

Inhoud

ALGEMENE OPMERKINGEN	1
Normaliseren	2
Integraliteit	2
Evidence based	3
Wijze van bekostiging	4
BESCHRIJVINGEN PERSPECTIEVEN AAN DE HAND VAN LEVENSDOMEINEN.....	6
2a. Thuis.....	6
2b. Daginvulling	6
2c. Vrije tijd	7
Behandeling	8
Dagbehandeling Medisch Kinderdagverblijf MKD én Kinderdagcentra KDC.....	14
Dyslexie Diagnose	17
Dyslexie Behandeling.....	19
Regie	21
Consultatie.....	23

Algemene opmerkingen

Deze arrangementenbeschrijving geeft weer wat de gecontracteerde partij levert aan zorg per perspectief en arrangement. In dit hoofdstuk wordt de scope toegelicht en algemene zaken die de gecontracteerde partij levert bij al deze arrangementen.

Scope

Deze arrangementbeschrijving gaat in op de arrangementen die de basisaanbieders en ontwikkelaanbieders gaan leveren op het gebied van ambulante jeugdhulpverlening.

Voor het jaar 2023 betreft dit ook de aanvullende zorg voor het perspectief 'Terug naar huis' (aanbesteding segment wonen). Het streven is om na het eerste contractjaar voor dat perspectief te gaan werken met een integraal tarief waar zowel de verblijfscomponent als ook aanvullende ondersteuning in is verwerkt. Wanneer dat integrale tarief gehanteerd wordt, wordt aanvullende zorg bij dat perspectief niet meer gefinancierd vanuit het segment ambulant. Bij het verblijfsperspectief 'Zo thuis mogelijk' zal dat wel van toepassing blijven voor de gehele contractperiode.



Normaliseren

We versterken normaliseren door het gewone leven uitgangspunt te laten zijn, door:

- Onszelf eerst durven af te vragen: wat zou er gebeuren als we niets doen?
- We zetten in op het voorkomen van problemen en maken problemen niet groter dan nodig (normaliseren).
- Jeugdhulp zetten we niet in bij gebruikelijke hulp van ouders en van andere personen in het netwerk, van andere voorzieningen op basis van andere wetgeving (Wlz, Wmo 2015, Zorgverzekeringswet, Passend onderwijs), of van een voorziening die is aan te spreken via een (aanvullende) verzekering of bij hulpvormen die in wet- en regelgeving zijn uitgesloten vanwege het domein en het doel van de hulpvorm.
- Hulp, ondersteuning en behandeling zo thuis mogelijk te laten plaatsvinden. Jongeren die ondersteuning nodig hebben krijgen dit in de thuissituatie, op school of elders in de nabijheid van zijn/haar omgeving (vindplaats=werkplaats).
- Alle jeugdigen zo thuis mogelijk laten opgroeien. Jeugdhulp vindt thuis plaats, of, als dat niet mogelijk is ivm ernstig bedreigde veiligheid, op een plaats die zoveel mogelijk op een gezin lijkt.



Integraliteit

De arrangementsbeschrijvingen zijn toegespitst op drie levensdomeinen waar de jeugdige zich bevindt: thuis, op school (of andere daginvulling) of op een vrije tijdsbesteding. Deze indeling is gekozen, maar vele andere mogelijkheden zijn er ook. Het gaat erom dat we de jeugdige en zijn/haar perspectief als uitgangspunt nemen in de context waar hij/zij leeft. Dat is dus breder dan deze drie levensdomeinen. Want een dak boven je hoofd en eten zijn basale voorwaarden voor het bestaan. Als dat er niet is, heeft investeren in jeugdhulp géén meerwaarde. De oorzaak in de context van het gezinssysteem moet met het gezin en de partners die daarvoor nodig zijn, aangepakt worden. Dus een voorwaarde is dat bij de levering van deze zorg de contractpartijen integraal kijken naar de Big5, wat is er nodig om het perspectief te bereiken en vooral ook wie heb ik daarbij nodig. Dus ook over de wetten heen. Daarbij kan het perspectief op één, twee of drie van de levensdomeinen liggen. En kan het perspectief over de leeftijdsgrens van 18 of 21 jaar heengaan. Ook daar dient de contractpartij bewust naar te kijken en zelf met de partners samen te werken om de soepele overgang naar zelfstandigheid te ondersteunen.

Best passende integrale ondersteuning voor jeugdige en zijn/haar gezin(systeem) door:

- Ondersteuning wordt in eerste instantie ingezet vanuit het eigen netwerk, voorliggende veld dan wel jeugdhulp waar nodig.
- Ondersteuning wordt ingezet met behulp van de methodiek 1G1P1R.
 - Er is een gezinsplan met duidelijke uniforme werkafspraken

- De regiefunctie wordt duidelijk en uniform toegepast door de lokale gemeentelijke toegangen. Voor alle partners die rond een jeugdige samenwerken is het duidelijk wie regie heeft.
- Het inzetten van hulp moeten betrokken partijen interdisciplinair samenwerken.
- Een jeugdige wordt pas door de regisseur losgelaten als de 'Big 5' geregeld zijn.
- Professionals hebben een basishouding om te werken vanuit een systeemgerichte, integrale blik.
- Ondersteuning wordt ingezet daar waar nodig in afstemming met de ondersteuning en hulp voor de andere gezinsleden over de wetten heen, bijvoorbeeld WMO, Participatie en Zorgverzekeringswet.
 - Wanneer na vraagverheldering blijkt dat problemen vooral ontstaan door factoren die buiten het kind liggen (bijvoorbeeld huisvestingsproblematiek of financiële schulden bij ouders), dan moet hier ook op geacteerd worden. In deze gevallen wordt niet enkel jeugdhulp ingezet als oplossing voor problemen die eigenlijk elders in het gezin ontstaan. Gecombineerde inzet vanuit andere delen van het sociaal domein (bijv. participatie of Wmo) is dan een vereiste.

Evidence based

In onze regio willen we doen wat werkt en dus alleen interventies inzetten die bewezen effectief zijn. Onze regio maakt om die reden gebruik van de databank effectieve jeugdinterventies van het NJI. Enkel de landelijk erkende interventies worden door onze regio als vormen van geïndiceerde jeugdhulp ingezet en gefinancierd. Wanneer een aanbieder hiervan afwijkt moet dit worden gemotiveerd en

geaccordeerd alvorens de interventie kan worden ingezet¹.

Dit sluit vormen van zorg/ondersteuning uit die niet bewezen effectief zijn of waar het effect niet van kan worden vastgesteld (in termen van stabilisering of verandering in bijvoorbeeld de situatie, het gedrag, de ontwikkeling, de participatie, het mentaal welbevinden, etc.).

Complexiteit	: De arrangementen zijn ingedeeld naar de drie complexiteitsniveaus, zoals dat nu ook het geval was. In de arrangementenbeschrijvingen staan deze niveaus vermeld.
Inhoud	: De zorgaanbieder bepaalt welke zorg er in wordt gezet. De toegang bepaalt alleen wat (=arrangement) er wordt ingezet om het resultaat te behalen binnen welke termijn.
Proces	: De gemeentelijke toegang/ gecertificeerde instelling en bij de huisartsenroute de aanbieder voeren samen met jeugdige en/of ouders het gesprek wat de ervaren last van de jeugdige en ouders is en welk resultaat men wil behalen. Op basis hiervan wordt gekeken welke complexiteit van toepassing is en hoe lang ervoor nodig is om dit resultaat te behalen. Dit wordt genoteerd in het gezinsplan. In alle casussen geldt dat de gemeentelijke toegang de uiteindelijke beslissing neemt over de inzet van

¹ De databank effectieve jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut is te raadplegen via: <https://www.nji.nl/interventies>

een specifiek arrangement, eventueel in het geval van een maatregel in het gedwongen kader, in afstemming met de gecertificeerde instelling. De aanbieder bepaalt vervolgens welke zorg en hoe vaak dit wordt ingezet om het resultaat te bereiken. De toegang beoordeelt de aanbieder op het geleverde resultaat.

Wijze van bekostiging

Het product Behandeling blijft een arrangement met een bepaalde duur. De uren in de beschrijving zijn directe uren.

Definitie directe en indirecte tijd

Direct cliëntgebonden tijd is de tijd waarin een behandelaar/begeleider, in het kader van de behandeling/begeleiding, contact heeft met de jeugdige burger of met familieleden, gezinsleden, ouders, partner of andere naasten (het systeem) van de burger/jeugdige.

Onder direct gebonden tijd valt:

- Face-to-face contact;
- Telefonisch contact;
- Elektronisch contact via e-mail of internet (chatten, Skype, E-health etc.)

Dit betekent dat er alleen tijd geregistreerd kan worden als het contact in het kader is van het behandel/begeleidingsplan van de burger.

Indirect burger/cliëntgebonden tijd

Dit betreft indirecte tijd die de behandelaar/begeleider besteedt aan zaken rondom een contactmoment (de direct burger/jeugdige gebonden tijd), maar waarbij de burger/jeugdige (of het systeem van de burger/jeugdige) zelf niet aanwezig is. Voorbeelden hiervan zijn:

- Activiteiten van niet-uitvoerenden (leidinggevenden, staf, administratie, management)
- Het maken en aanpassen van de planning
- Het voorbereiden van een activiteit die specifiek voor de burger/jeugdige gedaan wordt; verslaglegging in het kader van de activiteit (bijvoorbeeld rapportage);
- Een multidisciplinair overleg
- Rapporteren over de jeugdige of eindverslaglegging van een behandeltraject.
- Cliëntgebonden reistijd

Let op

- Alle verrichtingen dienen binnen het volume van de beschikking plaats te vinden.
- Overhead / Administratieve- / Bedrijfsvoeringstaken zijn verdisconteerd in de tarieven.

Vervoer

De jeugdige/het gezin wordt gestimuleerd om vanuit eigen kracht naar oplossingsmogelijkheden te zoeken om te voorzien in het vervoer van en naar de zorginstelling. Eventueel met ondersteuning van het netwerk. Indien een jeugdige/gezin echt niet in zijn vervoer kan voorzien en het vervoer een

onmisbaar onderdeel is voor het slagen van de jeugdhulp, zoekt de aanbieder samen met de jeugdige/gezin naar andere mogelijkheden. Ten behoeve van de verduidelijking het vervoer en wat van wie verwacht mag worden is er een richtlijn vervoer opgesteld.

Regie & consultatie

Het arrangement regie en consultatie zijn losstaande arrangementen. En inzetbaar alleen door de lokale toegang van de gemeenten.

Tolkkosten

De kosten voor een tolk komen in principe voor eigen rekening. De gemeente hoeft hier niet voor te zorgen en dus ook de kosten niet mee te nemen bij in de opbouw van de tarieven.

Tot 1 januari 2012 gold de regeling Tolk en vertaaldiensten. De rijksfinanciering van de inzet van het Tolk- en Vertaalcentrum Nederland is toen komen te vervallen.

De kosten voor gebruik van een tolk komen sindsdien voor eigen rekening.

Ten tijde van de afschaffing van deze regeling is uiteraard ook aangegeven door de praktijk dat communicatieproblemen ten koste kunnen gaan van de kwaliteit van de te leveren jeugdzorg en dat een jeugdzorgwerker zijn werk alleen kwalitatief goed kan doen als hij beschikt over een neutrale professionele tolk die beroepshalve aan geheimhouding is gehouden.

Er zijn inderdaad ook kamervragen gesteld door de Algemene commissie Jeugdzorg. Hierop heeft de staatssecretaris aangegeven wat je ook aangeeft in je vraag dat het uitgangspunt is dat cliënten/ouders zelf verantwoordelijk zijn voor het inzetten van een tolk wanneer daar behoefte aan is en dat als in de vrijwillige jeugdhulp ouders die verantwoordelijkheid niet nemen en de zorg van het kind in gevaar komt, de zorgverlener een verantwoordelijkheid heeft om een tolk in te schakelen.

Als er een taalbarrière is kan natuurlijk allereerst worden gekeken naar de mogelijkheden van cliënten zelf om hun sociaal netwerk in te schakelen als tolk.

Het is ook belangrijk om deze cliënten te wijzen op hun recht op een cliëntvertrouwenspersoon (art. 2.5 Jeugdwet). Deze cliëntvertrouwenspersoon kan wellicht ook tolken of een tolk inschakelen om dit recht te verwezenlijken.

Voor asielzoekerskinderen geldt dat het COA de tolkkosten blijft betalen.

Beschrijvingen perspectieven aan de hand van levensdomeinen

2a. Thuis

Bij het perspectief van het levensdomein thuis zijn opvoedvaardigheden van ouders en ondersteuningsbehoefte van jeugdige en zijn systeem voldoende in balans om zelfstandig, gezond en veilig te kunnen opgroeien.

In de *thuisituatie* zijn de opvoedvaardigheden van de ouders en de ontwikkelingsbehoeften van het kind voldoende in balans. Wanneer hierbij sprake is van een disbalans, is niet meteen sprake van een onveilige situatie. Opgroeien en opvoeden gaat nu eenmaal gepaard met uitdagingen. Pas wanneer deze disbalans het nastreven van het gewenste perspectief structureel belemmert, is extra ondersteuning aan de orde. Er is in elk geval sprake van een stabiele basis voor het kind om op te groeien, waarbij het de kans heeft hechtingsrelaties aan te gaan met personen uit diens gezinssysteem. De randvoorwaarden zijn aanwezig om 1) zelfstandig (afhankelijk van leeftijd), 2) gezond en 3) veilig dagelijks te functioneren. Gezondheid benaderen wij hier vanuit het perspectief van positieve gezondheid: het vermogen om zich aan te passen (veerkracht) en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven.

Dit kan ook betekenen dat onderzocht wordt dat niet de jeugdige uit huis geplaatst wordt bij problematiek van een van de ouders, maar de betreffende ouder zelf. We willen steeds integraal kijken naar het gezin en kijken naar het best passende antwoord in de situatie. De impact voor de jeugdige is groter wanneer hij/zij zelf uit huis geplaatst wordt vanwege de problematiek van de ouder, dan wanneer de ouder zelf een ander verblijf zoekt.

2b. Dagingvulling

Bij het perspectief van het levensdomein 'dagingvulling' neemt de jeugdige deel aan inclusieve reguliere vormen van dagingvulling, in de buurt van diens eigen leefomgeving. Het doel is dat de jeugdige de onderwijs kerndoelen leert op het onderwijs. Als dat niet kan, is er vanuit onderwijs ondersteuning. Indien pas blijkt dat die ondersteuning onvoldoende is, wordt jeugdhulp ingezet. Hierbij wordt aangesloten bij de ondersteuningsstructuren, zoals beschreven in de ondersteuningsplannen van de samenwerkingsverbanden van onderwijsinstellingen. Er is altijd sprake van een gecombineerde inzet door onderwijs en jeugdhulp.

Jeugdigen hebben recht op deelname aan inclusieve en reguliere vormen van dagingvulling. Hier legt hij/zij contact met leeftijdsgenoten en worden vaardigheden geleerd om zelfstandig in de samenleving te participeren. Minder denken en handelen op basis van individuele onderwijs-/jeugdhulparrangementen en meer vanuit contextgerichte, normaliserende inzet van onderwijs zelf. Dit gebeurt in samenwerking met voorliggend veld en jeugdhulp, maar zoveel mogelijk in collectief verband en tevens afgestemd op en in verbinding met de thuisituatie. Een voorbeeld uit de huidige praktijk zijn de doelgroeparrangementen (apart subsidietraject, hoort niet bij basisaanbod ambulantly).

Voor de basisaanbieders geldt tevens dat de volgende zorg geleverd mag worden:

- a) begeleiding aanvullend aan de onderwijszorg. Dit houdt in dat onderwijs verantwoordelijk is voor de zorgniveaus 1 t/m 4 (zoals beschreven in de ondersteuningsplannen van de samenwerkingsverbanden van onderwijsinstellingen). Is daarboven nog extra aanvullende hulp nodig zodat de jeugdige deze daginvulling kan blijven doen, dan wordt zorg ingezet. Dit i.a.m. procesregisseur en het onderwijs;
- b) dyslexie diagnose en/of behandeling. Ook hier geldt dat onderwijs verantwoordelijk is voor dyslexie en de gemeente alleen ernstig enkelvoudige dyslexie vergoeden. Deze zorg wordt ingezet i.a.m. procesregisseur en het onderwijs;
- c) begeleiding ter vervanging van het onderwijs. Dit zonder de verantwoordelijkheid van het onderwijs over te nemen. Er is dus altijd afstemming met onderwijs én met leerplicht. Wanneer de jeugdige een thuiszitter is, maar hij is wel in staat onderwijs te volgen, dan wordt geen jeugdhulp ingezet als alternatief voor het volgen van onderwijs. Onderwijs en leerplicht hebben de regie bij thuiszitters.
- d) behandeling ter vervanging van de onderwijszorg zoals gegeven in MKD's. Dit altijd in afstemming met onderwijs en leerplicht, zodat zoveel mogelijk kinderen perspectief hebben op regulier onderwijs en wetende dat we deze zorg op termijn inclusiever willen gaan vormgeven.

Wat valt er niet onder:

- Inzet die tot de verantwoordelijkheid van onderwijs behoort, zoals beschreven in de ondersteuningsplannen van samenwerkingsverbanden en de schoolondersteuningsprofielen. Denk tevens aan inzet bij hoogbegaafdheid, educatieve dagbesteding, huiswerkbegeleiding, weerbaarheid, faalangst en dyscalculie.
- Wanneer inzet vanuit onderwijs-zorg arrangementen (bijvoorbeeld doelgroeparrangement/schoolarrangement) beschikbaar is, worden er geen individuele beschikkingen afgegeven met hetzelfde doel.
- Vormen van fysieke daginvulling als alternatief voor onderwijs (zie concept hervormingsagenda) wordt niet meer ingezet vanuit jeugdhulp.

2c. Vrije tijd

De jeugdige kan deelnemen aan inclusieve reguliere vormen van vrijetijdsbesteding, in de buurt van diens eigen leefomgeving.

In hun vrije tijd kunnen kinderen gebruik maken van naschoolse opvang, zitten zij bij een (sport)vereniging en/of hebben zij een bijbaan. Ook hierbij geldt dat er op deze plekken ondersteuning aanwezig kan zijn wanneer het regulier of zelfstandig deelnemen niet lukt. Denk aan een (sport)pedagoog bij de sportclub, een BSO+ voorziening, of scoutingclub. Jeugdigen kunnen echter ook op een andere manier een sociaal netwerk opbouwen, zonder dat zij lid zijn van bijvoorbeeld een vereniging. Het (leren) aangaan van sociale contacten levert een positieve bijdrage aan het normale opgroeien. Organiseren van voorzieningen in dit levensdomein, alsmede extra

ondersteuning om dit perspectief te bereiken, behoren primaire tot de verantwoordelijkheid van individuele gemeenten en vallen niet onder de scope van ambulante jeugdhulpverlening. Voor de basisaanbieders geldt dat zij zoveel mogelijk begeleiding mogen leveren op of aan de reguliere vrije tijdsbestedingen.

2d. Welk arrangement in te zetten bij welk perspectief

In onderstaande tabel is weergegeven welk arrangement ingezet kan worden om het perspectief op dat levensdomein te bereiken. Daarbij kan één arrangement ingezet worden om verschillende perspectieven op meerdere levensdomeinen te bereiken.

Perspectief thuis	Perspectief daginvulling	Perspectief vrije tijd
Arrangement begeleiding	Arrangement begeleiding als aanvullende ondersteuning bij de daginvulling (onderwijs)	Arrangement begeleiding wordt zoveel mogelijk als ingezet bij lokale reguliere vrije tijdsbesteding vanuit de basisvoorzieningen dan wel voorliggend veld. Deze inzet wordt gemaximaliseerd op 2 jaar afhankelijk van de complexiteit.
Arrangement behandeling	Arrangement dyslexie diagnose	
Arrangement begeleide omgangsregeling (BOR)	Arrangement dyslexie behandeling	

Behandeling
Beschrijving Behandeling zetten we zoveel als mogelijk <i>outreaching</i> in als het probleem het normale overstijgt wat we zouden mogen verwachten dat ouders/jeugdige en zijn/haar sociaal netwerk kan opvangen i.cm. voorliggende voorzieningen die vrij toegankelijk zijn. Een behandeling (in individueel of groepsverband) wordt gebruikt om een basis te leggen, die de jeugdige kan gebruiken om zijn problemen hanteerbaar te maken. De behandeling bouwt ‘<i>fundamenten</i>’ (leren van vaardigheden) waarmee een kader ontstaat waarbinnen de problemen kunnen worden <i>gestabiliseerd, hanteerbaar gemaakt worden</i> en die <i>bijdragen aan een duurzaam herstel</i>. Een behandeling gebeurt op grond van een handelingsgerichte beeldvorming (waar mogelijk een diagnose uit voortvloeit) die binnen het arrangement van de behandeling kan worden gesteld. Dit maakt dat het diagnostisch onderzoek of observatieonderzoek onderdeel is van de behandeling, Binnen een behandeling worden alleen erkende <i>Evidence Based</i> methodieken gebruikt die worden onderbouwd door <i>wetenschappelijk onderzoek (NJI databank effectieve jeugdinterventies)</i>. Wanneer een aanbieder hiervan afwijkt moet dit worden gemotiveerd en geaccordeerd (door inkoop) alvorens de interventie kan worden ingezet. Een behandeling wordt altijd vanuit een wetenschappelijke basis uitgevoerd. Een behandeling gebeurt hierom altijd onder de verantwoordelijkheid van een <i>wetenschappelijk opgeleide beroepskracht (WO/ WO+)</i>, de zogenaamde regiebehandelaar conform de vigerende wetgeving en de daar uit voortvloeiende landelijke richtlijnen van de beroepsgroepen. De geboden behandeling moet programmatisch en doelmatig zijn volgens een door de beroepsgroep geaccepteerde methode. Voor het bieden van behandeling binnen de klinische jeugdhulp geldt dat zorgaanbieder zorgt dat de taken worden uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een geregistreerde

professional. Opdrachtnemer kan slechts anderen dan geregistreerde professionals, indien dit is toegestaan volgens het Kwaliteitskader Jeugd (versie 2.1, september 2016 en de daaropvolgende vigerende versies) met deze taken belasten als:

hij aannemelijk kan maken dat de kwaliteit van de uitvoering niet nadelig wordt beïnvloed; inzet van andere noodzakelijk is voor de kwaliteit van de uitvoering.

In complexe casussen wordt ook de uitvoering van de zorg vormgegeven door een *WO- of WO+-er*. Onder de medebehandelaren vallen ook Speltherapie, Psychomotorische (kinder-) Therapie, Beeldende-, Dans-, Drama- of Muziektherapie. Deze kunnen op onderdelen worden ingezet mits deze vermeld staan in het Register Vaktherapie dat valt onder de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB).

Deze supervisie kan alleen worden uitgevoerd door:

- *Psychiaters*
- *Klinisch Psychologen*
- *Verpleegkundig Specialist*
- *GZ-Psychologen*
- *Kinderartsen/ Pediaters*
- *Orthopedagoog Generalist (niet bij behandeling van psychische problematiek)*
- *Orthopedagoog op WO-niveau (in het geval van LVG-problematiek)*

Perspectieven & behandeling:

- Thuis: wanneer opvoedvaardigheden van de ouders en de ontwikkelingsbehoeften van het kind onvoldoende in balans zijn.
- Daginvulling: wanneer jeugdige niet kan deelnemen aan inclusieve vormen van een daginvulling. Gaat met name over jeugdigen vanaf 4 jaar, waar de ondersteuningsbehoefte onderwijs zorgniveaus overstijgt op dusdanige wijze dat behandeling nodig is zodat jeugdige zich kan focussen op de onderwijskerndoelen. Of wanneer een jeugdige geen onderwijs kan volgen en dit is afgestemd met onderwijs en leerplicht, zoals MKD's.

Bij een behandeling wordt altijd gewerkt met een *programmatische systematiek* gebaseerd op *protocol-len* voortkomend uit de erkende *Evidence Based Methodieken* binnen een *van tevoren gedefinieerde periode* voorzien van start- en einddatum (na de eventuele diagnose). Zie ook de databank effectieve jeugdinterventies van het NJI.

Doordat met een behandeling de '*fundamenten*' worden gelegd, is het mogelijk dat een behandeling opgevolgd wordt of parallel loopt aan begeleiding, waarbij op deze fundamenten wordt voortgebouwd (vaardigheden 'inslijpen', ondersteunen of behouden).

Grondslag voor de behandeling kan zijn:

- a. medisch (somatische, psychische of psychiatrische aandoening, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking);
- b. opvoedkundig/systemisch/sociaal.

Binnen het arrangement behandeling, wordt een apart segment gereserveerd voor alles wat onder 'behandeling BASIS' uitgevoerd kan worden. Het gaat dan om kort specialistische behandelingen, de oude basis GGZ, Diagnose trajecten, en overige kort specialistische behandelingen. Het gaat om minimaal 5 gemiddeld aantal contactmomenten over alle geleverde producten van dit onderdeel.

Voor arrangementen waar alleen sprake is van medicijncontrole, dient de zorg uitgevoerd te worden onder het arrangement 'Behandeling Medicijn Controle'. Dit arrangement is een jaarrangement en

kan niet worden ingezet in combinatie met andere behandelarrangementen. Indien er sprake is van een behandeling, maakt de medicijncontrole onderdeel uit van dat andere behandelarrangement. Bij verwijzing via de artsenroute wordt zorg gestart en wordt de jeugdige in eerste instantie ingedeeld in behandeling BASIS. Mocht reeds duidelijk zijn dat de zorgvraag een zwaardere categorie binnen het arrangement behandeling rechtvaardigt, dan dient de aanbieder dit te overleggen met de gemeentelijke toegang. Op basis van het door aanbieder opgestelde gezinsplan (1G1P) kan deze een toewijzing afgeven voor een andere complexiteit.
Doel Een basis ('fundamenten') leggen waarmee de problemen van een jeugdige/of zijn systeem <i>stabiliseren, hanteerbaar</i> gemaakt zijn en er een <i>bijdrage is geleverd aan een duurzaam herstel</i>.
Doelgroep Jeugdigen met een ontwikkelingsachterstand of psychisch/psychiatrische problematiek.
Duur Kort: - Individueel tot en met 6 maanden - Groep tot en met 4 maanden Lang: - Individueel vanaf 7 maanden tot en met 12 maanden - Groep vanaf 4 maanden tot en met 12 maanden
Welke eisen worden er gesteld aan behandeling • Er is met name een kindgebonden factor waar de behandeling tot verbetering van perspectief of tot herstel kan leiden. • Enkel de landelijk erkende interventies worden door onze regio als vormen van geïndiceerde jeugdhulp ingezet en gefinancierd die zijn opgenomen in de NJI databank effectieve jeugdinterventies. Wanneer een aanbieder hiervan afwijkt moet dit worden gemotiveerd en geaccordeerd alvorens de interventie kan worden ingezet • De behandeling vindt zo thuis mogelijk plaats, er wordt outreachend gewerkt. Jeugdigen die ondersteuning nodig hebben, krijgen dit in de thuissituatie, op school of elders in de nabijheid van zijn/haar omgeving (vindplaats=werkplaats). • De verbinding met en vertaling naar de thuissituatie is verplicht onderdeel van het arrangement behandeling, net als de samenwerking met de aanbieder van begeleiding indien van toepassing. • Er wordt integraal naar het hele gezin gekeken wat er nodig is om de behandeling te laten slagen. Als dat inzet vanuit andere domeinen/wetten betekent, dan zoekt de behandelaar contact met de procesregisseur hierover om dat te organiseren. Behandeling wordt dan niet ingezet zonder inzet vanuit andere disciplines. Er dient altijd een combinatie te zijn met bepaalde doelstellingen voor het bredere gezinssysteem als er ook op andere onderdelen van de Big5 ondersteuning nodig is.
Wat valt niet onder behandeling Onder het arrangement behandeling valt in ieder geval niet: • De problemen die ook opgepakt kunnen worden door het voorliggend veld, of die kan worden geleverd door in gesprek te gaan met een POH-jeugd en gezin. Denk hierbij ook aan maatschappelijk werk, CJG, burgerinitiatieven of kinderopvang (zo nodig met SMI), ook voor overbrugging in vakantieperiodes. • Inzet die tot de verantwoordelijkheid van onderwijs behoort, zoals beschreven in de ondersteuningsplannen van samenwerkingsverbanden en de schoolondersteuningsprofielen. • Specifieke voorbeelden die niet onder het arrangement behandeling vallen zijn hulp bij educatieve doeleinden, hoogbegaafdheid, weerbaarheid, faalangst.

- Vormen van 'fysieke' daginvulling als alternatief voor onderwijs wordt niet meer ingezet vanuit jeugdhulp. - Behandeling t.b.v. het levensdomein vrije tijd wordt niet vanuit Jeugdwet ingezet.					
Complexiteit					
Onderstaande kernmerken zijn richtinggevend en bedoeld om een afweging te kunnen maken tussen laag, midden en hoog complex. Ze hoeven niet allemaal in dezelfde mate voor te komen in elke casus. In alle casussen geldt dat de gemeentelijke toegang de uiteindelijke beslissing neemt over de inzet van een specifiek arrangement, eventueel in het geval van een maatregel in het gedwongen kader, in afstemming met de gecertificeerde instelling.					
	Behandeling Medicijn Controle	Behandeling Basis	Complexiteit Laag	Complexiteit Midden	Complexiteit Hoog
Doelgroep	Alle	Alle	Enkelvoudige/meer voudige problematiek	Meervoudige problematiek	Complexe problematiek Hardnekkig: zorgmijndend/ intergeneratieel
Verhouding Bescher- mend <> risi- cofactoren	Alle	Alle	Positief	Gelijk	Negatief
Voorspel- baarheid	Alle	Alle	Goed	Matig	Slecht
Kind ge- bonden veiligheids- risico's	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja
Zelfstan- digheid (ger- elateerd aan leeftijdson- twikkeling)	Alle	Alle	Zelfstandig	Matig	Beperkt
Functie niveau mede-behan- delaren	WO(+)/ MSP	WO+/WO/H BO+/HBO Minimale inzet WO(+)/ MSP	WO+/WO/HB O+/HBO Minimale inzet WO(+)/ MSP Vooral HBO (+) onder verant- woordelijkheid van WO/WO+/MS P	WO+/WO/HBO+ /HBO, Multidis- ciplinair behan- delteam Minimale inzet WO(+)/ MSP Vooral HBO (+) onder verant- woordelijkheid van WO/WO+/MSP	WO+/WO/HBO+/HBO, Multidisciplinair behandelteam Minimale inzet WO(+)/ MSP Vooral HBO (+) onder verantwoordelijkheid van WO/WO+/MSP
Gemiddeld aantal con-	Enkele tot meerdere contactmo-	Minimaal 5 contactmo- menten in totaal	Enkele con- tactmomen- ten/ dagdelen per maand	Enkele contact- momenten per week/	Meerdere contact- momenten per week/ Veel dagdelen

tact-momenten/ dagdelen	menten per jaar			Meerdere dagdelen	
Groepsgrootte	Nvt	nvt	Groot 1 op 8	Gemiddeld 1 op 6	Klein 1 op 4

Opmerkingen:

- Kindgebonden veiligheidsrisico's: Het kind is een gevaar voor zichzelf of de omgeving of de ontwikkeling van het kind loopt gevaar.

De cliëntprofielen

Een gemiddeld profiel **LAAG** ziet er als volgt uit:

- Veel beschermende factoren en weinig risicofactoren
 - o Op niveau van jeugdige, gezin en/of omgeving, denk hierbij bijvoorbeeld aan intelligentie, sociaal aanpassingsvermogen, zelfbeeld, persoonlijkheid, jeugdervaringen, gezondheid, opvoedingscompetentie, gezinssituatie, sociale steun, financiën, culturele aspecten.
- Enkelvoudige/meervoudige vraag van de jeugdige, het gezin of de omgeving.
 - o Jeugdige loopt achter op een enkele ontwikkeltaak.
- Hoge mate van zelfstandigheid, maar bijsturing gewenst.
 - o Kan zelf om hulp vragen, kan zich zelfstandig redden met hulp vanuit netwerk, geen noodzaak taken over te nemen.
- Goede samenwerking mogelijk tussen aanbieder en jeugdige.
 - o Is met praten bij te sturen, staat open voor ondersteuning, heeft lerend vermogen.

Een gemiddeld profiel **MIDDEN** ziet er als volgt uit:

- Beschermende en risicofactoren zijn in gelijke mate aanwezig.
 - o Op niveau van jeugdige, gezin en omgeving, denk hierbij bijvoorbeeld aan intelligentie, zelfbeeld, persoonlijkheid, jeugdervaringen, gezondheid, opvoedingscompetentie, gezinssituatie, sociale steun, financiën, culturele aspecten.
- Meervoudige vraag van de jeugdige, het gezin en/of de omgeving.
 - o Vraag op diverse leefgebieden, zie arrangementenwaaier. Jeugdige loopt achter op een aantal ontwikkeltaken en/of vertoont probleemgedrag.
- Zelfstandigheid niet vanzelfsprekend, bijsturing vereist, soms (gedeeltelijk) overnemen
 - o Zelfstandig redden met hulp vanuit netwerk niet vanzelfsprekend, is afhankelijk van hulp, soms nodig om taken over te nemen.
- Goede samenwerking tussen aanbieder en jeugdige niet vanzelfsprekend.
 - o Goede communicatie niet altijd mogelijk, staat niet altijd open voor ondersteuning, leervermogen beperkt.

Een gemiddeld profiel **HOOG** ziet er als volgt uit:

- Weinig beschermende factoren en veel risicofactoren.
 - o Op niveau van jeugdige, gezin en omgeving, denk hierbij bijvoorbeeld aan intelligentie, sociaal aanpassingsvermogen, zelfbeeld, persoonlijkheid, jeugdervaringen, gezondheid, opvoedingscompetentie, gezinssituatie, sociale steun, financiën, culturele aspecten.
- Meervoudige complexe vraag van de jeugdige, het gezin en/of de omgeving.
 - o Complexe vragen op meerdere leefgebieden.
- Jeugdige loopt achter op een meerdere ontwikkeltaken en/of vertoont ernstig probleemgedrag.
 - Beperkte zelfstandigheid, deskundige sturing nodig, vaak taken overnemen.
 - o Is afhankelijk van hulp, kan niet zelfstandig functioneren, ook lichte taken moeten worden overgenomen.
 - Beperkte of complexe samenwerking tussen aanbieder en jeugdige.
 - o Communiceren gaat moeizaam, staat veelal niet open voor ondersteuning, leervermogen zeer

beperkt.

- Onvoorspelbaarheid in gedrag en zorgbehoefte.
- Er zijn veiligheidsrisico's aanwezig.
- o Kan gevaar zijn voor zichzelf, zijn omgeving of hulpverlener.

Dagbehandeling Medisch Kinderdagverblijf MKD én Kinderdagcentra KDC
Beschrijving Het medisch kinderdagverblijf (MKD) en Kinderdagcentra (KDC) biedt opvang voor jeugdigen die ernstige moeilijkheden hebben in hun ontwikkeling en/of verstandelijke of meervoudige beperking. Op een MKD/KDC worden zij ook onderzocht en behandeld. Deze kinderen zijn (nog) niet (volledig) in staat deel te nemen aan een reguliere opvang of peuterspeelzaal of school. Er wordt altijd gekeken of deze voorliggende voorzieningen mogelijk zijn al dan niet in combinatie met het MKD/KDC. Het MKD/KDC heeft daarvoor dan ook samenwerkingsafspraken met kinderopvangorganisaties, peuterspeelzaalwerk, het onderwijs en ook de WLZ/ZvW. Aanpak • Belangrijke uitgangspunten van het groepsklimaat zijn een vast dagritme met structuur en duidelijkheid, en een op het individuele kind afgestemde aanpak waarbij activiteiten methodisch onderbouwd zijn. • Met kinderen van 4 tot 18 jaar wordt gericht gewerkt om de schoolse vaardigheden te stimuleren en om de onderwijsbehoeften in kaart te brengen. • Naast de plaatsing van het kind in de groep wordt altijd ambulante begeleiding in de thuissituatie geboden en zijn er ouderbijeenkomsten/-activiteiten. Let op: • Er is een mogelijkheid voor een volledige plaatsing of deeltijdplaatsing. Maximaal worden 9 dagdelen per week beschikt afhankelijk van de leeftijd (lage inzet bij 2 jarige) en noodzaak. • Er kunnen geen aanvullende arrangementen hierbij toegekend, zowel de behandeling als aanvullende begeleiding is in dit arrangement opgenomen. • Het is een van de doelen om in de toekomst te kijken naar andere manieren om de hulp voor de jeugdigen te organiseren.
Doel We willen jeugdigen een zo maximaal mogelijke ontwikkeling door laten maken aansluitend bij de mogelijkheden die zij hebben. Door deze vorm van behandeling i.c.m begeleiding stimuleren wij deze jeugdigen om weer mee te kunnen doen aan reguliere vormen van opvang, peuterpeelzaalwerk of onderwijs. Zoveel mogelijk kinderen stromen vanaf 4 jaar door naar onderwijs. Het concrete doel van de behandeling zelf is: • In kaart brengen van de problematiek van het kind en in het gezin (diagnostiek) en het opstellen van een behandelplan; • Een vermindering van de uiting van de vastgestelde problematiek en daardoor een verbetering in de thuissituatie; • Een verbetering van de ontwikkeling van het kind; • Er is inzicht of en aan welke vorm van onderwijs/dagbesteding de jeugdige kan deelnemen na de dagbehandeling. • Ingeval onderwijsdeelname mogelijk is wordt stap voor stap toegewerkt naar plaatsing op regulier of speciaal onderwijs

Doelgroep	
• Er is sprake van kindfactoren die qua zwaarte en complexiteit maken dat ze het gebruikelijke wat in de opvoeding, de kinderopvang en op school aan hulp en ondersteuning gebod kan worden (ver) overstijgen. In de setting wordt diagnostiek, behandeling, als ook begeleiding in de thuissituatie geboden, maar ook daginvulling. • Voor het MKD jeugdigen van 0 tot 7 jaar met complexe ontwikkelings- en gedragsproblemen. Dit is veelal als gevolg van een combinatie van spraak-taal, sociaal-emotionele, cognitieve en lichamelijke factoren of een ontwikkelingsstoornis. Vaak is bij de start van de hulpverlening nog niet duidelijk wat er precies aan de hand is. • Voor het KDC jeugdigen van 0-18 jaar met een IQ onder de 80 met een ontwikkelingsachterstand, een (ernstige) verstandelijke of meervoudige beperking. • De jeugdige is op psychische of lichamelijke gronden ongeschikt om tot een school of instelling te worden toegelaten (vrijstelling 5 onder a LPW).	
Welke eisen worden er gesteld	
• Er is zoveel mogelijk sprake van vaste medewerkers op een groep, doch minimaal 2 dagdelen moet een medewerker op dezelfde groep zitten t.b.v. de continuïteit. • Het onderwijs, kinderopvang en peuterspeelzaalwerk is een actieve partner en wordt vanaf het begin betrokken. • Enkel de landelijk erkende interventies worden door onze regio als vormen van geïndiceerde jeugdhulp ingezet en gefinancierd die zijn opgenomen in de NJI databank effectieve jeugdinterventies. Wanneer een aanbieder hiervan afwijkt moet dit worden gemotiveerd en geaccordeerd alvorens de interventie kan worden ingezet • De verbinding met en vertaling naar de thuissituatie inclusief begeleiding is verplicht onderdeel van het arrangement. • Er wordt integraal naar het hele gezin gekeken wat er nodig is om de behandeling te laten slagen. Als dat inzet vanuit andere domeinen/wetten betekent, dan zoekt de behandelaar contact met de procesregisseur hierover om dat te organiseren. Behandeling wordt dan niet ingezet zonder inzet vanuit andere disciplines. Er dient altijd een combinatie te zijn met bepaalde doelstellingen voor het bredere gezinssysteem als er ook op andere onderdelen van de Big5 ondersteuning nodig is. • Er is een samenwerking met WLZ, deze voorziening is voorliggend aan de Jeugdwet.	
Wat valt niet onder	
Onder dit arrangement behandeling valt in ieder geval niet: • De behoefte aan behandeling die ook opgepakt kan worden door het voorliggend veld, of die kan worden geleverd door in gesprek te gaan met een POH-jeugd en gezin. Denk hierbij ook aan maatschappelijk werk, CJG, burgerinitiatieven of kinderopvang (zo nodig met SMI), ook voor overbrugging in vakantieperiodes. • Andere zorgvormen die niet onder de Jeugdwet vallen, zoals, zorgvormen die onderwijs oppakt vanuit niveau 1 tot en met 4 of speciaal onderwijs, hoogbegaafdheid, educatieve dagbesteding. • Inzet die tot de verantwoordelijkheid van onderwijs behoort, zoals beschreven in de ondersteuningsplannen van samenwerkingsverbanden en de schoolondersteuningsprofielen. • Wanneer inzet vanuit onderwijs-zorg arrangementen (bijvoorbeeld doelgroeparrangement/schoolarrangement) beschikbaar is, worden er geen individuele beschikkingen afgegeven met hetzelfde doel.	
Functie niveau	• Er wordt gewerkt met SKJ geregistreerde professionele begeleiders (minimaal hbo-geschoold), ondersteund door een gedragswetenschapper en/of toepassing van norm van verantwoorde werktoedeling.

mede-behandelaren	• Er wordt gewerkt in een multidisciplinair team waarin alle benodigde specialismen zijn vertegenwoordigd; Functiemix HBO 47,50% - MBO 47,50% - WO 5%
Groepsgrootte	De dagbehandeling wordt aangeboden in een groep van maximaal 8 jeugdigen, met 2 begeleiders.

Dyslexie Diagnose

Beschrijving en werkwijze

Criteria voor toekenning vanuit een officiële verwijzer (voor aanvang arrangement)

Alvorens een leerling kan doorverwijzen voor dyslexie dienen de volgende stappen te zijn ondernomen door school:

1. Het 'Schema Stappenplan voor toetsing, onderwijs, begeleiding en doorverwijzing' vanuit het Masterplan Dyslexie moet zijn doorlopen.
2. Bij doorverwijzing voor diagnostiek moet het schoolanamnese rapport worden aangeleverd bij de dyslexieaanbieder, bestaande uit:
 - Formulier 'info leerling dossier dyslexie' te downloaden van de website van het Nederland Kwaliteitsinstituut Dyslexie (NKD), zijn ook te vinden op de site van de zorgaanbieder zelf. Waarin de volgende gegevens worden verwerkt:
 - Beschrijving lees- en spellingprobleem
 - Signalering lees- en spellingproblemen: datum, onderzoek (instrumentarium, criteria, resultaten), onderzoeker
 - Duur en inhoud extra begeleiding op school (handelingsplannen), begeleider
 - Resultaten extra begeleiding en beschrijving evaluatie instrumentarium
 - Vaststelling stagnatie met vermelding instrumentarium en normcriteria
 - Argumentatie voor 'vermoedelijke dyslexie'
 - Vermelding en beschrijving eventuele andere leerstoornissen
 - Rapportage door bevoegd schoolfunctionaris
 - Basisgegevens leerlingvolgsysteem, LOVS in A t/m E-scores
 - Kopie ID, is aan de gemeente om te beslissen i.v.m. privacywetgeving
 - Eventueel meldingen van (een vermoeden van) comorbiditeit.
3. Beoordelen schoolanamnese rapport op criteria ED (ernstige dyslexie) door de verwijzer: Bewaking van de kwaliteit van de aanmeldingen voor ED-zorg is essentieel. Dat betekent dat de overgang ('poort') van niveau 3 (extra ondersteuning in de klas) naar 4 (specialistische behandeling extern) cruciaal is.

Een aanmelding voor diagnostisch dyslexie onderzoek vanuit de school is ontvankelijk

- Indien de schoolanamnese en signaleringsgegevens stagnatie aantonen
- De gegevens betreffende extra begeleiding op school aantonen dat hierin geen of onvoldoende verbetering optreedt.
- Als wordt voldaan aan de richtlijnen gesteld in het Masterplan Dyslexie.

Verder wordt geïnventariseerd:

- Informatie met betrekking tot eventuele comorbiditeit, leeromgeving en gezinssituatie;
- Regelmaat onderwijs (langdurige afwezigheid, schoolwisselingen)

- Inventarisatie lees en/of spelling- en andere leerproblemen
- Inventarisatie mogelijke alternatieve oorzaken lees-en spellingproblemen;
- Medisch, gedragsproblemen, andere ontwikkelingsproblematiek
- Inschatting motivatie van zowel jeugdige als die van ouders/begeleiders
- Informatie betreffende moedertaal en meertaligheid
- Inventarisatie extra begeleiding op lees- en/of spellinggebied
- Inventarisatie hulpvraag vanuit ouders/school.

Procedure diagnose dyslexie

1. Uitvoering diagnostisch onderzoek: (inhoud arrangement)

- Niveaubepaling lezen en spellen: pseudowoorden, woorden en zinnen
- Onderzoek dyslexie typerende cognitieve vaardigheden: letter-klank koppeling (nauwkeurigheid en snelheid), fonologische taalvaardigheden (nauwkeurigheid en snelheid), benoemen letters en cijfers, verbale werkgeheugenvaardigheden
- Onderzoek aandoeningen die mogelijk contra-indicatief zijn voor dyslexie: semantische taalvaardigheden, algemene geheugenproblemen, algemene intelligentiebepaling
- Onderzoek comorbiditeit (tegelijktijd voorkomen van twee of meer stoornissen indien manifest en relevant)
- Afhankelijk van het geconstateerde klachtgedrag

Vervolgens vindt er een analyse plaats van de uitkomsten en wordt een eindrapport opgemaakt met eventueel een behandelplan dat besproken wordt met de ouders.

Het uitgangspunt is dat de hulp in de leefomgeving van de jeugdige geboden wordt. Indien een gezin, eventueel met ondersteuning van het netwerk van dat gezin, (vooralsnog) onvoldoende redzaam is, daarmee niet in het vervoer van de jeugdige van en naar de locatie van hulpverlening kan voorzien en het vervoer dient te worden ingezet om de noodzakelijke hulp te kunnen bieden aan deze jeugdige, draagt de aanbieder zorg voor dit vervoer.

Doel

Komen tot een oordeel of een kind ernstigedyslexie heeft.

Doelgroep

Jeugdigen waarbij de gegevens vanuit het onderwijs een vermoeden opleveren dat er sprake is van ernstig dyslexie.

Inzet functionieniveau medewerker

WO

Voorspelbaarheid van de aanpak

Zeer voorspelbaar en geprotocolleerd.

Inzet (duur/intensiteit)

Gemiddeld 2/3 dagdelen

Dyslexie Behandeling

Beschrijving

De individuele behandeling bestaat uit:

- trainen letter-klank koppeling
- trainen fonologische vaardigheden (klankverwerking van taal)
- een algoritme voor het aanleren van spellingsregels op grond van fonologische en morfologische woordkenmerken en regels
- specialistische leestraining: kortdurende visuele letter/woord presentaties, waarbij aandacht voor systematisch opgebouwde herhaling en koppeling geschreven en gesproken woordvormen
- integratie onderdelen: protocol waarin verantwoord wordt hoe deze inhoud en zijn verwerkt in modules en hoe modules zich verhouden ten opzichte van elkaar
- vastleggen van de behandelresultaten en klanttevredenheid

Vorm

- Dyslexie (individuele) Behandeling dient door dezelfde organisatie geleverd te worden als waar de diagnose is gebeurd.

- een Dyslexie Behandeling mag alleen worden uitgevoerd, nadat uit de Diagnose Dyslexie is gebleken dat een Dyslexie Behandeling noodzakelijk is.

De Diagnose Dyslexie is de onderlegger van de Behandeling Dyslexie

- de behandeling heeft een expliciet begin- en eindpunt
- alle leerdoelen zijn per module voor behandelaar duidelijk omschreven
- een behandelsessie bestaat altijd uit een combinatie van schriftelijke en mondelinge interactie, computerondersteund
- naast wekelijkse behandelsessies met een gespecialiseerde behandelaar, regelmatige oefeningen onder begeleiding van een oefenpartner
- het programma voorziet in oefenmateriaal waarmee de jeugdige onder begeleiding van een oefenpartner dagelijks kan oefenen (vereist voldoende grote bestanden van woorden)
- Systematische evaluatie van de behandelresultaten
- Doen van klanttevredenheidsonderzoek (middels de CQ-index)

Indien een gezin, eventueel met ondersteuning van het netwerk van dat gezin, (vooralsnog) onvoldoende redzaam is, daarmee niet in het vervoer van de jeugdige van en naar de locatie van hulpverlening kan voorzien en het vervoer dient te worden ingezet om de noodzakelijke hulp te kunnen bieden aan deze jeugdige, draagt de aanbieder zorg voor dit vervoer.

Doel

Het doel van een dyslexiebehandeling is een voldoende niveau van technisch lezen en spellen uitgedrukt in gangbare eisen en criteria passend bij de leeftijd, schoolniveau en/of beroepsperspectief van jeugdige en een voor jeugdige acceptabel niveau van zelfredzaamheid. Het doel van de behandeling kan mede beïnvloed worden door de ernst van de geconstateerde stoornis(sen) en eventueel bijkomende co-morbide verschijnselen.

Doelgroep

Kinderen waarbij de diagnose ernstige dyslexie is vastgesteld.

Inzet functieniveau medewerker

HBO/HBO+/WO

Regiebehandelaar

WO

Voorspelbaarheid van de aanpak

Zeer voorspelbaar

Inzet (duur/intensiteit)

Gemiddeld 45-60 behandelingen van 50-60 minuten, meestal 1 keer per week, het betreft een traject per jeugdige met een gemiddelde looptijd van 18 maanden.

Regie	
Beschrijving	In sommige gezinnen kan het gewenst zijn (casus)regie te organiseren. Hier kan sprake van zijn wanneer veel hulpverleners zijn betrokken, maar ook wanneer er zich situaties voordoen die neigen naar het inzetten van een route richting het gedwongen kader. Het doel van het overnemen van de casusregie is om ervoor te zorgen dat ouders zelf de regie over hun leven en de opvoeding van hun kinderen weer kunnen terugpakken en daarmee in voorkomende gevallen eventueel een kinderschermingsmaatregel te voorkomen. De regisseur trekt gezamenlijk op met de ouders, het netwerk, hulpverleners en indien nodig ook de Raad voor de Kinderbescherming. Het arrangement regie kan alleen worden ingezet door het toegangsteam, bij aanbieders die dit hebben aangegeven bij de contractafspraken én indien het toegangsteam zelf de regie niet kan of wil uitvoeren. De regisseurs kunnen casussen krijgen waarbij zij nog niet eerder betrokken waren, of casussen waarbij zij wel al betrokken zijn maar die fors meer regie vragen dan in het kader van redelijkheid kan worden verwacht binnen de bestaande hulpverlening.
Doel	Het uiteindelijke doel is dat het gezinssysteem zelf de regie weer kan voeren. Hier wordt aan gewerkt door het realiseren van goede afspraken tussen de verschillende aanbieders (of andere betrokkenen van het systeem) om te komen tot een goede voortgang van de hulpverlening. Dus, het gaat om het bevorderen van samenhang tussen de activiteiten die door de verschillende ketenpartners en betrokkenen rondom een gezinssituatie worden ingezet. Waar het gaat om regie ter voorkoming van een kinderschermingsmaatregel, gaat het ook om het plegen van interventies die nodig zijn in het gezin om deze maatregel te voorkomen. De casusregisseur is te allen tijde in staat om op te komen voor de belangen van het kind. Indien er nog geen gezinsplan door de toegang is opgesteld, stelt de regisseur deze op conform het format.
Doelgroep	Een gezinssysteem met jeugdige(n) waarbij complexe casusregie nodig is, of waarbij zich situaties voordoen die neigen naar het inzetten van een route richting het gedwongen kader. Complexe casusregie is onder meer nodig wanneer er sprake is van een combinatie van de onderstaande punten: - Als er een optelsom van acties benodigd is (meerdere hulpverleners) - Er sprake is van echtscheidingsproblematiek - Als er meerdere problematieken spelen bij de jongere (co morbiditeit) - Als het gezinssysteem niet helder is en er meerdere zaken spelen - Als er sprake is van vrijwillige gezinsvoogdrol - Als er sprake is van een psychiatrische stoornis met eventueel comorbiditeit - Als er sprake is van handelingsverlegenheid van de professional (wil zijn ingang behouden) - Als er sprake is van een groot risico op een bedreigde ontwikkeling wanneer regie ontbreekt - Wanneer ouders en/of de jeugdige herhaaldelijk de afspraken met de zorgaanbieder en/of zoals gemaakt in het gezinsplan niet nakomen en jeugdhulp noodzakelijk is. - Wanneer er extra externe inzet nodig is om een kinderschermingsmaatregel te voorkomen (regie ter voorkoming van een kinderschermingsmaatregel). - Uitgezonderd zijn jeugdigen waarbij een gecertificeerde instelling reeds betrokken is. Zij hebben namelijk de inhoudelijke regie over dit gezin zoals afgesproken in het samenwerkingsprotocol gecertificeerde instellingen.
Deskundigheid regisseur	
Functie-eisen	• HBO/HBO+ (geregistreerd bij SKJ) • Kennis van het gedwongen kader

• Kennis van de Jeugdwet • Aantoonbare ervaring in het werkveld van het Sociale Domein • Aantoonbare gespreksvaardigheden gericht op het stellen van open vragen, onderzoekende vragen en helpende vragen • Sterk netwerk in het Sociaal Domein • In staat te werken in gespannen situaties en deze om te buigen naar constructieve samenwerking • In staat het belang van de jeugdigen voorop te stellen en samen met betrokkenen een positieve spiraal te realiseren • Ervaring in regie voeren • Aantal jaren werkervaring in het begeleiden van gezinnen of werken met gezinssystemen
Inzet (duur/intensiteit)
Bij reguliere regie is de verwachting dat het traject gemiddeld 1 jaar duurt en de intensiteit in het begin hoog is en tegen het einde van het traject m.n. de laatste nazorg betreft. Bij regie ter voorkoming van een kinderschermingsmaatregel is de verwachting dat het traject maximaal een half jaar duurt en de intensiteit zowel aan het begin als aan het eind oploopt, vanwege de contacten die nodig zijn voor overdrachten tussen GI en toegangsteams.
Kenmerken
• Gezinnen hebben moeite met regie houden over de verzorging en opvoeding van hun kind en hun zorg-behoefte is meervoudig (complex). • Verantwoordelijk voor inhoud en coördinatie zorgproces, niet voor de hulpverlening die wordt ingezet door derden. • Ook de cliënt behoudt zijn eigen verantwoordelijkheden, die nemen we niet over. Zelfregie blijft het uitgangspunt ook bij complexe casusregie. • Regisseur is verantwoordelijk voor het doorhakken van knopen en voor opschalen bij stagnatie. • Het arrangement regie kan alleen door Toegang worden ingezet.
Relatie toegang
• Indien de toegang nog geen gezinsplan heeft opgesteld, stelt de regisseur het gezinsplan op. • 3 maanden na de start en 8 weken voor het einde van het arrangement regie, neemt de regisseur contact op met de toegang om voortgang en perspectief te bespreken. • De regisseur adviseert de toegang om jeugdhulp in te zetten of door te leiden naar de bescherm tafels. De toegang besluit. • Wanneer er problemen zijn met de aansturing op de aanbieders i.v.m. coördinatie op het zorgproces en de regisseur er niet uitkomt, neemt hij contact op met toegang. De toegang heeft doorzettingsmacht. • De toegang is verantwoordelijk voor de procesregie.

1. Regie 'onafhankelijk'	2. Regie 'reeds betrokken'	3. Onafhankelijke regie ter voorkoming van een kinderschermingsmaatregel (GI's)
Een onafhankelijke regisseur wordt ingezet door de toegang om de regie op de casus te pakken en zo nodig het gezinsplan op te stellen. De ureninzet is hoger aangezien de onafhankelijke regisseur nog niet eerder betrokken was en het gezin nog niet kent. Gemiddelde ureninzet is 50 uur per jaar.	Vanuit de bestaande kring aan hulpverleners wordt door de toegang één hulpverlener gevraagd om de regie te voeren over de casus en zo nodig gezinsplan op te stellen. De ureninzet is lager aangezien de regisseur al betrokken was en het gezin al kent. Gemiddelde ureninzet is 30 uur per jaar.	Een onafhankelijke regisseur ter voorkoming van een kinderschermingsmaatregel wordt ingezet door de toegang om de regie op de casus te pakken en zo nodig het gezinsplan op te stellen en interventies uit te voeren. Doel is een jeugdbeschermingsmaatregel te voorkomen, zonder de verantwoordelijkheid over te nemen. Vaak is het een dringende laatste poging om ouders te stimuleren de problemen op te lossen. De zorgen over de kinderen zijn zo serieus, dat er, in het belang van het kind, iets moet gebeuren. Als het niet lukt te voorkomen dat de problemen erger worden en de situatie te verbeteren, dan kan alsnog een de route richting het gedwongen kader ingezet worden. De ureninzet is hoger dan de reguliere onafhankelijke regie, omdat de onafhankelijke regisseur, met de expertise van de GI, nog niet eerder betrokken was en in korte tijd zeer intensief moet interveniëren in het gezin om een kinderschermingsmaatregel te kunnen voorkomen. Gemiddelde ureninzet is 65 uur per half jaar.

Consultatie
Beschrijving
Onder het arrangement "Consultatie" wordt verstaan het raadplegen van opdrachtnemer door de gemeentelijke toegang tijdens het toewijzingsproces, met als doel de deskundigheid van opdrachtnemer

te benutten ten behoeve van de beoordeling van de hulpvraag van de burger om tot een toewijzing te komen.

De gemeentelijke toegang neemt voorafgaand aan (de toewijzing van) de consultatie contact op met opdrachtnemer, waarbij wordt bepaald:

- of opdrachtnemer over de gewenste deskundigheid beschikt in verhouding tot de hulpvraag van de burger;
- wat de benodigde tijd van opdrachtnemer is om de hulpvraag van de burger te beoordelen; en
- op welk opleidingsniveau deze beoordeling plaatsvindt.

Op basis van hetgeen is besproken, wordt de toewijzing voor de consultatie opgesteld.

Het arrangement “Consultatie” mag niet worden toegewezen:

- wanneer een ander arrangement dan “Consultatie” aan opdrachtnemer is toegewezen;
- wanneer de consultatie kan leiden tot toewijzing van een arrangement aan (dezelfde) opdrachtnemer.

Onder het arrangement “Consultatie” wordt niet een (medisch) consult verstaan.

Consultatie HBO-niveau	90100
Consultatie WO-niveau	90200
Consultatie WO+-niveau	90300