

Vragen/input administratieprotocol van versie 2 naar 3 aanbieders

Nr	Door	Para- graaf	Vraag	Antwoord
1	Ambiq	alg	Bij de start declareren we 70% en aan het einde 30%, mits het resultaat is behaald. Is er al meer bekend welke resultaten gemeten gaan worden en hoe dit in zijn werk gaat? Hoe wordt hier nu mee omgegaan, aangezien de resultaten nog niet helder zijn?	In 2018 bepaalt de aanbieder of het resultaat is behaald. De lokale toegang en contractmanagement kan wel om een onderbouwing vragen. Binnen de regio IJsselland heeft het ontwikkelen van een goed monitoringsysteem hoge prioriteit in 2018. Dit zal dus verder worden ontwikkeld
2	Ambiq	alg	Er bestaat nu al onduidelijkheid over Segment Midden (met name enkelvoudige problematiek) en Segment Top (met name meervoudige problematiek). Uit de inkoopdocumenten is dit wel helder beschreven (zie ook bijlage), alleen gemeenten handelen anders. Dit komt met name doordat de cliëntprofielen meervoudige problematiek bevatten. Bv. Profiel 4: behandelen en vergroten van ontwikkelingskansen van een jeugdige met <u>ontwikkelings-</u> en <u>gedrags</u> en/of <u>psychiatrische problemen</u> door kindfactoren. In dit voorbeeld heeft de cliënt/jeugdige drie probleemgebieden, dus zeer meervoudig! Dit zou dus meestal onder Segment Top vallen. De eerste ervaringen dit jaar blijken gemeenten al deze cliënten voor intensieven ambulante zorg onder Segment Midden weg te willen zetten.	Dit valt niet onder het administratieprotocol. Op dit moment wordt gewerkt aan een werkprotocol in de werkgroep DAT om de werkwijze inzake de inhoudelijke werkzaamheden te organiseren. Het administratieprotocol gaat alleen over de administratieve afhandeling

Nr	Door	Para- graaf	Vraag	Antwoord
	GGZ- 3 aanbieders	alg	<p>Het is binnen de GGZ vooralsnog de ervaring dat een inschatting bij de start van een traject van de verwachte hoeveelheid tijd (intensiteit/duur) die zal worden besteed (en dus gefactureerd), achteraf meestal niet klopt. Al helemaal niet bij zware en complexe problematiek waar het in het segment TOP over gaat. Het kenmerkt ggz-trajecten dat er juist gedurende een traject veel (extra of achterliggende problematiek) boven tafel komt, of dat gedurende het traject de levenssituatie van de cliënt verandert.</p> <p>Juist vanwege het niet vooraf kunnen inschatten van tijd/prijs van trajecten in TOP segment, is vorig jaar besloten om in TOP segment nog geen trajectfinanciering in te voeren.</p> <p>E.e.a. strookt ook niet met uitgangspunt 'zo licht mogelijk' beginnen en opschalen indien dat niet voldoende is.</p> <p>Het in het VOT moeten aangeven van de hoeveelheid eenheden, in tijd, gaat dus leiden tot dermate grove – en om gedoe te voorkomen wellicht ruime - inschattingen dat het de vraag is welk doel dit dient. Risico's dientengevolge:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Financiële inschattingen vooraf die achteraf niet kloppen</li> <li>2. Extra administratieve last bij aanbieders en toegang als vooraf ingeschatte eenheden niet kloppen en een nieuwe toewijzing of overleg nodig is.</li> </ol> <p>Voorstel is om 2018 als een leerjaar in deze te gebruiken. Concreet zou dat inhouden dat aanbieders jggz wel vooraf een tijdsinschatting maken bij Midden Duurzaam en TOP (en vanzelfsprekend tijdseenheden van het traject bijhouden), maar dat dat er niet toe leidt dat er administratieve / financiële consequenties zijn voor aanbieders als die inschatting niet blijkt te kloppen. Op die manier krijgen we in beeld wat de waarde van de inschattingen zijn, en kunnen we aan het eind van dit jaar wellicht meer zeggen over de hoeveel tijd die – gemiddeld - met verschillende soorten psychische problematiek gemoeid is</p>	<p>Dit valt niet onder het administratieprotocol. Op dit moment wordt gewerkt aan een werkprotocol in de werkgroep DAT om de werkwijze inzake de inhoudelijke werkzaamheden te organiseren. Het administratieprotocol gaat alleen over de administratieve afhandeling</p>
4	GGZ- aanbieders	alg	<p>Het is begrijpelijk dat het administratieprotocol een groeidocument is en wij waarderen de samenwerking hierin met de gemeenten. Anderzijds is dit administratie protocol richtinggevend voor onze bedrijfsvoering en kan dit grote consequenties hebben voor onze financiële positie. Wij hebben al in een vroeg stadium geanticipeerd op deze transformatie maar merken dat wij te maken hebben met de wet van de remmende voorsprong. Nu het met alle berichten nog lang niet soepel loopt maken wij ons ernstige zorgen over onze liquiditeit op korte termijn. Zijn de gemeentes zich bewust welke consequenties dit kan hebben?</p>	<p>Dit is bekend. Als de aanbieders in de problemen komen kunnen zij contact opnemen met de contractmanager van het Regionaal Serviceteam om dit op te lossen</p>

Nr	Door	Para- graaf	Vraag	Antwoord
5	GGZ- aanbieders	gezinsp	<p>Eens met het voorstel om gezin bij segment TOP niet naar de lokale toegang te sturen voor een Gezinsplan, maar dat dat door toegang en aanbieder gezamenlijk wordt opgepakt.</p> <p>Zinsnede bij opt-out is onduidelijk: aanbieder heeft dan "plicht te verifiëren dat er een Gezinsplan/Familiegroepsplan is". Wat als dat niet zo is? Staat hier niet gewoon dat in dit geval de aanbieder verantwoordelijk is voor het met het gezin opstellen van een Familiegroepsplan? Zo ja: dan ook graag zo opschrijven.</p> <p>Kan tbv uitvoering bovenstaande de aanpak / instrumenten / werkwijze van de toegang om te komen tot een gezinsplan / Familiegroepsplan met de aanbieder gedeeld worden?</p>	<p>Zinsnede is verduidelijkt in de nieuwe versie. Aan de werkgroep DAT is gevraagd om de instrumenten te delen met de aanbieder</p>
6	GGZ- aanbieders	Ondera annem erscha p	<p>Wanneer kunnen wij voorstel daarvoor verwachten?</p>	<p>Voor de werkwijze 2018 is het administratieprotocol aangepast. Voor het jaar 2019 zal dit onderwerp tijdens de inkoopafels in 2018 worden geagendeerd</p>
7	GGZ- aanbieders	inschat ten intensit eit	<p>De procedure rondom het bijstellen van het aantal minuten en de consequenties daarbij roepen nog vragen op.</p> <p>Wij pleiten voor een standaard aanvraag bijv. 30.000 minuten/500 uur en dan voor de uitzonderingen een extra JW315 aanvragen</p>	<p>Dit valt niet onder het administratieprotocol. Op dit moment wordt gewerkt aan een werkprotocol in de werkgroep DAT om de werkwijze inzake de inhoudelijke werkzaamheden te organiseren. Het administratieprotocol gaat alleen over de administratieve afhandeling</p>
8	GGZ- aanbieders	inhoud sopgav e	<p>Graag een thesaurus / woordenlijst toevoegen (wettelijke verwijzer, derde verwijzer, VOT, e.d.)</p>	<p>In het administratieprotocol wordt verwezen naar de woordenlijst zoals opgenomen in de raamovereenkomst. In beide documenten zijn de definities gelijk</p>
9	GGZ- aanbieders	2.1	<p>Lastig is dat het onderwerp 'resultaatmeting' nog onduidelijk is. Maar wanneer daar 30% van je bekostiging van afhangt maakt dit voor de zorgaanbieder wel financieel onzeker.</p>	<p>In 2018 bepaalt de aanbieder of het resultaat is behaald. De lokale toegang en contractmanagement kan wel om een onderbouwing vragen</p>

Nr	Door	Para-graaf	Vraag	Antwoord
10	GGZ-aanbieders	3.1	Wanneer de Lokale Toegang verwijst en toewijst kan het intransparant worden wat de vrije keuze van de cliënt is. Hoe wordt hier mee omgegaan?	De vrije keuze van de cliënt staat voorop. De gemeente ondersteunt hierin onder andere door de ontwikkeling van een webiste waarop alle aanbieders zich kunnen presenteren. Indien het gezin een keuze heeft gemaakt, kan de gemeente direct een toewijzing afgeven aan de aanbieder. Deze hoeft dan geen verzoek om toewijzing in te dienen.
11	GGZ-aanbieders	3.2 crisis	Dit is raar, want bij een crisis moet de focus op hulp zijn en niet op administratie. Berichtenverkeer is een administratief proces. Je zou daar geen kortere termijnen voor moeten hanteren. Van de zorgaanbieder mag je verwachten dat deze een crisis meteen oppakt.	Bij reguliere zorg dient eerst een toewijzing te zijn ontvangen <b>voor</b> de start van de zorg. Bij crisis staat de zorg voorop en kan <b>daarna</b> de administratieve handeling worden ingezet. De termijn wordt gewijzigd in 5 dagen na start crisisondersteuning
12	GGZ-aanbieders	3.2 Medicijncontrole	De hier beschreven methode voor medicatiecontrole heeft een ander effect op de facturatie dan bedoelt. Stel dat ik 4 contactmomenten per jaar heb. Dan zou ik 4 stuks aan moeten vragen. Het product is echter gedefinieerd als output gericht en niet inspanningsgericht. Een zorgtoewijzing van 4 stuks voor dit product resulteert in een factuur van 4 stuks per keer dat er gefactureerd wordt (zijnde de maand na het contact). Het moet dus 1 stuks per maand zijn of een inspanningsgericht product.	Medicijncontrole kan pxq worden aangevraagd op code 54002 voor de werkelijk te verwachten minuten. De passage in het administratieprotocol wordt verwijderd
13	GGZ-aanbieders	3.2.1	Wanneer de jeugd ggz een cliënt heeft van een derde verwijzer dan dienen wij de gemeente uit te nodigen om samen met het gezin een gezinsplan op te stellen. Hier gaat (alleen logistiek al veel tijd overheen). Tegelijkertijd wordt de jeugd ggz gehouden aan een bepaalde doorlooptijd. Die twee zijn vooralsnog lastig te verenigen. Hoe wordt dit ingeschat?	De gemeenten hebben hun organisatie ingericht om de voldoen aan de doorlooptijden met deze werkwijze

Nr	Door	Para- graaf	Vraag	Antwoord
14	Trias	3.2.1 c	Verzoek om hierbij duidelijker naar voren te laten komen dat zorgaanbieders hierbij hun eigen format voor een gezinsplan kunnen gebruiken. Dit om te voorkomen dat per gemeente een ander plan gehanteerd zou moeten worden. Ook missen we de termijn waarbinnen de zorgaanbieder contact op dient te nemen met de gemeente en binnen welke termijn het gezinsplan opgesteld moet worden. En hoe past dit binnen de visie "1 gezin, 1 regie en 1 plan " ?	Het hangt er van af wie het Gezinsplan opstelt. Dit zou ook de gemeentelijke toegang kunnen gebeuren. Lokaal zijn inderdaad verschillen in de format van het gezinsplan. Toegevoegd in het administratieprotocol de termijn om contact op te nemen: <i>vóór het verzenden van een verzoek om toewijzing</i> . Deze aanpassing is juist bedoeld om binnen de visie te passen, aangezien aanbieder en gemeente direct samen in gesprek gaan met het gezin
15	GGZ- aanbieders	3.2.1	Volgens mij moet hier nog toegevoegd worden dat het hier gaat om samenloop met een anderen zorgaanbieder. Of mag een zorgaanbieder bij een crisis ook zelf een extra product stapelen?	Indien een zorgaanbieder is gecontracteerd voor het profiel crisis, kan deze stapelen in geval van crisis
16	Trias	3.2.1A	Deze wijziging betekent voor de zorgaanbieder veel extra administratieve handeling en daarmee onbetaalde tijd. Is het niet mogelijk dat de nieuwe gemeente verantwoordelijkheid neemt om de toewijzing aan de aanbieder te sturen?	De werkwijze voor de aanbieder blijft bij de wijziging hetzelfde. Door de aanpassing moet de gemeente actief aan de aanbieder aangeven bij welke gemeente een VOT kan worden ingestuurd. De gemeenten sturen niet direct een JW301 toewijzing, aangezien in het JW315-bericht belangrijke informatie voor de gemeente is opgenomen.
17	Trias	3.4.1	Zoals in eerdere bijeenkomsten door de BVO is aangegeven, is er in het Top Segment geen sprake van onderaannemerschap en worden er in TOP segment separate toewijzingen verzonden door verwijzers aan verschillende aanbieders. Nu wordt er iets genoemd over onderaannemerschap TOP, maar daar zou dus ook niets over opgenomen hoeven te worden . Of je moet opnemen dat er bij het Top segment geen sprake is van onderaannemerschap. Over dit thema is op dit moment in de praktijk veel onduidelijkheid in de afstemmingen tussen verwijzers en zorgaanbieders. Het lijkt mij daarom goed om dit duidelijk te formuleren met elkaar.	De passage is aangepast in het administratieprotocol, waarin duidelijk is dat in 2018 geen sprake is van onderaannemerschap bij het topsegment en overgangsccliënten

Nr	Door	Para- graaf	Vraag	Antwoord
18	Klankbordgroep aanbieders	3.4.1	Kan het uitstellen van het onderaannemerschap ook worden toegepast op de cliënten met een einddatum van 30 december 2017 (cliënten van voor 2015)	Nee. Voor deze cliënten dient een nieuwe toewijzing te worden aangevraagd. Indien sprake is van meerdere trajecten bij één cliënt en zal segment Top snel van toepassing zijn. Dan geldt de uitzondering voor het Topsegment
19	GGZ- aanbieders	4	Binnen de GGZ is het voeren van een intakegesprek, het uitvoeren van diagnostische interventies en het concretiseren van de problematiek een samenhang en onlosmakend geheel. Een intakegesprek is voor ons (profiel 4, 6, 7, 8) een integraal onderdeel van de behandeling en dus behorend bij de start van de behandeling. Het is geen kennismakingsgesprek.	Het triagegesprek/eerste screening wordt gezien als intakegesprek. Het eventuele vervolg valt onder diagnose en behandeling
20	GGZ- aanbieders	4.1	Onder andere hier, maar door het hele document wordt op 2 gedachten gehinkt rond de administratieve wijze in het midden- segment. Blijft er een 70% product en een 30% product, zoals nu. Dan past de aanvraag voor 1 stuks. Als er 70% van het tarief staat, dan lijkt dit op 1 product. Maar dan moet de eenheid niet stuks maar euro's zijn.	Het zijn twee productcodes van elk 1 stuks. In de JW315 worden beide productcodes aangevraagd voor elk 1 stuks
21	GGZ- aanbieders	4.2.1	Ook al hebben wij begrip voor de onderliggende redenen van dit verzoek, toch staat dit haaks op het verminderen van de administratieve druk. Dit betekent dat we voor elke zomerperiode dit moeten gaan berekenen en gaan melden. Het komt tevens voor dat gezinnen spontaan afbellen "het is vandaag / morgen zulk mooi weer" hetgeen voor ons een enorme financiële strop betekent wanneer we niet binnen de termijn een nieuwe afspraak kunnen maken.	Er wordt in de aangegeven periode geen zorg geleverd, dus kan ook niet worden gedeclareerd
22	GGZ- aanbieders	4.2.1	Medicatiecontrole is ingedeeld als duurzaam in segment-midden. Dit wordt zo heel verwarrend. Of voor medicatiecontrole een apart product maken of een generieke werkwijze. Zie hiervoor het voorbeeld van Friesland, waar dit wel normaal is opgenomen in protocollen.	In 2018 wordt voor medicatiecontrole een pxq-toewijzing afgegeven. Voor het contact 2019 wordt gekeken wat een goede wijze van toewijzen is in het resultaatgericht financieren.
23	GGZ- aanbieders	5 303F	In de landelijke klankbordgroep iJW/iWMO van Zorginstituut NL (houder van de berichtenstandaarden), is momenteel een werkgroep opgericht om naar de beide varianten te kijken. Het is de bedoeling om naar 1 variant te gaan. Ik stel voor om binnen het administratieprotocol te verwijzen naar deze richtlijnen en nog geen definitieve keuze te maken.	Deze nieuwe ontwikkeling stond niet in het protocol. In de nieuwe versie zal een voetnoot worden opgenomen waarin wordt aangegeven dat aangesloten wordt bij de landelijk geaccepteerde variant(en)

Nr	Door	Para- graaf	Vraag	Antwoord
24	Ambiq	5.1	Er komt een aparte productcode voor het deel 70% en het deel 30%. Voor declaratie dient er een 305-bericht ingestuurd te zijn. Bij de productcode voor het 70% deel zal dit goed gaan. Maar hoe zit dit voor de productcode van het 30% deel. Moeten dan beide productcode tegelijk, bij de start, in zorg gemeld worden?	Voor de productcode van 30% worden het start/stopbericht gelijktijdig verstuurd bij het behalen van resultaat. Dit wordt toegevoegd bij paragraaf 5.1 onder betaling 30% stop zorg. Overigens wordt in de JW315 beide productcodes aangevraagd en wordt in één toewijzing beide productcodes verstrekt
25	Ambiq	5.2.1	Voorbeeld: de zorg start op 4 januari. Wanneer mag dan het maandbedrag gedeclareerd worden? Is dit voor de maand januari of pas de volle maand erop, dus februari?	Het maandbedrag kan worden gedeclareerd in de eerste volle maand. Daarnaast is het zo dat de laatste maand volledig kan worden gedeclareerd. Dus bij beëindiging op de 10e van maand, kan de gehele laatste maand in rekening worden gebracht
26	Ambiq	6.1	Wijzigen van een productcode betekent veel administratieve rompslomp. Huidige ervaringen met gemeenten t.a.v. toewijzingen is dat dit lang duurt voordat de toewijzing bij de zorgaanbieder binnen komt. Gemeenten hebben vaak te maken met achterstanden en het verwerken van bv. 315-berichten duurt lang (weken/maanden). Door deze nieuwe werkwijze komen er meer beschikkingen/toewijzingen. Het is voor ons dan bijna niet bij te houden wat er allemaal uitgezet is. Dit betekent weer veel handmatige lijstjes bijhouden. Als het voor zorgaanbieders niet bij te houden is, hoe doen gemeenten dit dan? Hoe zorgen gemeenten ervoor dat zij helemaal bijblijven met het afgeven van toewijzingen?	De termijn van het afhandelen van een geldig verzoek om toewijzing is 5 werkdagen voor het middensegment en 15 werkdagen bij het topsegment. De gemeenten hebben zich gecommiteerd zich daar aan te houden en hun organisatie daar op ingericht. Wijzigingen in een productcode zouden zou min mogelijk moeten voorkomen. Alleen bij sterk gewijzigde omstandigheden in de zorgbehoefte zou dit van toepassing moeten zijn.

Nr	Door	Para- graaf	Vraag	Antwoord
27	Ambiq	6.1	<p>De nieuwe systematiek geldt ook voor huisartsen/GI's. Hoe wordt ervoor gezorgd dat zij voldoende kennis krijgen van deze nieuwe systematiek/werkwijze. Door onvoldoende kennis bij de toegang, betekent dit veel wijzigingen in de beschikkingen/productcodes. Met als gevolg extra administratieve lasten zorgaanbieder en vervolgens flinke financiële consequenties, aangezien trajecten niet voor 100% uitbetaald worden. Kan het proces m.b.t. wijzigingen vereenvoudigd worden, zodat ook toegangsmedewerkers dit beter begrijpen?</p>	<p>De huisartsen zijn in 2017 meegenomen in de nieuwe werkwijze. In 2018 zal dit worden voortgezet waarbij de regionale werkgroep Derde verwijzers, aanbieders en toegang (DAT) een belangrijke rol speelt. Wijzigingen zouden niet zeer regelmatig voor moeten komen. De huidige werkwijze bij wijzigingen is gericht op beperking van administratieve last. Indien een betere werkwijze mogelijk is, dan horen we graag hoe deze is vormgegeven</p>
28	Ambiq	6.3	<p>De tekst rondom uitval is niet helder. Gemeenten en zorgaanbieder (Ambiq) vertalen dit anders. Zoals ik (Ambiq) dit leest: bij voortijdige beëindiging mag bij een trajectprijs alleen 70% gedeclareerd worden, de resterende 30% niet. Dit is helder. Wat als een cliënt na 5 weken niet meer komt opdagen (of andere reden van uitval vertoond). Behoudt Ambiq dan de 70% of moet dit terug betaald (gecrediteerd) worden? Tekst protocol: 6.3.2. Intensiteit Licht, Midden en Zwaar Wordt een traject voortijdig beëindigd dan kan alleen de startdeclaratie van 70% in rekening worden gebracht bij een minimale zorgperiode van 6 weken. De codes, 32, 33 en 34 gelden als uitval op niet behalen resultaat.</p>	<p>De minimale zorgperiode is 6 weken. Indien een cliënt binnen 6 weken na start zorg uitvalt, is de 70% niet declarabel. Zo staat het ook in de tekst</p>
29	Ambiq	6.3	<p>Bij voortijdige beëindiging heeft de aanbieder geen recht op de overige 30% van het trajectprijs. Wie bepaald wanneer de zorg succesvol is afgerond? Ervaring bij doelgroep LVB is dat er altijd hulpvragen blijven bestaan. Daarnaast zitten deze cliënt soms aan hun kunnen, waardoor ze een doel nooit helemaal kunnen behalen. Een kleine verbetering is dan al een succes. Hoe wordt hiermee (met de doelgroep LVB) rekening gehouden?</p>	<p>Er zal bij de resultaatsafspraken rekening moeten worden gehouden met de haalbaarheid in combinatie met het kunnen van de cliënt. In Segment midden bepaalt de aanbieder of het resultaat is behaald. Het is mogelijk dat de lokale toegang van de gemeente over bepaalde trajecten contact opneemt voor nadere toelichting</p>



Nr	Door	Para- graaf	Vraag	Antwoord
30	Ambiq	6.3	Eerste ervaring met een toegangsmedewerker van de gemeente zijn dat er onrealistische doelen worden geformuleerd voor een LVB cliënt, die de cliënt nooit zou kunnen behalen. Dus Ambiq (of andere zorgaanbieder) de resterende 30%, terwijl er intensief (juist heel veel meer zorg i.v.m. veel herhalen), niet ontvangt. Dit is niet reëel! Hoe wordt hiermee omgegaan?	Dit valt niet onder het administratieprotocol. Op dit moment wordt gewerkt aan een werkprotocol in de werkgroep DAT om de werkwijze inzake de inhoudelijke werkzaamheden te organiseren. Het administratieprotocol gaat alleen over de administratieve afhandeling
31	Ambiq	6.4	Als een cliënt binnen 4 maanden terug komt, dan valt dit binnen de garantie en wordt er geen nieuw traject afgegeven. De doelgroep LVB komt geregeld terug. Er hoeft in het systeem maar iets te gebeuren, waardoor het opgebouwde weer omvalt. Dit systeem is veel kwetsbaarder dan de reguliere jeugdzorg. Hoe wordt hiermee rekening gehouden? Dit betekent namelijk veel financiële risico's voor (L)VB instellingen	Indien in het systeem een wijziging plaatsvindt, waardoor de omstandigheden anders zijn dan ten tijde van het behalen van het resultaat, kan dit worden aangegeven richting de gemeentelijke toegang als onderbouwing dat geen sprake is van recidive
32	Ambiq	6.5	Bij verhuizing kan bij de eerste gemeente 70% gedeclareerd worden. Bij de nieuwe gemeente, op basis van de nieuwe toewijzing (bij succesvol afronden) 30% gedeclareerd worden. Hiervoor geldt dezelfde opmerking als bij 5.1. Dit betekent extra administratieve handelingen en handmatig overzichten bij houden. Kan dit proces vereenvoudigd worden?	Het is van belang dat de juiste gemeente de juiste bedragen betaald. Voor verhuizen ligt de wijziging in woonplaats bij de gemeente. De administratieve last is beperkt, aangezien de aanbieder een nieuwe toewijzing ontvangt van de stopcode, waarop kan worden gedeclareerd. Dit gaat volledig via het berichtenverkeer en handmatige overzichten zouden niet bijgehouden hoeven te worden.
33	GGZ- aanbieders	Bijlage 2	Aansluiting bij de landelijke uniformering van de outcome-monitoring... Wat een gemiste kans! Er is heel veel bezwaar tegen deze landelijke uniforme monitoring, deze heeft zeer weinig draagkracht ondanks de vele wijzigingen. Wij hopen dat de werkgroep hier creatiever mee omgaat.	Dit aansluiting bij de landelijke uniformering is de eerste stap. Binnen de regio IJsselland heeft het ontwikkelen van een goed monitoringsysteem hoge prioriteit in 2018. Dit zal dus verder worden ontwikkeld
34	Trias	Bijlage 2	bijlage 2: vanuit landelijk NJI zijn vragenlijsten clienttevredenheid en de exitvragenlijsten recentelijk aangepast/vernieuwd. Is dat ook al in de bijlage verwerkt?	Nee. Dit zal in een volgende versie worden meegenomen

Nr	Door	Para- graaf	Vraag	Antwoord
35	GGZ- aanbieders	Bijlage 2	Pro Juventus voert sinds 2017 een actief beleid om cliënten waar mogelijk terug te verwijzen naar de poh of lokale toegang. Cliënten kunnen dus bij afsluiting niet zeggen “ik heb voldoende aan de hulp gehad om na de hulp zelf verder te gaan.” Wat betekent dit voor onze monitoring?	Het doel kan wel bereikt zijn bij afschaling