

Middelen

Werkafspraken Krachtige basiszorg – buurtteam sociaal en huisartsenpraktijk

Uitgangspunten

- Professionals in de basiszorg medisch en sociaal werken aan een gezamenlijk kader (gezamenlijke visie, één taal, methodiek/samenwerkingsafspraken, signaleringssysteem)
- Zij hebben in de uitvoering van de basiszorg een eigen opdracht/expertise in de ondersteuning van bewoners.
- Voor de vormgeving van krachtige basiszorg creëren we een lerende omgeving en sturen op gezamenlijke verantwoordelijkheid, vertrouwen en onderlinge feedback van professionals in het sociaal en medisch netwerk.
- De werkafspraken zijn richtinggevend voor professionals en vormen het kader voor de samenwerking. In de individuele contacten kunnen professionals andere afwegingen maken en keuzes maken in de wijze waarop informatie uitwisseling en samenwerking plaatsvindt. Dit wordt in het eigen team teruggekoppeld en periodiek in het overleg met de contactpersoon uit het andere domein besproken.

Werkafspraken uitvoering

Zie ook de paragraaf met specifieke afspraken voor de GGz

1. Het buurtteam bespreekt met nieuwe cliënten dat zij nauw samenwerken met de huisartsenpraktijk en licht toe waarom zij dat belangrijk vinden. Zij vragen toestemming aan de cliënt om de huisarts te informeren dat zij als buurtteam ondersteuning bieden en met welk doel. Bij bezwaar van de cliënt wordt dit als uitgangspunt genomen en wordt er geen melding gedaan en/of informatie gedeeld. Het belang van een goede relatie met de huisarts wordt meegenomen in de begeleiding van de cliënt.
2. Praktijkverpleegkundigen in de huisartsenpraktijk (GGZ en ouderen) zijn het eerste aanspreekpunt vanuit de huisartsenpraktijk voor het buurtteam (nieuwe cliënten). De praktijkverpleegkundige registreert de betrokkenheid van het buurtteam in het dashboard in het HIS (naam buurtteam medewerker en 06), beantwoordt zo mogelijk vragen, informeert over betrokkenheid van relevante andere hulpverleners (bv wijkverpleegkundige) en informeert/betrekt indien nodig de huisarts.
3. Inschakelen van het buurtteam na consult in de huisartsenpraktijk verloopt via de patiënt zelf of door een aanmelding in het postbakje van het buurtteam in de huisartsenpraktijk (voor zover er nog geen beveiligd e-mail mogelijkheid is gerealiseerd). Het buurtteam koppelt terug: 1) welke buurtteammedewerker de patiënt begeleidt 2) probleem/doel waaraan wordt gewerkt. Dit wordt geregistreerd in het dashboard in het HIS.

4. Afhankelijk van de problematiek en de taakverdeling tussen huisarts en praktijkverpleegkundige bij de patiënt, heeft de buurtteam medewerker gedurende het begeleidingstraject contact met de praktijkverpleegkundige, de huisarts of met beiden.
5. Afhankelijk van de complexiteit van de problematiek en (mogelijke) risico's (gezondheidsrisico's, risico's op ondoelmatige inzet hulp) kan de afstemming en samenwerking tussen buurtteam en huisartsenpraktijk op verschillende niveaus plaatsvinden :
 - a. Alleen melding/registratie in het HIS van begeleiding door buurtteam (bij aanvang en afsluiting)
 - b. Korte lijnen, korte contacten bilateraal tussen buurtteam medewerker en praktijkverpleegkundige/huisarts (bellen/mailen)
 - c. Gezamenlijk 4D consult of huisbezoek door buurtteam medewerker en praktijkverpleegkundige of huisarts tbv diagnostiek en plan
 - d. MDO Medisch Sociaal (4D diagnostiek/risico-inschatting/planbespreking) met de cliënt en bij hem/haar betrokken hulpverleners.
6. Het gezondheidscentrum heeft een flex spreekkamer voor het buurtteam beschikbaar voor afspraken van het buurtteam met een cliënt. Gezamenlijke consulten van buurtteam en huisarts/praktijkverpleegkundige worden in het gezondheidscentrum gepland. Afspraken bij de huisarts kunnen digitaal ingepland worden (nog niet bij alle praktijken) of via de assistente.
7. Bij de planning van een MDO Medisch Sociaal zijn de agenda's van de huisarts, buurtteam medewerker en evt. andere nauw betrokken hulpverlener (bv wijkverpleegkundige thuiszorg) leidend.
8. Afhankelijk van de problematiek en bestaande hulpverleningsrelaties worden andere hulpverleners die bij de cliënt betrokken zijn uitgenodigd voor een MDO Medisch Sociaal (bv wijkverpleegkundige thuiszorg, SPV FACT, paramedische professionals, behandelaars/specialisten etc.). Ook zij kunnen een voorstel doen voor een MDO.
9. De bestaande relaties en keuzes van de cliënt zijn leidend voor het maken van afspraken over wie binnen het hulpverlenersnetwerk de contactperson(en) zijn voor de cliënt en casemanagementtaken uitvoeren.
10. Doelen worden helder geformuleerd en het plan medisch en sociaal afgestemd samen met de patiënt) gebaseerd op: 1) diagnostiek (4D methodiek) 2) risico-inschatting 3) doel/mogelijkheden cliënt 4) doelmatige inzet hulp en zorg.
11. Trajecten worden gemonitord (elk kwartaal). Bij afsluiting van de begeleiding door het buurtteam worden concrete afspraken met de cliënt en hulpverleners gemaakt over wat te doen indien er (op)nieuw vragen/signalen zijn. De algemene afspraak daarbij is dat wanneer klanten die zijn afgesloten door het buurtteam zich weer melden bij de huisarts, worden terug verwezen naar het buurtteam.

Onderhouden van de samenwerking

12. Twee medewerkers van het buurtteam hebben de samenwerking met de huisartsenpraktijk in portefeuille. Zij zijn samen met de buurtondernemer binnen het team en voor de huisartsenpraktijk het aanspreekpunt, signaleren vragen/knelpunten in het team etc. Binnen de huisartsenpraktijk/gezondheidscentrum hebben de huisarts portefeuillehouder GGZ, de praktijkverpleegkundige GGZ en de manager/directeur deze rol.
13. De medewerkers van het buurtteam (portefeuillehouders) zijn regelmatig in het gezondheidscentrum aanwezig (uitgangspunt: 1 keer per week aanwezig bij de lunch in het gezondheidscentrum).
14. Periodiek (bijv. eens per 2 weken) is de praktijkverpleegkundige GGZ bij de casuïstiekbespreking van het buurtteam aanwezig.
15. Eens in de 6 maanden overleggen de portefeuillehouders en de contactpersonen in de huisartsenpraktijk over ontwikkeling en voortgang. Zij bereiden het voor door aan hun achterban te vragen hoe het loopt en of er specifieke vragen zijn. Zij koppelen het ook aan hen terug.

Zij gebruiken het format in de bijlage om de afspraken na te lopen en er verslag van te doen.

Specifieke werkafspraken voor de GGz-doelgroep

Specifiek bij GGZ-doelgroep:

Voor patiënten die een psychiatrische diagnose hebben, stemt het buurtteam af met de hoofdbehandelaar. Als dit de Gespecialiseerde GGZ is (SGGZ) of de Generalistische Basis GGZ (BGGZ) dan informeert het buurtteam de huisarts (met inachtneming van werkafpraak 1). Bij actuele somatische problematiek betreft het buurtteam de huisarts ook lopende een behandeling bij de SGGZ of BGGZ.

Als de huisarts de hoofdbehandelaar is, maken buurtteam en huisartsenpraktijk een afgestemd plan. Zij hebben tenminste 3 keer overleg: bij het begin van de uitvoering van het plan, tussentijds en bij afsluiting van de betrokkenheid van het buurtteam. In dit plan wordt opgenomen: contactpersonen, wie werkt aan welke doelen, bij welke signalen vindt opnieuw afstemming plaats. Met PsyNet kan digitaal een plan worden gemaakt en afgestemd.

Indien er bij het maken van het plan of tussentijds behoefte is aan specialistische GGz-expertise kan via de huisarts de kaderarts GGz of de wijkpsychiater worden geconsulteerd. Een buurtteam medewerker kan in overleg met de buurtondernemer de kaderarts GGz rechtstreeks benaderen om anoniem een casus voor te leggen¹.

Specifiek voor jeugd en voor ouderen moet nog aangevuld.

¹ Zie ook de 'Richtlijn overdracht bij substitutie patiënten met EPA – werkgroep Overvecht maart 2015 (versie7); een samenvatting is als bijlage opgenomen.

Bijlage bij werkafspraken Krachtige basiszorg buurtteam sociaal en huisartsenpraktijk

Betreft werkafpraak 15:

‘Eens in de 6 maanden overleggen de portefeuillehouders en de contactpersonen in de huisartsenpraktijk over ontwikkeling en voortgang. Zij bereiden het voor door aan hun achterban te vragen hoe het loopt en of er specifieke vragen zijn. Zij koppelen het ook aan hen terug.’

De medewerkers starten het overleg door te bespreken hoe de samenwerking in het algemeen loopt: zijn er grote veranderingen t.o.v. het vorige overleg, hoe is de houding van de medewerkers t.o.v. de samenwerking?

Zij lopen de werkafspraken door en bespreken hoe zij er concreet uitvoering aan geven en wat de stand van zaken is. Zij maken zelf een keuze van de onderwerpen; de complete lijst hoeft niet te worden nagelopen. Eén van hen maakt een verslag volgens de opzet: wat – hoe – stand van zaken uitvoering.

Hieronder is een voorbeeld opgenomen voor één werkafpraak.

Opfrissen en werkbaar maken werkafspraken krachtige basiszorg – buurtteam X en huisartsenpraktijk Y

Datum: 3 september 2016

Werkafpraak 4

WAT Afhankelijk van de problematiek en de taakverdeling tussen huisarts en praktijkverpleegkundige bij de patiënt, heeft de buurtteam medewerker gedurende het begeleidingstraject contact met de praktijkverpleegkundige, de huisarts of met beiden.

HOE Als de POH GGz er inhoudelijk niet bij betrokken is, nemen huisarts en BT-medewerker direct contact op met elkaar.

Bij voorkeur telefonisch; naar elkaars 06-nummer. Om langs elkaar heen bellen te voorkomen, kunnen medewerkers elkaar appen wanneer het schikt om te bellen. Tussen 12 en 14 uur zijn de huisartsen het best te bereiken.

Als het bekend is om welke cliënt het gaat dan kan meneer/mevrouw X (voorletter van de achternaam) worden vermeld in een mail. Als dat nog niet bekend is, kan dit via de voicemail worden aangekondigd (‘ik mail zo omdat ik wil afstemmen over naam en toenaam’).

Stand van zaken uitvoering

Soms worden toch namen gemaïld. De app en voicemail worden nog niet vaak gebruikt op de beschreven manier.

BIJLAGE SAMENVATTING EPA RICHTLIJN

Samenvatting van de Richtlijn overdracht bij substitutie patiënten met EPA:

Voor de epa groep (mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen) zijn er in Overvecht twee richtlijnen opgesteld die de zorg voor deze groep beogen te verbeteren.

De ene richtlijn gaat over de overdracht van klanten vanuit de basiszorg naar de specialistische zorg en omgekeerd. In deze overdracht gaan vaak dingen fout. De richtlijn beschrijft processtappen die ervoor zorgen dat het risico hierop vermindert. Voor de buurtteams is het belangrijk dat er over epa klanten altijd overleg met een behandelaar plaatsvindt en doelen van begeleiding en behandeling op elkaar worden afgestemd. Dit is de huisarts of de poh ggz, of de behandelaar bij specialistische GGZ of basis GGZ.

De andere richtlijn gaat over afspraken rond CVRM zorg (cardio vasculair risico management) Dit is belangrijk omdat de epa groep een hoger risico heeft op hart en vaatziekten. Met goede CVRM zorg is hier veel gezondheidswinst te behalen. De buurtteams hebben vooral een taak in het signaleren van dit risico. In de richtlijn wordt aangegeven hoe buurtteams dit kunnen herkennen.