

Verslaglegging Marktconsultatie

Inkoop Wmo

ten behoeve van de OWO gemeenten

Aantal deelgenomen organisaties: 45

25 februari 2025



1. Introductie

1.1 Aanleiding

De OWO-gemeenten hebben besloten om gezamenlijk een aanbesteding voor te bereiden voor de inkoop van Wmo -ondersteuning. Er heeft een marktconsultatie plaatsgevonden tussen de gemeenten en marktpartijen. Aan de hand van deze marktconsultatie hebben de gemeenten adviezen geworven van marktpartijen ten aanzien van de aanbesteding inkoop Wmo-ondersteuning. Aanbieders hebben door middel van vragen informatie en input gegeven waardoor de gemeenten een beeld hebben gekregen wat er speelt in de markt en hoe de markt er uit ziet.

De aanbieders hebben tijdens de marktconsultatie in drie verschillende groepen vragen beantwoord.

1.2 Leeswijzer

De uitwerking van de beantwoording op de vragen staan in de volgende hoofdstukken beschreven. In hoofdstuk twee staan de uitwerkingen van groep 1 – Huishoudelijke Hulp. In het derde hoofdstuk staan de uitwerkingen van groep 2a – Begeleiding. De uitwerkingen van groep 2b – Begeleiding zijn te vinden in hoofdstuk 4 en als laatste staan de uitwerkingen van groep 3 – Dagbesteding in hoofdstuk vijf.

2. Groep 1 – Huishoudelijke ondersteuning

Datum: dinsdag 25 februari 2025, 17.30 – 18.30 uur.

Algemeen

HH-aanbieders moeten zich inschrijven voor alle 3 OWO-gemeenten. In de huidige contractperiode kan een aanbieder per gemeente kiezen. De voorkeur van de aanbieders ligt bij inschrijven bij alle 3 OWO-gemeenten. Dit wordt op prijs gesteld.

We gaan druk bezig met versterken van de sociale basis. We verwachten meer van mensen zelf. Verder wordt in de toekomst (2027?) de eigen bijdrage verhoogd. Dit levert mogelijk niet veel minder HH-cliënten op in de OWO-gemeenten.

Ooststellingwerf gaat met powerful ageing starten. Dit is best een moeilijke boodschap om te geven door het gebiedsteam. Volgens de aanbieders is Powerful ageing is niet geschikt voor 90+ers.

De aanbieders vinden dat 1 juli 2026 lastig kan zijn als startdatum voor de nieuwe contracten. Vervanging personeel moet dan in vakantietijd. Normaal starten we in februari al met werven vakantiekrachten. Zeker bij het starten in een nieuwe regio is deze datum lastig.

De aanbieders willen weinig HH-aanbieders. Dit maakt het mogelijk om samen een werkwijze te ontwikkelen. Maar 4 aanbieders is echt te weinig. Waarom? In Ooststellingwerf is er al personeelskrapte – vooral geschikt personeel. Het is steeds moeilijker vakanties te dekken. Zelfs de kerstvakantie was al een probleem in Ooststellingwerf.

Nadeel van (te) weinig zorgaanbieders: Iedereen heeft met personeelstekorten te maken. Handig om meer aanbieders te hebben. Meer personeel. Bij minder aanbieders: Dan vallen er aanbieders af. Niet alle personeel gaat mee naar een andere aanbieder. Hebben ze geen zin in. Gelet op de leeftijd van de hulpen, houden ze er dan helemaal mee op. Voorbeeld Smalingerland. Hulpen verdwenen compleet uit beeld.

Groningen: Daar zijn veel problemen mee geweest. Informeer daar eens.

Aanbieder X: 20% van ons personeel gaf aan dat ze ermee stoppen.

Deze doelgroep, huishoudelijk hulp, solliciteert niet makkelijk. Gaat niet een sollicitatiebrief schrijven. Dus vertrek van personeel en het is lastig nieuwe mensen te werven op deze markt. Je ziet ook dat een verliezende aanbieder zijn personeel wel vasthoudt. Die zetten ze dan in, in andere gemeenten. Tip: Zorg dat er geen onrust komt voor personeel en cliënten.

In de praktijk zal een verliezende partij vaak stoppen met deze branche en niet weer starten in de toekomst. Heeft dus ook gevolgen voor de toekomst.

1. Wat zijn de op- en/of aanmerkingen op de huidige productomschrijving.

We hebben het huidige HH-product helemaal uitgekleeft in het voorstel. Er blijft sec schoonmaakwerk over. En dat bij cliënten die dit zelf niet meer kunnen doen, maar de regie nog wel kunnen voeren. De signaalfunctie hebben we helemaal geschrapt. In de praktijk krijgen we zelden signalen binnen bij de gebiedsteams. Het plusje in het huidige product wordt in de praktijk door gebiedsteams niet ingezet.

Gebruik van domotica stimuleren en zorgtechnologie inzetten. Hoe zien jullie dit? Stofzuigerrobot wordt toch ook gewoon in de toekomst? Gebruik van domotica waar dat kan. Aanbieders zeggen dat ze dat in HH heel lastig vinden. Niet overnemen van het huishoudelijk werk, maar ondersteunen is de algemene lijn. Voor onze medewerkers nog weleens moeilijk. Andere denkrichting.

Cliënt kan nog zelfstandig douchen. Bang om te vallen. Dan douchen als HH-medewerker aanwezig is. Thuiszorg is dan nog niet nodig. We kunnen meer betekenen.

2. Is er behoefte aan een product huishoudelijke ondersteuning plus?

Nee, deze wordt in de praktijk bijna niet ingezet door de gebiedsteams.

3. Is hier ook geschikt personeel voor beschikbaar?

4. Wat betekent dit voor reisafstanden die het personeel moet afleggen?

5. Hoe om te gaan met het medewerkerstekort?

Volgens de aanbieders lukt de eis van 2 jaar ervaring + MBO2 gewoon niet. Ze zouden deze laten vallen. De medewerkers met dat niveau zijn ook zo weer vertrokken. Reëel voorstel: geen eisen; maar wie dit werk kan en wil doen.

6. Hoe houden we huishoudelijke ondersteuning beschikbaar in kleinere dorpen.

7. Vragen naar aanleiding van de productomschrijving:

- Reactie op de productomschrijvingen
- Kunnen we de signaalfunctie toevoegen aan de productomschrijving? Wat verstaan we onder signaalfunctie?

Medewerker kan wel signaleren. Eenzaamheid, koelkast wordt een rommeltje. Dan meldt medewerker dit bij de coördinator/planner. Soms wordt maatschappelijk werk, huisarts o.i.d. ingeschakeld. Of gewezen op initiatieven in de buurt. Indien nodig wordt ook het gebiedsteam op de hoogte gesteld. Maar dat is meestal niet nodig. Coördinator/planner pakt dit op. Aanbieder X heeft een signaleringsapp. Signaleren is de toegevoegde waarde van Wmo t.o.v. sec schoonmaken.

- Hoe rusten de organisaties de medewerkers toe om de signaalfunctie uit te kunnen voeren?
- Hoe komen signalen vervolgens van de organisatie bij het gebiedsteam?

Signaleringsapp.

- Korte indicatie voor intake?
- Beschikken jullie over het juiste personeel?

8. Hoe komt de informatie van het 301 bericht / HHM protocol bij de medewerker?

Doordat het gebiedsteam de doelen en werkzaamheden in de toelichting van het 301-bericht vermeldt, weet aanbieder wat verwacht wordt. De doelen.

Volgens de aanbieders gebeurt dit nu niet altijd. Gebiedsteams moeten het toelichtingenveld beter gebruiken. Soms belt het gebiedsteam daarover. Maar dan moeten we het zelf noteren.

In doelen staat nu: schoon en leefbaar huis. Is niet voldoende. We moeten weten of zelfredzaamheid gestimuleerd moet worden.

9. Personele ontwikkeling:

- Wat kan en mag je verwachten van een medewerker? Gezien de huidige arbeidsmarkt? Kan iemand een cliënt motiveren om naar activiteiten in het dorp te gaan?

Combi-ondersteuning thuis (COT) (HH PLUS) Zijn er medewerkers die dit kunnen uitvoeren? De aanbieders hebben medewerkers die dit kunnen en ook graag willen. Voorkomt ook dat gekwalificeerde medewerkers vertrekken.

Volgens de aanbieders is dit eigenlijk een heel lichte vorm van begeleiding. Hier is niet heel veel personeel voor. Willen jullie hier niet een product begeleiding van maken?

Wij bieden allerlei cursussen aan voor onze HH-medewerkers. Maar niet toereikend voor dit product. Dementie en psychiatrische problematiek. Dit PLUS-product vergt extra kennis.

Medewerkers kunnen prima de post openen. 1,5 uur is ook niet genoeg.

Combi-ondersteuning thuis zou ook een apart product kunnen zijn. Ons beeld is: korte periode PLUS en daarna weer afbouwen naar BASIS. Zou mooi zijn als de aanbieders het zelf mogen indiceren. Geeft ook meer mogelijkheden om te 'spelen' met de verschillende fases / producten.

Volgens OWO zou dit in een pilot kunnen. Eén van de aanbieders noemt een pilot van een gemeente dat aanbieder mag -voorlopig- indiceren. En na 6 weken volgt de definitieve indicatie door gemeente. Aan de hand van ervaringen aanbieder.

Vraag de aanbieders om meer in te zetten op preventie. Bij thuishulp bijvoorbeeld cliënt wijzen op steunkouzenaantrekker. Dan hoeven wij niet meer te komen.

Het is betutteling als gemeente zegt: zet wasmachine hoger en schaf robotstofzuiger aan. Mooier dat wij samen met de cliënten bespreken wat mogelijk / handig is.

Het is handig om daar die 6 weken uit de eerdergenoemde pilot voor te gebruiken. Intake door aanbieder. Dan kunnen heel veel opties / mogelijkheden ter sprake komen. Hulp moet eerst vertrouwen van cliënt hebben en kan eigenlijk pas daarna het vertrouwen krijgen. Dat duurt minimaal 6 weken.

OWO, kunnen alle hulpen dat? Volgens de aanbieders niet, dan de eerste periode een gespecialiseerde hulp daarvoor inzetten. En daarna een standaard medewerker. Dit voortraject kan eventueel via een onderaannemer worden ingezet.

Gemeente bepaalt of er recht is op Wmo-product. En dan gaat aanbieder in de oriëntatiefase bepalen wat er precies speelt en geeft advies over indicatie. Versterking netwerk. Combi powerful ageing

Oriëntatiefase: Periode 6 weken tot 3 maanden. Flexibel. Basis 6 weken met mogelijkheid tot verlenging. Er is sowieso weer contact nodig met gemeente.

Korte indicatie voor intake = oriëntatiefase. Eerst kijken of voor cliënt zelf nog wat haalbaar is. Pas daarna indicatie HH en opdracht naar HH-aanbieders. Ooststellingwerf heeft nog niet vastgelegd of er eventueel tijdelijk een indicatie is.

HH2/COT – spoor Oriëntatiefase

FWG25 is bij aanbieder X een helpende plus. Ordenen van post is minder kennis voor nodig dan voor een dagstructuur maken samen met cliënt. Als een medewerker HH-taken en begeleidingstaken doet. Hoe dan met de inschaling?

- Beschikbaarheid in kleinere dorpen.

Volgens de aanbieders hangt het ervan af waar de medewerker woont.

Buiten een bepaalde kilometerzone is het niet meer rendabel. Je laat iemand niet voor 1 uurtje 30 km rijden. Voorbeeld: 20 km is rendabel als iemand daar dan 4 cliënten op een dag kan bedienen. Bij 2 cliënten per dag is het niet rendabel.

10. Monitoring:

- Bijvoorbeeld beschikbaarheidswijzer.

Praktijk voorbeelden hiervan zijn: Drenthe, Googleform, Smallerland en Meppel.

Veel gemeenten sluiten aan bij jeugd. Niet doen! Is duur. Kan veel simpeler. Methodiek kan ook zijn: Gemeenten plaatsen een cliënt. Aanbieder geeft aan dat hij beschikbaar is.

Er zijn gemeenten die het op beide manieren doen. Gemeente meldt nieuwe cliënt – aanbieder kan reageren. En aanbieders melden hun ruimte per dorp. Tip: Meld de postcode van de nieuwe cliënt. Handig in grotere dorpen. In beschikbaarheidswijzer moeten we aangeven hoeveel weken wachttijd we hebben.

Aanbieders gaan voorbeelden sturen naar de mailbox Wmo2020@OWO-gemeenten.nl.

11. Meegeven

Hoe borgen we de overgang naar een andere aanbieder? Volgens de aanbieders wordt een wachtkamerovereenkomst gebruikt door andere gemeenten. Als nieuwe partijen nog niet kunnen leveren, dan nog even naar oude aanbieder. Onderaannemers werkt niet. Het tarief is daarvoor te laag. Er moet voldoende tijd zijn voor de overdracht.

Voorbeeld Coevorden: Harde datum is erg lastig. Vaak maatwerk nodig. Einddatum contract medewerker maakt het weleens nodig om eerder overdracht te doen naar nieuwe aanbieder.

Kan OWO in de marktconsultatie van 18 maart 2025 al vertellen hoe ze de overdracht zien?

Cliëntervaringsonderzoeken – hebben aanbieders ook. Hebben OWO-gemeenten punten die jullie door de aanbieders willen laten uitvragen bij de cliënten?

Intake is heel belangrijk aan het begin.

Indicaties zonder eindperiode kan prima bij cliënten zonder progressie. Aanbieder meldt het wel als het niet meer toereikend is. Geen tijd meer nodig door gemeente.

3. Groep 2a - Begeleiding

Datum: dinsdag 25 februari 2025, 17.30 – 18.30 uur.

Individuele begeleiding (basis)

1. Reactie op de productomschrijving individuele begeleiding (basis)

Er wordt aangegeven dat in de huidige productomschrijvingen lijkt alsof er wordt uitgegaan van een volledig geregeld voorliggend veld. In werkelijkheid bevinden we ons nog in de experimentele/voorbereidende fase. In de aankomende aanbesteding worden daarom de Wmo producten allemaal ingekocht. Zodat er tijd is voor het opstarten en door ontwikkelen van het voorliggend veld.

2. Arbeidsmarkt:

- **Wat is gezien de huidige arbeidsmarkt een realistische eis met betrekking tot opleidingsniveau.**

De keuze om een deel van de zorg naar huishoudelijke hulp (HH) te sturen, wordt verklaard door de huidige arbeidsmarktomstandigheden en reële eisen. Het is belangrijk om te weten wat van een zorgaanbieder verwacht kan worden.

Opleidingsniveau hoeft niet altijd een harde eis te zijn; dit kan ook afhangen van de expertise, ervaring en kennis van de medewerker. (voorbeeld: MBO 4 medewerker met 20 jaar ervaring versus HBO'er die net is afgestudeerd)

Door de toenemende complexiteit van de zorgcasussen maakt het vaak wenselijk dat medewerkers minimaal mbo-4-niveau hebben. Niveau 3 kan afhankelijk van de casus, maar dan wel altijd in een 'team' van meerdere medewerkers, zodat de BG'er altijd kan terugvallen op een collega.

Soms is het effectiever om te kijken naar competenties, referenties en ervaringen in plaats van enkel naar diploma-eisen.

Er zijn wel mbo-3 opleidingen (erkend certificaat) beschikbaar, maar het aanbod is nog niet optimaal.

Er wordt opgemerkt dat het jammer is dat er niet meer gekeken wordt naar het gewenste eindresultaat. De vraag zou moeten zijn: "Wat willen we gezamenlijk bereiken?" in plaats van te focussen op de formele eisen.

Positieve gezondheid is een landelijk thema. Er wordt gevraagd of we hier voldoende op inspelen en of we qua visie genoeg doen, of dat er meer ruimte is voor verbetering. Hoe nemen consulenten positieve gezondheid mee in doelen en afwegingen?

Samenvattend wordt gesteld dat het niveau van werk/denken belangrijk is, samen met het opleidingsniveau. Mbo-niveau 3 wordt als het minimale niveau gezien, maar gezien de toenemende complexiteit van de doelgroep, is mbo-3 soms niet voldoende.

Er is behoefte aan meer flexibiliteit in de lengte van de begeleiding. Het 'durven loslaten' is cruciaal. Er wordt gesteld dat er waarschijnlijk meer winst te behalen is door de begeleidingstijd te verlengen dan door lagere diploma-eisen te hanteren.

Soms komt het voor dat een zorgaanbieder aangeeft dat een cliënt geen Wmo-indicatie nodig heeft, terwijl het gebiedsteam van mening is dat dit wel gewenst is. In zulke gevallen wordt de zorg langer doorgezet, maar met minder frequente zorgmomenten. Soms moet je ook durven loslaten.

Een “leun en steun” is soms nodig – mensen gaan anders hopen tussen IB en het voorliggend veld.

3. Kleine groepen:

- **Van individueel naar collectief. Kan deze beweging gemaakt worden?**

Er is vraag naar een collectieve benadering, waarbij mensen in kleine groepen (bijvoorbeeld 1-op-4) deelnemen aan gezamenlijke activiteiten, zoals samen koken. Dit kan de drempel verlagen voor inwoners om deel te nemen aan groepsactiviteiten.

In de OWO-gemeenten is het aantal cliënten verspreid over een groot gebied, wat het moeilijk maakt om groepsbegeleiding effectief te organiseren. Het inrichten van centrale punten kan een mogelijke oplossing zijn voor dit probleem en kan als experiment uitgevoerd worden.

Bij begeleiding in een kleine groep is er ook een ruimte nodig waar dit geboden kan worden. Niet elke aanbieder heeft dit. Hoe wordt dat dan georganiseerd? En hoe gaat het met het vervoer – moeten cliënten dat zelf organiseren?

Er is behoefte aan helderheid over de grens tussen dorpskamers, dagbesteding en het collectief begeleiden van deze doelgroep. Het is belangrijk om te bepalen wat de juiste balans is tussen verschillende vormen van zorg.

Voor sommige mensen, zoals mensen met autisme, kan het moeilijk zijn om in een groep te functioneren. Dit vraagt om een flexibele aanpak.

Welzijnspartijen spelen een grote rol in het succes van dit soort initiatieven. Er moet ruimte zijn voor samenwerking.

Het idee wordt geopperd om deze vorm van begeleiding als een innovatieve pilot te benaderen, waarbij een begeleider wordt ingehuurd om het experiment te starten.

Súdwest Fryslân werkt momenteel ook met een transformatieopdracht die als voorbeeld kan dienen voor deze aanpak.

Vervoer blijkt een groot probleem te zijn. Grotere locaties zoals Wolvega en Oosterwolde kunnen mogelijk faciliteren, maar in buitengebieden is dit lastiger.

4. Digitalisering – wat kan er? Wat is de praktijk?

- **Niet alleen appcontact, maar ook inzet van digitale hulpmiddelen.**
- **Digitaal waar kan – de basis is het derde contact digitaal.**

Het uitgangspunt moet altijd de wens van de cliënt zijn. Digitalisering moet afgestemd zijn op wat de cliënt nodig heeft. Het moet van toegevoegde waarde zijn. Digitale communicatie moet dus een keuze zijn voor de cliënt en niet de enige optie. Het fysiek zien van een cliënt kan veel meerwaarde bieden dan digitale communicatie.

Digitale hulpmiddelen kunnen als innovatief onderdeel meegenomen worden in de aanbestedingsstukken. Het is belangrijk om bij het gebiedsteam al aan de voorkant vast te leggen hoeveel fysieke en digitale hulp een cliënt nodig heeft.

Na de coronamaatregelen is het digitale contact vaak verwaterd. Persoonlijke interactie blijft effectiever, vooral om signalen van problemen tijdig op te merken.

De jongere generatie staat vaker open voor digitale hulpmiddelen, terwijl ouderen hier vaak minder voor te porren zijn.

Ervaring leert dat cliënt vaak niet komt opdagen bij een digitale afspraak. Digitale zorg is geschikt voor bepaalde niveaus van begeleiding, maar is niet geschikt voor complexe situaties. Storings- of crisisdiensten passen niet binnen de Wmo. Digitale hulpmiddelen kunnen goed ingezet worden voor kortere interacties, zoals een kort gesprek of een berichtje in een crisismoment.

De druk om digitaal te communiceren mag niet te hoog worden; er moet ruimte zijn voor persoonlijke en fysieke interventies.

5. Lange of korte indicaties:

- **Visie op lange of korte indicaties.**

De maximale duur van zorg zou niet centraal moeten staan, maar eerder de evaluatie van de zorgverlening. De evaluatie zou het moment moeten zijn om te bepalen of de zorg voortgezet moet worden. Voorkeur van zorgaanbieders heeft een langere indicatieduur met regelmatig evaluaties. Er wordt gesuggereerd dat het ideaal zou zijn om indicaties te verstrekken zonder eindtijd. Dit is echter juridisch lastig, aangezien er vaak een eindtijd aan gekoppeld moet worden.

- **Hoe kijken jullie naar meer evaluatie momenten bij ontwikkelgerichte indicaties?**
- **Moet inspanning erop gericht zijn om uiteindelijk overbodig te worden?**
- **Wat vraagt dit vervolgens in doelstellingen etc**

6. Voorkomen van een afhankelijkheidsrelatie cliënt - begeleider:

- **Komt dit voor? Wat kunnen we hiertegen doen?**

Zorgaanbieders moeten de mogelijkheid hebben om zich op termijn terug te trekken uit de begeleiding, zodat cliënten niet afhankelijk worden van één aanbieder. Ze moeten zelf in staat blijven om keuzes te maken in hun zorg.

Er wordt gepleit voor het meenemen van mantelzorgers in het zorgproces, waarbij de focus ligt op het versterken van het zorgsysteem.

Het zoeken van verbinding is niet alleen de verantwoordelijkheid van zorgprofessionals, maar ook van het gebiedsteam en de gemeente. Samenwerking tussen alle betrokkenen is essentieel.

- **Wat is de maximale duur van een begeleider bij een cliënt?**

Er is behoefte om een ondergrens te bepalen voor zorgverlening. Dit betekent niet dat we altijd de norm moeten hanteren, maar we moeten duidelijk definiëren wat 'goed genoeg' is. We moeten ons afvragen: wanneer is het functioneren en de situatie van een inwoner ook 'goed genoeg' en wanneer blijven we zorg verlenen. Niet omdat zorgverleners het niet willen, maar

omdat de cliënt de situatie accepteert en er voor kiest om zijn of haar leven op een bepaalde manier in te richten.

Individuele begeleiding (plus)

7. Reactie op de productomschrijving individuele begeleiding (plus)

8. Hoe kom je van plus naar basis?

- **Voorstel gemeente: maximaal 1 jaar Individuele basis plus daarna terug naar reguliere individuele basis.**

Afschaling blijft een lastig punt, aangezien de mate van zorg fluctuaties vertoont. Het is niet realistisch om het verschil tussen basis- en pluszorg vast te stellen, omdat dit sterk afhankelijk is van de situatie van de cliënt.

Het idee wordt geopperd om te stoppen met het onderscheid tussen basis- en pluszorg en in plaats daarvan te werken met één product dat meer flexibiliteit biedt. Dit zou de discussie over verschillende productcategorieën elimineren. Het is belangrijk dat de cliëntreis centraal blijft staan. De zorgbehoefte van een cliënt varieert en kan fluctueren, wat vraagt om flexibele zorgopties.

Aanbieders geven aan dat zij bij aanvragen vaak geen toegang krijgen tot de pluszorg, waardoor het nut van dit product ter discussie staat.

Het onderscheid tussen basis- en pluszorg heeft weinig toegevoegde waarde voor de cliënt. In plaats van deze categorieën te handhaven, zou gekeken kunnen worden naar de duur en omvang van de hulp. Door het weghalen van de onderscheidingen tussen basis- en pluszorg kunnen hulpverleners zich volledig richten op de zorgbehoefte van de cliënt, zonder afgeleid te worden door administratieve/financiële discussies.

Er wordt gesuggereerd om het HHM-protocol in de volgende marktconsultatie te bespreken.

De vraag wordt opgeworpen of aanbieders voor beide producten moeten inschrijven, als de twee varianten blijven. Bij het op-/afschalen naar een andere partij ziet men vooral het risico op terugval en dus het hoppen van cliënt tussen twee aanbieders. Dit heeft zeker niet de voorkeur – is niet in het belang van de cliënt. Bij het centraal stellen van de cliëntreis (doelen) zou er geen behoefte moeten zijn om te wisselen tussen producten/aanbieders.

Als er minder aanbieders zijn, mag er geen verrassing zijn als een cliënt terugvalt in zijn of haar zorgbehoefte wanneer deze bij een nieuwe aanbieder de zorg verleend krijgt.

Het is niet per definitie zo dat alleen hbo opgeleiden plusbegeleiding kunnen bieden. Dit is in OWO wel de huidige eis. Aanbieders geven aan dat een mbo-4 geschoolde medewerker met jarenlange ervaring soms beter de complexe casussen kan doen dan een hbo'er (met weinig werkervaring). Als een inwoner van een IB Plus indicatie naar een basis indicatie gaat, is het vaak zo dat dezelfde begeleider bij de inwoner betrokken blijft, ongeacht het opleidingsniveau. Er is ruimte voor een bredere benadering van zorgverlening.

9. Meegeven

Er is een knelpunt in het huidige financieringsmodel. Het wordt opgemerkt dat er een gedeelde visie is met de aanbieders, maar dat de uitvoering hiervan soms niet goed aansluit bij de financiering.

Er wordt besproken of gebiedsteams in de toekomst nog noodzakelijk zijn, of dat deze taken naar zorgaanbieders verschoven kunnen worden. Dit wordt in de huidige inkoop nog niet doorgevoerd, maar kan wellicht in de toekomst aan de orde komen.

Alle schotten tussen verschillende zorgproducten moeten verdwijnen. Het zou het beste zijn om één product te hanteren dat gezondheid, deelname en meedoen centraal stelt.

Er moet gewerkt worden aan samenwerking en vertrouwen, zowel tussen zorgaanbieders als met andere betrokkenen, zoals welzijnspartijen.

Het voorliggend veld blijft een belangrijk aandachtspunt en moet effectief worden geïntegreerd in de zorgverlening.

Evaluaties moeten gericht zijn op verbetering, niet alleen voor de vorm.

De cliënt moet altijd centraal staan in elke beslissing die genomen wordt.

De tweede marktconsultatie zou moeten worden gebruikt om de visie, missie en strategie duidelijk te maken aan alle betrokkenen.

Het is belangrijk om niet te veel regels op te leggen, omdat dit het vertrouwen en de samenwerking kan ondermijnen.

4. Groep 2b – Begeleiding

Datum: dinsdag 25 februari 2025, 17.30 – 18.30 uur.

Individuele begeleiding (basis)

Wat hebben jullie opgehaald bij de vorige marktconsultatie en wat hebben jullie daarmee gedaan? Dat is ons nu onduidelijk. Daar is het behoud van lokale aanbieders juist aangegeven en dat blijkt niet terug uit de gegeven informatie. Graag ontvangen wij hier meer informatie over. Dit zal onderdeel worden van de volgende marktconsultatie.

1. Reactie op de productomschrijving individuele begeleiding (basis)

Bij basis begeleiding staat ongeplande momenten, maar hoe zien jullie die inrichting voor je? Wordt bereikbaarheid bij aanbieders neergelegd. En wat betekent bereikbaarheid? *In de praktijk leveren aanbieders wel op ongeplande momenten ondersteuning, maar dat is erg afhankelijk van de vraag en de aanbieder.*

Bij basis zou iemand wel de hulpvraag moeten kunnen uitstellen. Dan is ongepland niet helemaal passend. In een sociaal isolement is dit wel passend, je kunt hierin een cliënt ook leerbaar maken. Doel is zelfredzaamheid en daar werk je naartoe.

Discussie blijft of dat plus of basis is. Ongeplande gebeurtenissen kan ook al heel klein zijn, zoals ongepland overlijden. Je moet dan wel contact kunnen opnemen of alleen maar via een appje. Dan vervolgens de hulpvraag uitstellen tot bijvoorbeeld maandag.

Definitie van ongepland moet duidelijk zijn. Als je dit veelvuldig toepast moet je dat vastleggen en in de tarieven doorrekenen. In de avonden / nachten zijn sommige mensen ook bereikbaar en maken daar gebruik van. Dat kan ook een bepaalde mate van rust geven. Op momenten dat het slecht gaat kom je vaker, de basis is wel planbaar.

Ongeplande zorg en de definitie van ongeplande zorg blijft onduidelijk en blijkt voor aanbieders een verschillende definitie te hebben. Een andere omschrijving of uitleg van het begrip / verwachting is wel van belang.

Tegelijkertijd is ruimte van belang. Teveel kaders is daarbij niet handig. Als je de kaders breder laat kan iedere zorgaanbieder daar een eigen werkwijze in vinden.

In een goede fase kan een half uur ondersteuning voldoende zijn, maar in sommige gevallen zijn meer uren nodig. Deze flexibiliteit is wel van belang. Pieken kun je ook beperken door inzet van vrijwilligers of maatschappelijk werk.

Hoe ziet de beweging naar de sociale basis eruit? *We zien dit als twee verschillende sporen. Er loopt al een spoor richting welzijn om de sociale basis te versterken.* Wat is de doelgroep die daarin kan plaatsvinden. Hoe kan een aanbieder daarover in gesprek komen?

Onder d. het aansturen van gedrag is onduidelijk.

2. Arbeidsmarkt:

- **Wat is gezien de huidige arbeidsmarkt een realistische eis met betrekking tot opleidingsniveau.**

Voor basis vragen we in de huidige situatie minimaal niveau 3. Met niveau 3 zit je wel echt aan de onderkant. Niveau 4 vinden aanbieders minimaal, opleidingsniveau is wel heel belangrijk. Niet minder dan niveau 3. Lager heeft ook direct effect op de kostprijs.

Je vraagt alleen naar niveau. Kijken jullie ook naar een opleiding in de richting van zorg en welzijn? Dit wordt erg verschillend geïnterpreteerd per regio, hoe zien jullie dat? Voor aanbieders is zorg en welzijn niet noodzakelijk. Competenties zijn belangrijker. Minimaal mbo 4 omdat ze

zelfstandig 'onderweg' zijn. Denkniveau is wel belangrijk. Relevante zegt niet altijd wat. Hoe is de back up. Zij-instromer moet ook mogelijk zijn. Achtergrond in de zorg is niet altijd mogelijk. Competenties is veel belangrijker. Heb je bewezen ervaring en heb je het denkniveau.

Medewerkers zijn zich veel aan het bijscholen. Minimaal niveau is mbo 4. Hbo zonder ervaring is veel minder dan mbo 4 met ervaring. Ze hebben niet allemaal een achtergrond in zorg en welzijn. Vakbekwaamheidseis zou wel flexibeler kunnen.

Kun je ook in een groep inzetten met een verschillend niveau? Is te onderzoeken door aanbieders. Niet veel enthousiasme.

Minder strikt in de eisen en meer in gesprek met aanbieders om ze te leren kennen. De monitoring is veel belangrijker. Niet teveel vanuit argwaan regeren. Consulanten weten niet altijd wat mogelijk is. Zou je kunnen kijken naar klanttevredenheid / cliënttevredenheid? Behoud van zelfredzaamheid? Daar zou je meer op kunnen sturen. Probeer het niet dicht te regelen.

3. Kleine groepen:

- **Van individueel naar collectief. Kan deze beweging gemaakt worden?**

Hier zit ook een ontwikkeling in. Je kunt hierin de dienstverlening efficiënter inrichten. Maar dit moet dan wel een nieuw product zijn. Dit is wel erg afhankelijk van de doelgroep: als ik kijk naar onze doelgroep zitten zij niet te wachten om in groepsbestand te bespreken (lvb of NAH niet).

We zien wel initiatieven binnen de medewerkers om het anders aan te pakken. Gezamenlijke problemen ook gezamenlijk oppakken. Eens in de zoveel tijd. Het zou ook als ontwikkeling kunnen zijn voor cliënten om een stapje verder te komen.

Hebben jullie dit getoetst bij cliënten? *Nee dit hebben wij niet gedaan. Die vraag is niet gesteld. Waar wij meer aan zitten te denken is dat je thema's gezamenlijk zou kunnen bespreken. Naast individuele begeleiding ook in groepen. Juist even uit huis, maar niet meer achter elke individuele voordeur. Dat ze van elkaar leren.* Dagbesteding en individuele begeleiding thuis lijkt een mooie combinatie. Ook om eenzaamheid te voorkomen.

Kan niet op elk moment en niet voor iedereen, maar een deel in groep en een deel individueel. Je zou het bijna een apart product moeten zijn. Hoe ga je dat dan praktisch doen. Het zou mooi zijn als je de vrijheid hebt als aanbieder om dit zelf in te zetten. Groepswork vraagt wel een ander werk en een andere manier van kijken. Er zitten andere kosten bij (locatie / begeleiding). Apart gefinancierd omdat het groepswork is. Er is enorm veel vraag naar. Let wel aparte thema's vraagt ook weer voorbereiding, dus dit is niet enkel de uren van groepsbegeleiding.

Ontwikkelgerichte opgave ook samen met de sociale basis. Want waarom moet dit dan alleen in voor Wmo. Grote taak voor het voorliggend veld. Koop deze expertise gewoon in bij de aanbieders. Heel efficiënt om het op die wijze in te richten. Kan al met vrijwilligers. Wegwijs maken met financiën is bijvoorbeeld een goed voorbeeld.

Thema's moeten horen bij de groep; kamertraining, alleen al groepsdenken (hoe vul je je de avond / middag in). De individuele vraag blijft wel bestaan. Je kunt hiermee de individuele begeleiding wel afschalen. Gezonde voeding en sport. Hobby's. Kan onderdeel zijn van een traject. Kijk daarvoor eens naar Zwolle.

Gemeente Veendam heeft de hele indicatiestelling afgeschaft. Dat gaat van preventie tot zware problematiek. Ondermijning is een heel groot thema. Dit doen we ook veel in groepen.

4. Digitalisering – wat kan er? Wat is de praktijk?

Wij maken gebruik van digi contact. In de nacht maar ook overdag. Hiermee krijgen ze op afstand ondersteuning. Dit geeft bepaalde mensen een stukje veiligheid / nabijheid. Het wordt door enkelen ook echt gebruikt.

Er is weerstand tegen digitaal contact. Is niet voor iedere cliënt goed. Zeker niet 100 % en misschien ook geen 50 %. Ook uitsluiten is niet wenselijk. Is een goede efficiëntie-slag ook in de reistijden. Aanbieders geven aan dat het onderdeel moet zijn van een ondersteuningsplan / zorgplan.

Eén keer per week langs en de andere keer via app of digitaal contact.

Innovatiebudget – bij aanbieder laten hoe dit ingezet kan worden. Zoals ontwikkelingen met bijvoorbeeld een VR bril. Ontwikkeling binnen de contractperiode. Als je kosten wil besparen moet je daarover duidelijk zijn. Innovatie moet daarna ook gekoppeld kunnen worden aan eventueel nieuwe producten.

Met PxQ kom je niet helemaal uit de voeten. Je moet wel ruimte hebben om iets te ontwikkelen. Niet alleen maar gezamenlijk.

5. Digitaal waar kan – de basis is het derde contact digitaal.

Zien hierin geen toegevoegde waarde. Geen marge of percentage vaststellen. Digitaal als hulpmiddel inzetten. Je haalt het kwaliteit van het contact naar beneden. Persoonlijk is veel beter, bij digitaal hebben cliënten niet zo'n lange spanningsboog.

Je ziet bij persoonlijk contact veel meer zoals mimiek, en de omgeving in het huis (is het schoon / opgeruimd).

Volgens mij gaat het om kwaliteit van contact. Je moet als begeleider dit besluit kunnen maken.

6. Lange of korte indicaties:

Indicatie voor een jaar is heel logisch. Bij sommige cliënten is langdurig van belang. Het wel of niet verlengen voor 1 jaar moet geen controle-moment zijn. Geeft veel onrust. Bijstellen is van belang.

Ik mis hierin de samenwerking tussen aanbieder en gemeente. Je moet kunnen sparren met het gebiedsteam. Maak daar afspraken over.

Het geeft ook veel onrust bij cliënten. Wat wordt gedaan met de evaluaties bij het gebiedsteam? Welke toegevoegde waarde heeft dit?

- **Visie op lange of korte indicaties.**
- **Hoe kijken jullie naar meer evaluatie momenten bij ontwikkelgerichte indicaties?**

Afschaling kan ook binnen een indicatie.

Afschaling betekent ook ruimte voor een nieuwe cliënt, dus het gebeurt soms ook automatisch. Heeft niet direct te maken met een verlenging.

- **Moet inspanning erop gericht zijn om uiteindelijk overbodig te worden?**

Minder intensief moet wel het doel zijn. Soms is behoudt ook al winst. Langdurige zorg zou misschien WLZ kunnen zijn, maar dit is erg lastig qua aanvraag. Heel afhankelijk per doelgroep.

- **Wat vraagt dit vervolgens in doelstellingen etc.**

7. Voorkomen van een afhankelijkheidsrelatie cliënt - begeleider:

- **Komt dit voor? Wat kunnen we hiertegen doen?**
- **Wat is de maximale duur van een begeleider bij een cliënt?**

Een organisatie heeft de regel elke 3 jaar een andere begeleider. Begeleiders krijgen toch blinde vlekken en je krijgt toch een afhankelijkheidsrelatie. Je hebt niet overal zicht op.

Vorm van begeleiding kun je ook switchen, wat heeft een cliënt nodig. Evaluatiemoment zou ook een goed moment zijn om zo'n vraag te stellen. Een goede evaluatie zou dit mee moeten kunnen nemen. Zelfredzaamheid doornemen en als je zelfredzamer bent geworden is een andere soort begeleiding mogelijk en daarmee ook een andere begeleider.

Individuele begeleiding (Plus)

1. Reactie op de productomschrijving individuele begeleiding (plus)

Wat is 'zwaar probleemgedrag'. Staat zowel bij basis en plus. Maar wat is het verschil en wie bepaald dit?

Er is een sterke nadruk op het managen / begeleiden van gedrag, maar je moet soms ook achterhalen. Het is wel van belang om de combinatie met gedrag te behouden. Multi-problematiek moet hierin terugkomen, maar ook regievorming.

2. Hoe kom je van plus naar basis?

- **Voorstel gemeente: maximaal 1 jaar Individuele begeleiding basis plus daarna terug naar reguliere individuele basis.**

Dat kun je niet vastleggen. Dan moet je terug naar basis, maar waarom? Is hier nog een jaar plus nodig. In de evaluatie moet je dat toetsen. Toets dan ook de WLZ maar toets dit ook bij de evaluatie.

3. Bieden alle plus partijen ook basis of juist niet?

Maar de problematiek blijft toch hetzelfde? Is dan afschalen niet minder intensief begeleiden. Als de problematiek voor een groot deel weg is, kan je van begeleider wisselen dit kan binnen of buiten de organisatie.

Relatie tussen cliënt en begeleider kan soms van belang. Wat kost het inwerken bij een cliënt om bijvoorbeeld vertrouwen te winnen, heeft het dan zin om te wisselen van begeleider?

Afschalen bij plus kan ook afschalen naar minder intensief.

5. Groep 3 - Dagbesteding

Datum: dinsdag 25 februari 2025, 17.30 – 18.30 uur.

1. Productomschrijving van 4 (basis, plus, arbeidsmatig en activerend) naar 3 producten.

- **Hoe moeten we de producten vormgeven? Activerend wordt bijna niet ingezet.**

Op het moment ervaren de aanbieders geen grenzen van het productboek. Ze komen er met het huidige productboek goed uit.

Het basisproduct moet er niet uitgehaald worden. Sommige cliënten zullen niet verder groeien dan het basisproduct.

Bij het basisproduct bent je minder intensief bezig dan bij het plusproduct. Daarom is het voor de aanbieders wel handig om te weten of een cliënt onder het basisproduct geschaald wordt of het plusproduct. Het niveau van de begeleider verschilt ook bij deze twee producten i.v.m. de intensiviteit.

We zouden de producten ook laag en hoog kunnen noemen in plaats van basis en plus.

Is het te realiseren dat er een Wmo beschikking gegeven wordt zonder een indicatie? Dan kunnen aanbieders zelf kijken waar een cliënt onder valt. Als we zonder indicatie gaan werken dan kunnen we beter ook met één tarief gaan werken net zoals Smallerland. Als je met één tarief werkt is er ook nooit meer discussie. Verder zal dit ook veel administratieve last schelen.

Het plusproduct komt niet bij iedere aanbieder voor.

Ideeën voor de benaming van productgroepen: Meedoen, Meewerken en Meedoen werk.

- **Kunnen cliënten de stap zetten naar 'werk' (vrijwilligerswerk, beschutwerk) en hoe worden ze hierin gestimuleerd?**

Er zijn cliënten die de stap naar 'werk' kunnen zetten. Ze worden hierin gestimuleerd door meer zinvol werk te doen in plaats van alleen maar bezigheid. Verder is het 'werk' ook meer richting een educatieve besteding.

Veel cliënten ervaren de dagbesteding ook als werk. Ze zeggen niet 'ik ga naar de dagbesteding', maar ze zeggen vaak 'ik ga naar mijn werk'.

Daarnaast zijn er ook aanbieders met bijvoorbeeld een lunchroom. Hier gaan cliënten ook naar hun 'werk' toe, maar officieel is het dagbesteding. Ze worden op hun 'werk' ook werknemers genoemd.

2. Hoe kijken jullie naar uitstroom? Bijvoorbeeld naar Wlz of participatiewet?

Niet alle cliënten kunnen uitstromen. Bij veel cliënten hoop je dat ze gaan doorstromen, maar het lukt niet altijd. Er zal altijd een groep zijn die blijft hangen in hun huidige product. Wel moeten aanbieders blijven werken naar uitstroom.

Als er uitstroom is moet er ook weer instroom/doorstroom komen. Anders kunnen niet alle aanbieders blijven bestaan. De uitstroom onder aanbieders onderling is beter te vergelijken voor de aanbieders en de gemeenten als er minder aanbieders zijn. Als de gemeenten willen dat er meer uitstroom komt zullen ze dit beter moeten gaan monitoren en sterker aan het stuur gaan staan.

Onder uitstroom verstaan aanbieders ook dat cliënten naar een andere dagbesteding gaan, dat ze vrijwilligerswerk gaan doen of dat ze naar het voorliggende veld gaan.

Gemeenten moeten vertrouwen hebben in de aanbieders dat ze er alles aandoen om cliënten te laten doorstromen. Voor gemeenten is het wel fijn om te zien dat er uitstroom is.

Samenwerking onderling tussen de aanbieders is belangrijk. Het samenwerken met elkaar moet meer gestimuleerd worden. Soms zijn cliënten beter af bij een andere aanbieder dan waar ze nu zitten. De vooruitgang van de cliënt moet voorop staan.

3. Groepsgrootte is dit afhankelijk van basis / plus? Of is het een combinatie van basis, plus en bijvoorbeeld Wlz?

De aanbieders zijn van mening dat alle cliënten bij elkaar in een groep kunnen. Het ligt eraan wat de dagbesteding is en wat voor interesses de cliënten hebben. Het is aan de begeleider om dit in te schatten en om het in goede banen te leiden. Verder zijn ze van mening dat de pluscliënten en de Wlz cliënten van elkaar kunnen leren. Vaak zitten de pluscliënten tegen de Wlz aan.

De aanbieders zien dat er minder pluscliënten zijn dan basiscliënten. Verder heeft ook niet iedere dagbesteding pluscliënten.

4. Is het mogelijk om een halve dag op een dagbestedingslocatie te zijn (in verband met vervoer)?

Vervoer deel brengt onrust bij de aanbieders. Als cliënten met hun eigen vervoer zouden komen zijn het geen dagen geen probleem. Vervoersdiensten willen op het moment geen halve dagen rijden. Er zijn eventueel ook vrijwillige vervoersdiensten.

Niet alle cliënten zijn eraan toe zijn om de hele dag op een dagbestedingslocatie te zijn. Voor hun zou een halve dag perfect zijn. Bij sommige aanbieders verblijven cliënten al halve dagen. Ze hebben bijvoorbeeld in de ochtend werk, stage of school. In de middag komen ze dan bij de dagbestedingslocatie.

Combinatie bus regelen tussen zorgaanbieders in de regio. Maar wie gaat dit vergoeden en hoe gaan we dit regelen?

5. Dagbesteding plus:

- **Is dit product nodig? Waarom?**

De dagbesteding plus cliënten zitten vaak tegen Wlz aan, maar deze cliënten zitten nog niet in de Wlz. Daarom is het handig om dit product erin te houden.

- **Indicatie voor kortere periode? Met verplichting aanvraag Wlz?**

- Indicatie Wmo. In wat voor een traject?

Een cliënt krijgt dan een indicatie van de Wmo. Het is de bedoeling dat deze cliënt snel doorgaat naar de Wlz. Hoe pak je dit op met het gebiedsteam? De aanbieders vinden het geen probleem als er een keer een kortere cliënt tussen zit.

- Moet je dat als zorgaanbieder doen? De Wlz aanvragen?

De aanbieders vinden dat het niet de taak is van de zorgaanbieder om de Wlz aan te vragen. Ze zijn bezig met de dagbesteding en hebben hier geen tijd voor. En als ze dit wel moeten gaan doen, door wie wordt het dan betaald?

- **Vraag je bij dagbesteding plus wat anders van een begeleider?**

Een begeleider bij dagbesteding plus moet meer ervaren zijn, omdat de begeleiding intensiever is.

6. Term dagbesteding - wat is een juiste term?

Maatschappelijk gezien hangt er een negatief beeld aan de naam 'dagbesteding', maar de mensen die er aan het 'werk' zijn ervaren dat niet zo. Alleen de term 'werk' in plaats van 'dagbesteding', dekt ook niet de lading. Veel cliënten ervaren de dagbesteding wel als werk. Voor de een is het zo zinvol mogelijk leven, maar voor de ander is dagbesteding alleen beleven.

Sommige aanbieders noemen de cliënten ook werknemers.

Aanbieders hebben de volgende namen gegeven:

- Begeleidingscentrum (het label dagbesteding wordt als 'zwaarder' ervaren)
- Werk (cliënten ervaren de dagbesteding als werk)
- Dagbesteding (het woord is gewoon ingeburgerd en het dekt de lading)
- Bezigheidstherapie (therapie is weer een zwaar woord, dus de aanbieders vinden dit niet passend)
- Werk leertraject (want ze werken en leren van elkaar tijdens de dagbesteding)

Zit er verschil in de term bij leeftijd (tussen jong en oud)? Sommige ouderen zeggen ook dat ze naar hun werk gaan. Niet alleen de jongeren zeggen dat.

7. Wat is de motivatie voor aanbieders om te werken aan uitstroom (Participatiewet, Wlz of voorliggend)?

De motivatie voor aanbieders om te werken naar uitstroom is een blijde cliënt. Wel is het belangrijk dat er een nieuwe cliënt voor in de plaats komt.

8. Arbeidsmarkt:

- **Wat is gezien de huidige arbeidsmarkt een realistische eis met betrekking tot opleidingsniveau.**

Een realistische eis met betrekking tot het opleidingsniveau is niveau 3 en 4.

Op het moment wordt er ook aangevuld met niveau 2. Niveau 2 is financieel gezien aantrekkelijker. Verder zouden cliënten weer andere dingen kunnen leren van een begeleider met niveau 2. De vraag die ook gesteld werd door aanbieders aan elkaar is: Moeten we het niveau wel naar beneden halen? Of moeten we juist deze begeleiders helpen om van niveau 2 naar niveau 3 te komen. Aanbieders hebben de mogelijkheid om iemand te laten scholen.

Ook vinden sommige aanbieders dat een begeleider HBO werk en denk niveau moet hebben.

Aanbieders vinden dat er wel meer vakgerichtere / gespecialiseerde mensen zijn nodig.

Aanbieders vinden dat het vak van de zorg en begeleiding wel bewaakt moet worden. Dus dat begeleiders wel een goede opleiding hebben of een certificaat behaald hebben. Ze zijn van mening dat niet iedereen zomaar zorg mag leveren aan iedereen.

Op de arbeidsmarkt is er arbeidskrapte aan het ontstaan. Aanbieders hebben nu nog geen last van arbeidskrapte.

Volgens de aanbieders moeten de cao's mee genomen worden in het korstprijsonderzoeken.

9. Meegeven:

Aanbieders vinden de 10 kilometer grens een ding. De keuze vrijheid van de inwoners wordt ook minder als je met een grens gaat werken. Hebben we dan ook wel een dekkend zorglandschap? Verder blijft vervoer ook een lastig vraagstuk. Als de gemeenten gaan werken met minder aanbieders dan zullen aanbieders elkaar ook sneller vinden. Je hebt elkaar dan ook eerder nodig. Idee: Aanbieders met meer uitstroom voorrang bij een nieuwe kandidaat.