

Samenvatting

Marktverkenning

Wmo-maatwerkvoorzieningen

Gemeente Borger-Odoorn en Coevorden

Kenmerk: 14319-2020



Inleiding

Op 28 februari 2020 is de marktverkenning Wmo-maatwerkvoorzieningen van de gemeente Coevorden en Borger-Odoorn gepubliceerd op Aanbestedingskalender (ABK). In dit bestand is de input van de zorgaanbieders samengevat. In totaal hebben tien (10) zorgaanbieders het antwoordformulier ingevuld retour gestuurd. De vragenlijst is bijgevoegd als Bijlage I – Vragenlijst. De antwoorden van de tien zorgaanbieders zijn geanonimiseerd en per onderwerp in de samenvatting weergegeven.

Dagbesteding

Welke definitie van de verschillende vormen van dagbesteding hanteert u?

Dagbesteding wordt gezien als een zinvolle invulling van de dag, doormiddel van individuele persoonlijke begeleiding of in groepsvorm, waarbij verschillende activiteiten worden ondernomen. Het resultaat van de dagbesteding is een zinvolle besteding van de dag (zingeving), ontwikkelmogelijkheden en bijdrage aan het herstel. Er kan onderscheid gemaakt worden in drie soorten dagbesteding:

- *Arbeidsmatige dagbesteding*

Activiteiten met een zelfstandig karakter, toe leidend naar participatie in de samenleving. Het opdoen van arbeidsritme en gewenning aan collega's en hiërarchie.

- *Educatieve dagbesteding*

Volwassen en jongeren: Activiteiten gericht op de persoonlijke groei en ontwikkeling van mensen. Jeugdigen: Specialistische buitenschoolse, vakantie- en zaterdagopvang wordt geboden aan kinderen die geen gebruik kunnen maken van de reguliere vormen van kinderopvang.

- *Laagdrempelige dagbesteding*

Zinvolle dagbesteding gericht op behoud van vaardigheden, voorkomen van achteruitgang, het hebben van structuur, het voorkomen van sociaal isolement en ter ontlasting van het thuismilieu.

De niet-arbeidsmatige vormen van dagbesteding kunnen naar het voorliggend veld worden gebracht. De arbeidsmatige-vorm van dagbesteding behoeft specifieke kennis en/of professionaliteit en zijn er daarom minder geschikt voor.

Begeleiding

Welke definitie van begeleiding hanteert u?

Begeleiding is een lichte vorm van praktische ondersteuning in de thuissituatie/het dagelijks leven waarbij nieuwe vaardigheden worden aangeleerd. Begeleiding vindt ook levenslang plaats als er geen genezing (dus behandeling) meer plaats kan vinden.

Voor kinderen, jongeren en gezinnen is begeleiding gericht op ontwikkeling en het vergroten van de zelfredzaamheid op alle domeinen. Begeleiding kan ook gericht zijn op het in stand houden/borgen van een goed en veilig opvoedklimaat.

Er is structurele fysieke aanwezigheid van een pedagogisch medewerker. Deze is gericht op het begeleiden van de onderlinge interactie in de groep, zorgdragen voor voldoende focus om de werkzaamheden veilig te laten plaatsvinden.

De individuele begeleiding is gericht op monitoring en stimuleren om de dagelijkse ritmes op te bouwen en vast te houden en het ordenen van gedachten en emoties.

Er is een verschil tussen begeleiding en behandeling. Behandeling is gericht op een (medische)-specialistische aanpak van een psychische stoornis en de bijbehorende problemen op verschillende levensgebieden door wetenschappelijk onderbouwde therapievormen in te zetten. Begeleiding is veelal gericht op het aanleren van vaardigheden en het bieden van ondersteuning. Begeleiding positioneert zich als een belangrijke koppeling tussen behandeling en de cliënt. Het kan worden ingezet als een middel om toe te werken naar behandeling, te fungeren als een verlengstuk van de behandeling en als vangnet ná de behandeling.

De effectiviteit van begeleiding kan worden verbeterd door in de dagelijkse begeleiding daadwerkelijk doelmatig bezig te zijn en vervolgens ook doelmatig te rapporteren. Tevens dienen de ambulant begeleiders en de gemeente meer als een team te worden benaderd, het gedeelde belang

verhelderen. Het is belangrijk dat de organisatie c.q. professional de mogelijkheid krijgt om de inzet van de gewenste hulp zelf te kunnen bepalen – betere afstemming tussen financier/indicatieorgaan is gewenst – maatwerk en samenwerking zijn cruciale uitgangspunten die de effectiviteit ten goede komen. De effectiviteit kan ook worden verbeterd door een traject met cliënt te bespreken waarin een vorm van dagbesteding of vrijwilligerswerk een standaard onderdeel is en op die manier het sociale netwerk gesterkt kan worden en begeleidingsuren kunnen worden verminderd.

De instroom van beschermd wonen voorkomen vraagt veelal een vorm van specialistische begeleiding vanwege de forse complexe problematiek van de hulpvrager. Vaak is er sprake van intensieve begeleiding gericht op het aanbrengen van structuur. Bij uitstroom wordt de begeleiding steeds verder afgebouwd, maar met de mogelijkheid tot terugval op de beschermd wonen vorm. Hierbij is samenwerking tussen begeleider en beschermd wonen belangrijk. Het voorkomen van beschermd wonen kun je realiseren door goede voorliggende voorzieningen te realiseren in de wijk (inloopcentra). Zodat mensen hier tijdig met hun hulpvragen terecht kunnen. Daarnaast is het belangrijk dat ambulante begeleiding bij intensieve cliënten zorgt voor goede afstemming van verantwoordelijkheden met de GGZ, zodat, waar nodig, de cliënt kan terugvallen op GGZ crisiszorg. Al met al gaat het om het verbeteren van de samenwerking binnen de keten en benutten van het netwerk van de cliënt.

Respijtzorg

Welke definitie van respijtzorg hanteert u?

Respijtzorg kan worden gedefinieerd als het tijdelijk overnemen van de zorg om de mantelzorger te ontlasten om te voorkomen dat deze overbelast raken met als gevolg dat een situatie kan escaleren. Door de respijtzorg kan de balans behouden worden en aan doelen gewerkt worden met de cliënt. Respijtzorg kan ook worden gezien als vervangende zorg, waarmee een grotere (vaak duurdere) zorgvraag uitgesteld/voorkomen kan worden.

Bouwstenen

Bouwstenen huidige overeenkomst:

- *Ondersteuning bij zelfredzaamheid licht*
- *Ondersteuning bij zelfredzaamheid regulier*
- *Ondersteuning bij zelfredzaamheid zwaar*
- *Ondersteuning bij participatie licht*
- *Ondersteuning bij participatie regulier*
- *Ondersteuning bij participatie zwaar*
- *Ondersteuning bij zelfredzaamheid respijtzorg*

Voordelen:

- Legitiem onderscheid maken in de tarieven en dus zwaarte van de begeleider die we inzetten (financiële besparing).
- Beperkt aantal bouwstenen, prettig en overzichtelijk.
- Ondanks dat alle beschrijvingen altijd voor meerdere interpretaties vatbaar zijn is dit een duidelijke omschrijving. De zelfredzaamheidsmatrix is hiervoor een goed instrument.
- De indeling in bouwstenen geeft goed de verwachtingen naar zorgaanbieders toe weer. Aan de hand van de cliëntvraag kan op individueel niveau bepaald worden wat er nodig is. Dit geeft goede mogelijkheden om resultaatgericht/doelgericht te werken.
- De eenheid van taal van aanbieder, indicatiesteller en financier om consensus te krijgen over de ondersteuningsbehoefte.

Nadelen:

- Het heeft een verwarrende uitwerking bij uitvoerend en coördinerend personeel – vaak wordt niet de juiste bouwsteen afgeleverd die past bij de klantsituatie.
- Dit onderscheid wordt bepaald op basis van één of enkele gesprekken tussen een WMO consulent en cliënt en is niet altijd passend. Door deze bouwstenen is er geen ruimte voor tussentijdse aanpassingen. Er zit weinig flexibiliteit in.
- Het bouwstenenmodel kan de innovatie in de weg staan.
- Een ander nadeel is dat niet automatisch gebruik gemaakt wordt van bestaande systemen die alle levensgebieden omvatten (Kwaliteit van leven domeinen).

De meeste zorgaanbieders hebben geen suggesties voor een nieuwe indeling. Een aanbieder geeft nog mee dat bij een herindeling het raadzaam is om te kijken naar een model dat aansluit bij de werkwijze van organisaties – hun taalgebruik en de leefwereld van de klant. Daarom is het de moeite waard om een indeling te maken die aansluit bij het model Positieve Gezondheid van Machteld Huber. De toepassing van dit gezondheidsmodel zou het definiëren en formuleren van respectievelijk de hulpvraag evenals de vormgeving van de hulpverlening vergemakkelijken. Om het eventueel nog duidelijker te maken, kunnen de producten ook ‘ambulante begeleiding’, ‘dagbesteding’ of ‘respijtzorg’ genoemd worden. Een andere zorgaanbieder geeft aan dat de gemeente bij voorkeur gebruik kan maken van een indeling in ondersteuning per levensgebied en ondersteuning specifiek definiëren inclusief frequentie/intensiteit.

Financiering

Lumpsum-financiering

Lumpsum-financiering voor de doelgroep die altijd een vorm van begeleiding nodig heeft is volgens een zorgaanbieder niet geënt op maatwerkproducten. Maar nadelen van een dergelijk model kunnen volgens deze ondervangen worden door het maken van prestatieafspraken in de vorm van resultaatfinanciering. Een andere aanbieder geeft aan dat deze vorm van financiering een positieve prikkel geeft om kritisch te bezien wat een cliënt zelf kan, het is een stimulans voor innovatie. Wel vragen zij zich af hoe wordt bepaald welke mensen onder de doelgroep vallen: aan welke voorwaarden moet een deelnemer voldoen om hiervoor in aanmerking te komen. Het is een goede uitvoeringsvariant voor deze vorm van begeleiding, want er is minder administratieve last en voor alle partijen voldoende duidelijkheid en flexibiliteit. Om deze vorm van financiering succesvol te kunnen invoeren is het wel nodig dat de definitie van begeleiding/dagbesteding helder is bij alle betrokken partijen. En welke variant bij welke aanbieder geboden wordt. Er moet sprake zijn van een beperkt aantal aanbieders en een nauwe samenwerking tussen aanbieders en met gemeenten, goede monitoring van financiering.

Trajectfinanciering

Met trajectfinanciering zijn tot op heden goede ervaringen. De op- en afschaling van uren zijn toegesneden op de gezinssituatie en geeft de hulpverlener de ruimte om in samenspraak met de hulpvrager aan te sluiten bij de hulpbehoefte. In de praktijk blijkt dat de hulpverlening veelal kan worden beëindigd met een gewenst resultaat binnen de gesteld termijnen. Een zorgaanbieder geeft aan dat deze vorm van financiering minder geschikt is voor hun doelgroep. Dat komt doordat de doelgroep veel cliënten heeft die langdurige zorg ontvangen, waarin de zorg per periode intensiever en minder intensief is. Trajectfinanciering wordt tevens gezien als een mogelijkheid voor minder administratieve lasten door niet maandelijks indienen van declaraties, maar juist meer administratieve lasten bij samenwerking tussen aanbieders. De objectieve verdeling is een uitdaging. Een budget voor het hele traject geeft meer administratieve lasten en heeft niet de voorkeur.

Suggesties om in de toekomst de kosten beheersbaar te houden:

- De gezondheidszorg zal op onderdelen moeten worden gewijzigd om de preventieve zorg in Nederland beter te kunnen organiseren – er ligt een belangrijke taak voor het voorliggend veld en de eerstelijnszorg – hierdoor zal de uiteindelijke druk op voorzieningen en de kostenbeheersing in positieve zin kunnen worden bijgesteld.
- Administratieve taken voortkomend uit de huidige werkwijze hebben een enorme impact op zorgorganisaties – dit kan veel beter worden geregeld en zal positief kunnen doorwerken op de kosten in de zorg.
- Kritisch blijven kijken naar individuele cliëntsituaties en verandering durven maken.
- Strengere toetredings- en kwaliteitseisen voor zorgaanbieders. Lumpsum financiering.
- Meer samenwerking in bijvoorbeeld inzet gedragswetenschapper. Vooral voor kleine zorgaanbieders worden daarmee de kosten lager.
- Begeleiding inzetten als maatwerk, makkelijk kunnen af- en opschalen, zodat er snel gereageerd kan worden. Zorgen dat een crisis tijdelijk is en niet uit de hand loopt.
- Indicatie laten stellen door de professional. En daarover een inhoudelijke onderbouwing vragen waarom die indicatie passend is, zowel qua uren als product (licht midden zwaar). En dat herhaald zich tijdens elke evaluatie. Hiervoor kan een format worden opgesteld in samenwerking met gemeente en professionals.

Voorliggende voorzieningen

De zorgaanbieders geven de volgende mogelijkheden voor verschuiving van individuele ondersteuning naar een collectieve ondersteuning (groepsaankoop):

- Diensten leveren vanuit het perspectief van de klant.
- Verbetering creëren van kwaliteitsdenken.
- Toegankelijk zijn voor en het realiseren van een doelmatige vorm van zorg en welzijn vanuit een co-creatieve instelling.
- Een samenhangend wijkgericht aanbod dat resultaten oplevert voor bewoners, cliënten en patiënten. Meer samenwerking tussen zorgaanbieders om cliënten met een soortgelijke hulpvraag bij elkaar te krijgen om groepstraject op te kunnen zetten.
- Het is voor individuele thuisbegeleiders niet altijd mogelijk om de hele sociale kaart te kennen. De gemeente kan hiervoor bijeenkomsten of kennisbanken op zetten zodat er bekend is wat er allemaal is.
- Samenhang tussen preventie, cure, care creëren wat leidt tot een toename efficiency en kwaliteitsvoordelen.
- Inventarisatie en evaluaties uitvoeren met huidige groepsbegeleiding, met aandacht voor vernieuwing.
- Stimuleren van (bewoners-)initiatieven in wijken en dorpen, inloopvoorziening verstevigen en verbreden.
- Maatwerk staat voorop. Elke situatie is anders en daardoor de mogelijkheden ook.
- Meer benutten van digitale mogelijkheden in de ondersteuning.

De zorgaanbieders geven de volgende mogelijkheden voor verschuiving van individuele ondersteuning naar een algemene voorziening:

- Laagdrempelige inlopen op meer plekken organiseren (buitendorpen).
- Buurtcirkels.
- Gedurende het traject al zorgen voor een warme overdracht naar bijvoorbeeld maatschappelijk werk, maar ook vrijwilligers of sociaal netwerk.

- De rol van de begeleider moet “verwijzend” zijn en altijd gericht op een zo groot mogelijke zelfstandigheid van de cliënt hierin.
- Het moet per individu bekeken worden of een algemene voorziening toereikend is, niet voor voorhand een inwoner onder algemene voorzieningen inschalen.

Innovatie

De volgende innovatieve ontwikkelingen worden op dit moment gerealiseerd:

- Het ontwikkelen van een integrale werkwijze met diverse disciplines rond bepaalde aandachtsvelden.
- Samenwerking met diverse organisaties rond de toeleiding van hulpvragers m.b.t. Wmo-aanvragen en vragen in het kader van de Jeugdwet.
- Het ontwikkelen van een model waar bij de inwoners veel meer betrokken worden bij het vaststellen van beleidskaders, het implementeren van gezondheidsmodellen die beter aansluiten bij de hulpvraag van de klant en het gaan spreken van een gemeenschappelijke taal (Positieve Gezondheid – model Huber).
- Ontwikkelen van beleid rond preventie in het kader van diverse projecten.
- Het houden van een gezamenlijk spreekuur met Welzijn.
- Samen aan Tafel; een eettafelproject .
- Inzet van studenten Sport en Bewegen in de wijk.
- Inzet Buurtagenda
- Maatwerkfonds opgericht
- Samenwerking Plusbus
- Samenwerking met jeugdwet en participatie om er voor te zorgen dat jongeren succesvol met diploma kunnen uitstromen vanuit een dagbesteding.
- Inzet praktische begeleiding als afschaling binnen de zorg.
- Inzet van ervaringsdeskundigen.
- Inzet van vrijwilligers.
- Inzet van E-Health.
- Opzet van hulproutes voor de Wmo ondersteuning met kleine/korte ondersteuningsmomenten.
- Het project Menselijke Maat introduceren.

Doelgerichtheid

Alle zorgaanbieders geven aan dat ze openstaan voor het maken van afspraken over de duur van de dagbesteding en het afschalen naar een algemene voorziening. De cliënt staat daarin centraal. Ook vanuit ambulante begeleiding kan er gekeken worden of contacten kunnen worden doorgeschoven of cliënten naar de algemene voorziening kunnen. Om hierover contractuele afspraken te maken is wel meer nodig dan enkel ‘harde’ financiële KPI’s. Er moet een combinatie gevonden tussen KPI’s en onderbouwende proces-indicatoren.

In veel gevallen is de gemeente betrokken bij de uitvoering van projecten – de gemeente kan een belangrijke rol spelen bij het ondersteunen en coördineren zodat resultaten in andere regio’s gedupliceerd kunnen worden. Veelal zijn er met regelmaat afspraken met functionarissen van de gemeentelijke overheid die een rol spelen in de afstemming en borging van de resultaten. Het aanleveren van data en andere gewenste gegevens werkt hiervoor faciliterend. Herbeoordeling van bestaande indicaties op gestelde doelen en mogelijkheden op-/afschalen en nieuwe indicaties inzetten op transformatie zorgen tevens voor het behalen van de gestelde doelen. Ten slotte komt

bij elke zorgaanbieder terug dat het regelmatig evalueren ervoor zorgt dat de gestelde doelen worden geborgd.

Tevens geven de zorgaanbieders aan dat een instrument als de Menselijke Maat of een vergelijkbaar instrument daarbij kan helpen. Enkele zorgaanbieders zijn (nog) niet bekend met dit instrument. Menselijk Maat heeft een impuls gegeven om opnieuw te kijken naar de effecten van het handelen van de begeleiders op de cliënten en het resultaat in het behalen van de doelen.

Nadeel van deze methodiek is dat het tijdens een traject niet alleen maar beter gaat met mensen wanneer ze begeleiding ontvangen. Soms is het noodzakelijk dat een cliënt eerst een paar stappen teruggaat voordat de lijn omhoog gaat. Daardoor kunnen uitkomsten van een dergelijk onderzoek niet het uitgangspunt zijn. Ook is het kiezen van een methodiek een nadeel wanneer er gekeken wordt naar de kosten voor cliënttevredenheidsonderzoeken die dit met zich meebrengt. Wanneer iedere gemeente een andere methodiek gaat gebruiken, dan brengt dit hoge kosten met zich mee voor de zorgaanbieders die werkzaam zijn in meerder gemeenten.

Consequenties verbinden aan het niet halen van de gestelde doelen. Enkele zorgaanbieders geven aan hierover open te staan, mits de consequenties in overleg worden vastgesteld en deze reëel zijn. Hierbij moet wel in het achterhoofd worden gehouden dat het gaat om mensenwerk. Met sommige cliënt gaat het eerst slechter alvorens de gestelde doelen behaald worden. Een andere zorgaanbieder geeft aan geen consequenties te willen verbinden aan het niet behalen van de doelen. De zorgverleners moeten immers ook betaald worden. Het is vooral belangrijk goed in gesprek te zijn en te blijven met de gemeente. Als doelen niet behaald kunnen worden, dan is het beter om tijdig in gesprek te komen hierover en de doelen bij te stellen.

Kwaliteit

Om de kwaliteit van de zorg te waarborgen moeten de volgende kwaliteitseisen worden opgenomen in het aanbestedingsdocument:

- Organisaties en alle andere betrokken partijen zouden jaarlijks zich moeten conformeren aan het voorgestelde beleid dat per regio zal moeten worden ontwikkeld en vastgesteld zodat samenhang – communicatie - coöperatie en coördinatie gewaarborgd is.
- Cliënttevredenheidsniveau.
- Doorstromingspercentage naar voorliggend of lichtere vorm van ondersteuning (af- en opschalen).
- SROI.
- Goede verhouding van MBO – HBO met benodigde registraties.
- Kwaliteitseisen per bouwsteen licht – regulier – zwaar.
- Deskundigheidsbevordering.
- HKZ/ISO o.i.d.
- Voorwaarden voor samenwerking.
- Eisen met betrekking tot kwaliteitscertificaat, scholingsprogramma, referenties, VOG.
- KIWA en AWBZ.
- Een gedegen verslag met onderbouwing over de ingezette zorguren en het product kan kwaliteit uitwijzen.

Voor goede borging van kwaliteit van zorg heeft de organisatie in ieder geval de volgende zaken geregeld:

a. Individuele cliënt, zeggenschap en eigen regie

- Cliënten hebben aantoonbaar een actueel begeleidingsplan dat aansluit bij hun persoonlijke doelen en dat gerelateerd is aan hun zorgtoewijzing;
- Het plan komt aantoonbaar tot stand in samenwerking met de cliënt;
- Er is aantoonbaar rapportage over en evaluatie van de voortgang van de doelen;
- De organisatie heeft een klachtenregeling voor cliënten;
- De organisatie heeft een cliënt vertrouwenspersoon;
- De organisatie heeft sluitende afspraken over tijdig aanvragen herindicatie of verlengen indicatie;
- De organisatie heeft een regeling rond afronden van problematische zorgverlening;
- De organisatie werkt methodisch en maakt daadwerkelijk gebruik van effectief bewezen interventies.

b. Individueel oordeel van de cliënt

- De organisatie meet periodiek en onafhankelijk het oordeel van cliënten over de geboden ondersteuning. De organisatie kan aantonen hoe de uitkomsten met belanghebbenden zijn besproken en welke resultaten dat heeft gehad.

c. Kwaliteit van arbeid en vakmanschap

- De organisatie heeft aantoonbaar beleid dat leidt tot de inzet van voldoende vakbekwame medewerkers in de begeleiding;
- De organisatie registreert actuele beroepskwalificaties en registraties van medewerkers en kan die op verzoek laten zien aan de toezichthouder;
- De organisatie heeft aantoonbaar beleid rond scholing en nascholing van medewerkers gericht op vergroten van vakmanschap rond de doelgroep;
- Van alle medewerkers is een VOG beschikbaar;
- De organisatie heeft een werkend systeem van Veilig Incidenten Melden, gericht op leren van incidenten;
- De organisatie heeft aantoonbaar afspraken over bejegenen van cliënten door medewerkers;
- Medewerkers doen aantoonbaar aan vormen van intervisie of teamreflectie;
- Organisatie zet ervaringsdeskundigen in.

De zorgaanbieders zijn bereid tot differentiatie in kwalificatieniveau van personeel. De meeste maken daar nu al gebruik van. Hierdoor kan er een beter match worden gemaakt tussen vraag en aanbod. Ze geven aan dat verschillende zorgvormen vragen om verschillende kwalificatieniveaus.

Samenwerking

Hoe ziet u de samenwerking met uitvoerende organisaties, bijvoorbeeld: aanbieders Jeugdhulp, Werk en inkomen en Schulphulpverlening?

Alle zorgaanbieders zijn het erover eens dat samenwerking onmisbaar is. Samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders en andere organisaties in de keten is erg belangrijk: om van elkaar te leren en kennis / expertise van de ander te gebruiken. Dit om de begeleiding van de cliënt zo effectief mogelijk in te richten. Een samenwerking is een voorwaarde om de rol als hoofdaanbieder goed uit te kunnen voeren. Ze geven aan proactief de samenwerking op te zoeken met het sociaal team om zo ook preventief casussen op te kunnen pakken. Er is laagdrempelige samenwerking nodig, bijvoorbeeld een digitaal platform om betrokkenheid te kunnen tonen rondom een cliënt.

De zorgaanbieders geven aan om ervoor open te staan om mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt een baan aan te bieden. Enkele zorgaanbieders doen dit al en hebben zelfs speciale projecten hiervoor in het leven geroepen.

Ze maken tevens duidelijk dat hun medewerkers getraind zijn op het signaleren van zorgvragen die nog niet gesteld zijn. Dit is een essentieel onderdeel van een goede begeleiding en hoort bij het contextueel werken.

De overeenkomst

Suggesties om de administratieve lasten terug te dringen:

- Indicaties op stuks of eenheden.
- Eenvoudige rapportages.
- Eenvoudige procesbeschrijvingen en uitvoering.
- Uniformiteit in de ICT-systemen en uniformiteit tussen gemeenten.
- Alleen doen wat echt nodig is.
- Samenwerken op basis van vertrouwen in plaats van controle.

De voorkeur gaat uit naar een langlopende overeenkomst, mits er sprake is van goede voorwaarden. Een looptijd van minimaal 4 jaar en maximaal 8 jaar wordt genoemd. Als beste vorm voor aanbesteden komt vooral de Open House procedure naar voren. Als voordeel wordt genoemd dat dit zorgt voor tussentijdse toetreding van nieuwe zorgaanbieders. Strengere selectie van gegunde aanbieders biedt meer mogelijkheden in beheersing van kwaliteit en/of kosten. Een andere partij geeft aan dat het schrijven van bijvoorbeeld een plan van aanpak zorgt voor borging van de kwaliteit. Er is een aanbieder die aangeeft dat de Open House procedure niet de voorkeur heeft, omdat deze vorm geen recht doet aan de samenwerking tussen gemeenten en aanbieders onderling.

De zorgaanbieders willen het volgende meegeven aan de gemeente:

- Ze hebben een positieve ervaring bij de aanbesteding m.b.t. de Jeugdwet 2019 – wellicht kan deze werkwijze ook worden gehanteerd in het kader van deze aanbesteding.
- Houd het gesprek met de zorgaanbieders open.
- Ga vooral af op vertrouwde aanbieders. Zowel nieuwe maar zeker ook oog voor bestaande contractanten.
- Blijf kleine zorgaanbieders de kans en ruimte geven. Hierbij zijn meerdere mooie oplossingen denkbaar, om de kracht van kleinschaligheid te combineren met de kracht van het grote geheel. Als het niet overzichtelijk is om kleine zorgaanbieders te organiseren, stimuleer dan

dat ze zich gezamenlijk organiseren, bijvoorbeeld in een coöperatie. Daarnaast willen ze graag extra aandacht vragen voor maatwerk in contracten. Wanneer er speciale trajecten geboden worden, die niet onder de producten zijn onder te brengen.

- Geef voldoende tijd voor de Nvl's en niet allemaal in de vakantie. Richt het aanbestedingsplatform goed in. Raadpleeg een goede aanbestedingsadvocaat om het geheel goed op te zetten.
 - Onderscheid maken in prijs in relatie tot de grote van aanbieder. Je kan een ZZP-er niet vergelijken met een aanbieder van 100 medewerkers of nog meer. Werk met staffels.
 - Ze zijn erg benieuwd naar het vervolg van de marktconsultatie. Ze pleiten ervoor om de uitkomsten van de consultatie te delen met aanbieders. Hierdoor wordt de inkoopprocedure transparanter, met name daar waar (in de Nvl) verwezen wordt naar deze consultatie.
- Verder denken we graag mee met het ontwikkelen van goede producten, goede voorwaarden en goede tarieven. We missen op dit moment de context en toelichting op de vragen. Voor de aanpak van eventuele verdiepende gesprekken doen wij de suggestie dit in compacte werkgroepen per onderwerp vorm te geven.

Bijlage I: Vragenlijst

Dagbesteding

1. Welke definitie van de verschillende vormen van dagbesteding hanteert u?

Antwoord:

2. Welke vormen van dagbesteding kunnen volgens u naar het voorliggend veld gebracht worden? Zo ja, op welke manier?

Antwoord:

Begeleiding

3. Welke definitie van begeleiding hanteert u?

Antwoord:

4. Wat is volgens u het verschil tussen begeleiding en behandeling?

Antwoord:

5. Hoe kan volgens u de effectiviteit van begeleiding worden verbeterd?

Antwoord:

6. Welke vormen van (ambulante) begeleiding zijn volgens u nodig om instroom beschermd wonen te voorkomen en de uitstroom beschermd wonen te bevorderen? Hoe kunt u dit organiseren?

Antwoord:

Respijtzorg

7. Welke definitie van respijtzorg hanteert u?

Antwoord:

Bouwstenen

Onderstaand is de huidige indeling van bouwstenen weergegeven.

8. Wat zijn volgens u de voor- en nadelen van deze indeling?

Antwoord:

9. Is het onderscheid / definitie van de bouwstenen voldoende helder? Zo niet, hoe zou dit aangescherpt kunnen worden?

Antwoord:

10. Als het huidige bouwstenenmodel op de schop gaat en u mag een voorstel doen voor een nieuwe indeling doen, welke indeling stelt u dan voor? En waarom?

Bouwstenen huidige overeenkomst:

- Ondersteuning bij zelfredzaamheid licht
- Ondersteuning bij zelfredzaamheid regulier
- Ondersteuning bij zelfredzaamheid zwaar
- Ondersteuning bij participatie licht
- Ondersteuning bij participatie regulier
- Ondersteuning bij participatie zwaar
- Ondersteuning bij zelfredzaamheid respijtzorg

Financiering

11. Hoe staat u tegenover lumpsum-financiering voor de doelgroep die altijd een vorm begeleiding nodig heeft?

Antwoord:

12. Wat is volgens u nodig voor de invoering van deze vorm van lumpsum-financiering?

Antwoord:

13. Hoe kijkt u aan tegen trajectfinanciering?

Antwoord:

14. Welke suggesties heeft u om in de toekomst de kosten beheersbaar te houden/terug te dringen en de kwaliteit te blijven borgen?

Antwoord:

Voorliggende voorzieningen

15. Welke mogelijkheden zijn er voor verschuiving van individuele ondersteuning naar een collectieve ondersteuning (groepsaanpak)? En wat is daarvoor nodig?

Antwoord:

16. Welke mogelijkheden zijn er voor verschuiving van individuele ondersteuning naar een algemene voorziening (bijvoorbeeld algemeen maatschappelijk werk)? En wat is daarvoor nodig?

Antwoord:

Innovatie

17. Met welke (innovatieve) ontwikkelingen, die bijdragen aan onze doelen, is uw organisatie op dit moment bezig?

Antwoord:

Doelgerichtheid

18. Bent u bereid afspraken te maken over de duur (uren en looptijd) van de dagbesteding en afschalen naar een algemene voorziening? Welke afspraken wilt u hierover maken?

Antwoord:

19. Hoe wordt geborgd dat de gestelde doelen behaald worden? En op welke wijze kan dit teruggekoppeld worden naar de gemeente?

Antwoord:

20. Helpt een instrument als de menselijke maat of een vergelijkbaar instrument daarbij? Graag toelichten.

Antwoord:

21. Bent u bereid om consequenties te verbinden als de doelen niet worden behaald?

Antwoord:

Kwaliteit

22. Welke kwaliteitseisen zouden we moeten opnemen in het aanbestedingsdocument om de kwaliteit van zorg te waarborgen?

Antwoord:

23. Bent u bereid tot differentiatie in kwalificatieniveau van personeel? Graag toelichten.

Antwoord:

Samenwerking

24. Hoe ziet u de samenwerking met uitvoerende organisaties, bijvoorbeeld: aanbieders Jeugdhulp, Werk en inkomen en Schulphulpverlening?

Antwoord:

25. Bent u bereid om mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt een baan aan te bieden?

Antwoord:

26. Zijn uw medewerkers alert op andere zorgvragen binnen een huishouden en ondernemen ze hier actie op?

Antwoord:

De overeenkomst

27. Heeft u suggesties om de administratieve lastendruk terug te dringen?

Antwoord:

28. Wat stelt u voor als looptijd van de overeenkomst?

Antwoord:

29. De gemeenten wensen de Wmo maatwerkvoorzieningen gezamenlijk aan te besteden. Wat is volgens u de beste vorm hiervoor? U kunt hierbij denken aan de aanbestedingsvorm (open-house, selectieprocedure, mededingingsprocedure, aanbesteding op prijs/kwaliteit aanbesteding)

Antwoord:

30. Wat wil u de gemeenten nog meegeven ter voorbereiding op de aanbestedingsprocedure?

Antwoord: