

Samenwerking rond zorgmijding in de eerste lijn

Handreiking voor wijkverpleegkundigen

Deze handreiking is ontwikkeld door:



Deze handreiking is tot stand gekomen dankzij:



Inhoud

Inhoud	3
Inleiding	5
Totstandkoming	5
Leeswijzer	6
De wijkverpleegkundige als samenwerkingspartner	7
Competentiegebieden wijkverpleegkundige	7
Het competentiegebied samenwerking	8
Uitgangspunten & voorwaarden voor samenwerking	10
Uitgangspunten voor samenwerking	10
Overleg, samenwerking en gedeelde verantwoordelijkheid	11
Onderwerpen voor samenwerkingsafspraken	13
Inleiding	13
Signaleren: waar worden signalen gemeld?	13
Rolverdeling: wie doet wat?	13
Mandaat: wie heeft de bevoegdheid en kan doorpakken?	14
Regie: wie heeft de regie?	14
Overdracht en doorverwijzing: hoe wordt gezorgd voor een goede aansluiting?	15
Monitoring en nazorg: wie houdt de vinger aan de pols?	16
Informatie-uitwisseling: wie zorgt voor kennisdeling en wat is hierbij mogelijk?	16
Checklist samenwerkingsafspraken	18
Bronnen	21

Inleiding

Het komt regelmatig voor dat bij de zorgverlening aan mensen die de zorg mijden/missen meerdere professionals betrokken zijn. Een goede samenwerking tussen deze professionals is daarbij van groot belang. Zo zal er een duidelijke taak- en verantwoordelijkheidsverdeling moeten zijn, en is het noodzakelijk dat de betreffende professionals met elkaar communiceren en hun werkzaamheden en informatie onderling afstemmen. Dit zijn belangrijke randvoorwaarden voor het bieden van verantwoorde zorg (KNMG, 2010).

Totstandkoming

Deze handreiking is tot stand gekomen in het kader van de ontwikkeling van een kwaliteitsstandaard voor verpleegkundigen en verzorgenden rond het (vroeg)signaleren en omgaan met zorgmijding in de eerste lijn. Om de uitgangsvragen voor de kwaliteitsstandaard te formuleren is bij de start van het project een knelpuntenanalyse uitgevoerd. Uit de knelpuntenanalyse (literatuurinventarisatie en invitation conference met professionals en cliëntvertegenwoordigers) bleek dat samenwerking tussen partijen in de wijk (o.a. buurtbewoners, welzijnswerk/sociaal werk, Wmo-zorg, GGz, particuliere zorgpartijen, huisarts, politie, onderwijs, GGD, woningcorporaties¹) soms moeizaam verloopt. Men weet elkaar niet altijd te vinden, waardoor signalen over mensen die zorg mijden niet (tijdig) bij de juiste partijen terecht komen. Verder is het niet altijd duidelijk wie de verantwoordelijkheid heeft over mensen die zorg mijden en welke informatie tussen partijen mag worden uitgewisseld, waardoor er geen goede doorverwijzing en/of overdracht plaatsvindt. Naar aanleiding hiervan is de volgende uitgangsvraag geformuleerd:

Over welke onderwerpen moet de wijkverpleegkundige afspraken maken met aanpalende beroepsgroepen/partijen/organisaties met betrekking tot de zorg aan mensen die zorg mijden of missen?

Omdat samenwerkingsafspraken geen plek kunnen krijgen binnen een (monodisciplinaire) kwaliteitsstandaard/richtlijn, is besloten om een separaat product te ontwikkelen voor wijkverpleegkundigen. Deze handreiking is gebaseerd op relevante (grijze) literatuur en opvattingen van experts over welke onderwerpen rondom de zorg voor mensen die de zorg mijden afspraken gemaakt moeten worden. De handreiking is geen protocol, maar geeft wijkverpleegkundigen concrete handvatten om lokale samenwerkingsafspraken te maken. Het zorglandschap is lokaal verschillend ingericht en de handreiking zal vanuit verschillende praktijksituaties worden toegepast, waarbij de professional de lokale context in acht neemt.

Deze handreiking is in lijn met wettelijke kaders waarin de verantwoordelijkheid van zorgverleners voor een goede afstemming van de zorg in een keten is geregeld,

¹ De lijst met samenwerkingspartners is niet compleet. Soms zijn er voor specifieke groepen zorgmijders, bijvoorbeeld ouderen, nog andere samenwerkingspartners nodig.

zoals de **Wet op de Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst (WGBO, 1995)**, de **Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG, 1993)** en de **Kwaliteitswet Zorginstellingen (1996)**. Bij de totstandkoming is gebruik gemaakt van de **Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg van de Koninklijke Maatschappij voor Geneeskunde (KNMG, 2010)**, de **Handreiking gegevensuitwisseling Bemoeizorg (2014)** en het **Kwaliteitsdocument ketenzorg bij suïcidaliteit (Hermens e.a., 2010)**.

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 van deze handreiking wordt kort uiteengezet hoe het door **V&VN** vastgestelde competentiegebied samenwerking van (wijk)verpleegkundigen eruit ziet. Hoofdstuk 3 behandelt de uitgangspunten en voorwaarden voor samenwerking rond zorgmijding. In hoofdstuk 4 worden de onderwerpen beschreven waarover wijkverpleegkundigen afspraken moeten maken met betrekking tot de zorgverlening aan mensen die de zorg mijden of missen. Hoofdstuk 5 betreft de checklist die in de praktijk gebruikt kan worden wanneer een samenwerking rond zorgmijding wordt opgestart.

De wijkverpleegkundige als samenwerkingspartner

Voordat we ingaan op de samenwerking rond zorgmijding schetsen we eerst globaal het kader van waaruit de wijkverpleegkundige werkt en wat van hem of haar wordt gevraagd bij het vorm geven aan samenwerking met partners in de wijk.

Competentiegebieden wijkverpleegkundige

In de documenten Expertisegebied wijkverpleegkundige (2019) en het Beroepsprofiel verpleegkundige Deel 3 (2020) die door V&VN zijn ontwikkeld, worden zeven competentiegebieden van verpleegkundigen beschreven, die zijn gebaseerd op de systematiek van de CanMEDS (Canadian Medical Education Directions for Specialists). Kern van de beroepsuitoefening is de verpleegkundige als zorgverlener (in de kern van de bloem). Alle andere bekwaamheden raken aan die centrale rol en krijgen er richting door.



De competentiegebieden zijn als volgt uitgewerkt:

- 1 **Vakinhoudelijk handelen:** de verpleegkundige als zorgverlener.
- 2 **Communicatie:** de verpleegkundige als communicator.
- 3 **Samenwerking:** de verpleegkundige als samenwerkingspartner.
- 4 **Kennis en wetenschap:** de verpleegkundige als reflectieve professional die handelt naar de laatste stand van de wetenschap.
- 5 **Maatschappelijk handelen:** de verpleegkundige als gezondheidsbevorderaar.
- 6 **Organisatie:** de verpleegkundige als organisator.
- 7 **Professionaliteit en kwaliteit:** de verpleegkundige als professional en kwaliteitsbevorderaar.

Het competentiegebied samenwerking

In deze handreiking is vooral het competentiegebied samenwerking van belang. In het Beroepsprofiel verpleegkundige (2020) wordt bij het competentiegebied samenwerking beschreven dat de verpleegkundige op basis van gelijkwaardigheid samenwerkt met de patiënt en zijn naasten, eigen en andere disciplines, en met leidinggevend:

'De verpleegkundige deelt kennis en informatie, is gericht op samenwerking en overdracht in de keten. Dat vergt permanente onderlinge afstemming, om te voorkomen dat de zorg gefragmenteerd raakt. Zij geeft in samenwerking vorm aan het ontwikkelen van beleid met betrekking tot de individuele patiëntenzorg over de grenzen van de individuele zorgorganisatie. Zij doet dit vanuit het perspectief van de continuïteit van de zorg voor het individu. De verpleegkundige werkt daarnaast over de grenzen van gezondheidszorgorganisaties heen, met onder meer woningbouwverenigingen, politie, ouderensoos, wijkcentra, kerken en moskeeën, buurtregisseurs, scholen, kinderdagverblijven, kunstenaars. Via deze samenwerking spoort zij ook zorgmijders op en mensen met (dreigende) gezondheidsproblemen. De verpleegkundige in de wijk/buurt bereikt iedereen die zorg behoeft, niet alleen op indicatie'.

In het Expertisegebied wijkverpleegkundige (2019) wordt verder uitgewerkt welke specifieke kennis, vaardigheden en attitude een wijkverpleegkundige hierbij nodig heeft. De wijkverpleegkundige:

- is op de hoogte van de sociale kaart van de wijk/buurt, dorp/stad en regio en informeert zorgvrager en sociale systeem over de mogelijkheden;
- is in staat wonen, welzijn en zorg in de wijk met elkaar te verbinden;
- kent de wet- en regelgeving en weet hierbinnen effectief te opereren;
- kent de basisprincipes van samenwerking, en kent zijn eigen talenten en valkuilen hierbij;
- is in staat een netwerk op te bouwen en te onderhouden in de wijk;
- stemt de eigen activiteiten in de wijk zorgvuldig af met die van andere zorgprofessionals;
- is in staat initiatief te nemen tot multidisciplinair, interprofessioneel en multisectoraal samenwerken van professionals in zorg en welzijn, gemeente, wooncorporaties en andere sectoren, dit te coördineren, regisseren en te bevorderen;
- is in staat zijn eigen functie/meerwaarde te benoemen in relatie met samenwerkingspartners en cliënten;
- is in staat zichzelf binnen de wijk te profileren bij wijkbewoners, cliënten, zorgverleners en andere relevante instanties.

Uit het voorgaande komt naar voren dat de wijkverpleegkundige de sociale kaart dient te kennen en bij voorkeur ook het contact legt voor de zorgvrager. Verder wordt van de wijkverpleegkundige verwacht dat die breed samenwerkt met allerlei

partners in de wijk om mensen die zorg mijden of missen in beeld te krijgen. Daarnaast wordt van de wijkverpleegkundige een initiërende rol verwacht bij het tot stand brengen van multidisciplinair, interprofessioneel en multisectorale samenwerking en afstemming. In het volgende deel wordt beschreven wat belangrijke uitgangspunten zijn voor de samenwerking rond zorgmijding.

Uitgangspunten & voorwaarden voor samenwerking

In de Handreiking gegevensuitwisseling Bemoezing (2014) worden enkele uitgangspunten geformuleerd voor de samenwerking tussen betrokken professionals en organisaties die ook zinvol kunnen zijn als kader voor de samenwerking in de eerste lijn.

Uitgangspunten voor samenwerking

1. De rechten van de cliënt worden gerespecteerd¹.

2. Voorafgaand aan een (digitaal) samenwerkingsoverleg of multidisciplinair overleg (MDO) worden door de deelnemende organisaties schriftelijke afspraken gemaakt over gegevensuitwisseling die opvraagbaar zijn voor de cliënt of andere betrokkenen.

3. Of inbreng van een casus in het samenwerkingsoverleg nodig is, kan worden bepaald aan de hand van onderstaand stappenplan. Het gaat om de volgende 6 stappen (zie ook 'Handreiking Bemoezing in de zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking' van Frederiks en Dörenberg, 2015):

- **Signalen in kaart brengen:** signalen onderzoeken en situatie met cliënt bespreken;
- **Collegiale toetsing:** situatie voorleggen aan het team;
- **Gesprek met de cliënt:** situatie bespreken met naasten en/of omgeving van de cliënt;
- **Wegen van de signalen:** situatie met de cliënt analyseren;
- **Beslissen:** afweging maken (o.a. over of het inbrengen van de casus bij het samenwerkingsoverleg nodig is).

4. De cliënt wordt door de wijkverpleegkundige en andere betrokken professionals zo volledig mogelijk op de hoogte gehouden en geïnformeerd over het traject, de uitkomsten van het overleg en de vervolgstappen.

5. Tot het tijdelijk beperken van de rechten van de cliënt (waaronder het verstrekken van (persoons)gegevens aan anderen zonder toestemming) wordt alleen overgegaan indien een vitaal belang of conflict van plichten daartoe verplicht.

6. Het verstrekken van gegevens, zonder toestemming van de cliënt, tijdens een samenwerkingsoverleg vindt alleen plaats indien geen minder ingrijpende middelen bestaan om het beoogde doel te bereiken. Dit wordt regelmatig geëvalueerd. De besluitvorming tot overgaan van gegevensuitwisseling zonder instemming van

¹ Van dit uitgangspunt wordt enkel afgeweken indien er sprake is van een vitaal belang of conflict van plichten, zie bij uitgangspunt 5.

de persoon om wie het gaat, dient voor de select afgesproken deelnemers (ketenpartners) gezamenlijk vastgelegd te worden. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van de bijlage VI uit de handreiking gegevensuitwisseling bemoeizorg.

7. Indien het verstrekken van gegevens zonder toestemming noodzakelijk is, worden alleen die gegevens verstrekt die noodzakelijk zijn voor de betreffende casus.

8. De professional die overgaat tot het verstrekken van persoonsgegevens met of zonder toestemming draagt er zorg voor dat daarvan aantekening wordt gemaakt in het dossier van de cliënt.

9. De deelnemers aan het samenwerkingsoverleg houden de cliëntgegevens geheim buiten de kring van personen en organisaties (kern- of schilpartners) die bij het traject betrokken zijn. Dit betekent onder meer dat gespreksverslagen van contacten tussen personen en organisaties en andere digitale communicatievormen in een traject zoveel mogelijk worden gecodeerd of geanonimiseerd. Voor alle beroepskrachten vloeit hun geheimhoudingsplicht voort uit specifieke regelgeving, zoals de **WGBO**, de **Wet BIG**, de **Wet Politiegegevens**, **Wet bescherming persoonsgegevens** of zelfreguleringsdocumenten (zoals professionele standaarden, beroepscode), het ambtenarenrecht of arbeidsrecht. In beginsel geldt de plicht tot geheimhouding ook ten opzichte van familieleden van de cliënt. De geheimhoudingsplicht mag zonder toestemming van de cliënt worden doorbroken wanneer sprake is van een vitaal belang of 'conflict van plichten', wanneer het belang van medische zorg in een bepaald geval groter is dan het belang van geheimhouding (Stappenplan voor de gegevensuitwisseling bemoeizorg, bijlage IV van de Handreiking gegevensuitwisseling Bemoeizorg, 2014). In de publicatie [Het beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden. Een Wegwijzer voor zorgprofessionals](#) wordt aangegeven dat 'als geen toestemming verkregen kan worden, maar de professional ernstige schade aan de cliënt of aan een ander kan voorkomen door informatie aan een derde te verstrekken, dan mag informatie met een beroep op een conflict van plichten aan derden worden verstrekt'.

Overleg, samenwerking en gedeelde verantwoordelijkheid

Een belangrijke voorwaarde om zorgvuldig samen te kunnen werken in de eerste lijn is het organiseren en bijwonen van een samenwerkingsoverleg of multidisciplinair overleg (**MDO**)¹. Het is logisch dat de organisatie die de problemen signaleert het eerste overleg plant en de betrokken partijen uitnodigt. Tijdens het eerste overleg worden vervolgens afspraken gemaakt voor vervolgoverleggen en evaluatiemomenten.

Om een overleg met verschillende partijen goed te kunnen laten verlopen, is een voorzitter/gespreksleider/procesbewaker nodig. Het is voor de hand liggend dat deze rol wordt vervuld door de zorgcoördinator. Tijdens het eerste overleg moet

¹ Zie uitgangspunt 3 op pagina 7. Niet in alle gevallen is een **MDO** (direct) noodzakelijk.

worden besproken en vastgelegd welke taken en bevoegdheden de zorgcoördinator heeft (zie ook punt 2 mandaat). Als juridische maatregelen van zorg of dwang noodzakelijk blijken, kan een procesregisseur worden aangewezen vanuit het Veiligheidshuis om tot passende zorg te komen. Veiligheidshuizen zijn netwerksamenwerkingsverbanden, die partners uit de strafrechtketen, de zorgketen, gemeentelijke partners en bestuur verbinden in de aanpak van complexe problematiek (zie www.veiligheidshuizen.nl).

Gedeelde verantwoordelijkheid is een ander belangrijk aspect in een zorgvuldige samenwerking rondom casuïstiek. Een gedeelde verantwoordelijkheid kan gevoelens van machteloosheid bij individuele professionals en het afschuiven van taken en verantwoordelijkheden voorkomen. In een wijk waarin ketenpartners elkaar goed kennen, waarin sprake is van een netwerkstructuur en geïnvesteerd is in kennismaking en onderhoud van contact, ontstaat eerder een gevoel van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor alle burgers in de wijk. Een voorbeeld is de methode 1Gezin1Plan waarbij hulpverleners met het gezin samenwerken als team, onder leiding van een zorgcoördinator. In een gezinsplan worden doelen gesteld en afspraken gemaakt, waarbij de wensen en mogelijkheden van het gezin het belangrijkste onderdeel zijn (zie www.1gezin1plan1regisseur.nl).

Onderwerpen voor samenwerkingsafspraken

Inleiding

Uit de expertbijeenkomst kwamen de volgende zes onderwerpen naar voren waarover wijkverpleegkundigen met andere ketenpartners afspraken moeten maken met betrekking tot de zorgverlening aan mensen die de zorg mijden of missen: (1) rolverdeling; (2) mandaat/bevoegdheden; (3) regieverantwoordelijkheid; (4) overdracht en doorverwijzing; (5) monitoring en nazorg; (6) informatie-uitwisseling.

Daarnaast werden door de experts ketenpartners genoemd waarmee de wijkverpleegkundige in de wijk afspraken moet maken. Hierbij moet worden opgemerkt dat deze lijst niet uitputtend is en wat betreft relevantie afhankelijk is van de casuïstiek: woningbouwvereniging, huisarts, behandelaar GGZ, behandelaar somatische zorg, RIBW, wijkagent, sociaal werkers (zoals maatschappelijk werkers, kinder- en jongerenwerkers, ouderenadviseurs, maatschappelijke opvang, vluchtelingenwerk, etc.), buurtbewoners en de buurtcoach, brandweer, bouw en woningtoezicht, gemeente, sociaal wijkteam, politie, respijtzorg, religieuze instanties, (school)maatschappelijk werk, Veilig thuis, jeugdzorg, jeugd ggz.

Signaleren: waar worden signalen gemeld?

Het is belangrijk dat binnen een samenwerkingsverband helder is waar signalen van zorgmijding of zorg missen gemeld kunnen worden. Hiervoor kan een signaleringsstructuur worden ingericht. Dit houdt in dat de samenwerkende organisaties in hun eigen organisatie een contactpersoon aanwijzen, bij voorkeur degene die in het samenwerkingsverband vertegenwoordigd is. Wanneer mensen signalen van (mogelijke) zorgmijding krijgen die buiten hun eigen werkgebied vallen, kunnen zij dit intern melden bij deze contactpersoon. In het samenwerkingsverband worden deze signalen besproken en wordt afgesproken wie welke actie gaat ondernemen. Zo zijn de lijnen kort en worden signalen tijdig doorgegeven. Ook is men van elkaar op de hoogte of en welke acties worden ondernomen op het gebied van zorgmijding.

Rolverdeling: wie doet wat?

Wijkverpleegkundigen, andere professionals, vrijwilligers en mantelzorgers die deel uitmaken van een samenwerkingsverband¹ dienen duidelijke afspraken te maken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot

¹ Onder samenwerkingsverband rondom casuïstiek wordt verstaan: twee of meer partijen die een gezamenlijk doel nastreven, daarover afstemmen en afspraken maken. Een samenwerkingsverband kan verschillende invullingen en vormen aannemen.

de zorg en ondersteuning aan de cliënt. De deskundigheidsgebieden en competenties van de betrokken zorgverleners zijn hierbij leidend (zie ook stap 6 van de checklist uit de Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling; KNMG, 2010).

Samenhangende zorg en ondersteuning aan de cliënt vergt dat wijkverpleegkundigen niet alleen op de hoogte zijn van hetgeen zij zelf moeten doen, maar zich ook bewust zijn van hoe hun handelen zich verhoudt tot hetgeen andere betrokken professionals, vrijwilligers en mantelzorgers doen en daarmee rekening houden. Dit vergt zowel gegevensuitwisseling over de situatie rond de cliënt en de aard en omvang van de betrokkenheid van andere professionals als voldoende aandacht voor en inspanning om de eigen werkzaamheden op die van anderen te laten aansluiten.

Het expliciet maken wat verwacht wordt van alle participanten in het samenwerkingstraject, zowel wat betreft het eigen aandeel als de relatie tussen het eigen aandeel en de activiteiten van anderen, is hierbij van belang. Helder moet zijn wat van elke professional in het samenwerkingsverband wordt verwacht. Wijkverpleegkundigen kunnen alert zijn op de grenzen van de eigen mogelijkheden en deskundigheid en zo nodig doorverwijzen naar een andere professional. Hierbij is het noodzakelijk dat zij op de hoogte zijn van de kerncompetenties van de andere betrokken professionals (zie ook stap 7 van de checklist uit de Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling; KNMG, 2010) en waar en bij wie men terecht kan, bijvoorbeeld met bepaalde signalen.

Mandaat: wie heeft de bevoegdheid en kan doorpakken?

Wanneer er sprake is van een traject waarbij meerdere professionals (gelijktijdig) betrokken zijn, dient duidelijk te zijn wie van hen verantwoordelijkheid is voor de inhoud en uitvoering van de onderdelen van de zorg en ondersteuning en of er sprake is van een inhoudelijk eindverantwoordelijke. Op welke persoon welke inhoudelijke verantwoordelijkheid rust, kan van situatie tot situatie verschillen, maar deze verantwoordelijkheden moeten wel expliciet zijn belegd (KNMG, 2010). De bevoegdheid om beslissingen te nemen, verschilt per onderdeel van het traject en valt samen met de rolverdeling die op basis van competenties en deskundigheden wordt bepaald (zie punt 1 rolverdeling).

Het samenwerkingsverband als geheel heeft het mandaat om elkaar te wijzen op de afgesproken taken en verantwoordelijkheden. Het samenwerkingsverband kan vastleggen dat de zorgcoördinator (zie onder punt 3 regie) het mandaat krijgt om de andere betrokken professionals zo nodig op samenwerkings- en afstemmingsaspecten te kunnen aanspreken en van hen bepaalde activiteiten te verlangen.

Regie: wie heeft de regie?

Uitgangspunt is dat de cliënt zoveel mogelijk de regie heeft over zijn eigen zorg- en ondersteuningsproces, tenzij er sprake is van wilsonbekwaamheid. Samen met de cliënt (of diens vertegenwoordiger), naasten en/of omgeving van de cliënt wordt het zorgplan opgesteld. Belangrijke vragen hierbij zijn: wat is voor de client belangrijk in zijn leven en hoe kan de zorg en ondersteuning hieraan bijdragen, wat zijn de

mogelijkheden, wat zijn de voor en nadelen en wat betekent dit in de situatie van de cliënt?

Voor de cliënt moet altijd duidelijk zijn wie van de betrokken professionals:

- het aanspreekpunt is voor vragen van de cliënt of diens vertegenwoordiger;
- per onderdeel de inhoudelijke regie en (eind)verantwoordelijkheid heeft voor de zorg en ondersteuning aan de cliënt;
- de coördinatie van de zorgverlening aan de cliënt heeft (zorgcoördinator) (zie ook aandachtspunt 1 uit de Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling; KNMG, 2010).

Het is van belang de coördinatiefunctie te onderscheiden van de inhoudelijke regieverantwoordelijkheid voor de (onderdelen van de) zorg en ondersteuning aan de cliënt. De coördinatiefunctie dient ertoe om te voorkomen dat in de zorg en ondersteuning aan de cliënt gaten ontstaan en dat de cliënt de dupe wordt van gebrekkige samenwerking en afstemming. Op die aspecten behoort de zorgcoördinator in het bijzonder alert te zijn. Het is van belang de positie en de bevoegdheden van de zorgcoördinator duidelijk te omschrijven. Een coördinatiefunctie veronderstelt zowel de capaciteiten als de formele mogelijkheden om andere betrokken professionals zo nodig te kunnen aanspreken en aansturen. Dit moet goed geregeld worden en voor alle betrokkenen duidelijk zijn (Kusiak, 2008).

De verantwoordelijkheid voor het proces ligt bij het samenwerkingsverband, de medische verantwoordelijkheid ligt bij de huisarts, psychiater, arts VG of straatdokter. Hoewel de zorgcoördinator het mandaat van het samenwerkingsverband kan krijgen om de andere partners te wijzen op hun taken en verantwoordelijkheden is deze persoon niet de eindverantwoordelijke is voor het gehele proces. Dit sluit ook aan bij (F)ACT model, een in de gespecialiseerde GGZ veel toegepast model bij cliënten waarbij meerdere hulpvragen spelen. In het (F)ACT model ligt de regie en verantwoordelijkheid bij het team en niet bij één casemanager.

Overdracht en doorverwijzing: hoe wordt gezorgd voor een goede aansluiting?

Overdracht van taken en verantwoordelijkheden dient expliciet plaats te vinden. Continuïteit van zorg is van groot belang, in het bijzonder bij mensen waarbij het risico speelt dat zij de zorg gaan mijden. Risico's voor de continuïteit van de zorg en ondersteuning zijn bij elk overdrachtmoment aanwezig. Dit is deels te ondervangen door een goede explicitering en planning van de overdrachtmomenten en door een zekere mate van standaardisering van de wijze waarop de overdracht verloopt (bijvoorbeeld via een verwijsformulier). Het is aan te bevelen bij situaties van overdracht en evaluatie zoveel mogelijk ook de cliënt te betrekken (zie ook stap 9 van de checklist uit de Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling; KNMG, 2010). Hierbij dient niet alleen de optie doorverwijzen, maar ook het betrekken van en samen optrekken met andere professionals te worden overwogen.

Informatieoverdracht van een cliënt naar de andere professional is minimaal schriftelijk en kan, zeker in acute situaties, aangevuld worden met telefonisch overleg. Het tempo van de overdracht hangt samen met de urgentie van de situatie: als deze acuut is, moet er een snelle overdracht naar vervolghulp zijn. In de informatieoverdracht wordt de aard van de problematiek van de cliënt genoemd en wordt aangegeven wat het resultaat is van het gevoerde beleid tot dan toe en wat er van de vervolghulp wordt verwacht. Ook moet er in de overdracht aandacht zijn voor het gemis van bepaalde zorg, bijvoorbeeld bij ondervoeding, verwaarlozing, mondzorg en sociale problematiek. De professional die de verantwoordelijkheid overneemt, legt dit schriftelijk vast in het eigen dossier. De professional die de verantwoordelijkheid overdraagt, legt de overname vast in het eigen dossier (Handreiking gegevensuitwisseling Bemoeizorg, 2014).

Monitoring en nazorg: wie houdt de vinger aan de pols?

Het is belangrijk om gedurende het samenwerkingstraject afspraken te maken over overleg- en evaluatiemomenten (zie ook stap 10 van de checklist uit de Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling; KNMG, 2010). Monitoring en evaluatie zijn van belang om met elkaar na te gaan of het traject volgens plan is verlopen, of alle partijen hun verantwoordelijkheid hebben genomen en hun onderdelen in het traject hebben uitgevoerd en gedocumenteerd, en of er wijzigingen moeten plaatsvinden in het traject. De ervaringen van de cliënt dienen hierin te worden meegenomen. De monitor- en evaluatiemomenten dienen expliciet te worden vastgelegd, evenals wie er in staat is te monitoren, wie er evalueert en wie in staat is contact te houden. Verantwoordelijkheid over de nazorg kan ook inhouden dat de professional hierbij overlegt met een collega of een collega raadpleegt. Het ligt voor de hand dat de zorgcoördinator met betrekking tot dit aandachtspunt een bewakende rol heeft.

De fase van nazorg is een zeer belangrijk onderdeel van de hulpverlening aan een cliënt die zorgmijdtend is (geweest). In het samenwerkingsverband en met de cliënt wordt besproken en vastgelegd hoe de nazorgfase het beste ingevuld kan worden, wie vinger-aan-de-pols houdt en eventuele signalen van verslechtering terugkoppelt. Het is aan te bevelen hiertoe een risicoanalyse uit te voeren. Het monitoren van de nazorg hoeft niet persé belegd te zijn bij een professional, maar kan ook uitgevoerd worden door een naastbetrokkene van de cliënt. Er dient in dat geval vastgelegd te worden aan wie de naastbetrokkene eventuele zorgen terugkoppelt.

Informatie-uitwisseling: wie zorgt voor kennisdeling en wat is hierbij mogelijk?

Terugkoppeling en informatieoverdracht zijn gebonden aan wettelijke kaders zoals de Wet op de Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst (WGBO). Voor wijkverpleegkundigen die deelnemen aan een samenwerkingstraject is het van belang dat zij over relevante gegevens van collega's beschikken en zo nodig collega's informeren over gegevens en bevindingen die zij nodig hebben om verantwoorde

zorg te kunnen verlenen (zie ook stap 4 van de checklist uit de Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling).

Informatie-uitwisseling voorafgaand aan het zorgtraject is vooral gericht op het inschatten van de situatie en welke zorg en ondersteuning dient te worden geleverd. **Gegevensuitwisseling** tussen bijvoorbeeld de woningcorporatie, politie, sociaal werk, gemeente, GGZ en GGD kan aan het licht brengen hoe ernstig de situatie is. Tijdens het zorgtraject dient de gegevensuitwisseling primair te zijn gericht op de zorg en ondersteuning voor de cliënt, door middel van toeleiding naar zorg. Het bestrijden van eventuele overlast voor anderen is daarbij van secundair belang (Handreiking gegevensuitwisseling bemoeizorg; 2014).

Relevante gegevens worden vastgelegd in het cliëntdossier. Bij voorkeur is dit een geïntegreerd dossier, dat door alle bij de samenwerking betrokken professionals kan worden geraadpleegd en aangevuld. Zo niet, dan worden afspraken gemaakt over de wijze waarop de samenwerkingspartners relevante informatie uit een dossier kunnen verkrijgen (zie ook stap 5 van de checklist uit de Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling; KNMG, 2010). Omdat de huisarts beschikt over een elektronisch dossier dat 24/7 te raadplegen is, is het aan te bevelen om vast te leggen dat alle partijen hun relevante bevindingen terugkoppelen aan de huisarts van de desbetreffende cliënt.

De terugkoppeling dient beknopt en minimaal schriftelijk te zijn. Het tempo van de overdracht en de terugkoppeling hangt samen met de urgentie van de situatie: als deze acuut is, moet er een snelle terugkoppeling naar de huisarts zijn, zo nodig binnen één dag. Als van de huisarts iets verwacht wordt, is het raadzaam om in acute situaties de schriftelijke informatie aan te vullen met telefonisch overleg. Terugkoppeling naar nooddiensten en toeleiders vindt mondeling plaats (Kwaliteitsdocument ketenzorg bij suïcidaliteit; Hermens e.a., 2010).

Checklist samenwerkingsafspraken

De checklist is te beschouwen als een set afspraken die een wijkverpleegkundige in de eerste lijn keten maakt met betrekking tot de zorg- en ondersteuning aan mensen die de zorg mijden of missen. Dit kunnen overigens afspraken zijn die al bestonden en wellicht aangescherpt kunnen worden of afspraken die nog niet bestonden en waarvan het wel is aan te raden ze te maken en vast te leggen. Net als de Handreiking moet de checklist niet opgevat worden als een protocol. Afhankelijk van de casuïstiek en de lokale context kan het voorkomen dat bepaalde afspraken minder relevant, passend of haalbaar zijn.

Uitgangspunt is dat de cliënt en/of naasten zoveel als mogelijk worden betrokken bij en deelnemen aan de samenwerkingsoverleggen. Het verstrekken van gegevens, zonder toestemming van de cliënt, tijdens een samenwerkingsoverleg vindt alleen plaats indien minder ingrijpende middelen ontoereikend zijn om het beoogde doel te bereiken. De wijkverpleegkundige dient continu een afweging te maken of het nodig is dat er informatie verstrekt wordt en welke informatie voor de ander nodig is. Minder ingrijpende middelen zijn bijvoorbeeld een anonieme casusbespreking of een intensievere vorm van samenwerking tussen een beperkter aantal partijen.

Informatie-uitwisseling: wie zorgt voor kennisdeling en wat is daarbij mogelijk?

- Is er geïnventariseerd welke wensen en behoeftes de cliënt heeft ten aanzien van het delen van informatie (welke informatie en aan wie)?
- Is er toestemming aan de cliënt gevraagd om gegevens uit te wisselen en te overleggen met derden?
- Beschik ik over relevante gegevens van collega's of heb ik collega's geïnformeerd over gegevens die ik nodig heb om verantwoorde zorg te kunnen verlenen?
- Zijn er in het samenwerkingsverband afspraken gemaakt over de wijze van terugkoppeling en informatieoverdracht (aan wie en op welke manier)?
- Zijn er in het samenwerkingsverband afspraken gemaakt over de snelheid van terugkoppeling en informatieoverdracht? Staat die in relatie tot de urgentie van de situatie?
- Zijn er in het samenwerkingsverband afspraken gemaakt over de inhoud van de terugkoppeling en informatieoverdracht?

- Zijn de relevante gegevens over (de zorg en ondersteuning rond) de cliënt vastgelegd in het cliëntdossier?**

Rolverdeling: wie doet wat?

- Zijn de deskundigheidsgebieden en competenties van de betrokken professionals helder?**
- Zijn er heldere afspraken gemaakt over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de zorg en ondersteuning aan de cliënt?**
- Is het duidelijk hoe de eigen werkzaamheden zich verhouden tot de activiteiten en werkzaamheden van andere professionals?**

Mandaat: wie heeft de bevoegdheid per onderdeel en kan daarop doorpakken?

- Is het voor alle betrokken professionals duidelijk wie verantwoordelijk is voor welk onderdeel van het traject?**
- Zijn deze bevoegdheden in het samenwerkingsverband vastgelegd?**
- Is afgesproken binnen het samenwerkingsverband wie het mandaat krijgt/krijgen om anderen zo nodig aan te spreken op de afgesproken taken en verantwoordelijkheden (en van hen bepaalde activiteiten te verlangen)?**

Regie: wie heeft de regie over het proces?

- Zijn de cliënt (of diens vertegenwoordiger), naasten en/of omgeving van de cliënt intensief betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van het zorgplan?**
- Zijn de positie en de bevoegdheden van de zorgcoördinator duidelijk omschreven?**
- Is voor de cliënt (of diens vertegenwoordiger) duidelijk wie het aanspreekpunt is voor vragen?**
- Is voor de cliënt (of diens vertegenwoordiger) duidelijk welke professional voor welk onderdeel van het traject verantwoordelijk is?**
- Is voor de cliënt (of diens vertegenwoordiger) duidelijk wie de coördinatie heeft over het gehele zorg- en ondersteuningstraject?**

Overdracht en doorverwijzing: hoe wordt gezorgd vor een goede aansluiting?

- Zijn er heldere afspraken gemaakt tussen de professional die de verantwoordelijkheid overdraagt en degene die de verantwoordelijkheid overneemt over het moment en de wijze van overdracht?**
- Is de cliënt (en bij voorkeur ook zijn/haar naasten) bij de afspraken over de overdracht betrokken?**
- Is voor alle betrokken partijen duidelijk hoe de informatieoverdracht verloopt (mondeling, schriftelijk, telefonisch)?**
- Is voor alle betrokken partijen duidelijk welke informatie over (de zorg rond) de cliënt wordt overgedragen?**
- Heeft de professional die de verantwoordelijkheid overneemt, de overdracht schriftelijk vastgelegd in het eigen dossier?**
- Heeft de professional die de verantwoordelijkheid overdraagt, de overdracht schriftelijk vastgelegd in het eigen dossier?**

Monitoring en nazorg: wie houdt de vinger aan de pols?

- Zijn er in het samenwerkingsverband afspraken gemaakt over de monitoring en evaluatie van het zorgtraject?**
- Zijn de ervaringen van de cliënt (en zijn/haar naasten) meegenomen in de evaluatie?**
- Is voor alle partijen helder hoe de nazorg eruit ziet en wie de vinger-aan-de-pols houdt?**
- Indien een naaste de vinger-aan-de-pols houdt: is afgesproken naar wie hij/zij eventuele signalen van verslechtering kan terugkoppelen?**

Bronnen

Frederiks, B.J.M. & Dorenberg, V.E.T. (2015). Bemoezorg in de zorg voor mensen met een lichte verstandelijke beperking: Een handreiking voor begeleiders die dagelijks zorg en ondersteuning bieden aan cliënten. Amsterdam: VU Medisch Centrum.

GGD GHOR Nederland, GGZ Nederland & KNMG (2014). Handreiking Gegevensuitwisseling in de bemoezorg.

Hermens, M., Van Wetten, H., & Sinnema H. (2010). Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit. Aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten. Utrecht: Trimbos-instituut.

KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, & NPCF (2010). Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg.

Kusiak, L. (2008). Regie op de werkvloer? Overlaten aan verpleegkundigen. Zorgmarkt, 2, 48-51.

Kwaliteitswet Zorginstellingen, d.d. 18 januari 1996.

Schuurmans, M., Lambregts, J., & Grotendorst, A. (red) (2012). Beroepsprofiel verpleegkundige: hoofdstuk 3.

V&VN (2019). Expertisegebied wijkverpleegkundige.

Wet op de Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst (WGBO), 1 april 1995.

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG), 9 november 1993.