



WESTFRIESLAND

Offerteaanvraag

Hoogspecialistische jeugdhulp, segment C

Westfriesland

Referentienummer 196577

Inkopende dienst: Gemeente Hoorn

Deelnemende gemeenten:

Drechterland

Enkhuizen

Hoorn

Koggenland

Medemblik

Opmeer

Stede Broec

Voorwoord

In dit inschrijvingsdocument staan de voorwaarden en instructies voor zorgaanbieders die bij het tweede nieuwe instroommoment per 1 juli 2021 willen inschrijven voor een overeenkomst hoogspecialistische jeugdhulp (segment C). Alle andere relevante informatie zoals termijnen, eisen en documenten met betrekking tot deze inkoop, staan in de daarvoor bestemde mappen op TenderNed (www.tenderned.nl).

Op de website www.hoorn.nl vindt u meer informatie over de inkoopende dienst, waaronder het inkoopbeleid. Op www.zorginregiowestfriesland.nl vindt u aanvullende informatie over de regio Westfriesland.

mei 2021

Inkoopteam zorg Westfriesland

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
1 Beschrijving opdracht	5
1.1 Doel van de opdracht	5
1.2 Inkoopprocedure	8
1.3 Wettelijk kader	8
1.4 Raamovereenkomst	8
1.5 Looptijd	9
1.6 Tussentijdse toetreding van aanbieders	9
1.7 Het voorbehoud om aanvullende afspraken te maken	10
1.8 Resultaten meten	10
1.9 Prestatie-indicatoren	11
1.10 Conversie huidige cliënten	12
1.11 Administratieprotocol Hoogspecialistische Jeugdhulp	12
1.12 Tarieven	12
1.13 Declarabele tijd	13
1.14 Uitsluiting bij overlap met subsidie	13
2 Hoogspecialistische jeugdhulp in Westfriesland 2020 en verder	15
2.1 Vertrekpunt	15
2.2 Transformatie	15
2.3 Ambitie en uitgangspunten	17
2.4 De verwijzing	22
2.5 Hoofd- onderaannemerschap	24
2.6 Instroom vanuit segment B	26
2.7 Medicatiecontrole	26
2.8 Verblijfscomponent	27
2.10 Vervoerscomponent	28
2.11 Herstel: trajectduur bepaald	29

3	Inkoopprocedure	30
3.1	Planning	30
3.2	Communicatie	30
3.3	Vragen en antwoorden.....	30
3.4	Instemming raamovereenkomst.....	30
3.5	Uiterlijke ontvangst van inschrijving	30
3.6	Beoordelingsteam	31
3.7	Beoordelingsprocedure	31
3.8	Gunning en afwijzing.....	32
4	Eisen en voorwaarden	33
4.1	Uitsluitingsgronden.....	33
4.2	Geschiktheidseisen	37
4.3	Eisen aan de zorgvraag	39
4.4	Algemene eisen Hoogspecialistische Jeugdhulp.....	39
4.5	Eisen hulp en ondersteuning.....	42
4.6	Eisen aan samenwerking	44
4.7	Ontwikkelopgave	45
4.8	Managementinformatie	46
4.9	Social Return On Investment	46

Bijlagen

Bijlage 1: VNG Model Algemene Inkoop voorwaarden voor leveringen en diensten inclusief
addendum regio Noord-Holland-Noord

Bijlage 2: Tarievenblad

Bijlage 3: Algemeen begrippenkader

Bijlage 4: Concept raamovereenkomst

Bijlage 5: Formulier Uniform Europees Aanbestedingsdocument

Bijlage 6: Inschrijfblad hoogspecialistische jeugdhulp - segment C

Bijlage 7: Referentie blad artikel 4.2.4 onder b

Bijlage 8: Administratie protocol

Bijlage 9 : Memo beschrijving verblijf B en C inclusief bijlage definitie woonzorg.

1 Beschrijving opdracht

1.1 Doel van de opdracht

Deze offerteaanvraag richt zich op de inkoop van de Hoogspecialistische Jeugdhulp (segment C) binnen de zeven (7) Westfriese gemeenten: Drechterland, Enkhuizen, Hoorn, Koggenland, Medemblik, Opmeer en Stede Broec.

Hoogspecialistische Jeugdhulp (segment C, hierna HS) betreft zeer specifieke, intensieve specialistische Jeugdhulp waarbij een klinische behandelvoorziening gericht op veiligheid, risico gestuurd- en herstelgericht handelen noodzakelijk maakt en altijd beschikbaar is. Kenmerkend voor de cliënten van Hoogspecialistische Jeugdhulp is dat deze jeugdigen een ernstige meervoudige hulpvraag hebben waarbij een multidisciplinaire aanpak nodig is. De Hoogspecialistische Jeugdhulp wordt getypeerd door structurele samenwerking tussen meerdere Jeugdhulpspecialisten uit verschillende disciplines die tegelijkertijd en gezamenlijk behandelen onder de regie van één (1) zorgaanbieder- waar sprake is van acceptatieplicht en beschikbaarheid van een op de jeugdige toegepaste voorziening. Het gaat hierbij altijd om een op herstelgericht traject.

Binnen de scope

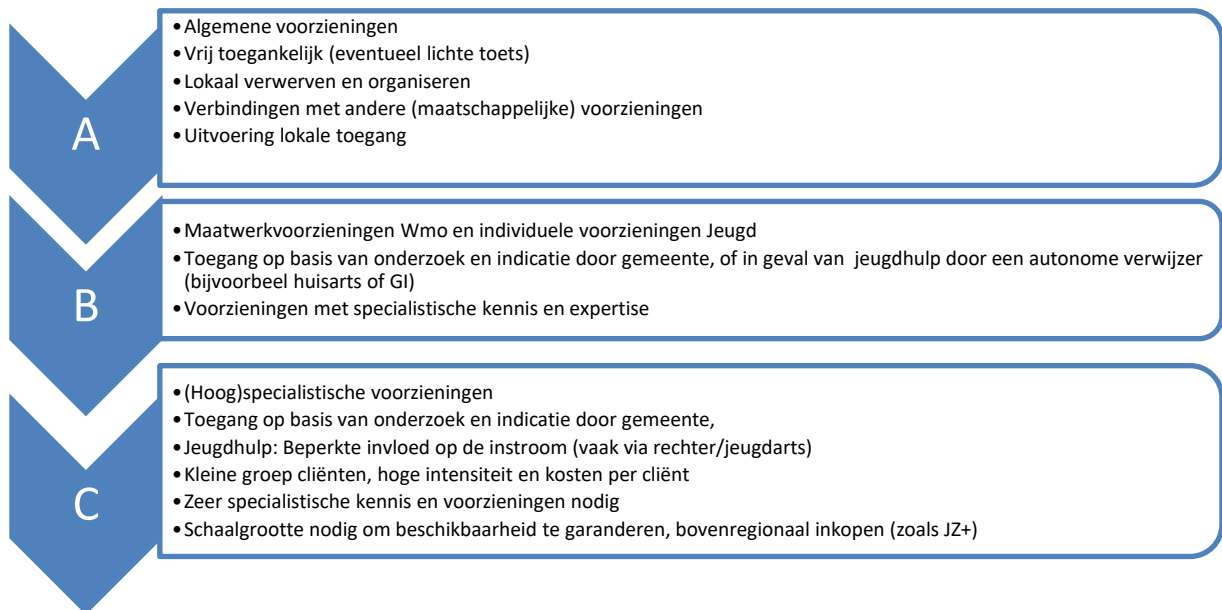
Binnen de scope van deze inkoop vallen jeugdigen in de leeftijd nul (0) tot en met 17 jaar. Ook binnen de scope van deze inkoop vallen jeugdigen en jong volwassenen die reeds voor hun 18de levensjaar hulp hebben ontvangen binnen de Jeugdwet en op basis van de verlengde Jeugdhulp hiervoor in aanmerking komen. Ook jeugdigen en jong volwassenen in de leeftijd van 18 tot 21 jaar die gebruik maken van een gezinshuis, vallen onder de scope van de deze inkoop. Alleen de gemeente heeft de mogelijkheid om een opdracht aan de gecontracteerde zorgaanbieders toe te wijzen.

Buiten de scope

Buiten de scope van deze inkoop vallen preventie (Segment A), Pleegzorg, Ernstige Enkelvoudige Dyslexie en Specialistische Jeugdhulp (Segment B). Daarnaast zijn er nog een aantal (boven)regionale overeenkomsten afgesloten ; Integrale Crisisdienst (de toegang), Veilig Thuis, Jeugdbescherming & Jeugdreclassering en Jeugdzorgplus. Deze vallen ook buiten de scope van dit inkooptraject. Ook jeugdigen die tot WLZ en ZVW behoren vallen buiten de scope van dit inkooptraject.

Jeugdzorg Plus valt thematisch wel binnen Hoogspecialistische Jeugdhulp (Segment C), maar is reeds bovenregionaal ingekocht (Noord-Holland Noord) en valt daarom ook buiten de scope van deze inkoop.

Binnen de jeugdhulp wordt gewerkt met segmenten A, B en C. Hieronder worden de segmenten A en B en C nader beschreven. Segment C bevat dus meer dan onderhavige inkoop



Wat is segment A?

De gemeenten willen dat meer ondersteuning wordt geboden in het vrij toegankelijke voorveld. Dat is het gebied dat signalerend kan zijn en gericht is op preventie voor gezinnen, kinderen en jongeren die risico's lopen omdat zij ondersteuning nodig hebben bij zelfredzaamheid in alle levensdomeinen.

Deze risico's dienen vroegtijdig gesignaleerd te worden zodat deze door de juiste aandacht en aanpak zoveel mogelijk geëlimineerd kunnen worden. Opschaling naar geïndiceerde jeugdhulp is dan vaak niet nodig.

Segment A is voornamelijk lokaal geregeld.

Wat is segment B en instroom segment C?

De inkoop van specialistische jeugdhulp, Segment B is geregeld in een ander inkooptraject.

Vanaf 1 januari 2020 wordt de jeugdhulp binnen segment B ingedeeld in tien ondersteuningsprofielen. De ondersteuningsprofielen zijn een clustering van noodzakelijke ondersteuning en hulp van een jeugdige/gezin en de gewenste resultaten, verfijnd naar de karakteristiek van de ondersteuning. De hulp binnen een ondersteuningsprofiel is vervolgens verdeeld in drie (3) blokken van zes (6) tot zeven (7) intensiteiten (A tot en met F/G) die in feite de zwaarte van de noodzakelijke ondersteuning uitdrukken.

Vanuit de profielen 5, 6 en 8 is het mogelijk dat een cliënt gebaat is bij een intensieve intersectorale en meer multidisciplinaire aanpak uit HS, segment C. Op basis van advies het regionale adviesteam HS komt de cliënt via de lokale toegang onder behandeling van een zorgaanbieder uit HS. Dit betekent dat instroom vanuit Segment B alleen mogelijk is vanuit de profielen die ook in HS kunnen worden ingezet.

De profielen 1,2, 3 en 4 zijn niet van toepassing omdat zij alleen de intensiteit 1 en 2 kennen of voornamelijk gericht zijn op het versterken van de opvoedvaardigheden van ouders.

Profiel 7, 9 en 10 zijn voor een andere doelgroep. Mocht een cliënt met een beperking dusdanige problemen hebben dat HS nodig is, dan kan de cliënt instromen in profiel 8.

Landelijk Transitie Arrangement (LTA)

Bij het LTA aanbod gaat het om jeugdhulpvoorzieningen die zo hoog specialistisch zijn dat zij weinig ingezet worden binnen de regio en hierdoor landelijk gecontracteerd zijn door de VNG.

1.2 Inkoopprocedure

Het betreft een inkoopprocedure volgens het 'Zeeuws model'. Dit betekent dat iedere zorgaanbieder die voldoet aan de gestelde eisen én akkoord gaat met de vastgestelde tarieven in aanmerking kan komen voor een raamovereenkomst. De inkoopprocedure wordt via het inkoopplatform TenderNed gepubliceerd om iedere zorgaanbieder de gelegenheid te geven zich aan te melden. Zie verder hoofdstuk drie (3).

1.3 Wettelijk kader

De gemeente Hoorn is door de zeven (7) Westfrieze gemeenten aangewezen als inkoopende dienst en voor inkoop gehouden aan een aantal wettelijke bepalingen zoals onder andere de Jeugdwet, de Algemene beginselen van behoorlijk bestuur en het gemeentelijk inkoopbeleid van de gemeente Hoorn.

Verder zijn de VNG Algemene Inkoopvoorwaarden regio Noord-Holland Noord voor leveringen en diensten inclusief addendum van toepassing. Deze inkoopvoorwaarden zijn vastgesteld door het college van burgemeester en wethouders van de gemeente Hoorn op 15 juli 2016.

Leverings-, betalings- en andere algemene voorwaarden van de zorgaanbieder worden uitdrukkelijk van de hand gewezen. De inkoopvoorwaarden zijn in TenderNed als bijlage toegevoegd.

1.4 Raamovereenkomst

De inkoopende dienst is met dit inkooptraject voornemens diensten in te kopen door raamovereenkomsten te sluiten met iedere zorgaanbieder die voldoet aan de eisen uit deze offerteaanvraag én akkoord gaat met de vastgestelde tarieven.

Met iedere gegunde zorgaanbieder zal een raamovereenkomst worden afgesloten. Vanuit de raamovereenkomst geldt geen afnameverplichting.

1.5 Looptijd

De samenwerking met en tussen zorgaanbieders en het transformatieproces binnen het Sociaal Domein in Westfriesland zijn nog in volle gang. De inhoudelijke ontwikkeling en het wederzijds van elkaar leren beperkt zich niet tot inkoopmomenten of de duur van raamovereenkomst. In 2020/2021 e.v. werken wij voor HS toe naar resultaat gestuurd werken en financieren van deze zorg met daarbij behorende reële tarieven (zie paragraaf 4.7).

Daardoor kan de raamovereenkomst de komende jaren inhoudelijk mogelijk nog enigszins gaan veranderen.

Daarom is gekozen om de initiële raamovereenkomst aan te gaan voor een periode van twee (2) jaar, ingaande op 1 januari 2020 en derhalve eindigende 31 december 2021. Inschrijving per 1 juli 2021 betekent echter een raamovereenkomst met een looptijd van 6 maanden. Na afloop van deze looptijd kan opdrachtgever de raamovereenkomst viermaal verlengen met een periode van maximaal één (1) jaar. De verlenging vindt plaats door middel van een schriftelijke kennisgeving aan de zorgaanbieder. De inkopende dienst zal uiterlijk drie (3) maanden voor het aflopen van de looptijd van de raamovereenkomst aangeven of zij intentie heeft de raamovereenkomst te verlengen en zo ja, op welke wijze.

1.6 Tussentijdse toetreding van aanbieders

Gedurende de looptijd van de raamovereenkomst kunnen nog niet gecontracteerde zorgaanbieders zich aanmelden om in aanmerking te komen voor een raamovereenkomst. Er is sprake van een tussentijdse toetreding via TenderNed. De beoordeling van nieuwe aanvragen vindt één keer per half jaar plaats. De gunning van de raamovereenkomst wordt slechts dan verstrekt, wanneer de nieuwe zorgaanbieder voldoet aan alle gestelde criteria, waaraan ook de oorspronkelijk gecontracteerde zorgaanbieders moeten voldoen op het moment van de ingangsdatum voor de nieuw af te sluiten raamovereenkomst. Daarnaast moet de zorgaanbieder ook voldoen aan de eisen die eventueel naderhand zijn ingesteld. De nieuw te contracteren zorgaanbieders krijgen een zelfde raamovereenkomst als de reeds gecontracteerde zorgaanbieders, met een looptijd tot en met 31 december 2021, en de mogelijkheid om viermaal met één (1) jaar te verlengen.

1.7 Het voorbehoud om aanvullende afspraken te maken

Ondanks het streven om de in deze inkoop beschreven dienstverlening volledig te contracteren, bestaat de mogelijkheid dat deze onvolledig blijft. Indien voor bepaalde diensten of gemeenten binnen Westfriesland geen of onvoldoende aanbod is gecontracteerd, heeft de inkopende dienst de mogelijkheid om met één (1) of meerdere zorgaanbieders aanvullende afspraken te maken. Dit middel mag alleen worden ingezet om de betreffende hiaten in de dienstverlening van een passende oplossing te voorzien.

Inkopende dienst kan in gezamenlijkheid met gecontracteerde zorgaanbieders besluiten (gedurende de looptijd van de raamovereenkomst) om innovatieve diensten in de bestaande raamovereenkomst op te nemen of geconstateerde omissies op te lossen. Ook kunnen niet langer passende of afgenomen diensten worden uitgefaseerd. Op deze wijze kan de raamovereenkomst passend worden gemaakt in het veranderende zorglandschap.

1.8 Resultaten meten

Ten behoeve van de kwaliteit gaat inkopende dienst sturen op de resultaten van zorgaanbieders door het meten en inzichtelijk maken van deze resultaten. Er wordt op twee (2) niveaus naar deze resultaten gekeken:

- Op cliëntniveau (of de gestelde doelen/resultaten naar tevredenheid zijn behaald);
én
- Op niveau van de individuele gemeente en de regio als totaal (hoe presteert de zorgaanbieder binnen de gemeente/regio).

Gestreefd wordt naar regionale kwaliteitsstandaarden die vergelijkbaar zijn met landelijke standaarden. Deze resultaten dragen bij aan het gezamenlijk leren en optimaliseren.

Resultaten meten valt uiteen in twee (2) aspecten:

1. Prestatie-indicatoren
2. Managementinformatie

De prestatie-indicatoren zijn gebaseerd op de landelijke outcome-standaarden en zullen primair dienen om de prestaties van zorgaanbieders in kaart te brengen en te kunnen beoordelen. Zie verder paragraaf 1.10

Op basis van deze managementinformatie zal structureel (minimaal één (1) keer per jaar, maar zoveel vaker als nodig geacht) een evaluatie op zorgaanbiederniveau worden uitgevoerd waarbij de volgende onderwerpen met de zorgaanbieder worden besproken:

- Kwaliteit van dienstverlening (met o.a. opgave van de wachttijden/wachtlijsten);
- Naleving gemaakte afspraken;
- Leerproces en verbeteringen inkopende dienst en zorgaanbieder;
- Doelrealisatie (zie paragraaf 1.9).

Inkopende dienst behoudt zich het recht voor om tijdens de looptijd van de overeenkomst aanvullende informatie bij de zorgaanbieder op te vragen.

1.9 Prestatie-indicatoren

We monitoren om te kunnen sturen op de resultaten, hiervoor gebruiken we prestatie-indicatoren. De normstelling die zal bepalen of het resultaat is gehaald, wordt geagendeerd op één (1) van de ontwikkeltafels. Zie hierover ook de uitgangspunten (ontwikkeltafel).

De totstandkoming van de indicatoren is op basis van het landelijk harmonisatietraject (de samenwerking tussen de VNG, KING en een brede vertegenwoordiging van zorgaanbieders). Daarnaast is gekeken naar andere regio's.

Inkopende dienst hanteert de volgende drie (3) prestatie-indicatoren:

1. Uitval
2. Cliënttevredenheid
3. Doelrealisatie

Doelrealisatie wordt uitgesplitst in drie (3) onderdelen:

- a) De mate waarin er na beëindiging geen nieuwe start ondersteuning plaatsvindt;
- b) De mate waarin cliënten met lichtere ondersteuning verder kunnen;
- c) De mate waarin overeengekomen doelen gerealiseerd zijn.

Het betreft hier doelrealisatie van beschikte ondersteuning, dus geen preventie.

Het meetinstrument voor onderdeel a en b is het berichtenverkeer. Voor onderdeel c is het meetinstrument en zal het perspectiefplan als basis dienen. Inkoopende dienst agendeert de uitwerking van de prestatieindicatoren voor één (1) van de ontwikkeltafels.

1.10 Conversie huidige cliënten

Deze paragraaf is komen te vervallen.

1.11 Administratieprotocol Hoogspecialistische Jeugdhulp

In deze offerteaanvraag wordt verwezen naar, hoe administratieve processen plaatsvinden. De volledige beschrijving van administratieve processen, de financiële afwikkeling, de verantwoording, controle van declaraties, de noodzakelijke gegevens en welke procedures gelden is eenduidig beschreven in het administratieprotocol. Dit protocol is als bijlage bij de offerteaanvraag gevoegd om u te informeren over de wijze waarop de zeven (7) Westfriesse gemeenten de administratieve procesafspraken vorm willen geven.

Het administratieprotocol betreft een dynamisch document, dit betekent dat de processen gedurende de loop van de overeenkomst kunnen worden verbeterd en aangepast. Op de website van de Westfriesse gemeenten <https://zorginregiowestfriesland.nl/zorgprofessionals> zal de meest actuele versie van het administratieprotocol worden geplaatst.

1.12 Tarieven

De tarieven zijn opgenomen in de bijlage tarievenblad bij deze offerteaanvraag. De tarieven zijn berekend voor het jaar 2021. Er wordt voor het jaar 2021 inspanningsgericht bekostigd, met tarieven per uur en per etmaal. In 2020/2021 wordt samen met aanbieders gewerkt aan

het ontwikkelen van reële arrangementstarieven voor segment C, gebaseerd op de principes van resultaatgerichte bekostiging (outputgericht).

De tarieven die worden gehanteerd zijn integrale tarieven waarbij alle voorkomende kosten voor de dienstverlening inbegrepen zijn in het tarief. Alle vermelde tarieven zijn in euro's, (uurtarief is deelbaar door 60) exclusief btw en alle overige belastingen en/of heffingen.

Aangezien de tarieven in 2021 inspanningsgericht blijven, zijn de tarieven geïndexeerd.

De hoogte van de indexatie wordt gebaseerd op ramingen van het Centraal Planbureau (CPB). Hierbij wordt een gewogen gemiddelde berekend van overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (OVA) en de prijsindexcijfers materiële kosten en kapitaal. Het indexatiecijfer wordt voorafgaand aan ieder contractjaar (T-1) vastgesteld op basis van de voorlopige indexcijfers van het CPB. Er vindt geen nacalculatie plaats op basis van de definitieve indexcijfers in het betreffende contractjaar (T), vanwege de administratieve last die dit met zich mee brengt.

1.13 Declarabele tijd

De zorgaanbieder brengt alleen die tijd in rekening bij de gemeenten (uren/minuten) die aangemerkt worden als cliëntcontacttijd.

Binnen deze cliëntcontacttijd is de indirect cliëntgebonden tijd zo beperkt mogelijk en mag nooit meer dan 30% van de ingezette tijd beslaan.

De tijd gerelateerd aan no-show mag niet worden gedeclareerd, met uitzondering van behandeling waarbij sprake is van drang of dwang.

1.14 Uitsluiting bij overlap met subsidie

Mocht een zorgaanbieder een ondersteuningsvorm aanbieden die overlap heeft met een gesubsidieerde activiteit, dan mag de zorgaanbieder het niet ook in deze overeenkomst aanbieden en declareren. Een aanbieder die één (1) of meer van deze ondersteuningsvormen aanbiedt en declareert, kan door de inkopende dienst worden

uitgesloten van deze overeenkomst. Beëindigen van de subsidie behoort ook de mogelijkheden.

2 Hoogspecialistische jeugdhulp in Westfriesland 2020 en verder

2.1 Vertrekpunt

De ambitie van dit inkooptraject is om de transformatie en zorgvernieuwing beter te faciliteren en tot hun recht te laten komen. Daarbij staat de inkoopstrategie 2019 niet op zichzelf maar bouwt voort op de transformatievisie en de uitgangspunten zoals die door de gezamenlijke gemeenten zijn vastgesteld.

Uit oogpunt van continuïteit in de zorgverlening is in de startjaren van de transitie van 2015 tot en met 2019 grotendeels aangesloten bij de zorgproducten van vóór de transitie. Door deze pragmatische keuzes is de doelstelling bereikt van continuïteit in de zorgverlening, zowel voor de individuele jeugdige als voor de betrokken marktpartijen.

Keerzijde van deze werkwijze is dat de transitie is geslaagd, maar de transformatie nog (goed) op gang moet komen. Hoewel alle partijen de oprechte intentie hebben tot zorginhoudelijke samenwerking en innovatie, staan de schotten tussen de diverse sectoren (GGZ, LVB, JOH) in de productenstructuur, de zorgtoewijzing en de bekostigingswijze nog grotendeels overeind en daadwerkelijke samenwerking en innovatie te veel in de weg.

2.2 Transformatie

Dit inkooptraject richt zich op de Hoogspecialistische Jeugdhulp (HS). Er wordt echter een inhoudelijke koppeling gemaakt met andere domeinen in het Sociaal Domein zoals het Onderwijs, de Wmo en Werk & Inkomen. Zonder een goede verbinding met deze domeinen is effectieve jeugdhulp niet mogelijk. In paragraaf 2.3 en verder wordt een algemeen beeld gegeven van wat de visie en strategie beogen.

De Westfriese gemeenten willen het transformatieproces binnen het sociaal domein stimuleren. Hiervoor zijn in de zeven (7) Westfriese gemeenten in 2019 de kaders voor de inkoop Sociaal Domein vastgesteld. Deze bevatten zes (6) veranderopgaven voor de inkoop van de jeugdhulp en de Wmo-ondersteuning:

1. Vereenvoudiging van aanbodordening op basis van segmentatie (marktordening);
2. Werken met ondersteuningsprofielen en intensiteiten;
3. Werken met een integraal perspectiefplan;

4. Regierol beter beleggen door te werken met regisseur en/of hoofdaannemer;
5. Sturen op resultaat door resultaatmeting en dialoog;
6. Resultaatgestuurd bekostigen.

Vanaf 1 januari 2020 zijn de Westfriese gemeenten zorg binnen Specialistische Jeugdhulp (Segment B) en Wmo resultaatgericht gaan bekostigen. Door resultaatgericht te bekostigen komt het sturen op kwaliteit en resultaten centraal te staan. Het doel van deze nieuwe manier van werken en bekostigen is dat er meer ruimte komt voor de professional om combinaties van zorg en ondersteuning (arrangementen) in te zetten die bijdragen aan de resultaten die cliënten willen bereiken. Daarbij biedt het ook ruimte voor een integrale aanpak en innovatie. Wij gaan bij HS werken met een perspectiefplan opgesteld door de jeugdige en zijn/haar gezin/netwerk, de toegang en aanbieder. Deze aanpak en het werken naar normalisering is voor Hoogspecialistische Jeugdhulp (Segment C) ook het doel. Vanwege de complexiteit van zorg zal het resultaatgericht bekostigen in Hoogspecialistische Jeugdhulp als groeimodel worden ingezet. Dat betekent dat een resultaatgericht bekostigingsmodel gedurende de looptijd van de raamovereenkomst ingevoerd wordt.

2.2.1 Medewerking ontwikkeltafels en ontwikkelopgave

De nieuwe vormen van inkopen in Westfriesland (het sturen op resultaten) zal de komende periode verder ontwikkeld worden. Daarmee beogen we het gesprek te starten en te blijven voeren over de ontwikkeling van het stelsel en over de kwaliteit van de jeugdhulp. Dit vraagt de komende jaren een blijvende investering van zorgaanbieders en gemeenten door middel van ontwikkeltafels, ook voor aanbieders die Hoogspecialistische Jeugdhulp bieden.

Medewerking zal worden gevraagd voor o.a. onderstaande ontwikkeltafels, zie toelichting offerteaanvraag segment B. Daarnaast verwachten wij specifiek medewerking voor de in paragraaf 4.7 opgenomen ontwikkelopgave.

- Ontwikkeltafel 'Soepele Overgang 18-/18+'
- Ontwikkeltafel Resultaten meten
- Ontwikkeltafel Toegang- en Perspectiefplan
- Ontwikkeltafel Multidisciplinaire Aanpak (MDA) ++

De aard van het onderwerp van de ontwikkeltafels kunnen gedurende de looptijd van de overeenkomst wijzigen door actuele ontwikkelingen. In dit geval zal het nut en de noodzaak van bovenstaande worden heroverwogen.

2.3 Ambitie en uitgangspunten

Onze ambitie is om samen met alle 7 Westfrieze gemeenten, aanbieders, cliëntvertegenwoordigers en overige ketenpartners er voor te zorgen dat:

“kinderen in gezondheid, welzijn en veiligheid kunnen opgroeien, met perspectief op een zelfstandig leven naar ieders eigen mogelijkheden. De zorg voor de jeugd altijd in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de ouders c.q. verzorgers is. Wanneer die daarbij hulp nodig hebben, dan is die jeugdhulp, ongeacht door wie gegeven, altijd gericht op het bevorderen van de zelfredzaamheid of het verminderen van de afhankelijkheid van het kind en/of het gezin.” Voorkomen van verblijf elders dan thuis is ons streven. Toename van duurzame resultaten en afname van het aantal door- en overplaatsingen per jeugdige.

Het gaat om een relatief klein aantal jeugdigen per jaar. Op basis van statistische analyse gaan wij ervan uit dat het aantal cliënten in HS niet meer zijn dan 5% van alle jeugdhulpgebruikers in de regio Westfriesland. Dit is exclusief Jeugdzorgplus.

De uitgangspunten hierbij zijn:

1. De ondersteuningsbehoefte van de jeugdigen en gezin staan centraal

Dit uitgangspunt betekent dat de organisatiebelangen (van de gemeente of de aanbieder) niet centraal staan. Het gaat in de eerste plaats om de ondersteuningsbehoefte van het kind en zijn gezin. De ouders, broertjes, zusjes en anderen in de directe omgeving zijn evengoed van belang. Ondersteuning richt zich dus op het hele gezin.

Concreet:

- Kinderen en ouders staan centraal en niet de organisatie((s)belangen)
- Ondersteuning en hulpverlening richt zich op het hele gezin

2. Uitgaan van de eigen verantwoordelijkheid en mogelijkheden van jeugdigen en ouders en hun sociale netwerk

Ouders zijn zelf in de eerste plaats verantwoordelijk voor de opvoeding van hun kind. We (gemeenten en aanbieders) kunnen gezinnen ondersteunen, maar de verantwoordelijkheden niet (zondermeer) overnemen. We verwachten dat ouders die verantwoordelijkheid zoveel mogelijk dragen. Als ouders zelf ondersteuning nodig hebben, dan kijken we mee hoe we dat kunnen organiseren door contact te leggen met het gebiedsteam, het CIZ of de zorgverzekeraar. Daarnaast betrekken we het sociale netwerk zoveel mogelijk. Het sociale netwerk draagt vaak verantwoordelijkheden, maar om die te benutten en aan te sluiten bij die verantwoordelijkheden moeten we ze meenemen in ondersteuningsplannen, begeleidingsplannen en behandelplannen.

Concreet:

- Ouders zijn primair verantwoordelijk voor opvoeding
- Als ouders zelf ondersteuning nodig hebben doen we daar wat mee (engageren)
- We betrekken het sociale netwerk bij ondersteuningsplannen, begeleidingsplannen en behandelplannen.
- Wanneer een jeugdige hulp of ondersteuning nodig heeft, is een gezinsgerichte aanpak altijd het uitgangspunt

3. Normalisering en de-medicalisering door versterking opvoedkundig klimaat in gezinnen, wijken, dorpen, scholen en kinderopvang etc. (preventie)

Opvoeden en opgroeien gaat niet zonder slag of stoot. Elk gezin en elk lid van dat gezin is uniek. Bij elk gezin gaat ook weleens wat mis. Het is normaal om zorgen met elkaar te delen; dat geldt ook voor ouders, onderwijzers en hulpverleners. We praten erover!

Dat vraagt iets van de houding van professionals: We behandelen ouders met respect en op basis van gelijkwaardigheid. De vraag om ondersteuning is een goed teken, maar betekent niet dat er echt iets mis is. We nemen de zorgen serieus, maar bekijken ze vanuit het perspectief dat de meeste ondersteuningsvragen simpel zijn en niet om zware interventies vragen.

Daarnaast kunnen we kennis en kunde over systematisch en methodische aanpakken gebruiken als we de kenmerken signaleren. Daar hoeft niet altijd (zeker niet bij veel voorkomende beperkingen) een diagnose aan ten grondslag te liggen. Tegelijkertijd willen

we op het moment dat er meer ondersteuning nodig is dan eenvoudige zorgen voor een goede onderbouwing van de aanpak. Daarvoor is een diagnose een belangrijk hulpmiddel.

Concreet:

- Ondersteuning vragen is normaal, we praten hier op basis van gelijkwaardigheid over.
- We gebruiken kennis en kunde over veelvoorkomende beperkingen, wanneer we de signalen herkennen
- Als er een zwaardere ondersteuningsvraag is, maken we gebruik van diagnose om de aanpak goed te onderbouwen.

4. De ingezette jeugdhulp is zo nabij als mogelijk (bij voorkeur thuis), zo kort als mogelijk en zo lang als nodig

Vanuit het uitgangspunt dat ouders zelf verantwoordelijk zijn en het in de meeste gevallen beter voor kinderen is om thuis op te groeien willen we het liefst dat de hulp thuis in het gezin wordt verleend. We gaan ervan uit dat de meeste kinderen uiteindelijk veilig en thuis bij hun ouders kunnen opgroeien.

Een kind uit een gezinssituatie halen kan heel ontwrichtend zijn. Uit onderzoek naar uithuisplaatsing in de pleegzorg, gezinshuizen en residentiële zorg blijken zowel positieve als negatieve effecten. Het lijkt daarbij wel belangrijk dat kinderen in een zo normaal mogelijke gezinssituatie opgroeien. Wat wel duidelijk is, is dat een uithuisplaatsing zonder verdere hulp of ondersteuning vrijwel nooit effectief is. Uit huis geplaatste kinderen kampen met veel problemen, waarvoor zij – naast de uithuisplaatsing – extra hulp nodig hebben. Om de kans van slagen van terugplaatsing te vergroten is het nodig een terugplaatsing goed voor te bereiden en ook na de terugkeer van het kind nazorg aan het gezin te bieden.

Concreet:

- Ondersteuning en hulp organiseren we in de thuissituatie, op school of binnen het leefpatroon van de cliënt
- Een kind opnemen in een instelling is een laatste redmiddel

5. *De ingezette jeugdhulp is integraal, effectief en efficiënt op basis van het 3x1-beginsel: één kind/gezin, één plan en maximaal één hulpverlenende regisseur*

Dit uitgangspunt heeft grote consequenties voor elke opdracht die de gemeente uitzet. We vragen om goede samenwerking met de jeugdige en het gezin, het sociale netwerk, maar ook dat we allemaal over de grenzen van ons eigen vakgebied kijken. Daarnaast willen we effectieve interventies inzetten. Dat impliceert dat we de effectiviteit ook onderzoeken en aantonen. Het stelsel moet efficiënt zijn. Dat betekent dat de hulp goed op elkaar moet aansluiten. Dat er geen sprake is van wachtlijsten waar dat niet kan en dat we kostenbewust zijn. Er zit een (politiek bepaalde) grens aan wat we maatschappelijk bereid zijn om uit te geven aan ondersteuning.

Concreet:

- Integraal: we betrekken alle benodigde disciplines en ondersteunen op de leefgebieden waar dat nodig is
- Effectief en efficiënt: We zetten de best passende hulp in, werken systematisch, methodisch en waar mogelijk evidence based.
- We zijn kostenbewust. Jeugdhulp is betaalbaar.
- 3x1 beginsel: er is één iemand in de regie. Aanbieders werken zorginhoudelijk met één hulpverlenende regisseur (hoofdaannemer) voor het totaalpakket aan zorg. Gemeenten zorgen dat het gebiedsteam procesregie voert en de afstemming met actoren uit andere leefgebieden organiseert.

6. *Ruimte voor alle betrokken professionals en vertrouwen in hun integriteit en deskundigheid*

We nemen zorgprofessionals serieus en vertrouwen in hun integriteit en deskundigheid. We vertrouwen dat professionals weten wat ze doen. We limiteren ondersteuning niet in producten, er is ruimte voor ontwikkeling en toepassen van nieuwe vormen van ondersteuning, het is het resultaat dat telt. We accepteren dat er generalisten en specialisten zijn, maar dragen zorg voor de samenwerking en luisteren naar elkaar.

Concreet:

- Ruimte voor ontwikkeling van nieuwe vormen van hulpverlening en verschillende arrangementen.
- Vertrouwen in de professional en vertrouwen in resultaat

7. *De hoogspecialistische jeugdhulp (HS) is van toepassing wanneer de 'veiligheid' van het kind in geding is.*

Een Jeugdige mag structureel rekenen op een volwassene die voorziet in zijn basale fysieke en emotionele behoefte, die hem beschermt tegen gevaar en die daarin continuïteit en voorspelbaarheid biedt'. Er zijn enkele aspecten die de definitie van veiligheid ondersteunen.

Concreet:

- de aanwezigheid van regelmaat en stabiliteit zoals overzicht, structuur, continuïteit en voorspelbaarheid;
- de lichamelijke en emotionele zorg voor de jeugdige. Hierbij gaat het om basale verzorging, acceptatie en bescherming. Dit omvat naast een veilig opvoedingsklimaat ook een veilige leef- en woonomgeving;
- een gevoel van geborgenheid. Dit gevoel van veiligheid is gebaseerd op de relatie met opvoeders en andere gezinsleden;
- de afwezigheid van en bescherming tegen geweld en misbruik.
- de aanbieder werkt conform het VNG programma 'geweld hoort nergens thuis'

2.4 De verwijzing

De Westfriese gemeenten kiezen voor keuzevrijheid voor de jeugdige/gezin. De sturingsfilosofie voor de inrichting van het nieuwe model is gebaseerd op zorginhoudelijke sturing. Het model gaat uit van de volgende principes:

- De sturing heeft de ondersteuningsbehoefte van de jeugdige als startpunt, op basis van de hulpvraag wordt een te behalen resultaat geformuleerd;
- Binnen de zorginhoudelijke sturing is een sleutelrol weggelegd voor de verwijzers. Zij bekijken samen met de jeugdige welke aanvullende ondersteuning nodig is en welk aanbod daarbij past;
- De zorgaanbieder formuleert zijn aandeel in het te behalen resultaat met een passende intensiteit (doelrealisatie);
- Daar waar nodig voor het te behalen resultaat betreft de zorgaanbieder andere zorgaanbieders om een aandeel te leveren in het traject;
- Voorafgaand, tijdens en na het leveren van de hulp wordt deze – per jeugdige en in het totaal – verantwoord en gemonitord;
- Gemeenten maken op termijn de gerealiseerde resultaten van de ondersteuning per zorgaanbieder kenbaar bij verwijzers.

2.4.1 De verwijzing/toegang tot HS

- a. De gemeenten organiseren een regionaal adviesteam HS voor toegang tot HS.
- b. Dit "Regionale Adviesteam HS" geeft een advies aan de lokale toegang over de verwijzing tot HS en de te behalen resultaten per jeugdige
- c. Toegang tot HS is alleen mogelijk met het positief advies van het Regionale Adviesteam HS.
- d. Indien aanbieder en de lokale toegang geen overeenstemming bereiken over de te behalen resultaten per jeugdige, schakelen partijen het onafhankelijk expertteam in. Het advies van dit team is bindend.

- e. Doorverwijzing van cliënten naar HS is mogelijk vanuit de lokale toegang, de gecertificeerde instelling, de (huis)arts en de rechter. In alle gevallen wordt HS pas ingezet na een positief advies van het Regionale Adviesteam HS en goedkeuring van de lokale toegang

2.4.2 Selectie door verwijzer van aanbieder voor uitvoering van de ondersteuning

Om te waarborgen dat de verwijzing op objectieve, transparante en non-discriminatoire wijze plaatsvindt gelden voor de lokale toegang om tot een verwijzing naar een zorgaanbieder voor Hoogspecialistische Jeugdhulp te komen een aantal criteria. Daarbij kan één (1) criterium op zichzelf al doorslaggevend zijn en wordt naar een volgend criterium gekeken als er op basis van het daarvoor staande criteria geen keuze kan worden gemaakt:

1. De wens van jeugdige/gezin en zijn netwerk;
2. De specifieke zorgbehoefte van de jeugdige/gezin;
3. Nabijheid zorgaanbieder, liefst zo dicht mogelijk bij huidige woonplaats;
4. Wachttijden/beschikbaarheid bij zorgaanbieder;
5. Levensovertuiging;
6. Vanuit zorgperspectief vereiste zorgcontinuïteit.

2.5 Hoofd- onderaannemerschap

De Westfriese gemeenten hechten aan het behalen van resultaten. De zorgaanbieder neemt de verantwoordelijkheid om te doen wat nodig is om het resultaat/doel voor en samen met jeugdige/gezin te behalen. Dat betekent feitelijk dat de hulp zoals vastgelegd in het perspectiefplan wordt geleverd.

De zorgaanbieder dient tenminste de volgende kritieke taken zelf uit te voeren:

- Het in samenspraak met de jeugdige opstellen van het behandelplan met de daarin te behalen doelen;
- De afstemming met de lokale toegang gedurende de gehele periode van hulp aan een jeugdige;
- Meewerken aan het opstellen van het perspectiefplan; regie ligt bij de jeugdige en zijn/haar gezin en/of netwerk.
- Het voeren van regie over de uitvoering van de hulp.

De zorgaanbieder is als hoofdaannemer verantwoordelijk voor het behalen van het gestelde resultaat/doel zoals benoemd in het behandelplan, welke in lijn is met het perspectiefplan van het gezin.

2.5.1 Rollen en taken van een hoofdaannemer

De Westfriese gemeenten verstaan onder de rollen en taken van een hoofdaannemer op het gebied van het organiseren van integraliteit in de uitvoering van het perspectiefplan (zowel op inhoud als praktisch) het volgende:

- Organiseren van de hulp en het uitvoeren van de kritieke taken;
- Het opstellen van het behandelplan tussen zorgaanbieder en jeugdige/gezin;
- De concretisering van het perspectiefplan van de jeugdige/gezin. In dit plan staat:
 - Welke ondersteuning naar verwachting ingezet wordt en waarom;
- Het organiseren van één (1) vast aanspreekpunt voor de jeugdige/gezin voor:
 - Het bespreken van (veranderende) behoeftes rondom de hulp;

- Het vormgeven van de regie om de zorg mee te laten bewegen met behoefte;
- Het bespreken van de voortgang van de hulp, conform de gestelde eisen in de deze offerteaanvraag.
- Het (wanneer nodig) organiseren van samenwerking tussen hoofd- en onderaannemers om integrale en kwalitatieve hulp te bieden:
 - Verantwoordelijk voor de kwaliteit van de hulp, ook voor de in te zetten onderaannemers;
 - Verantwoordelijk voor de maandelijkse declaratie bij de gemeente en de betaling aan de onderaannemers middels een marktconform tarief;
 - Hoofdaannemer moet op verzoek inzicht geven welke onderaannemers zij inschakelen en inkopende dienst kan bij onderaannemers monitoren hoe de samenwerking met hoofdaannemers verloopt.
- De uitvoering van de hulp kan bij meerdere professionals liggen, maar ligt zoveel als mogelijk bij dezelfde personen.
- Het organiseren van een vast contactpersoon voor de gemeente, die op de hoogte is van de gang van zaken in de organisatie van de opdrachtnemer (en eventuele samenwerkingspartners).

2.5.2 Kwaliteitseisen van de zorgaanbieder

- Kennis over de benodigde hulp;
- Kennis over de in te zetten hulp, zodat geschat kan worden wat passend is in de situatie van de jeugdige/het gezin;
- Kwalitatief goed en deskundig personeel met een geschikte registratie en/of certificering, zoals SKJ of BIG registratie. Afhankelijk van het type ondersteuning in een profiel is er differentiatie in het opleidingsniveau van medewerkers;
- Signalerende en proactieve rol richting jeugdige/gezin.

2.6 Instroom vanuit segment B

Vanuit segment B is het alleen mogelijk om vanuit ondersteuningsprofielen 5, 6 en 8 in te stromen in hoogspecialistische jeugdhulp. Bij hoogspecialistische jeugdhulp gelden per functiegroep (opleidingsniveau) uurtarieven voor behandeling, zoals opgenomen in het bijgevoegd tarievenblad.

Profielen (B) voor mogelijke instroom C
Behoeftte aan verminderen problematiek en verbeteren van functioneren jeugdige(n); hulp en behandeling voor jeugdige (profiel 5 binnen segment B);
Behoeftte aan leren van vaardigheden en verbeteren functioneren voor jeugdigen(n) rekening houdend met verminderen van eigen problematiek ouders en waarborgen veiligheid jeugdigen (profiel 6 binnen segment B);
Behoeftte aan begeleiding en behandeling in samenhang met een beperking en gedragsproblematiek (profiel 8 binnen segment B) ;

Naast de behandeling in HS kunnen er extra componenten worden ingezet:

- a. Verblijfscomponenten: hiervoor gelden de intensiteiten laag, middel, hoog, hoog+ (in-en exclusief dagbesteding), intensieve en zeer intensieve verzorgingsgraad jGGZ
- b. Vervoerscomponent
- c. Medicatiecontrole

2.7 Medicatiecontrole

Voor een jeugdige waarbij de (hoog) specialistische jeugdhulp beëindigd is en er, alléén nog periodieke medicatiecontrole nodig is kan de zorgaanbieder het medicatiecontrole tarief declareren. Medicatiecontroles die binnen een arrangement worden uitgevoerd vallen onder de arrangementstarieven. Indien voor een jeugdige een nieuw arrangement wordt opgestart bij een andere zorgaanbieder, mag deze medicatiecontrole gedeclareerd worden naast het arrangement.

Medicatiecontroles met betrekking tot psychofarmaca kunnen alleen uitgevoerd worden door een psychiater. In het inschrijfblad kan de zorgaanbieder aangeven of hij medicatiecontrole kan uitvoeren. Het tarief medicatiecontrole is per consult.

2.8 Verbljfscomponent

Indien blijkt dat een ambulant traject ontoereikend is en/of het nodig is voor de veiligheid van het kind en gezin, kan aan de hoogspecialistische behandeling een verbljfscomponent worden toegevoegd. Het uitgangspunt is dat de verbljfstermijn zo kort als mogelijk is en dat er gewerkt wordt aan het herstel van de draagkracht versus de draaglast van kind en gezin. Hierin wordt het vertrekpunt gehanteerd dat ieder kind het recht heeft om veilig en evenwichtig op te groeien in de eigen sociale omgeving.

Voor HS zijn de volgende verbljfscomponenten (7) mogelijk: laag, middel, hoog, hoog+ (inclusief dagbesteding), intensieve en zeer intensieve verzorgingsgraad jGGZ

Hoog+ inclusief dagbesteding, intensieve verzorgingsgraad jGGZ en zeer intensieve verzorgingsgraad jGGZ zijn specifiek voor hoogspecialistische jeugdhulp toegevoegd en dus alleen in combinatie mogelijk met inzet vanuit HS. Deze verbljfscomponenten bevatten een vergoeding voor persoonlijke verzorging, opvoedkundige begeleiding (samen woonzorg), huisvesting, inventaris en verbljfskosten (voeding).

In segment B wordt de behandeling én de begeleiding, aanvullend op de woonzorg, uit het arrangementstarief bekostigd. Voor hoogspecialistische jeugdhulp (segment C) gelden uurtarieven uitsluitend voor de behandeling. Vandaar dat de aanvulling op het verbljfscomponent hoog+ voor dagbesteding is toegevoegd en de zware klinische behandelbedden met een (zeer) intensief woonzorgcomponent. Hierin is rekening gehouden met extra uren voor begeleiding, verzorging en/of dagactiviteiten.

De verbljfscomponenten zijn in bijlage 9 beschreven en de bestaande residentiële instellingen kunnen ingedeeld worden op grond van de criteria opgenomen in dit memo beschrijving verbljfssegment B en C. Daarbij behoort ook een nadere uitleg en definitiebepaling over het component woonzorg. Dit alles is terug te vinden in bijlage 9.

De intensiteit van het in te zetten verblijfscomponent wordt bepaald door de lokale toegang en het Regionale Adviesteam HS.

De vastgestelde tarieven voor deze verblijfscomponenten zijn per etmaal en worden door de zorgaanbieder op werkelijk gebruik maandelijks achteraf gedeclareerd. Het beschikbaar houden van een verblijfscomponent (bijvoorbeeld bij weekendverlof van jeugdige) kan tot een maximum van twee (2) etmalen opeenvolgend en maximaal acht (8) etmalen per maand worden gedeclareerd (logeeropvang is hiervan uitgezonderd).

In het inschrijfblad dient de aanbieder aan te geven dat zij de mogelijkheid heeft om verblijf te leveren.

2.10 Vervoerscomponent

De Jeugdwet hanteert het uitgangspunt eigen kracht. Dat betekent concreet het volgende in voor het vervoer in de praktijk:

1. Vervoer door ouders/verzorgers dan wel eigen netwerk

De begeleiding van jeugdigen is in beginsel de verantwoordelijkheid van ouders/verzorgers. In de praktijk komt het vaak voor dat ouders werken of zorg dragen voor meerdere kinderen en dit als reden aanvoeren waarom zij niet voor begeleiding van het vervoer van hun kind kunnen zorgen. Dit kan echter nog gezien worden als 'gebruikelijke zorg door ouders'. Van iedere ouder wordt verwacht dat zij kinderen van en naar school/clubs e.d. brengen. De beperking van een kind maakt niet dat ouders deze verplichting niet meer hebben. Als ouders zelf kunnen rijden en dit kunnen betalen, dan kunnen zij de kilometervergoeding niet declareren.

Zijn de inkomsten van ouders/verzorgers dan wel eigen netwerk ontoereikend om het vervoer zelf te bekostigen, dan kan op basis van een inkomenstoets gekeken worden of er vanuit de bijzondere bijstand mogelijkheden zijn voor een kilometervergoeding aan ouders of aan iemand vanuit het netwerk.

2. Vervoer door zorgaanbieder

Binnen de regio Westfriesland zijn de tarieven berekend exclusief vervoer. Deze berekening gaat er vanuit dat de ouders/verzorgers of het netwerk het vervoer regelt. Alleen in uitzonderingsgevallen, waarin de ouders/het netwerk de jeugdige niet zelf kunnen vervoeren,

is de zorgaanbieder verplicht dit te regelen. Hierbij gaat het wel om vervoer binnen de regio Westfriesland. De zorgaanbieders regelen het vervoer in overleg met de jeugdige/gezin. Zorgaanbieders die voor een jeugdige het vervoer moeten verzorgen hebben de mogelijkheid deze kosten te declareren door de vervoerscomponent als extra toeslag aan het ondersteuningsprofiel toe te voegen. Voorwaarde voor deze inzet is dat de methode is beschreven in het door de lokale toegang goedgekeurde perspectiefplan.

Het vervoerscomponent betreft een dagtarief voor elke dag dat de jeugdige gebruik maakt van dit gearrangeerde vervoer. De tarieven voor dit component sluiten aan bij de geadviseerde NZA tarieven.

3. Vervoer buiten de regio en rolstoelvervoer:

Voor vervoer buiten de regio Westfriesland en rolstoelvervoer waarin de ouders/het netwerk de jeugdige niet zelf kunnen vervoeren, kunt u contact zoeken met de lokale toegang.

2.11 Herstel: trajectduur bepaald

Het uitgangspunt bij het inzetten van een traject door de zorgaanbieder is het behalen van het afgesproken resultaat in het perspectiefplan. Deze is van alle trajecten gericht op herstel.

Binnen herstel kan de trajectduur voor het behalen van het resultaat variëren naar gelang de intensiteit van het zorgtraject.

De maximale duur van het traject is de duur aangegeven in de beschikking. De toewijzing is maximaal voor één jaar. In elk hersteltraject is te allen tijde een door de lokale toegang samen met de jeugdige en zijn/haar ouders of voogden opgesteld perspectiefplan aanwezig.

Aanbieder werkt volgens de Behandelmethode Cyclus. Minimaal elke drie maanden wordt de voortgang van het traject geëvalueerd tussen de jeugdige, ouders/voogden, aanbieder, lokale toegang. Tijdens deze evaluaties wordt in ieder geval besproken: de behaalde resultaten, de effecten hiervan en de uitstroomperspectief. Uiterlijk drie maanden voor eind van het traject wordt daarnaast besproken of de duur van het traject toereikend is of er verlenging nodig is om resultaten te bereiken. Automatisch verlenging van een traject is nimmer van toepassing.

3 Inkoopprocedure

De gegevens van de inkopende dienst, relevante wet- en regelgeving, de procedure en de termijnen staan op TenderNed www.tenderned.nl.

3.1 Planning

De planning voor dit inkooptraject staat gepubliceerd op TenderNed. Deze planning kan nog gewijzigd worden gedurende de procedure. U ontvangt bij een wijziging in de planning automatisch bericht via TenderNed.

3.2 Communicatie

Zorgaanbieder heeft één (1) contactpersoon met betrekking tot deze inkoopprocedure. Deze moet gemachtigd zijn om namens zorgaanbieder op te treden. Vermeld in de inschrijving naam, adres en telefoonnummer van de contactpersoon. De communicatie tijdens het inkooptraject vindt uitsluitend via TenderNed plaats.

3.3 Vragen en antwoorden

Tijdens het initiële inkooptraject hebben zorgaanbidders tweemaal de mogelijkheid gehad om vragen te stellen via de vraag- en antwoordmodule in TenderNed. Wij publiceren de antwoorden op deze vragen (nota van inlichtingen) nogmaals ter kennisgeving op TenderNed. De vragen en antwoorden maken onderdeel uit van de raamovereenkomst.

3.4 Instemming raamovereenkomst

Inschrijving betekent instemming met de concept raamovereenkomst en daarvan deel uitmakende voorwaarden, alsmede met de voorstellen tot wijziging die zijn gehonoreerd en bekend gemaakt via het eerder opgemaakte vragen en antwoorden document.

3.5 Uiterlijke ontvangst van inschrijving

Zorgaanbieder dient de inschrijving voor de aangegeven sluitingstermijn in te leveren via TenderNed. Inschrijvingen die op een andere wijze dan via TenderNed bij ons binnen komen, worden niet in behandeling genomen. De zorgaanbieder is zelf verantwoordelijkheid voor het

op tijd en juist aanleveren van de inschrijving. De zorgaanbieder kan later wel alsnog gebruik maken van de tussentijdse toetreding. Dat is elk half jaar mogelijk startend vanaf 1 januari 2020. Vooralsnog is dat nu nog mogelijk per 1 januari 2021 en de uiterste instroomdatum is 1 juli 2021, tenzij de overeenkomst verlengd wordt.

3.6 Beoordelingsteam

Inkoperende dienst heeft een beoordelingsteam samengesteld dat tot taak heeft de zorgaanbieders te beoordelen op grond van de uitsluitings- en geschiktheidseisen. Het beoordelingsteam bestaat uit de volgende leden:

- Leden van de regionale werkgroep Jeugd;
- Inkoperende dienst.

3.7 Beoordelingsprocedure

Na de opening van de kluis start de beoordelingsprocedure.

Eerst bepaalt de inkoperende dienst of de inschrijving compleet is. Is dat niet het geval, dan verklaart de inkoperende dienst de inschrijving ongeldig en neemt deze niet verder mee in de beoordeling. In uitzonderlijke gevallen waarin de gelijke behandeling van zorgaanbieders niet in het geding is, kan de inkoperende dienst u in de gelegenheid stellen om eenvoudig te herstellen fouten te herstellen.

Ten tweede beoordeelt de inkoperende dienst of de uitsluitingsgronden op zorgaanbieder van toepassing zijn. Als dit zo is dan neemt de inkoperende dienst de inschrijving niet verder mee in de beoordeling.

Ten derde beoordeelt de inkoperende dienst of zorgaanbieder voldoet aan de geschiktheidseisen en of deze akkoord gaat met de eisen en voorwaarden zoals beschreven in hoofdstuk vier (4) in deze offerte aanvraag. Als dit niet zo is, dan neemt de inkoperende dienst de inschrijving niet verder mee in de beoordeling.

Na de sluitingsdatum, kan inkoperende dienst zorgaanbieder vragen de inschrijving te verduidelijken en/of aan te vullen. Voorwaarde hierbij is dat dit niet leidt tot ongelijke behandeling en/of concurrentievervalsing.

De inkoperende dienst behoudt het recht voor gedurende de inkoop de omvang van de eventuele opdracht te wijzigen of de opdracht helemaal niet te gunnen. Als de inkoperende dienst besluit

de opdracht niet te gunnen, bestaat geen recht op een vergoeding van de kosten van uw inschrijving.

3.8 Gunning en afwijzing

Indien een zorgaanbieder voldoet aan de eisen zal deze zonder een opschortende termijn in aanmerking komen voor een gunning. Zorgaanbieders die worden afgewezen kunnen tot zeven (7) kalenderdagen nadat de afwijzing bekend is gemaakt bezwaar maken bij de inkoopende dienst via de berichtenmodule in TenderNed.

4 Eisen en voorwaarden

In dit hoofdstuk vindt u een toelichting op de uitsluitingsgronden, geschiktheidseisen en mogelijkheden om samen te werken met andere ondernemers.

Zorgaanbieders verklaren in het Uniform Europees Aanbestedingsdocument (UEA) dat de uitsluitingsgronden niet op hen van toepassing zijn en dat ze voldoen aan de gestelde geschiktheidseisen.

Door in te schrijven gaat zorgaanbieder akkoord met de volgende eisen en voorwaarden:

1. De inschrijving van de zorgaanbieder voldoet onvoorwaardelijk aan de gestelde voorwaarden, voorschriften, eisen en overige verplichtingen die in deze offerteaanvraag en bijbehorende documenten/bijlagen zijn genoemd.
2. De zorgaanbieder ondertekent het Uniforme Europese Aanbestedingsdocument rechtsgeldig.

4.1 Uitsluitingsgronden

Als een uitsluitingsgrond op zorgaanbieder van toepassing is, moet deze aangeven welke feiten zich hebben voorgedaan of zich voordoen, de omvang ervan en welke maatregelen u heeft genomen om herhaling te voorkomen en het vertrouwen te herstellen. Als blijkt dat zorgaanbieder voldoende maatregelen heeft genomen om herhaling te voorkomen, dan kan de inkopende dienst besluiten om de inschrijving alsnog verder mee te nemen in de beoordeling.

4.1.1 Inspectie Jeugdzorg

Zorgaanbieders bij wie op het moment van inschrijven een onderzoek is ingesteld naar aanleiding van een calamiteit of incident door de inspectie jeugdzorg en/of de gemeentelijk toezichthouder kunnen alleen een overeenkomst onder ontbindende voorwaarde krijgen, waarbij de overeenkomst ontbonden kan worden indien uit het onderzoek ongeoorloofde praktijken naar voren komen.

4.1.2 Uitsluitingsgronden UEA

De inkoopende dienst beoordeelt over toepassing van de dwingende en facultatieve uitsluitingsgronden zoals deze staan vermeld op het Uniform Europees Aanbestedingsdocument.

4.1.3 Kwaliteitsmanagementsysteem

Zorgaanbieder heeft bij inschrijving een kwaliteitsmanagementsysteem geïmplementeerd. Dat houdt in dat zorgaanbieder beleid hanteert met betrekking tot het beheersen, bewaken, borgen en verbeteren van de kwaliteit op de ondersteuning. Dit systeem moet gelet op de grootte en omvang van zorgaanbieder passend zijn om kwalitatief hoogwaardige dienstverlening gedurende een langere periode te kunnen leveren. Daarnaast moet de scope van het kwaliteitssysteem zijn afgestemd op het onderwerp van deze offerteaanvraag.

Gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem

De inkoopende dienst vindt het van groot belang dat zorgaanbieders die gecontracteerd worden werken aan het continue verbeteren van de geboden kwaliteit. Dit volgens het Plan Do Check Act (PDCA) principe. Certificerende instellingen controleren dit jaarlijks bij zorgaanbieders die een gecertificeerd kwaliteitssysteem hebben.

De inkoopende dienst stelt een keurmerk of certificaat niet verplicht, maar eist indien de zorgaanbieder geen gecertificeerd kwaliteitssysteem heeft dat zorgaanbieder een eigen deugdelijk en geïmplementeerd kwaliteitssysteem hanteert en dat kan aantonen. Naast erkende kwaliteitssystemen van keurmerken zoals ISO, HKZ, Kwaliteitskader gehandicaptenzorg of vergelijkbaar, mag dus ook een eigen kwaliteitssysteem worden ingezet.

Eigen kwaliteitsmanagementsysteem

Een van de voorwaarden aan zorgaanbieders met een niet gecertificeerd kwaliteitssysteem is dat dit kwaliteitssysteem jaarlijks getoetst wordt door een onafhankelijk ter zake deskundige. Een ter zake deskundige is iemand die (door middel van een opleiding) getraind is in het beoordelen van kwaliteitssystemen die gericht zijn op het aanbieden van zorg. Een andere mogelijkheid is dat deze deskundige aantoonbaar minimaal vijf (5) jaar werkervaring heeft met het ontwikkelen, onderhouden, dan wel beoordelen van kwaliteitssystemen die gericht zijn op zorg.

Het oordeel van deze onafhankelijk ter zake deskundige dient positief te zijn en dit dient te blijken uit een rapportage/auditverslag. Deze dient u bij de inschrijving te uploaden.

De onderdelen die minimaal in het eigen kwaliteitssysteem van de inschrijvende zorgaanbieder dienen te staan zijn:

1. Algemeen beleid, kwaliteitsbeleid, visie, missie, SMART geformuleerde doelstellingen;
2. Beleid rondom klachten, incidenten en calamiteiten en de wijze waarop deze leiden tot verbeteracties (PDCA);
3. Oordeel van de onafhankelijk ter zake deskundige en wijze waarop deze leiden tot verbeteracties (PDCA);
4. Beschreven primaire en ondersteunende processen;
5. Beschrijving hoe het behandelplan van de zorgaanbieder wordt omgegaan (zoals samen met de cliënt worden doelen bepaald, minimaal halfjaarlijkse evaluaties, voortgangsrapportages, risico-inventarisaties, SMART doelstellingen en hieraan gekoppelde acties);
6. Cliënt- en medewerkerservaringsonderzoek (volgens wettelijke richtlijnen, doch minimaal eenmaal per twee (2) jaar);
7. Hoe cliëntenparticipatie (medezeggenschap) vormgegeven wordt;
8. Een klachtenregeling die aansluit bij het niveau van de cliënt (waaronder onafhankelijke klachtenfunctionaris, klachtenregistratie en – verbetering);
9. Van toepassing zijnde professionele standaarden;
10. Hoe wordt omgegaan met leveranciersbeoordeling (indien van toepassing minimaal jaarlijkse evaluaties met onderaannemers);
11. Hoe omgegaan wordt met veiligheid (onder andere meldcode, RI&E, risico-inventarisatie cliënten en woonomgeving, wettelijke eisen rondom brandveiligheid et cetera);
12. Hoe omgegaan wordt met cliëntveiligheid (agressie, medicatieveiligheid, brandveiligheid).
13. Hoe omgegaan wordt met privacy (meldcode datalekken en privacyprotocol);

14. Personeelsbeleid (dossiers tonen aan dat personeel juiste opleiding heeft afgerond met diploma, een voor de branche passende registratie heeft, passend bij en in de richting van de doelgroep en de soort ondersteuning en van voldoende niveau).

4.1.4 Uitsluitingsgronden kwaliteit kernactiviteit, zelfstandig leveren van zorg

De zorgaanbieder dient zelfstandig in staat te zijn de zorgtaken uit te voeren zoals benoemd in paragraaf 2.5. Elke zorgaanbieder die inkopende dienst contracteert is verplicht de kritieke zorgtaken zelf uit te kunnen voeren. Hier hoort onder andere het opstellen van het behandelplan bij. Er worden dus geen raamovereenkomsten afgesloten met (tussen)partijen die zelf geen kritieke zorgtaak uitvoeren.

4.1.5 Bewijsstukken

De zorgaanbieder dient de onderstaande bewijsstukken bij inschrijving in te dienen.

Uittreksel Kamer van Koophandel	Niet ouder dan zes (6) maanden vanaf de inschrijvingsdatum
---------------------------------	--

Uniform Europees Aanbestedingsdocument (UEA)	Geüpload in TenderNed
--	-----------------------

Certificaat kwaliteitsmanagementsysteem of in geval van een eigen kwaliteitssysteem een inhoudsopgave en een auditverslag/rapportage niet ouder dan één jaar.	Geüpload in TenderNed
---	-----------------------

Inschrijfblad segment C	Geüpload in TenderNed
-------------------------	-----------------------

Inschrijfblad ingevulde referentie geschiktheidstoets aanbieder (art 4.2.4)	Geüpload in TenderNed
---	-----------------------

4.2 Geschiktheidseisen

Door te voldoen aan de geschiktheidseisen, toont u aan dat u in staat bent om de opdracht uit te voeren.

4.2.1 Eisen met betrekking tot de financiële en economische draagkracht

Indien u controleplichtig bent, verklaart u door ondertekening van het UEA, dat de meest recente accountantscontrole in de jaarrekening geen paragraaf bevat met negatieve continuïteits-verwachtingen.

Indien u niet controleplichtig bent, verklaart u door ondertekening van het UEA, dat de financiële en economische draagkracht van uw onderneming zodanig is, dat de continuïteit van de dienstverlening gedurende de looptijd van de opdracht, inclusief mogelijke verlengingen, niet in gevaar komt.

De inkoopende dienst kan na gunning vragen om een accountantsverklaring, de jaarrekening en/of jaarverslag

4.2.2 Bedrijfsaansprakelijkheid

Zorgaanbieder dient te beschikken over een beroep- en bedrijfsaansprakelijkheidsverzekering met een minimale dekking van € 1.000.000,- per gebeurtenis en € 2.000.000,- per jaar, waarbij het eigen risico niet hoger mag zijn dan € 50.000,-. De polis dient in ieder geval tweemaal per jaar een maximale uitbetaling toe te staan.

Zorgaanbieder dient op verzoek aan te tonen verzekerd te zijn door middel van een afschrift van een recent polis blad (niet ouder dan één (1) jaar).

Voor ZZP'ers geldt dat zij dienen te beschikken over een beroep- en bedrijfsaansprakelijkheidsverzekering met een minimale dekking van € 500.000,- per gebeurtenis, waarbij het eigen risico niet hoger mag zijn dan € 25.000,-. De polis dient in ieder geval tweemaal per jaar een maximale uitbetaling toe te staan.

Zorgaanbieder dient op verzoek aan te tonen afdoende verzekerd te zijn door middel van een afschrift van een recent polis blad (niet ouder dan één (1) jaar).

4.2.3 Beroepsbevoegdheid

Zorgaanbieder werkt volgens de eisen omtrent de verlening van zorg, zoals deze in de wetten worden gesteld waar de te leveren ondersteuning op rust (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, Jeugdwet en/of Participatiewet). De in te zetten medewerkers van zorgaanbieder, welke beroepsmatig in contact komen met jeugdigen, dienen geregistreerd te zijn volgens de daartoe in de wet gestelde eisen aan beroepsregistratie, waarvan minimaal SKJ of BIG geregistreerd. Tevens dient zorgaanbieder - indien van toepassing - te voldoen aan de norm van verantwoorde werktoedeling bij of krachtens de Jeugdwet.

Op verzoek kan de inkoopende dienst u om verificatie van de registratie vragen.

Voor vaktherapeuten¹ geldt dat zij een eigen specialisme hebben en ingezet kunnen worden voor het verlenen van hulp aan jeugdigen op basis van de tenzijbepaling in de Jeugdwet. In de Jeugdwet staat dat de tenzijbepaling kan worden toegepast als aannemelijk gemaakt kan worden dat toedeling van het werk aan een niet geregistreerde professional niet afdoet aan de kwaliteit of zelfs noodzakelijk is voor de kwaliteit.

4.2.4 Geschiktheidscriteria

De zorgaanbieder toont aan dat hij over voldoende deskundigheid en ervaring beschikt met betrekking tot HS en de daarvoor in 4.3. opgenomen bepalingen:

- a. De zorgaanbieder dient in de afgelopen drie jaar (36 maanden teruggerekend vanaf inschrijving) minimaal 10 cliënten voor Hoogspecialistische Jeugdhulp in zorg gehad te hebben. Dit geldt voor alle gegunde overeenkomsten jeugdhulp met andere regio's. Zorgaanbieder dient hiervoor bijgevoegde referentieverklaring in te vullen (bijlage 7)
- b. De zorgaanbieder dient tenminste één Opdracht naar tevredenheid van de Opdrachtgever te hebben afgerond op het gebied van Hoogspecialistische Jeugdhulp (zoals beschreven in hoofdstuk 4.3). Zorgaanbieder zal op eerste verzoek van de Inkoopende dienst binnen 5 werkdagen na aanvraag een getekende tevredenheidsverklaring door opdrachtgever overleggen. Uit deze

¹ www.skjeugd.nl

tevredenheidsverklaring dient te blijken dat de zorgaanbieder deze Opdracht naar volle tevredenheid van opdrachtgever heeft volbracht.

4.3 Eisen aan de zorgvraag

1. De zorgvragen van de doelgroep zijn dusdanig individueel en cliënt specifiek dat deze niet in algemene kenmerken te benoemen zijn. Bij HS is vaak sprake van een sector overstijgende zorgbehoefte zoals GGz- lvg multiprobleem J&O- met verslavingszorg en de veiligheid van de jeugdige en/of zijn/haar omgeving is in het geding.
2. De HS richt zich op Jeugdigen met veiligheidsproblematiek en daarnaast een combinatie (van 2 of meer, maar in de praktijk vaak 4-5) van de volgende kernproblematieken:
 - a. Klinische stoornis zoals persoonlijkheidsproblematiek
 - b. Gedragsproblematiek (inclusief grensoverschrijdend gedrag)
 - c. Achterstand in ontwikkeling (inclusief licht verstandelijke beperking (lvb))
 - d. Gezondheidsproblematiek
 - e. Gezinsproblematiek/multiprobleem
 - f. Sprake van ernstig tekort schietend ouderschap waardoor ook voor het gezinssysteem multidisciplinaire behandeling nodig is, al is het alleen maar om het perspectief vast te stellen en aandacht te hebben voor de intergenerationele problematiek
3. Inzet van een behandelend psychiater en/of klinisch psycholoog als medebehandelaar of hoofdbehandelaar zijnde GZ-psycholoog of Orthopedagoog Generalist HS is een zo kort mogelijke maar zo lang als nodig intensieve interventie.
4. HS is altijd gericht op het stabiliseren/ herstellen van de stoornis of situatie om zorg af te kunnen schalen naar minder intensieve zorg.
5. Instroom vanuit Segment B is alleen mogelijk vanuit profiel 5,6 en 8.

4.4 Algemene eisen Hoogspecialistische Jeugdhulp

Door in te schrijven gaat u akkoord met de volgende eisen:

4.4.1. Algemene eisen:

- a. Door in te schrijven gaat u akkoord met:
 - De definities uit het Algemeen begrippenkader (bijlage 3)
 - De concept raamovereenkomst. (bijlage 4)

- De in deze offerteaanvraag vermelde tarieven voor de duur van de overeenkomst.
 - Het administratieprotocol conform bijlage 8
 - De werkwijze voor het selecteren van zorgaanbieder voor de uitvoering van de hulp zoals in 2.4.2 (selectie van de aanbieder) is opgenomen
- b. Van zorgaanbieders wordt geëist dat het model Soepele Overgang wordt onderschreven en geïmplementeerd. De werkwijze staat beschreven in bijlage Model soepele overgang 18-/18+ en in de ontwikkeltafel 'Soepele overgang 18-/18+' zullen gemeenten en zorgaanbieders tot een nadere uitwerking komen van de implementatie in het primaire werkproces.
 - c. Zorgaanbieder werkt mee aan een Multidisciplinaire Aanpak (MDA++) van kindermishandeling, huiselijk en seksueel geweld.
 - d. Zorgaanbieder draagt op verzoek van de gemeente bij aan de ontwikkeltafels, conformeert zich aan en werkt volgens de werkafspraken die op de ontwikkeltafels gemaakt worden, ook als zorgaanbieder er niet bij was.
 - e. Zorgaanbieder stemt in met het voorbehoud om aanvullende afspraken te maken met andere niet gecontracteerde aanbieders, indien voor bepaalde diensten en/of gemeenten binnen Westfriesland geen of onvoldoende aanbod is gecontracteerd.
 - f. Zorgaanbieder heeft een acceptatieplicht met ontbindende voorwaarden. Dit houdt in dat aanbieders geen inwoners en gezinnen mogen weigeren indien zij zich voor de betreffende ondersteuningsprofielen hebben ingeschreven (cherry picking). Er gelden enkele ontbindende voorwaarden, voor de gevallen waarin het in het belang van de cliënt is dat een andere aanbieder de zorg en ondersteuning levert
 - g. Zorgaanbieder verplicht zich ertoe om gemeenten actief te informeren over zijn/haar aanbod.

4.4.2. Wet- en regelgeving

- a. Bij het verwerken van persoonsgegevens van jeugdigen wordt de privacywet- en regelgeving uit de Jeugdwet, Wet bescherming persoonsgegevens en de Algemene Verordening Gegevensbescherming door de inkoopende dienst en zorgaanbieder in acht genomen.
- b. Zorgaanbieder garandeert dat hij alle relevante en verplichte vergunningen vanuit de lokale gemeenten in zijn bezit heeft en op verzoek kan tonen.
- c. Zorgaanbieder draagt ervoor zorg dat jeugdigen een beroep kunnen doen op een vertrouwenspersoon, zoals bedoeld in de Jeugdwet.
- d. Zorgaanbieder wijst jeugdigen naar de mogelijkheden van AKJ en kindertelefoon.
- e. Zorgaanbieder garandeert dat hij voldoet aan alle (kwaliteits)eisen die zijn opgenomen in de Jeugdwet en alle andere relevante wet- en regelgeving voor de uitvoering van de opdracht.
- f. De zorgaanbieder is aangesloten op de Verwijsindex Noord-Holland Noord (VIN), signaleert hierin actief en werkt conform de bovenregionale richtlijnen: <http://vroegsamenwerken.nl/>;
- g. Het in te zetten personeel van zorgaanbieder houdt zich aan de meldplicht voor calamiteiten en de Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling en gebruikt deze. Daarnaast heeft zorgaanbieder kennis van en aantoonbaar de aanbevelingen toegepast uit de nota van commissie Rouvoet (2014): "Kwaliteitskader voorkomen seksueel misbruik in de jeugdhulp" en het eindrapport van de Task Force Kindermishandeling en seksueel misbruik o.v.v. Eberhard van der Laan: IK KIJK NIET WEG, opgenomen in haar personeels- en uitvoering/cliëntenbeleid. Met betrekking tot seksueel misbruik zijn gedragsregels opgesteld.
- h. Op de kwaliteit van jeugdhulp houdt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) toezicht. Alle jeugdhulpaanbieders hanteren het meest recente Toetsingskader Verantwoorde hulp voor jeugd als basis voor hun zorgaanbod en de wijze waarop dat vormgegeven wordt. Voor Nieuwe

toetreders, Jeugdhulp met verblijf, Jeugdhulp zonder verblijf en Gesloten Jeugdhulp zijn er aparte varianten van dit toetsingskader

4.4.3 In te zetten personeel

- a. Zorgaanbieder beschikt steeds van alle personeelsleden (ook vrijwilligers en eventuele onderaannemers) die beroepsmatig in contact komen met cliënten over een Verklaring Omtrent Gedrag (VOG) die bij indiensttreding van de medewerker of bij het aangaan van een vrijwilligersovereenkomst niet ouder is dan drie (3) maanden. De organisatie monitort de personeelsleden op hun doen en laten, gerelateerd aan de geldende eisen voor de VOG. Voor de medewerkers die tijdens hun werk in direct contact komen met jeugdigen moet elke twee (2) jaar opnieuw een VOG worden aangevraagd. De VOG voor het in te zetten personeel hoeft niet met de inschrijving meegezonden te worden. Zorgaanbieder dient deze op aanvraag van de inkoopende dienst te kunnen overleggen.
- b. Zorgaanbieder is verplicht om onderaannemers een reëel tarief voor hun dienstverlening te betalen.

4.5 Eisen hulp en ondersteuning

1. HS betreft altijd intensieve behandeling, eventueel in combinatie met begeleiding, opvang en/of dagbesteding. Vormen van begeleiding, al dan niet in combinatie met dagbesteding en/of opvang zonder intensieve behandeling behoort daarmee niet tot HS.
2. Voor alle jeugdigen in HS verwachten wij van de zorgaanbieder, voor start en tijdens het traject, dat problematiek op het gebied van onderwijs, werk & inkomen, veiligheid, schuldhulpverlening, Wmo en andere belemmeringen van zowel de jeugdige als het gezin waarin hij opgroeit worden tijdig gesignaleerd en in overleg met de lokale toegang een resultaatgerichte aanpak kan worden gekozen.

3. De (combinatie van-) zorgaanbieder sluit aan op de doelen die al door het gezin, het sociaal netwerk, voorliggend veld, collega's op het sociaal domein en het lokale team wordt gedaan.
4. Indien er al een arrangement met verblijf vanuit Segment B is ingezet, dan loopt het verblijfcomponent door. De juiste hulp wordt naar de jeugdige gebracht. Dit betekent dat de jeugdige niet van instelling naar instelling gaat.
5. Stapeling met een arrangement vanuit Segment B is niet mogelijk. Pleegzorg kan een samenloop hebben met HS, segment C.
6. Hulp en ondersteuning vindt zo veel mogelijk in de eigen omgeving plaats en is gericht op het inzetten en versterken van de eigen kracht, demedicaliseren en normaliseren;
7. Voor alle kinderen en jongeren moet er een passend aanbod zijn dat resultaat oplevert. Uitgangspunt is ambulante hulp. Verblijf is een zo kort mogelijke interventie binnen een ambulant traject. Waar verblijf nodig is, is dat snel en zo dichtbij als mogelijk beschikbaar;
8. Aanbieder zet de benodigde hoog specialistische expertise in, zoals onder 5.3 aangegeven, voor alle kernproblematieken. Dit betekent dat de zorgaanbieder zelf beschikt over een behandelend psychiater en/of klinisch psycholoog als medebehandelaar of hoofdbehandelaar zijnde GZ-psycholoog of Orthopedagoog Generalist.
9. Inzet van een behandelend psychiater en/of klinisch psycholoog als medebehandelaar of hoofdbehandelaar zijnde GZ-psycholoog of Orthopedagoog Generalist is minimaal 20 % per behandeltraject. Daarbij is het doel dat de (mede) behandelaar o.a. de GZ psycholoog, orthopedagoog zijn/haar expertise inzet om het therapeutisch klimaat rondom het gezin te verbeteren. De behandelaar behoort daarmee tot de inner circle van het gezin. De behandelaar stuurt dus niet alleen aan, maar neemt deel.
10. Zorgaanbieder werkt risicogestuurd en gefaseerde ketenzorg in een multidisciplinaire aanpak.

11. De verantwoordelijkheid van intersectorale en multidisciplinaire HS wordt zo georganiseerd dat bij de behandeling van een jeugdige één (1) partij de hoofdverantwoordelijkheid heeft voor het bereiken van het resultaat; de regie op de behandeling op zich neemt en betrokken blijft bij de jeugdige tot minimaal een half jaar na het einde van de behandeling. De wijze van betrokkenheid (nazorg) is in het betreffende perspectiefplan bepaald.
12. Er zijn geen wachtlijsten
13. De maximale wachttijd tot intake is 5 dagen.
14. Als een zorgaanbieder een traject niet kan uitvoeren dient hij direct contact op te nemen met de gemeente of het regionale expertiseteam.

4.6 Eisen aan samenwerking

1. Gecontracteerde aanbieders werken samen aan het realiseren van brede en integrale organisatie-overstijgende zorgarrangementen waarbij:
 - a. op alle disciplines is sprake van een minimale zorginfrastructuur, waarbij het aanbod geen overlap kent, maar juist een aanvullende en versterkende functie ten opzichte van elkaar heeft
 - b. het aanbod een aanvullende en versterkende functie ten opzichte van elkaar heeft;
 - c. de kwaliteit en de doelmatigheid worden verhoogd wat gaat leiden tot kostenreductie
 - d. de ontwikkeling van alle kinderen en jongeren binnen het gezin optimaal wordt bevorderd en ondersteund;
2. Aanbod is intersectoraal en multidisciplinair, dat wil zeggen door middel van een samenwerking tussen de verschillende sectoren en disciplines binnen de Jeugdhulp.
3. De samenwerking van specialisten uit verschillende sectoren is structureel, geformaliseerd in afspraken. Deze samenwerking is gericht op innovatie en ontwikkeling.

4. Er is sprake van continue investering in behoud en ontwikkeling van expertise op alle disciplines, in verbetering van de dienstverlening en innovatie op basis van de visie en leidende principes van de regio Westfriesland.

4.7 Ontwikkelopgave

Na de eerste evaluatie van de hoogspecialistische jeugdhulp, segment C, wordt er onder regie van opdrachtgever een plan van aanpak opgesteld dat antwoord geeft op in ieder geval de volgende vragen:

- a. Hoe kunnen wij onze doelstelling van zoveel mogelijk ambulantiseren binnen HS vormgeven?
- b. Hoe zorgen wij ervoor dat HS beschikbaar blijft voor onze regio?
- c. Op basis van het antwoord op bovenstaande twee vragen: Hoe komen wij tot bekostigingsvorm(en) die optimaal aansluit(en) bij de resultaatgestuurde werkwijze voor HS?

Om aan deze ontwikkelopgave vorm te geven is het van belang een gedegen analyse te doen van de zorgvraag, mogelijkheden en financiën. Hierbij wordt zoveel mogelijk aangesloten aan de bovenregionale ontwikkelopgaves. Het gaat hierbij om in ieder geval antwoord te geven aan de volgende vragen:

1. Welke doelgroepen zijn er specifiek in onze regio?
2. Hoeveel jongeren gaat het om in de regio en per gemeente per doelgroep?
3. Hoeveel jongeren worden buiten de regio behandeld en om welke redenen? (inclusief LTA)
4. Voor welke doelgroepen is een alternatieve vorm van zorg een betere optie en voor welke doelgroep blijft residentiële zorg noodzakelijk?
5. Welke indicatoren/voorspellers spelen een rol in het zorgpad naar HS?
6. Welke verbeteringen zijn wenselijk voor de verwijzers?

7. Wat zijn goede voorbeelden uit de regio en het land?
8. Wat zijn de kosten van de zorg voor de doelgroepen nu?
9. Wat is het huidige aanbod in de regio, zorglandschap?

Aanbieder denkt actief mee aan het opstellen van het plan van aanpak, levert de benodigde data voor de analyse aan en zet waar nodig zijn kennis in.

4.8 Managementinformatie

Zorgaanbieder levert minimaal per kwartaal bij inkopende dienst een managementrapportage aan. Het is het streven van inkopende dienst om op termijn zoveel mogelijk managementinformatie zelf te gaan genereren op basis van haar systemen en het berichtenverkeer. Inkopende dienst zal de voortgang van dit proces met de zorgaanbieder blijven delen. Onderwerpen die zorgaanbieder in ieder geval dient aan te leveren, maar niet uitsluitend:

- Klachten;
- Wachtlijsten (zie ook bijlage algemeen begrippenkader);
- Wachttijden (zie ook bijlage algemeen begrippenkader);
- Gemiddelde duur van een traject;
- Trends en ontwikkelingen;
- Social Return On Investment (SROI);
- Aantal cliënten per zorgaanbieder in hoofdaannemerschap ;
- Stapeling van componenten binnen HS (behandeling kan gestapeld worden met o.a. verblijf, vervoer en medicatiecontrole).

4.9 Social Return On Investment

Door in te schrijven verplicht de zorgaanbieder zich om Social Return on Investment (SROI) op basis van de volgende uitgangspunten uit te voeren:

- Onder de €100.000,- is de SROI niet verplicht.
- Tussen €100.000,- en €200.000,- wordt het een inspanningsverplichting waarvoor u in ieder geval in contact moet treden met de SROI-coördinator van Westfriesland om kansen en mogelijkheden te bespreken.
- Boven de €200.000,- is het een resultaatsverplichting van 3%.

De bovenstaande bedragen betreft de gedeclareerde omzet van een zorgaanbieder over een kalenderjaar.

Voor meer informatie over SROI in Westfriesland, zie onderstaand internetadres:

<https://www.rpa-nhn.nl/projecten/social-return-investment>.