 uur plaats. Ambulante crisishulp kan maximaal 6 weken worden ingezet.

6.6 Groepsbehandeling

Groepsbehandeling wordt geleverd op locatie van de aanbieder voor jeugdigen met ontwikkelings- en opgroei problemen en/of problemen in relatie tot hun beperking. Groepsbehandeling kan geleverd worden in de vorm van dagbehandeling, maar kan ook 's avonds plaatsvinden in de vorm van naschoolse behandeling.

Bij groepsbehandeling is er sprake van behandeling door een pedagogisch medewerker en vindt diagnostiek plaats door een gedragswetenschapper. Hiernaast wordt er waar nodig inzet gepleegd door verschillende professionals zoals logopedist, fysiotherapeut en diëtist.

Groepsbehandeling is onder andere gericht op het aanleren van vaardigheden, het omgaan met ontwikkelingsproblematiek en het bewerkstelligen van een gedragsverandering. Aanbieders nemen in hun behandeling ook altijd het systeem van de jeugdige mee. Onderdeel van groepsbehandeling is daarom ook de begeleiding aan ouders in de vorm van opvoedondersteuning. Bij complexe, eigen, problematiek bij de ouder wordt dit aanvullend vanuit de Wmo beschikt.

6.7 Groepsbehandeling Zwaar

Groepsbehandeling wordt geleverd op locatie van de aanbieder voor jeugdigen met ontwikkelings- en opgroei problemen en/of problemen in relatie tot hun beperking. Groepsbehandeling kan geleverd worden in de vorm van dagbehandeling, maar kan ook 's avonds plaatsvinden in de vorm van naschoolse behandeling.

Bij groepsbehandeling is er sprake van behandeling door een pedagogisch medewerker en vindt diagnostiek plaats door een gedragswetenschapper. Hiernaast wordt er waar nodig inzet gepleegd door verschillende professionals zoals logopedist, fysiotherapeut en diëtist.

Groepsbehandeling is onder andere gericht op het aanleren van vaardigheden, het omgaan met ontwikkelingsproblematiek en het bewerkstelligen van een gedragsverandering.

Aanbieders nemen in hun behandeling ook altijd het systeem van de jeugdige mee. Onderdeel van groepsbehandeling is daarom ook de begeleiding aan ouders in de vorm van opvoedondersteuning. Bij complexe, eigen, problematiek bij de ouder wordt dit aanvullend vanuit de Wmo beschikt.

6.8 Groepsbehandeling Kinderdagcentrum (KDC)

Dagbesteding KDC en Groepsbehandeling KDC worden geleverd op locatie van de aanbieder voor jeugdigen met ontwikkelings- en opgroei problemen en/of problemen in relatie tot hun beperking. Het gaat om kinderen die vanwege hun beperking een (gedeeltelijke) ontheffing van de leerplicht hebben. Er is hierbij sprake van gemengde groepen dagbesteding en dagbehandeling.

Dagbesteding KDC en Groepsbehandeling KDC zijn onder andere gericht op het aanleren van vaardigheden, stimuleren van een gedragsverandering of behandeling gericht op het systeem van de

jeugdige. Het gaat hierbij over het omgaan met medische en ontwikkelingsproblematiek. Deze (zeer) intensieve zorgbehoefte vraagt impliciet om het gebruik van hulpmiddelen (bijvoorbeeld bedboxen, therapiebaden, ligortheses en rolstoelen) en (indien nodig) extra inzet van verschillende professionals zoals logopedisten, fysiotherapie, arts, diëtist.

De jeugdigen die in aanmerking komen voor Dagbesteding KDC of Groepsbehandeling KDC zijn kinderen met een (ernstige) verstandelijke handicap en/of kinderen met een meervoudige handicap (inclusief eventuele gedragsproblematiek) in de leeftijd van 0 tot vaak 18.

Aanbieders nemen in hun behandeling en begeleiding ook altijd het systeem van de jeugdige mee. Onderdeel van de dienstverlening is daarom ook de begeleiding aan ouders met betrekking tot de ontwikkelingsproblematiek van de jeugdige. Bij complexe, eigen, problematiek bij (een van) de ouders wordt dit aanvullend vanuit Wmo beschikt.

6.9 Behandelgroep Verblijf

Deze dienst is een vorm van behandeling waarbij kinderen of jongeren tijdelijk dag en nacht buiten hun eigen omgeving verblijven. Daarbij kan sprake zijn van een verblijf van een aantal dagen per week tot de hele week. Hierbij worden alleen de daadwerkelijk gerealiseerde etmalen gedeclareerd. Het verblijf is gericht op de behandeling van specifieke (gedrags-)problemen, waarbij verblijf noodzakelijk is (bijvoorbeeld in verband met veiligheid). Bij behandelgroepen gaat het om verzorging, opvoeding, behandeling, veiligheid en aandacht voor en ontwikkeling van de jeugdige.

In een behandelgroep zijn altijd medewerkers op de groep aanwezig. Hiernaast wordt standaard groepsbehandeling geleverd aan de jeugdigen in de groep. Gemiddeld wordt in een behandelgroep 10 uur groepsbehandeling per week geleverd. Dit vindt vaak in de namiddag of avond plaats.

Naast groepsbehandeling die standaard wordt geleverd bij een behandelgroep vindt soms individuele behandeling en eventueel Individuele behandeling gedragswetenschapper plaats. Aangezien de intensiteit van deze individuele behandeling verschilt, wordt dit aanvullend beschikt.

Iedere jeugdige in een behandelgroep heeft een individuele 'mentor'. De inzet van deze mentor valt onder de dienst Behandelgroep verblijf en wordt niet gezien als aanvullende individuele behandeling. Leeftijd heeft in principe geen invloed op groepsaantallen.

De dienst Behandelgroep verblijf bestaat uit de volgende elementen:

- Bed, bad, brood;
- Toezicht;
- Begeleiding;
- Groepsbehandeling 10 uur per week.

6.10 Behandelgroep verblijf crisis

De behandelgroep crisis is voor kinderen die op het moment van de crisis niet bij anderen in de omgeving terecht kunnen. Er wordt zo snel mogelijk een plan van aanpak gemaakt, om de veiligheid in het gezin te herstellen en verergering van de situatie te voorkomen. Ook wordt Ambulante Spoedhulp ingezet en onderzocht wat nodig is voor veiligheid op lange termijn. Het kind gaat zo snel als mogelijk en zodra dat verantwoord is weer naar huis.

De regio vindt het belangrijk om zoveel mogelijk ambulante crisishulp in te zetten als alternatief voor residentiële crisisplaatsingen. De opdracht aan aanbieder(s) is dan ook eerst te kijken naar afgeschaalde vormen van crisiszorg, alvorens residentiële crisiszorg in te zetten. In geval van crisis vindt de plaatsing zo snel mogelijk maar in ieder geval binnen 24 uur plaats. Om het verkorten van een crisisplaatsing en terugplaatsen naar eigen gezin of netwerk te bevorderen, kan er gedurende de crisisplaatsing aanvullend op het verblijf Ambulante crisishulp worden ingezet.

Er kan sprake zijn van een verblijf van een aantal dagen per week tot de hele week. Hierbij worden alleen de daadwerkelijk gerealiseerde etmalen gedeclareerd.

In een behandelgroep zijn altijd medewerkers op de groep aanwezig. Hiernaast wordt standaard groepsbehandeling geleverd aan de jeugdigen in de groep. Gemiddeld wordt in een behandelgroep 10 uur groepsbehandeling per week geleverd. Dit vindt vaak in de namiddag of avond plaats.

6.11 Behandeling verblijf 3 Milieuvorziening (voorheen VF7/4LVG/5LVG)

Behandelgroep met orthopedagogisch klimaat. Een 3 Milieuvorziening is bedoeld voor kinderen en jongeren met de leeftijd van 6 tot en met 18 jaar met een licht verstandelijke beperking en zeer ernstige psychosociale, emotionele en gedragsproblemen. Deze jongeren hebben negatief gedrag ontwikkeld wat zich kan uiten in agressief of dreigend gedrag, woede- en paniekaanvallen, zelfverminking en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Zij hebben zeer intensieve begeleiding en ondersteuning nodig en moeten beschermd worden tegen zichzelf en hun omgeving. De 3 milieuvorziening bestaat uit een combinatie van onderwijs, behandeling en verblijf. Het gedrag van deze jongeren maakt intensief toezicht noodzakelijk.

Binnen de 3 milieuvorziening krijgen jongeren een zeer intensieve behandeling op locatie. Zeer intensief betekent dat het kind 24 uur per dag toezicht krijgt van de begeleiders en dat directe begeleiding beschikbaar is.

7. Ernstige Enkelvoudige Dyslexie (EED)

7.1 Behandeling Ernstige Enkelvoudige Dyslexie (EED)

Behandeling van ernstige enkelvoudige (= niet co-morbide) dyslexie als geclassificeerd volgens het DSM (Diagnostic and Statistical manual of mental disorders). De behandeling wordt uitgevoerd volgens het landelijk vastgestelde protocol "Dyslexie, Diagnostiek en behandeling 2.0". Een behandeling duurt maximaal 60 sessies van 45 á 50 minuten. Het uitvoeren van de eindevaluatie is expliciet onderdeel van de behandeling.

Regiebehandelaar kan zijn:

- (Kinder- en Jeugd) Psychiater;
- (Kinder- en Jeugd) Psychotherapeut;
- Klinisch (ontwikkelings-) psycholoog (ook klinisch neuropsycholoog);
- De GZ-psycholoog;
- K&J-psycholoog NIP;
- Orthopedagoog generalist NVO.

Medebehandelaars

Medebehandelaars dienen ten minste een academische opleiding op het gebied van psychologie, (ortho)pedagogiek of onderwijswetenschappen te hebben afgerond, of een hbo opleiding logopedie.

7.2 Diagnostiek Ernstige Enkelvoudige Dyslexie (EED)

Dit omvat alle activiteiten gericht op verduidelijking van de (oorzaak van) klachten en van de zorgvraag. Hierbij wordt het landelijk vastgestelde protocol "Dyslexie, Diagnostiek en behandeling 2.0" gevolgd. Het gaat om:

- Signalerende diagnostiek;
- Verklarende diagnostiek;
- Indicerende diagnostiek.

Het uitvoeren van de screening (de zogenaamde pre-test) wordt door de aanbieder vooraf aan de diagnostiek uitgevoerd. Een diagnose wordt vervolgens gesteld binnen maximaal 15 sessies van 45 á 50 minuten.

Regiebehandelaar kan zijn:

- (Kinder- en Jeugd) Psychiater;
- (Kinder- en Jeugd) Psychotherapeut;
- Klinisch (ontwikkelings-) psycholoog (ook klinisch neuropsycholoog);
- De GZ-psycholoog;
- K&J-psycholoog NIP;

- Orthopedagoog generalist NVO.

Medebehandelaars

Medebehandelaars dienen ten minste een academische opleiding op het gebied van psychologie, (ortho)pedagogiek of onderwijswetenschappen te hebben afgerond, of een HBO-opleiding logopedie.

8. Basis GGZ

8.1 Generalistische Basis GGZ

De Generalistische Basis GGZ is gericht op diagnostiek en behandelen van lichte tot ernstige, niet- tot complexe psychische problemen of stabiele chronische problematiek. De in te zetten hulp is doelmatig en zo eenvoudig als mogelijk en niet meer kostbaar dan nodig om het behandeldoel te bereiken.

De behandeling is gebaseerd op een protocollaire behandelaanpak die in maximaal gemiddeld 18 behandelingen aangewezen is conform multidisciplinaire richtlijnen voor betreffende stoornis. De behandeling vindt grotendeels monodisciplinair plaats.

Voor de generalistische basis-ggz zijn de volgende vier integrale prestaties van toepassing:

1. 51A00 generalistische basis-ggz Kort;
2. 51A01 generalistische basis-ggz Middel;
3. 51A03 generalistische basis-ggz Intensief;
4. 51A05 generalistische basis-ggz Intensief Plus.

De prestaties bestaan in beginsel uit de volgende behandelcomponenten:

- Intake, diagnostiek, ROM en verslaglegging;
- Aanvullende psychodiagnostiek;
- Maatwerkcombinatie van:
 - Face-to-face behandeling;
 - E-health behandeling;
 - Gespecialiseerde behandeling.

Het is aan de zorgaanbieder om binnen het behandeltraject een passend zorgaanbod te organiseren.

- Consultatie.

Een behandeltraject begint met intake en diagnostiek waarna de patiënt op basis van zijn individuele zorgvraagzwaarte ingedeeld wordt in een van de vier integrale producten.

Het behandeltraject wordt afgesloten als de behandeling van de patiënt is afgerond.

Elk van de producten omvat het geheel van de behandelcomponenten voor een categorie patiënten passend bij de vier patiëntprofielen.

Het gemiddeld aantal behandelingen (cliëntgebonden tijd) voor de prestaties omvat:

- 51A00 generalistische basis-ggz Kort: 5;
- 51A01 generalistische basis-ggz Middel: 8;
- 51A03 generalistische basis-ggz Intensief: 12 – 13;
- 51A05 generalistische basis-ggz Intensief Plus: 18.

8.2 Generalistische Basis-GGZ Kort

Zie 8.1 'Generalistische Basis-ggz'.

- Er is sprake van een DSM-5 stoornis of een via de DC: 0-3R (Diagnostische Classificatie van Psychische en Ontwikkelingsstoornissen op Zuigelingenleeftijd en Vroege Kinderleeftijd) te classificeren probleem;
- De gemiddelde zorgvraagzwaarte betreft problematiek van lichte ernst.

- Er is sprake van relatief weinig kernsymptomen maar dit is wel voldoende om een diagnose te stellen. De impact van de klachten op het dagelijks functioneren is beperkt, de cliënt ervaart een zekere belemmering in het dagelijks functioneren;
- Er is sprake van een laag risico.
- Er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten en symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar voor ernstige verwaarlozing, decompensatie, suïcide, geweld of automutilatie;
- Er is sprake van een enkelvoudig beeld tot lage complexiteit.
- Er kan weliswaar sprake zijn van comorbiditeit of problematiek ten aanzien van persoonlijkheid, zwakzinnigheid, somatische factoren of psychosociale en omgevingsfactoren, maar deze interfereert niet met de behandeling van de hoofddiagnose;
- Er zijn aanhoudende/persisterende klachten. Eerdere interventies hebben onvoldoende effect bewerkstelligd;
- Er is sprake van een stabiele gezinscontext, zodat ouders de behandeling goed kunnen ondersteunen en interventies thuis kunnen worden overgenomen. Ouders ervaren naast de aanmeldklachten geen verdere opvoedproblemen. Er zijn geen verdere stressoren binnen het gezin die om bredere ondersteuning van het gezin vragen.

8.3 Generalistische Basis-GGZ Middel

Zie 8.1 'Generalistische basis-ggz'.

- Er is sprake van een DSM-5 stoornis of een via de DC: 0-3R (Diagnostische Classificatie van Psychische en Ontwikkelingsstoornissen op Zuigelingenleeftijd en Vroege Kinderleeftijd) te classificeren probleem;
- De gemiddelde zorgvraagzwaarte betreft problematiek van matige ernst.
- De kernsymptomen behorend bij het ziektebeeld zijn aanwezig en er is sprake van waarneembare beperkingen in het dagelijks functioneren;
- Er is sprake van een laag tot matig risico.
- Er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten en symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar voor ernstige verwaarlozing, decompensatie, suïcide, geweld of automutilatie. Is er wel sprake van een latent gevaarsrisico dan staan daar beschermende factoren tegenover zoals: adequate coping, structurele dagvulling, en een steunsysteem waarop men dagelijks kan terugvallen voor toezicht, zorg, praktische en emotionele steun;
- Er is sprake van een enkelvoudig beeld tot lage complexiteit.
- Er kan weliswaar sprake zijn van comorbiditeit of problematiek ten aanzien van persoonlijkheid, zwakzinnigheid, somatische factoren of psychosociale en omgevingsfactoren, maar deze interfereert niet met de behandeling van de hoofddiagnose;
- Er is sprake van een stabiele gezinscontext, zodat ouders de behandeling goed kunnen ondersteunen en interventies thuis kunnen worden overgenomen. Ouders ervaren naast de aanmeldklachten geen verdere opvoedproblemen. Er zijn geen verdere stressoren binnen het gezin die om bredere ondersteuning van het gezin vragen;
- De duur van de klachten beantwoordt aan de criteria uit de DSM richtlijn voor het betreffende ziektebeeld.

8.4 Generalistische Basis-GGZ Intensief

Zie 8.1 'Generalistische basis-ggz'.

- Er is sprake van een DSM-5 stoornis of een via de DC: 0-3R (Diagnostische Classificatie van Psychische en Ontwikkelingsstoornissen op Zuigelingenleeftijd en Vroege Kinderleeftijd) te classificeren probleem;
- De gemiddelde zorgvraagzwaarte betreft ernstige problematiek.
- De meeste symptomen behorend bij het ziektebeeld zijn aanwezig. Er is sprake van uitval en/of substantiële beperkingen in het dagelijks functioneren;
- Er is sprake van een laag tot matig risico.

- Er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten en symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar voor ernstige verwaarlozing, decompensatie, suïcide, geweld of automutilatie. Er is wel sprake van een latent gevaarsrisico dan staan daar beschermende factoren tegenover zoals: adequate coping, structurele dagvulling, en een steunsysteem waarop men dagelijks kan terugvallen voor toezicht, zorg, praktische en emotionele steun;
- Er is sprake van een enkelvoudig beeld tot lage complexiteit.
- Er kan weliswaar sprake zijn van comorbiditeit of problematiek ten aanzien van persoonlijkheid, zwakzinnigheid, somatische factoren of psychosociale en omgevingsfactoren, maar deze interfereert niet met de behandeling van de hoofddiagnose;
- Er is sprake van een stabiele gezinscontext, zodat ouders de behandeling goed kunnen ondersteunen en interventies thuis kunnen worden overgenomen. Ouders ervaren naast de aanmeldklachten geen verdere opvoedproblemen. Er zijn geen verdere stressoren binnen het gezin die om bredere ondersteuning van het gezin vragen.
- De duur van de klachten beantwoordt aan de criteria uit de DSM richtlijn voor het betreffende ziektebeeld.
- Binnen dit product valt specifiek diagnose en behandeling van enkelvoudige ADHD met mogelijkheid tot consult KJP indien de aanbieder zich heeft aangesloten bij het project.

8.5 Generalistische Basis-GGZ Intensief Plus

Zie 8.1 'Generalistische basis-ggz'.

- Er is sprake van een DSM-5 stoornis of een via de DC: 0-3R (Diagnostische Classificatie van Psychische en Ontwikkelingsstoornissen op Zuigelingenleeftijd en Vroege Kinderleeftijd) te classificeren probleem;
- De gemiddelde zorgvraagzwaarte betreft ernstige problematiek.
- De meeste symptomen behorend bij het ziektebeeld zijn aanwezig. Er is sprake van uitval en/of substantiële beperkingen in het dagelijks functioneren;
- Er is sprake van een matig risico.
- Is er sprake van een latent gevaarsrisico dan staan daar beschermende factoren tegenover zoals: adequate coping, structurele dagvulling, en een steunsysteem waarop men dagelijks kan terugvallen voor toezicht, zorg, praktische en emotionele steun;
- Er is sprake van een hoge complexiteit;
- Binnen de problematiek draagt behandeling van een geïsoleerd probleem/hulpvraag ertoe bij de zelfredzaamheid van de jeugdige op korte termijn te versterken;
- De duur van de klachten beantwoordt aan de criteria uit de DSM richtlijn voor het betreffende ziektebeeld;
- Behandelaren hebben expertise van en ervaring met de behandeling van SGGZ-problematiek.;
- Bij de zorg kan onder meer gedacht worden aan:
 - Ambulante interventies voor As-1 problematiek;
 - ADHD matig, ernstig;
 - Angststoornis matig, ernstig;
 - ASS;
 - Depressie matig.
 Deze zorglijst met geprotocolleerde behandelingen zal uitgewerkt worden in samenspraak met aanbieders.
- Indien noodzakelijk kan een consult bij de (kinder- en Jeugd-) psychiater worden ingezet tijdens de behandeling.

Generalistische basis-ggz Intensief Plus betreft een product dat nog niet is uitontwikkeld. Met de introductie ervan willen de gemeenten in Midden-Holland het mogelijk maken dat een behandeling van bepaalde cliënten die qua zorgzwaarteprofiel in de jeugd GGZ behandeling specialistisch vallen

(voorheen SGGZ) nu toch effectief en doelmatig behandeld kunnen worden in de BGGZ. Daarmee kan hulp zoveel mogelijk in de normale leefomgeving van het kind of jongere worden geboden. De behandeling is gebaseerd op een protocollaire behandelaanpak die in gemiddeld 18 behandelingen aangewezen is conform multidisciplinaire richtlijnen voor betreffende stoornis. De behandeling vindt grotendeels monodisciplinair plaats.

Generalistische basis-ggz Intensief Plus heeft de status van een pilot en wordt vooralsnog ingekocht voor een jaar. Zorgaanbieders die afspraken maken voor Generalistische basis-ggz Intensief Plus verklaren zich bereid hun medewerking te verlenen aan verdere uitwerking van dit product, onder meer door op verzoek aan de gemeenten / het NSDMH inzicht te geven in de geprotocolleerde behandelingen die binnen dit traject geboden (kunnen) worden.

8.6 Generalistische Basis-GGZ Onvolledig Behandeltraject

Zie 8.1 'Generalistische basis-ggz'.

De behandelaar dient deze prestatie in rekening te brengen in drie situaties:

- De verwijzer verwijst de patiënt naar een behandelaar in de generalistische basis-ggz, maar de behandelaar stelt geen DSM-stoornis vast.
- Er wordt vroegtijdig (behandelinzet van maximaal 120 minuten directe en indirecte patiëntgebonden tijd) geconcludeerd dat de patiënt behandeld dient te worden in de gespecialiseerde ggz.
- Vroegtijdig (behandelinzet van maximaal 120 minuten directe en indirecte patiëntgebonden tijd) wordt de behandeling door de patiënt en/of behandelaar afgebroken (bijvoorbeeld omdat de patiënt een andere behandelaar prefereert).

9. Specialistische GGZ

9.1 Behandeling specialistisch

Multidisciplinaire GGZ behandeling op grond van een DSM 5 -benoemde stoornis conform professionele standaarden die binnen de sector gebruikelijk zijn.

De behandeling omvat ook de diagnostiek benodigd om kwaliteit en effectiviteit van de opvolgende stappen in de behandeling te kunnen bepalen.

Een behandeltraject begint met intake en diagnostiek. Het behandeltraject wordt afgesloten als de behandeling van de patiënt eindigt en/of overdracht van behandeling mogelijk is.

Regiebehandelaar kan zijn:

- (Kinder- en Jeugd) Psychiater;
- (kinder- en Jeugd) Psychotherapeut;
- Klinisch (ontwikkelings-) psycholoog (ook klinisch neuropsycholoog);
- De GZ-psycholoog kan tevens regiebehandelaar zijn als diagnose en behandelplan minimaal tweemaal per behandeltraject en zo vaak als nodig in een multidisciplinair overleg besproken en vastgesteld worden, waarbij een psychiater, klinisch psycholoog of een psychotherapeut aanwezig is.

De Regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor het vaststellen van het behandelingsplan, voor de integrale behandeling van de jeugdige en voor de vastlegging van de daadwerkelijk verleende zorg.

De aanbieder kan aantoonbaar maken dat vanuit het perspectief van de cliënt en eventuele andere betrokken hulpverleners rond de cliënt en het netwerk de volgende elementen worden benadrukt:

- Bij de intake legt de zorgaanbieder vast wie verantwoordelijk is voor de patiënt/cliënt en wie als aanspreekpunt fungeert in de periode tussen de intake en aanvang van de behandeling. Dit aanspreekpunt is in deze fase dan de regiebehandelaar.
- De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het (doen) vaststellen van de diagnose waarbij de patiënt/cliënt ook daadwerkelijk is (mede)beoordeeld door de regiebehandelaar via direct contact met de patiënt/cliënt.

- De regiebehandelaar stelt het behandelplan vast, nadat instemming van de patiënt/cliënt is verkregen op basis van het voorgestelde behandelplan.
- De regiebehandelaar evalueert periodiek en tijdig met de patiënt/cliënt en eventueel zijn naasten op basis van gelijkwaardigheid de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling.
- De regiebehandelaar bespreekt met de patiënt/cliënt en eventueel zijn naasten de resultaten van de behandeling en de mogelijke vervolgstappen.
- Mocht de patiënt/cliënt niet direct na diagnostiek in behandeling worden genomen, dan is de regiebehandelaar van de diagnostiekfase de eerstverantwoordelijke voor de zorg van de patiënt/cliënt.

Medebehandelaars zijn bevoegd en bekwaam om een zelfstandige rol in het behandelproces uit te voeren.

9.2 Behandeling Hoog-Specialistisch

GGZ behandeling op grond van een DSM 5-benoemde stoornis conform professionele standaarden die binnen de sector gebruikelijk zijn voor patiënten met complexe problematiek zoals blijkt uit:

- Een hoge mate van ernst en/of comorbiditeit en/of complicaties zoals wordt vastgesteld in de tweede lijn, en/of;
- Onvoldoende respons op gespecialiseerde behandeling in de tweede lijn;
- Zeldzame (combinaties van) aandoeningen waarvoor de richtlijnen nog geen soelaas bieden en/of;
- Problemen die complexe interventies of kennis vereisen.

De behandeling omvat ook de diagnostiek benodigd om kwaliteit en effectiviteit van de opvolgende stappen in de behandeling te kunnen bepalen.

Bij Behandeling Hoog-Specialistisch ligt binnen de functiemix het zwaartepunt bij de inzet van professionals met een opleiding op WO-niveau. De medisch specialist wordt voor een groter gedeelte van de behandelijd betrokken dan bij Behandeling Specialistisch het geval is.

Behandeling Hoog-Specialistisch wordt geboden door een aanbieder die voor deze afdeling specifiek is verbonden aan een academisch centrum en/of beschikt over het TOPGGz keurmerk van de Stichting Topklinische GGz.

Deze voorwaarde geldt niet voor hoog-specialistische forensische jeugd-GGz. Daarvoor geldt de voorwaarde dat de aanbieder deze forensische zorg middels een geaccrediteerde methodiek/evidence based biedt.

De aanbieder past systematische periodieke effect-evaluaties toe om inzicht te verkrijgen in de behandelresultaten (effectmeting) en stelt die op verzoek beschikbaar aan gemeenten.

De aanbieder levert regionaal een aantoonbare bijdrage aan kennisverspreiding over de patiëntengroep waarin hij is gespecialiseerd en is m.b.t. zijn specifieke deskundigheid beschikbaar voor consultatie door regionale aanbieders en sociaal teams.

Regiebehandelaar kan zijn:

- (kinder- en jeugd) Psychiater;
- (kinder- en jeugd) Psychotherapeut;
- Klinisch (ontwikkelings-) psycholoog (ook klinisch neuropsycholoog);
- De GZ-psycholoog kan tevens regiebehandelaar zijn als diagnose en behandelplan minimaal tweemaal per behandeltraject en zo vaak als nodig in een multidisciplinair overleg besproken en vastgesteld worden, waarbij een psychiater, klinisch psycholoog of een psychotherapeut aanwezig is.

De Regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor het vaststellen van het behandelingsplan, voor de integrale behandeling van de jeugdige en voor de vastlegging van de daadwerkelijk verleende zorg.

De aanbieder kan aantoonbaar maken dat vanuit het perspectief van de cliënt en eventuele andere betrokken hulpverleners rond de cliënt en het netwerk de volgende elementen worden benadrukt:

- Bij de intake legt de zorgaanbieder vast wie verantwoordelijk is voor de patiënt/cliënt en wie als aanspreekpunt fungeert in de periode tussen de intake en aanvang van de behandeling. Dit aanspreekpunt is in deze fase dan de regiebehandelaar.
- De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het (doen) vaststellen van de diagnose waarbij de patiënt/cliënt ook daadwerkelijk is (mede)beoordeeld door de regiebehandelaar via direct contact met de patiënt/cliënt.
- De regiebehandelaar stelt het behandelplan vast, nadat instemming van de patiënt/cliënt is verkregen op basis van het voorgestelde behandelplan.
- De regiebehandelaar evalueert periodiek en tijdig met de patiënt/cliënt en eventueel zijn naasten op basis van gelijkwaardigheid de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling.
- De regiebehandelaar bespreekt met de patiënt/cliënt en eventueel zijn naasten de resultaten van de behandeling en de mogelijke vervolgstappen.
- Mocht de patiënt/cliënt niet direct na diagnostiek in behandeling worden genomen, dan is de regiebehandelaar van de diagnostiekfase de eerstverantwoordelijke voor de zorg van de patiënt/cliënt.

Medebehandelaars zijn bevoegd en bekwaam om een zelfstandige rol in het behandelproces uit te voeren.

9.3 Consultatie

Het op verzoek van andere zorgaanbieders van jeugdhulp adviseren t.a.v.:

- Nadere diagnostiek naar psychiatrische stoornissen;
- Behandeling bij reeds vastgestelde psychiatrische stoornissen;
- Wel of niet inzetten van medicatie bij behandeling.

Indicaties voor consultatie en advies:

- Complexe diagnostiek;
- Bijkomende ernstige psychosociale problematiek;
- Co morbiditeit;
- Suïcidaliteit;
- Automutilatie;
- Medicatie;
- Psychotische symptomen;
- Vermoeden van bijkomende somatische problemen.

Consultatie en advies kan worden geboden door:

- (Kinder- en Jeugd-) Psychiater.

Het product Consultatie kan worden gedeclareerd bij een behandeladvies aan een behandelaar buiten de eigen voorziening. De patiënt/cliënt hoeft daarbij niet (altijd) te worden gezien.

Het product kan worden gedeclareerd ten behoeve van consultatie aan aanbieders Basis GGZ die participeren in het project ADHD of behandeling bieden in de vorm van het traject Intensief Plus.

9.4 Diagnostiek

Dit omvat alle activiteiten gericht op verduidelijking van de klachten en van de zorgvraag.

De volgende activiteiten zijn te onderscheiden:

- Intake/screening: alle (gespreks)activiteiten gericht op verduidelijking van de klachten en van de zorgvraag.
- Verwerven informatie van eerdere behandelaars.
- Anamnese: het verzamelen van alle noodzakelijke diagnostische informatie bij de patiënt middels gesprekken en vragenlijsten.
- Hetero-anamnese: het verzamelen van alle noodzakelijke diagnostische informatie bij de partner, familie of andere relaties van de patiënt middels gesprekken en vragenlijsten.
- Psychiatrisch onderzoek.
- Psychodiagnostisch onderzoek (intelligentie, neuropsychologisch, persoonlijkheid).
- Orthodidactisch onderzoek.
- Vaktherapeutisch onderzoek.
- Contextueel onderzoek (gezin, school, et cetera): inschatten van de invloed/beperkingen/mogelijkheden van gezin, school of andere voor het kind/de jeugdige betekenisvolle milieus.
- Lichamelijk onderzoek.
- Aanvullend onderzoek (laboratorium, radiologie, klinische neurofysiologie, nucleaire geneeskunde). De behandelaar registreert de patiëntgebonden tijd die hij besteedt aan het aanvragen en (laten) uitvoeren van aanvullend onderzoek.
- Advisering: diagnostische bevindingen en beleidsadvies bespreken met betrokkenen en in gezamenlijkheid bepalen van het verdere beleid.
- Overige diagnostische activiteiten.

Regiebehandelaar kan zijn

- (Kinder- en Jeugd) Psychiater;
- (Kinder- en Jeugd) Psychotherapeut;
- Klinisch (ontwikkelings-) psycholoog (ook klinisch neuropsycholoog).

De dienst Jeugd-GGZ Diagnostiek kan enkel worden verleend door een aanbieder die voldoet aan de voorwaarden voor het bieden van Behandeling Specialistisch.

De dienst Jeugd-GGZ Diagnostiek kan separaat worden gefactureerd in de volgende situaties:

- De aanbieder wordt vanwege zijn specifieke expertise verzocht om de diagnose te stellen. De feitelijke behandeling wordt geboden door een andere aanbieder;
- De aanbieder constateert tijdens het diagnose-traject dat hij niet de passende behandeling kan bieden omdat die zijn expertise overstijgt, en draagt de patiënt voor behandeling over aan een andere aanbieder.

De Regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor het vaststellen van de diagnose en de vastlegging van het behandeladvies.

9.5 Beschikbaarheidscomponent voor 24-uurs crisiszorg

De beschikbaarheidscomponent voor 24 uren crisiszorg vergoedt de kosten voor de beschikbaarheidsfunctie en de salaristoelagen voor de behandelaar buiten kantooruren. Het tarief maakt geen onderscheid tussen crisiszorg binnen of buiten kantooruren.

Er is sprake van (een van) de volgende activiteiten:

- Crisiscontact binnen kantooruren;
- Crisiscontact buiten kantooruren;
- Intake en screening crisisinterventie;
- Psychiatrisch onderzoek crisisinterventie;
- Farmacotherapie crisisinterventie;
- Steunend en structurerend crisiscontact.

De verrichting mag één keer per crisisopname of -behandeling geregistreerd worden bij levering van (een van) de volgende producten:

- 54016 Jeugd-ggz Crisis Behandeling;
- 54017 Jeugd-ggz Crisis Verblijf.

Opdrachtnemer kan bereikbaarheid en beschikbaarheid vormgeven door afspraken met of inzet van andere organisaties.

9.6 Crisis Behandeling

GGZ behandeling conform professionele standaarden die binnen de sector gebruikelijk zijn voor patiënten die zich op grond van problematiek met een psychiatrische grondslag in een alarmerende situatie bevinden waarin er gevaar dreigt voor de patiënt zelf en/of diens omgeving.

Het gaat daarbij om nieuwe, niet- ingeschreven patiënten, die niet onder behandeling zijn bij een GGZ-instelling.

Op de dag van aanmelding vindt psychiatrische beoordeling plaats door psychiater en SPV.

Indien er geen indicatie is voor klinische opname op vrijwillige basis/ dan wel in gedwongen kader dan volgt intensieve poliklinische behandeling (dagelijks of hoogfrequent contact met patiënt en familie) gericht op stabilisatie, monitoren van risicovolle symptomen en gedrag en nadere diagnostiek, dan wel start behandeling (psychotherapeutisch/medicamenteus) van vastgestelde psychiatrische stoornis.

Crisisbehandeling voor patiënten die wel ingeschreven zijn bij een GGZ-instelling en in crisis komen, wordt geleverd door de eigen behandelaar samen met de psychiater van de betreffende instelling.

9.7 Crisis Behandeling bij Verblijf

Verblijfszorg bedoeld voor een jeugdige die zich op grond van problematiek met een psychiatrische grondslag in een acuut onveilige situatie bevindt waarin er gevaar dreigt voor de patiënt zelf en/of diens omgeving. De acute situatie maakt direct ingrijpen noodzakelijk teneinde direct gevaar voor de persoon of de omgeving af te wenden. Het is niet mogelijk de patiënt op reguliere wijze te behandelen. Het gaat daarbij om nieuwe, niet- ingeschreven patiënten, die niet onder behandeling zijn bij een GGZ-instelling.

Aanbieders met wie afspraken worden gemaakt voor de Diensten Verblijf (54005 en 54006) dienen in geval van crisis opnames te accepteren.

Plaatsing in geval van Verblijf bij crisis dient, nadat daartoe is gevraagd, zo snel mogelijk maar in ieder geval binnen 24 uur plaats te vinden.

9.8 Verblijf licht

Verblijfszorg bedoeld voor ggz-patiënten met een intensieve verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de noodzakelijke behandeling te kunnen bieden.

De nadruk ligt op het bieden van structuur. Als gevolg van de wisselende zelfredzaamheid is permanente begeleiding en permanent (opvoedkundig) toezicht noodzakelijk. De patiënt verblijft meestal tijdens de gehele duur van de behandeling in de kliniek. In het kader van het behandelplan is het mogelijk dat hij tijdens de verblijfsperiode enkele dagen naar huis gaat en geen gebruik maakt van de verblijfsfaciliteiten.

Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn op een groot gedeelte van de jeugdigen van toepassing. Patiënten verblijven voor een belangrijk deel in een gesloten setting, beschermend en beveiligd, waarbij het grootste deel van de jeugdigen zich niet aan het toezicht kan onttrekken.

9.9 Verblijf zwaar

Verblijfszorg bedoeld voor ggz patiënten met een zeer intensieve verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de noodzakelijke behandeling te kunnen bieden.

De nadruk ligt op het bieden van structuur. Als gevolg van forse beperkingen in de zelfredzaamheid is er volledige overname van zorg en permanent toezicht noodzakelijk. In het algemeen is sprake van intensieve begeleiding met continu (opvoedkundig) toezicht. De patiënt verblijft doorgaans tijdens de gehele duur van de behandeling in de kliniek.

Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn op een groot gedeelte van de jeugdigen van toepassing. Het betreft een gesloten setting, zwaarbeveiligd, waarbij het grootste deel van de jeugdigen de setting niet mag verlaten en waarbij het grootste deel van de jeugdigen zich niet aan het toezicht kan onttrekken.

9.10 Verblijf Zonder Overnachting (VZO)

Bij deze patiëntengroep is een klinisch verblijf met overnachting niet, maar voortgezette intensieve psychiatrische behandeling in de instelling wel noodzakelijk. Tijdelijk worden meerdere behandelingen gedurende de dag aangeboden waarbij spreiding over de dag noodzakelijk is.

Vanwege de intensiteit van deze medisch noodzakelijke behandelmomenten is aanvullende begeleiding noodzakelijk om het verhoogde risico op ontregeling te beperken, dan wel adequate maatregelen te nemen zodat de psychiatrische behandeling en de stabilisatie van psychische functies succesvol kunnen verlopen.

De psychiatrische stoornis heeft de sociale redzaamheid en dagritme ontregeld en begeleide dagstructuur is voorwaarde voor een succesvolle psychiatrische behandeling en stabilisatie van psychische functies. Het risico van terugval naar verblijf met overnachting is aanwezig.

Als onderdeel van het behandelplan is naast behandeling ook begeleiding noodzakelijk ten aanzien van cognitieve/psychische functies. Dit speelt met name bij herstel van de zelfzorg, concentratie, geheugen en denken, motivatie en het psychosociaal welbevinden.

10. Curatieve GGZ-zorg door kinderartsen

Medisch-specialistische zorg door kinderartsen bestaande uit diagnostiek en/of behandeling van psychiatrische stoornissen (overwegend ADHD) waarbij (mogelijk) een combinatie van somatische en psychische problematiek een rol speelt.

Diagnostiek vindt multidisciplinair plaats; naast de kinderarts is onder meer ook een gespecialiseerde kinder- en jeugdpsycholoog betrokken.

De kinderarts die de diagnostiek en/of behandeling uitvoert heeft aantoonbaar ADHD als aandachtsveld (wat onder meer blijkt uit specifieke nascholing op het gebied van ADHD en de ervaring c.q. het aantal kinderen met ADHD en psychische stoornissen die de kinderarts gemiddeld per jaar behandelt).

De behandeling van kinderen met ADHD door kinderartsen richt zich op de volgende doelen:

- Informatieverschaffing en psycho-educatie, zoveel mogelijk in samenwerking met dan wel uitgevoerd door het sociale team / lokale voorveld.
- Bestrijden of reduceren van de symptomen en belastende factoren.
- Optimale behandeling van eventuele co morbiditeit met specifieke aandacht voor somatische stoornissen.
- Beperken van de gevolgen van het ziektebeeld.
- Verbeteren/herstellen van het sociale functioneren.

De individuele behandeling wordt zoveel mogelijk ingezet thuis of op school (niet gekoppeld aan stoel of bed). In de behandeling nemen de aanbieders ook altijd het systeem van de jeugdige mee, waaronder de school (Intern Begeleider / zorgcoördinator en leerkracht).

Hoofdbehandelaar (ten aanzien van diagnostiek en medicamenteuze behandeling) kan zijn

- Kinderarts;
- (Kinder- en Jeugd) Psychiater.

Regiebehandelaar (ten aanzien van psychologische behandeling) kan zijn:

- (Kinder- en Jeugd) Psychiater;
- Klinisch (ontwikkelings-) psycholoog;
- Klinisch neuropsycholoog;
- (Kinder- en Jeugd) Psychotherapeut;
- GZ- psycholoog (jeugd);
- Orthopedagoog generalist NVO;
- Kinder- en jeugdpsycholoog NIP.

Voor curatieve GGZ-zorg door kinderartsen zijn de volgende twee producten van toepassing:

1. Intake, Anamnese, Diagnostiek en Behandelplan.
2. Medicamenteuze behandeling

10.1 Intake, Anamnese, Diagnostiek en Behandeladvies

Zie 10. 'Curatieve GGZ-zorg door kinderartsen'.

Dit omvat alle activiteiten gericht op verduidelijking van de klachten en van de zorgvraag, leidend tot een behandeladvies.

De volgende activiteiten kunnen worden onderscheiden:

- Intake/screening: alle (gespreks)activiteiten gericht op verduidelijking van de klachten en van de zorgvraag.
- Verwerven informatie van eerdere behandelaars.
- Anamnese: het verzamelen van alle noodzakelijke diagnostische informatie bij de patiënt middels gesprekken en vragenlijsten.
- Hetero-anamnese: het verzamelen van alle noodzakelijke diagnostische informatie bij de familie, school of andere relaties van de patiënt, middels gesprekken en vragenlijsten.
- Psychiatrisch onderzoek.
- Psychodiagnostisch onderzoek (zoals: intelligentie, neuropsychologisch, persoonlijkheid).
- Orthodidactisch onderzoek.
- Vaktherapeutisch onderzoek.
- Contextueel onderzoek (gezin, school, et cetera): inschatten van de invloed/beperkingen/mogelijkheden van gezin, school of andere voor het kind/de jeugdige betekenisvolle milieus.
- Lichamelijk onderzoek.
- Gesprek met cliënt en ouders over eventuele diagnosestelling en uitslag onderzoek en behandelplan en afspraken voor eventueel in te zetten zorg en/of medicatie.
- Psycho-educatie.

10.2 Medicamenteuze behandeling

Zie 10. 'Curatieve GGZ-zorg door kinderartsen'.

Medicamenteuze GGZ behandeling conform professionele standaarden die binnen de sector gebruikelijk zijn.

10.3 Eenmalig consult voor medicatieadvies / medicatiebijstelling

De patiënt wordt door de kinderarts stabiel ingesteld op medicatie en terugverwezen naar de huisarts. Het kan in situaties voorkomen (bijv. overgang van basisonderwijs naar middelbaar onderwijs) dat de

huisarts de kinderarts voor medicatieadvies / medicatiebijstelling wenst te consulteren. In die gevallen kan de huisarts voor een eenmalig consult de kinderarts consulteren.