

Verslag Marktconsultatie Safehouse

Datum: 15 september 2026
Tijd: 14.00 - 16.30 uur
Locatie: Raadzaal gemeentehuis Apeldoorn
Organisator: Zorgregio Midden-IJssel/Oost-Veluwe en centrumgemeente Apeldoorn
Onderwerp: Marktconsultatie ten behoeve van het inkooptraject Safehouse

1. Aanleiding

De marktconsultatie vormde het vervolg op de eerder gehouden dialoogsessie in mei 2026. Tijdens die sessie zijn de eerste uitgangspunten voor de inkoop van het product Safehouse besproken. De opgehaalde informatie uit de dialoogsessie zijn betrokken bij de verdere voorbereiding van het inkooptraject. Op basis daarvan heeft de Zorgregio besloten een afzonderlijk inkooptraject voor het product Safehouse te starten.

2. Aanwezige partijen

Aanwezig waren vertegenwoordigers vanuit de Zorgregio MIJOV, gemeenten (gemeente Apeldoorn), beleidsadviseurs en diverse aanbieders van Safehouses, herstelgerichte woonconcepten en herstelgerichte verslavingszorg.

3. Doel van de marktconsultatie

Tijdens de bijeenkomst stonden de volgende doelen centraal:

- Informeren van aanbieders over de voorgenomen inkoop.
 - Toetsen van de (praktische) uitvoerbaarheid van de voorgestelde uitgangspunten.
 - Ophalen van verbeter suggesties voor de definitieve documenten.
 - Valideren van de parameters in de tariefopbouw en de hoogte van het tarief.
-

4. Bespreking productinhoud

4.1 Ondersteuningsintensiteit

De Zorgregio lichtte toe dat de voorgestelde ondersteuningsintensiteit is aangepast naar aanleiding van de eerdere dialoogsessie en de aansluiting die is gezocht bij de uitgangspunten uit regio IJssel-Vecht.

Voorgestelde uitgangspunten:

- Individuele begeleiding: gemiddeld 5 uur per week (in de dialoogsessie was 4 uur nog het voornemen).
- Woonbegeleiding en herstelactiviteiten: gemiddeld 30 uur per week (in de dialoogsessie van 18-26 uur nog het voornemen).

Reacties van aanbieders

De meeste aanwezige aanbieders herkenden de voorgestelde inzet grotendeels en beschouwden deze als realistisch.

Uit de bespreking kwam naar voren dat:

- De begeleidingsintensiteit gedurende het traject varieert.
- In de eerste maanden van herstel de nadruk ligt op interne herstelactiviteiten binnen de Safehouse-gemeenschap.
- In latere fasen verschuift de focus richting maatschappelijke participatie, vrijwilligerswerk, dagbesteding en uitstroom.
- Het onderscheid tussen interne en externe herstelactiviteiten in de praktijk fluïde is.
- Gemiddeld 5 uur individuele begeleiding per week als een reëel uitgangspunt wordt gezien, mits er ruimte blijft voor maatwerk gedurende verschillende fasen van herstel.
- Interne en externe herstelactiviteiten

De Zorgregio vroeg specifiek aandacht voor de invulling van externe herstelactiviteiten en dagbesteding, omdat veel Safehouses buiten de Zorgregio gevestigd zijn.

Voorbeelden van externe activiteiten die werden genoemd zijn:

- vrijwilligerswerk;
- werkervaringsplaatsen;
- activiteiten bij lokale ondernemers;
- maatschappelijke participatie in de omgeving van het Safehouse.

Aanbieders gaven aan dat externe daginvulling in de praktijk beperkt voorkomt. Het merendeel van de herstelactiviteiten vindt binnen de eigen Safehouse-gemeenschap plaats. Dagopeningen, huismeedings, herstelgroepen en andere groepsactiviteiten maken hier onderdeel van uit. De Zorgregio heeft aangegeven dat het tarief uitgaat van een combinatie van interne en externe herstelactiviteiten. De precieze invulling hiervan blijft onderdeel van de professionele verantwoordelijkheid van de aanbieder.

Vanuit de Zorgregio is toegelicht dat voor externe daginvulling binnen het Safehouse-traject geen afzonderlijke indicaties of contracten worden afgegeven. Deze activiteiten maken integraal onderdeel uit van het Safehouse-tarief.

Bereikbaarheid en beschikbaarheid

Tijdens de bespreking is verduidelijkt dat de individuele begeleiding zowel geplande als ongeplande begeleidingsmomenten omvat.

Daarnaast werd bevestigd dat sprake moet zijn van een bereikbaarheids- en beschikbaarheidsdienst, maar niet van een permanente fysieke aanwezigheid gedurende 24 uur per dag.

Conclusie

De aanwezige aanbieders gaven aan dat de voorgestelde omvang van gemiddeld 5 uur individuele begeleiding en 30 uur woonbegeleiding/herstelactiviteiten per week een realistisch uitgangspunt vormt voor de verdere ontwikkeling van het product.

4.2 Groepsgrootte

De Zorgregio legde de volgende uitgangspunten voor:

- Gemiddeld 8 cliënten per groep.
- Maximaal 10 cliënten per groep.

Reacties van aanbieders

Aanbieders gaven aan dat de omvang van een groep sterk afhankelijk is van de aard van de activiteit.

Zo werd aangegeven dat:

- sportactiviteiten met grotere groepen kunnen plaatsvinden;
- kookactiviteiten of intensieve groepsgesprekken vaak in kleinere groepen plaatsvinden;
- het aantal begeleiders wordt afgestemd op de groepsomvang en aard van de activiteit.

Daarnaast werd benoemd dat community-bijeenkomsten soms aanzienlijk groter zijn dan tien personen. In die gevallen worden doorgaans meerdere begeleiders ingezet.

Conclusie

De aanwezige aanbieders konden zich vinden in de voorgestelde groepsgrootte van gemiddeld 8 en maximaal 10 cliënten, mits voldoende ruimte blijft bestaan om afhankelijk van de activiteit meerdere begeleiders in te zetten.

5. Wonen en zorg

5.1 Scheiding van wonen en zorg

Een belangrijk gespreksonderwerp was het voornemen om wonen en zorg zoveel mogelijk van elkaar te scheiden.

Voorgestelde uitgangspunten:

- Cliënt betaalt zelf de huur.
- Een wooncomponent wordt alleen ingezet indien noodzakelijk.

Aanbieders gaven aan dat de praktijk sterk verschilt per locatie en doelgroep. Belangrijke aandachtspunten waren:

- Veel cliënten beschikken uitsluitend over een uitkering.
- Veel cliënten hebben geen mogelijkheden om aanvullend inkomen uit arbeid te genereren.
- Jongeren en jongvolwassenen beschikken regelmatig over onvoldoende inkomen om zelfstandig woonlasten te dragen.
- Er bestaan verschillen tussen gemeenten in de wijze waarop woonkosten en inkomensvoorzieningen worden georganiseerd.
- Verhuizingen tussen gemeenten kunnen leiden tot financiële onzekerheid en administratieve knelpunten.

Aanbieders gaven aan dat bewoners over het algemeen zelf hun huur betalen. Een wooncomponent wordt met name ingezet bij jongeren, cliënten met een eigen woning die moet worden aangehouden of andere situaties waarin reguliere huurbetaling niet haalbaar is.

CAK en eigen bijdrage

Tijdens de consultatie werd benoemd dat cliënten soms worden geconfronteerd met hoge eigen bijdragen vanwege de systematiek van het CAK. Omdat hierbij wordt uitgegaan van inkomensgegevens uit eerdere jaren, kan de eigen bijdrage soms onvoldoende aansluiten bij de actuele financiële situatie van cliënten.

Er werd op gewezen dat cliënten mogelijkheden hebben om een peiljaarverlegging aan te vragen, maar dat dit niet altijd bekend is en ook veel tijd vraagt.

Jongeren

Specifiek is stilgestaan bij jongeren tussen 18 en 23 jaar.

Gemeenten en aanbieders herkenden dat binnen deze doelgroep relatief vaak behoefte bestaat aan een wooncomponent vanwege:

- beperkte inkomensmogelijkheden;
- onderhoudsplicht van ouders;
- het ontbreken van volledige uitkeringsrechten.

Overbrugging bij verhuizing

Aanbieders gaven aan dat cliënten die verhuizen naar een andere gemeente soms enkele weken moeten overbruggen voordat een nieuwe uitkering is geregeld. Dit kan leiden tot financiële problemen wanneer er geen netwerk aanwezig is dat tijdelijk ondersteuning kan bieden.

Vanuit de gemeente werd aangegeven dat in sommige situaties maatwerk kan worden toegepast, bijvoorbeeld door gedurende een overgangsperiode de uitkering door te laten lopen. Dit vraagt echter intensieve samenwerking tussen Wmo-consulenten en consulenten Participatiewet.

5.2 Inhoud van een wooncomponent

Tijdens de bespreking bleek dat verschillende interpretaties bestaan van wat wel en niet onder een wooncomponent valt.

Aanbieders benoemden onder andere:

- huur;
- gas, water en elektra;
- gemeenschappelijke voorzieningen;
- voeding;
- wasmiddelen;
- huishoudelijke kosten;
- opstart- en inrichtingskosten.

Daarnaast werd besproken dat sommige gemeenten uitsluitend een huurcomponent vergoeden, terwijl andere gemeenten ook hotelmatige voorzieningen of aanvullende woonkosten meenemen. Aanbieders gaven aan dat cliënten kosten voor voeding, verzorgingsproducten en dagelijks levensonderhoud veelal zelf betalen.

Meerdere aanbieders wezen erop dat de huurinkomsten doorgaans niet volledig kostendekkend zijn.

Daarbij werden kosten genoemd voor:

- schoon beddengoed;
- inrichting;
- onderhoud;
- vervanging van inventaris;
- herstelwerkzaamheden na uitstroom.

Conclusie

De aanwezigen waren het erover eens dat een duidelijke definitie van de wooncomponent noodzakelijk is om verschillen in uitvoering en mogelijke nadelige gevolgen voor cliënten te voorkomen.

Aanbieders spraken daarbij een voorkeur uit voor maatwerk, waarbij per cliëntsituatie wordt bekeken welke ondersteuning noodzakelijk is. De Zorgregio handhaaft het uitgangspunt dat wonen en zorg zoveel mogelijk van elkaar worden gescheiden, waarbij maatwerk mogelijk blijft indien de situatie van de inwoner daartoe aanleiding geeft. Daarbij zal de Zorgregio in de definitieve inkoopdocumenten verduidelijken welke kosten wel en niet onder de wooncomponent vallen.

6. E-health

De Zorgregio vroeg aanbieders naar de mogelijkheden van digitale ondersteuning binnen hersteltrajecten.

Aanbieders gaven aan dat:

- herstel in belangrijke mate gebaseerd is op persoonlijk contact;
- groepsdynamiek, lotgenotencontact en communityvorming essentieel zijn;
- fysieke aanwezigheid een belangrijk onderdeel vormt van het herstelproces.

E-health wordt vooral aanvullend ingezet, bijvoorbeeld:

- tijdens verlofmomenten;
- voor incidenteel beeldbellen;
- voor praktische afstemming;
- als ondersteunend hulpmiddel binnen individuele begeleiding.

Vanuit aanbieders werd benoemd dat veel behandelorganisaties werken met digitale modules en e-healthtoepassingen, maar dat binnen Safehouses het groepsgerichte herstelproces centraal blijft staan.

Conclusie

De consensus was dat e-health ondersteunend kan zijn, maar niet wenselijk wordt geacht als vervanging van persoonlijk contact. Het uitgangspunt blijft herstel door middel van fysieke aanwezigheid, community-vorming en mensenwerk.

7. Tarieven

7.1 Voorgestelde tarieven

De Zorgregio presenteerde de volgende uitgangspunten:

- Safehouse: € 127,46 per etmaal.
- Afwezigheidstarief: € 62,14 per etmaal.

Het kostprijsonderzoek van de regio IJssel-Vecht is door het bureau HHM uitgevoerd. De zorgregio neemt dit onderzoek over. Omdat de regionale context vergelijkbaar is, zijn de resultaten en gehanteerde uitgangspunten overgenomen. De Zorgregio heeft deze uitgangspunten aanvullend financieel laten toetsen door Bijleveld Advies.

Het tarief betreft een concepttarief voor 2026 en zal voorafgaand aan contractering nog worden geïndexeerd.

7.2 Reacties van aanbieders

Aanbieders hebben geen bezwaar om het kostprijsonderzoek van de regio IJssel-Vecht te gebruiken en spraken hun waardering uit voor het feit dat dit onderbouwde kostprijsonderzoek als uitgangspunt wordt gehanteerd. De aanbieders vinden het van meerwaarde dat de randvoorwaarden en productomschrijving regionaal zijn afgestemd. Tegelijkertijd werden meerdere aandachtspunten genoemd.

Stijgende huisvestings- en overheadkosten

Aanbieders ervaren aanzienlijke kostenstijgingen op het gebied van:

- vastgoed;
- huur;
- energie;
- onderhoud;
- schoonmaak;
- verzekeringen;
- internet;
- voedselvoorzieningen;
- veiligheidsvoorzieningen;
- BHV-verplichtingen;
- bereikbaarheids- en achterwachtdiensten.

Volgens aanbieders zijn juist deze niet-cliëntgebonden kosten de afgelopen jaren sterk gestegen. Daarbij werd de vraag gesteld of locatiekosten voldoende zijn meegenomen en gespecificeerd binnen de huidige tariefopbouw. Ook werd aangegeven dat het verschil maakt of vastgoed in eigendom is of wordt gehuurd.

Beschikbaarheid en bereikbaarheid

Een specifiek aandachtspunt betrof de wijze waarop de bereikbaarheids- en beschikbaarheidsdienst is verwerkt in het kostprijsonderzoek.

Aanbieders gaven aan dat:

- bereikbaarheidsdiensten vaak per locatie worden georganiseerd;
- incidenten regelmatig inzet van niet één maar twee medewerkers vragen;
- naast een bereikbaarheidsdienst vaak ook een achterwacht beschikbaar is.

Tijdens de consultatie werd benoemd dat het HHM-onderzoek uitgaat van een andere verhouding dan sommige aanbieders in de praktijk hanteren. De Zorgregio heeft aangegeven deze signalen te betrekken bij de definitieve afweging en vaststelling van de tariefsystematiek.

Afwezigheidstarief

Er werd gesproken over cliënten die tijdelijk afwezig zijn vanwege behandeling.

Aanbieders gaven aan dat:

- klinische behandelingen steeds vaker voorkomen;
- afwezigheid soms meerdere weken duurt;
- kamers tijdens behandeling beschikbaar moeten blijven;
- personeelskosten doorlopen;
- begeleidende werkzaamheden deels blijven bestaan.

Tegelijkertijd werd aangegeven dat langdurige afwezigheid niet zeer frequent voorkomt, maar dat deze situatie mogelijk vaker zal ontstaan door de toenemende complexiteit van de doelgroep.

Vanuit de Zorgregio is toegelicht dat gedurende de eerste periode van afwezigheid (eerste 11 dagen) het reguliere tarief geldt en daarna het afwezigheidstarief wordt toegepast.

Bezettingsgraad

Aanbieders vroegen aandacht voor de wijze waarop bezettingsgraad en leegstand zijn verwerkt in de tariefberekening.

Er werd aangegeven dat cliënten soms al worden aangemeld terwijl zij nog een behandeltraject volgen. Hierdoor worden kamers soms gedurende langere tijd gereserveerd voordat daadwerkelijke instroom plaatsvindt.

Algemene boodschap

De aanwezige aanbieders onderschreven gezamenlijk het belang van een reëel en toekomstbestendig tarief dat kwaliteitsverlies voorkomt en ruimte biedt voor duurzame uitvoering van herstelgerichte zorg.

Daarnaast werd benadrukt dat Safehouses gericht zijn op duurzaam herstel, maatschappelijke participatie en uitstroom. Aanbieders gaven aan dat juist investeren in kwaliteit op de langere termijn maatschappelijke opbrengsten oplevert.

8. Minnesota-model en afbakening doelgroep

Een belangrijk gespreksonderwerp betrof de positionering van het Minnesota-model binnen het inkooptraject.

Aanbieders die werken volgens het Minnesota-model benadrukten dat:

- abstinentie centraal staat;
- motivatie van cliënten een belangrijke succesfactor is;
- herstelactiviteiten, meetings en lotgenotencontact essentieel zijn;
- sponsors en herstelgemeenschappen bijdragen aan duurzaam herstel;
- groepsdynamiek een cruciaal onderdeel vormt van het herstelproces.

Meerdere aanbieders gaven aan dat zij vrezen dat het onderscheidende karakter van Safehouses verloren gaat wanneer de inhoudelijke uitgangspunten worden verruimd.

Andere methodieken en relatie Beschermd Wonen

Vanuit andere aanbieders werd de vraag gesteld in hoeverre ook andere evidence based verslavingsmethodieken binnen de toekomstige inkoop mogelijk zijn.

De Zorgregio heeft aangegeven dat het Safehouse als afzonderlijk product wordt ingekocht vanwege de specifieke doelgroep, de abstinente setting en de herstelgerichte benadering.

Conclusie

De Zorgregio neemt de ontvangen signalen mee bij de verdere uitwerking van de productomschrijving. Tijdens de marktconsultatie is besproken dat het Minnesota-model in de praktijk door veel aanbieders wordt beschouwd als een onderscheidend kenmerk van het Safehouse-concept. Verschillende aanbieders hebben benadrukt dat abstinentie, fellowship, zelfhulpgroepen, herstelactiviteiten en een herstelgemeenschap wezenlijke onderdelen vormen van deze benadering.

De positie van het Minnesota-model wordt verwerkt in de definitieve inkoopdocumenten.

9. Vervolg

Er is aangegeven dat:

- Alle opgehaalde input wordt meegenomen, gewogen en betrokken bij de verdere uitwerking van de definitieve inkoopdocumenten;
- Een verslag van de marktconsultatie wordt gedeeld via TenderNed;
- Het HHM-rapport en aanvullende stukken beschikbaar worden gesteld;
- De tariefopbouw nader wordt beoordeeld;

- De Nota van Inlichtingen wordt eind september 2026 wordt opengesteld. De definitieve inkoopdocumenten naar verwachting in het najaar van 2026 worden vastgesteld en gepubliceerd;
- Wordt toegewerkt naar contractering met een beoogde ingangsdatum van 1 april 2027.

10. Actie- en aandachtspunten

Naar aanleiding van de marktconsultatie zijn de volgende aandachtspunten benoemd:

- Verwijderen van verouderde productomschrijvingen op TenderNed.
- Verwerken van de gekozen positionering van het Minnesota-model in de definitieve inkoopdocumenten.
- Verduidelijken van de definitie en toepassing van de wooncomponent.
- Verwerken van de uitkomsten van de marktconsultatie in de definitieve tariefonderbouwing
- Verifiëren dat de uitgangspunten voor bereikbaarheid, beschikbaarheid en achterwachtendiensten consistent zijn verwerkt in de definitieve documenten.
- Nader onderzoeken hoe bezettingsgraad en leegstand zijn verwerkt in de tariefberekening.
- Verduidelijken van de regeling rondom afwezigheid tijdens behandeling.

Conclusie

De marktconsultatie verliep constructief en leverde waardevolle input op voor de verdere uitwerking van het inkooptraject Safehouse. De aanwezige aanbieders konden zich in hoofdlijnen vinden in de voorgestelde productinhoud en ondersteuningsintensiteit. Tegelijkertijd werden belangrijke aandachtspunten meegegeven rondom de wooncomponent, tariefstelling, locatiekosten, bereikbaarheid, afwezigheidsregelingen en de positionering van het Minnesota-model. De Zorgregio dankt de aanwezigen voor hun bijdrage en neemt de input mee bij de verdere uitwerking van de definitieve inkoopdocumenten, met als doel te komen tot een uitvoerbaar, kwalitatief passend en toekomstbestendig product Safehouse.