

Bijlage I.2 Marktverkenning productbeschrijvingen 2023

Marktverkenning productbeschrijvingen 2023

De vragen en bijbehorende antwoorden zijn ingedeeld per productbeschrijving

1	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	<p>Voor ons is het nog steeds niet duidelijk waarom de regio teruggaat naar p*q financiering? Graag zouden wij (nogmaals) een uitgebreide toelichting hierop zien? Het druipt in tegen het rapport van Rita Verdonk!</p> <p>Toelichting/onderbouwing: Zie bijlage. 'transitie jeugdzorg' - toekomst functiegerichte bekostiging."Model prestatiecodes jeugd"</p>		
Antwoord	<p>In de transformatieopgave waarvoor aanbieders vanaf 2023 worden gecontracteerd wordt niet alleen voor het leveren van een dienst ingeschreven, maar ook voor het veranderen van die dienst (doorlooptijden, lichtere zorg, hogere kwaliteit, enz.). Om dat te volgen zijn afgebakende producten nodig. Hiervoor is in oktober aan zorgaanbieders een mogelijk oplossing voorgelegd, door gebruik te maken van de facultatieve velden in het berichtenverkeer. Hierop is destijds geoordeeld door zowel zorgaanbieders en gemeenten dat de oplossing niet werkbaar zou zijn. Daarnaast werden ook risico's gesignaleerd, omdat op die manier teveel op de facultatieve velden in het berichtenverkeer geleund wordt, die niet overal uitgelezen (kunnen) worden. De enige andere optie die de gemeenten zien om dit te realiseren vraagt om ongeveer 450 declaratiecodes. Ook dit is daarom een niet proportionele oplossing.</p> <p>Daarnaast hebben de gemeenten de wens uitgesproken om zoveel mogelijk één declaratiewijze te hanteren. Declareren op opleiding voor groepsactiviteiten en verblijfszorg is niet mogelijk. Hierdoor is het eenduidig toepassen van één systematiek niet mogelijk.</p> <p>Een Hybride systeem, waarbij wordt toegewezen op specifieke diensten, maar gedeclareerd wordt op opleidingsniveau is overwogen, maar brengt een te hoge administratieve druk met zich mee, door het combineren van twee verschillende administratieve protocollen en werkwijzen.</p> <p>De landelijke ontwikkeling beweegt zich richting toewijzen op diensten en declareren op opleidingsniveau. Echter zijn in deze ontwikkeling deze issues ook nog niet opgelost. Daarnaast is nog niet duidelijk wanneer deze landelijke afspraken er komen en de uitwerking hiervan wordt gefaciliteerd. Om die reden kiest de regio Alkmaar voor de meest administratieve zware oplossing, door de standaard uitvoeringsvarianten en de bijbehorende inrichting te volgen. Dit resulteert daarom in een inspanningsgerichte variant met toewijzing en declaratie op dienstniveau.</p> <p>De gemeenten sluiten niet uit dat gedurende het contract andere mogelijkheden gezamenlijk met zorgaanbieders worden ontwikkeld.</p>		

2	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	Algemeen - Administratie protocol, graag ontvangen wij het zorgadministratie protocol welke van toepassing is?		
Antwoord	Deze komt bij de publicatie van de aanbesteding beschikbaar.		

3	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	Ik heb begrip voor de beleidsdoelen en planning die daar bestuurlijk voor nodig is. Echter verdwijnt met een nieuw stelsel veel kind met badwater. Ik zie een reëel risico dat kwalitatief hoogwaardige hulpverlening verloren zal gaan met dit stelsel, tenzij ook specialistische producten worden toegevoegd. Producten zijn voor hapklare kwesties geschikt, maar passen niet goed op de specialistische behandelingen voor probleemgezinnen, zoals bijvoorbeeld bij complexe scheidingen. Ik wil mij met u inzetten om deze producten toe te voegen. Ik denk dat ik vanwege mijn betrokkenheid bij de beroepsverenigingen NIP en NVO, en ook mijn lidmaatschap van het Platform Scheiden zonder Schade én het Expertteam Complexe Omgangsproblematiek van de Ministeries van Justitie en van VWS een zinvolle bijdrage daaraan kan leveren. Ik stel mij voor dat op korte termijn gesprekken wenselijk zijn tussen gemeenten/regio en een delegatie van ervaren gespecialiseerde professionals (Koepel en VVRA).		
Antwoord	Het gesprek is een essentieel uitgangspunt van de nieuwe contractering. Het startpunt van 1 januari 2023 is dan ook niet de situatie waar we het einde van de contractduur mee afsluiten. Gedurende de contractperiode worden overlegmomenten ingebouwd. Voor meer informatie zie het aanbestedingsdocument.		

4	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	Ten aanzien van de producten kan ik zeggen dat ik de zorg (want dat is het en geen product mijns inziens) mij niet transparant overkomen. Het is onduidelijk wie bepaalt welke zorg geleverd wordt door wie. Ja, de regiebehandelaar is duidelijk. Heel vaak zal de zorg volledig door deze behandelaar geleverd worden. Ik ben al 28 jaar praktiserend (kinder- en jeugd) psycholoog aanvankelijk in de eerstelijns en later ook in de SGGZ. Binnen onze praktijk leveren we specialistische jeugdzorg in een laagdrempelige setting vaak in nauwe samenwerking met een kinderpsychiater. Het is mij niet duidelijk welke van de herstel gerichte producten we in onze huidige praktijk (twee GZ-psychologen/kinder- en jeugdpsychologen en orthopedagoog) wij nu nog mogen gaan leveren. Onze zorg wordt gewaardeerd door ouders en kinderen en ook door de huisartsen die over het algemeen verwijzen en waar nodig werken we nauw samen met de jeugdconsulenten van de gemeente. We kunnen individuele behandeling en gezinsbehandeling binnen de praktijk houden.		
Antwoord	Primair gesteld is het de verwijzer die samen met de client bepaalt welke zorg er nodig is. Indien aan de orde en gewenst in verdere afstemming met de beoogde zorgaanbieder. Met de nieuwe productindeling wordt het voor iedereen makkelijker om te bepalen welke vorm van jeugdhulp het meest passend is voor de hulpvraag. Voor de genoemde praktijk samenstelling is het mogelijk om voor meerdere producten in te schrijven. Zowel voor de Herstelgerichte J&O producten als een aantal GGZ producten		

5	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	De landelijke werkgroep die zich bezig houdt met tarieven en producten die volgen de huidige werkwijze van de regio Alkmaar. Dit zou betekenen dat landelijk er ene beleid volgt wat we nu in deze regio volgen. Realiseren jullie je dat een wijziging nu betekent dat we over twee jaren opnieuw weer een wijziging moeten doorvoeren. Dit betekent op kort een grote verandering die over 2 jaar vanuit landelijk opnieuw gewijzigd gaat worden. Wij aanbieders in deze regio zijn juist tevreden over de huidige werkwijze. De huidige regels hebben verlichting gegeven van de administratieve lasten en hebben het doel een betere samenwerking tussen aanbieders gerealiseerd. De voorstellen die er nu liggen lijken eerder een verzwarende te geven. Met het oog op systeem wijzigingen in de verschillende EPD waardoor alles weer opnieuw omgezet moet worden. In hoeverre hebben jullie hiermee rekening gehouden en of onderzoek naar gedaan.		
Antwoord	Zie vraag 1.		

6	Product: Algemeen	Onderwerp: Beschikkingen	Pag.
Vraag	Hoe zien de beschikkingen eruit? Hoe wordt deze afgegeven? is dit op basis van minuten? Doorlooptijd? Intensiteit? Geldigheid, duur - geen extra administratieve handelingen. Dus welk normkader wordt er gehanteerd en hoe wordt er mee omgegaan als de client niet precies in dat product past. bv. plotselinge grote mate van onveiligheid, crises in gezin enz.? Toelichting/onderbouwing: Geen beperking aan aantal uren/inzet per week etc. Op dit moment kost het aanvragen van een verlenging van een beschikking ongelooflijk veel tijd, hoe gaan we dit verkorten zodat de tijd aan de client besteed kan worden? Bij te gedetailleerd dan komt de focus daarop te liggen i.p.v. het juist behandelen. Voorstel: Beschikking alleen afgeven op totaal uren.		
Antwoord	Met de nieuwe structuur zal het mogelijk blijven om beschikkingen met een totale omvang af te geven, waarmee de aanbieder en client de toegewezen hulp flexibel in kunnen zetten. Beperkingen zijn op dit moment alleen in de vorm van richtlijnen. U bent als professional vrij om hiervan af te wijken. Het kan echter voorkomen dat de gemeente u vraagt om dit toe te lichten, dit om de dienstverlening in de toekomst verder te kunnen verbeteren. Eenheden voor inzet proberen we zoveel mogelijk te uniformeren.		

7	Product: Algemeen	Onderwerp: Gevolgde aanpak	Pag.
Vraag	<p>"Aansluitend hebben de aanbieders.... waarden te reageren". Dit is een hele korte doorlooptijd om zorgvuldig en volledig te kunnen reageren op de documenten zoals gepubliceerd op 13 januari 2021. Graag zouden wij na de publicatie van Nvl een moment zien waarop aanbieders een gesprek aan kunnen gaan t.a.v. de tariefbepaling? Toelichting/onderbouwing: Reëel tarief. Voorstel: Open dialoog met vergelijkbare aanbieders.</p>		
Antwoord	<p>We begrijpen dat de periode beperkt is. Vandaar ook dat we u vragen te toetsen of de uitgangspunten correct zijn gehanteerd.</p>		

8	Product: Algemeen	Onderwerp: Jeugdhulp	Pag.
Vraag	<p>Jeugdhulp versus sGGZ - is voor jeugdhulp een gedragswetenschapper as regiebehandelaar voldoende? Toelichting/onderbouwing: De verantwoordelijkheid die een gedragswetenschapper heeft is passend voor HAJ midden en zwaar. De ambulante jeugdhulp werkt in een ander model werken dan bij de GGZ (regiebehandelaren). Bij ambulante jeugdhulp ligt de regie meer bij de ambulant hulpverlener die skj geregistreerd is. GW-er behandelt cliënten en leidt casuïstiek besprekingen en geeft werkbegeleiding. Voorstel: Een GW-er binnen de jeugdhulp als regiebehandelaar aan te merken.</p>		
Antwoord	<p>Voor hulpvragen met GGZ problematiek sluiten we aan bij het kwaliteitsstatuut GGZ. Voor hulpvragen waarbij alleen sprake is van inzet van herstelgerichte J&O vormen van jeugdhulp kan het regiebehandelaarschap- onder voorwaarden- ook door een gedragswetenschapper worden ingevuld. Doordat behandeling ook binnen de jeugdhulp plaatsvindt, vanuit een wetenschappelijk kader, speelt de gedragswetenschapper daar een belangrijke rol. Daarnaast houdt een gedragswetenschapper ook toezicht op de toepassingen van de juiste methodiek. De dagelijkse jeugdhulp kan uiteraard door een HBO'er worden geleverd.</p>		

9	Product: Algemeen	Onderwerp: Producten	Pag.
Vraag	<p>Als er op product basis gewerkt wordt, kan er dan ook een consultatie tarief gerekend worden? Dus een nieuw product toevoegen?</p> <p>Toelichting/onderbouwing: In Utrecht is dit product opgenomen, dit werkt erg goed waarmee gemeenten en andere zorgverleners ondersteund worden in hu vraag stelling, soms is alleen advies voldoende, soms kan je aangeven dat een kind eerst doorstroomt naar de gemeente of lichte vorm i.p.v. GGZ, het kan ook betekenen dat je meteen naar de GGZ gaat omdat het daar meteen op zijn plek is. Minder geshopt door kinderen. En deze consulten moeten toch ergens van betaald moeten worden. Voorstel: Consultatie-tarief toekennen aan meerdere kwalificatieniveaus.</p>		
Antwoord	<p>Consultatie is alleen via de gemeentelijke toegang beschikbaar. Consultatie is naast andere producten in te zetten, binnen de kaders van de dienstomschrijving.</p>		

10	Product: Algemeen	Onderwerp: Productverdeling	Pag.
Vraag	<p>De Productverdeling past niet bij de huidige kennis over de relevantie van een systeembenadering, staat daar zelfs haaks op. In het geval van complexe scheidingen leidt het productmodel tot een stapeling van interventies en dat doorkruist de integrale behandeling. Iets waar deze regio, uniek in Nederland, in de afgelopen jaren goede ervaringen mee heeft opgedaan. Ik begrijp dan ook niet wat de reden is om dit goede stelsel te beëindigen, behalve een financieel motief. Dit zal per saldo ook niet goedkoper zijn want die cliënten blijven onder verantwoordelijkheid van de gemeente onverkort hulp vragen en nodig hebben. Als wijziging onvermijdelijk is, is het noodzakelijk dat specialistische (proces)producten worden toegevoegd aan het productenboek. Dit beleidsvoorstel zet instellingen centraal en denkt dat vrijgevestigden rekenkundig afgeleid kunnen worden uit dat systeem, maar dat is een fictie. Dit is gebaseerd op het idee van getalregie. In dit kader: het mixtarief en de opleidingsmix werkt bij specialistische zorg niet. De hooggespecialiseerde hulpverlener biedt immers 100% zorg op dát opleidingsniveau. Ook blijkt dit uit de bepaald onfortuinlijke term 'micro aanbieders', waarmee de vrijgevestigde specialisten (WO en WO+) wordt aangeduid.</p>		
Antwoord	<p>Ook binnen de nieuwe productstructuur is een systemische benadering heel goed mogelijk. Ook voor vrijgevestigden. Immers kunnen er, afhankelijk van de hulpvraag, meerdere producten tegelijkertijd worden ingezet. Al dan niet bij één of meerdere hulpverleners. De functie resp. opleidingsmix welke gehanteerd wordt in de afzonderlijke producten doet vervolgens recht aan het gegeven dat niet iedere vorm binnen een product door een en dezelfde behandelaar gegeven hoeft te worden. Zie vraag 1.</p>		

11	Product: Algemeen	Onderwerp: Reële tarieven	Pag.
Vraag	<p>Wat gaat de gemeenten doen met zorgaanbieders welke enorme financiële winsten draaien op jaarbasis? Waar andere zorgaanbieders jaarlijks negatieve cijfers moeten overleggen. Gaan zorgaanbieders ook gescreend worden op bijvoorbeeld; inhoud, beleid t.a.v. personeel, financiële huishouding en bovenal kwaliteit van de zorg?</p> <p>Toelichting/onderbouwing: Hierdoor heeft iedere organisatie zijn bestaansrecht en kan blijven voorzien in de lokale werkgelegenheid, waardoor eenvoudige tot zeer complexe hoogwaardige kwalitatieve zorg betaald kan blijven worden. En er geen aanbieders voor "de krenten in de pap" gaan. En organisaties kunnen blijven bestaan, niet dankzij het feit dat andere gemeenten reële tarieven betalen.</p> <p>Voorstel: Reële grens van de winst(marge) bepalen bij de aanbieders?</p>		
Antwoord	Dit is opgenomen in de contractering voor 2023. U kunt dit terug vinden in het aanbestedingsdocument.		

12	Product: Algemeen	Onderwerp: Stelsel	Pag.
Vraag	Een succes op financieel gebied heeft daarbij grote kans op resterende behandelschade. Zorgbehoefte en –noodzaak verdwijnt niet. Ik leg hier graag een vraag neer ter overdenking: hoe kijkt dit stelsel aan tegen Ongoing conflict?		
Antwoord	Gemeenten zien dit ook als een 'ongoing conflict', waar we gezamenlijk met onze zorgaanbieders gedurende de contractperiode een zo goed mogelijke en werkbaar oplossing voor willen creëren.		

13	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	Moet er altijd een diagnose aan ten grondslag liggen om hulp in te mogen zetten? Vanuit de praktijk zien we dat er niet altijd al bij jonge kinderen een diagnostiek traject is geweest maar er wel een hulpvraag kan liggen.		
Antwoord	Wanneer diagnostiek vereist is, is dit opgenomen in de dienstomschrijving. Echter verwachten wij wel van elke zorgaanbieder dat er een analyse van de hulpvraag plaats heeft gevonden. Dit is onderdeel van het jeugdhulptraject. Dit omdat effectieve en efficiënte hulpverlening alleen mogelijk is indien die gericht kan worden ingezet.		

14	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	<p>Met veel belangstelling heb ik uw onderbouwing van de tarieven en voorstellen tot productcodes gelezen. Hierin mist echter de specialistische (psychotherapeutische) diagnostiek en behandeling van jongeren en hun gezin door psychotherapeuten/ klinisch psychologen. Door uw onderzoek uit te voeren in bestaande organisaties meet u de werkelijkheid, deze is dat veel gz-psychologen, psychotherapeuten, klinisch psychologen en psychiaters deze instellingen verlaten hebben en zich als vrijgevestigde gepositioneerd hebben. Daarbij is een groot aantal van hen bij de overgang van de bekostiging van de zorgverzekeraars naar de gemeenten gestopt omdat zij geen contracten met verschillende gemeenten aan wilden gaan.</p> <p>Hierdoor ontbreekt bij veel kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen specialistische know how die gecoupeerd wordt door basispsychologen, -pedagogen, spv' en en HBO' ers onderdelen van de psychotherapie uit te laten voeren onder de naam van een specialistische modules die evidence based genoemd worden doordat de onderbouwing van de interventie klopt (u noemt deze interventies zelf in uw stuk).</p> <p>Echter, we weten allemaal dat deze stapeling niet tot het gewenste resultaat leidt omdat de chirurgische precisie ontbreekt. Kennis en vaardigheden kunnen niet alleen doorgegeven worden in cursussen of een maandelijks supervisie. Deze dienen in de praktijk geleerd te worden door een intensief opleidingstraject.</p> <p>Ik verzoek u daarom met klem de productcodes uit te breiden met echt specialistische codes die alleen geleverd kan worden als deze goed geïndiceerd zijn (langer durende problematiek, eerste lijns interventies hebben onvoldoende geholpen, hele jonge kinderen onder de 5 jaar, kinderen in complexe scheidingsituaties, kinderen met KOPP/KVO ouders, kinderen/jongeren met zeer ernstige internaliserende en externaliserende problematiek waardoor er forse relatieproblemen en/of schooluitval dreigt) en hier een markconform tarief aan te hangen zodat wij dit mooie beroep uit kunnen blijven oefenen en niet om financiële redenen gedwongen worden om de aanbestedingsronde voor 2023 aan ons voorbij te laten gaan.</p>		
Antwoord	<p>Het vertrekpunt voor de opbouw van de tarieven zijn de producten die de gemeenten inkopen, niet de organisatie die ze leveren.</p> <p>Ook binnen de nieuwe productstructuur is een systemische benadering heel goed mogelijk. Ook voor vrijgevestigden. Immers kunnen er, afhankelijk van de hulpvraag, meerdere producten tegelijkertijd worden ingezet. Al dan niet bij één of meerdere hulpverleners. De functie resp. opleidingsmix welke gehanteerd wordt in de afzonderlijke producten doet vervolgens recht aan het gegeven dat niet iedere vorm binnen een product door een en dezelfde behandelaar gegeven hoeft te worden.</p>		

15	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	<p>Ik lees helemaal nergens terug hoe dit voorstel de zorg voor de client gaat verbeteren. Verschotting, onderbetalen van personeel en specialisten, een enorme ruimte (40%) voor overheadkosten voor grote instellingen. Waar is het idee van de client centraal? Het idee was eerder dat we Integrale Jeugdhulp bieden in de regio Alkmaar en dat we dat samen doen. Waarom is dit aan de kant geschoven?</p>		
Antwoord	<p>U heeft enkele documenten ontvangen. In andere documenten wordt uiteraard meer aandacht besteed aan de positie van de cliënt en onze verwachtingen aan gecontracteerde zorgaanbieders om hieraan bij te dragen.</p>		

16	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	Er wordt geen product geleverd, er wordt zorg verleend. Dat is niet hetzelfde.		
Antwoord	Er wordt inderdaad jeugdhulp geleverd. De dienstenbeschrijving heeft dan ook betrekking op de kaders waarbinnen de jeugdhulp geleverd dient te worden.		

17	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	Het model lijkt ontwikkeld voor de grote organisaties. Dit is niet toepasbaar en werkbaar voor de kleinere praktijken en vrijgevestigden. Risico is dat de vrijgevestigden overwegen geen contracten aan te gaan met de gemeenten (zoals ook gebeurd is in de volwassenzorg). Dit draagt niet bij aan de in het overkoepelend kader jeugd genoemde doelstelling zelfregie voor gezinnen en ook niet aan de keuzevrijheid van gezinnen. Ook ontstaat een risico op kansongelijkheid. Ik pleit voor een aparte aanbestedingsprocedure voor vrijgevestigden.		
Antwoord	De dienstomschrijvingen volgen de landelijke richtlijnen voor de jeugdhulp. Gemeenten zijn wettelijk verplicht om kwaliteitsnormen toe te passen. Ook wij zien de grote meerwaarde van vrijgevestigde hulpverleners en zijn het dan ook niet met u eens dat deze kansloos zijn. Wel verwachten wij dat zij zich houden aan de kwaliteitsnormen. We vragen u dan ook om goed naar de productbeschrijvingen te kijken omdat u mogelijk uw aanbod onder de verkeerde producten probeert te plaatsen en Herstelgericht individueel beter bij uw aanbod past.		

18	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	Vrijgevestigde specialisten leveren persoonlijke, laagdrempelige, flexibele, kwalitatief goede zorg voor een relatief lage kostprijs (systemisch en integraal). Ik zie zowel binnen het inhoudelijke werk als met betrekking tot de financiën (financiële gezondheid en transparantie, hoge clientgebonden tijd, lage kostprijs) geen reden tot radicale verandering.		
Antwoord	Zie vraag 1 en 14		

19	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	Specialistische zorg is in voorgesteld model voorbehouden aan kinderen met een DSM V classificatie. Hier ontstaat risico op overdiagnosticeren om specialistische zorg te kunnen verlenen. Ook bij gezinnen waar er geen sprake is van psychiatrische problematiek in engere zin kunnen zeer ernstige problemen zijn die een specialistische behandeling vereisen.		
Antwoord	Niet alle behandelingen hoeven onder de GGZ plaats te vinden. Herstelgericht heeft meerdere producten die ook andere mogelijkheden leveren.		

20	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	Risico op perverse prikkel: vorming van organisaties met winstoogmerk/verdienmodel en (het stimuleren van) concurrentie tussen de verschillende zorgverleners. Dure specialist wordt weggezet in de regievoering, coördinatie en de niet specialistisch opgeleide, lager opgeleide, goedkopere professionals die de specialistische behandeling uitvoeren (zorgcowboys).		
Antwoord	Ook hier houden de gemeenten rekening mee. Hoe kunt u lezen in de aanbestedingsdocumenten.		

21	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	Het denken in en werken met producten en het gepresenteerde bekostigingsmodel hebben als gevolg dat er weer schotten geplaatst worden tussen de verschillende vormen van zorg. Dit draagt niet bij aan de doelstellingen zoals omschreven in het overkoepelend kader jeugd: integrale hulp en samenwerking, zelfregie voor gezinnen.		
Antwoord	Zie vraag 1.		

22	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	Specialisten zijn opgeleid om te coördineren en specialistisch te behandelen en specialistische kennis en kunde te delen. Daar hoort een inschaling op functieniveau bij.		
Antwoord	Het vertrekpunt voor de opbouw van de tarieven zijn de producten die gemeenten inkopen. Deze zijn opgebouwd aan de hand van landelijke normen.		

23	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	<p>Niet duidelijk wie bepaalt welk "product geleverd gaat worden" aan de gezinnen. De huidige toegangen zijn niet goed genoeg geutiliseerd die afwegingen te maken (trage) met risico dat er te lichte zorg geadviseerd wordt (ondersignalering en onderbehandeling). Risico dat gezinnen later alsnog doorverwezen moeten worden naar andere vormen van zorg. Dit (de zogenaamde "stepped care") gaat ten koste van de continuïteit en integraliteit van de zorg en van (de opbouw van) een vaste therapeutische relatie zonder wisselingen. Hiermee ontstaat risico op het zorgmijden door gezinnen. Zij verliezen hun vertrouwen in de zorgverleners. Inschatting welke zorg nodig is moet aan de specialisten overgelaten worden, ook aan de voordeur (specialistische kennis en kunde moet dus beschikbaar zijn in het voorveld en op de vindplaatsen). Zij kunnen bepalen wat de "matched care is". Matched care zorgt voor zorg gericht op daadwerkelijke problematiek (in plaats van "slechts" op de symptomen in te gaan). Dit voorkomt ook het zogenoemde draaideur effect (en dus kostenstijging, toename wachtlijsten).</p>		
Antwoord	<p>De gemeentelijke toegang heeft in alle gevallen de bevoegdheid om diensten toe te wijzen die volgens hun passen bij de hulpvraag en de situatie van jeugdige en gezin. Hoe de gemeente hiermee omgaat kunt u teruglezen in Bijlage F.4 Handreiking Toegang en verwijzing.</p>		

24	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	<p>De zorgverlening in een vrijevestigde praktijk is zorg verleend op niveau. Dat kan niet deels uitgevoerd worden door een lager opgeleid persoon. Het valt dus niet te rijmen dat je deels op een lager niveau betaald zou worden in de productmatrix die nu hier voorligt. Alhoewel er altijd enige mate van administratie of vastlegging nodig is, betreft dit cliëntgebonden zaken die altijd door de betreffende zorgverlener zelf uitgevoerd moet worden en niet uitbesteed kan worden aan een lager opgeleide collega. Ook niet in een grote organisatie. Een heel klein deel van de administratieve verrichtingen (misschien 1% of 2% van de cliëntgebonden tijd) zou uitbesteed kunnen worden. Voor administratieve werkzaamheden die niet met de cliënt te maken hebben wordt geen uurtarief in rekening gebracht en zit in de component overheadkosten. Het antwoord in de online presentatie op 13 januari jongstleden dat je daar maar je bedrijfsvoering moet inrichten op de productmix inschaling is dus een volslagen onzinnige reactie.</p>		
Antwoord	<p>Zie vraag 11 en 14</p>		

25	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	<p>er wordt uitgegaan van productgroepen. Waarom? We gingen juist naar een breder perspectief ipv het denken 'in producten denken'. Met een breder perspectief kunnen zorgverleners maatwerk bieden; zorg die past bij de hulpvraag van dat moment. Met 'producten' moet de zorg ingericht worden zodanig dat dit binnen het product past. Dat is verarming van de zorg en een verlies van kwaliteit van medewerkers. Oplossing: afstappen van producten, psychologische zorg inrichten naar verrichting, zie zorgprestatiemodel</p>		
Antwoord	<p>Zie vraag 1.</p>		

26	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	<p>Terugbrengen van DSM diagnoses als voorwaarde voor B-GGZ/S-GGZ en H-GGZ leidt tot stigmatisering van onze jeugd. Vaak is er sprake van (complexe) systeemproblematiek, het kind krijgt de "rekening" in de vorm van een diagnose. Diagnoses leiden daarnaast tot medicalisering.</p> <p>Oplossing: Indiceren van (specialistische) GGZ op basis van ernst van de verstoring van de ontwikkeling. Differentiatie naar leeftijdsfase, ipv naar diagnose. Specialistisch zorg voor het jonge kind levert (ook financieel) grote winst op. zie kansrijke start, 1001 kritieke dagen, the heckman curve (zie bijlagen)</p>		
Antwoord	Zie vraag 13.		

27	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	<p>Door de zorg weer te schotten, zoals met het voorgestelde model wordt neergezet, wordt het inschatten van het juiste product zeer belangrijk. Echter, bij aanvang van een hulpvraag is meestal vooraf niet goed in te schatten wat er precies gaande is en is welk 'product' geleverd moet worden. Dit gaat ten koste van maatwerk in de zorg, van flexibiliteit en slagvaardigheid. En daarmee gaat dit ook ten koste van de kwaliteit van zorg.</p> <p>Oplossing: afstappen van producten, psychologische zorg inrichten naar verrichting. momenteel is het voor de jeugdconsulenten al zeer lastig om in te schatten wat de zorgzwaarte is, en wat er nodig is. In de huidige situatie kunnen wij nog meedenken en meeschakelen met de hulpvraag door zorg op te schalen.</p>		
Antwoord	Zie vraag 1 en 4		

28	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	<p>De afgelopen jaren is er ook vanuit de gemeente fors ingezet op samenwerking tussen zorgaanbieders, middels het hoofd- en onderaannemerschap. Zorg organiseren in productgroepen leidt tot schotten binnen zorg, meer doorverwijzingen als opgeschaald moet worden, daarmee discontinuïteit in zorg en zorgverlener.</p> <p>Oplossing: afstappen van producten, psychologische zorg inrichten naar verrichting. Vanuit veel onderzoeken naar de effectiviteit van behandeling blijkt dat tussen de 60 en 70% van de effectiviteit van de behandeling terug te voeren is naar de beschikbaarheid, continuïteit en opleidingsniveau van de behandelaar. Continuïteit leidt tot effectiviteit van de zorg.</p>		
Antwoord	Zie vraag 1.		

29	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	<p>Kennis en kunde verdwijnt door product mix waarmee laag opgeleid veel meer vertegenwoordigd is. Oplossing: afstappen van producten, psychologische zorg inrichten naar verrichting. Eerder is het specialisme van de psychiater steeds meer uit de SGGZ verdwenen (ze zijn schaars en duur geworden). Zorg ervoor dat de GZ-psychologen psychotherapeuten en Klinisch psychologen niet ook verdwijnen, en specialistische kennis met hen verdwijnt (deze zijn nu ook al schaars, en worden veel op ZZP-basis ingehuurd wat heel kostbaar is). Zie ook: maandsalaris en inschaling.</p>		
Antwoord	Zie vraag 22.		

30	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	<p>psychotherapeuten/gz psychologen en KP die kunnen echt specialistisch behandelen maar niet in deze product mix dan worden ze zowel binnen instellingen als in kleinere praktijken steeds minimaler ingezet en naar randen van behandelkamer geduwd. Moeten niet alleen in regie staan. Oplossing: afstappen van producten, psychologische zorg inrichten naar verrichting. Specialistische behandelingen zoals psychotherapie, EMDR, schematherapie, Infant Mental Health, psychotherapeutische ouderbegeleiding, psychotherapiegroepen moeten geboden worden door de daartoe bevoegde professionals.</p>		
Antwoord	Zie vraag 1 en 22.		

31	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	<p>Waarom wordt er een verschuiving gemaakt naar het productdenken (en er schotten worden geplaatst) ipv integrale zorg zonder schotten (wat bijdraagt aan continuïteit van zorg)? Oplossing: Integrale, ambulante specialistische zorg, zonder schotten. Als samenwerkingsverband De Koepel gaan we graag met de gemeente hierover in gesprek om de inhoud hiervan vorm te geven. Vrees voor verlies van continuïteit van zorg. We gingen juist naar een breder perspectief ipv in producten denken; dat is verarming van zorg en verlies van kwaliteit van medewerkers. Op- en afschaling van zorg zorgt voor betrokkenheid en overdracht naar een andere zorgaanbieder.</p>		
Antwoord	Zie vraag 1.		

32	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	<p>Wie bepaalt welk product het wordt?</p> <p>Oplossing: Zorgaanbieder bepaalt het type zorg na intake. Welke zorg nodig is is meestal vooraf niet goed in te schatten. Door de schotten die met voorgesteld model weer neergezet worden wordt het juiste product kiezen te belangrijk gemaakt en ligt deze beslissing niet bij de zorgaanbieder die vanuit zijn specialisatie deze inschatting/beoordeling kan maken.</p>		
Antwoord	Zie vraag 4 en 23.		

33	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	<p>Met belangstelling hebben wij de gepubliceerde documenten gelezen over de tariefopbouw en productbeschrijvingen. Deze documenten zijn het resultaat van de week van de zorgaanbieder en verschillende interviews. Helaas moeten wij constateren dat wij ons niet herkennen in de wijze waarop de tariefopbouw en de productbeschrijvingen zijn geconcretiseerd. De productbeschrijvingen zijn onvolledig, inconsistent en onsamenhangend, en dit is een groot risico.</p>		
Antwoord	Graag ontvangen wij van u de onderdelen waarop u aanscherpingen mogelijk ziet.		

34	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	<p>Afgelopen zomer hebben wij een intensief, langdurig traject doorlopen samen met de regio om te komen tot reële tarieven. De kennis die toen is opgedaan door de netwerkorganisatie lezen wij niet terug in het rapport van HHM. We hebben dan ook, zoals verzocht, de vragen opgesteld via het aangewezen formulier.</p>		
Antwoord	Deze ervaringen zijn alsnog meegenomen.		

35	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	Een ander kwetsbaar punt in dit proces is de tijdsdruk in combinatie met de impact die de aanbesteding heeft voor de komende jaren. De opbouw van het tarief kan enkel goed beoordeeld worden in samenhang met de productbeschrijvingen en administratieprotocol. De productbeschrijvingen zijn onvolledig en het administratieprotocol ontbreekt vooralsnog. Om een goede beoordeling te kunnen doen zijn dit belangrijke randvoorwaarden. Op basis van bovenstaande zaken zijn wij niet in staat een formele inhoudelijke reactie te geven.		
Antwoord	We vragen u in dit stadium ook niet om de impact op uw organisatie, maar of de met u gedeelde informatie juist is. En zo nee, wat er moet worden aangepast.		

36	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	Het nieuwe model is teveel gebaseerd op de situatie binnen instellingen. De ambulante specialistische GGZ is hierin niet gerepresenteerd. Binnen het product Jeugd Ambulant ontbreken producten waarbinnen de BIG- of OG- geregistreerde specialist haar of zijn vak kan uitoefenen. In de huidige beschrijving worden zij alleen voor een klein percentage ingezet voor regiebehandelaarschap of protocollaire behandeling in hooguit 12 sessies. Ons specialisme is echter niet om een quick fix te geven of een protocol af te draaien. Onze cliëntenpopulatie bestaat immers uit overwegend complexe problematiek welke in de regel niet verholpen is binnen 12 sessies. Het is evenmin ons specialisme om MBO- en HBO-ers aan te sturen, maar om specialistische en hoogwaardige diagnostiek en behandeling op maat te leveren voor client en gezinssysteem. Vergelijk het met dat je een hartchirurg gaat vragen om van achter zijn bureau een MBO- en HBO-er te coachen tijdens het uitvoeren van een hartoperatie. Ik wil me per 2023 graag inschrijven voor een product, maar wat ik kan staat er niet tussen....		
Antwoord	Zie vraag 11 en 14		

37	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	Als wij alleen nog de verlengde arm mogen zijn, zal dit beslist zorgcowboys in de hand werken. Vorming van organisaties met winstoogmerk/verdienmodel en (het stimuleren van) concurrentie tussen de verschillende zorgverleners. De dure specialist wordt weggezet in de regievoering, coördinatie en de niet specialistisch opgeleide, lager opgeleide, goedkopere professionals die de specialistische behandeling uitvoeren. Een zeer onwenselijk fenomeen waar begin 2021 over in de media geschreven is. Tevens een reden waarom de specialisten weglopen van de instanties en voor zichzelf beginnen.		
Antwoord	Zie vraag 20.		

38	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	Een kracht van de vrijgevestigde GZ-psycholoog/psychotherapeut/klinisch psycholoog is dat zij nauwelijks tot geen overhead hebben (t.o.v. 40% overhead in de instellingen)		
Antwoord	Zie vraag 15.		

39	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	Daarbij spreek ik mijn zorg uit over tariefdaling, terwijl de huidige Jeugd GGZ tarieven al ruim 20% onder het landelijke Nza tarief liggen		
Antwoord	Gemeenten hebben op dit moment nog geen tarieven gepubliceerd.		

40	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	Er bestaat een reëel risico dat de ambulante vrijgevestigde S-GGZ verdwijnt uit de regio. De vrijgevestigden zullen niet akkoord gaan met het huidige model waarin ons vak geheel uitgekleed wordt door ontwerpers die notabene niet zelf in de dagelijkse praktijk van de Jeugd GGZ werkzaam zijn		
Antwoord	Zie vraag 15.		

41	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	Dientengevolge kunnen kinderen en jongeren die een specialist nodig hebben, geen kwalitatieve zorg meer krijgen of komen op verdere oplopende wachtlijsten van de instellingen terecht. Tevens komt de keuzevrijheid van cliënten in het geding. Hoe is deze uiterst contradictoire beweging toch mogelijk in corona tijden, waar de hulpvragen van kinderen en jongeren de huidige wachtlijsten overstijgen?		
Antwoord	Gemeenten zien dit anders.		

42	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	Er worden termen gebruikt in het document die niet nader gedefinieerd worden, voorbeeld is de term ZRM of VOV staf.		
Antwoord	Definties zijn nu uitgebreid toegevoegd.		

43	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	Inhoudelijk worden er bepaalde beschrijvingen op verschillende plekken gebruikt, maar dit is niet consistent. Het wordt o.a. in de uitwerking van de productbeschrijvingen niet altijd duidelijk hoe de doelgroep eruit ziet, deze is in een aantal vormen vergelijkbaar beschreven. De doelgroep beschrijving is dus weinig onderscheidend. Ook verhoudt de tekstuele beschrijving zich niet in alle gevallen met de normenkader (zowel in getallen als in taal).		
Antwoord	Dit is aangepast.		

44	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	Er zijn discrepanties tussen beschreven vereiste regiovoerder bij verschillende product omschrijvingen en de gehanteerde standaarden van o.a. landelijk kwaliteit statuut ggz. Let hierbij ook op het vereiste functieniveau van een regiovoerder vs regiobehandelaar. Daarnaast is er een landelijke ontwikkeling gaande van de professionalisering van de beroepenstructuur. Deze ontwikkeling lijkt niet meegenomen in zowel de inhoudelijke beschrijvingen van de producten als de financiële vormgeving en de beoogde functiemix.		
Antwoord	Dit is aangepast. Zie vraag 1		

45	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	Er wordt een administratieprotocol aangehaald die niet meegezonden is. Deze is essentieel voor de beoordeling van enkele onderdelen van de productbeschrijvingen.		
Antwoord	Zie vraag 35.		

46	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	In het document wordt op een aantal plekken gesproken over dat de regievoering duidelijk in Plan van aanpak duidelijk belegd dient te zijn. Wat wordt bedoelt met dit Plan van aanpak? Wie stelt dit op?		
Antwoord	Met Plan van Aanpak wordt het plan bedoeld dat de hulpverlener gebruikt om vast te leggen wat de afspraken met de jeugdige of het gezin zijn.		

47	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	Is het aanstellen van een procesmatige manager haalbaar?		
Antwoord	Ja, wij spreken hierbij over een procesregisseur. Voor een verdere toelichting verwijzen we u naar de handreiking.		

48	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	De invulling van de regiebehandelaar wordt gebaseerd op het kwaliteitsstatuut GGZ echter hier is landelijk de exercitie uitgesteld omdat er kritiek is op deze inrichting.		
Antwoord	Het kwaliteitsstatuut is landelijk nog steeds leidend. Wij sluiten ons aan bij de ontwikkeling van het kwaliteitsstatuut. Voor de Jeugd en opvoedhulp en de Lvb-sector, stellen we hier aanvullende eisen.		

49	Product: Algemeen	Onderwerp: Algemeen	Pag.
Vraag	<p>Tweede concrete voorstel: Aanpassing van dit document. Bijvoorbeeld drie niveau's van Herstelgerichte Ambulante Jeugdhulp (mede) gericht op het Gezinsstelsel gaan beschrijven:</p> <p>HAI Individueel Gezin Licht. HAI Individueel Gezin Midden. HAI Individueel Gezin Zwaar.</p> <p>Er is inmiddels een breed scala en diversiteit aan gezins/ouder-gerichte methoden en benaderingen (overigens lang niet allemaal 'systemisch' in bovenstaande zin) die onder een van deze kopjes gebracht kunnen worden. Onder 'HAI Gezin Midden' zou je b.v. Ouderschap Blijft, KudK kunnen scharen, onder 'HAI Gezin Zwaar' vormen als DEES, wellicht ook SCHIP, PSO (parallel solo ouderschap). Onder 'HAI Gezin Licht' bepaalde vormen van 'ouderschapplan en communicatie' georiënteerde trajecten. Je zou ook kunnen (her)overwegen of mediation niet eerder thuis hoort onder 'Ondersteuningsgerichte' producten, of wellicht niet eens (alleen) door de jeugdzorg gefinancierd (kan veel geld schelen) als er nauwelijks sprake is van kinderproblematiek of slechts 'licht reactieve' vormen daarvan.</p> <p>Onder 'Zwaar' zou je ook de vormen van systeemtherapie en gezinsbehandeling moeten scharen die in complexe weerbarstige scheidings- en ex-partner problematiek ingezet zouden moeten worden. Dan heb je het over hechtingsgerichte, trauma-specifieke, (gewelds)patroon de-escalerende varianten, waarbij de diagnostische en behandelende expertise wellicht wetenschappelijke expertise en academische geschoolde therapeutische vaardigheden vergt. Goede aansluiting op, en waarborging van, de visie en waarden rond de in het bekostigingsmodel gehanteerde (kostenrelevante) parameters vergt een bepaalde organisatiegraad en wellicht verdere hervorming van het hulpverleningsaanbod door 'het praktijkveld' zelf. Met name voor ons, flexibele, ondernemende, (en over het algemeen misschien wat minder protocol- en EBP-gestuurde) vrij gevestigde aanbieders ligt daar een enorme uitdaging. In die zin is dit een interessante dialoog tussen wat 'het praktijkveld' nodig vindt, en wat 'de financierder' verantwoord en betaalbaar (en kosten-beheersbaar) acht.</p> <p>Mijn gedachten als (nu nog) een-pittende, vrijgevestigde systeemtherapeut en familie-mediator over deze ongoing 'transformatie' gaan ongeveer langs de volgende lijnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Om wel tegemoet te komen aan het idee 'de diagnosticus is ook de behandelaar' zonder in het probleem te komen 'de behandelaar diagnosticeert slechts aanbodgericht' zouden individuele 'micro-aanbieders' van HAI Individueel Gezin zich kunnen gaan verenigen en (coöperatief) samenwerken. Op die manier kan diagnostiek en behandeling beter clientgericht en integraal worden aangeboden. De specifieke expertise die, blijkens de diagnose nodig is kan dan door de diagnosticus zelf of door een gekende collega laagdrempelig en snel worden ingezet. In het eerste geval blijft de diagnosticus als regiebehandelaar of co-therapeut betrokken. In het tweede geval wordt een collega de regie-behandelaar, en blijft de diagnosticus zelf bij het gezin betrokken, maar nu als behandelaar. De schaal van een dergelijke systemische behandelinstantie kan afgestemd worden op enerzijds het belang van 'laagdrempelige directe collegiale afstemming en samenwerking' en anderzijds het belang om een breed spectrum van expertises en methodieken ook daadwerkelijk 'in huis' te hebben. - Om tegemoet te komen aan de visie: een evenwichtige match tussen 'gevraagd specialisme en competenties bij de vastgestelde zorgbehoefte' en 'opleidingsniveau en expertise daarbij behorend' zou het zwaartepunt voor de HAI's Individueel en Gezin, gezien de vereiste diagnostische expertise (systeemgericht EN kindgericht) en therapeutische vaardigheden (idem), ook voor de lichtere varianten op minimaal WO-niveau dienen te liggen. 		
Antwoord	Zie vraag 61.		

50	Product: Algemeen	Onderwerp: Diensten en Producten Jeugdhulp Regio Alkmaar 2023	Pag. 8
Vraag	<p>Het huidige model van Alkmaar voor integrale ambulante jeugdhulp waarbij afgerekend wordt op basis van inzet van opleidingsniveau zien wij als baanbrekend. We gebruiken dit altijd als voorbeeld in andere regio's. Dit model sluit namelijk heel goed aan bij het integraal werken vanuit jeugd- en opvoedhulp en jeugd GGZ gezamenlijk. Dat nu teruggegrepen wordt op afzonderlijke producten zien we als een forse stap terug. In andere regio's kennen we ook het model waarbij er 10 tot 15 producten zijn voor ambulante jeugdhulp met licht, midden, zwaar en levert dit veel discussies op bij toewijzingen. Vooral ook als er bij een cliënt een combinatie is van jeugd- en opvoedhulp en jeugd GGZ. Daarbij komt dat de gekozen producten anders zijn dan in andere regio's. Dit levert verwarring op en meer administratieve lasten.</p> <p>Wat zijn de redenen voor de regio Alkmaar om af te stappen van de huidige opzet voor integrale ambulante jeugdhulp en hiervoor in de plaats te komen met circa 12 producten met een bepaalde functiemix?</p>		
Antwoord	Zie vraag 1.		

51	Product: Algemeen	Onderwerp: Ervaringsdeskundigen	Pag.
Vraag	<p>Ervaringsdeskundigen: De regio benoemt in de inleiding van de Productbeschrijvingen specifiek dat de inzet van ervaringsdeskundigen, met name in de GGZ, van grote waarde is. Echter, in geen enkele GGZ productbeschrijving of producteis wordt de ervaringsdeskundige benoemd. U stelt hun inzet te willen stimuleren; hoe denkt de regio dit te verankeren in de te leveren zorg (en daarmee ook in de productbeschrijvingen)?</p>		
Antwoord	Dit is aangepast.		

52	Product: Algemeen	Onderwerp: Ervaringsdeskundigen	Pag.
Vraag	<p>Ervaringsdeskundigen: Ervaringsdeskundigen zijn niet altijd HBO-geschoold, waar dit wel een minimum vereiste is conform de functieprofielen in de diverse producten. Kunt u hiervoor de Norm voor Verantwoorde Werktoedeling van toepassing verklaren?</p>		
Antwoord	Dit is aangepast.		

53	Product: Algemeen	Onderwerp: GGZ	Pag.
Vraag	<p>Funciemix binnen de B-GGZ/S-GGZ/H-GGZ leidt tot kwalitatieve armoede. Binnen GGZ moeten GZ-psychologen, psychotherapeuten en klinisch psychologen in ruime mate inzetbaar zijn als behandelaar. Specialistische behandelingen zoals psychotherapie, EMDR, schematherapie, Infant Mental Health, psychotherapeutische ouderbegeleiding, psychotherapiegroepen moeten geboden worden door de daartoe bevoegde professionals. Dat is vanaf WO+ niveau en hoger.</p> <p>Oplossing: Baseer het mixtarief bij 'Herstel individueel gericht basis' op 20% HBO, 20%WO, 50% WO+ en 10%WO++. Voor herstelgericht individueel specialistisch: 10% HBO, 15% WO, 20% WO+, 50%WO++ en 5% KJP. Eerder is het specialisme van de psychiater steeds meer uit de SGGZ verdwenen (ze zijn schaars en duur geworden). Zorg ervoor dat de GZ-psychologen psychotherapeuten en Klinisch psychologen niet ook verdwijnen, en specialistische kennis met hen verdwijnt (deze zijn nu ook al schaars, en worden veel op ZZP-basis ingehuurd wat heel kostbaar is). Zie ook: maandsalaris en inschaling.</p>		
Antwoord	Zie vraag 22.		

54	Product: Algemeen	Onderwerp: GGZ	Pag.
Vraag	<p>Ik mis in het productenboek de GGZ-hulp die in het huidige werken wordt geboden.</p> <p>Oplossing: Integrale, ambulante specialistische zorg, zonder schotten. Als samenwerkingsverband De Koepel gaan we graag met de gemeente hierover in gesprek om de inhoud hiervan vorm te geven. "Door de voorgestelde tariefmix worden GZ-psychologen, klinisch psychologen en psychotherapeuten zowel binnen instellingen als in kleinere praktijken steeds minimaler ingezet en naar randen van behandelkamer geduwd. Zij moeten echter niet alleen in de regie staan, maar moeten ook de mogelijkheid hebben om specialistische behandeling uit te voeren. Voor bepaalde complexe zorg is dit specialisme nodig in de behandelkamer en niet enkel in de regie. hartchirurg gaat ook niet vanaf bureaustoel aanwijzingen geven. Een verlengde-arm-constructie wordt noodzakelijk gemaakt door dit model, wat zorgcowboys in de hand werkt. Zie ook https://www.ggztotaal.nl/nw-29166-7-3859827/nieuws/tariefdifferentiatie_in_jeugd-ggz_deel_loopt_binnen_deel_kan_kosten_niet_betalen.html</p>		
Antwoord	Zie vraag 17.		

55	Product: Algemeen	Onderwerp: Onderscheid Ondersteuningsgericht/ Herstelgericht	Pag.
Vraag	<p>Zeer gericht op de individuele jeugdige en niet op het systeem en de complexiteit daarvan. Systemische aspect wordt gemist. Er wordt geredeneerd vanuit de jeugdige en enkelvoudige (medische) behandelingen en aanpak. Groot bezwaar is ook de nadruk op vaardigheden, en zelfstandigheid. De begeleiding op emotioneel gebied wordt nauwelijks genoemd. Ze hebben het in alle zinnen wel over het gezin, maar in de doelstelling wordt dat niet duidelijk en blijft de zorg individueel gericht.</p>		
Antwoord	Dit is aangepast.		

56	Product: Algemeen	Onderwerp: Onderscheid Ondersteuningsgericht/ Herstelgericht	Pag.
Vraag	De samenwerking met onderwijs wordt in het document volledig gemist. Juist de samenwerking met het onderwijs is essentieel om de hulp efficiënt en effectief te laten zijn. Vanuit de gedachtegoed, daar waar de kinderen zijn, preventief en normaliserend zou in relatie met onderwijs en het voorveld (voorscholen en KVD's) iets in dit document opgenomen moeten worden over de inzet binnen en samenwerking met onderwijs bij de verschillende producten. Daarnaast zou laagdrempelige inzet binnen school (niet direct op 1 specifieke cliënten) gefaciliteerd worden en is de behoefte daar vanuit onderwijs heel specifiek op geformuleerd. De verbinding met de gesprekken en uitkomsten vanuit de Taskforce onderwijs ontbreken ook (vanuit de gemeente afgevaardigd: Rene Vermeulen + Rosanna van Wonderen).		
Antwoord	Dit is aangepast.		

57	Product: Algemeen	Onderwerp: Onderscheid Ondersteuningsgericht/ Herstelgericht	Pag.
Vraag	Met deze nieuwe systematiek wordt de hulp in stukjes gehakt waar deze integraal moet worden aangeboden om de inhoudelijke doelen te bereiken. Dat betekent bijvoorbeeld in complexe zaken dat er meerdere productomschrijvingen naast elkaar worden ingezet waar deze op dit moment gevangen worden onder één product. Dit zal ten koste gaan van het snel kunnen schakelen (flexibiliteit van de inzet). De hulp moet kunnen meebewegen met het gezin en het kind, zeker waar complexe gezinnen niet statisch zijn en de problemen zich ook niet in een rechte lijn bevinden, je niet van A, naar B, naar C kunt gaan . Maar als je bij D bent, toch weer even terug moet naar B. Er wordt teveel uitgegaan van de maakbaarheid.		
Antwoord	Zie vraag 1.		

58	Product: Algemeen	Onderwerp: Onderscheid Ondersteuningsgericht/ Herstelgericht	Pag.
Vraag	Het is onduidelijk hoe jullie tegen inzet van ambulante producten buiten kantoortijden aankijken. Als je dit niet faciliteert bemoeilijk je de ambulantisering en de zorg op maat zoals gesteld in het eerder opgestelde visie document. Dit zal dan ook consistent meegenomen moeten worden naar het tariefmodel.		
Antwoord	Dit is aangepast.		

59	Product: Algemeen	Onderwerp: Onderscheid Ondersteuningsgericht/ Herstelgericht	Pag.
Vraag	De benadering bij herstelgericht ambulans is te eenzijdig op het kind gericht, en weer gericht op uitsluitend het ontwikkelen van vaardigheden. Als het over herstelgericht gaat, is het praktisch nooit zo dat er geen diagnose is. De context waarin behandeling plaatsvindt, namelijk ruimte voor echt contact, het opbouwen van een (therapeutische) relatie als meest werkzaam onderdeel in de behandeling, interventies gericht op verwerken en versterken, daar is geen ruimte voor in de beschrijving. Behandeling is zoveel meer dan ontwikkelen van vaardigheden. Behandelen gaat hierbij dan vooral over aanleren van ander gedrag, het doen van een kunstje, maar kunstjes zorgen niet voor een wezenlijke gedragsverandering. Daar is meer voor nodig. Ook hier mist de integrale benadering.		
Antwoord	Dit is aangepast.		

60	Product: Algemeen	Onderwerp: Onderscheid Ondersteuningsgericht/ Herstelgericht	Pag.
Vraag	Bij wie ligt de verantwoordelijkheid voor het toetsen of de ondersteuning via een algemene voorziening van de gemeente kan worden geleverd en hoe wordt deze toetst geacht uitgevoerd te worden door de zorgaanbieder?		
Antwoord	De verantwoordelijkheid ligt zowel bij de verwijzer als de zorgaanbieder. Waarbij als een zorgaanbieder onvoldoende duidelijk heeft wat in een gemeente vrij toegankelijk geboden kan worden, zij altijd contact op kunnen nemen met de gemeentelijke toegang.		

61	Product: Algemeen	Onderwerp: Opvoedings-/Gezinscontext	Pag.
Vraag	<p>Mijn primaire suggestie is om meer rekening (in figuurlijke en letterlijke zin) te houden met de opvoedingscontext ofwel het gezinssysteem rond de jeugdige. Dat kan in de bestaande productbeschrijvingen bijvoorbeeld onder het kopje 'doelgroep', maar ook in een afzonderlijke nog op te nemen productbeschrijving als 'HAJ Individueel Gezin'. De reden van mijn suggestie is dat de kwaliteit van de gezins/opvoed-context en de relationele dynamiek daarin in mijn ervaring zeer sterk bepalend is voor hoe lang een jeugdige in hulpverlening is, hoe ingrijpend en omvattend de in te zetten hulpverlening is, en welke resultaten er uiteindelijk behaald kunnen worden. Dat geldt niet alleen voor complexe scheidingen en de aard en ernst van de onderlinge ouderconflicten, maar zeker ook voor de persoonlijke ouderproblematiek die er (mee) kan spelen (LvB, verslaving, psychiatrie etc.). Deze erkenning komt in deze visiestukken en productbeschrijvingen naar mijn idee te weinig tot uitdrukking.</p> <p>Mijn concrete (eerste) voorstel is om in alle productbeschrijvingen in de rubriek 'Doelgroep' tussen de 'Over de jeugdige zelf' en 'Over de doelgroep' een kopje op te nemen: 'Over de gezinssituatie'. En daar de aspecten op te nemen die meer of minder bepalend zijn voor welke hulp en expertise nodig zal zijn om deze 'opvoedingscontext' effectief te beoordelen/taxeren en vervolgens mee te nemen in de herstellende behandeling.</p> <p>Onderstaand de belangrijkste overwegingen, professionele ervaringen en wetenschappelijke evidentie waarop mijn overtuigingen gebaseerd zijn:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meta-onderzoek naar effectiviteit van hulpverleningen wijst steeds weer uit: het is niet de ingezette methodiek die het succes bepaalt, maar de (motiverende) kwaliteiten van de hulpverlener, en zijn/haar oprechte belangstelling voor de client en bereidheid tot het leren en bijstellen van feedback van de cliënt zelf. Je krijgt jeugdigen over het algemeen niet mee zonder hun ouders, zie daarvoor de richtlijn 'Samen met jeugdige en ouders beslissen over hulpverlening'. In complexe scheidingen (60-70 % van de doelgroep van de GI's, in mijn tijd als gedragswetenschapper in deze sector) vergt dat afstemmen op, en motiveren van ouders voortdurende aandacht en vooral een 'systemische' benadering en behandeling. 2. In de bekostigingssystematiek van de GGZ (het zorgprestatiemodel) wordt helaas de 'systeemtherapie' slechts gezien als een ondersteunende behandeling. Daar staat nu eenmaal de individuele (DSM-)diagnose centraal, het gezin wordt (als 'steunsysteem') hoogstens geleerd om te gaan met een kind met een diagnose, als we het simplificeren. Het onderhavige bekostigingsmodel lijkt daar sterk van afgeleid, en dat is niet vreemd. Het zou echter mijns inziens een vergissing zijn om ook deze ondergeschikte positie van de systemische visie en aanpak over te nemen naar 'onze' jeugdzorg. Omdat in de jeugdzorg de oorzaak-gevolg relatie veelal ook andersom ligt, oftewel circulair is: kinderen raken ontregeld (mede) omdat hun ouders opvoedkundig of (partner)relationeel dysfunctioneren, ook maar even simpel gesteld. Jeugdigen worden bij de Jeugdpsychiatrie dan ook regelmatig geweigerd of teruggestuurd naar de gemeentes of GI's etc met als argument: 'de psychiatrie staat niet op de voorgrond' of 'de problematiek is reactief op de opvoedsituatie'. Dat betekent dat deze jeugdigen 'bij ons' toch echt aangewezen zijn op aandacht voor, en aanpak van de gezinsdynamiek. Als er ook bij ons te weinig oog voor is, waar dan wel? Het lijkt niet meer dan logisch dat van deze specifieke systemische gezinsdynamiek de aard en ernst, en de benodigde hulp en steun, dan ook meegewogen en -gerekend zou worden in het fundament onze bekostigingssystematiek. 3. Overigens zijn er wel twee uitzonderingen op de onderzoeksbevinding (zie het eerste punt) dat 'de specifieke methodiek' niet zo van invloed is (slechts 10-20%) op het behandelresultaat namelijk (a) 'CGT bij problematiek die te maken heeft met angst, /dwang-klachten, stress en psychosomatiek' en, interessanter voor het punt dat ik hier probeer te maken: (b) 'gezinsgerichte aanpak bij gedragsproblemen van jongeren'. Geen erg spectaculair of verrassend punt wellicht, maar illustreert nogmaals wel het belang van de systemische visie, juist waar behandelaars gericht zouden kunnen zijn op vooral de autonomie, mentale weerbaarheid en sociaal-maatschappelijke zelfredzaamheid van (alleen) jongeren (zelf). 4. Nog steeds ervaringen uit de jeugdbescherming: de meest voorspellende aspecten voor de duur van een OTS, zoals in kaart gebracht met de toenmalige Veiligheidslijst (inmiddels doorontwikkeld en de WIK geheten) waren en zijn (a) mate van realistisch probleembesef bij de ouders/opvoeders, en (b) mate van passende hulpbereidheid/motivatie bij de ouders. Allebei lastig 'behandelbare' factoren, maar als je de aard en ernst van hun ambivalentie en onderlinge strijdpatroon eenmaal in de gaten had (en een optimistische, engagerende insteek kon volhouden) dan kon je ook deze ouders vaak nog wel 		

bereiken. Dat vergt wel systemische expertise bij behandelaars, en eventuele terugkoppeling (psycho-educatie) daarvan naar de inhoudelijke regiebehandelaar(s) (als dat niet dezelfde persoon is), maar zeker ook naar de kaderstellende procesregisseurs, al of niet van de G.I.

5. Diagnostiek. In het stuk wordt onder het kopje 'diagnostiek en probleemanalyse' alleen aandacht besteed aan 'behandeldiagnostiek', zoals uit te voeren door de beoogde en reeds aangewezen behandelaar. Dat betekent dus: eerst wordt ergens besloten op welke hulp de jeugdige (en zijn/haar gezin c.q. opvoeders) is aangewezen, en pas daarna wordt door de aangewezen behandelaar diagnostisch bepaald hoe deze hulp goed aansluit bij zijn/haar cliënten. Daar lijkt op het eerste gezicht weinig mis mee, behalve dat de aanvankelijke keuze voor de specifieke aanbieder en zorgprogramma dan vaak niet optimaal onderbouwd zal zijn. Het werkt een 'aanbodgericht' perspectief in de hand bij deze eenmaal bepaalde aanbieder ('welke van onze middelen kunnen wij hoe gaan inzetten?') ipv een vraaggerichte benadering ('wat heeft dit cliëntensysteem eigenlijk nodig van de jeugdzorg?'). Juist bij complexe scheidingen, met hun grote aandeel in de weerbarstige en (dus) dure jeugdproblematiek, is vroegtijdige en gedegen analyse en (beslis)diagnostiek van de, aan de jeugdproblematiek onderliggende of meebepalende, gezins- en ouder problematiek van eminent belang. Vooral systeemtherapeuten en gezinsbehandelaars zouden deskundig genoeg moeten zijn om een dergelijke brede analyse te maken ('welke van de hoofdpatronen speelt hier (mee), van welke van de hoofdtypen 'kindsymptomen' is inderdaad (mede) sprake, hoe veel besef, motivatie of commitment tonen de ouders op deze aspecten?) voordat zij hun eigen gezins-contextuele aanbod daar op afstemmen, of collegiaal 'warm' doorverwijzen. Dat vergt dus een vroegtijdige diagnostische onderkenning en indicatie: moet de systemische benadering van deze problematiek vooral oplossingsgericht, hechtingsgericht, emotie/rouw-specifiek, conflict-georiënteerd, geweldsregulerend, trauma-specifiek etc etc. zijn?. Dit alles met als doel om al gezinsbehandelend tot 'passend', acceptabel en stabiel ouderschap te komen ten behoeve van het functioneren of van de (resterende) behandeling van hun kind(eren).

Kernwoorden dus: vroegtijdige onderkenning van complexe dynamische opvoed(risico) factoren (c.q. dysfunctionele of pathogene ouderlijke omgangspatronen), liefst voordat de ernstige symptomen (problemen bij de kinderen) zich gaan ontwikkelen, op basis daarvan gerichte en gemotiveerde verwijzing c.q. behandeling, en voorkomen van teleurstellende, frustrerende en juridiserende hulpverleningsfaal-ervaringen.

N.B Het uitgangspunt om diagnostiek in behandelmodules op te nemen en te beschrijven als taak van de behandelaar is uit oogpunt van continuïteit in de client-behandelaar relatie natuurlijk zeer verdedigbaar, gezien punt 1 (belang van een opbouwende, wederzijds respecterende werkrelatie!). Maar met aanbod-onafhankelijke, voorafgaande, vraag/situatie-gerichte taxatie of procesdiagnostiek (wat onder de oude 'wet op de jeugdzorg' nog screening of basisdiagnostiek heette) kan ook veel mismatching (vooraf) en doorschuiven (achteraf) van cliënten worden voorkomen. En dit wordt dan ook sterk bepleit in de onlangs herziene landelijke richtlijn 'echtscheiding en problemen van kinderen'.

6. Circulariteit en symptomen. Oog voor systemisch werken en een gezinsgerichte benadering impliceert het onderkennen van ongunstige en ongezonde circulaire (relatie)patronen en wisselwerkingen tussen gezinsleden. Daarin houden de diverse probleemaspecten (bijvoorbeeld ouderconflicten, slechte schoolprestaties en emotionele- of gedragsproblemen van de kinderen, spanningsvol en verwaarlozend gezinsklimaat, ziekte en stress bij ouders etc) elkaar in wisselwerking in stand en versterken elkaar veelal (escalerende patronen). Deze dynamiek kunnen doorzien en hanteren vergt wellicht wat meer inzicht en andere expertise dan wat er met 'aanvullende' pedagogische begeleiding of reguliere ouderschapsondersteuning bereikt kan worden. Inzicht in de onderliggende circulaire patronen kan tot een gerichte en doordachte interventie leiden op slechts een of enkele van deze aspecten. Zo kan een vicieuze, beklemmende cirkel (veranderings)gericht worden doorbroken en worden omgebogen tot een positieve, (op)groeizame spiraal, mede door herstel van hoop en eigen competentie. En op deze manier ook vrij 'vanzelf' van invloed zijn op andere aspecten van de problematiek. Daarmee bereik je een mate van gezinsherstel, op een andere, wellicht meer ontwikkelingsgerichte en zelfbepalende wijze dan met onnodige gelijktijdige en ingrijpende (en kostbare) 'multi-problem' interventies op al de afzonderlijke, als eigenstandige beschouwde problematieken van de diverse gezinsleden.

7. Naast bovenstaande signalen en bevindingen blijkt uit calamiteitenonderzoek en rapportages van de inspectie dat er twee structurele factoren steeds opduiken, en onderliggend zijn, in situaties waarin het echt mis is gegaan in de jeugdzorg. Onvoldoende 'historisch besef' bij behandelaars: diagnostische

	<p>inzichten en dossierinformatie uit eerdere onderzoeken of behandelingen gaan verloren of worden niet op waarde geschat door een latere behandelaars of diagnostici. Dat speelt met name als ouders veel wisselen van zorgaanbod en zorgaanbieder, of er veel verschillende zorgaanbieders betrokken zijn. Dat is een bekend fenomeen bij complexe gezinsproblematiek en ‘multi-problem’ gezinnen. Een tweede structurele bevinding is daar aan verwant: zorgmijdende ouders, ouders die niet de passende hulp accepteren, hun situatie bagatelliseren, gebrekkig commitment en therapietrouw tonen etc. Opvallend genoeg blijkt dat het niet zozeer gaat om ouders/gezinnen die alle hulp weigeren, helemaal uit contact gaan, verhuizen etcetera. Dat is de klassieke variant, en meestal wel zichtbaar. Uit calamiteitenonderzoek blijkt veelal dat de wat minder zichtbare zorgmijdende ouders niet ALLE zorg of contacten weigeren, maar alleen die zorg en contacten accepteren die zij, ‘niet-bedreigend’ vinden, of die nauwelijks ingrijpt op leefgebieden en functioneringsdomeinen die voor hen als een inbreuk of onrecht voelen. Dus wel behandeling van hun kind accepteren (de ‘fix-my-child’ attitude), of hulp bij de dagelijkse zorg en verzorging, maar geen meer ingrijpende interventies op de problematiek die daar aan ten grondslag ligt: relatieconflicten, stressvolle communicaties, vijandig opvoedklimaat, wederzijdse diskwalificaties van (gescheiden) ouders waar de kinderen ‘klem en verloren’ raken, of eigen (persoonlijkheids)problemen van ouders. Bij uitstek dus problematiek waar een systemische benadering, ge-ent op (meerzijdig partijdige!) aandacht en begrip voor de (psychische) nood van ouders kan aangrijpen: niet alleen op wat ‘aanvaardbaar’ lijkt (en vaak ‘slechts’ symptomatisch blijkt), maar ook op wat, onderliggend, (minimaal) ‘noodzakelijk’ blijkt (de onderlinge ouderlijke, ex-partner patronen, de persoonlijke kwetsbaarheden van ouder/opvoeders).</p> <p>Conclusie en aanbeveling</p> <p>Gezien de bovenstaande inzichten, voldoet wellicht niet een extra kopje ‘Over het Gezin’ binnen de diverse beschrijvingen van de producten en diensten. Als we het bovenstaande echt serieus zouden willen nemen en gezinsdynamische factoren en risico’s goed willen laten meewegen in het bepalen van de zorgzwaarte en bij het zo vroegtijdig (zo-zo-zo-zo criteria) inzetten van noodzakelijke en voldoende hulp, dan hebben we ook nieuwe productbeschrijvingen nodig. Dat zou dan mijn tweede concrete voorstel zijn voor aanpassing van dit document.</p>
Antwoord	Wij ondersteunen uw visie op de opvoedingscontext. We hebben hier in de beschrijvingen rekening mee gehouden.

62	Product: Algemeen	Onderwerp: Regie	Pag.
Vraag	<p>Herstelgericht individueel kent onderscheid tussen basis (1), specialistische (2) en hoogspecialistische GGZ (3). Er wordt onderscheid gemaakt tussen regiebehandelaar en regievoerder (vergelijkbaar met volwassenGGZ) waarbij Specialistische GGZ een regiebehandelaar zou vereisen zonder dat gespecificeerd; regievoerder is WO++; terwijl hoogspecialistische GGZ als regievoerder WO+ zou moeten hanteren. De aanpassingen die geadviseerd worden hebben verregaande gevolgen voor de inrichting van de huidige markt; mee overbelasting op de plek waar reeds overbelasting is, nl bij hoogspecialistische GGZ. Terwijl zoals het nu geregeld is goed werkt voor betrokken partijen. Vanwaar dit advies?</p> <p>Oplossing: Specialistische GGZ heeft WO+ als regiebehandelaar en als regievoerder. Het onderscheid van hoogspecialistisch kan gemaakt worden in duur van behandeling. De doelgroep is de groep die complexer is dan basis en niet valt onder hoogspecialistisch waarvoor een multidisciplinair behandelteam van SGGZ nodig is. Hoogspecialistisch heeft als regiebehandelaar WO++/AMS en als regievoerder WO+.</p> <p>Toelichting: Zoals regievoerder en regiebehandelaar nu in het schema is opgenomen is verwarrend en onduidelijk. Bij specialistisch wordt geen regiebehandelaar genoemd, regievoerder is WO++. Bij hoogspecialistisch is WO+ regievoerder en enkel AMS regiebehandelaar (dat is nu WO+ of WO++). Er is een grote groep die in aanmerking komt voor specialistische GGZ behandeling die volstaat met behandeling door WO+ die ook regiebehandelaar kan zijn. Door deze adviezen zal er groot tekort aan WO++ ontstaan, vooral voor kleinere praktijken, de druk op hoogspecialistische aanbieders wordt groter, waar de wachttijden reeds lang zijn. Ook de opleidingsdruk zal voor instellingen enorm toenemen als de vraag naar WO++ gaat toenemen. Een tekort van WO+ is reeds langer bekend en zal verder toenemen. De werkdruk in de SGGZ zal verder verhogen. Terwijl dit deels niet nodig is doordat het goed werkt zoals het nu geregeld is.</p>		
Antwoord	<p>Dit betreft een typefout. Dit hoort WO+ te zijn. Dit is gecorrigeerd. Zie vraag 8</p>		

63	Product: Algemeen	Onderwerp: Tariefopbouw	Pag.
Vraag	<p>Toevallig ben ik MBO/ HBO/ WO/ WO+ en dus zou ik als vanouds mijn werk kunnen blijven doen binnen jullie voorgestelde model, maar dan wel tegen 50% van het huidige tarief.... Hoe reeel is dit? Het lijkt mij meer een verkaptte wijze om aan te geven dat u geen zaken meer wilt doen met kleine zelfstandige praktijken terwijl wij met elkaar een groot deel van de regio naar wens bedienen. Dat kan toch niet de bedoeling zijn.</p>		
Antwoord	<p>Zie vraag 10 en 22.</p>		

64	Product: Behandelgroep	Onderwerp: Behandelgroep	Pag.
Vraag	<p>Wat wordt bedoeld met de volgende zin bij de kwaliteitseisen: Indien sprake is van klinische GGZ-behandeling: verpleegkundigen, sociaalpedagogisch medewerkers, kinderarts en/of kinder- en jeugdpsychiater.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Afhankelijk van de zwaarte van de problematiek en behandeling van specifieke problematiek van de jeugdige zal de keus worden gemaakt tussen leefgroep of behandelgroep. Hier wordt de mogelijkheid om wonen en behandelen van elkaar te scheiden niet gefaciliteerd. ❖ Waar nodig worden ouders gestimuleerd om met eigen problematiek aan de slag te gaan. Ondersteuning hiervoor wordt in samenhang met de jeugdhulp geleverd, vanuit de bij de problematiek passende wetgeving. Deze opmerking behoort op meer plekken terug te komen en niet alleen hier. ❖ Opdrachtnemer spant zich aantoonbaar in om een ongewenste doorverhuizing van de jeugdige te voorkomen en organiseert – indien nodig – aanvullende hulp en ondersteuning om dit te voorkomen en/of consulteert andere Opdrachtnemers. De tekst en taal van deze bullets komt niet overeen met de rest van het stuk (zorgaanbieder/opdrachtnemer?). Inhoudelijk wel een wenselijke weergave. Voor een 24/7 bezetting is 1,1 FTE per jeugdige noodzakelijk. 		
Antwoord	<ul style="list-style-type: none"> - Deze beschrijving is verder aangescherpt. - Wij kennen alleen nog maar een behandelgroep. Hierin is wonen en behandeling gescheiden. De tekst is hierop aangepast. - Hier zijn wij het mee eens. Dit zullen we verwerken. - Deze tekstuele opmerking zullen we verwerken. 		

65	Product: Crisis	Onderwerp: Crisis	Pag.
Vraag	<p>Wij veronderstellen dat wanneer crisis wonen wordt aangeboden dat daar ook een beschikbaarheidsbijdrage voor wordt afgegeven. Deze is niet terug te vinden in de productbeschrijving. Verschil tussen wonen en behandelen is niet voldoende duidelijk. Ambulante crisishulpverlening staat intensiteit op etmalen dit klopt niet omdat ambulante crisishulp niet in etmalen wordt ingezet, maar in uren.</p>		
Antwoord	<p>De beschikbaarheidscomponent wordt in het tarief verrekend. Dit herkennen we, we zullen dit verder aanscherpen. Crisis ambuland wordt in uren geleverd.</p>		

66	Product: Drie-milieus voorziening	Onderwerp: Drie-milieus voorziening	Pag.
Vraag	Deze voorziening komt niet overeen met het Plan Thuis voor Noordje en de huidige woonvoorzieningen. De term besloten is ook achterhaald. Dit betreft een niet duurzame oplossing.		
Antwoord	Dit is inderdaad een niet wenselijke zorgvorm. Maar omdat deze op dit moment wel geleverd wordt, nemen we dit product op als startpunt van de transformatie.		

67	Product: Fasehuis	Onderwerp: Fasehuis	Pag.
Vraag	<p>Kwaliteitseisen:</p> <p>3. Begeleiding of ondersteuning via pedagogisch medewerker(s) ten behoeve van het pedagogische klimaat in de groep. Bij groep van 8 (gemiddelde groepsgrootte) is dat 115 uur per week; Hier zit een lichte discrepantie tussen de 0,55 ratio per jeugdige (1:8 in het normenkader)</p> <p>8. Professional die voor de jeugdige de rol van mentor vervult heeft een vast dienstverband. Dit is onmogelijk gezien de huidige arbeidsmarktkrapte. Als aanbieder zouden wij dit graag ook wensen.</p>		
Antwoord	<p>- Dit is aangepast.</p> <p>- De reden dat we dit hebben opgenomen, is dat we wisselende gezichten willen voorkomen. we begrijpen uw standpunt en passen dit aan naar 'de bedoeling'.</p>		

68	Product: Fasehuizen	Onderwerp: Product Fasehuizen (Lichte behandelgroepen)	Pag.
Vraag	In onze beleving strookt het aantal fte per jeugdige niet met de ratio begeleider : jeugdige. Wij interpreteren 0,55 fte per jeugdige als 1 begeleider op 2 jeugdigen, dus 4 begeleiders op 8 jeugdigen, terwijl u in de ratio 1 op 8 aangeeft. Is hier in de eis een fout gemaakt, of is onze interpretatie onjuist? Kunt u dit nader toelichten?		
Antwoord	Dit is aangepast.		

69	Product: Gezinshuis	Onderwerp: Gezinshuis	Pag.
Vraag	<p>Hoe wordt de mogelijkheid tot verblijf tussen 18-21 leeftijd georganiseerd? Dit is niet beschreven. De aanvullende eisen zijn niet consistent met betrekking tot opleidingsniveau van de gezinshuisouder. De volgende aanvullende eis is niet passend: In tegenstelling tot pleegzorg is een combinatie met gelijktijdige inzet 'gezinshuis' (een ander gezinshuis), pleegzorg, logeeropvang, dagbesteding of ambulante begeleiding ter ontlasting van de gezinshuisouders niet mogelijk. Deze worden ingezet 'in plaats van'. Juist de toevoeging van bv ambulante jeugdhulp, dagbesteding en logeren kan voor de jeugdige zeer noodzakelijk worden geacht.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Het is aan de gezinshuisouders of en wanneer zij binnen het product 'gezinshuis' naast hun eigen aanwezigheid een pedagogisch medewerker of ambulant begeleider inzetten. Uitgangspunten hierbij zijn wel: zo veel mogelijk vaste gezichten, behoud van huiselijkheid, gezinsgerichtheid en betrokkenheid; Wordt dit apart beschikt en zo ja hoe? Komt niet overeen met aanvullende eis punt 5. ❖ Afhankelijk van de zorgzwaarte kan er maximaal 10 etmalen per 12 maanden aanvullend logeren worden toegewezen als respijtzorg voor de reguliere gezinshuisouders. Wat betekent dit concreet. Dit is onduidelijk en komt niet overeen met hetgeen gesteld in de aanvullende eisen. ❖ Jeugdhulp die niet door de medewerkers op de groep wordt geleverd in het kader van het pedagogisch klimaat, valt niet onder de zorg binnen deze verblijfsvorm en dient apart te worden toegewezen. Hier staat groep, maar dat moet gezinshuis zijn. 		
Antwoord	<p>18 tot 21 jaar is opgenomen. Kortdurende extra inzet in het gezinshuis is alleen in overleg met de toegang mogelijk. Hierbij is de inzet kortdurend. Het gezinshuis moet in principe toegerust zijn op de zorgzwaarte van de jeugdige. We scherpen het functieprofiel nog aan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nee, dit is bij het tarief inbegrepen. Bijzondere gevallen zijn ter inschatting van de gemeentelijke toegang. Het gaat daarbij om kortdurende inzet. - U heeft gelijk. Dit is tegenstrijdig en past niet in de lijn die wij als gemeenten willen hanteren. Ontlasting van het gezinshuis is binnen redelijke normen mogelijk. Hierbij is inzet in het netwerk het meest wenselijk. Dit is aangepast in de productbeschrijvingen. - Akkoord. De tekstuele wijziging nemen we over. 		

70	Product: HAJ EED	Onderwerp: Ernstige Enkelvoudige Dyslexie (EED)	Pag. 50
Vraag	<p>Er staat nu Ernstige Enkelvoudige Dyslexie (EED) bij de producten dyslexie - diagnostiek en behandeling. Met de komst van het nieuwe protocol 3.0 van het Nederlands Kwaliteitsinstituut Dyslexie is dit veranderd van EED naar Ernstige Dyslexie (ED). EED komt op meerdere plekken voor in de productbeschrijvingen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intensiteit: 1 afspraak met het kind + een intakegesprek met de ouders. - Criteria: Bij punt 2, bullit point 2 staat kopie ID -> i.v.m. de AVG-wetgeving is dit aangepast en wordt er niet meer gevraagd om een kopie ID. 		
Antwoord	<p>Gemeenten houden vast aan Ernstige Enkelvoudige dyslexie. De functiemix is aangepast naar aanleiding van richtlijnen van het NKD.</p>		

71	Product: HAJ EED	Onderwerp: Ernstige Enkelvoudige Dyslexie (EED)	Pag. 51
Vraag	<p>Tekst 'verwijzing naar de richtlijnen' - > wellicht heeft het de voorkeur om hier te spreken van het NKD-protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling 3.0 of het actuele NKD-protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling.</p> <p>Productspecifieke eisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Functieprofiel: onze suggestie is WO/ WO+ i.p.v. HBO/WO. Dit komt dan ook overeen met de functiemix die is opgenomen in de conceptnotitie 'opbouw tarieven' van HHM. - Regiebehandelaar: nee -> de regiebehandelaar (tegenwoordig Senior Dyslexie Expert (SDE)) is wel betrokken. 		
Antwoord	Zie vraag 70.		

72	Product: HAJ EED	Onderwerp: Ernstige Enkelvoudige Dyslexie (EED)	Pag. 53
Vraag	<p>Productspecifieke eisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Functieprofiel: onze suggestie is WO/WO+ i.p.v. HBO/HBO+/WO (zie opmerking conceptnotitie) - Kwaliteitseisen: Uitvoering vindt plaats door een op HBO of hoger geschoolde professional. Ons voorstel is door een WO-geschoolde professional of hoger. 		
Antwoord	De functiemix is aangepast naar aanleiding van richtlijnen van het NKD.		

73	Product: HAJ groep Licht/Middel/Zwaar	Onderwerp: Herstelgericht groep Licht/Middel/Zwaar	Pag.
Vraag	<p>De samenwerking met onderwijs in deze context en breder in het document wordt volledig gemist. Juist de samenwerking met het onderwijs is essentieel om de hulp efficiënt en effectief te laten zijn. In deze context is het onduidelijk waar de samenwerkingen met het onderwijs (onderwijs zorg groepen) geplekt moeten worden. Dus daar waar de jeugdhulp binnen een onderwijs of KVD setting als groep (gezamenlijk met onderwijs of KVD) georganiseerd wordt. Met betrekking tot de herstelgericht groep zwaar is de begeleidingsratio, gezien de complexiteit van de doelgroep is 1:3 in plaats van 1:4</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Observatie en diagnostiek kan een onderdeel zijn in combinatie met behandeling van de hulpvraag Zeker als het om jonge kinderen gaat zou dit niet facultatief moeten zijn, maar meer als eis op tafel moet liggen. Juist die vroegtijdige behandeling kan op den duur veel leed voorkomen, als deze gefundeerd wordt ingezet. ❖ Expliciet vallen hier begeleidingsvormen niet onder. Het gaat om therapeutisch of corrigerende behandeling. Aan het einde van de behandeling is de hulpvraag beantwoord of met de hulp van het netwerk van de jeugdige is de oplossing geborgd. Dit is een vage scheidslijn, wanneer iets begeleiding is of therapeutisch corrigerend. Aandacht en rust alleen al kan therapeutisch zijn. ❖ De hulpvraag betreft een complexe hulpvraag; er is sprake van meerdere (meer dan twee) hulpvragen op meerdere leefgebieden op verschillende domeinen in het systeem. Er kan sprake zijn generationele/systeemgebonden problematiek. Er is onderzoek/ diagnostiek nodig naar oorzaken en oplossingsrichtingen. Deze observatie en diagnostiek heeft noodzakelijkerwijs een multidisciplinair karakter. Er is een multidisciplinaire aanpak nodig om tot een aanpak en vaak ook om tot herstel te komen. Het multidisciplinaire karakter van de zorg kan domein en wet overstijgend zijn, waardoor onderdelen, zoals bijvoorbeeld logopedie ook vanuit de andere wetgeving (ZVW) worden gefinancierd. De hulpverlener draagt er zorg voor dat indien nodig, deze zorg is verankerd in het aanbod. Deze tekst zou praktisch in zijn algemeenheid beter staan bij HAJ individueel zwaar, dus zonder groep. Dat zou meer recht doen aan de complexiteit. 		
Antwoord	<p>Jeugdhulp en onderwijs loopt een apart traject op. Dit is buiten de scope van deze aanbesteding. Wel is er een verplichting om de samenwerking met het onderwijs op te zoeken waar het het dagbesteding avn de jeugdige betreft.</p>		

74	Product: HAJ hoog individueel BGGZ	Onderwerp: Tijd	Pag.
Vraag	<p>Een BGGZ behandeling in de jeugd is niet haalbaar binnen 750 minuten; het betrekken van het netwerk, het gezin etc vraagt meer tijd in alle fases van diagnostiek en behandeling.</p>		
Antwoord	<p>Dit is aangepast.</p>		

75	Product: HAJ hoog individueel SGGZ	Onderwerp:	Pag.
Vraag	Wij zijn een multidisciplinair team met HBO/WO en WO + medewerkers en wij bieden evidence based diagnostiek en behandeling. Wij hebben geen psychotherapeut, klinisch psycholoog en of psychiater in dienst. De reden hiervoor is dat de krapte op de arbeidsmarkt dit niet mogelijk maakt. Wel werken wij dagelijks samen met de vrijgevestigde psychiaters in deze regio (eeuwijk, zut en schaafsma). Deze psychiaters zijn dan onze mede behandelaren en zij dragen mede de verantwoordelijkheid voor de client. De samenwerkingen borgen de SGGZ hulp die wij met ons 10 koppig team al 5 jaar aanbieden in de regio.		
Antwoord	Als u kunt voldoen aan de dienstenomschrijving, kunt u worden toegelaten op dat contract.		

76	Product: HAJ Individueel Licht	Onderwerp: HAJ Individueel Licht	Pag.
Vraag	Het gaat bij HAJ Individueel Licht bijvoorbeeld om opvoedtraining (waar opvoedondersteuning in het voorliggende veld ontoereikend is gebleken), om het trainen van sociale vaardigheden etc. Het benoemen van EMDR behandeling of Verbindend Gezag in relatie tot het beschreven doel komt niet overeen. Dit zijn zeer gespecialiseerde interventies waarbij er een hoog opleidingsniveau (+ hoge inschaling) wordt gevraagd van de uitvoerende therapeut of behandelaar. Het betreft geen enkelvoudige training. WO+ wordt in deze functiemix gemist.		
Antwoord	Dit is aangepast.		

77	Product: HAJ Individueel Licht	Onderwerp: herstelgericht individueel basis	Pag.
Vraag	Specifiek voor product herstelgericht individueel basis: 12-13 sessies is niet realistisch. Bij geen enkel kind wordt individueel gewerkt, maar worden de belangrijke contexten voor het kind (gezin, familie, dagverblijf, school, sport, overige zorgverleners etc.) meegenomen. Dit is niet weg te zetten in het genoemde product. Ook goede informatie verstrekking, onder andere door middel van correspondentie en transdisciplinair overleg is noodzakelijk. Deze is hierin ook niet meegenomen. Dit past niet bij de in het overkoepelend kader jeugdzorg genoemde doelstelling partnerschap en samenwerking en het inhoudelijke uitgangspunt integraal samenwerken.		
Antwoord	Dit is aangepast.		

78	Product: HAJ Individueel middel	Onderwerp: Herstelgericht ambulantly middel	Pag.
Vraag	<p>Het gaat bij HAJ Individueel Midden bijvoorbeeld om, om het trainen van sociale vaardigheden (waar in het voorliggende veld geen passend aanbod beschikbaar is) of het aanleren van vaardigheden of omgaan met bepaalde zaken voortkomend aan een beperking en/ of matige gedragsproblematiek.... De enkelvoudige hulpvraag wordt met een gerichte interventie beantwoord. Gesuggereerd wordt dat dit ook behandeling/interventie betreft gericht op enkelvoudige problematiek echter zijn de behandelingen die vermeld staan als KUK/Ouderschap Blijft/IAG betreffen multidisciplinaire en specialistische behandelmethodieken waar minimaal een HBO+ professional op wordt ingezet.</p>		
Antwoord	<p>Nee, ook multiproblematiek kan hieronder vallen. We passen het functieprofiel daarop aan.</p>		

79	Product: HAJ Individueel Midden	Onderwerp: HAJ Individueel Midden	Pag. 30-31
Vraag	<p>Bij de kenmerken van jeugdhulp staat een opsomming waarbij in een aantal situaties een trajectprijs gebruikelijk is en in een aantal situaties een prijs per minuut/uur. Ons inziens is het belangrijk om dit te onderscheiden. Zo bieden we nu het programma Kinderen uit de Knel aan met een trajectprijs. Kans is dus aanwezig dat het niet opportuun is om hierop in te schrijven. Wat gaat het worden? Trajectprijs, minuatprijs, beiden?</p>		
Antwoord	<p>Dit is verhelderd in de dienstomschrijvingen. Mocht u desondanks toch nog onduidelijkheden tegenkomen, dan vernemen wij dat graag van u.</p>		

80	Product: HAJ Individueel S-GGZ	Onderwerp: HAJ Individueel S-GGZ	Pag. 44
Vraag	<p>Als kwaliteitseis staat er dat de eindverantwoordelijkheid (regiebehandelaarschap) voor de uitvoering ligt bij een professional geschoold op tenminste WO+-niveau en BIG geregistreerd. Deze eis is hoger dan nodig is. Zeker omdat bij HAJ Individuele Hoogspecialistische S-GGZ WO+-niveau staat aangegeven. Bovendien is er in de arbeidsmarkt een groot tekort aan regiebehandelaren. Kan deze eis worden bijgesteld?</p>		
Antwoord	<p>Zie vraag 62.</p>		

81	Product: HAJ individueel S-GGZ	Onderwerp: Herstelgericht individueel SGGZ	Pag.
Vraag	<p>Zo spoedig mogelijke afschalen naar GGZ regulier/generalistisch of huisarts/POH-er/Lokaal team en/of zo nodig voor het inslijpen en generaliseren van geleerde vaardigheden de verwijzer adviseren de functie begeleiding in te zetten of de jeugdige/ het gezin toe te leiden naar een algemene voorziening; Bij behandeling verbindt een jeugdige zich ook aan hulpverleners. Met bovenstaande veronderstelling lijkt hieraan voorbij gegaan. In dit geval zijn hulpverleners vlot inwisselbaar. De praktijk leert anders, vanuit het vertrouwen kun je niet makkelijk doorschuiven. Mensen zijn geen pakketjes bij loketjes. Er wordt hier uitgegaan van voorbeeldige gevallen met ouders met redelijke opvoed mogelijkheden. In de doelgroep beschrijving worden ouders wederom niet genoemd als zijnde onderdeel van het probleem zoals dat nu in de huidige SGGZ vaak wel het geval is.</p> <p>Aan het einde van de behandeling is de hulpvraag beantwoord of met de hulp van het netwerk van de jeugdige is deze oplossing geborgd. Het aantoonbaar borgen is niet mogelijk direct na afsluiting van een behandeling.</p>		
Antwoord	<p>Niet alle problematiek kan of hoeft altijd volledig verholpen zijn. In sommige gevallen kan het nuttig zijn om de hulp over te dragen aan anderen die ook al bij het gezin betrokken zijn. Doel moet altijd zijn dat ouders en jeugdigen voor zover mogelijk zelf het antwoord op hun hulpvraag geven. De zorgaanbieder ondersteunt hun daarbij. We vragen van de zorgaanbieder dan ook om de resultaten van de jeugdhulp zo goed als mogelijk te borgen.</p>		

82	Product: HAJ Individueel S-GGZ/ B-GGZ	Onderwerp: GBGGZ & SGGZ	Pag.
Vraag	<p>Er is een actieve splitsing gemaakt tussen GBGGZ en SGGZ. Iets wat juist dit jaar in de volwassenzorg is losgelaten omdat dit geen recht doet aan hoe psychische zorg werkelijk in elkaar zit. Dit onderscheid brengt schotten terug tussen de verschillende vormen van hulp. Schotten die juist afgelopen jaren waren weggenomen door meerdere keuzes die jullie toen naar tevredenheid gemaakt hebben.</p>		
Antwoord	<p>De splitsing is bewust aangebracht omdat beide verschillende kwaliteitscriteria vragen.</p>		

83	Product: HAJ Individueel S-GGZ/ Hoogspecialistische-GGZ	Onderwerp: Producten HAJ Individueel S-GGZ en Hoogspecialistische-GGZ	Pag.
Vraag	<p>In onze beleving zijn de omschrijvingen van beide producten onvoldoende onderscheidend van elkaar. Kunt u nader toelichten wat in de ogen van de regio de verschillen concreet zijn tussen deze 2 producten?</p>		
Antwoord	<p>Een toelichting is opgenomen in de dienstomschrijvingen.</p>		

84	Product: HAJ Individueel S-GGZ/ Hoogspecialistische-GGZ	Onderwerp: Producten HAJ Individueel S-GGZ en Hoogspecialistische-GGZ	Pag.
Vraag	In het normenkader van beide producten benoemt u richtlijnen voor de duur van een beschikking en de intensiteit. Kan hier van afgeweken worden?		
Antwoord	Het gaat hierbij om een richtlijn, waar u met argumenten vanaf kunt wijken.		

85	Product: HAJ Individueel S-GGZ/ Hoogspecialistische-GGZ	Onderwerp: Producten HAJ Individueel S-GGZ en Hoogspecialistische-GGZ	Pag.
Vraag	Wanneer deze producten ingezet worden tijdens klinisch verblijf, is de intensiteit van 2-4 uur per week te laag. Tijdens verblijf in onze kliniek ontvangen jeugdigen deze intensiteit per dag en niet per week. Kunt u bevestigen dat een hogere intensiteit per week voor deze producten mogelijk is?		
Antwoord	Dit is aangepast.		

86	Product: HAJ individueel Zwaar	Onderwerp: Herstelgericht ambulans Zwaar	Pag.
Vraag	De aangeboden interventie zorgt ervoor dat het gezin zonder jeugdhulp verder kan. Aanpassingssuggestie: de interventie zorgt ervoor dat het gezin zonder of met een lichtere vorm van jeugdhulp weer verder kan. Zoals correct wordt hier EMDR benoemd. Het betreft veelal intensieve en specialistische behandelmethodieken waarbij een hoog opleidingsniveau en een multidisciplinaire en integrale aanpak gewenst is. De uitvoering van deze zorg wordt gedaan door een mix van professionals (HBO+/WO/WO+ etc.). De uitgebreide individuele behandeling naast de systemische. EMDR worden gemist, bijvoorbeeld de traumabehandeling voor complex trauma. Behandeling wordt als succesvol beschreven wanneer de vaardigheden en zelfstandigheid zijn toegenomen, niemand heeft het over psychisch welbevinden, over meer en beter begrip, inzicht in het ontstaan en het in stand houden van de problemen etc		
Antwoord	Dit is aangepast.		

87	Product: HAJ Individueel Zwaar	Onderwerp: HAJ Individueel Zwaar	Pag. 33
Vraag	Bij de kenmerken van jeugdhulp staat echtscheidingsproblematiek genoemd, waarbij als voorbeelden slechts MDFT, IOG/IAG zijn genoemd. Juist hier hoort ook Kinderen uit de Knel genoemd te worden. Dit programma is juist bedoeld voor zware echtscheidingsproblematiek. Wat is de reden dat dit hier niet genoemd is en wel bij HAJ Individueel Midden?		
Antwoord	Herstelgericht zwaar is vooral gericht op behandelingen met WO-inzet.		

88	Product: HAJ midden en zwaar	Onderwerp: Opleidingsniveau	Pag.
Vraag	Er wordt vnl. gesproken over HBO terwijl wij juist evidence based behandelingen bieden op WO en WO + niveau. Deze discipline ontbreekt in huidig voorstel.		
Antwoord	Zie vraag 22.		

89	Product: Herstelgericht Basis GGZ	Onderwerp: GGZ	Pag.
Vraag	Wat maakt dat er voor een maximum aantal minuten (750) wordt gekozen in het product b-ggz? Oplossing: Integrale, ambulante specialistische zorg, zonder schotten. Als samenwerkingsverband De Koepel gaan we graag met de gemeente hierover in gesprek om de inhoud hiervan vorm te geven. Het maximum aantal minuten in de b-ggz van 750 minuten maakt dat er nauwelijks ruimte is voor indirecte tijd. In hulp aan jeugdigen vindt er veel indirecte tijd (zorgoverleg) plaats wegens het overleg met andere betrokkenen, scholen, hulpverleners. Samenwerken wordt op deze manier onmogelijk gemaakt.		
Antwoord	Zie vraag 77.		

90	Product: Jeugd-GGZ	Onderwerp: DSM-classificaties	Pag.
Vraag	Wij hebben grote zorg over het opnieuw gaan hanteren van de DSM zoals voorgesteld. De volle-dige jeugdzorg in Nederland heeft opgelucht ademgehaald toen het denken in DSM-termen werd losgelaten door de gemeenten. Vanaf januari 2022 is dit ook grotendeels losgelaten door de zorg-verzekeraars bij het in werking treden van het Zorg Prestatie Model (zie verder). Dit is een ge-zonde ontwikkeling! De zorgvraag van cliënten is namelijk niet te vangen in een DSM-classificatie. De DSM is voor ons, inhoudelijk werkenden, bedoeld om klachten te kaderen en te begrijpen, om de behandeling richting te geven en niet om te bepalen of er recht is op (een hoeveelheid) be-taalde zorg. Het denken in stoornissen werkt stigmatiserend en stimuleert uitsluiting van zorg aan jeugdigen waarbij wel degelijk sprake is van bedreigde ontwikkeling en ernstige problematiek, problematiek welke niet te vangen is in een classificatiemodel zoals de DSM 5 maar waarbij wel een specialistische behandeling vereist is. Verder wijzen wij op het risico van over-diagnosticeren om specialistische zorg te kunnen verlenen.		
Antwoord	Zie vraag 19.		

91	Product: Jeugd-GGZ	Onderwerp: Mixtarief	Pag.
Vraag	<p>Als laatste uiten wij onze zorg over het hanteren van een vast mixtarief waarbinnen een groot percentage HBO- en WO-opgeleiden het tarief bepaalt. De kleine partijen hebben vaak niet de mogelijkheid om af te schalen qua beroepsgroep. Dit omdat het bij de vrijgevestigden vaak gaat om één- of tweepitters die GZ-psycholoog, orthopedagoog generalist, klinisch psycholoog en/of psychotherapeut zijn of kleine specialistische teams. Deze WO+ /WO++-ers zouden dan volledig onderbetaald worden of meer HBO-ers moeten gaan inschakelen.</p> <p>Het verdelen van GGZ over verschillende disciplines lijkt financieel voordelig maar is dit evenwel niet. Uit onderzoek is vastgesteld dat de therapeutische relatie voor het grootste deel bepalend is voor het behandelsucces, een factor die gemist wordt wanneer de behandeling verricht wordt door hulpverleners die met name klachtgericht kunnen werken en/of de hulp vanuit financieel oogpunt over verschillende hulpverleners wordt verspreid.</p> <p>Met het voorgestelde model zien wij een groot risico ontstaan dat de vrijgevestigde hoger opgeleide specialisten hun praktijken sluiten voor jeugd en er oververtegenwoordiging ontstaat van aanbieders op basisopleidingsniveau die vooral het “laag hangend fruit plukken” (tegen een relatief hoog mixtarief). Ook zal het voor de zgn. zorgcowboys gemakkelijker worden onbegrensd uit te breiden. De specialistische kleinschalige zorg zal verdwijnen. Dit is niet wat past bij het speerpunt van transitie in 2015, namelijk het streven naar laagdrempelige hulp dichtbij huis, in de eigen wijk van de jeugdigen. Ook verdwijnt het vrije keuze aspect voor client en ouders.</p> <p>Verder vrezen wij voor verdere toename van wachtlijsten in de zorg voor jeugdigen.</p> <p>We willen u in het kader van de tarieven dan ook graag wijzen op de huidige ontwikkelingen binnen de zorgvergoeding van de psychische zorg aan volwassenen. Bij het zo pas in werking getreden Zorg Prestatie Model zijn de tarieven bepaald door de NzA (Nederlandse Zorgautoriteit) op basis van het soort prestatie (intake/diagnostiek of behandeling), wie de prestatie heeft geleverd (GZ-psycholoog, psychotherapeut of anders) en de setting (vrijgevestigde praktijk of instelling). Dit is een maatvoering die transparant is voor cliënten en onzes inziens ook meer recht doet aan de verrichtingen en de kwaliteiten van zorgverleners.</p> <p>Nog even in het kort: als bezuinigingen onvermijdelijk zijn lijkt het ons onverstandig als kwalitatief goede en relatief goedkope zorg zoals wij vrijgevestigden leveren op deze manier verdwijnt!</p>		
Antwoord	Zie vraag 14.		

92	Product: Jeugd-GGZ	Onderwerp: Producten	Pag.
Vraag	<p>De terugkeer van de indeling van de zorg in producten heeft ons ten zeerste verbaasd. Daar waar eerder juist werd ingezet op verbreding van de zorg en integraal kunnen werken gaat in het voorgestelde model weer een versmalling optreden. Wij zien hierin een groot risico op ver-schraling van de zorg alsook verlies van inzet door kwalitatief hoogopgeleide behandelaren. Wij zijn allen BIG-geregistreerd (WO+ danwel WO++). In de productomschrijving in het gele-verde concept komen de vrijgevestigde specialisten alleen in aanmerking voor aanbesteding van producten zgn. Herstelgerichte Ambulante Jeugdhulp. Wij herkennen onze beroepsuitoefening echter niet in de beschrijving van taken en behandelvormen die hierbinnen genoemd worden. Wij als psychotherapeuten, GZ-psychologen, orthopedagogen generalist en klinisch psychologen bieden namelijk specialistische zorg. Sterker nog: specialistische zorg is voorbehouden aan professionals die daartoe zijn opgeleid. Binnen de omschreven productmix is juist een grote rol weggelegd voor HBO-ers en WO-ers (bv. Basispsychologen) waarbij WO+-ers en WO++-ers voornamelijk worden ingezet als regiebehandelaren. Gevolg is dat specialisten (binnen instellingen en praktijken) zelf steeds minder ingezet worden voor specialistische behandelingen en daarmee aan de rand van de behandelkamer belanden (én het behoud van BIG-registraties in gevaar komt i.v.m. minimaal vereiste face-to-face-tijd voor herregistratie). Intensievere behandelvormen zoals bv. psychotherapie zullen verdwijnen. Een klacht gericht behandelen met een protocol is voordelig, kortdurend, overzichtelijk en vaak vlot weer afgesloten. De werkzaamheid van een langer durende therapeutische relatie wordt hierbij genegeerd. Een behandeling daarentegen waarbij client en systeem in zijn geheel bezien wordt is bij gecompliceerdere hulpvragen (zoals bij ontwikkelingsstoornissen, trauma of hechtingsproblematiek) vele malen effectiever en dat is ook waar wij goed in zijn.</p> <p>Korte en protocollair gestuurde behandelingen leiden bij genoemde groepen vaak tot recidive, behandelmoeite ofwel verlies van continuïteit, verlies van integrale zorg, verlies van systeemgericht werken (essentieel in het werken met jeugd), verlies van vertrouwen in de hulpverlening en toename van onderliggende problematiek. Wij horen deze eerdere ervaringen van onze cliënten!</p> <p>Naast het feit dat psychotherapie bewezen effectiever is leidt het vaker tot structurele veranderingen, waarmee het uiteindelijk ook voordeliger is dan een recidive met toegenomen klachten ten gevolge van niet-behandelde onderliggende problematiek.</p> <p>Verder zal met het harde onderscheid tussen 'Herstelgericht Ambulante Jeugdzorg Basis-GGZ' en 'Herstelgericht Ambulante jeugdzorg S-GGZ' een nauwe samenwerking tussen zorginstanties onder druk komen te staan.</p> <p>Door de zorg zoals voorgesteld weer te schorten zal bovendien kostbare tijd verloren gaan door-dat het kiezen van het juiste product een te grote rol zal krijgen. Daarbij is geheel onduidelijk wie bepaalt welk "product geleverd gaat worden" aan de gezinnen. De huidige toegangen zijn niet goed genoeg geutiliseerd om die afwegingen te maken (triage) met risico dat er te lichte zorg geadviseerd wordt (ondersignalering en onderbehandeling). E.e.a. draagt niet bij aan de doelstellingen zoals omschreven in het overkoepelend kader jeugd: integrale hulp en samenwerking, zelfregie voor gezinnen.</p>		
Antwoord	Zie vraag 1.		

93	Product: Klinische jeugd GGZ – besloten	Onderwerp: Product Klinische jeugd GGZ – besloten	Pag.
Vraag	U benoemt een groepsgrootte van 6-8 jeugdigen, en gemiddeld 0,9 fte begeleiding op de groep per jeugdige. Dit zou zich vertalen in 7 begeleiders op een groep van 8 jeugdigen. Wij vermoeden dat u hier een schrijffout heeft gemaakt, omdat deze dichtheid van begeleiders bijna 1 – op – 1 is. Wij vinden 0,9 fte op een groep van 8 reëel (dus niet per jeugdige). Kunt u bevestigen dat onze interpretatie juist is en toelichten hoe u tot deze productspecifieke eisen gekomen bent?		
Antwoord	We volgen hierin de normen van de NZA voor gemiddelde van de bijpassende deeltijdprestaties.		

94	Product: Klinische jeugd GGZ – besloten	Onderwerp: Product Klinische jeugd GGZ – besloten	Pag.
Vraag	Bij kwaliteitseisen stelt u dat er op het terrein de mogelijkheid moet zijn voor schoolgang en de besteding van vrije tijd. Bij besloten klinische GGZ behandeling is het vaak niet gewenst/passend dat jeugdigen naar school gaan. Wij verzoeken mogelijkheid tot schoolgang niet als verplichting op te nemen Bij dit product.		
Antwoord	We verwachten van onze zorgaanbieders om alles in het werk te stellen om het leven van jeugdigen zo normaal mogelijk te houden. Hier is een schoolgang essentieel onderdeel van. We beseffen ons wel dat dit een effectieve behandeling kan storen. Binnen de dienst geldt dan ook dat als het niet passend is bij de situatie en omstandigheid van de jeugdige, we dit uiteraard niet van toepassing verklaren.		

95	Product: Klinische jeugd GGZ – besloten	Onderwerp: Product Klinische jeugd GGZ – besloten	Pag.
Vraag	U stelt dat de voorziening inclusief begeleiding, ondersteuning zoals o.a. naschoolse vormen van dagbehandeling groep is. Onze coaches zijn dagelijks intensief actief met de jeugdigen van 07:00 – 22:00u bezig. Jeugdigen hebben een uitermate vol en gestructureerd dagprogramma. Wij verzoeken u hiermee rekening te houden v.w.b. het tarief voor dit product.		
Antwoord	Hier wordt in de tariefberekening voldoende rekening mee gehouden.		

96	Product: OAJ Groep Licht/ Midden/ Zwaar	Onderwerp: begeleiding dagdeel	Pag.
Vraag	Daarin is niet meegenomen dat wij juist naschools begeleiding bieden. Dus juist voor kinderen die niet binnen reguliere BSO terecht kunnen vanwege psychosociale en (ernstige) gedragsproblemen en / of de overbelaste thuissituatie extra ondersteuning / een sociotherapeutische aanpak nodig hebben. Hierbij moet je denken aan kinderen met een diagnose of iig wel kindfactoren of aan kinderen die vallen onder een jeugdbescherming maatregel/ complexe thuissituatie en hechtingsproblematiek.		
Antwoord	Kinderopvang valt niet onder de Jeugdwet. Als eventuele aanvullende begeleiding nodig is vanuit de Jeugdwet, kan dit vanuit de omschreven diensten worden gefinancierd.		

97	Product: OAJ Groep Licht/ Midden/ Zwaar	Onderwerp: begeleiding dagdeel	Pag.
Vraag	De groep heeft gezien de problematiek twee HBO'ers nodig of tenminste 1 HBO 1 MBO plus. *Maar een MBO achtergrond kinderopvang kan deze doelgroep niet aan. Dat mist expertise. En MBO jeugdzorg met ervaring, die mensen zijn op de arbeidsmarkt eigenlijk niet te vinden. 1 Professional is te weinig.		
Antwoord	Zie vraag 22.		

98	Product: OAJ Groep Licht/ Midden/ Zwaar	Onderwerp: begeleiding dagdeel	Pag.
Vraag	Daarnaast eten deze kinderen een avondmaaltijd (wat niet is berekend) naast drinken en een koekje/fruit (wat wel is berekend) uit school. Zij gaan na het avondeten pas naar huis. Dit mist in de tariefopbouw (hogere kosten) maar ook in het product (wat meer gericht is op opvang onder school of ipv school).		
Antwoord	Dit is een bedrijfsmatige overweging van de organisatie zelf en valt niet onder de Jeugdwet. Dit wordt door de gemeenten niet als verplichting opgelegd.		

99	Product: OAJ Groep Licht/ Midden/ Zwaar	Onderwerp: begeleiding dagdeel	Pag.
Vraag	Wel is er vraag naar deze hulp omdat er los van zorgboerderij (wat niet passend is) eigenlijk geen andere hulp is die dit kan bieden. Dus wel een dagdeel, geen therapie wel begeleiding en expertise in gedrag naschools met doelen en psychosociale begeleiding, sociotherapeutische insteek.		
Antwoord	U beschrijft hier een combinatie van kinderopvang en jeugdhulp. Bij de inzet van jeugdhulp verwacht de gemeente dat aan de regionale doelen wordt gewerkt.		

100	Product: OAJ individueel Licht/ midden	Onderwerp: OAJ individueel Licht/ midden	Pag.
Vraag	Tijdstippen waarbinnen de begeleiding plaatsvindt is bij licht en midden tussen 07:00 en 19:00, echter zullen er ook vraagstukken liggen waarbij gewerkt moet worden aan het avondritueel zonder dat dat direct valt onder Individueel zwaar.		
Antwoord	Dit is aangepast.		

101	Product: OAJ individueel Zwaar	Onderwerp: OAJ individueel Zwaar	Pag.
Vraag	Intensiteit zwaar is max 7 uur in de week, in de praktijk zien wij dat bij zware/complexere hulpvragen meer dan gemiddeld 7 uur per week wordt ingezet. Is hier nog speling in mogelijk?		
Antwoord	Het gaat hierbij om een richtlijn, waar u met argumenten vanaf kunt wijken.		

102	Product: OAJ individueel Zwaar	Onderwerp: OAJ individueel Zwaar	Pag.
Vraag	Persoonlijke verzorging wordt genoemd bij Individueel Zwaar, er wordt verwezen naar Ondersteuningsgericht Individueel, maar valt dit dan ook onder dit product?		
Antwoord	Persoonlijke verzorging is veelal onderdeel van een bredere hulpvraag. Indien nodig is de persoonlijke verzorging daarom onderdeel van de hulpverlening.		

103	Product: Pleegzorg	Onderwerp: Pleegzorg	Pag. 56-58
Vraag	Er ontbreekt een product voor Pleegzorg Intensief. Hierbij gaat het om meer dan de gebruikelijke begeleiding, zodat een kind toch in een pleegzorggezin kan blijven. Kan dit product worden toegevoegd?		
Antwoord	De begeleiding die pleegouders, jeugdigen en biologische ouders regulier ontvangen, is verdisconteerd in het tarief. Als extra begeleiding voor een kind nodig is, kan dat door extra ondersteuning aan te vragen bij de gemeentelijke toegang. Dit is nu toegelicht in de dienstomschrijving. Daarom is een intensief product niet noodzakelijk.		

104	Product: Pleegzorg	Onderwerp: Pleegzorg	Pag. 56-58
Vraag	Afhankelijk van de zorgzwaarte kan er maximaal 10 etmalen per 12 maanden aanvullend deeltijdpleegzorg worden toegewezen. Dit zijn dus maximaal 5 weekenden. In het huidige contract is het maximaal 55 dagen. Dit blijkt in de praktijk soms al krap, laat staan maximaal 10 etmalen. Dit levert als risico op dat een kind in de toekomst in minder situaties in een pleeggezin kan blijven. Kan dit in ieder geval op het niveau blijven van 55 dagen?		
Antwoord	Dit is aangepast.		

105	Product: Pleegzorg	Onderwerp: Pleegzorg	Pag.
Vraag	<p>Wat in het kader van pleegzorg belangrijk is om te weten is dat er parallel aan dit tariefonderzoek voor pleegzorg landelijk een bestuurlijk advies is ingestuurd door het NJI. Daar komen diverse knelpunten naar boven denk aan een eerlijk tarief, vaststelling van wat wel en niet in het verblijfstarief hoort, een aparte trajectfinanciering voor deeltijdpleegzorg en een eenduidige regeling voor Bijzondere Kosten (zie bijlage). VNG is op de hoogte en er wordt door het NJI aangedrongen om voor einde van deze maand met een reactie te komen. De vraag is of we daar niet om moeten wachten zodat er voor alle regio's dezelfde uitgangspunten kunnen worden gehanteerd.</p> <p>De beschrijving van Pleegzorg is zeer summier:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Er staat in de beschrijving niets over deeltijdpleegzorg; ❖ Er staat (te) weinig in over crisispleegzorg; uitsluitend dat pleegouders daar een toeslag voor krijgen, maar niet dat organisaties hiervoor een hogere vergoeding ontvangt. ❖ Idem over verlengde pleegzorg tot 23 jaar. ❖ Wat hier ontbreekt is wat er precies betaald moet worden uit het tarief; dat blijft onduidelijk terwijl juist daar veel discussies over ontstaan (bijv. begeleide omgang; wel of niet, frequentie, maar ook waar specifiek een ambulante beschikking voor aangevraagd moet worden; bijvoorbeeld traumatraining). Zie de bijlage bij de bestuurlijke reactie. ❖ Waar ligt de grens bij matching en werving, met andere woorden wat kan hierin vanuit het reguliere tarief en vanaf welk moment is er een extra ambulante beschikking mogelijk (denk aan een kindgerichte wervingscampagne). ❖ Afhankelijk van de zorgwaarte kan er maximaal 10 etmalen per 12 maanden aanvullend deeltijdpleegzorg worden toegewezen als respijtzorg voor de reguliere pleegouders <ul style="list-style-type: none"> o Wat betekent dit concreet. Dit is onduidelijk. 		
Antwoord	<ul style="list-style-type: none"> - We hanteren één tarief voor zowel vol- als deeltijd pleegzorg. - Crisispleegzorg is als aparte dienst opgenomen. - De leeftijd van 23 jaar is opgenomen. - Dit is aangepast. - Matching en werving is opgenomen in het tarief. - Dit is aangepast naar de huidige regeling, zie vraag 6. 		

106	Product: SGGZ	Onderwerp: Productcodes	Pag.
Vraag	<p>de specialistische (psychotherapeutische) diagnostiek en behandeling van jongeren en hun gezin door psychotherapeuten/ klinisch psychologen ontbreekt. Door uw onderzoek uit te voeren in bestaande organisaties meet u de werkelijkheid, deze is dat veel gz-psychologen, psychotherapeuten, klinisch psychologen en psychiaters deze instellingen verlaten hebben en zich als vrijgevestigde gepositioneerd hebben. Daarbij is een groot aantal van hen bij de overgang van de bekostiging van de zorgverzekeraars naar de gemeenten gestopt omdat zij geen contracten met verschillende gemeenten aan wilden gaan.</p> <p>Hierdoor ontbreekt bij veel kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen specialistische know how die gecoupeerd wordt door basispsychologen, -pedagogen, spv' en en HBO' ers onderdelen van de psychotherapie uit te laten voeren onder de naam van een specialistische modules die evidence based genoemd worden doordat de onderbouwing van de interventie klopt (u noemt deze interventies zelf in uw stuk).</p> <p>Echter, we weten allemaal dat deze stapeling niet tot het gewenste resultaat leidt omdat de chirurgische precisie ontbreekt. Kennis en vaardigheden kunnen niet alleen doorgegeven worden in cursussen of een maandelijks supervisie. Deze dienen in de praktijk geleerd te worden door een intensief opleidingstraject.</p> <p>Ik verzoek u daarom met klem de productcodes uit te breiden met echt specialistische codes die alleen geleverd kan worden als deze goed geïndiceerd zijn (langer durende problematiek, eerste lijns interventies hebben onvoldoende geholpen, hele jonge kinderen onder de 5 jaar, kinderen in complexe scheidingssituaties, kinderen met KOPP/KVO ouders, kinderen/jongeren met zeer ernstige internaliserende en externaliserende problematiek waardoor er forse relatieproblemen en/of schooluitval dreigt) en hier een markconform tarief aan te hangen zodat wij dit mooie beroep uit kunnen blijven oefenen en niet om financiële redenen gedwongen worden om de aanbestedingsronde voor 2023 aan ons voorbij te laten gaan.</p>		
Antwoord	Dit is aangepast. De door u genoemde methodieken kunnen onder de bestaande diensten worden geleverd.		

107	Product: Specialistische GGZ	Onderwerp: Regiebehandelaarschap	Pag.
Vraag	Dit zou alleen door WO++ behandelaren kunnen worden geboden. En binnen de basis-ggz (maximaal 12,5u jeugdhulp!!) door WO+ behandelaren.		
Antwoord	- Dit betreft een typefout, zie vraag 62.		

108	Product: Specialistische GGZ	Onderwerp: Regiebehandelaarschap	Pag.
Vraag	<p>Dit leidt mijns inziens tot extra verschotting in de zorg, met zeer onwenselijke gevolgen. In het huidige systeem is deze tweedeling er niet, en dat gaf juist veel ruimte om als kleine praktijk ook ernstige en complexe casuïstiek op te pakken, dichtbij de client en waar van meerwaarde in samenwerking met andere specialistische behandelaars.</p> <p>Ik ben zelf GZ-psycholoog, wat waarschijnlijk als WO+ wordt gekenmerkt, al val ik qua opleiding tussen WO+ en WO++. Ik geef al jaren specialistische behandelingen - eerst vanuit s-ggz instellingen en de laatste periode vanuit mijn eigen praktijk, veelal op gebied van trauma als EMDR Europe practitioner. Ik plaats grote vraagtekens bij het nut van een tweedeling tussen b-ggz en s-ggz, hoe dient dat het belang van de client? En ik zou met klem willen pleiten voor het openhouden van de optie om WO+ behandelaars als regiebehandelaar te laten fungeren binnen de s-ggz, als deze tweedeling wordt ingevoerd (bijvoorbeeld met een vaste WO++ behandelaar als achterwacht, die je invliegt wanneer dat inhoudelijk van meerwaarde is). Dit omdat ik, en met mij vele collega's, anders allerlei waardevolle specialistische jeugdhulp niet langer zouden kunnen blijven bieden. Gezien de ernstige tekorten in jeugdhulp (vooral waar het ernstige en complexe casuïstiek betreft) is dat zeer onwenselijk, en zou het tot nog langere wachttijden leiden, met name bij specialistische grote instellingen. Het zet kleinere spelers buiten spel. En brengt kwetsbare kinderen daarmee nog verder van de voor hen zo essentiële jeugdhulp.</p>		
Antwoord	- Zie vraag 82.		

109	Product: Specialistische GGZ	Onderwerp: Regiebehandelaarschap	Pag.
Vraag	<p>Ik hoor daarom graag waarom deze overweging nu gemaakt wordt? Waren er in de afgelopen periode waarin deze eis niet werd gesteld binnen de regio Alkmaar, op inhoudelijk niveau redenen om dit aan te passen? Of gaat het hier enkel om een poging tot kosten terugdringing? Ik krijg echt buikpijn van dit voorgestelde beleid, met alle kinderen in gedachten die hier de dupe van zijn. Laten we geen extra schotten toevoegen, er zijn er al genoeg.</p>		
Antwoord	- Zie vraag 1.		