

Samenwerken in de basiszorg medisch en sociaal

Werkdocument
samenwerkingsafspraken
huisartsenpraktijken en
buurteams

1 november 2015

1 Achtergrond

Vanaf 2013 zijn er pilots gestart met buurtteams sociaal en jeugd&gezin in een aantal wijken in Utrecht. Tijdens deze pilots is de samenwerking tussen de buurtteams en de huisartsenpraktijken ontwikkeld en vormgegeven. Van beide kanten is in de pilotperiode ervaren dat samenwerking tussen het medische en sociale domein veel meerwaarde kan hebben voor de cliënt. Cliënten ervaren bij samenwerking dat er één taal wordt gesproken door hulpverleners en dat er afgestemd beleid is in de begeleiding door het buurtteam en de huisartsenpraktijk. Complexe, vastgelopen situaties kunnen vanuit een gezamenlijke analyse met de cliënt en een afgestemde aanpak beter worden verder gebracht. Cliënten voelen zich dan vaak beter ondersteund en de zorg wordt doelmatiger ingezet.

Vanaf 1 januari 2015 zijn in alle wijken buurtteams actief. Het uitgangspunt is dat de buurtteams en de huisartsenpraktijken samen vorm geven aan de basiszorg voor de bewoners in een wijk: basiszorg medisch en sociaal. Daarbij is ook de samenwerking belangrijk met wijkverpleegkundigen, de JGZ, andere eerstelijnsdisciplines (zoals fysiotherapeuten, verloskundigen en psychologen) en sociaal makelaars.

Het blijkt niet altijd eenvoudig om de samenwerking goed vorm te geven. Dit komt onder meer door verschillen in opdracht, verantwoordelijkheid, achtergrond en cultuur tussen medewerkers van de huisartsenpraktijken en de buurtteams. Professionals ervaren bovendien dat er een spanningsveld is tussen, enerzijds de privacy van de cliënt en regie bij de cliënt laten, en anderzijds het belang om de informatie-uitwisseling tussen professionals in de verschillende domeinen te laten plaatsvinden. Zeker wanneer het gaat om kwetsbare inwoners is het soms zoeken hoe dit op een goede manier vorm te geven.

Goede onderlinge afspraken zijn een voorwaarde voor samenwerking. Het doel is om de cliënt optimaal te ondersteunen zelf regie te voeren en onnodige kosten door ineffektieve hulpverlening te vermijden. De afspraken kunnen daarom per wijk verschillen. In de ene wijk willen cliënten vaak zelf regie kunnen voeren, terwijl in de wijken met meer kwetsbare inwoners het vaak niet lukt om de cliënt zelf te laten schakelen tussen de verschillende hulpverleners en de juiste informatie of hulpvraag over te brengen.

Met dit document willen we een gezamenlijke visie en kader meegeven voor het maken van samenwerkingsafspraken tussen de buurtteams en huisartsenpraktijken in de wijken. Op wijkniveau zullen de afspraken concreet moeten worden uitgewerkt, geïmplementeerd en geëvalueerd. De GEZ organisaties in de wijken ondersteunen dit proces.

2 Gezamenlijke visie

Het doel is om effectieve samenwerking te organiseren tussen buurtteams (jeugd & gezin en sociaal) en huisartsenpraktijken. Benutten van expertise van elkaar en samen de ondersteuning inzetten zo dicht mogelijk bij de cliënt waardoor meer lichte, integrale, vroegtijdige en proactieve zorg wordt geboden en doorverwijzing naar aanvullende en specialistische zorg kan verminderen. De vier principes van de transformatie zijn hierbij leidend. Dit zijn: normaliseren, de cliënt is het uitgangspunt, de inhoud is leidend en veiligheid c.q. bedreiging voor de (psychosociale) gezondheid en ontwikkeling vormt de ondergrens ([link voor meer informatie](#) over de transitie in de gemeente Utrecht).

Uitgangspunten

- Professionals in de basiszorg, medisch en sociaal, werken vanuit een gezamenlijk kader: het 4 Domeinenmodel ([link voor meer informatie](#)). Zij hebben in de uitvoering van de basiszorg ieder een eigen opdracht/expertise in de ondersteuning van bewoners. Beiden dragen actief uit naar cliënten dat buurtteam en huisartsenpraktijk samenwerken.
- Huisartsteam en buurtteam zijn samen verantwoordelijk voor een lerende omgeving waarin gezamenlijke verantwoordelijkheid, vertrouwen en onderlinge feedback voor de samenwerking in het sociale en medische netwerk in een wijk, kan groeien. De GEZ organisaties ondersteunen hierbij.
- De samenwerkingsafspraken zijn richtinggevend voor professionals en vormen het kader voor de samenwerking. In de individuele contacten met cliënten kunnen professionals andere afwegingen en keuzes maken in de wijze waarop informatie-uitwisseling en samenwerking plaatsvindt.

3 Samenwerking

De basis voor goede samenwerking is elkaar opzoeken als het nodig is en een cultuur waarin ieder elkaar direct aanspreekt als het niet goed gaat. De vorm van samenwerking en concrete werkafspraken kunnen per wijk verschillen. Dit is afhankelijk van de populatie (aard problematiek, gezondheidsvaardigheden van cliënten), de infrastructuur in de wijk, intensiteit van huidige samenwerking, samenwerkingscultuur etc.

Er zijn verschillende manieren waarop de samenwerking vorm kan krijgen als er meerdere professionals betrokken zijn bij een cliënt:

- Afspreken wie de regie voert, met name als er sprake is van meervoudige problematiek (wie doet wat, inclusief de bewoner zelf);
- Bilateraal afstemmen;
- Over en weer elkaar consulteren;
- Taakgericht invliegen: regie blijft bij de één, de ander neemt daarbinnen een specifiek deel voor zijn rekening (bijvoorbeeld: begeleiding bij dagbesteding door de één, kortdurende financiële hulp door de ander);
- Regie overdragen aan elkaar (denk ook aan het samen delen van hoge werkbelasting);
- Afspraken maken over signalering en 'vinger aan de pols houden' na afsluiten van begeleiding.

3.1 Samenwerkingsafspraken maken en borgen in de wijk

De samenwerkingsafspraken worden op wijkniveau uitgewerkt en geconcretiseerd. De GEZ organisatie ondersteunt en coördineert bij het uitwerken van de samenwerkingsafspraken.

Onderdelen van de samenwerkingsafspraken tussen de huisartsenpraktijken en buurtteams (e.a. kernpartners) zijn:

- De wijze van doorverwijzing naar het buurtteam vanuit de huisartsenpraktijk;
 - Wanneer en hoe de huisartsenpraktijk te informeren over aanmelding en afsluiting van de begeleiding van een cliënt door het buurtteam;
 - Welke informatie wordt gedeeld;
 - Wederzijds elkaar consulteren en betrekken bij het beleid voor de inzet van (specialistische/aanvullende) zorg en hulp (zie ook paragraaf *stedelijke uitwerking*);
 - Praktische afspraken over contactgegevens, bereikbaarheid etc.;
 - Gezamenlijk leren en evalueren.
- Het uitgangspunt is dat de betrokkenheid van het buurtteam zoveel mogelijk met de huisarts gedeeld wordt en het belang hiervan is uitgelegd aan de cliënt. Zowel voor de huisarts als de cliënt is dit belangrijk omdat deze informatie bepalend kan zijn voor het medisch (diagnostisch) beleid en de best passende zorg makkelijker gevonden kan worden. Ook voorkomt het eventueel dubbel werk van huisarts en buurtteam. Daarnaast zal het bijdragen aan de poortwachtersrol van de huisarts en de continuïteit van zorg.
 - Wanneer mogelijk informeert de cliënt zelf de huisarts. Wanneer de cliënt niet in staat is om hierin de weg te vinden (bv bij cliënten met lage gezondheidsvaardigheden of zorgmijders) is het aan de professional om te beoordelen hoe dit gebeurt, uiteraard in overleg en met toestemming van de cliënt.

- Uitgangspunt is wanneer een cliënt via een huisarts of POH bij het buurtteam komt, er altijd een terugkoppeling naar de huisartsenpraktijk plaats vindt. Samen met de cliënt kan worden gekeken hoe dit het beste vorm kan worden gegeven. Bij samenwerking in de begeleiding van een cliënt is een driegesprek (cliënt, buurtteammedewerker en huisarts of POH) een effectief gebleken startmoment (zie ook de tips en trics in de bijlage).
- Wanneer een cliënt bij de huisarts/POH komt en er spelen (psycho)sociale problemen, checkt de huisarts/POH met instemming van de cliënt of de cliënt ondersteuning krijgt van het buurtteam en zoekt zo nodig de samenwerking op.
- De huisartsenpraktijken en buurtteams zijn beiden verantwoordelijk voor het goed borgen van de afspraken in het eigen team: wie zijn aanspreekpunt, taken en verantwoordelijkheden beleggen, intern informatie delen etc. (zie ook de tips en trics in de bijlage).
- De samenwerking met de andere disciplines in de basiszorg/eerstelijns wordt ook op basis van de gezamenlijke visie uitgewerkt en geïmplementeerd. In de praktijk blijkt het goed te werken om in 'driehoeken' daaraan concreet uitwerking te geven. Het gaat om de volgende groepen: jeugd (met JGZ), ouderen (met wijkverpleging) en chronische GGZ/EPA (met GBGGZ).
- De GEZ zorgt voor het informeren en (waar nodig) betrekken van relevante andere eerstelijnsdisciplines (zoals fysiotherapie, apothekers, verloskundigen e.a.) en (wijk)specialisten. De buurtteams zorgen voor de betrokkenheid van sociaal makelaars, vrijwillige hulp en aanvullende zorg.
- Gestructureerd overleg kan belangrijk zijn voor het vormgeven van de samenwerking, maar is in principe tijdsgebonden en heeft een doel: bv om werkafspraken uit te werken. Casuïstiekoverleg is het meest effectief als de hulpverleners die ook daadwerkelijk betrokken zijn bij de cliënt aanwezig zijn.
- Het is belangrijk de procesregie te borgen in de wijk om te kunnen signaleren hoe de samenwerking verloopt en regelmatig te evalueren.

3.2 Privacyrichtlijnen en vastleggen van toestemming

- Privacyrichtlijnen van de eigen discipline zijn leidend in de samenwerking en bij het uitwerken van de samenwerkingsafspraken en is ten allen tijde in overeenstemming met de op partijen van toepassing zijnde privacywet- en regel waaronder:
 - a. de Wet bescherming persoonsgegevens;
 - b. de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO);
 - c. de KNMG-richtlijn (2010) inzake omgaan met medische gegevens ([link voor meer informatie](#));
 - d. de privacycharter (het privacyreglement van de Buurtteamorganisaties dit heeft als basis de Wet bescherming persoonsgegevens, [link voor meer informatie](#));
 - e. de KNMG-meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en de Buurtteam-meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.
- Richtlijnen voor het vastleggen van de toestemming voor samenwerking en informatie delen worden in de eigen organisatie gemaakt. Onder andere over de wijze waarop dit wordt vastgelegd in het cliëntdossier.
- Het opvragen van medische informatie bij de huisarts bijvoorbeeld voor het indiceren van een maatwerkvoorziening heeft een aparte route. Hiervoor is een toestemmingsformulier ontwikkeld. Dit toestemmingsformulier is als bijlage bijgevoegd.

4 Stedelijke uitwerking en ondersteuning

Op stedelijk niveau zullen een aantal thema's en routes/richtlijnen nog verder onder de loep worden genomen en uitgewerkt:

- Positie/rol van het buurtteam, Save, huisarts en JGZ wanneer het gaat om zorgen en onveilige situaties binnen gezinnen
- De rol van de huisarts/POH bij indicatiestelling voor inzet van zorg (aanvullende zorg, PGB en wijkverpleging).
- Afspraken en samenwerking GGZ partners (volwassenen) (zie de Raamovereenkomst Utrecht Geestelijk Gezond)
- Afspraken en samenwerking bij doorverwijzing naar jeugd GGZ en consultatie jeugd GGZ (zie Raamovereenkomst Jeugd en convenant gemeente aanvullende zorg)
- De samenwerking in ouderenzorg (o.a. de dementieketen) in samenwerking met de wijkverpleging
- Respijtzorg en tijdelijke opname
- Het initiatief van de GEZ wijken en buurtteamorganisaties voor het uitvoeren van pilots om de bewoners verder te betrekken bij de samenwerking
- ICT infrastructuur, o.a. de pilots met patiëntenportalen PAZIO en PsyNet in verschillende wijken

4.1 Scholing

De gemeente heeft voor 5 wijken subsidie beschikbaar gesteld voor een gezamenlijke 4D scholing van buurtteams, huisartsen en evt. andere disciplines (JGZ, wijkverpleging). De buurtteams kunnen dit iom de GEZ/huisartsenpraktijk aanvragen. De scholing wordt begeleid door stichting Volte ([link voor meer informatie](#)).

4.2 Evaluatie

Afgesproken is dat we in het voorjaar 2016 de ervaringen in de wijken inventariseren en stedelijk evalueren. In vier wijken worden hiervoor 'leerbijeenkomsten' georganiseerd. Daarnaast zullen via het GEZ coördinatorenoverleg en in de buurtteamorganisaties ervaringen worden opgehaald en besproken.

Dit werkdocument is ontwikkeld op basis van ervaringen in verschillende wijken in de stad.

Jeanine ten Haaf, Marianne Schooleman en Annemiek Schooten (Buurtteams Jeugd&Gezin/Lokalis)

Ingrid Horstik en Ans Daalhuizen (Buurtteams Sociaal/Inclusio)

Rebecca Houtman, Carin de Kok, Christine Weenink en Petra van Wezel (HUS en GEZ organisaties)

Bijlage Tips en trics

In de pilots zijn een aantal praktische werkwijzen en aandachtspunten naar voren gekomen die goed kunnen werken om de samenwerking vorm te geven:

- Aandachtsfunctionarissen benoemen voor de samenwerking met de huisartsenpraktijk in de buurtteams. Dit zijn 1-2 medewerkers die verantwoordelijk zijn voor de afstemming met het medische domein en afspraken over afstemming, toeleiding en terugkoppeling van cliënten.
- Investeren in het contact door bijvoorbeeld regelmatig aanwezig te zijn bij lunch of koffie in het gezondheidscentrum. Meestal doet één van de aandachtsfunctionarissen dit.
- In de huisartsenpraktijk één huisarts en POH GGZ benoemen als portefeuillehouder/contactpersoon voor de samenwerking met het buurtteam. Rol van de POH (GGZ, ouderen) uitwerken als aanspreekpunt voor de huisartsenpraktijk voor contacten met buurtteammedewerkers (en andere disciplines zoals wijkverpleging). Rechtstreeks contact met de huisarts is ook mogelijk. Dus afspreken waarvoor en wanneer de POH te benaderen.
- Het is belangrijk dat doktersassistenten goed op de hoogte zijn van de afspraken tussen huisartsen, praktijkverpleegkundigen en buurtteams.
- Maak hele concrete en praktische afspraken over bereikbaarheid: contactgegevens uitwisselen (en beheren), emailadressen en 06 nummers (wanneer/wel niet gebruiken), geschikte momenten voor contact (huisartsen: wees niet te voorzichtig met 06 nummers, de ervaring leert dat er helemaal niet vaak gebeld wordt).
- Introduceer praktische werkwijzen om de samenwerking concreet te maken, ook voor cliënten. Zoals een gezamenlijk consult met de cliënt en buurtteammedewerker bij de huisarts of poh of een gezamenlijk huisbezoek.
- Regelmatig (anoniem of met toestemming van de cliënt) casuïstiek bespreken om elkaar en elkaars werkwijze te leren kennen en de afspraken in de samenwerking concreet te maken.
- Deelname door de POH GGZ aan de casuïstiekbespreking van het buurtteam.
- Gebruik van het 4-Domeinenmodel bij bespreking van casuïstiek.
- Gezamenlijke scholing huisartsenpraktijk en buurtteams en ander disciplines in de wijk.