

Aantal	Vraag	Antwoord
1	Als organisatie willen wij graag pleeg- en gezinshuizenzorg beschikbaar houden voor álle jeugdigen. <i>Hoe ziet het eruit als een jeugdige in samenwerkingsverband A zit en pleeg- en/of gezinshuizenzorg nodig heeft van een organisatie in Samenwerkingsverband B?</i>	Als het om aanvullende jeugdhulp gaat die niet door 1 samenwerkingsverband/partij geleverd kan worden, is levering vanuit meerdere sw-verbanden mogelijk.
2	<i>Wat wordt verstaande onder 'cruciale zorgvormen' (in document inkoopstrategie publieksversie oktober 2024)?</i>	Onder cruciale hulpvormen verstaan we die vormen van jeugdhulp die onmisbaar zijn om te kunnen voldoen aan de meest basale hulpvragen. Pleegzorg is bv een cruciale hulpvorm. Zie ook https://www.jeugdautoriteit.nl/onderwerpen/cruciale-jeugdzorg .
3	Voor gezinshuizen wordt in het concept productenboek de gezinshuizen gevraagd om een keurmerk gezinshuizen. Na zorgvuldig onderzoek vragen wij de gezinshuizen om het Keurmerk Kleine Organisaties. <i>Hoe ziet de regio dit?</i>	Voldoen aan kwaliteitscriteria gezinshuizen i.p.v keurmerk. Het keurmerk Kleine organisaties hoeft niet van toepassing te zijn, aangezien wij alleen gezinshuizen zullen contracteren die onderdeel zijn van een jeugdhulpaanbieder.
4	KOC is een identiteitsgebonden organisatie en bedienen met name de reformatische doelgroep. We vinden het essentieel dat ouders identiteitsgebonden jeugdhulp kunnen krijgen als dit nodig is. <i>Hoe wordt dit geborgd bij de inrichting de SLT's?</i>	Onze taak is om tot een dekkend landschap te komen, waarbij de hulpvragen van diverse bevolkingsgroepen kunnen worden beantwoord.
5	<i>Op welke wijze worden kerken meegenomen bij de nieuwe inkoopprocedure?</i> Veel kerken hebben een uitgebreid vrijwilligersbestand en gastgezinnenbestand dat ingezet kan worden waar nodig. Goede afstemming kan zorgen voor kostenreductie.	De inzet van het netwerk behoort tot de opdracht van zowel de jeugdhulpaanbieders als de gemeenten die de toegang tot jeugdhulp bepalen.

6	<i>Op welke wijze wordt er gewerkt aan de koppeling onderwijs-jeugdhulp? Heeft dit voldoende aandacht in de nieuwe inkoopstrategie en de producten? Een goede koppeling zorgt dat minder geïndiceerde jeugdhulp nodig is.</i>	De Zeeuwse gemeenten maken werk van de verbinding met het onderwijs. Dit zal op verschillende wijzen vorm en inhoud krijgen. Overigens is binnen segment 2 ruimte om onderwijs-zorg-arrangementen te contracteren. Dit betreft jeugdhulp op het speciaal onderwijs.
7	Ben je als gecontracteerde partij verplicht om alle prestaties te leveren binnen één bepaald segment? Bijvoorbeeld: we zijn gegund voor segment 2, zijn we dan verplicht om alle prestaties uit segment 2 te leveren? Idem voor de overige segmenten.	Segment 2 wordt opgedeeld in 2 percelen: De OZA's en de overige jeugdhulp (arrangementen en Geneeskundige GGZ). Ook binnen segment 3 zijn er 2 percelen (crisis en de overige jeugdhulp). Voor segmenten 1 en 4 is er geen perceelindeling; het segment is daarmee een perceel. Elke inschrijver zal een geheel perceel moeten aanbieden. Binnen de segmenten 2 en 3 zullen eisen gesteld worden aan de verbinding tussen de te leveren jeugdhulp in de percelen.
8	We zien geen losse prestatie voor de inzet van diagnostiek of therapie WO. In een aantal prestaties is Diagnostiek en/of therapie meegenomen maar in andere prestaties niet terwijl dit ook nodig kan zijn. Blijft het wel mogelijk om hiervoor een aparte prestatie toegewezen te krijgen?	De arrangementen/prestaties zijn samengesteld op basis van de uitgangspunten van de Jeugdwet, waarbij diagnosticeren teruggedrongen wordt. Alleen daar waar sprake is van behandelen is er ruimte voor diagnose. Diagnostiek is dan onderdeel van het product of het arrangement.
9	Bij een netwerkscreening voor pleegzorg, door de pleegzorgaanbieder, waarbij het kind nog niet geplaatst is in het netwerkgezin, wordt nu ten behoeve van de screening de code 45A40 afgegeven voor 2400 minuten met een looptijd van 4 maanden. Onder welke prestatie komt deze inzet te vallen?	De financiering van de screening is beschreven in de Handreiking Tarifiering en Inkoop. Wij volgen de Handreiking en daarmee valt de financiering van screening , ook bij netwerkplaatsingen, in het tarief . Dat is nu ook al het geval.
10	Zijn de huidige hulpvormen Dagbehandeling en Naschoolse dagbehandeling straks alleen nog in te zetten als onderdeel van een arrangement en niet meer als losse prestatie?	Deze hulpvormen zijn inderdaad onderdeel van het arrangementenaanbod. Binnen de arrangementen is er ruimte voor de aanbieders om in te zetten wat nodig is. In de praktijk betekent dit dat de nadruk kan liggen bij deze hulpvormen, maar gezien de gezinsgerichte insteek vanaf 2026 gaan we ervan uit dat hieraan enige vorm van vorm van gezinsondersteuning gekoppeld is. Uit onze data blijkt dat dit vaak het geval is.
11	Segment 2: Voorbeeld Intensief Thuis: in de productcatalogus wordt gesproken over 2-4 dagdelen behandeling of dagbesteding op locatie van de zorgaanbieder, terwijl jeugdigen intensiever behandeling volgen en nodig hebben gedurende 1 jaar. Als straks minder dagdelen mogelijk zijn en gebaseerd op 9 maanden i.p.v. 1 jaar, dan sluit dit niet aan bij de hulpvraag (onderzoeksvraag en behandeling) van het gezin en de aanpak van de kind-eigenproblematiek. We voorzien dat we hierdoor onvoldoende in staat zullen	De genoemde normen per jeugdhulpvorm zijn niet in beton gegoten. De normen gaan uit van een gemiddelde. Het is aan de jeugdhulpaanbieder om in te zetten wat nodig is, hetgeen tussen cliënten kan verschillen. We overwegen wel de toevoeging van intensiteiten per soort arrangement. In de marktconsultatie gaan we in gesprek over welke factoren maken dat er sprake is van lichtere en intensievere varianten.

	zijn effectief en methodisch te kunnen werken. Wij vragen jullie dit in overweging te nemen.	
12	In de productcatalogus, segment 1, Begeleiding individueel licht: daar wordt aangegeven dat de regie bij de aanbieder ligt, of bij de partij die toeziet op de verantwoorde werktoedeling. Wij vragen ons af: wat is de definitie van regie?	Zie de bijlagen bij de documenten van de marktconsultatie van 4 december 2024.
13	Gezinshuis regulier en intensief: Gezinshuizen moeten ook de begeleiding terug naar huis of richting zelfstandigheid gaan bieden. Betekent dit dat een aparte toewijzing voor specifieke erkende interventies zoals bijvoorbeeld IAG of VT niet meer mogelijk zijn? Om jongeren terug naar huis te laten keren of zelfstandig te laten wonen vraagt een andere aanpak dan het onderdeel te laten zijn van de begeleiding die het gezinshuis biedt. Of is de verwachting dat gezinshuizen zich gaan scholen in deze methodieken en de (soms intensieve) vorm zelf gaan bieden?	Een gezinshuis is een voorziening met professionele jeugdhulpwerker(s). Zij bieden daarmee professionele begeleiding aan de kinderen. Gezinshuisouders hebben voldoende bekwaamheid om kinderen terug naar huis te begeleiden of richting zelfstandigheid te begeleiden. Een aparte toewijzing is niet aan de orde.
14	In de prestatiebeschrijving pleegzorg voltijd en pleegzorg deeltijd staat in de beschrijving: "Pleegouders zijn geen jeugdprofessionals". Voor de juiste beeldvorming over wat zij dan wel zijn is ons advies om hieraan toe te voegen dat zij vrijwilligers zijn.	Dat het om vrijwilligers gaat, voegen wij toe.
15	In de prestatiebeschrijving pleegzorg voltijd en pleegzorg deeltijd staat: "In het algemeen volgens pleegouders eerst een introductieprogramma van soms komt een plaatsing onverwachts en uit het eigen netwerk." De juiste omschrijving is dat bestandpleeggezinnen altijd een voorbereidingsprogramma volgen bij de pleegzorgaanbieder voordat zij daadwerkelijk pleeggezin kunnen worden. Een groot deel van de plaatsingen binnen pleegzorg komen tot stand in het eigen netwerk van de jeugdige of diens eigen gezin. Het netwerkpleeggezin wordt dan gescreend en begeleidt terwijl de plaatsing al is gerealiseerd. Bij een dergelijke netwerkplaatsing wordt er door de gemeente of de Gecertificeerde Instelling conform de	Deze toevoeging zullen we meenemen.

	veldnormen een 1e (veiligheids)toets uitgevoerd voordat aanmelding bij de zorgaanbieder kan plaatsvinden.	
16	Pleegzorg voltijd en deeltijd: bij de kenmerken staat dat behandeling van de kind-eigenproblematiek een extra toewijzing kan worden afgegeven. We missen hierin de inzet van respijtzorg voor de jeugdige en het pleeggezin, de inzet van begeleiding evenals het doen van diagnostisch onderzoek of andere aanvullende zorg die eventueel nodig is voor de kind-eigenproblematiek	Bij pleegzorg kan aanvullende jeugdhulp uit andere segmenten ingezet worden. Zoals hierboven al aangegeven is diagnostiek geen losstaand product.
17	Pleegzorg deeltijd, laatste zin bij Eisen: "In het tarief wordt er via de kostprijsberekening rekening mee gehouden dat er soms extra opvoedbegeleiding/behandeling nodig is." Bij pleegzorg voltijd staat dit niet vermeld. Vraag: wat wordt hiermee bedoelt en waarom staat dit alleen bij deeltijd?	Binnen pleegzorg wordt de opvoedbegeleiding door de pleegzorgbegeleiding geboden. Als er sprake is van intensieve (gezinsgerichte) begeleiding en/of diagnostiek dan past dit binnen gespecialiseerde pleegzorg. Voor voltijd en deeltijd gelden dezelfde eisen.
18	Instemmingsverklaring Gesloten Jeugdzorg: de GI en gemeentelijke toegangen zijn degenen die een machtiging gesloten jeugdzorg aanvragen en zij dienen hiervoor een onafhankelijk GW te raadplegen. Met welke reden wordt dit ondergebracht in segment 3 en belegd bij de zorgaanbieders? Hiermee worden de gecontracteerde partijen verantwoordelijk voor het organiseren, opleiden en 24/7 beschikbaar hebben van deze dienst voor GT en GI. Ook in het kader van verminderen van administratieve lasten voor zorgaanbieders vragen wij ons af of dit niet beter gezamenlijk door gemeentelijke toegangen en GI georganiseerd kan worden.	We zien het onderbrengen bij de toegangen van deze functie als een suggestie die verdere uitwerking nodig heeft. Niettemin willen we deze functie, zoals nu het geval is, contracteren.
19	Afbouw JZ+ , afbouw verblijf met behandeling, ambulantisering. Voor die doelgroep, dan is 9 maanden niet realistisch. Segment 2, Intensief Thuis Complex. Deze hulpvorm kan binnen 2 jaar niet verlengd of opnieuw ingezet worden. Er wordt verwacht dat de resultaten ongeveer na 9 maanden bereikt kunnen zijn en dat er goed geborgd wordt/nazorg gegeven wordt. Het gaat hier om de kwetsbare gezinnen en jeugdigen. Daarvoor is 9 maanden vaak niet toereikend genoeg. Daarbij komt de afbouw van Jeugdzorg+ én verblijf met behandeling wordt op termijn uit gefaseerd. Dit is niet realistisch.	We nemen kennis van uw zorgen, deze vraag is aan de orde geweest in de marktconsultaties van 27 nov en 11 december. We verwerken momenteel de inbreng.

20	MST lijkt in de productcatalogus ondergebracht te zijn bij segment 3, extra intensief ambulant, segment 3. We willen jullie meegeven dat het vanwege de licentie van MST, noodzakelijk is dat dit een apart beschreven prestatie is, zijnde trajectfinanciering.	De producten zijn ruim gedefinieerd, dat ruimte geeft om verschillende interventies in te zetten. Het wordt afstemming tussen toegangen en aanbieders om te bepalen welke jeugdhulp nodig is om de doelen te behalen en aan de aanbieders om de passende interventie te bepalen. Binnen de arrangementsfinanciering is het o.i. mogelijk dat er specifiek een product MST ingezet wordt zodat voldaan kan worden aan de licentie-eisen van MST.
21	Segment 2. Intensief Thuis Meervoudig. "Veelal zal eerst ouder en externe problematiek aangepakt moeten worden voordat de behandeling en begeleiding van de jeugdige tot resultaten kan leiden". Is het aanpakken van ouder en externe problematiek onderdeel van het arrangement? Of start dit arrangement pas als behandeling en begeleiding van de jeugdige tot resultaten kan leiden?	De inzet kan alleen als andere voorliggende problemen eerst zijn opgelost. De aanpak van ouder- en externe problematiek valt niet onder het arrangement. Het is aan alle betrokkenen om te bepalen wanneer de behandeling en begeleiding van de jeugdige wél effect kan hebben.
22	Beschrijving arrangementen segment 3, uitgangspunten. "Voordat de jeugdhulp wordt toegekend moet er de beschikking zijn over een brede analyse van de problematiek. Dat wil zeggen een beschrijving van wat de jeugdige, het systeem wil en kan, een overzicht van diagnostiek, ingezette hulpverlening en vooral een analyse van dat wat wel en wat niet heeft gewerkt. De keuze voor het inzetten voor hulp uit dit segment kan ook gerelateerd zijn aan de uitkomsten van een zorgzwaarte-instrument of een gezamenlijk standpunt van gezin, gemeente en aanbieder over de zwaarte van de hulpvraag met de daaraan verbonden interventies". Welke analyse wordt hiermee bedoeld? Vraaganalyse? Probleem- en klachtenanalyse? Een Gedeelde Verklarende analyse? En door wie wordt dit uitgevoerd? En op welk moment?	De inzet van instrumenten en methodieken is uitgebreid aan de orde geweest in de marktconsultatie van 4 december 2024. https://www.inkoopjeugdhulpzeeland.nl/app/uploads/2024/12/20241204_verslag-marktconsultatie_4-december-2024.pdf . Op basis van de marktconsultaties zullen de stukken, daar waar in ieders belang, aangepast worden.
23	Wij verwachten binnen onze doelgroep een aanzienlijke populatie die passend is binnen segment 2 (Intensief thuis). Uit de antwoorden van de marktconsultatie op 30 september 2024 blijkt dat er bij de vraag over op- en afschaling wordt gesproken over het karakter van segment 2, waarbij gesteld wordt dat 'de hulpvraag een duidelijk eindpunt heeft en ouders en jeugdige na afronden van een traject zelfstandig verder kunnen'. Wij voorzien echter dat een groot deel van de populatie binnen segment 2, na het afronden van het traject nog vervolghulp nodig heeft. Bijvoorbeeld langdurige lichte begeleiding of hulp gebaseerd op basis van een waakvlamfunctie. Dit lijkt geen uitzondering te zijn zoals beschreven staat in	We willen langdurige begeleiding beperken tot de gezinnen die dit nodig hebben, meestal passend bij de meervoudige gezinsproblemen. Bij segment 2 gaan we ervan uit dat ouders zelf de begeleiding kunnen oppakken vanuit hun eigen verantwoordelijkheid. Indien dit toch noodzakelijk blijkt, dan zou een voorliggende voorziening zoals het maatschappelijk werk (of het lokale team in de toekomst) wellicht een dergelijke waakvlam kunnen bieden.

	de antwoorden van 30 september 2024. In de huidige productomschrijving van 'individueel licht' (45A48) wordt vermeld: 'De begeleiding sluit aan bij eerdere of andere ingezette zwaardere hulpverlening.' Welke mogelijkheden zijn er voor deze gezinnen? Binnen welk segment kunnen zij langdurige begeleiding ontvangen?	
24	Het gebeurt in de praktijk geregeld dat hulpvragen tijdens het hulpverleningstraject veranderen. Vaak omdat ouders eerst vertrouwen nodig hebben van de hulpverleners om volledig open en eerlijk te zijn, maar ook bijvoorbeeld als er life-events plaatsvinden. Dit is van invloed op de hulpvragen en dus de inzet van zorg, maar is ook sterk van invloed op de looptijd van het arrangement. Wat zijn in zulke gevallen de mogelijkheden om een arrangement bij te stellen? Zijn er bijvoorbeeld mogelijkheden om te wisselen naar een andere intensiteit? Of kan er een nieuw arrangement worden afgesproken?	Eén van de uitgangspunten is om “first time right” toe te passen en hiervoor de nodige inspanningen te doen. Het aantal mismatches hopen we hiermee sterk te verminderen. De mogelijkheden tot een ander arrangement zullen we tot een minimum houden. We zullen hierop gaan meten en sturen. Vragen als deze zijn aan de orde geweest in de marktconsultatie van 4 december 2024.
25	In de beschrijving wordt aangegeven dat verschillende prestaties niet binnen 2 jaar verlengd of opnieuw ingezet kunnen worden. Onze vraag is: geldt dit alleen voor dezelfde hulpvraag met de bijbehorende doelen? Of ook wanneer er na afronding sprake is van een nieuwe hulpvraag. Bijv. na 9 maanden zijn de doelen van hulpvraag/arrangement 1 beantwoord. 4 maanden later komt dezelfde jeugdige met een andere hulpvraag (2). Wordt er dan wel een nieuw arrangement afgegeven?	Hierbij hoort een wedervraag: in hoeverre is het realistisch dat binnen 4 maanden na afloop sprake is van een totaal andere jeugdhulpvraag.
26	Bij de prestatiebeschrijvingen van de gezinshuizen wordt aangegeven dat gezinshuisouders worden gezien als 'reguliere' ouders en dat zij verantwoordelijk zijn voor verzekering, zak- en kleedgeld, schooluitgaven, etc. We willen benadrukken dat biologische ouders onderhoudsplichtig blijven. De genoemde kosten komen dus niet voor rekening van de gezinshuisouders. Daarnaast schrijft de landelijke zak- en kleedgeldregeling schrijft het volgende voor: "deze handreiking is van toepassing op alle jeugdigen die ten minste gedurende een maand van maandag tot en met vrijdag verblijven in een accommodatie voor jeugdhulp, niet zijnde pleegzorg. Hieronder vallen in ieder geval de volgende verblijfsvormen: kleinschalig verblijf, kamertrainingscentra, leef- en behandelgroepen, crisisopvang, Jeugdzorgplus en gezinshuizen". Wij vragen de prestatiebeschrijvingen aan te passen op basis van hiervoor beschreven input.	De prestatiebeschrijving wordt hierop aangepast.

27	Er wordt binnen segment 3 (kortdurend verblijf, wonen met begeleiding) een aantal keer gesproken over een kleinschalige voorziening met maximaal 8 cliënten. Volgens het Consortium Kleinschaligheid gaat het om maximaal zes, en bij voorkeur vier cliënten. Waarom wordt er afgeweken van de algemene opvatting van 'kleinschaligheid'?	Dit gaan we aanpassen.
28	Binnen de prestaties van pleegzorg (voltijd, deeltijd) wordt gesproken over een 'netwerkpleegzorgonderzoek', dit moet 'netwerkscreening' zijn. De netwerkscreening wordt altijd uitgevoerd door de pleegzorgaanbieder, de eerste veiligheidscheck wordt uitgevoerd door de verwijzer.	Dit zullen we opnemen in de prestatiebeschrijving.
29	Segment 3, pleegzorg voltijd. In de prestatiebeschrijving ontbreekt het onderdeel 'eisen'.	Dit zullen we opnemen.
30	Pleegzorg deeltijd, de laatste zin bij de eisen. Wat wordt hiermee bedoeld en wordt hiermee afgeweken van de landelijke handreiking tarief pleegzorg?	Hiermee wordt bedoeld dat we ook de Leidraad Tarifiering en Inkoop Pleegzorg volgen. Wordt aangepast in de productbeschrijving van zowel pleegzorg voltijd als pleegzorg deeltijd.
31	In segment 3 wordt meermaals gesproken over 'minimaal wakende dienst in de nacht'. Wat wordt er precies verstaan onder minimaal een 'wakende' dienst in de nacht?	In deze functie verricht je werkzaamheden tussen 22.15 en 07.45 uur en draag je zorg voor een veilig leefklimaat voor de cliënten op de locatie. Dit doe je door de hele nacht wakker te blijven en praktische problemen op te lossen en bij calamiteiten actie te ondernemen.
32	Als we de huidige populatie van cliënten in zorg vergelijken met de nieuwe prestaties in de productcatalogus lijken er gaten te vallen. Bijvoorbeeld wonen met begeleiding. Dat lijkt te gaan over het oudere kind (+15 jaar). Wat zijn de mogelijkheden voor jongere kinderen qua verblijfszorg, buiten pleegzorg en gezinshuizen om?	Wonen met begeleiden is inderdaad gericht op oudere kinderen. Jonge kinderen zitten veelal in pleegzorg en gezinshuizen. Er wordt ook capaciteit verblijf met behandeling en wonen met begeleiding voor jonge kinderen voorzien per 2026.

33	We vragen ons op basis van de productcatalogus af welke mogelijkheden er zijn in het geval van de volgende situatie: kind is 6-12 jaar, forse kind-eigen problematiek die behandeling behoeft, pleegzorg is vanwege de mate van kindeigen problematiek niet passend. Als je niet kunt thuiswonen, een individuele behandelvraag hebt vanwege kind-eigen problematiek (en plz dus niet passend is), wat zijn dan de mogelijkheden. Gezinshuis, gestapeld met therapie? We willen meegeven dat niet alle kinderen plaatsbaar zijn in een gezinshuis vanwege hun problematiek en dat zij niet kunnen functioneren in een gezin met vaste opvoeders. Wat is dan het alternatief?	Hier zijn verschillende mogelijkheden. Allereerst zal de inzet gericht zijn op ambulante behandeltrajecten, eventueel aangevuld met een time-out verblijf. In geval van een onveilig situatie thuis, is plaatsing in verblijf met behandeling mogelijk als terugkeer naar huis binnen afzienbare tijd te realiseren is. Als het perspectief niet thuis is, is plaatsing in gezinshuis, gecombineerd met behandeling op de kind-eigen problematiek mogelijk.
34	Segment 3, Verblijf met behandeling (LVB en Pedagogisch). Bij deze prestatie wordt o.a. het volgende resultaat beschreven: "Bij afsluiting ligt er een borgingsplan dat - namens de cliënt - is afgestemd met gemeente en mogelijke volgende hulpverlener." Het borgingsplan staat hier specifiek benoemd. Is het borgingsplan ook binnen andere segmenten en prestaties een gewenst resultaat? Is er een uniform format beschikbaar?	Dit is aan de orde geweest in de marktconsultaties van 27 november 2024 en 4 december 2024. Zie de gepubliceerde verslagen.
35	Wij constateren dat in de productcatalogus, met name bij segmenten 2 en 3, de termen WO en WO+ onjuist worden toegepast binnen de functiemixen. Bijvoorbeeld Intensief thuis meervoudig/complex; waarom wel inzet van WO+, maar niet van WO? Idem voor gezinshuis regulier/intensief en alle pleegzorgvarianten. Klopt het daarnaast dat er bij kortdurend verblijf geen inzet van WO of WO+ verwacht wordt?	De WO+-betreft hier meestal een GZ-psycholoog die eindverantwoordelijk is voor de behandeling. De daadwerkelijke behandeling verwachten we door HBO-ers. De behandeling wordt tijdens de duur van het kortdurend verblijf doorgezet.
36	Segment 3. Verblijf met behandeling (LVB en pedagogisch). Er is 24-uurs aanwezigheid van minimaal één HBO-, WO- en SKJ of BIG geregistreerde professional. Wat is nu precies het juist kenmerk van de professional? En/of?	De genoemde functieniveaus kunnen alle worden ingezet, daar waar nodig. Het gaat hier dus om "of", maar ook kunnen combinaties "en" worden ingezet.
37	In de Inkoopstrategie (pag 14.) staat dat gemeenten een brede uitvraag en vraagverheldering opstellen wat de basis gaat worden voor het stellen van SMART doelen. Een vraagverheldering is onvoldoende om op basis hiervan specialistische jeugdhulp in te zetten, dit vraagt om een (diepere) analyse van de klachten en krachten en patronen in het gezin. Wij stellen voor dat voor zowel segment 2 als 3 de gemeente/SLT een goede analyse uitvoert alvorens specialistische jeugdhulp in te zetten.	Zie toeleidingsproces, marktconsultatie van 4 december 2024.

38	Specifiek voor Zeeland heeft HHM onderzocht in hoeverre het huidige aanbod aan jeugdhulp passend, dekkend en samenhangend is (HHM, 2023). Zij concluderen dat het volgende aanbod in Zeeland mist: • Aanbod met gespecialiseerde zorg voor LVB-problematiek, meestal gecombineerd met GGZ- en verslavingsproblematiek • Aanbod voor jeugdigen met (zware) vormen van autisme, die intensieve dagbehandeling nodig hebben • (lichte verblijf)voorzieningen voor de doelgroep 18-/18+, die onvoldoende zelfredzaam zijn en/of zich kunnen redden in de maatschappij. Onze vraag is: is bovenstaand ontbrekend aanbod in de nieuwe productcatalogus ondergebracht, en zo ja waar? Indien dit niet het geval is, hoe wordt de ontwikkeling van dit aanbod vormgegeven?	De eerste valt onder segment 3, de zware vorm van ambulante hulp, met een mogelijkheid tot time out verblijf. De tweede valt in de meeste situaties in segment 2, arrangement intensief thuis complex en/of meervoudig De laatste valt onder wonen met begeleiding in segment 3. We zien dat het dekkend landschap in Zeeland onder druk staat voor wat betreft het aanbod dat past bij complexe en/of meervoudige jeugdhulpvragen. Per 2026 willen we een dekkend landschap contracteren. Tijdens de contractperiode zal deze (ontwikkel)opgave met de gecontracteerde aanbieders en gemeenten (blijvend) uitgewerkt en ingevoerd worden.
39	Segment 2, Intensief Thuis arrangementen en segment 3 Extra intensief ambulant: Kijkend naar de gezinnen die worden aangemeld voor intensieve ambulante behandeling (huidige perceel 3a hoog complex en perceel 1) en de complexiteit van de problematiek en veelal gescheiden gezinssystemen, dan vraagt dit een intensievere behandeling dan nu in de arrangementen is opgenomen. De erkende interventies die aansluiten bij deze doelgroep (bijv. IAG) gaan ook uit van meer uren behandeling per gezin (voorbeeld IAG 6-8 uur per week per gezin) We zien nu ook nu dat gemeenten minder uur behandeling per gezin afgeven dan waardoor behandeling langer duurt en de uitstroom stagneert.	We voorzien dat via de arrangementen ruimte is voor de jeugdhulpaanbieders voor de inzet van de nodige intensiteit om effecten te behalen.
40	In de productbeschrijvingen bij segment 2 wordt gesproken over 'er wordt alleen gebruik gemaakt van interventies met bewezen effectiviteit'. Idem voor segment 3, extra intensief ambulant traject. In segment 1 wordt dat niet vermeld. In de vorige vragenronde is door ons aangegeven dat bekend is dat er op dit moment een zeer beperkt aantal interventies beoordeeld zijn in de categorie 'effectief volgens sterke of goede aanwijzingen' en dat onderzoek naar interventies hard nodig is om de databank effectieve jeugdinterventies uit te breiden. In de hervormingsagenda is daarom ook opgenomen dat in 2028 een substantieel deel van de jeugdhulp is vastgesteld wat aantoonbaar werkt en dat hetgeen dat aantoonbaar niet werkt aantoonbaar niet wordt toegepast.	Dank voor dit advies. We zullen dit goed nakijken en waar nodig aanpassen.

	De volgende beantwoording is gepubliceerd op TenderNed: "De inzet van kwalitatieve/effectieve interventies wordt in alle segmenten verwacht. Met meer kwalitatieve interventies wordt bedoeld, interventies die leiden tot het behalen van de doelen, zodat de jeugdige met zijn netwerk weer zonder hulp verder kan. We verwachten van zorgaanbieders dat zij zo veel als mogelijk werken met interventies die beoordeeld zijn in de categorie 'effectief'. Verdere verwachtingen worden uitgewerkt in het Programma van Eisen die bij publicatie van de aanbesteding wordt gedeeld." We willen jullie opnieuw vragen nauwkeurig de zijn in het gebruik van de term effectief bewezen interventies en kwalitatieve interventies. Dat zijn namelijk twee verschillende dingen.	
41	Er zijn op dit moment taakgerichte financieringen voor BSO+ en NDB en OZA. Daarnaast zijn er ook ontwikkelingen gaande dat gemeenten deze zorgvormen zelf inkopen, op basis van taakgerichte financiering. Hoe verhoudt dit zich ten opzichte van de nieuwe productcatalogus, waarin deze zorgvormen (dagbehandeling) in de arrangementen binnen segment 2 terug te zien zijn?	De productcatalogus bevat veelal specialistische jeugdhulp. De gemeenten zijn zelf verantwoordelijk om de voorliggende voorzieningen te versterken. BSO+ is een versterkte voorliggende voorziening, die niet past in de productcatalogus. Gemeenten zullen alleen voorzieningen inkopen die geheel vallen onder de jeugdhulpcatalogus.
42	Is al bekend op basis van welke financieringssystematiek de arrangementen gefinancierd gaan worden?	Is onderdeel van gesprek geweest op 16 december 2024 en op 13 januari 2025.
43	We vragen ons af welke ruimte wij als aanbieder hebben om de aanvraag tot zorg zelf te beoordelen. Is het de bedoeling dat we als aanbieder op basis van de analyse vanuit de verwijzer, zelf het benodigde arrangement gaan aanvragen? Dus, doen we zelf een vraag om toewijzing? En stellen wij dan zelf de doelen van de opdracht en de in te zetten hulp op?	Nee, dit zijn taken van de gemeente. De aanbieder wordt uiteraard betrokken om over de passende jeugdhulp af te stemmen. In de marktconsultatie van 4 december is uitgebreid besproken wat gewenst zou zijn in het toeleidingsproces.
44	Segment 3: extra intensief ambulant traject: we zien geregeld dat bij gezinnen in een hoogcomplex scheiding inzet op meerdere vlakken nodig is om het gezin weer op eigen benen te laten staan. Vaak gaat het om een combinatie van hulp aan beide ex-partners tegelijk bij de hoog conflictsituatie, ondersteuning aan de kinderen als gevolg van de hoog conflict scheiding, ondersteuning in beide gezinssituaties thuis t.b.v. de implementatie en borging in het dagelijks leven, contactherstel en opbouw van het contact met kinderen + casusregie. De inzet waarmee gerekend wordt zal niet toereikend	Segment 3 zijn maatwerkarrangementen, gezien de doelgroep, het uitgangspunt. De ambulante trajecten bestaan uit een combinatie van interventies die ingezet kan worden, waarbij de jeugdhulpaanbieder de ruimte heeft om deze meer of minder in te zetten. Overigens geldt deze wijze van inzet binnen de trajecten van segment 2 ook.

	zijn om alle hulpvragen te beantwoorden. Ook komt het voor dat vanuit een juridisch kader wordt aangegeven hoe intensief contactherstel en begeleide bezoeken moet zijn en met welke frequentie. Zijn er in deze situaties aanvullingen op het arrangement mogelijk?	
45	In het document 'inkoopstrategie Jeugdhulp Zeeland' staat op pagina 18 dat de implementatie van de SLT's niet eerder wordt voorzien dan 2028. Dit heeft effect op de (samen)werking van de segmenten, de voorgestelde inrichting, het tempo van alle voorgestelde veranderingen wat tevens doorwerkt in de segmenten 1, 2 en 3. Is er voldoende rekening gehouden met de risico's die dit met zich meebrengt en het niet kunnen behalen van ontwikkelopgaven en financiële doelstellingen?	In de marktconsultaties hebben vele aanbieders hun zorgen uitgesproken over de ontwikkeling van de SLT's. De kansen en risico's zullen meegenomen worden in het transformatieplan.
46	Er wordt alleen gebruik gemaakt van interventies met bewezen effectiviteit. Als de expertise in Zeeland niet aanwezig is, moet de zorgcombinatie gebruik maken van de mogelijkheid om buitenprovinciaal expertise naar de cliënt te brengen. Vraag: is het reëel dat deze expertise ook daadwerkelijk voor handen is extern, en ook daadwerkelijk ambulant de provincie wordt uitgevoerd? (Hulp naar de cliënt brengen).	De afgelopen jaren is gebleken dat er wel mogelijkheden waren zowel ambulant als residentieel. RET/BEN heeft hierin al goede ervaringen, die nog verder worden bestendigd. De procedure om te komen tot uitvoering van buitenprov. expertise is echter vaak te lang, IJZ wil onderzoeken of er vaste beschikbaarheidsafspraken gemaakt kunnen worden met voorzieningen die de afgelopen jaren meerdere malen werden ingeschakeld.
47	In de productcatalogus staat in de beschrijving arrangementen segment 3 bij kenmerken interventies: 'contra-indicaties zijn niet aan de orde'. Dit is geen reëel uitgangspunt wanneer je kijkt naar groepssamenstelling of situatie binnen het vervangend opvoedsysteem op moment van plaatsing. De praktijk leert dat het moment van starten later moet zijn omdat er randvoorwaarden gerealiseerd moeten worden. Dan is een contra tijdelijk van toepassing. Voorstel andere formulering start zorg kan afhangen van het invullen van randvoorwaarden voor leveren passende zorg.	Contra-indicaties kunnen weliswaar op het moment van hulpvraag aan de orde zijn, maar cliënt mag niet "afgewezen" worden. Het is aan de organisatie/het samenwerkverband om een traject samen te stellen waarbij uiteindelijk de contra-indicatie opgeheven wordt en de meest passende zorg ingezet wordt/kan worden.
48	In de productcatalogus staat: afstemmen met het onderwijs is onderdeel van de systeemgerichte aanpak. Mocht schooluitval onvermijdelijk zijn, dan kan dagbesteding tijdelijk (max 3 maanden) onderdeel zijn van de interventies. Waarom is deze maximale duur gesteld? Langer kan nodig zijn? Betekent dit dat de jongere na die 3 maanden geen dag invulling meer heeft?	We benadrukken hiermee dat school verantwoordelijk blijft voor het bieden van onderwijs. Dagbesteding i.h.k.v. jeugdhulp kan slechts tijdelijk, in afwachting tot terugplaatsing op school of een geboden alternatief door het onderwijs. De termijn van 3 maanden is o.a. gesteld om druk op de ketel te zetten. Nu zien we nog te vaak dat school "stilvalt" als er jeugdhulp gegeven. Bovendien is een afwezigheid van 3 maanden in het onderwijs negatief voor de te behalen schoolresultaten.

49	In de productcatalogus staat bij beschrijving arrangement 3, kenmerken interventies: "Het onderwijs blijft verantwoordelijk voor de dagbesteding zolang er geen (tijdelijke) vrijstelling ligt (Zie Programma van Eisen)". Wie kan een zorgaanbieder aanspreken op het moment dat dit niet door het onderwijs wordt ingevuld?	De gemeentelijke toegang zal niet de zorgaanbieder aanspreken maar samen met de zorgaanbieder wordt de onderwijsinstelling aangesproken.
50	Prestatiebeschrijving gezinshuizen: toevoeging behandeling kind eigen problematiek wordt vanuit segment 2 behandeld. Onze vraag is: hoe wordt dit gefinancierd?	Met een arrangement uit segment 2.
51	Tenminste één van de gezinshuisouders is SKJ-geregistreerd, heeft een pedagogische opleiding afgerond en is fulltime beschikbaar voor de kinderen die in het gezinshuis wonen. Het is in de beide varianten gezinshuis niet mogelijk als gezinshuisouder(s) MBO opgeleid te zijn (nu wel in perceel 6 mogelijk). Welke pedagogische opleidingen zijn van toepassing voor gezinshuizen en wat geldt dan als minimale opleidingsniveau: MBO, maar ook door middel van EVC bewezen niveau 4, 5 of 6?	Het hebben van een SKJ registratie is leidend, hetgeen aantoont dat de gezinshuisouder bekwaam is om de jeugdhulp uit te voeren. Een MBO diploma voldoet doorgaans niet om een SKJ registratie te verkrijgen. Mogelijk is een in het verleden doorlopen EVC traject wel voldoende geweest om een SKJ registratie te verkrijgen (en behouden).
52	Gezinshuis behandelvariant: langdurig verblijf is een optie, maar de optie om weer terug thuis te gaan wonen of om zelfstandig te gaan wonen is ook mogelijk en is dan onderdeel van de begeleiding die het gezinshuis biedt aan jeugdige en zijn ouders. Vaak zal de vervolgvariant "wonen met begeleiding" blijven. Vraag: is het de insteek van de aanbesteding dat gezinshuiszorg tot 21 jaar door kan lopen?	Een verlening tot 21 jaar is niet de insteek van de aanbesteding. Maar daar waar landelijke wetten aan de orde zijn voor wat betreft leeftijdseisen, zullen we die volgen.
53	Binnen de productbeschrijving is weinig aandacht voor het investeren in de relatie met biologische ouders en het netwerk, vooral belangrijk na de plaatsing. Wanneer dit moeizaam verloopt of niet van de grond komt is het soms noodzakelijk ondersteuning in te vliegen in de vorm van Ouderschapsbemiddeling. Dit is geen kind eigen problematiek. Hoe wordt de inzet van deze vorm van hulp gefinancierd?	Deze begeleiding behoort tot de begeleiding op de groepen en van de gezinshuisouders/medewerkers met de gecontracteerde organisatie die hen begeleidt.
54	"Door de adequate opvoeding en begeleiding die het gezinshuis de jeugdige biedt wordt de problematiek in de loop van het verblijf milder. De jeugdige heeft dan minder intensieve begeleiding (en daarmee ook minder financiering van de extra inzet) nodig. De zorgtoewijzing voor een intensieve gezinshuisvariant zal dan niet langer ingezet worden door de betreffende	Dit ligt aan de gestelde doelen en de inzet die hiervoor nodig is om deze te bereiken.

	gemeente". Dit is een formulering in de meest wenselijke zin van het woord. Praktijk wijst uit dat in de levensloop van jongeren in deze leeftijdsgroep verstoringen kent waarbij er terugval is en er meer ondersteuning nodig zal zijn. Wordt lagere zorgtoewijzing dan verhoogd?	
55	Crisisplekken behelst 6 residentiële plekken en 4 plekken pleegzorg. Crisisplekken gezinshuizen worden niet specifiek benoemd. Is dat nog wel aan de orde en welk tarief is dan aan de orde?	Gezinshuisplekken waren voorzien voor de huidige crisisdienst, maar is nooit gebruik van gemaakt. Dit is de reden om deze niet meer op te nemen.
56	Regievoering en taken. Kan in de taakomschrijving van casusregie specifiek de afstemming met andere domeinen, zoals onderwijs, benoemd worden, gezien het belang van deze samenwerking?	Ja, dat vullen we aan.
57	Wie kan de rol van behandelregisseur vervullen? WO/WO+? Dan is de omvang wel groot voor de hoeveelheid casussen. Of zijn dit de HBO'ers? Vooral vanwege tekst 'inhoudelijk verantwoordelijk' lijkt het om WO/WO+ te gaan, maar dan is dit niet uitvoerbaar. Plus: wordt er gedifferentieerd per segment? In eerdere aanbesteding stond dit wel per product/perceel.	De behandelregisseur is vooral een interne rol, o.a. in de GGZ wordt het benoemd als behandelverantwoordelijke. Het zijn vooral WO/WO+ medewerkers, soms ook WO++. Wij verwachten dat in segment 3 hiervan het meest sprake zal zijn, en in Segment 3 zullen de aantallen jeugdigen niet zo groot zijn. Daarnaast is het aan de behandelregisseur zelf om de praktische uitvoering van de regie evt. over te dragen aan een medewerker.
58	Hoe gaan we om met (financiering van) overbrugging? In de praktijk zien we dat wij als aanbieder de doelen hebben behaald en af willen en kunnen sluiten. Borging vindt bij een andere aanbieder plaats, bijvoorbeeld dagbesteding bij een zorgboerderij, maar daar is nog geen plek. Verwijzer wil in dat geval dat wij hulp blijven bieden. Met het zicht op (bekostiging van) arrangementen en het behalen van doelen; hoe wordt daar mee om gegaan? Wie bepaalt en betaalt? Wat zijn mogelijkheden?	Nu wordt vaak pas over borging bij een andere aanbieder gesproken bij afsluiten, dan moet de aanvraag nog gedaan worden en dan komt er pas een toekenning en een plek op de wachtlijst. Door de monitoring 6 en 9 maanden waar de borging wordt besproken is er al 2 maanden of langer voor afsluiten een vervolgaanbod in beeld en kan de jeugdige op de wachtlijst. (Bij segment 2 als onderdeel van het gehele arrangement, bij segment 3 kan borging vanuit segment 1 een optie zijn.) In segment 2 is borging onderdeel van het traject en daarmee ook van de bekostiging. Als bouwstenen van dit traject uitgevoerd worden door verschillende aanbieders, dan wordt dit onderling verrekend. Uitgangspunt blijft dat na afloop van een traject in segment 2, geen vervolghulp nodig is. In segment 3 kan dit anders liggen. Gezien de doelgroep kan het voorkomen dat vervolghulp, na behandeling in segment 3, nog wel nodig is vanuit segment 1. Als er in segment 1 geen plek is voor de passende jeugdhulp kan de activerende begeleiding hiervoor worden ingezet.

59	Wat is de verwachte doorlooptijd van de screeningsfase en wanneer wordt de klant daadwerkelijk doorverwezen naar de aanbieder?	We verwachten dat een screeningsfase gemiddeld 4 - 6 weken zal duren. De wettelijke termijn is gesteld op 8 weken, waarbij kan worden opgeschort voor de periode dat opgevraagde informatie / toestemming bij ouders op zich laat wachten.
60	In hoeverre is het wettelijk toegestaan om inhoudelijke informatie te delen tijdens een monitoringgesprek of bij het opstellen van een borgingsplan, volgens de richtlijnen in de 'Handreiking Zorgvuldig verstrekken van persoonsgegevens aan gemeenten bij jeugdhulp'?	Ja, deze handleiding en verdere uitwerking door het ketenbureau wordt de richtlijn.
61	In de stukken staat dat het borgingsplan gedeeld wordt en dat gezamenlijke evaluaties georganiseerd worden. Ons voorstel is: is het niet voldoende om kort aan de gemeentelijke toegang aan te geven dat het goed gaat, dat we op koers liggen met de hulpverlening? Wanneer dit niet het geval is (het gaat niet lukken binnen het arrangement, we gaan de doelen niet/moeizaam halen), dan gaan we wel in overleg. Ook in het kader van vertrouwen en terugdringen administratieve last. Heeft ook betrekking op de handreiking (vraag 5).	Bij alle drie de segmenten zal een fysiek overleg zijn drie maanden na start. Bij segment 1 worden de daaropvolgende monitoringsmomenten in overleg afgesproken. Bij segment 2 zal bij de monitoring 6 maanden een schriftelijke rapportage van de voortgang worden gedeeld door de zorgaanbieder. Het monitoringsmoment waarbij afspraken over afsluiten en de borging wordt besproken zal wel fysiek zijn. Bij segment 3 is de insteek gezien de complexiteit en de domeinoverstijgende problematiek om alle monitoringsmomenten fysiek te hebben.
62	Zijn het onderwijs en/of andere aanpalende domeinen ook aanwezig tijdens het cirkelgesprek?	Nee, uitvraag bij onderwijs en aanpalende domeinen is wel een onderdeel van het onderzoek. (Brede uitvraag en vraagverheldering).
63	Zijn informele steunfiguren en/of netwerk ook aanwezig tijdens het cirkelgesprek?	Nee, uitvraag van het informele netwerk is wel een onderdeel van het onderzoek. (brede uitvraag en vraagverheldering).
64	De cirkelgesprekken vragen een behoorlijke inzet van zorgaanbieders, terwijl de cliënt nog niet in zorg is. Is er nagedacht over de financiering voor zorgaanbieders t.a.v. deze inzet?	Daar wordt over beraadslaagd, het is echter ook de bedoeling dat aanbieders beter geïnformeerd de casus "binnen" zullen krijgen waardoor er minder tijd en geld nodig is om de hulp te kunnen starten. Verwacht wordt dat een gedeelte van de screening en intake kan vervallen.

65	Gezien het aantal cliënten in segment 2 achten wij het niet haalbaar en realistisch om voor alle cliënten in segment 2 een cirkelgesprek te organiseren. Een voorstel is om in plaats daarvan het SLT met het gezin in gesprek te laten gaan om de hulpvraag in kaart te brengen. Vervolgens meldt het SLT het gezin aan bij de centrale voordeur van een samenwerkingsverband, waar een gesprek kan plaatsvinden om doelen en zorgzwaarte af te spreken, mede vanwege privacyoverwegingen.	De Toegang / consultant van de Toegang werkt binnen het SLT en kan professionals tijdens de screeningsfase consulteren. Dit is dus een onderdeel van het onderzoek met brede vraagverheldering. Het cirkelgesprek vervangt het aankloppen bij de verschillende voordeuren afzonderlijk van elkaar en zorgt voor een breder overleg over de juiste inzet bij het juiste samenwerkingsverband, waarbij eenieder van elkaars inbreng zal leren. Ouders en Jeugdige, waar mogelijk, zijn bij het gesprek aanwezig en akkoord met de te bespreken informatie, die doelmatig zal zijn. Uw voorstel wordt door ons gezien als het cirkelgesprek.
66	Vergelijkbare hulpvraag vs. dezelfde doelen; deze twee termen worden door elkaar gebruikt. We vragen om eenduidigheid qua terminologie. Beide begrippen hebben een andere betekenis, dus we vragen een weloverwogen keus.	Wij zullen dit, daar waar het relevant is, aanpassen.
67	Effectiviteit en meten daarvan. 'gemeenten zullen in hun evaluatieproces toetsen of sprake is van de meest effectieve jeugdhulp'. Effectief = methodisch, werken volgens de richtlijnen en datagestueerd. Ons voorstel is om effectiviteit niet op casusniveau te bepalen. Causaliteit op casusniveau is zeer moeilijk in beeld te brengen. Denk vooral na over: op welk niveau (trends/ontwikkelingen over grotere groepen) wil je 'meten' en leren? En wat is daar dan voor nodig? Houd daarbij ook rekening met wat aanbieders al verplicht zijn vanwege hun eigen kwaliteitseisen, etc.	We zullen zeker op macro-niveau de effectiviteit en kwaliteit volgen, maar ook op casusniveau is het nodig dat objectief "gemeten" wordt of de ingezette hulpverlening effectief is gebleken. Immers, we gaan uit van first time right en dat houdt in dat dat ook geëvalueerd, gemeten wordt.
68	Wat wordt bedoeld met een 'overeenstemmingscontract'? In de inkoopstrategie blz. 23 en segmentering uitwerking blz. 14 wordt hierover gesproken.	Deze term hebben we gebruikt voor segment 3 gezien de complexiteit van de doelgroep. Een overeenstemmingscontract wordt gesloten met de ouders/jeugdige, de aanbieder en gemeenten zodat eenieder zich conformeert aan de afspraken om te komen tot een goed resultaat.
69	In de uitwerking van de segmenteringen staat op blz. 11: gezinshuizen; dit kan langdurig zijn tot het 18e levensjaar. Maar dit is in strijd met de landelijk bestuurlijke afspraak. We vragen jullie aan te sluiten bij deze landelijke afspraak dat verblijf in een gezinshuis mogelijk is tot 21 jaar (en met verlengde jeugdzorg tot 23 jaar).	Hier sluiten we bij aan.

70	In de Segmentering uitwerking staat op blz. 13 dat Jeugdhulp gericht op behandeling vaak geen toegevoegde (zorg)waarde meer heeft. Door deze zinsnede sluit je behandeling uit van een categorie jeugdigen die (forse) kind-eigen problematiek heeft en waarbij wonen met (intensieve) begeleiding niet voldoende is. Hiermee doen we jongeren tekort. We zien in de productcatalogus, met name in het residentiele verblijf onvoldoende behandelmogelijkheden terug als Verblijf met behandeling uit gefaseerd is. Ook als je een alternatief wilt bieden voor de jeugdzorgPlus, zal er kleinschalig residentieel verblijf met behandeling nodig zijn.	Als een jeugdige een (lange) historie van behandelen achter de rug heeft, is jeugdhulp gericht op (nogmaals) behandelen weinig effectief. We zetten daarom vanaf 2026 steviger in op wonen met (intensieve) begeleiding.
71	Bij segment 3 wordt beschreven dat dit gaat over een klein aantal cliënten. Bij segment 2 wordt uitgegaan van enkelvoudige zorg met een kop en een staart. Verwacht wordt dat daarin Zeeuws breed de grootste groep terecht zal komen. Echter, de praktijk leert dat steeds minder hulpvragen enkelvoudig zijn. Bij het grootste gedeelte van onze cliënten is sprake van complexiteit / multiprobleem, welke dus passend zijn in segment 3. Vanuit de praktijk is dus de verwachting dat veel cliënten in segment 3 zullen passen. Klopt dat dan met 'klein aantal cliënten' in segment 3, zoals jullie dat stellen?	Met enkelvoudig wordt bedoeld dat dit om de jeugdige, in relatie met het gezin gaat. Dan kan het wel voorkomen dat er meerdere soorten interventies nodig zijn om de doelen (die op meerdere terreinen liggen) te behalen. Dit is de afbakening voor segment 2. Zodra er op meerdere terreinen (sociaal domein overstijgend) hulpvragen liggen, en deze ontwrichtend zijn, dan is hulp uit segment 3 aan de orde.
72	Kunnen jullie onderbouwen wat de reden is om tot 3 segmenten te komen? Wij zien belemmeringen, vanwege schotten. Waarom plaatsen we hokjes? We voorzien opnieuw discussies over wie in welk segment hoort.	We kunnen niet uitsluiten dat er nieuwe discussies komen, hoewel we deze proberen te voorkomen door de kenmerken van de segmenten zo duidelijk mogelijk af te bakenen. Als we de beweging willen maken naar minder inzet op de veelvoorkomende jeugdhulp door een goed aanbod van lokaal beschikbare jeugdhulp en beschikbaarheid van jeugdhulp voor de meest kwetsbare kinderen dan is afbakening hierbij behulpzaam. Elke afbakening vraagt immers om een goede analyse waar het kind thuishoort.
73	In de marktconsultatie van 11 december is gevraagd om de zorgaanbieders de tijd te gunnen om zich gedurende de nieuwe contractperiode te herpositioneren (binnen samenwerkingsverband, danwel tot SLT). Wordt deze afweging serieus meegenomen om daar de eerste periode van de contractperiode (bijvoorbeeld 2026) ruimte voor te geven.	We hebben deze vraag gehoord. We nemen deze inderdaad serieus en kijken naar de mogelijkheden.
74	Nav. marktconsultatie 16-12-2024. De invoeringstermijn is voor de J&O te kort als we alles per 1-1-2026 ingeregeld moeten hebben om op de andere vorm van financieren en middels arrangementen te werken. Het vraagt een grote verandering in systemen, maar met name in de zorguitvoering en in de samenwerking. Wordt hier rekening mee gehouden met het opstarten van het nieuwe contract?	De implementatie van deze wijziging zal eenieder raken. Rond de zomer wordt een implementieplan gemaakt. Indien het aanbestedingstraject het toelaat, zullen we hierbij de aanbieders betrekken zodat de praktische zaken rond invullen en haalbaarheid getoetst worden.

75	Binnen de prestaties van pleegzorg moet de gemeente of de GI volgens de 'Richtlijn netwerkpleegzorg' en de 'Veldnorm netwerkpleegzorg' zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen 7 dagen na melding van netwerkopvang, een veiligheidstoets uitvoeren. Daarna moet de verwijzer weer uiterlijk 7 dagen later, de cliënt, inclusief volledig dossier en zorgtoewijzing, overdragen aan de zorgaanbieder. Wordt dit proces ook meegenomen in de screeningsfase?	Alle richtlijnen en veldnormen vanuit de branches/sectoren worden gevolgd.
76	Segment 3. Prestatie Kortdurend Verblijf als time-out bij ambulant, pedagogische prestaties in segment 2 en 3. Wat is de verwachting van de time-outvoorziening voor jongeren met complexe problematiek, waarbij grote hechtingsproblemen spelen? Dit is voor de jongere weer een extra verplaatsing.	Een time-out wordt alleen ingezet in ambulante traject, waarbij het tijdelijk thuis kunnen behandelen niet meer mogelijk is. We vertrouwen op de zorgprofessionals onder welke omstandigheden dit verantwoord is.
77	Analyses Voorstel: onderstaande figuur, behorend bij GVA volgen. Hierin staat duidelijk vermeld welke soort analyse nodig is per soort klachten/probleem. Bron: factsheet verklarende analyse	Dank voor deze informatie. Wij kunnen dit overzicht wellicht gebruiken voor de diverse stappen in het toeleidings- en monitoringsproces.
78	Actiepunt 2 Behandeling vs begeleiding In de marktconsultatie is het aanbod gedaan om een voorstel te doen voor het verschil tussen begeleiding en behandeling. Intern gebruiken wij onderstaande definities, welke wij gebruiken om van het afschalen van onze zorg. Deze definities zijn onder andere gebaseerd op de Wlz: Zie koppeling. Begeleiding: onder begeleiding worden activiteiten verstaan waarmee een persoon wordt ondersteund bij het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen en bij het aanbrengen en behouden van structuur in en regie over het persoonlijk leven. De functie begeleiding omvat het inslijpen van de in de behandeling aangeleerde vaardigheden en gedrag door het (herhaald) toepassen in de praktijk. Bij begeleiding gaat het om het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid. Het verschil met behandeling is dat er geen sprake is van een programmatische benadering om een specifiek doel te bereiken, maar van een voortdurende situatie, waarin nog bestaande (of door behandeling	Dank voor deze informatie. Wij hebben ons nog nader georiënteerd en zullen de volgende definities hanteren: Behandelen gaat om de inzet van doelgerichte en bewezen effectieve behandeltrajecten, voorafgegaan door onderzoek. Begeleiden gaat om ondersteuning van kind of jongere (en omgeving) in het dagdagelijks leven. (Bron: https://rio.org.nl/hulp-bij/)

herwonnen) functionaliteit wordt onderhouden of ingeslepen door herhaling Behandeling: van behandeling is sprake als er verbeterdoelen zijn geformuleerd, die op een gestructureerde en programmatische manier worden nagestreefd, en waarvoor specifieke deskundigheid is vereist. De behandeling is niet alleen op herstel gericht, maar kan ook gericht zijn op het voorkomen van verergering, waaronder begrepen het leren omgaan met (de gevolgen van) een aandoening, voor zover: - de interventie gestructureerd is, - programmatisch is, en - zich richt op een specifiek behandeldoel.	
---	--