

Bijlage 10

Overzicht Gericht Contracteren GGZ

Zilveren Kruis wil gericht en specifiek aanbod inkopen voor een drietal cliëntgroepen met complexe problematiek. Dit document bevat de richtlijnen en voorwaarden voor zorgaanbieders die willen deelnemen aan 'Gericht Contracteren GGZ 2026'.

Zorgaanbieders hebben op basis van de Regiokaart Complex hiaten in het zorgaanbod in de regio in beeld gebracht en aangegeven of hier extra aanbod voor nodig is. Met 'gericht contracteren' wil Zilveren Kruis het extra aanbod faciliteren en de hiaten in het zorgaanbod daarmee opvullen. Het doel is om gezamenlijk passende zorg te realiseren voor mensen met een complexe zorgvraag, juist op die plekken waar deze nu ontbreekt. Uit de regiokaart komt naar voren dat voor 3 doelgroepen in (praktisch) alle Zilveren Kruis regio's een knelpunt bestaat. Omdat het niet altijd mogelijk is om in iedere regio dit aanbod te realiseren, zetten we deze vraag bovenregionaal uit. Het gaat om:

- | |
|---|
| A. Prikkelarm wonen |
| B. Psychiatrische verpleeghuiszorg/ wonen met intensieve somatische ondersteuning |
| C. Besloten wonen |

Wij vragen zorgaanbieders om bij inschrijving hun interesse kenbaar te maken in VECOZO indien zij voor 1 of meer van deze doelgroepen aanbod willen creëren. Daarbij kan, ook via VECOZO, een plan van aanpak aan worden geleverd. Dit kan ook later worden aangeleverd bij het inkoopteam, uiterlijk 1 september 2025. Dit plan bevat:

- De gekozen doelgroep (zie 10.1: uitwerking geprioriteerde doelgroepen).
- Een uitwerking van de thema's genoemd in het kader Gericht Contracteren (zie 10.2: kaders voor plan van aanpak).

In deze bijlage is per doelgroep het profiel, het benodigde milieu en de expertise beschreven. Bij beoordeling van het plan van aanpak toetst Zilveren Kruis in hoeverre het plan hierbij aansluit. In onderstaande tabel staan het aantal plaatsen en om welke gebieden het gaat.

De exacte omvang van de noodzakelijke capaciteit is moeilijk vast te stellen. Daarom starten we met aantallen waarvan we met zekerheid kunnen zeggen dat de behoefte regio-overstijgend bestaat. De aanbieder kan eventueel een voorstel doen voor meer plekken, indien de behoefte hieraan cijfermatig onderbouwd kan worden. De zorgaanbieder kan ook een deel van de plekken bieden.

Gebied	Prikkelarm wonen	Psychiatrische verpleeghuiszorg	Besloten wonen
West	32 plekken	12 plekken	22 plekken
Midden	31 plekken	12 plekken	28 plekken
Noord	29 plekken	12 plekken	21 plekken

- **West:** Amsterdam, Kennemerland, Zaanstreek-Waterland, Rotterdam
- **Midden:** Utrecht, 't Gooi, Almere, Flevoland, Apeldoorn, Zutphen
- **Noord:** Friesland, Drenthe, Zwolle

NB: er kunnen vanuit de regiokaart complex ook initiatieven uit de regio naar voren zijn gekomen voor andere doelgroepen dan beschreven staan in deze bijlage. Zorgaanbieders maken dit kenbaar bij het inkoopteam voor 1 juli (dit hoeft dus niet in VECOZO).

Samenhang met Langdurig Klinisch Wonen (bijlage 11)

De profielen van de clientgroepen voor Prikkelarm en Besloten wonen overlappen met elkaar en met het profiel van de landelijke uitvraag van de LKW (Langdurig Klinisch Wonen, vanaf nu Salviq). Het gaat in alle gevallen om mensen die kampen met multiproblematiek (een mix van psychiatrie, verslaving en/of LVB), echter de zorgbehoefte en/of de mate van beveiligingsnoodzaak verschilt. Bij Salviq gaat het om plekken met een beveiligingsniveau 2 of 3. Dat is niet van toepassing op de 3 doelgroepen in deze bijlage. Er is een apart traject voor Salviq wat landelijk wordt uitgezet door zorgkantoren, gericht contracteren is specifiek voor Zilveren Kruis. Het zijn dus andere plekken dan die genoemd worden in bijlage 11.

Planning:

- U maakt bij de inschrijving vanaf **1 juli** in VECOZO uw interesse kenbaar voor gericht contracteren voor een of meer van de drie doelgroepen genoemd in deze bijlage.
- We vragen u een plan van aanpak uiterlijk **1 september** aan te leveren bij uw inkoopteam.
- We bespreken uw plan van aanpak tijdens het inkoopgesprek in het najaar: **september/ oktober**.
- De definitieve selectie van initiatieven vindt plaats **voor 1 december**.

10.1 Geprioriteerde doelgroepen

A. Prikkelarm wonen

Profiel van deze cliëntgroep (kenmerken kunnen, maar hoeven niet allemaal aanwezig te zijn)

- Veelal sprake van triple problematiek: psychiatrische aandoening (vaak EPA-diagnose), verslaving én LVB/zwakbegaafdheid (IQ < 85).
- Er is altijd sprake van een combinatie van stoornissen, die zowel somatisch, psychisch als sociaal/maatschappelijk kunnen zijn. 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 (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 uit-agerend gedrag.

Kenmerken van het milieu/de context

- Prikkelarme, duidelijke en voorspelbare omgeving (buiten de wijk).
- Kleinschalige woonvoorziening afhankelijk van locatie en mogelijkheid tot clustering (max. 14 cliënten).
- Zelfstandige units om groepsspanningen te vermijden (geen groepsdruk).
- Participatie/ sociale verplichtingen in overeenstemming met (beperkte) draagkracht.
- Prikkelarme activiteiten (individuele activiteiten of rustige groepsactiviteiten).
- 24/7 zorg aanwezig.
- Maatwerk mogelijkheden afgestemd op specifieke zorg- en ondersteuningsbehoefte, geen behandeldruk.
- Samenwerking met ketenpartners (zoals gemeente, politie of reclassering) en vangnetmogelijkheden geborgd in de werkwijze en samenwerkingsafspraken.
- Middelengebruik is geen contra-indicatie (ontmoedigingsbeleid).
- Levensbestendige woningen ('vandalismebestendig').

Benodigde expertise zoals

- De basishouding van de zorgverlener draait om acceptatie van de cliënt en het kijken naar wat wél kan, vanuit het gedachtengoed van positieve gezondheid.
- Kennis van en ervaring met van mensen met ernstige multi-problematiek op alle levensgebieden.
- Vroegsignaleringsmethoden
- De-escalerend kunnen werken en omgaan met agressie.
- Beschikbaarheid AVG/psychiater vanuit multidisciplinair team.

B. Psychiatrische verpleeghuiszorg/ wonen met intensieve somatische ondersteuning

Profiel van deze cliëntgroep (kenmerken kunnen, maar hoeven niet allemaal aanwezig te zijn)

- Leeftijd over het algemeen 50+.
- De somatische zorgvraag is groter dan de begeleidingsvraag (zorgprofiel W4).
- Naast de somatische hulpvraag is sprake van een complexe combinatie van stoornissen, die zowel psychisch als sociaal/maatschappelijk kunnen zijn.
- Triple-problematiek (LVB, GGZ en verslaving).
- Gebruik van middelen is aanwezig.

Kenmerken van het milieu/de context

- Er zijn 24/7 medewerkers met een zorgopleiding aanwezig.
- Rolstoeltoegankelijke voorziening, zelfstandige woonruimtes.
- Qua gebouw is er rekening gehouden met minder mobiele cliënten. (Bijvoorbeeld: grootte van kamer geeft mogelijkheid tot gebruik van hulpmiddelen, bredere deuropeningen zodat er rolstoelen doorheen passen, lift aanwezig).
- Veel nabijheid om toenemende onrust en angst zoveel mogelijk vroegtijdig te signaleren.
- Beschikbaarheid verslavingsexpertise vanuit het multidisciplinaire team.
- Participatie/ sociale verplichtingen in overeenstemming met (beperkte) draagkracht.
- Maatwerkmogelijkheden: zorg en begeleiding afgestemd op specifieke zorg- en ondersteuningsbehoefte.
- Samenwerking met ketenpartners (waaronder gemeente, politie en reclassering) en vangnetmogelijkheden geborgd in de werkwijze en samenwerkingsafspraken.
- Gericht op wat nog wel kan, behoud van vaardigheden.
- Mogelijkheid bestaat om op indicatie besloten zorg te leveren.

Benodigde expertise zoals

- Verpleegkundigen en verzorgenden zijn een onderdeel van het begeleidings-/ zorgteam.
- De basishouding van de zorgverlener draait om acceptatie van de cliënt en het kijken; naar wat wél kan, vanuit het gedachtengoed van positieve gezondheid.
- Kennis en ervaring van mensen met ernstige multiproblematiek op alle levensgebieden.
- AVG/psychiater/ SO vanuit multidisciplinair team.
- Nauwe samenwerking met huisarts.
- Vroegsignaleringsmethoden.
- De-escalerend werken.
- Balanceren tussen gevoel van eigen autonomie tot overname zorg indien nodig.

C. Besloten wonen

Profiel van deze cliëntgroep (kenmerken kunnen, maar hoeven niet allemaal aanwezig te zijn)

- Veelal sprake van triple problematiek: psychiatrische aandoening (vaak EPA-diagnose), verslaving én LVB/zwakbegaafdheid (IQ < 85).
- Hoge mate van therapieresistentie.
- Behoeft aan een beschermde en besloten woonomgeving omdat bij ontbreken van deze structuur en nabijheid teloorgang, verwaarlozing en toename middelengebruik snel tot stand komt.

- Veelal voorgeschiedenis van langdurige klinische opnames, vaak bij meerdere instellingen.
- Ernstige gedragsproblematiek (in het verleden en bij acute ontregeling):
 - Impulsregulatieproblemen, agressie, psychose,
 - Automutilatie, suïcidaliteit,
 - Seksueel ontremd gedrag of risico op misbruik,
 - Ernstige zelfverwaarlozing of desorganisatie.
- Forse belemmering in dagelijks functioneren, veelal geen perspectief op zelfstandig wonen.
- Vallen tussen wal en schip bij reguliere GZ- of GGZ-woonvoorzieningen.
- Complexe somatische co morbiditeit is frequent aanwezig.

Kenmerken van het milieu/de context

- Besloten woonvoorziening met intensieve woonbegeleiding met behandeling.
- Integratie van wonen en zorg: 24-uurs woonbegeleiding i.c.m. laagdrempelige aanwezigheid van behandelaren (psychiater, SPV, GZ-psycholoog). Dit kan eventueel integraal geïntegreerd zijn, maar kan ook georganiseerd worden binnen een FACT -team. Hierbij is de intensiteit en nabijheid wel veel groter dan de FACT-richtlijnen voorschrijven.
- Zeer voorspelbare dag structuur, gericht op stabiliteit, vertrouwen en het bieden van een 'thuis'.
- Woonomgeving huiselijk ingericht, inclusief gezamenlijke keuken, inloopruimte en bijvoorbeeld een prettige tuin.
- De doelgroep is kwetsbaar en het is zeer wenselijk om snel te kunnen opschalen naar klinische zorg. Vaak voldoet de crisis dan nog niet aan de spoedopname criteria, maar heel laagdrempelig kunnen opnemen is wel vereiste om ook de woonlocatie de veiligheid te kunnen bieden bij de begeleiding van deze cliënten.
- Langdurige en duurzame woonplek met nadruk op behoud van woonsituatie, niet op uitstroom. Niet meer hoeven te verhuizen is het vertrekpunt.
- WvGGZ-maatregelen zijn integraal onderdeel van de woon- en begeleidingsplannen.
- Team werkt met methodiek en gedragsstrategieën die ontwikkeld zijn vanuit jarenlange klinische ervaring met de doelgroep. Deze staan bijvoorbeeld vormgegeven in de signaleringsplannen.
- Mogelijkheid tot interne dagbesteding en samenwerking met externe partijen voor verdere invulling. Focus op dagbesteding staat voorop en vormt een belangrijk onderdeel van de dagelijkse structuur.
- Controle op middelengebruik (BAC/urinecontrole), medicatie-inname onder toezicht.
- Woonvorm als "kliniek in de wijk" (ambulante zorg met klinische nabijheid).

Benodigde expertise zoals

- Bejegening en benadering vanuit gelijkwaardigheid, veiligheid en acceptatie.
- Methodisch werken met individuele begeleidingsplannen, herstelgerichte zorg en structuur.
- Interprofessionele samenwerking en korte communicatielijnen tussen wonen en behandelen.
- Kennis van LVB en zwakbegaafdheid, met aandacht voor disharmonisch intelligentieprofiel.
- Kennis van rouw, verlies, trauma en hechtingsproblematiek.
- Psychofarmacologie en begeleiding bij medicatie-inname.
- Begeleiding bij verslavingsproblematiek (controle, preventie, omgaan met terugval).
- Ervaring met en uitvoering van WvGGZ-maatregelen in een woonsetting.
- De-escalatie en agressieregulatie-technieken.
- Specialistische GGZ-behandeling gericht op EPA (schizofrenie, bipolair, PTSS, OCD) is beschikbaar vanuit nauwe samenwerking met een GGZ behandelpartij.

10.2 Kaders voor indienen plan van aanpak 'Gericht Contracteren 2026'

Deze bijlage geeft aan hoe u uw initiatief beschrijft in een plan van aanpak

Het plan van aanpak bevat:

- De doelgroep waar het aanbod voor gerealiseerd wordt.
- Het aantal plekken.
- Planning realisatie nieuw aanbod.
- Wijze van realisatie (bijvoorbeeld verbouwing, organiseren vastgoed en inrichting, opleiding en beschikbaarheid en/ of werving personeel).
- De locatie van het nieuwe aanbod.
- Een business case waarin ook de totale benodigde financiering inzichtelijk is, en het bedrag dat aangevraagd wordt vanuit het budget gericht contracteren.

Voor vragen over het plan van aanpak kan contact worden opgenomen met het inkoopteam.

Aanvullende informatie met betrekking tot gericht contracteren

1. Financieringsmogelijkheden

Gericht Contracteren biedt incidentele, tijdelijke en een eenmalige financiering van *opstartkosten* die bijdragen aan de realisatie van nieuwe zorgplekken. Structurele zorgkosten vallen onder de reguliere vergoedingen. Uitgangspunt is co-financiering. **Financiering is onder andere mogelijk voor:**

- Verbouwingkosten
- Scholing en opleiding van personeel
- Inhuur van specialistisch personeel
- Inzet van een projectleider
- Kosten voor leegstand (tot maximaal 50 procent en voor een periode van maximaal zes maanden)

2. (Financiële) kaders

- Uitbetaling van budget gebeurt op basis van afspraken met Zilveren Kruis.
- Kosten blijven binnen het 100 procent NZa-tarief van de kassier.
- Budget wat is uitgekeerd en niet benut door de zorgaanbieder wordt teruggevoerd naar de contracteerruimte.
- De zorgaanbieder beschikt over een meerjarige overeenkomst met het zorgkantoor.