Bijlage 8 – Salviq

Zorgkantoren gaan samen met zorgaanbieders een passend aanbod realiseren voor mensen met een intensieve ondersteuningsvraag. Aanbod om deze groep mensen voor langere tijd in hun zorgbehoefte te voorzien is nu nog niet voorhanden.

In deze bijlage vindt u de volgende onderwerpen:

1.1 Profiel van de clientgroep
1.2 Aantal plekken en uitgangspunten
Benodigde expertise
Kenmerken van de context
Kenmerken van de (fysieke) omgeving
1.3 Bekostiging
1.4 Indienen voorstel
1.5 Beoordelen voorstel
1.6 Vastlegging afspraken

1.1 Profiel van deze cliëntgroep

Hieronder vindt u een cliëntprofiel waarvoor het zorgkantoor de zorg inkoop. Dit profiel is ter indicatie en niet uitputtend.

- Er is altijd sprake van een complexe combinatie van stoornissen, die zowel somatisch, psychisch als sociaal is en het maatschappelijk functioneren in ernstige mate belemmeren.
- Een deel van de cliënten heeft (tijdelijk) intensieve geestelijke en somatische zorg nodig en is veelal niet in staat zelf deze hulp in te roepen of zelfs deze hulp makkelijk te accepteren.
- Er is sprake van cognitieve en/of psychische problemen die het samenleven in de maatschappij (sterk bemoeilijken of) onmogelijk maken gedurende enige tijd.
- Er is sprake van (hoogfrequent) probleemgedrag zowel externaliserend en internaliserend, door bijvoorbeeld gebrek aan empathisch vermogen, ziekte-inzicht, inzicht in oorzaak en gevolg of door overvraging/onderschatting.
- Er is veelal sprake van geringe frustratietolerantie.
- In een aantal gevallen zal er sprake zijn van agerend gedrag. De cliënten zijn bekend met agressie naar de omgeving en indirect naar zichzelf.
- Verslaving en seksueel grensoverschrijdend gedrag kunnen ook voorkomen.

1.2 Aantal plekken en uitgangspunten

Zorgkantoren en zorgaanbieders werken uiteindelijk toe naar een capaciteit van 60 plaatsen onder de merknaam Salviq. Deze plaatsen zijn verdeeld over verschillende locaties. Idealiter zijn eind 2026 tenminste 30 plaatsen gerealiseerd Per locatie is een minimale omvang van 10 plaatsen gewenst, dit kan middels een groeimodel naar een eindsituatie. De zorg die gerealiseerd dient te worden is te kenmerken als een 3e lijnsvoorziening. Een onafhankelijke toetsingscommissie bepaalt of een client in aanmerking komt voor een plek bij een LKW voorziening. De door de toetsingsscommissie toegewezen cliënt kan niet worden geweigerd, met inachtneming van wet- en regelgeving.

Hieronder worden de voorwaarden voor de benodigde expertise en context weergegeven. Bij de inschrijving toetst het zorgkantoor op de mate waarin wordt voldaan aan deze voorwaarden. Bij een aantal punten wordt aangegeven dat het punt vereist is, andere punten zijn (zeer) gewenst.

Benodigde expertise

- Kennis van psychiatrische stoornissen, LVB- en verslavingsproblematiek. (vereist)
- Kennis van personen met ernstige vroege hechtingsproblematiek. (vereist)

- Kennis van risicotaxatie en vroegsignaleringsmethoden evenals terugvalpreventie-methodieken. (vereist)
- Arts (SO, AVG), sociotherapeuten, verpleegkundigen, paramedische disciplines en gedragswetenschappers zijn onderdeel van een multidisciplinair team, psychiater minimaal op consultatiebasis beschikbaar. (vereist)
- Kennis van en (ruime) ervaring met de-escalatie technieken en omgaan met agressie. (vereist)
- Medicamenteuze behandeling gericht op de lange termijn. (vereist)
- Bereid zijn actief mee te werken aan kennisontwikkeling/uitwisseling tussen de verschillende settingen/instellingen van het Salviq, maar ook kennisdeling met instellingen in de aanpalende sectoren. (vereist)
- Kennis van het herstellen van systeem rond de client/systemisch werken. (vereist)
- Kennis en ervaring in de omgang met de complexe balans afstand-nabijheid. (vereist)
- Somatische kennis van problemen door langdurige verslaving en door vorderende ouderdom. (vereist)
- Kennis van juiste bejegening met betrekking tot evenwicht tussen draagkracht/ draaglast bij verschillende typen problematieken.
- Sensitiviteit en responsiviteit ten aanzien het beïnvloeden van het gedrag en onderliggende behoeften van de cliënten.
- Traumasensitief en cultuursensitief kunnen denken en werken.
- Rouwverwerking/ levend verlies.

Kenmerken van de context

- Het aanbod dient te bestaan uit individueel wonen waar mogelijk leidend tot groepswonen met individuele op samenleven gerichte begeleiding en mogelijkheid tot hoge mate van nabijheid. (vereist)
- Er dient een mix van agogisch-, sociotherapeutisch- en verpleegkundig geschoolde medewerkers aanwezig te zijn. (vereist)
- De clientgroep vereist de beschikbaarheid van kennis en mogelijkheden om somatische zorg te verlenen. Deze zorg dient geregeld te kunnen worden als daar vraag naar is (vereist). Ten aanzien van alle aspecten van de ADL mogelijkheid tot deels of (tijdelijk zelfs) volledige overname van zorg.
- Er zal sprake moeten zijn van een herkenbare, duidelijke en voorspelbare leefwereld zoveel gericht op herstel van maatschappelijk functioneren. (vereist)
- Begeleidingsstijl op basis van gelijkwaardigheid, met (waar mogelijk vaste) routines, rituelen en aanbieden van de mogelijkheid van een dagritme.
- Therapeutisch leefklimaat waar mediërende behandeling plaatsvindt via het bieden van een “healing” woonomgeving met rust, ruimte en gelegenheid indien nodig volledig individueel benaderd te worden gebaseerd op principes van herstel in de brede zin van het woord. (vereist)
- Crisiszorg dient binnen de setting/locatie of op het terrein waar de setting zich bevindt beschikbaar te zijn en/of aangeboden te kunnen worden. Overplaatsing naar een andere setting/locatie is geen optie. (vereist)
- Niet-vrijwillige zorg is essentieel onderdeel van de zorg, daarbij zijn de Wvggz en/of Wzd van toepassing.
- Begeleidingsstijl op basis van gelijkwaardigheid, met (waar mogelijk vaste) routines, rituelen en aanbieden van de mogelijkheid van een dagritme.
- Wonen gericht op herstel met als uitgangspunt mogelijkheid van (onvoorwaardelijk) permanent verblijf. (vereist)
- Dagbesteding op maat binnen en/of buiten de woning(en). (vereist)
- Ten aanzien van alle aspecten van de ADL mogelijkheid tot deels of volledige tijdelijke overname van zorg.
- Therapeutisch leefklimaat waar mediërende behandeling plaatsvindt via het bieden van een “healing” woonomgeving met rust, ruimte en gelegenheid indien nodig volledig individueel benaderd te worden gebaseerd op principes van herstel in de brede zin van het woord. (vereist)
- Levensloopbestendige, prikkelarme (visueel en akoestisch), gelijkvloerse (geschakelde-) woning(en) met mogelijkheid tot gebruik van diverse (til) hulpmiddelen.
- Gericht op herstel en ondersteuning van sociale contacten binnen en buiten de locatie.

Kenmerken van de (fysieke) omgeving

- Materiële veiligheid omvat fysieke maatregelen zoals een barrière naar de buitenwereld, beveiligingssystemen, afgesloten ruimten en protocollen die ervoor zorgen dat risico's op geweld worden gereduceerd. (vereist)
- Hekken en gesloten deuren beveiligen de omgeving tegen mogelijke risico's vanuit de bewoners, maar geslotenheid beschermt de bewoners soms ook tegen de maatschappij. (vereist)
- Een gecontroleerde, veilige setting (vergelijkbaar beveiligingsniveau 2-3) is noodzakelijk, waarbij differentiatie en/of afschaling van beveiligingsniveau mogelijk moet zijn. Het is van belang dat binnen de voorziening gedifferentieerd kan worden met de mate van bewegingsvrijheid voor de cliënt. (vereist)
- Relationele veiligheid en een huiselijke sfeer zijn belangrijk, volgens het "healing is environment"-principe. (vereist)
- Mensgerichte zorg binnen een veilige setting. Een menswaardig bestaan bestaat uit het zelf doen van de alledaagse dingen, zoals opstaan, douchen, ontbijten, schoonmaken, koken, eten, enzovoort. Dit vraagt ook dat de bredere omgeving van de organisatie als geheel hierbij aansluit. (vereist)
- Het belangrijk dat bewoners een zinvolle daginvulling hebben. Werk en andere activiteiten dienen nabij te worden aangeboden, dus op de afdeling of op het terrein rondom de voorziening. (vereist)

1.3 Bekostiging

Uitgangspunt bij de bekostiging is een zzp-tarief aangevuld met groepsmeerzorg per voorziening. De komende drie jaar worden de LKW voorzieningen bekostigd op basis van de meerzorgregeling. Het is de bedoeling in deze drie jaar te bepalen of de groepsmeerzorgregeling passend is voor de bekostiging van de gerealiseerde plaatsen. Dit betekent dat wij van zorgaanbieders verwachten dat zij de kostenrealisatie via een nog vast te stellen begrotings- en realisatieformat bijhouden. Gedurende deze jaren zal de opbouw van de componenten indien nodig worden aangepast, wat betreft inhoud, omvang en kosten. Voorafgaand aan het aflopen van de periode van drie jaar wordt de regeling door de NZa geëvalueerd om te beoordelen of deze bekostigingsstructuur passend is.

Commitment voor de lange termijn is essentieel voor zorgaanbieders, zorgkantoren, cliënten, hun sociale omgeving en de maatschappij om deze voorziening te realiseren. Daarom gaan zorgkantoren en zorgaanbieders binnen Salviq een samenwerking aan voor de langere termijn. Deze samenwerking houdt in, dat voor langere termijn zekerheid wordt geboden met betrekking tot contractering en bekostiging.

De voorzieningen gericht op LKW zullen niet direct vol zitten, wat ook niet wenselijk is, omdat de doorstroom laag zal zijn. Een instroommodel waarbij eerst de hoognodige/beschikbare capaciteit operationeel wordt en vervolgens verder wordt uitgebouwd, is daarom wenselijk. Een vorm van leegstandsvergoeding voor de opstartfase is onderdeel van de bekostiging en wordt in overleg met het zorgkantoor vastgesteld.

1.4 Indienen voorstel

Wij vragen u om bij inschrijving uw interesse kenbaar te maken en daarbij de contouren van uw plan van aanpak middels een voorstel aan te leveren. Daaronder verstaan wij tenminste:

- Het aantal plaatsen dat u wilt organiseren en op welke termijn
- Een beschrijving van de zorg die u wilt leveren en welke methodieken u wilt hanteren
- Een weergave van de betrokken zorgprofessionals/expertise
- Verwachting voor het realiseren van voldoende geschoold personeel en passende huisvesting
- Een onderbouwing van het benodigde budget om de zorgplek te realiseren (ervan uitgaande dat de structurele (zorg)kosten gefinancierd worden vanuit de reguliere prestaties in combinatie met groepsmeerzorg
- Een personele begroting, opgebouwd uit de volgende onderdelen: Functie, Fte Loonsom.
- Materiele begroting in hoofdlijn gespecificeerd naar kosten soort (4-cijferig niveau rekenschema)
- Een samenvoeging van deze onderdelen in een totaal begroting, waarin ook opslagen zijn verwerkt, kosten en opbrengsten. Deze totale begroting vertalen naar een gemiddelde dagprijs.
- Welke organisatie(s) de zorg uitvoer(t)(en)

- Wanneer en op welke locatie/ in welke zorgkantoorregio u de zorg kunt gaan leveren

1.5 Beoordelen voorstel

Op basis van de ingediende voorstellen formeren de zorgkantoren een Adviescommissie waarin die zorgkantoren zitten waarbij een door hen gecontracteerde zorgaanbieder een voorstel heeft ingediend. De commissie bestaat uit minimaal drie zorgkantoren die gezamenlijk alle voorstellen beoordelen. De adviescommissie bepaalt of de voorstellen voldoen aan de voorwaarden genoemd in deze bijlage en geeft bij voldoende interesse advies over de drie tot maximaal vier te contracteren aanbieders. Uiterlijke datum voor het indienen van een voorstel ligt op 1 september 2025. U kunt uw voorstel indienen bij uw inkoper.

Bij de afweging van de adviescommissie zijn de volgende criteria van belang:

- Mate waarin de plannen voldoen aan de alle hierboven gestelde criteria
- Kwaliteitsborging en referenties: eerdere prestaties van inschrijvers worden meegewogen.
- Financiële stabiliteit: jaarrekeningen of kredietwaardigheidsonderzoeken om continuïteit te beoordelen.
- Ervaring en expertise: ervaring met vergelijkbare projecten en bewezen deskundigheid.
- Transparantie en communicatie: aanbieders die open en helder communiceren wekken vertrouwen.
- Samenwerkingsvermogen: evaluaties van eerdere trajecten en realisatie van bestaand zorgaanbod.
- Tijdige realisatie van benodigd aanbod

De adviescommissie brengt een zwaarwegend advies uit, waar het betreffende zorgkantoor in principe aan gebonden is. Indien een aanbieder het hier niet mee eens is, verloopt dit via het contracterende zorgkantoor.

1.6 Vastlegging afspraken

Het regionale zorgkantoor waar de beoogde locatie zich bevindt, sluit de overeenkomst met de aanbieder. De afspraken over het Salviq worden als addendum toegevoegd aan de bestaande overeenkomst. Daarin staan ook de uitkomsten van overleg tussen zorgkantoor en zorgaanbieder over de bekostiging van de initiële investeringen die noodzakelijk zijn om het aanbod te starten. Het betreft dan de kosten voor specifieke aanpassingen aan de locatie, de opbouw van additionele expertise en de kosten voor een geleidelijke invulling van meerdere plekken op één locatie.