

## Nota van Inlichtingen bij bestuurlijk aanbesteden regio Lekstroom

Voorstellen en reacties op stukken fysieke overlegtafel 14 juli 2015

Voorstel aanbieders	Reactie Lekstroom
<p>Psychologenpraktijk Nieuwegein (reactie op de stellingen van 2 juli 2015) <i>In 'vet' staat de stelling, daaronder de reactie van Psychologenpraktijk Nieuwegein.</i></p> <p><b>Een deel van de inzet van de basis jGGZ kan worden overgenomen door het lokale team</b> <b>In 2014 heeft het Zorginstituut Nederland besloten dat de GGZ alleen psychiatrische stoornissen mag behandelen. In 2015 staan we toe dat psychologen binnen de basis jGGZ ook aanpassingsstoornissen behandelen (o.a. problemen door echtscheidingen, overlijden). De vraag is of deze problemen ook behandeld kunnen worden door schoolmaatschappelijk werk of de Praktijk ondersteuner van de huisarts (POH). Welke stoornissen willen we behandelen via de basis jGGZ en wat kan het lokale team oppakken (schoolmaatschappelijk werk)?</b></p> <p>Wij zijn erg blij met de ontwikkeling dat wij binnen onze praktijk nu ook aanpassingsstoornissen en problemen met zelfbeeld mogen behandelen omdat we daarmee ook kunnen voorkomen dat de problemen zich in de toekomst in heftiger vorm aandienen (en er dus een stoornis wordt ontwikkeld). Wij denken dat een deel van de aanpassingsstoornissen ook door de schoolmaatschappelijk werker of de POH-GGZ kan worden behandeld. Het onderscheid ligt in de heftigheid, complexiteit en hardnekkigheid van de problemen, maar dit is vrij moeilijk te concretiseren. Bij cliënten waarbij het meer gaat om het hebben van een klankbord, gedrag spiegelen en voornemens voor verandering formuleren, zou ook het lokale team dat op kunnen pakken. Bij cliënten waarbij het gaat om een diepergaande gedragsverandering en aanleren van strategieën of waarbij bijvoorbeeld EMDR ingezet kan worden, is hulp van een psycholoog noodzakelijk. Wanneer sprake is van een DSM-stoornis (bv. ADHD, ASS) en (opvoed)ondersteuning nodig is op school en/of thuis, kan dit mogelijk ook worden opgepakt door het lokale team. Dit zou ons inziens ook naast een traject bij een psycholoog kunnen bestaan. De verschillende disciplines kunnen elkaar daarin goed aanvullen en versterken.</p> <p><b>Het lokale team heeft in alle trajecten de regie vanaf de start van de zorg</b> <b>De uitgangspunten 1 gezin, 1 plan, wordt hierdoor beter bereikt. Hoe gaan we hierbij om met kinderen met enkelvoudige jGGZ problemen, in relatie tot privacy, indien de huisarts doorverwijst?</b></p> <p>Wij zijn er voor dit in overleg met en na toestemming van de cliënt te doen (ook conform privacywetgeving). In de praktijk geven de meeste cliënten toestemming voor het doorspelen van gegevens. Wij zijn gewend bij de start en bij afsluiting van een traject een korte brief naar de huisarts te sturen. Deze zou – na toestemming van de cliënt- ook naar het lokale team verzonden kunnen worden.</p>	<p>Wij nemen uw reactie op de stellingen mee bij de uitwerking van de product 'diagnose' en 'behandeling'.</p>

**Kwaliteit en capaciteit voor nazorg lokale teams**

**Wanneer er veel meer en sneller door aanbieders wordt afgeschaald naar de lokale teams is het van belang dat de lokale teams daar goed op voorbereid zijn (wie is het aanspreekpunt voor aanbieders, wat is er nodig volgens aanbieders, etc.).**

Mee eens

**Gemeenten kunnen naast het lokale team meer middelen inzetten voor nazorg**

**Gemeenten meer investeren in kwaliteit en capaciteiten bij de lokale teams om werk te maken van het goed invullen van nazorgtrajecten. Hierbij is het ook van belang dat er een koppeling wordt gelegd met preventieve activiteiten (denk aan jeugdwerk, sport, maatjesprojecten, etc.)**

Heel goed

**Experimenteren met nazorg door lokale teams en aanbieders gezamenlijke aanpak**

**Lokale teams en aanbieders moeten komend jaar de ruimte krijgen om rondom concrete casuïstiek ervaringen op te doen rondom het tijdig en op de juiste wijze afschalen.**

Goede zaak, doen we graag aan mee.

**Reactie Psychologenpraktijk Nieuwegein op Vragen t.a.v. behandeling en diagnose – overleg 14-7-2015**

**Vragen voor overlegtafel: Diagnose**

**Waar eindigt consultatie, en wanneer start screening t.b.v. diagnose? En moet screening benoemd worden bij het product diagnose?**

Voor ons is deze vraag niet duidelijk. Het antwoord is afhankelijk van wat onder consultatie wordt verstaan. Valt hier overleg met een verwijzer onder of ook het daadwerkelijk zien van een cliënt om vervolgens een advies te geven over het vervolg? Indien het laatste het geval is, dan lijkt consultatie ons altijd een vorm van screening. Bij een diagnostiek traject wordt vaak eerst een intakegesprek gedaan, wat een eerste screening is. Wat ons betreft hoeft screening niet als een losstaand iets te worden benoemd.

NB: We gaan er van uit dat met “diagnose” “diagnostiek” wordt bedoeld, dit is hoe wij het geïnterpreteerd hebben. Dit geldt ook voor onderstaande vragen.

**Wat is de ervaring met handelingsgerichte diagnostiek voor deze productcategorie? Aansluiting Transformatie doelstellingen.**

Veel van de punten uit de handelingsgerichte diagnostiek zijn verwerkt in onze aanpak, zeker in de intakefase. Wij zijn kritisch of de client bij ons aan het juiste adres is en of onderzoek nodig is. Ook wordt er aandacht besteed aan de wensen, verwachtingen en hulpvraag van ouder en kind. Ook positieve kanten, ondersteunende factoren vanuit de omgeving en eigen verklaringen en oplossingen die de hulpvragers zelf al hebben uitgeprobeerd/gevonden komen aan de orde.

Onze ervaring is dat bij een groot deel van onze cliënten alleen het intakegesprek (en eventueel aanvullend een tweede gesprek, bv afname van uitgebreidere anamnese) voldoende is om genoeg achtergrondinformatie te hebben om te kunnen starten met behandeling. Testdiagnostiek wordt gericht en met een duidelijk doel ingezet.

**Op welk moment kan een sociaal team ervoor kiezen om enkel de diagnose als instrument in te zetten?**

Onze ervaring is dat soms alleen testdiagnostiek, met wel goede advisering er aan vast, het kind en de omgeving helderheid verschaft en daarmee ook voldoende koers kan geven voor de verdere aanpak (evt met ondersteunende hulp buiten de GGZ). Daarbij gaat het vaak om onderzoek naar ontwikkelingsstoornissen, bijvoorbeeld ADHD.

**Is het wenselijk om een maximum bedrag gaan geven voor een diagnose en voor de basis behandeling?**

Dat lijkt ons zeker wenselijk omdat daar ook een prikkel van uitgaat om het voor dat bedrag te doen. Tegelijkertijd zou het fijn zijn als daar in overleg met het sociale team wel uitzonderingen op mogelijk zijn.

**Vragen voor overlegtafel 14 juli: Basis en Specialistische behandeling**

**Op welke wijze kan diagnose voor stoornissen mogelijkerwijs gekoppeld worden aan het product basis ggz jeugd?**

Diagnostiek is ons inziens ook mogelijk binnen de Basis GGZ. Veel medewerkers zijn daar voldoende voor gekwalificeerd. Tot nu toe was een praktische belemmering dat 750 minuten (intensief product) vaak ontoereikend is voor een uitgebreid onderzoek (en ook nog behandeling). Deze minuten-eis zou natuurlijk verruimd kunnen worden.

**Is de UMAMI prestatie voldoende verwerkt wanneer de toelichting stelt: ‘En het gaat ook om de groep jeugdigen met ernstige maar stabiele psychische problematiek (zoals angststoornis en depressie) die geen gespecialiseerde behandeling, maar wel een langdurige monitoring nodig hebben.’**

Het is nog wel interessant om na te gaan wanneer bij deze jeugdigen gekozen wordt voor monitoring door Basis-GGZ, door Specialistische GGZ of door andere hulpvormen.

**In hoeverre kan een sociaal team inspringen bij deze vorm van zorg? Wat vooraf en wat bij de nazorg?**

Vooraf een goede inschatting of de problematiek wel of niet binnen de GGZ behandeld moet worden. Bij sommige cliënten moet de vraag om hulp juist afgeremd worden en wat lager ingezet, bij andere cliënten is het nodig dat er direct “doorgepakt” wordt. Het is moeilijk te concretiseren hoe deze inschatting gemaakt moet worden. We zouden wel willen proberen om dit bijv. samen met het sociale team nog verder te

verhelderen, want dit is natuurlijk wel iets dat we lange tijd zelf hebben gedaan.  
Tijdens de zorg is betrokkenheid van het sociaal team zinnig als een deel van de zorg elders ondergebracht kan worden (bijv. ouderbegeleiding). Ook bij overleg met externe betrokkenen bijv. school is gewenst dat het sociaal team inspringt. Het sociaal team zou ons inziens ook kunnen fungeren als sparring –partner als er onduidelijkheid is over de koers die gevolgd moet worden.

Bij nazorg is het sociaal team belangrijk in het meedenken over evt. andere vormen van hulp die nog ingezet zouden moeten worden. De contactpersoon van het sociale wijkteam is de plek waar mensen aan kunnen kloppen als het onverhoopt toch niet goed gaat. Wellicht kan ook met sommige cliënten afgesproken worden dat de contactpersoon na een afgesproken tijd een “check-up” doet.

**Op welke wijze worden ouders betrokken? Is de begeleiding van ouders een onderdeel van dit product?**

Ouders worden altijd betrokken. Waarbij variatie mogelijk is van vrijwel alle gesprekken alleen met ouders tot vrijwel alle gesprekken alleen met het kind. Vaak zijn ouders iets meer op afstand naarmate het kind ouder is, maar daarin wordt altijd de afstemming gezocht.

**Welke kwaliteitseisen moeten de medebehandelaars hebben?**

Dat ligt eraan wat de medebehandelaar doet. De enige ervaring die we hiermee hebben is dat er bij onze praktijk ook een basispsycholoog werkt onder supervisie van een GZ-psycholoog. Daarmee is voor ons de kwaliteit zeker gewaarborgd.

**Op welke wijze ondervangen we behandeling door jeugdhulpaanbieders in producten? En waar spreken we dan over, welke vormen van behandeling en uitgangspunten o.a. op kwaliteit en aanpak.**

De producten zoals die nu bestaan binnen de Basis GGZ ervaren wij als belemmerend. Wij zouden graag flexibel kunnen switchen tussen een kort, middel en intensief product en ons niet vantevoren vast willen leggen op het aantal minuten omdat dit in de praktijk heel vaak anders gaat dan je denkt (soms minder sessies nodig, soms meer). Dus graag het onderscheid tussen deze producten afschaffen. Om te bewaken dat er niet alleen (te) lange trajecten worden gedaan, kan de gemeente wel afspraken maken over een soort gemiddeld minutenaantal over alle cliënten waar onder gebleven moet worden.

Vanwege de privacy van de cliënten hebben wij bezwaar tegen producten die gekoppeld zijn aan soort problematiek, omdat daarmee ook inhoudelijke informatie naar de gemeente (backoffice) gaat. Bovendien zijn er naast de classificatie ook andere factoren die van invloed zijn op de benodigde hulp.

Waarborging van kwaliteit en aanpak zit ons inziens eerder in eisen aan bijv. inzet van gekwalificeerd personeel, evidence-based behandeling, ROM-afname en cliënttevredenheid.

**Is het wenselijk dat psychologen mogen schrijven op specialistische behandeling?**

De vraag is ons niet helemaal duidelijk, maar het lijkt ons evident dat een psycholoog niet “als eenling” een specialistische behandeling doet. Een kenmerk van specialistische zorg is dat er sprake is van complexe problematiek en een verhoogd risico, dan is inbedding in een multidisciplinair team gewenst. Als onderdeel

<p>van zo'n team (gesuperviseerd) zou de psycholoog wel specialistisch mogen behandelen.</p> <p><b>Reactie Psychologenpraktijk Nieuwegein op Deelovereenkomst 1 – overleg 14-7-2015</b></p> <p>Artikel 6: 3 en 4  Is toestemming nu wel of niet verplicht?. <b>Beide artikelen dienen te luiden als volgt:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indien aanbieder bij het opstellen en uitvoeren van het doelenplan samenwerkt met zorgaanbieders die <b>geen basisovereenkomst</b> hebben gesloten hebben met opdrachtgever, dan wordt dat beschouwd als onderaanneming, waarvoor <b>toestemming van opdrachtgever verplicht</b> is.</li> <li>2. Indien aanbieder bij het opstellen en uitvoeren van het doelenplan samenwerkt met zorgaanbieders die <b>een basisovereenkomst</b> hebben gesloten hebben met opdrachtgever, dan wordt dat beschouwd als onderaanneming, waarvoor <b>toestemming van opdrachtgever niet verplicht</b> is.</li> </ol> <p>Artikel 8  Kan concreter gemaakt worden in wat voor soort scenario deze boeteclausule in werking kan treden?</p> <p>Artikel 16  In de raamovereenkomst die wij nu getekend hebben met de gemeente is vastgelegd dat de bijdrage aan Social Return van toepassing is voor opdrachtnemers met een omzet van meer dan 100.000 euro. Graag zouden we dat ook in deze deelovereenkomst terugzien.</p>	<p>Hier is een schrijffout in gesloten. In de tekst hier links is een aanpassing doorgevoerd in rood. Deze wordt ook verwerkt in de overeenkomst.</p> <p>We hebben de boeteclausule verwijderd uit de overeenkomst.</p> <p>Overgenomen.</p>
<p>Orthopedagogische Psychologische praktijk Heeroma  Psychologisch Pedagogisch Adviesbureau Houten</p> <p><b><u>Deelovereenkomst consultatie, diagnostiek, begeleiding, behandeling verblijf (gedownload versie 11-7-2015)</u></b></p> <p>Algemeen: het lijkt een eenzijdige overeenkomst te zijn met bijna alleen verplichtingen en consequenties voor de aanbieder.</p> <p><u>Art.1 Begrippen</u>  Punt 2d: “lokaal wijkteam van professionals met generalistische kennis” : in sommige gemeenten zit er geen GZ psycholoog, Orthopedagoog generalist NVO, K&amp;J psycholoog NIP in het team. Deze registraties borgen kwaliteit , voor de herregistraties moet er voldoende nascholing, intervisie, supervisie gevolgd worden. In de voetnoot wordt gesproken over een gelijksoortig team dat de toegang bepaalt: wat betekent deze zin, wat voor een gelijksoortig team zou dat kunnen zijn, waar moeten we dan aan denken. Dit kader is zo niet transparant.</p>	<p>Dit is ook geconstateerd aan de overlegtafel, de overeenkomst is hierop aangepast.</p> <p>In die gevallen zal het lokale team sneller moeten doorverwijzen naar specialisten buiten het lokale team.</p>

<p><u>Art 3 Opdracht</u> Punt 2: het terugstorten van PGB/zorg die onder aanvullende zorgverzekering valt: het is voor zorgverleners in het huidige veld onmogelijk om per verzekering (&gt;meer dan 1000 verschillende polissen!!) te kunnen overzien wat wel en niet binnen de aanvullende zorgverzekering wordt vergoed. Voorstel: in geval dat er sprake is van dubbele dekking, verhaalt de gemeente de kosten op de zorgverzekering van de cliënt/PGB van cliënt.</p> <p><u>Art 4 Aanvang en duur overeenkomst</u> punt 6: betekent dit dat dan ook vanuit de opdrachtgever de voorwaarden blijven bestaan, bv betaling.</p> <p><u>Art 5 tarieven</u> Punt 1: betekent dit dat er een urenplafond per jaar wordt afgesproken? Hoe moeten we dit zien?</p> <p>Punt 2: Wat wordt er bedoeld met bijkomende kosten, welke kosten/activiteiten vallen daar wel/niet onder?</p> <p>Punt 3: vrij van BTW en tegelijkertijd inclusief BTW: Hoe kan dat? Hoe moet dit gelezen worden?</p> <p>Punt 4: als de tarieven zodanig naar beneden worden bijgesteld bij verlenging van de overeenkomst, kan de aanbieder dan de overeenkomst eenzijdig ontbinden? In artikel 11 staat dat het kan, klopt dat? Op grond waarvan gebeurt de verdeling van het budget?</p> <p><u>Art 6 samenwerking</u> Punt 3: Geldt dit punt alleen als er uitbetaling door aanbieder aan niet gecontracteerden plaats vindt of ook bij samenwerking waarin ieder zelf declareert? Zo er wordt vaak samengewerkt met fysiotherapeuten&gt; die vallen buiten de contracten met de gemeenten en brengen zelf hun diensten in rekening bij zorgverzekering of cliënt. Punt 3 en 4 zijn strijdig met elkaar. Is toestemming voor onderaanneming wel of niet verplicht?</p> <p>punt 7: Moet de contactpersoon van de inwoner altijd iemand van het jeugdteam zijn? Als dit bij alle beslissingen moet, gaat de professionele autonomie verloren. Als GZ- psycholoog zijn we</p>	<p>Voorstel neemt Lekstroom niet over</p> <p>ja</p> <p>Enkel de met het sociaal team afgesproken eenheden kunnen in rekening worden gebracht. Zie ook artikel 7.1</p> <p>Het betreft <u>alle</u> bijkomende kosten die zorgverlener rekent</p> <p>Dit punt is aangescherpt.</p> <p>Als de tarieven na verlaging niet meer acceptabel zijn voor een aanbieder, kan deze de overeenkomst inderdaad ontbinden. We stellen in de bestuurlijke aanbesteding in overleg met aanbieders de tarieven per product vast. Er komen dus geen budgetgaranties meer per aanbieder, die zijn er alleen in 2015.</p> <p>Dit punt geldt alleen als de gemeente de rekening moet betalen.</p> <p>Betreft een schrijffout. Wordt aangepast in de overeenkomst. Achtergrond van deze bepaling is het uitgangspunt van 1 gezin, 1 plan. We begrijpen</p>
---	---

<p>bevoegd en bekwaam om zelfstandig te handelen, herregistratie is borging van kwaliteit. Het betekent <b>extra tijd en extra kosten als er voor bijna iedere beslissing overlegd moet worden met het sociaal team</b>. Bovendien is dat naar de cliënt geen goed signaal en betekent dit vertraging in het proces. Een aantal cliënten ervaart het nu al als onbegrijpelijk en bedreigend dat het verhaal van hun kind met het sociaal team (gemeente) overlegd moet worden (“we zijn toch nu hier, waarom moet iemand anders zich er dan ook mee bezig houden?”). Als alle beslissingen met het sociaal team moeten worden overlegd is er geen sprake meer van professionele autonomie van de aanbieder en ook geen sprake van een autonome relatie met de cliënt. Hoe zit dat met het vrijgevestigd zijn cq dienstverband als er nauwelijks nog autonomie in handelen meer kan zijn? Overleg met het sociaal is vanzelfsprekend als er sprake is van multi problem gezin of meerdere hulpverleners rond een gezin.</p> <p>Wat is de rol van de huisarts nog in deze, bijvoorbeeld als de verwijzing via de huisarts is verlopen en de cliënt in een behandeltraject zit. Het zou onnodig tijd kosten als het sociaal team dat de cliënt niet kent, zich hierin moet gaan verdiepen.</p> <p>punt 6 en 7 neigen naar een arbeidsrelatie tussen aanbieder en opdrachtgever.</p> <p>punt 9: wanneer wordt dat nodig geacht, kunnen hier voorbeelden van gegeven worden?</p> <p><u>Art 7 facturering</u></p> <p>Punt 2: wat is een verplichtingsnummer?</p> <p>Punt 4: het in rekening brengen van kosten is niet te rijmen met een onderlinge relatie die opdrachtgever en aanbieder moeten hebben. Gezien de vele onduidelijkheden die er steeds bestaan over de facturatie, de problemen bij bv Vecozo, is het niet altijd redelijk om de kosten bij de aanbieder in rekening te brengen, ook de aanbieders maken nu al extra kosten en extra uren, ook in de informatievoorziening naar de gemeenten. Door samen te werken wordt het een win-win situatie.</p> <p>punt 5: betekent dit dat de facturatie net als nu pas na afloop van behandeling van een traject kan plaatsvinden? We hadden eerder begrepen dat de verrichtingen per maand gefactureerd kunnen gaan worden.</p> <p>Punt 6: hoewel we met elkaar anders zouden willen, is er administratief nog steeds een overgangssituatie, denk aan VECOZO, software administratieprogramma's en de aansluiting op VECOZO, etc. de 12 weken kunnen het komende jaar mogelijk nog kort zijn, is daar coulance als de nieuwe manier van facturering toch langzamer gaat dan iedereen wil?</p> <p><u>Art 14 privacy</u></p> <p>Hierin staan alleen de voorwaarden voor de aanbieders, het lijkt ons dat ook aan de kant van de opdrachtgever hier artikelen in worden opgenomen voor de door aanbieders aan de opdrachtgever aangeleverde gegevens.</p>	<p>heel goed wat u hier aangeeft, en nemen dit mee bij de uitwerking.</p> <p>Dit wordt aangescherpt Betreft zorgverlening op locatie van de sociale teams</p> <p>Voor de opdracht heeft de Lekstroom een financiële verplichting aangemaakt. De gemeente heeft dit nummer nodig om facturen te betalen.</p> <p>We gaan er vanuit dat de problemen rond facturering en Vecozo in 2016 verholpen zijn.</p> <p>We willen toe naar maandfacturen. Dit moet inderdaad worden aangepast in de tekst.</p> <p>In dat geval gaan we in overleg om te kijken welke oplossingen werkbaar zijn.</p> <p>Is aangepast in de overeenkomst.</p>
---	---

<p><u>Art 15 duurzaamheid</u> Wat kan hierbij verwacht worden?</p> <p><u>Art 16 social return</u> Hoe moeten we dit zien bij kleine aanbieders? 5% van de omzet voor social return, gezien alle andere kosten die het contract al met zich meebrengt voor de aanbieders, lijkt dit voor de kleinere aanbieders een flinke financiële belasting te zijn die niet uitvoerbaar is, ook niet in praktische zin met bv werkruimtes, vaak wordt er één kamer gehuurd binnen een zorggebouw. Kleinere aanbieders kunnen geen werklozen etc in dienst nemen, bovendien moeten mensen die aangenomen worden voldoen aan bepaalde eisen en de privacy van de cliënten kunnen waarborgen. Alle activiteiten die ervoor ondernomen moeten worden staan in geen relatie tot het aantal uren dat gewerkt wordt. Wij pleiten ervoor om dit artikel alleen voor instellingen te laten gelden.</p> <p><u>Art 17 Overleg en evaluatie</u> Punt 1: wat wordt bedoeld met 'stabiele levering van zorg wordt kwetsbaar'? Wanneer wordt de levering van zorg als kwetsbaar gezien? In hoeverre wordt hier met seizoenen rekening gehouden (er zijn in ons vak duidelijk verschillen in seizoenen, bv in de zomervakantieperiode kan de periode langer dan 63 dagen zijn, naast de vakantie van de aanbieder, ook doordat de aangemelde cliënt niet beschikbaar is in die periode (even een voorbeeld van een werkdag gisteren (=eerste vakantiedag van kinderen en jongeren): 2 cliënten waren door de vakantie hun afspraak vergeten, ook ouders zeggen in de vakantie vaak afspraken op het laatste moment af of willen dan geen intake).</p> <p><u>Art 19 rapportage</u> Algemeen: zowel voor instellingen, maar zeker ook voor vrijgevestigden vraagt alle rapportage, verantwoordingen en administratie en controles een grote inzet van uren en geeft grote werkdruk. Als vrijgevestigden hebben we tot nu toe de overhead en dus de kosten altijd laag kunnen houden&gt; zorg dichtbij en goedkoop, voor de gemeenten zou dit erg gunstig kunnen zijn. Op dit moment is de overhead steeds groter aan het worden zonder dat het betere zorg oplevert. Dat toegenomen controles en verantwoording betere zorg zouden opleveren of meer beheersing van kosten, wordt vanuit diverse bronnen steeds vaker ontkracht. Punt 1: wat als ouders een OPT Out verklaring tekenen voor aanbieden gegevens aan DIS? Binnen de GGZ geldt de OPT OUT verklaring van cliënt als reden voor niet aanleveren aan DIS (zie NZA). Wordt aanleveren aan DIS ook onder dit punt bedoeld? Punt 3: hier gaat het om ROM en benchmark. Welke instrumenten moeten gebruikt gaan worden, is dat bekend voor het tekenen van de overeenkomst? Welke vergoeding voor gebruik van deze instrumenten is er, er is immers geen vrije keus van instrument? Punt : bijlage 4 ontbreekt.</p>	<p>Gemeenten hebben hier geen beleid voor ten aanzien van aanbieders van jeugdhulp, dus verwachten we geen specifieke bepalingen.</p> <p>In de volgende versie van de overeenkomst wordt een minimale omzet van € 100.000 genoemd</p> <p>Met kwetsbaar wordt bedoeld dat de zorg wellicht niet meer geleverd kan worden. De termijn van 63 dagen is vooral van belang bij aanbieders met wachtlijsten, en niet in gevallen dat ouders zelf ivm vakantie besluiten om de behandeling uit te stellen.</p> <p>Wij erkennen dat de administratieve werkdruk hoger is geworden en gaan met aanbieders na in hoeverre we deze kunnen verlagen.</p> <p>Wij weten niet wat wordt bedoeld met DIS. Voor het afhandelen van facturen vragen wij gegevens over BSN van de jeugdigen. Er komt geen vergoeding hiervoor, maar regio Lekstroom zal hiervoor aansluiten bij landelijke ontwikkelingen. De bijlagen worden in een volgende versie</p>
--	---



<p><u>Art 20 verantwoording</u>  Punt 1: de kosten hiervoor staan niet in verhouding tot de omzet. Een dergelijk specifieke accountantscontrole kost veel meer dan een meer algemene accountsverklaring. Wat wordt bedoeld met 'zorgsoort'? betekent dit dat er een accountantsverklaring per zorgsoort moet komen ipv over de totale omzet?</p> <p>Punt2: het contract geldt voor 2016, wat heeft de jaarrekening van 2015 hiermee van doen?</p> <p><u>Art 21 materiële en inhoudelijke controle</u>  Punt 2: wat wordt bedoeld met de aanbieder moet zorgen dat de dossiers toegankelijk zijn? Betekent dit dat de opdrachtgever op ieder moment met of zonder motivatie de dossiers mag inzien? Dit staat haaks op de gelende beroepscode en het medisch beroepsgeheim waar BIG geregistreerden aan gebonden zijn. Deze kwestie wordt ook voorgelegd bij de beroepsverenigingen.  Punt3: hierbij staat niet vermeld onder welke voorwaarden dit mag gebeuren.</p> <p><u>Art 22 intellectueel eigendom</u>  Wat moeten we ons hierbij voorstellen? Betekent dit dat als een aanbieder een bepaalde behandelmethodede ontwikkelt, de opdrachtgever deze voor onbepaalde tijd zelf kan (laten) gebruiken of door andere aanbieders kan laten gebruiken? Zo ja, dan hoeft het eerste deel van de zin niet vermeld te worden.</p> <p><u>Art 27 Beëindiging van zorg</u>  Punt 3: Wordt hiermee bedoeld dat bijvoorbeeld tijdens een traject binnen de G-BGGZ geen psychiater diagnostisch onderzoek kan doen? Als dat zo is, zou het betekenen dat er niet tussen de lijnen door gewerkt kan worden en cliënten eerder in de duurdere S-GGZ terecht komen.</p> <p>Punt 6: wie is dan de opdrachtgever, is deze gebonden aan een beroepscode/beroepsgeheim?  Algemeen: is het niet simpeler om de melding van afronding te doen aan de verwijzer/indicatiesteller (dus huisarts of sociaal team jeugd)?</p> <p><u>Artikel 29 Kwaliteit</u>  Punt 1: vrijgevestigden leveren geen crisis hulp. Daarvoor wordt via de huisarts naar de crisisdienst verwezen . Wat zijn de kwaliteitscriteria waar over gesproken wordt?</p> <p>Punt 3: <i>"Indien het verbetertraject binnen 2 maanden geen resultaat heeft, dat wordt aanbieder geacht niet aan de bepalingen van de deelovereenkomst te voldoen. Artikel 11 lid 3 is onverkort van toepassing" &gt; hoe</i></p>	<p>toegevoegd.</p> <p>We zijn met u eens dat de kosten voor accountscontrole hoog zijn, en we zijn hierover in overleg met onze accountant. Deze bepalingen hebben we namelijk opgenomen omdat onze accountant hierom vraagt. Het gaat om de totale omzet, in 2016.</p> <p>Klopt, wij zullen dit in de overeenkomst toevoegen.</p> <p>Is aangepast in het contract.</p> <p>Het artikel heeft betrekking op de situatie dat een jeugdige helemaal overgaat naar een andere behandelaar, niet als tussentijds een onafhankelijke diagnose wordt gesteld door een psychiater.  De rekening voor de behandeling gaat naar de gemeente, om die reden moet de gemeente worden geïnformeerd.</p> <p>Deze worden verwerkt bij het product, het gaat er o.a. om dat de aanbieder in staat is om 24 uur per dag hulp te bieden.  Hierbij wordt absoluut rekening gehouden met de situatie van de jeugdige. We willen</p>
---	--

<p><i>moeten we dit lezen? Wordt hier bedoeld dat wanneer tijdens een behandeltraject, bij ernstige problematiek, niet genoeg verbetering meetbaar is, dat er dan vanuit gegaan wordt dat dit standaard aan de aanbieder ligt, in plaats van aan de ernst van de problematiek. Vaak worden kinderen met relatief eenvoudig klachtgedrag aangemeld en blijkt gedurende het traject dat er veel meer speelt (bv een vroeg trauma, systeemproblematiek), dit wordt meegenomen in de behandeling waardoor het langer dan gepland kan duren voordat de behandeling resultaat geeft (en eigenlijk is het bovenkomen van onderliggende problematiek ook al resultaat!).</i></p> <p>Punt 5: Komt reistijd binnen het reguliere tarief te vallen, hoe wordt het berekend?</p> <p><u>Art 32 Cliëntenstop</u></p> <p>Punt 4: wat wordt hiermee bedoeld? Hoe wordt dit bekostigd (want het is gewoon werk)?</p> <p><b><u>Notulen fysieke overlegtafel 2 juli 2015</u></b></p> <p><u>Blz 4</u></p> <p><u>stelling 3:</u> onze ervaring is dat veel ouders juist voor de vrijgevestigde praktijk kiezen vanwege de specifieke deskundigheid (die niet in sociaal team aanwezig is), de kleinschaligheid, niet meerdere behandelaars voor 1 kind/gezin, dichtbij, etc. Ouders willen niet naar een sociaal team, ze vinden dat te grootschalig (bureau jeugdzorg wordt vaak gezegd) en vanwege de extra schakel die het met zich meebrengt en dus het niet kunnen starten met hulpverlening.</p> <p><u>Stelling 4:</u> al eerder aan de orde gekomen, maar we herhalen het ook op deze plek: de vrijgevestigde heeft juist van oudsher de aanpak van één gezin, één plan, één hulpverlener. Wat is de meerwaarde, behalve financiële begrotingscontrole, van het ook bij enkelvoudige problematiek doorsturen naar de sociale teams? Het geeft extra administratieve rompslomp en kosten voor zowel gemeenten als aanbieders.</p> <p><b><u>Stuk: Zorginkoop 2016 en verder</u></b></p> <p>Blz 6 bovenste zin “het moge duidelijk zijn.....bezuinigingen”: wat kan dit in de praktijk voor JGGZ in Lekstroom gaan betekenen?</p> <p><b><u>Stuk consultatie</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bij consultatie korter dan 60 minuten wordt er niets in rekening gebracht. Dat betekent dat er bv 45 of 50 minuten voor niets gewerkt wordt? Waar is dat dan te declareren? Worden de leden van het sociaal team ook niet betaald?</li> <li>- Er wordt gesproken over HBO (-plus). Er worden geen verdere kwaliteitseisen gesteld, is dat bewust?</li> </ul>	<p>voorkomen dat behandelingen doorgaan, zonder dat de situatie van de cliënt verbetert.</p> <p>Ja, het komt binnen het tarief, zie eerdere opmerking. Het is aan de aanbieder zelf om aan te geven hoe hiermee wordt omgegaan.</p> <p>Het gaat om de situatie dat de aanbieder zoveel werkt heeft, dan cliënten niet tijdig geholpen kunnen worden.</p> <p>Is verwerkt bij het product behandeling en diagnose.</p> <p>Dat is nu nog niet te zeggen.</p> <p>We gaan hier in alle redelijkheid mee om; mochten aanbieders het gevoel hebben dat ze te vaak worden geraadpleegd, zonder dat daar vergoeding tegenover staat, dan vindt overleg plaats. Kwaliteitseisen: lokale teams zullen vooral</p>
--	---

### **Stuk: Vragen tav behandeling/diagnose**

#### **Diagnose**

Puntje 1: een kind wordt vaak telefonisch aangemeld, een dergelijk telefoongesprek kost snel 20-30 minuten om uit te kunnen vragen wat het probleem is, of de aanmelder op de goede plek is (zo niet> dan doorverwijzen en niet een traject beginnen) en er wordt een eerste afspraak gemaakt. Intake is met ouders of met kind of met beiden, probleemverkenning, hulpvraag cliënt duidelijk krijgen, observatie, screeningsvragenlijsten, etc. daarna zo nodig diagnostiek (vragenlijsten, observaties thuis of op school, onderzoeksinstrumenten (tests), diagnostische gesprekken, etc) eindigend met een advies gesprek en zo nodig behandeling.

Puntje 2: Handelingsgerichte diagnostiek voldoet goed, het gaat immers niet om het etiket, maar om verbetering te brengen in de klacht.

Puntje 4 Bedragen: het kan per onderzoeksvraag verschillen wat er aan onderzoek gedaan moet worden, bv wel of niet observatie op school, wel of niet meerdere vragenlijsten ouders en school, wel of niet intelligentie onderzoek/neuropsychologisch onderzoek, persoonlijkheidsonderzoek. Ook het werktempo van een kind kan beslissend zijn in hoe lang (hoeveel uur) een onderzoek duurt. Sommige kinderen zijn erg traag (vaak deel van het probleem dat bij de aanmelding genoemd wordt).

Ook is eerder door ons naar voren gebracht dat goede diagnostiek leidt tot betere en goedkopere zorg.

Vergelijk het met een bril: als niet goed wordt gekeken wat voor glazen er in een bril moeten zal er na korte tijd een nieuwe bril gekocht moeten worden.

#### **Basis-specialistische behandeling**

1: wat wordt hier bedoeld? Gezien de ervaring binnen de zorgverzekeringswet en de groei van diagnoses nadat deze noodzakelijk zijn geworden voor vergoeding van zorg of aangepast onderwijs, lijkt ontkoppeling van stoornis en hulp binnen de basis JGGZ voor de hand te liggen. Er kan dan veel meer handelingsgericht gekeken worden naar wat dit kind in deze situatie met deze problematiek nodig heeft. Te veel kinderen krijgen nu een stoornis als diagnose terwijl dat niet nodig is, een beschrijvende diagnose geeft veel meer aanknopingspunten voor handelingsadviezen en behandeling.

2. UMAMI is toereikend voor de meeste problematiek als uitgegaan wordt van de 1800 minuten. Wel alert zijn op dat als de systeemproblematiek groter is, ook het aantal minuten toeneemt.

3: wat zou het sociaal team kunnen doen? Behandelen? Want daar gaat het over bij genoemde stoornissen (bv angststoornis of depressie). Het sociaal team moet daar dan wel de expertise voor hebben en ook minstens op het van de aanbieders gevraagde GZ-psycholoog niveau functioneren. Als het sociaal team gaat behandelen is de kans groot dat mensen zorg gaan mijden of dat er alsnog zwaardere en dus duurdere zorg nodig is.

4: uiteraard zijn ouders betrokken bij Basis-Spec. behandeling! Ouders maken deel uit van het systeem rond het kind en behandeling kan niet zonder betrokkenheid van de ouders, bv om de transfer van de behandeling

advies vragen van deskundigen met veel ervaring.

We hebben uw suggesties meegenomen bij de uitwerking van de producten behandeling en diagnose.

<p>naar het gewone leven mogelijk te maken, psycho educatie, ondersteuning begeleiding van het kind in de thuissituatie, voorkomen van escalaties. Ouders ervaren de korte lijnen als prettig.</p> <p>5: GZ psycholoog of orthopedagoog generalist NVO, dus ook academisch+ niveau, anders krijgen we dezelfde situatie als in het verleden: op papier een GZ of KP als behandelaar, in de praktijk een HBO-er. Waarom anders aan alle kanten allerlei eisen stellen en deze hier weer loslaten. Bovendien staan GZ en OG voor kwaliteit, ook vanwege de verplichte herregistratie met bijbehorende eisen van oa intervisie en nascholing.</p> <p>6: wat wordt er bedoeld met deze vraag?</p> <p>7: het gaat dan niet om psychologen sec (want die kunnen net afgestudeerd zijn en geen ervaring hebben) maar om BIG geregistreerde gezondheidszorg psychologen (GZ psychologen) of orthopedagoog generalisten NVO. Als zij voldoende ervaring en nascholing hebben kunnen zij zeker de specialistische behandeling doen. Zeker voor kinderen en jeugdigen is de splitsing in eerste en tweede lijn en later G-BGGZ en S-GGZ kunstmatig geweest en niet goed werkbaar in de praktijk.</p> <p><b><u>Stuk uitwerking producten zelfredzaamheid (C1) etc.</u></b></p> <p>Algemeen: in het stuk worden geen kwaliteitseisen genoemd tav psychologen/pedagogen. We pleiten daar wel voor. HBO is ander niveau van denken, handelen. Deskundigheid lijkt duur te zijn, maar verdient zichzelf terug bv doordat er meestal niet opgeschaald hoeft te worden.</p>	
<p>Spelende Wolf</p> <p>Groepsbegeleiding: wij vallen onder c.2.2 en soms c 2.3</p> <p>C 1 zien wij als de gewone individuele begeleiding, waarin gewerkt wordt aan vaardigheden. Dit is altijd in het gebied van vaardigheden/ competenties/ kunde/ gedrag. Soms raakt dit een diepere emotionele laag, (omdat veel kinderen uit opgedane negatieve ervaringen sociale contacten vermijden), maar het hoofddoel is aanleren van vaardigheden/ aanleren van gedrag. Kinderen spelen niet zelf en hebben hier veel begeleiding bij nodig om een activiteit te doen, te communiceren, interactie aan te gaan. Hierbij kijken wij naar het hoofddoel; sociale vaardigheden.</p> <p>Soms is het het meeste effectief om beide in te zetten. Dus het kind is zo stil en geremd in de groep dat we een periode indiv begeleiding inzetten: is een vertrouwensbasis met dit kind mogelijk? Was hierbij de observatievraag. Daarnaast als brug richting de groep. De groep richt zich als doel op sociale vaardigheden met leeftijdsgenoten.</p> <p>Of heel praktisch, een medewerker die onder onze hoede was, werkte aan openbaar vervoer training, boodschappen doen, koken. En daarbij de sociale vaardigheden (hoe vraag je om hulp in de winkel?) Dit is inderdaad prima voor een tarief van € 35,- per uur dat nu via PGB wordt vergoed.</p>	<p>Wij gaan deze reactie gebruiken bij het uitwerken van de producten ondersteuning zelfredzaamheid en ondersteuning maatschappelijke deelname.</p>

<p>Daarnaast begeleidt De Spelende Wolf de kinderen op het gebied van therapie; omgaan met angsten, dwanghandelingen, depressieve kinderen, kinderen die gebeurtenissen moeten verwerken. Kinderen die vanuit hun autisme of trauma zo'n vermijdingsgedrag laten zien; niet durven contact te leggen, hier echt in vast lopen, maar ook gebeurtenissen vanuit het verleden moeten verwerken; (socialisatie, gebeurtenissen, problematiek, kipp- kinderen -ouders met psychiatrische ouders, multi-problem gezinnen). We zijn dan meer bezig met inzichten hierover, exploreren, soms observatie. En daar is naar mijn idee een tarief van € 60-65,- per uur meer passend.</p> <p>Kijk ik naar speltherapie vanuit de verzekering dan moeten we hierover nog btw rekenen (21%) dus dan zou een tarief meer richting de € 85,- per uur gaan. (Gemiddeld tarief bij de meeste therapeuten). Idem als ik vanuit deze rol bezig ben met behandelplannen, intakes, ouderbegeleiding (deze ochtend nog in gesprek met een Jeugdteam lid besproken hoe prettig het is hiervoor uren te krijgen, om zo ook met het systeem te werken, met ouders en school, elkaar te stimuleren en handvatten te geven om ook aan doelen te werken. (Geen eilandjes-cultuur). Ook dit is een vorm van gespecialiseerde individuele begeleiding.</p> <p>Daarnaast had het pgb vroeger het onderscheid tussen ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ondersteunend als in: samen boodschappen doen. Hulp om de dagelijkse dingen te kunnen doen. Maar ook naschoolse opvang. Ondersteuning bij sporten/ maatjes projecten.</li> <li>• Activerend staat voor het aanleren van nieuwe vaardigheden. Hier kun je groei verwachten, al is het in ons geval natuurlijk zo dat je een autismeproblematiek niet geneest. Wel dat je iemand de sociale oefening kunt aanbieden en ernaar streeft om aan leerdoelen te werken.</li> </ul>	
<p>Reinaerde, reactie op SROI; zie in de tabel hieronder.</p> <p>Vragen tav deelovereenkomst in fysieke overlegtafel, artikelsgewijs. Begrippen art 1: Waar ligt de inhoudelijke verantwoordelijkheid van het plan?</p> <p>Art. 3.3: Geldt dit ook voor residentiële zorg?</p> <p>Art. 4 lid 6: Wat wordt hiermee bedoeld? A: Het betreft een garantie tot continuïteit van zorg op casusniveau, ook als de aanbieder geen deel meer uitmaakt van de overeenkomst, en er geen overdracht heeft plaatsgevonden naar een andere aanbieder.</p> <p>Art. 5 lid 6: Hoe om te gaan met een stijging in verzorgingskosten? Kunnen de componenten niet uit elkaar gehaald worden?</p>	<p>Art 1: Het doelenplan bestaat uit verschillende elementen, waar verschillende aanbieders een deel van uitvoeren. De coördinatie en regie van dit plan gebeurt onder verantwoordelijkheid van het sociaal team, waar de aanbieder de verantwoordelijkheid heeft over 'zijn aandeel' in het doelenplan.</p> <p>3.3. Ja. Er geldt enkel een afnamegarantie voor cluster 1 zorg. Dit was in het stadium van de uitgangspunten reeds bij een ieder bekend.</p>

<p>Art. 6.7: Is de regisseur in het lokale team de enige regisseur?</p> <p>Artikel 7: Wat is een verplichtingnummer A: Voor de opdracht heeft de Lekstroom een financiële verplichting aangemaakt. De gemeente heeft dit nummer nodig om facturen te betalen.</p> <p>V: Is er nog onderhandeling mogelijk over voorschotten?</p> <p>Art. 11 lid 3 sub c: Wordt hiermee onderaanneming bedoeld?</p> <p>Art. 11 lid 4: Wordt hiermee de onderlinge overname van personeel bedoeld?</p> <p>Art 16: Aanbieders zien vaak hun hele bedrijfsvoering in het teken van SROI. Hoe kun je dit specifiek maken?</p> <p>Art 21: Wat is goedkeuringstolerantie?</p>	<p>5.6 De tweede volzin van dit artikel geeft voldoende ruimte om hierover in gesprek te gaan. Aan de wens in de tweede vraag wordt in dit stadium geen gehoor gegeven.</p> <p>6.7 Het kader voor de samenwerking met lokale teams is 1 gezin, 1 plan, 1 regisseur. We streven naar een goede samenwerking tussen lokale teams en opdrachtnemers, waarbij tijdig wordt afgestemd en een warme overdracht tussen het lokale team en opdrachtnemer plaatsvindt. Uitgangspunt is dat de regie bij het lokale team ligt. Het lokale team kan in overleg met de jeugdige en aanbieder besluiten dat de regie in bepaalde situaties bij opdrachtnemer ligt. In dat geval blijft er wel overleg met het lokale team, om de nazorg goed voor te bereiden. In geval van verwijzing door de huisarts/jeugdarts/SAVE zorgt aanbieder voor afstemming met het lokale team. Uitkomst daarvan kan prima zijn dat de regie bij aanbieder blijft.</p> <p>De regio heeft als uitgangspunt dat er in 2016 geen voorschotten meer worden verstrekt. We willen toe naar maandfacturen en vragen aanbieders om dit proces zo in te richten, dat geen voorschotten meer nodig zijn.</p> <p>11.3.c Nee. In geval van onderaanneming betreft het <i>de uitvoering van de overeenkomst</i>, niet de overdracht van de rechten en plichten.</p> <p>11.4: ja.</p> <p>16. Deze discussie is vorig jaar gevoerd. Hierover bestaat documentatie, die te raadplegen is. De gemeente nodigt uit tot informatieverschaffing waarmee ook de</p>
--	---

	<p>terugkoppeling naar het bestuur op dit punt kan worden ingericht.</p> <p>21. Het zijn de marges in fouten waarbinnen de accountant een goedkeurende accountantsverklaring afgeeft. Het is een handeling die alle zorgaanbieders nu reeds moeten verrichten.</p>
<p>Reactie Reinaerde op deelovereenkomst</p> <p>Art 4 en 5 In geval de gemeenten de overeenkomst wensen te verlengen dan maken zij dit uiterlijk 3 maanden voor het einde van de overeenkomst kenbaar (conform artikel 4). In artikel 5 staat dat er jaarlijks besluitvorming plaatsvindt ten aanzien van de tarieven en de verdeling van het budget over de aanbieders. Het is wenselijk dat dit laatste bekend is voordat er over een eventuele verlenging wordt gesproken. We nemen aan dat deze volgtijdelijkheid in acht wordt genomen?</p> <p>Art 6 lid 8 Hierin staat dat de aanbieder zorg draagt voor een goede samenwerking met de professionals (eigen personeel, professional sociaal team, huisarts, school) in het SAVE team. Wie is er verantwoordelijk als de samenwerking niet goed loopt?</p> <p>Art 7 lid 1 Er wordt verwezen naar de overeengekomen zorg in beschikking of hulpverleningsplan. Indien louter het plan wordt opgestuurd en de organisaties zelf de beschikking eruit moeten halen, dan levert dat een enorme administratieve lastenverzwaring op hetgeen niet wenselijk is. Verzoek om in alle gevallen waarin de gemeente verwijst een beschikking op te sturen (JW301 bericht)</p> <p>Art 7 lid 2 Melding kind in Zorg: wordt momenteel nog niet door het berichtenverkeer ondersteund (betreft het zogenaamde JW305 bericht). Lekstroom vraagt ons nu om dit via Excelformulieren aan te leveren. Dit levert</p>	<p>Klopt</p> <p>Artikel is verwijderd</p> <p>Niet alle gemeenten werken met een beschikking. Nieuwegein hanteert enkel een hulpverleningsplan. Het is dus niet de bedoeling dat een aanbieder op zoek gaat naar de beschikking. Wel ligt het in de rede dat de aanbieder in geval van twijfel of de aangewezen zorg wel door de gemeente of andere verwijzer is geïnitieerd, contact zoekt met het lokale team van de desbetreffende gemeente.</p> <p>Het verplichtingnummer wordt verstrekt door de back-office, nadat de melding Kind in Zorg</p>

<p>een extra administratieve last op, hetgeen niet wenselijk is. Verzoek om dit pas te verplichten indien het berichtenverkeer dit ondersteunt. De factuur moet een verplichtingnummer bevatten, maar onduidelijk is waar dit te vinden is en hoe dit zich verhoudt tot de gewenste declaratiebestanden (JW303 berichten)</p> <p>Art 7 lid 5 Tijdig indienen declaraties: hoe gaat gemeente om met correcties op ingediende declaraties? Daarbij is vaak een langere termijn nodig om correcties te mogen indienen, bijvoorbeeld als cliënt met terugwerkende kracht een PGB omzet naar Zorg in Natura.</p> <p>Art 16 2016 dient als basis voor de nulmeting van de SROI. De core business van een gz instelling gaat juist over social return, over het lereven van een zinvolle bijdrage in de maatschappij. Vanuit die hoedanigheid doet Reinaerde al veel op dit gebied, en ik denk andere zorginstellingen ook. Het artikel is bedoeld om dit te stimuleren, maar kan het averechtse effect hebben dat partijen dit in 2015 on hold zetten zodat in 2016 de extra inspanning inzichtelijk gemaakt kan worden. We kunnen ons niet aan de indruk onttrekken dat dit voorbij gaat aan het doel van het artikel. Verzoek om dit artikel nogmaals duidelijk onder de loep te nemen en mogelijk te kijken naar de discussiepunten van vorig jaar, waar dit onderwerp ook uitgebreid aan bod is geweest. We staan achter het doel, maar dan luistert de formulering nauw.</p> <p>Art 19 lid 1 Wat is VISD? Artikel is ruim geformuleerd. Om welke monitorgegevens gaat dit? Wat is de impact hiervan op onze vastlegging? Nu is al duidelijk dat er veel meer vastgelegd moet worden voor cliënten Jeugdwet dan voor de Wlz. Onze systemen ondersteunen dit (nog) niet en dit betekent enorm veel extra werk. Geldt ook voor de ADD monitor.</p> <p>Art 19 lid 3 Dit artikel is zeer ruim geformuleerd. We kunnen derhalve de impact niet overzien en ook niet aangeven of we hiertoe reeds in staat zijn.</p> <p>Art 19 lid 4 Het aanleveren op de 15e van de maand is erg krap en niet realistisch. De 30e van de maand is wel haalbaar.</p> <p>Art 19 lid 5</p>	<p>is gedaan.</p> <p>Regio Lekstroom is volledig aangesloten bij de landelijke standaarden voor het berichtenverkeer. Deze berichten zijn hier onderdeel van; de regio heeft een 'aansluitcampagne', om aanbieders te ondersteunen hierbij.</p> <p>Uitzonderingen zullen er altijd zijn, maar willen we zoveel mogelijk voorkomen. We vragen aanbieders dan hierover tijdig met ons contact op te nemen.</p> <p>Dit is aangepast.</p> <p>ISD 2.0 is een landelijke standaard voor informatie uitwisseling, regio Lekstroom is hierop aangesloten, en dit vragen we ook van aanbieders.</p> <p>Is overgenomen uit de huidige overeenkomst jeugd.</p> <p>Om onze bestuurders tijdig van relevante monitoringsinformatie te voorzien, vragen wij toch om de gegevens aan te leveren voor de 15<sup>e</sup> van de maand.</p>
--	---



<p>Dit is niet te beoordelen omdat bijlage 4 ontbreekt Los daarvan geldt dat indien bijlage 4 moet worden opgenomen in het jaarverslag van Reinaerde, dit betekent dat de accountants de gegevens moeten controleren en dat er over een klein deel van de omzet van Reinaerde een hele pagina in het jaarverslag zal moeten worden opgenomen. Dit staat niet in de verhouding tot de rest van het jaarverslag.</p> <p>Art 20 lid 1 Accountantsverklaring: Moet dit een verklaring zijn per gemeente, per inkoopregio, per wet? Kan gemeente volstaan met de jaarrekening van Reinaerde als geheel? De eisen voor de steekproef die de accountant moet nemen zijn zeer streng, wat hoge kosten voor Reinaerde met zich mee brengt en een aanslag is op planning van de accountant. De kans dat de deadline behaald gaat worden komt hiermee in het gedrang. Is deze eis met betrekking tot de steekproef afgestemd met de accountants?</p> <p>Art 20 lid 1 sub b Het vastleggen van de intake: deze leggen we nu niet vast. Hoe moet accountant dit dan controleren? Betekent nog meer gegevens vastleggen en derhalve een toename van de administratieve last.</p> <p>Art 20 lid 2 Reinaerde moet voor 1 april 2016 de vastgestelde jaarrekening inclusief accountantsverklaring toe sturen. Dit is niet mogelijk. Voor de NZA geldt de datum 1 juni. Dit is een reële datum. Daarenboven geeft PWC zelf aan dat de datum van 1 april niet haalbaar is. \</p> <p>Ø Algemeen: Bijlage 2 Producten ontbreekt Verzoek om alle mogelijke producten op te nemen, zoals ook dagbesteding kind midden. Deze leveren wij bij een betaalde stage (door een cliënt) op studio 10</p>	<p>Dit artikel is verwijderd.</p> <p>Het gaat om een accountsverklaring voor de jaarrekening van Reinaerde als geheel. De eis is helaas zo streng, omdat onze accountant daarom vraagt. Wij zijn hierover in overleg met onze accountant.</p> <p>Artikel is verwijderd.</p> <p>Is aangepast.</p> <p>Volgt in een volgende versie van de deelopovereenkomst.</p>
--	---

Voorstellen Reinaerde op mogelijkheden voor SROI. Het onderhavige diagram geeft een overzicht van de huidige activiteiten (linkerzijde) en te onderzoeken mogelijkheden (rechterzijde). De genoemde mogelijkheden komen goed overeen met de mogelijkheden die Werk- en Inkomen regio Lekstroom (de WIL) onderzoekt voor SROI. De WIL voert het SROI beleid uit voor regio Lekstroom.

<b>Huidige bijdrage Reinaerde</b>	<b>Te ontwikkelen/onderzoeken mogelijkheden</b>
Stage- en leerlingplekken	Uitbreiding stage- en leerlingplekken.  Behoefte aan stage- en leerlingplekken inventariseren aan zowel aanbodzijde als vraagzijde (in samenwerking met bijvoorbeeld ROC, WIL). Voorwaarde: uitbreiding met

	behoud van kwalitatieve begeleiding.
	Het aanbieden van stagetrajecten voor mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt, waarbij de begeleiding voor eigen rekening wordt genomen.
Zij-instromers / BBL. Een combinatie van werk en studie, al dan niet met baangarantie bij behalen studie.	Uitbreiding zij-instromers / BBL.
Jobcoaches leveren een bijdrage aan de arbeidsintegratie van mensen met een achterstand tot de arbeidsmarkt.	Jobcoaches kunnen als adviseur meekijken in de kaartenbakken van de WIL. Zij hebben specifieke expertise met betrekking tot groepen burgers met de grootste afstand tot de arbeidsmarkt. Zij kunnen hun kennis delen en mogelijk hun specifieke expertise inzetten in voorkomende gevallen.
In het Sociaal plan van Reinaerde zijn duidelijke afspraken gemaakt over het begeleiden van werk- naar werk. Deze ontslagbeperkende maatregel zorgt ervoor dat er geen/minder gedwongen ontslagen vallen ten gevolge van de transitie.	We investeren momenteel veel in ontwikkelmogelijkheden voor medewerkers, mede gericht op het verhogen van hun arbeidsmarktkwalificaties. Mogelijk kunnen we deze trainingen/workshops ook openstellen voor externen en meer specifiek voor mensen met een achterstand tot de arbeidsmarkt.
De inzet van vrijwilligers is een interne prestatie indicator voor Reinaerde.	Het bieden van werkervaringsplekken/vrijwilligersplekken om werkloze burgers ervaring op te laten doen en weer in een werkritme te brengen, hetgeen de toegang tot de arbeidsmarkt kan vergroten.
	Wellicht is het mogelijk om subsidie aan te vragen bij het sectorfonds welk ingezet kan worden voor participatieverhogende trajecten.
	Wellicht is het mogelijk om in samenwerking met welzijn een aantal vrouwen uit etnische minderheden toe te rusten om het inburgeringexamen te halen en ze voor te bereiden op actieve participatie in de Nederlandse samenleving. De contacten die wij hebben met multiculturele gezinnen vanuit het diversiteitsteam kan daarin mogelijk helpend zijn.
	De database en kennis en kunde van Utrechtzorg kan benut worden door werkzoekenden.
Daarnaast zijn er ook initiatieven om de participatie van cliënten te verhogen en daarmee mogelijk hun zorgvraag te doen afnemen (vergroten eigenwaarde, mogelijkheid zelf geld te verdienen). We noemen enkele voorbeelden:	<b>Inzet cliënten Reinaerde:</b> Vanuit WSW op werkplekken. Concreet voorbeeld is onze postbode die dagelijks de post rondbrengt binnen geheel Reinaerde. Enkel cliënten van een NAH locatie in Nieuwegein (NAH staat voor Niet Aangeboren hersenletsel) lopen stage op een dagbestedinglocatie (ouderensoos). Doel is om hen op termijn te laten begeleiden door de jobcoaches om hen aan betaald werk te helpen. Op diverse dagbestedinglocaties worden producten gemaakt voor de verkoop. Deze gelden komen weer ten goede aan de dagbesteding.