

## Financiële inrichting levensloopteam

**In de stuurgroep proeftuin ketenveldnorm van 6 maart is, conform advies van de projectgroep besloten dat het levensloopteam gaat bestaan uit een multidisciplinaire groep medewerkers van de ForFACT-teams van Transfore, aangevuld met expertise op het gebied van verslaving, LVB en niet-westerse culturen. Onderstaand document bevat een voorstel vanuit de projectgroep om dit randvoorwaardelijk vorm te geven.**

### *Inhoudelijke eisen*

Inhoudelijk is het van belang dat de medewerkers die gaan deelnemen aan het levensloopteam de ruimte krijgen voor (inhoudelijke) uitwisseling, teambuilding en samenwerking. Gezien de complexe doelgroep die zij gaan behandelen en begeleiden is het belangrijk dat er voldoende ruimte is voor intervisie, deskundigheidsbevordering, overleg en onderlinge beschikbaarheid. De medewerkers moeten de kans krijgen echt te gaan samenwerken. Omdat de verwachte instroom voor 2019 uit 25 patiënten bestaat, is het niet efficiënt een compleet team paraat te hebben staan. Medewerkers moeten dus flexibel en schaalbaar zijn in hun mate van inzet.

Dit vraagt ook wat van de organisaties waar de medewerkers werken. De medewerkers in het LVL-team vertolken een brugfunctie naar hun organisatie, bijvoorbeeld voor de eventuele opschaling naar beveiligde intensieve zorg. Dit vereist betrokkenheid van deze organisaties. Het is nadrukkelijk meer dan alleen het uitlenen van een medewerker, het gaat om commitment en een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de doelgroep. De (financiële) inrichting van het LVL-team bevordert dit idealiter.

Tot slot zijn er de randvoorwaardelijke benodigdheden. Medewerkers moeten informatie gemakkelijk kunnen delen, elkaars bestanden kunnen inzien en gemakkelijk contact kunnen leggen. Daarnaast moet er (vergader)-ruimte beschikbaar zijn op een centrale plaats in de proeftuinregio en een werkruimte in IJsselland en Twente.

### *Beste optie: hoofd- en onderaannemerschap*

Vanuit deze vereisten is door de projectgroep gekeken welke financiële inrichting het best passend is. Enkele opties vielen af. Zo is het niet haalbaar alle medewerkers vanuit hun eigen organisatie te laten werken en de samenwerking alleen als netwerk in te richten. De complexiteit van de patiënten vraagt om fysieke nabijheid van collega's. Aan de andere kant van het spectrum is het ook onwenselijk om de medewerkers die extra expertise inbrengen volledig naar Transfore te detacheren. Hiermee ontstaat mogelijk een risico op het verliezen van de brugfunctie die zij vertolken richting hun 'eigen' organisatie. Uit de inventarisatie blijkt dat de beste optie een combinatie van hoofd- en onderaannemerschap met detachering is. Deze optie wordt hieronder nader uitgewerkt.

Er wordt gewerkt met een hoofd- en onderaannemerschap, waarbij Transfore hoofdaannemer is. De hoofdaannemer verzorgt verantwoording naar financiers voor de ambulante inzet op basis van de registratie in bronsysteem User.

Medewerkers van Tactus, Veldzicht en Trajectum zijn voor een minimaal aantal basis uren gedetacheerd bij Transfore. Vanuit deze basisuren worden de algemene uren zoals de uren voor teambuilding en periodieke overleggen gedekt. De uren die daarnaast worden ingezet op patiënt worden per instelling separaat gedeclareerd. Dit kan uitgevoerd worden op basis van de registratie in User en de nog af te spreken tarieven (o.b.v. salariskosten inclusief sociale lasten en kilometervergoeding) tussen de betrokken partijen. De teamleider van het Levensloopteam bepaalt op basis van inhoudelijke overwegingen welke inzet per medewerker noodzakelijk is en stemt hierover ook af met de organisatie van waaruit een medewerker gedetacheerd is.

Voor medewerkers van Mediant geldt dat de afspraak is dat zij worden ingezet op consultatiebasis. Hiervoor wordt een detacheringsovereenkomst gemaakt op basis van een nul uren contract, tevens op basis van de werkelijke kosten. Deze medewerkers kunnen op basis van dit contract en inhoudelijke noodzaak worden ingezet.

Op het moment dat er sprake is van klinische opschaling gaat de DB(B)C of WLZ-traject over naar de organisatie die aangewezen is op basis van de problematiek van de patiënt. Deze opent een DB(B)C of WLZ-traject vanuit de eigen productie waarbij de medewerker uit het levensloopteam

inhoudelijk betrokken blijft bij de behandeling<sup>1</sup>. De patiënt wordt nog wel besproken in de overleggen van het levensloopteam en er blijft ook contact tussen de patiënt en het LVL-team). Voor opschaling richting Trajectum gelden separate afspraken, omdat Trajectum geen afspraken met zorgverzekeraars heeft op dit onderwerp.

#### *Verdeling resultaat*

Kosten en baten van levensloopteam worden –na afloop van een bepaalde periode op basis van het resultaat van het team- naar rato gedeeld tussen organisaties. Transfore krijgt als hoofdaannemer een opslag (vergoeding voor kosten van ICT, etc.)

De kosten van het levensloopteam bestaan uit:

- Huur ruimte voor overleggen
- Huur werkplekken
- Computers, laptops, tablets etc.
- Telefoon, mobiel
- Basis uren en reiskosten gedetacheerde medewerkers vanuit Tactus, Veldzicht en Trajectum
- Inzet uren op patiënten/cliënten van medewerkers Tactus, Veldzicht en Trajectum (incl. reiskosten)
- FTE's levensloopteam Transfore (of ook op basis van basis en inzet op cliënten) (incl. reiskosten)
- Overhead ondersteuning (opstellen verantwoordingen financier, opstellen afrekeningen levensloopteam, betalen facturen, inrichten bronsysteem etc.)
- Overhead levensloopteam (o.a. teamleider etc.)
- Overig/onvoorzien

De baten van het levensloopteam bestaan uit:

1. ZVW opbrengsten van levensloopteam patiënt/cliënt
2. FZ opbrengsten van levensloopteam patiënt/cliënt.
3. Opbrengsten vanuit de WMO.

Het saldo van de baten en kosten dient naar rato verdeeld te worden over de organisaties. Als verdeelsleutel hiervoor geldt het aantal ingezette uren op de patiënten (obv registratie in USER), verdeeld over de verschillende organisaties.

---

<sup>1</sup> Idealiter lopen er op dit moment twee DB(B)C's/WLZ-trajecten voor de levenslooppatiënt. Één bij het levensloopteam en één bij de klinische voorziening. Op dit moment is het niet mogelijk op dezelfde primaire diagnose twee trajecten te hebben 'lopen'. Dit probleem wordt besproken in de werkgroep inkoopketen.