Inkoop sociaal domein

Centraal Gelderland

Jeugd

Wmo + jeugd

Wmo

Inkoopdocument Behandeling

Behandeling

Zorgvorm specifieke eisen

Versiedatum: 08-07-2025

Versiebeheer

Datum	Nummer	Samenvatting
08-07-2025	2.1 geconsolideerd	Toegevoegd: - Het behandelen in een groep heeft de voorkeur ten opzichte van individueel - In eis 23 is de rekenregel opgenomen voor Behandeling individueel in groepsverband
08-07-2025	3.0 definitief	Toegevoegd: - Het behandelen in een groep heeft de voorkeur ten opzichte van individueel - In eis 23 is de rekenregel opgenomen voor Behandeling individueel in groepsverband

Inhoud

1. Beschrijving Behandeling ... 3
1.1 Visie ... 3
1.1.1 Algemeen ... 3
1.1.2 Dyslexie ... 4
1.2 Algemene uitgangspunten voor de behandelproducten ... 4
2. Producten behandeling ... 6
2.1 Behandeling individueel en groep ... 6
2.2 Behandeling groep ... 7
2.3 Consultatie ... 8
2.4 BSO+ ... 8
2.5 Dyslexie ... 9
2.6 Kindergeneeskunde ... 9
3. Zorgvorm specifieke eisen ... 10
Algemeen ... 10
Opleidingsniveau en bijbehorende criteria ... 10
Behandeling ... 12
Plan van aanpak ... 13
Dyslexie ... 13
Wachttijden ... 14
Direct- en indirect cliëntgebonden tijd ... 14
Behandeling individueel ... 14
Behandeling groep ... 15

1. Beschrijving Behandeling

1.1 Visie

1.1.1 Algemeen

Onder behandeling valt alle gecontracteerde jeugdhulp die gericht is op een methodische aanpak van ontwikkelings- en gedragsproblematiek van cliënten in de context van het netwerk (voorheen J&O, (dag)behandeling LVB en VG en jeugd GGZ).

De regio Centraal Gelderland heeft de ambulante en specialistische jeugdhulp bijeengebracht om beter te kunnen werken aan normaliseren: niet iedere gedraging vraagt om een behandeling. Soms hebben ouders/kinderen genoeg aan hoe zij met hun probleem kunnen omgaan zodat zij verder kunnen met hun leven.

Dit sluit aan bij de uitgangspunten van de 'pijlers van de positieve gezondheid': *gezondheid wordt daarin niet louter opgevat als het (volledig) vrij zijn van gezondheidsklachten, maar vooral ook als het vermogen om met problemen in het leven om te gaan. De nieuwe benaderingswijze richt zich, naast het behandelen van de symptomen, op het versterken van de persoonlijke weerbaarheid en maatschappelijke participatie. Dit krijgt vorm in een op maat gesneden, geïndividualiseerd herstel samen met zorgverleners. Maar ook in de eigen omgeving van de cliënt, samen met mensen uit die sociale omgeving.*

En bij de uitgangspunten van 'de nieuwe GGZ': *bij geestelijke gezondheidszorg gaat het om regie voeren op het eigen gezin en leven. Doel is om bij het ontbreken van de eigen regie deze weer te herstellen. Er moet meer worden aangesloten op eigen mogelijkheden en behoeften waarbij de focus ligt op het (terug) vinden van eigen kracht (voor ouders en kinderen), het om te leren gaan met klachten (kwetsbaarheden en ontwrichting die psychische klachten met zich meebrengen), het zelf regie voeren op de behandeling en dat de cliënt bezig kan zijn met betekenisvolle doelen die voldoening geven. Hulpverlening vanuit contact is snel beschikbaar op de momenten dat het echt nodig is.*

Omdat we binnen de transformatie bovenstaande uitgangspunten - in het kader van normaliseren - centraal stellen, is het logische gevolg dat ook dat wij daarmee DSM-V5 classificatie als basis voor de inzet van zorg loslaten en daardoor is de aanbieder niet meer verplicht deze in te zetten binnen een behandeling. Behandeling is gericht op het herstel, genezing, ontwikkeling, stabiliseren en/of hanteerbaar maken van het probleem. Het gaat om het hoe te kunnen leven en mee te kunnen doen in de maatschappij. Daar hoort het plakken van 'een etiketje' niet bij, omdat dat niet per definitie bijdraagt aan het versterken van weerbaarheid. Het hebben van een diagnose is niet leidend maar kan in bepaalde gevallen wel ondersteunend werken. Doe vooral wat nodig is om de problemen of vragen op te lossen.

Op basis van bovenstaande verschuift in principe dus de hele focus van de ambulante (specialistische) jeugdhulp. Het werken vanuit deze nieuwe invalshoek heeft gevolgen voor de aanbieders, voor inkoop, voor faciliteiten die binnen het onderwijs worden geboden en voor het lokale team.
Dit betekent voor de aanbieders dat van hen gevraagd wordt op een andere manier te kijken naar gedrag en de vraag van kind en ouder(s) als gevolg van opgroei- en opvoedproblemen, psychische problemen en stoornissen waardoor de cliënt (rekening houdend met zijn leeftijd en ontwikkelniveau) in staat wordt gesteld:

a) Gezond en veilig op te groeien.
b) Te groeien naar zelfstandigheid.
c) Voldoende zelfredzaam te zijn en maatschappelijk te participeren.

De manier van kijken is minder gericht op 'wat is er mis met mijn kind'? dan wel 'hoe kan het kind en het gezin versterkt worden binnen de bestaande mogelijkheden'? Dat betekent ook dat er een herijking zal plaatsvinden van 'wat is behandeling'? en dan gericht op (het herstel van) van de (individuele) weerbaarheid zodat er ook geen afhankelijkheid van een specifieke behandeling ontstaat. We richten ons op de veerkracht en het herstelvermogen, waardoor zorg niet langer dan noodzakelijk wordt geleverd en er waar nodig nazorg geleverd wordt. We richten ons daarbij automatisch op het hele systeem en niet langer het individu alleen.

Met een sterke samenwerking tussen behandelaren en het leefsysteem van kind/jongere/gezin wordt een positief effect beoogd op de ontwikkeling van de cliënt, het gezin en de omgeving. En de focus is om cliënten te laten profiteren van de gewone aspecten van gezinsleven en van de bescherming die het (onderdeel uitmaken van een) gezin biedt.
Het gaat daar om de vraag hoe met elkaar geleefd kan worden én staat het hele leefsysteem van de cliënt centraal.

1.1.2 Dyslexie

Dyslexie valt onder de zorgvorm Behandeling maar wijkt af van de andere producten Behandeling. Dyslexie is opgesplitst in twee producten namelijk diagnose en behandeling. Wel is er gekozen voor één tarief. De splitsing tussen de producten blijft gehandhaafd om de volgende redenen:

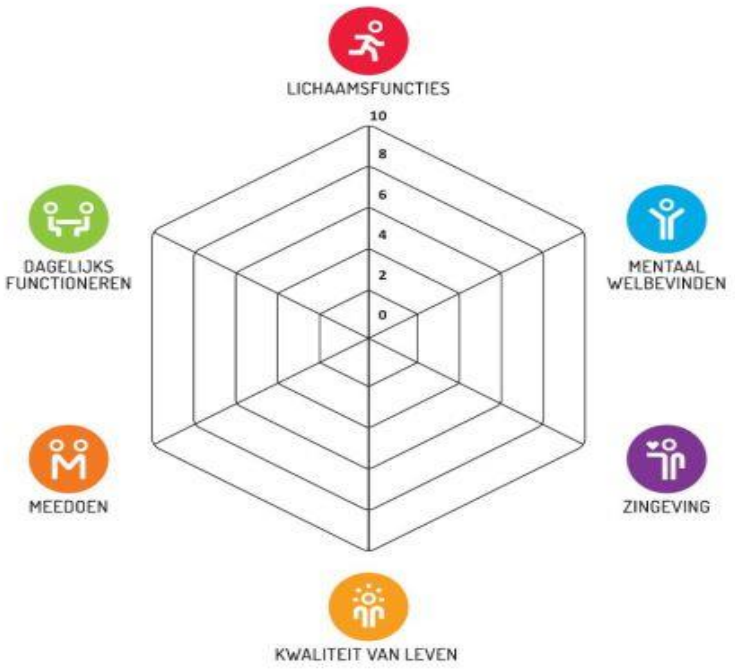
- De cliënt en de ouder(s) hebben na diagnostiek de vrijheid om over te stappen naar een andere aanbieder.
- De gemeenten willen inzicht in inzet uren diagnose en behandeling.
- De gemeenten willen inzicht in de verhouding diagnostiek en doorstroom behandeling.
- Aantal uren zijn per product gemaximaliseerd.
- Doelen per product verschillen.
- Na een diagnostiektraject kan een andere vorm van hulpverlening dan behandeling voor EED noodzakelijk zijn, waarbij de kosten van zorg niet ten laste van de gemeenten komen. Tijdens de diagnose wordt niet bij ieder kind EED geconstateerd, hoewel er wel sprake kan zijn van dyslexie.

Inzicht in aantallen aanvragen en de duur van de diagnose/behandeling is noodzakelijk om de juiste keuzes te kunnen maken. Doel kan hierbij zijn het aantal aanvragen te normaliseren en de dyslexieketen te verbeteren. Onderzoek zal worden gedaan waarbij wordt bekeken of het aanstellen van een poortwachter van meerwaarde is. Goede managementinformatie is belangrijk, zodat antwoord gegeven kan worden op vragen als: Hoeveel trajecten diagnostiek leiden uiteindelijk naar een behandeling? Of: Hoe hoog is het percentage van cliënten met EED in regio Centraal Gelderland in relatie tot het landelijk gemiddelde waarbij EED wordt vastgesteld? Het Protocol Dyslexie Diagnostiek en behandeling 2.0 blijft hierbij het leidende instrument. Het protocol geeft een leidraad om ernstige dyslexie te diagnosticeren, indiceren en behandelen. Het gaat daarbij om kinderen in de leeftijd van de basisschool (groep 3 t/m 8).

1.2 Algemene uitgangspunten voor de behandelproducten

We verwachten van elke gecontracteerde aanbieder dat hij aantoonbaar werkt vanuit de principes/uitgangspunten van 'de nieuwe GGZ' en/of 'positieve gezondheid'.

De 6 pijlers van de positieve gezondheid zijn:



Indien er sprake is van een verwijzing door een geautoriseerde verwijzer stelt de aanbieder vast wat de (uiteindelijke) hulpvraag is en welke problematiek aan de hulpvraag ten grondslag ligt. Daarna stelt deze de aard en omvang van de benodigde hulp vast waarbij gekeken wordt naar hetgeen de cliënt en/of gezin zelf kan, er een algemene voorziening voorhanden is of dat een individuele voorziening nodig is. In dat laatste geval kijkt de aanbieder welke voorziening dat is en in welke mate.

<u>Uitgangspunt van de behandeling is:</u>

- De vraag van de cliënt en het versterken van zijn omgeving.
- Dat de hulpverlening ambulant werkt, in een groep of in de leefomgeving van de cliënt is.
- Zo kortdurend en zo nabij als mogelijk met een duidelijke begin- en eindtijd.
- De behandeling gaat uit van een integrale aanpak van de problematiek, zowel thuis, op school als buitenshuis.
- Het durven afsluiten van een traject onder de voorwaarde dat er mogelijkheden zijn om opnieuw een product in te zetten.
- De ontwikkeling, de problematiek en het perspectief van de cliënt en/of systeem in kaart brengen.

Daarnaast dient de aanbieder proactief in te zetten op lichtere vormen van ondersteuning waar dit mogelijk is. Het inzetten van deze ondersteuning is zorginzet die de specialistische, zwaardere zorg verkort of de resultaten ervan verbeterd. Dit kan door bijvoorbeeld aan te sluiten bij algemene voorzieningen. Verder hechten we een groot belang aan een integrale, wijkgerichte en/of multidisciplinaire dienstverlening met als doel het leveren van betere of goedkopere zorg, waarbij te allen tijde wordt voldaan aan de (kwaliteit)eisen zoals vastgelegd in de toelating.

2. Producten behandeling

2.1 Behandeling individueel en groep

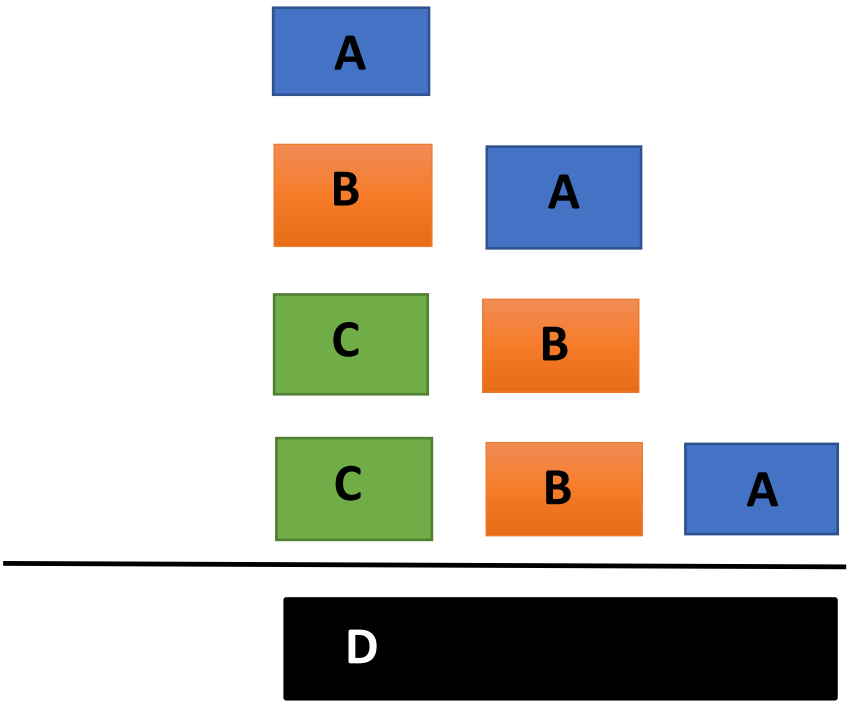
Jeugdhulp behandeling kent een onderscheid in producten 'Behandeling individueel' en 'Behandeling groep'. Op basis van een inschatting waaruit blijkt waar het beste de gestelde doelen behaald kunnen worden of waaruit blijkt wat het beste bij de cliënt past, wordt Behandeling groep of individueel ingezet. De behandeling kan zowel bij de aanbieder als ook in de thuissituatie plaatsvinden.
Het behandelen in een groep heeft de voorkeur ten opzichte van individueel.

Bij de behandeling in een groep ligt de eindverantwoordelijkheid voor de behandeling minimaal bij een postmaster opgeleide gedragswetenschapper (regiebehandelaar). Coördinatie en monitoring van Behandeling ligt bij een mede-behandelend gedragswetenschapper. M.a.w. er dient bij behandeling altijd het vierogenprincipe te worden toegepast. Reden hiervoor is de complexiteit van de doelgroep of de problematiek waarvoor de aanbieder hulp verleend.

De aanbieder dient bij inschrijving voor zowel het product Behandeling individueel als Behandeling groep, een voorliggend product aan te bieden binnen de zorgvorm Behandeling. Dit kan door de producten zelf te bieden of door de samenwerking met andere aanbieders aan te gaan. Bij inschrijving dient de aanbieder deze samenwerkende partijen aan te geven. Het doel is om hiermee makkelijk over te gaan naar inzet van lichtere of algemene zorg en de onderlinge samenwerking te stimuleren/vorm te geven.

Alleen bij het product Behandeling A is het mogelijk om als aanbieder alleen voor dit product in te schrijven. Behandeling D is voor een aantal specifieke aanbieders die voldoen aan de specifieke eisen die gesteld zijn bij Behandeling D. Deze aanbieders hanteren dan alleen het product Behandeling D en zetten dit product in voor alle dienstverlening binnen de individuele behandelproducten.

Dit betekent dat de volgende combinaties mogelijk zijn voor de producten Behandeling individueel:



Toelichting:
Voor de individuele behandelproducten B en C geldt dat er twee verschillende productcodes zijn, namelijk een specifieke productcode voor j-ggz en een specifieke productcode voor Jeugd & Opvoedhulp (J&O). Bij inschrijving kiest de aanbieder voor de productcodes van de j-ggz of van de J&O. Dus wil je als aanbieder werken op basis van de specifieke inzet van de professional op opleidingsniveau dan kies je voor de J&O-productcodes onder A, B en C en wil je werken in de mix van professionals die werkzaam zijn binnen het product dan kies je voor de j-ggz-productcodes onder B en C.

Met betrekking tot de behandelproducten A, B en C geldt dat deze nader zijn uitgewerkt naar:
- Behandeling J&O
- Behandeling GGZ
- Behandeling Groep

2.2 Behandeling groep

Voor de Behandeling groep geldt dat we gedurende de periode van contractering gaan kijken naar de mogelijkheden om de producten aan te passen. Uit de marktverkenningen blijkt dat het meer tijd en nader onderzoek vergt om te beoordelen of de huidige constructie van groepen en locaties voldoen aan hetgeen gemeenten beogen met de inzet van deze vorm van hulp. Een optie die we willen onderzoeken is of bepaalde groepen of locaties van de gecontracteerde aanbieders kunnen gaan vallen onder de Wet Kinderopvang.

Binnen de productenstructuur A t/m D zijn de behandelproducten van de groep onder gebracht bij A en B. Een aanbieder dient zich voor beide producten in te schrijven of alleen voor A.

2.3 Consultatie

Uitsluitend consultaties bij door de regio toegelaten aanbieders binnen de zorgvorm Behandeling komen in aanmerking voor vergoeding van de werkelijk bestede tijd. De geconsulteerde aanbieder of de aanbieder die een verzoek heeft voor consultatie, dient een jw315-bericht in bij de betreffende gemeente en geeft in de toelichting aan welke aanbieder het verzoek tot consultatie heeft ingediend of welke aanbieder wordt ingezet voor consultatie. Indien het lokale team inzet vraagt, dan wordt er een jw301-bericht gestuurd. De geconsulteerde aanbieder brengt de kosten voor de werkelijk bestede tijd van de betreffende professional in rekening bij de gemeente.

Binnen de consultatieproducten B, C en D is ook de medicatiecontrole en/of nazorg ondergebracht. Het aantal uren hiervoor is gemaximaliseerd en kan alleen worden ingezet als het behandeltraject van de cliënt is afgesloten en deze aansluitend is op het behandeltraject. De aanbieder dient dit product voor medicatiecontrole alleen toe te passen als de huisarts van de cliënt niet de medicatiecontrole kan of wil doen.

2.4 BSO+

Buitenschoolse opvang (BSO) is een verzamelnaam voor alle professionele kinderopvang voor schoolgaande kinderen buiten schooltijden. De BSO wordt gezien als vrije tijd en wordt daarom vooral gekenmerkt door het aanbieden van activiteiten. Het moet mogelijk zijn om kinderen die vanwege ontwikkelingsproblemen, sociaal-emotionele problemen, verstandelijke beperking of opvoedingsproblemen niet geplaatst worden binnen een reguliere BSO ook gebruik te laten maken van BSO. Echter omdat deze doelgroep veelal meer aansturing of een andere context nodig heeft, is het product BSO+ ontstaan. Ouders zoeken opvang voor hun kind buiten de reguliere BSO om deze aansturing of andere context te kunnen bieden. Deze BSO+ wordt momenteel volledig bekostigd vanuit de Jeugdwet, terwijl een opvangvraag reden is voor ouders om deze hulp aan te vragen. De intentie is om BSO+ het komende jaar na de contractering te gaan aanpassen en uit te breiden. Gemeenten kunnen er voor kiezen om de opvangkosten niet te vergoeden en de aanbieder kan deze in rekening brengen bij de ouders. De gemeenten kunnen er ook voor kiezen om door te gaan met het financieren van het gehele BSO+ traject zoals nu gebeurt.

2.5 Dyslexie

Voor de korte termijn is de ambitie om de kwaliteit van diagnostiek en behandeling te verhogen. Zowel de school als de zorgaanbieder hebben een poortwachter functie, maar gedurende de contractduur kan ook een poortwachter Dyslexie worden aangesteld. Op basis van de informatie uit het schooldossier wordt een inschatting gemaakt of een leerling in aanmerking komt voor het vergoeden van het traject diagnostiek en behandeling van ernstige enkelvoudige dyslexie.
Gemeente behoudt zich het recht voor om in het kader van pilots een deel van de dyslexiezorg (tijdelijk) buiten de contractering te houden en dit tijdens de looptijd van het contract aan één of meer inschrijvers en/of derden te gunnen. Niet is uit te sluiten dat gemeenten tijdens de duur van de overeenkomst één of meerdere pilots in één of meerdere gemeenten inzetten voor de uitvoering van de dyslexiezorg. Binnen de regio Centraal Gelderland bestaat de ambitie om op basis van nieuwe inzichten en innovatie de zorg en ondersteuning voor cliënten verder door te ontwikkelen.

Doelen:

- Verminderen/normaliseren van de instroom in dyslexiezorg en de bijhorende kosten en de prevalentie m.b.t. screening, onderzoek en diagnostiek terugbrengen naar het landelijke gemiddelde op alle scholen.
- Tot een toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar systeem van dyslexiezorg komen waarbij ouders, scholen, samenwerkingsverband, dyslexiezorgaanbieders en gemeente als ketenpartners samenwerken in het belang van het kind dat vanwege ernstige lees- en spellingproblemen extra ondersteuning nodig heeft. Zodat elk kind de juiste zorg ontvangt (preventie-in-door-uitstroom).
- Binnen de gelimiteerde middelen zoveel mogelijk kinderen met Ernstige Enkelvoudige Dyslexie behandelen..

Toelichting:
Landelijk stijgt het aantal kinderen met een diagnose voor dyslexie. De instroom van het aantal kinderen met dyslexie ligt landelijk hoger dan we mogen aannemen op basis van wetenschappelijk onderzoek. Volgens wetenschappelijk onderzoek heeft 10% van alle leerlingen van het basisonderwijs behoefte aan extra ondersteuning vanwege lees- en spellingsproblemen. Hiervan heeft ca. 4,1% ernstige en hardnekkige klachten waarvoor gespecialiseerde hulp noodzakelijk is. Voor deze hulp kan een beroep gedaan worden op de gemeentelijke hulp conform de Jeugdwet.

Daarnaast is de doelstelling om de gehele dyslexieketen waar mogelijk te verbeteren zodat elk kind de juiste zorg ontvangt. Conform de Jeugdwet komen alleen kinderen met Ernstige Enkelvoudige Dyslexie in aanmerking voor financiering van hun behandeling. Kinderen met minder ernstige taal- en spellingsproblemen dienen op de school te worden behandeld. Soms kan een andere psychosociale of medische oorzaak de behandeling in de weg staan en dan dient deze oorzaak eerst behandeld te worden. Door de gehele keten te verbeteren willen we de middelen zo effectief en efficiënt mogelijke inzetten en daarmee ook de scholen ondersteunen bij het oplossen van dyslexie- en leerproblemen bij kinderen.

2.6 Kindergeneeskunde

De producten die vallen onder kindergeneeskunde zijn specifiek bestemd voor organisaties die medisch specialistische zorg leveren voor cliënten uit de regio Centraal Gelderland. Hieronder vallen consulten voor diagnose en behandeling van ADHD en medicijncontrole.
Onder deze zorg valt niet de verstrekking van Psychofarmaca (geneesmiddelen of medicatie) extramuraal; deze vallen niet onder de Jeugdwet, maar onder de Zorgverzekeringswet. Dus het verlenen van medicatie aan extramurale cliënten is niet mogelijk op basis van een toewijzing van de gemeente. Extramurale cliënten zijn cliënten die niet in een instelling verblijven voor behandeling.

3. Zorgvorm specifieke eisen

Algemeen	
Eis 1	De (medewerkers van) jeugdhulpaanbieders en gecertificeerde instellingen moeten verantwoorde hulp verlenen. Deze verplichting is uitgewerkt in de norm van de "Verantwoorde werktoedeling" zoals opgenomen in het landelijke kwaliteitskader Jeugd. In het kader van beroepsbekwaamheid en -bevoegdheid geldt dat een professional altijd geregistreerd is in het SKJ- of BIG-register. Voor degene die zich niet kan registreren bij het SKJ geldt dat zij aantoonbaar kunnen voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen van het SKJ (bijv. VIT of SRVB). Daarnaast kan de specialisatie worden aangetoond met registraties van beroepsverenigingen. Professionals in de jeugdhulp dienen aangesloten te zijn bij een organisatie die checkt of voldaan wordt aan de eisen van vooropleiding, nascholing en bijscholing. Als gemeenten kiezen we voor: Stichting Register Vaktherapeutische Beroepen (SRVB), Register Vaktherapie, Vereniging van Integraal Therapeuten (VIT), Stichting Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ), Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie (NVRG), Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve therapieën (VGCt), Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en het Register aangaande/vanuit de Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).
Eis 2	Als de aanbieder of een van zijn medebehandelaars in het BIG- of SKJ-register is geschorst of doorgehaald, mag de betreffende medewerker niet meer worden ingezet op de opdracht en dient de aanbieder dit per direct te melden aan de gemeente waarmee aanbieder een overeenkomst heeft.
Eis 3	In aanvulling op de specifieke inkoopvoorwaarden artikel 3, lid 6 dient aanbieder maatregelen getroffen door de IGJ per direct te melden aan de gemeente waarmee aanbieder een overeenkomst heeft.
Eis 4	Aanbieder draagt mede zorg voor een goede doorgaande zorglijn van 18- naar 18+. Verwijzer en aanbieder starten, samen met de cliënt als deze de 16 jarige leeftijd heeft bereikt, met het maken van een toekomstplan. De regisseur vanuit het lokale (zorg)team moet daarbij betrokken worden. Netwerkondersteuning maakt onderdeel uit van het toekomstplan.

Opleidingsniveau en bijbehorende criteria	
Eis 5	**Opleidingsniveau hbo** • Aantoonbaar hbo diploma in zorg & welzijn. • Registratie bij SKJ (bijvoorbeeld ambulant begeleiders) of registratie bij SRVB, Register Vaktherapie of VIT (therapeuten, die zich niet meer bij SKJ kunnen registreren). **Opleidingsniveau hbo+** • Aantoonbaar hbo-diploma (bij voorkeur in zorg & welzijn). • Aangevuld met een aantoonbaar diploma van een post hbo opleiding in zorg & welzijn. Hier kan bijvoorbeeld onder vallen: - Erkend gedragstherapeutisch werker (met registratie bij VGCT). - Erkend systeemtherapeutisch werker (met registratie bij NVRG). • Registratie bij SKJ (bijv. ambulant begeleiders) of registratie bij SRVB, Register Vaktherapie of VIT (therapeuten, die zich niet meer bij SKJ kunnen registreren).

	Opleidingsniveau wo • Aantoonbaar wo-diploma Orthopedagogiek of Psychologie. - Erkend, dus geregistreerd orthopedagoog (NVO). - Erkend, dus geregistreerd psycholoog (NIP). • Registratie bij SKJ. **Opleidingsniveau wo+** • Aantoonbaar diploma Master wo in zorg en welzijn, bijvoorbeeld Orthopedagogiek of Psychologie (Post doctoraal 2 tot 4 jaar) of een aantoonbaar diploma van een hbo-masteropleiding in de sociale en/of gedragswetenschappen of geneeskunde. • Aangevuld met een diploma van een postdoctorale opleiding, die leidt tot: - Erkend, dus geregistreerd gedragstherapeut (VGCT-registratie). - Erkend, dus geregistreerd systeemtherapeut (NVRG-registratie)*. - Erkend, dus geregistreerd orthopedagoog generalist (NVO, registratie Orthopedagoog Generalist). - Erkend, dus geregistreerd kinder- en jeugdpsycholoog (NIP). - Erkend, dus geregistreerd GZ-psycholoog. • Registratie bij SKJ of BIG. *De professional die onder de overgangsregeling van de NVRG valt, komt ook in aanmerking voor het opleidingsniveau wo+. **Opleidingsniveau wo++** • Boven op de wo (diploma Master wo) is een specialistische opleiding tot psychotherapeut (BIG) of klinisch (neuro) psycholoog noodzakelijk (Post doctoraal 4 jaar of meer). - Erkend, dus geregistreerd psychotherapeut (BIG-registratie). - Erkend, dus geregistreerd klinisch (neuro) psycholoog (BIG-registratie). **Opleidingsniveau Ams** • Aantoonbaar diploma afronding specialisatie psychiatrie. - Erkend, dus geregistreerd Kinder- & jeugdpsychiater (BIG-registratie).
Eis 6	**Opleidingsniveau voor Dyslexie** • De regiebehandelaar binnen Dyslexiezorg dient te zijn: - Erkend, dus geregistreerd gezondheidspsycholoog (BIG). - Erkend, dus geregistreerd kinder- en jeugdpsycholoog (NIP). - Erkend, dus geregistreerd orthopedagoog-generalist (NVO). De regiebehandelaar kan eventueel bij zijn behandeling ondersteund worden door medebehandelaars. • Medebehandelaars zijn gekwalificeerde specialisten: - Een basispsycholoog en/of orthopedagoog. - Een logopedist.

Behandeling	
Eis 7	De uitgangspunten die een aanbieder dient te hanteren bij de behandeling zijn: • De vraag van de cliënt en het versterken van zijn omgeving. • Dat de hulpverlening ambulant werkt, in een groep of in de leefomgeving van de cliënt is. • Zo kortdurend en zo nabij als mogelijk met een duidelijke begin- en eindtijd. • Het durven afsluiten van een traject onder de voorwaarde dat er mogelijkheden zijn om opnieuw een product in te zetten. • De ontwikkeling, de problematiek en het perspectief van de cliënt en/of systeem in kaart brengen. De aanbieder levert bij het verificatiegesprek een voorbeeld van een ondersteunings- of behandelplan aan die de aanbieder toepast bij de behandeling van een cliënt en waaruit blijkt dat de principes/uitgangspunten van 'de nieuwe GGZ' en/of 'positieve gezondheid' tot uiting komen en waarin de uitgangspunten zijn opgenomen.
Eis 8	De aanbieder dient bij inschrijving voor zowel het product Behandeling individueel als Behandeling groep, een voorliggend product aan te bieden binnen de zorgvorm Behandeling. Dit kan door de producten zelf te bieden of door de samenwerking met andere, gecontracteerde aanbieders voor dezelfde zorgvorm of via onderaannemerschap aan te gaan. Bij inschrijving dient de aanbieder deze samenwerkende partijen aan te geven. Als er geen voorliggend product bestaat, dan vervalt deze eis.
Eis 9	Voor de individuele behandelproducten B en C geldt dat er twee verschillende productcodes zijn, namelijk een specifieke productcode voor j-ggz en een specifieke productcode voor J&O. Bij inschrijving kiest de aanbieder voor of de productcodes van de j-ggz of voor de productcodes van de J&O. Indien aanbieder kiest voor de J&O-systematiek dan dient naar inzet van opleidingsniveau te worden gedeclareerd.
Eis 10A	Van de aanbieder die ervoor kiest om te werken met de j-ggz productcodes wordt verwacht dat hij op jaarbasis inzicht verschaffen in de werkelijke inzet van de opleidingsniveaus (hbo, hbo+, wo, wo+, wo++ en Ams) op basis van de professionals die worden ingezet t.b.v. een traject van een cliënt.
Eis 10B	Van de aanbieder wordt verwacht dat hij op jaarbasis inzicht verschaft in de verhouding directe en indirecte cliëntgebonden tijd. In het verificatiegesprek wordt met de aanbieder de gehanteerde verhouding besproken en vastgesteld (zie eis 23).
Eis 11	Van de aanbieder die werkt met de j-ggz productcodes wordt verwacht dat hij zich houdt aan het Model Kwaliteitsstatuut GGZ.
Eis 12	De omvang van de overhead verschilt (sterk) per aanbieder en per sector. Het tariefniveau van 2019 en de jaren daarvoor sloot aan op het tariefniveau van vóór de decentralisatie. Dit tariefniveau was gebaseerd op een relatief grote omvang van de overhead. De regio Centraal Gelderland heeft bij de inkoop een ontwikkelparagraaf opgenomen met betrekking tot een verkenning naar de afbouw van overheadkosten. Specifiek voor behandeling is in de tariefstelling 2020 een eerste aanzet gegeven. De tarieven zijn berekend na een uitvraag van de kosten en de opbouw van de tariefberekening is ten opzichte van vorige jaren geobjectiveerd en genormeerd. Er is voor de tariefstelling 2020 gekozen voor een 'zachte landing', waarin samenvoeging van alle sectoren in één productengebouw niet leidt tot een al te scherpe daling van de tarieven. Op basis van een aantal opties heeft de regio Centraal Gelderland, voor behandeling, een keuze gemaakt voor afbouw van de component overhead.

	De component wordt jaarlijks afgebouwd met 5%, dus in 2020 naar €41.500, in 2021 naar €39.000 en in 2022 naar €37.000. Bij deze berekening worden de cao-stijgingen wél meegenomen in het loondeel van de tariefstelling.

Plan van aanpak	
Eis 13	Elke aanbieder werkt aantoonbaar vanuit de principes/uitgangspunten van 'de nieuwe GGZ' en/of 'positieve gezondheid'. De aanbieder levert, bij inschrijving, een plan van aanpak aan waarin staat beschreven hoe de aanbieder werkt aan deze 2 principes. Uiteraard geldt voor de uitwerking van dit plan van aanpak dat de aanbieder dit doet met inachtneming van alle gestelde eisen, voorwaarden en beschrijvingen in gepubliceerde inkoopdocumenten. De volgende onderwerpen dienen in ieder geval in het plan van aanpak/beleidsplan te zijn opgenomen: • Hoe wordt voldaan aan de genoemde principes en uitgangspunten zoals deze zijn weergegeven onder Visie? • De wijze waarop het afschalen of overdragen van de zorg is geïntegreerd in de werkwijze, het proces en de contacten met stakeholders van de aanbieder. • De rol in de ketensamenwerking regionaal en lokaal met gemeenten en de lokale oriëntatie op de wijken waar de aanbieder zorg levert. • Hoe de aanbieder zich proactief inzet op lichtere vormen van ondersteuning en aansluit op de lokale, algemene voorzieningen en hoe deze inzet geïntegreerd is in de werkwijze? De aanbieder toont hierin een proactieve houding. De aanbieder beschrijft concreet hoe aan deze principes te gaan voldoen, zo mogelijk met voorbeelden. Hierbij houdt aanbieder de volgorde aan zoals voorgeschreven. Aanbieders Dyslexie dienen enkel de laatste 2 onderwerpen toe te lichten. Dit plan bestaat uit maximaal 2 pagina's, lettertype Calibri en lettergrootte 11.

Dyslexie	
Eis 14	Aanbieders zijn bereid mee te werken aan eventueel regionaal op te zetten effectstudies, cliënttevredenheidsonderzoeken en activiteiten in het kader van de transformatie van zorg.
Eis 15	Indien de aanbieder zowel diagnosticeert als behandelt, dan garandeert de aanbieder dat alleen noodzakelijke dyslexie-trajecten worden opgestart en werkt de aanbieder mee aan steekproefsgewijze toetsing op deze noodzakelijkheid.
Eis 16	De jeugdhulp wordt verleend op basis van een of meerdere met de cliënt en zijn ouder(s) overeengekomen plan(nen) zoals bedoeld in artikel 4.1.3 van de Jeugdwet. Dit plan c.q. deze plannen worden tussentijds en aan het eind van de jeugdhulpverlening door aanbieder met de cliënt en diens ouder(s) geëvalueerd. Uit het dossier moet blijken dat het plan c.q. de plannen met de cliënt en diens ouder(s) besproken is c.q. zijn, wat de meningen van de cliënt en diens ouder(s) zijn en waarmee wel/niet akkoord is gegaan. De aanbieder werkt mee aan steekproefsgewijze toetsing op deze noodzakelijkheid.
Eis 17	Aanbieders zorgen er gezamenlijk voor dat de prevalentie in de regio van de gemeente niet hoger is dan het landelijk gemiddelde. Elke aanbieder heeft daarin een gedeelde verantwoordelijkheid. Dit betekent dat kritisch wordt gekeken naar de instroom en het onderwijs wordt gewezen op haar verantwoordelijkheden.

	Gemeente verwacht daarbij een onafhankelijke opstelling van alle aanbieders.
Eis 18	Aanbieder kan inzichtelijk maken op welke wijze hij bijdraagt aan innovatie en deskundigheidsbevordering met betrekking tot dyslexiezorg in het onderwijs.
Eis 19	In zéér uitzonderlijke gevallen kan verlenging van de diagnose en behandeling plaatsvinden. De aanbieder motiveert/onderbouwt het verzoek tot verlenging door middel van een aangeleverd plan van aanpak. De gemeente (lokaal team)/poortwachter beoordeelt in overleg met de school en aanbieder of een nieuwe verwijzing nodig is om het gewenste resultaat te behalen.
Eis 20	De aanbieder conformeert zich aan de werkwijze voor aanmelding die door de deelnemende gemeenten wordt gehanteerd.

Wachttijden

Eis 21

In het algemeen programma van eisen (eis 16) is aangegeven dat aanbieders de wachttijden moeten vrijgeven op hun website. Aanvullend op de specifieke inkoopvoorwaarden artikel 3 lid 4 geldt voor Behandeling specifiek dat onder wachttijden en –lijsten het volgende verstaan:

Term	**Omschrijving**	**Norm**
Aanmeldwachttijd	De periode tussen het moment dat een ouder en/of cliënt belt voor een afspraak en het daadwerkelijke intakegesprek. In deze periode wordt ervoor gezorgd dat alle administratieve zaken om te starten met een intakegesprek zijn geregeld.	4 weken
Behandelwachttijd van aanname zorgvraag tot start behandeling	De periode tussen de aanname van de zorgvraag van de cliënt door de aanbieder en het begin van de behandeling.	14 weken

Binnen de regio is er voor acute gevallen (bijv. crisis) vastgesteld dat er binnen 24 uur hulp beschikbaar moet zijn.

Eis 22	Van de aanbieder wordt verwacht dat hij actief op zoek gaat naar andere aanbieders die de zorg of het traject van een cliënt kunnen overnemen, als blijkt dat de cliënt langer dan de normen moet wachten op de start van zijn/haar behandeling. Daarnaast wordt er ‘overbruggingszorg’ ingezet. De verantwoordelijkheid van de zorg voor de cliënt ligt gedurende de wachttijd bij de aanbieder.

Direct- en indirect cliëntgebonden tijd

Eis 23

Behandeling individueel

Voor de individuele producten geldt dat de te declareren uren de cliëntgebonden uren zijn. Cliëntgebonden uren zijn uren die worden ingezet ten behoeve van de (hulp) vraag van de cliënt. De cliëntgebonden uren bestaan uit direct en indirect cliëntgebonden tijd. Dit betekent ook dat tijdens het toewijzen van zorg op deze producten, hier rekening mee moet worden gehouden. De gemiddelde verhouding voor direct en indirect cliëntgebonden tijd is maximaal 60/40.

Direct cliëntgebonden tijd
Al het directe (face-to-face) contact met de cliënt en het cliëntsysteem (ouders, verzorgers, pleegouders en voogden). Dit is in aanwezigheid van of rechtstreeks met de cliënt of cliëntsysteem (telefonisch contact, mail en e-health). De direct cliëntgebonden tijd dient op cliëntniveau geregistreerd te worden.

Indirect cliëntgebonden tijd
Alle werkzaamheden die wel voor een individuele cliënt worden uitgevoerd, maar niet in aanwezigheid van de cliënt. Onder indirect cliëntgebonden tijd valt de voorbereiding van de behandeling, looptijd van en naar cliënten, opstellen van het plan, halen/aanvragen hulpmiddelen, reistijd ten behoeve van cliënten, wachttijd, cliëntenadministratie, cliëntgebonden overleg/consult, overdacht enzovoort.

Let op: te declareren uren betreffen dus geen 'niet cliëntgebonden tijd'.

Niet cliëntgebonden tijd
Alle activiteiten die niet direct of indirect met individuele cliënten te maken hebben. Het betreft tijd die niet aan een specifieke cliënt is toe te wijzen. Voorbeelden van niet-cliëntgebonden tijd zijn managementtaken, beleidsoverleg; commissies/werkgroepen, deskundigheidsbevordering geven/ontvangen; opleidingsactiviteiten geven/ontvangen; wetenschappelijk onderzoek; algemeen werkoverleg, algemene administratie; persoonlijke verzorging en sociale contacten, niet cliëntgebonden reistijd, telefoneren; tijd besteed aan tijdregistratie; overig.

Behandeling groep

Voor deze producten geldt dat de te declareren uren de cliëntgebonden uren zijn. De cliëntgebonden uren bestaan uit direct en indirect cliëntgebonden tijd. Dit betekent dat tijdens het toewijzen van zorg op deze producten er geen rekening hoeft te worden gehouden met het beschikken in de vorm van extra uren. Bij behandeling groep geldt dat de indirect cliëntgebonden tijd is opgenomen in het tarief en alleen de daadwerkelijke geplande uren van aanwezigheid in de groep gefactureerd kunnen worden.

Behandeling individueel in groepsverband

In lijn met de doorontwikkeling zoals beschreven in paragraaf 2.2. van dit document is het voor aanbieders die een overeenkomst hebben voor individuele behandeling mogelijk om binnen een individueel behandeltraject van een jeugdige individuele behandeling in te zetten in groepsverband. De keuze voor behandeling in groepsverband wordt gemaakt op basis van een inschatting op welke wijze de gestelde doelen het beste behaald kunnen worden of op basis van dat het beste bij de jeugdige past.

De wijze van declaratie van behandeling individueel in groepsverband is geformuleerd in de volgende rekenregel:
Het totaal aantal minuten van de groepsbehandeling, vermenigvuldigd met het aantal behandelaren en gedeeld door het aantal jeugdigen die deelnemen in de groep.
Hierbij wordt uitgegaan dat het te declareren bedrag nooit meer mag zijn dan het individuele tarief vermenigvuldigd met het aantal deelnemers in de groep.