

Plan van Aanpak AKO

Alphens Ketenoverleg voor zorg en welzijn

Samenwerking van het sociaal en medisch domein in de wijken en kernen van de gemeente Alphen aan den Rijn



September 2015

Concept

INHOUD

- 1. Inleiding**
- 2. Het voortraject**
- 3. Belang van samenwerking**
- 4. Borgen van intenties Convenant Alphens Keten Overleg**
- 5. Planning**
- 6. Communicatieplan**

Bijlage 1: Rollen en taken deelnemers

Bijlage 2: Samenwerkingsafspraken

Bijlage 3: Actiepunten 2015/2016

Bijlage 4: Privacy reglement Gemeente Alphen aan den Rijn

1. Inleiding

Het Plan van Aanpak AKO is een bijlage bij het *Convenant AKO, Alphen Keten Overleg voor zorg en welzijn. Samenwerking van het sociaal en medisch domein in de wijken en kernen van de gemeente Alphen aan den Rijn*. Doel van het Convenant is om de inwoners van Alphen aan den Rijn op tijd de juiste zorg en ondersteuning te bieden, integraal, zo licht als mogelijk en zo zwaar als noodzakelijk. Hiervoor hebben we een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Ketensamenwerking is hierbij essentieel.

In dit Plan van Aanpak werken we uit hoe we de intenties vanuit het convenant borgen en welke rol het AKO hierbij speelt (paragrafen 4 en 5). Maar eerst staan we stil bij de wijze waarop het Convenant tot stand is gekomen en waarom samenwerking tussen partijen van belang is (paragrafen 2 en 3). In de paragrafen 5 en 6 zijn een planning en communicatieplan opgenomen.

2. Het voortraject

Het begin

Sinds begin 2013 vindt overleg plaats over de samenwerking in de wijk tussen gemeente (wethouder Volksgezondheid), Zorg & Zekerheid en Alphen op 1 lijn (de koepelorganisatie van vier gezondheidscentra in de kern Alphen aan den Rijn). Eind 2014 zijn de thuiszorgorganisaties aan tafel gevraagd. Zij worden vertegenwoordigd door Activite. En vanaf begin 2015 neemt ook TOM in de Buurt deel aan dit overleg.

Doel overleg

Doel van het overleg was:

1. het verkennen van de mogelijkheden tot samenwerking in de wijk. Huisartsen, de thuiszorg en de gemeente komen elkaar meer en meer tegen. Het is goed als zij elkaars taal leren spreken.
2. het formuleren van een gezamenlijke visie en agenda. Centraal hierbij staat de vraag: hoe kunnen we de zorg voor kwetsbare burgers zo goed mogelijk organiseren.

Wat is er gebeurd?

Nadat er over en weer informatie was gedeeld, is eind 2013 besloten om eerst Gemeente en Zorg & Zekerheid, als de twee financiers van zorg en welzijn in de wijk gezamenlijk te laten overleggen hoe de samenwerking vorm kan krijgen. Gelijktijdig is op Holland Rijnland niveau een convenant en werkagenda tussen de Holland Rijnland gemeenten en Zorg & Zekerheid vastgesteld. Conclusie van beide overleggen was dat met name de inwoners met een lage sociaal economische status veel aandacht en zorg nodig hebben, zowel van de gemeente als van de zorgverzekeraar. Als we zorgkosten willen terugbrengen, dan moeten we ons op die groep richten. Op dat moment konden nog geen concrete afspraken gemaakt worden tussen gemeente en zorgverzekeraar, omdat er nog veel onduidelijkheid was rondom de decentralisaties. Inmiddels zijn de gesprekken hervat, o.a. over de ketenzorg dementie.

Pilot wijk Ridderveld

Daarnaast is mei 2013 ook gestart met de Pilot Samenwerken in de wijk Ridderveld. Hierin participeren Huisartsenpraktijk Prelude, Activite, Kwadraad en Participe (inmiddels TOM in de buurt), Gemeente (Wijken en Kernen, Afdeling Maatschappelijke Ontwikkeling), Alphen op 1

lijn en Zorg & Zekerheid. Doel van deze pilot is om zo dicht mogelijk bij de wijkbewoners effectieve en efficiënte, geïntegreerde zorg en ondersteuning in de wijk of buurt te organiseren middels het aan elkaar koppelen van het sociale en het zorgdomein. Dit vindt zijn concrete uitwerking in het twee keer per jaar organiseren van een netwerkbijeenkomst voor alle werkers in zorg en welzijn in de wijk Ridderveld en de pilot Samen1Plan, een ICT toepassing, waarmee thuiszorg, huisarts, gemeente en welzijnsorganisatie elkaar kunnen informeren dat men bij een cliënt/patiënt is geweest. Daarnaast vindt overleg plaats over de organisatie van preventie in de wijk.

Samenwerking met Boskoop en Rijnwoude

Met de huisartsen uit Boskoop en Rijnwoude vond tot juli 2015 afzonderlijk overleg plaats. Een vertegenwoordiging van de eerstelijnszorg van Boskoop en Rijnwoude neemt nu ook deel aan het AKO.

3. Belang van samenwerking

Met ingang van 1 januari 2015 is er veel veranderd in de zorg en ondersteuning voor wie dat nodig heeft, onder invloed van diverse herzieningen in financiering en aanspraken. Inwoners zullen in toenemende mate een beroep doen op de gemeente en de eerstelijnszorg voor die zorg en ondersteuning. Mensen worden ouder en blijven steeds langer thuis wonen. De eerstelijnszorg¹ en de gemeente delen de maatschappelijke opgaven, die deze transitie met zich meebrengen en werken aan dezelfde doelen. Gemeente en zorgverzekeraars zijn de financiers van de ondersteuning en zorg die in de wijk worden geboden.

De gemeente heeft er per 1 januari 2015 belangrijke taken bij gekregen. Enerzijds vanuit de nieuwe Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning): de gemeente is verantwoordelijk voor een aantal taken dat eerder binnen de AWBZ was belegd, waaronder begeleiding, dagbesteding en kortdurend verblijf. Anderzijds vanuit de Jeugdwet: de gemeente is nu verantwoordelijk voor de gehele jeugdhulp. Een groot aantal taken vanuit de nieuwe Wmo worden voor de gemeente uitgevoerd door TOM in de Buurt. Een groot aantal taken vanuit de nieuwe Jeugdwet worden voor de gemeente uitgevoerd door de nieuwe Jeugd- en gezinsteams.

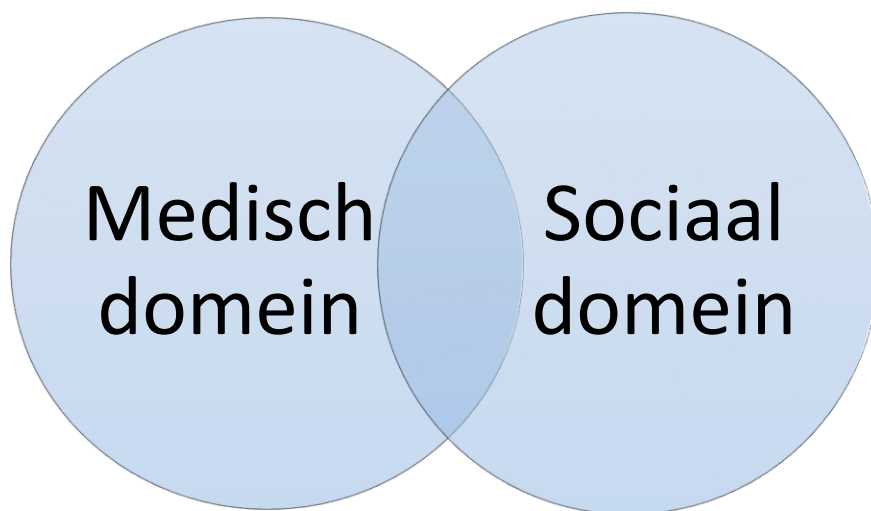
Omdat ouderen langer thuis blijven wonen én door de nadruk op substitutie van zorg naar welzijn en zelfmanagement zal de komende jaren ook op de eerstelijnszorg een ander beroep worden gedaan.

Gemeente en zorgverzekeraar zullen elkaar steeds vaker tegenkomen in de wijk. Een aantal voorbeelden:

- Een deel van de eerste lijn, verenigd in Alphen op een lijn, sluit naar verwachting in 2015 aan bij de VWS proeftuin 'Gezonde zorg Gezonde regio'. Het doel van deze proeftuin is, om de zorgverlening aan de individuele patiënt te verbeteren en de zorg beter, veiliger en goedkoper te maken. Ook de gemeente kan bij deze proeftuin aansluiten.

¹ Eerstelijnszorg is zorg waar inwoners zelf zonder verwijzing naartoe kunnen gaan. Bijvoorbeeld huisarts, tandarts, apotheker, fysiotherapeut, maatschappelijk werker.

- In de nieuwe Jeugdwet is de verwijsketen rond de jeugdzorg en de Jeugd GGZ belegd bij gemeente, de jeugdarts en de huisarts. De jeugdarts en de huisarts kunnen zelfstandig verwijzen naar achterliggend aanbod, waarvan de gemeente de financier en regisseur is.
- De huisarts kan signaleren dat mantelzorgers overbelast zijn. De gemeente heeft de wettelijke verplichting mantelzorgondersteuning te organiseren.
- Daarnaast kunnen gemeente en de eerstelijnszorg gezamenlijk optrekken om te komen tot een afgewogen preventief aanbod, waardoor duurdere zorg en ondersteuning eventueel kunnen worden voorkomen.



Waar het medisch en het sociaal domein elkaar tegenkomen in de wijk, is het van belang om goede afspraken met elkaar te maken over de zorg en ondersteuning die zij leveren. Dit kan zijn op casusniveau (rondom de individuele inwoner, die zorg en ondersteuning nodig heeft), maar betreft ook de vraag hoe we met elkaar ervoor zorgen dat inwoners zelfredzaam kunnen zijn (preventie). Hierbij ligt er een gezamenlijke opgave om de gezondheidsverschillen tussen de inwoners met een hogere sociaal-economische status en die met een lage sociaal-economische status te verkleinen.

4. Borgen van intenties Convenant

Ondertekenaars Convenant

Om een zo breed mogelijk draagvlak voor de samenwerking in de wijk te creëren, vragen we alle partijen, die in de wijk zorg en ondersteuning leveren, het Convenant te onderschrijven. Dit zijn die partijen die zorg en ondersteuning financieren, dan wel toeleiden naar die zorg en ondersteuning: Gemeente, Zorg & Zekerheid, eerstelijnszorg (met name Alphen op 1 lijn en een vertegenwoordiging van de huisartsen, die niet aangesloten zijn bij Alphen op 1 lijn), Activite namens de thuiszorgorganisaties, TOM in de Buurt en de GGD (Jeugdgezondheidszorg). In bijlage 1 zijn de rollen en taken van deze partijen opgenomen. In de loop van 2016 kunnen eventueel ook de uitvoerders van het Uitvoeringsplan Herinrichting Maatschappelijk Domein aansluiten.

Hoe samen verder ?

Deelnemers van het Alphens Keten Overleg voor zorg en welzijn (het AKO)

Vertegenwoordigers van de bovengenoemde partijen zijn de deelnemers aan het AKO. Met het onderschrijven van het Convenant committeren zij zich aan het doel van het Convenant. Binnen het overleg kan o.a. worden gemonitord hoe partijen uitvoering geven aan de intenties van het Convenant.

Daarnaast is er een tweede schil van o.a. organisaties die vanuit de Wet langdurige zorg een rol spelen in de wijk, de OGGZ en de GGZ volwassenen, het onderwijs, de politie en de BOA's (buitengewoon opsporingsambtenaren) wijkraden, Het Gilde, Humanitas, Kom Erbij, Raad van Kerken etc. In het AKO en op wijkniveau bespreken we op welke wijze we deze partijen betrekken bij de intenties van het Convenant. Zij maken vooralsnog geen deel uit van het AKO.

Ketensamenwerking in de wijk

Omdat ketensamenwerking in de wijk, zoals de naam al zegt, op wijkniveau plaatsvindt, zal daar het meeste werk moeten worden verzet. Vanuit het AKO wordt bij de werkers in de wijk de gezamenlijke inspanningsverplichting neergelegd om te komen tot effectieve en efficiënte zorg in de wijk. Het Convenant is hierbij de onderlegger. Partners in de wijken zullen met elkaar in overleg moeten over hoe ze dat het beste kunnen doen. Uit dit overleg zal iets van een "wijkagenda" ontstaan. In de wijken Ridderveld en Rijnwoude is die verbinding al voor een deel tot stand gebracht, in andere wijken is die verbinding aan het ontstaan.

In de wijk worden de knelpunten en succesfactoren ervaren. Het AKO maakt gebruik van de ervaring die in de wijken wordt opgedaan. De verschillende wijkagenda's zijn input voor het AKO. De wijken kunnen gebruik maken van tools die al ontwikkeld zijn (bijv. Welzijn op recept) of nog ontwikkeld worden. En van de input vanuit het AKO aan de hand van bijvoorbeeld de thema's die daar worden besproken.

De samenwerking zal gaandeweg en op een procesmatige wijze gestalte krijgen. Dit betekent voor partners dat zij dit (groei-)proces met open houding en op basis van gezamenlijke verantwoordelijkheid aangaan, waarbij de te bereiken doelen en resultaten centraal staan. Op basis van de ontwikkelingen wordt regelmatig de balans opgemaakt. Op basis hiervan kijken we met elkaar hoe we verder gaan.

Verbindende rol in de wijken

Omdat de gemeentelijk gebiedsadviseurs al hard aan de slag zijn om in de wijken de verbinding tussen o.a. alle professionals tot stand te brengen, vragen wij hen om in de 5 wijken/kernen van de gemeente Alphen aan den Rijn een eerste overleg met de werkers in de wijk te initiëren. Dit doen zij samen met een beleidsmedewerker van de afdeling Maatschappelijke Ontwikkeling en de wijkverpleegkundige die vanuit de zorgverzekeraar de opdracht heeft om in de wijk het medisch en sociaal domein aan elkaar te verbinden. Vervolgens is het de verantwoordelijkheid van alle betrokken partijen om tot een wijkagenda te komen. Hierbij staat het doel van deze verbinding, nl. het komen tot effectieve en efficiënte zorg en ondersteuning centraal. En zijn de kernwaarden vanuit het Convenant leidend.

Elke wijk/kern zal hierin haar eigen dynamiek kennen. We zullen moeten aansluiten op de energie die er in de wijk/kern aanwezig is. Er kan gedacht worden aan diverse niveaus van samenwerking: op casusniveau (afspraken rondom zorg aan cliënten/patiënten); op collectief niveau (hoe voorkomen we dat er zorg en ondersteuning nodig is); op informatieniveau (hoe kunnen we optimaal gebruik maken van elkaars deskundigheid) etc. En aan verschillende werkgroepen, waarbij ook andere partijen dan die aan het AKO deelnemen, kunnen aanschuiven. Hierbij zal ook gekeken moeten worden naar de rol die de informele zorg en ondersteuning kan spelen. Bij een onderwerp als ouderenzorg zou bijvoorbeeld ook het OSO (Overleg Samenwerkende Ouderenbonden) kunnen aanschuiven.

Zie voor dit alles ook het plaatje hieronder.

NB Er kan worden aangesloten bij de ontwikkelingen die er zijn in de wijken en de al aanwezige tools (o.a. Welzijn op recept). De pilot Samenwerken in de wijk Ridderveld kan als voorbeeld dienen (o.a. netwerkbijeenkomsten, overleg Preventie, ICT –hulpmiddel).



Agenda van het AKO

Het AKO biedt een gesprekstafel voor partijen die een rol spelen bij het leveren van zorg en ondersteuning in de wijken en kernen van de gemeente Alphen aan den Rijn. Alle

deelnemers aan het AKO hebben een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor de agenda.

Het AKO monitort de voortgang van de samenwerking in de wijk en heeft een faciliterende rol ten behoeve van de werkers in de wijk.

Hierbij komen vragen aan de orde als:

- Hoe wordt er samengewerkt in de wijk?
- Dragen de activiteiten in de wijken bij aan de gestelde doelen?
- Welke knelpunten zijn er in de samenwerking en welke oplossingsrichtingen?
- Welke randvoorwaarden zijn nodig voor een goede samenwerking?

Indien er onduidelijkheden ontstaan over de verschillende verantwoordelijkheden en financieringsgrondslagen, kunnen Gemeente en Zorg & Zekerheid, als de twee financiers van zorg en ondersteuning in de wijk hierover, zo nodig, in gesprek in een afzonderlijk overleg. Zie ook hieronder.

Daarnaast heeft het AKO een verkennende en innoverende rol. Hiervoor zal een werkagenda (met fasering) worden opgesteld, waarin een aantal thema's worden benoemd, waarbij gedacht kan worden aan bijvoorbeeld ouderenzorg, preventie, aanpak gezondheidsverschillen tussen lage en hogere SES, kwaliteit van de zorg en ondersteuning. Onderstaande vragen zijn hierbij uitgangspunt:

- Hoe richten we de zorg en ondersteuning effectief en efficiënt in, zodat inwoners zo goed mogelijk worden geholpen (waarbij we uitgaan van de weerbaarheid van de inwoner en waar nodig die zo veel mogelijk vergroten). Welke innovaties zijn hierbij wellicht nodig?
- Hoe richten we de zorg en ondersteuning efficiënt in, zodat we met elkaar de goede dingen kunnen blijven doen? Welke innovaties zijn hierbij wellicht nodig?
- Welke ontwikkelingen zijn er die van invloed zijn of meegenomen kunnen worden bij het verder uitwerken van de intenties van het Convenant.

Op basis van de agenda sluiten deskundigen uit de diverse organisaties aan om toelichting te geven bij specifieke onderwerpen.

Binnen het AKO kunnen de resultaten worden verzilverd en de successen met elkaar gedeeld. Alle deelnemers aan het AKO hebben een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor het bereiken van die resultaten en successen.

De agenda van het AKO zal enerzijds vanuit de wijkagenda's gevuld gaan worden en anderzijds zullen door de secretaris van het AKO bij partijen gesprekstema's worden opgehaald. Daarnaast liggen er vanuit een eerder opgesteld document met afspraken op het gebied van de samenwerking rondom de Jeugdzorg en rondom kwetsbare burgers al een aantal actiepunten, die opgepakt kunnen worden. Zie bijlage 3 bij het Plan van Aanpak. Op basis van deze input stellen we in de tweede helft van 2015 een werkagenda op.

De secretaris van dit overleg heeft een belangrijke rol bij het onderhouden van de verbinding tussen wat in de wijken gebeurt en het AKO. Samen met de gebiedsadviseurs en de beleidsmedewerkers bewaakt de secretaris de voortgang. Het AKO komt vooralsnog 4 x per jaar bij elkaar.

Overleg financiers

De financiers van de zorg en ondersteuning in de wijk, – Gemeente en Zorg & Zekerheid –, gaan met elkaar in gesprek op het moment dat financieringsgrondslagen onduidelijk zijn.

Daarnaast maken zij, zo nodig, afspraken met elkaar om tot een sluitende ketenaanpak te komen middels inkoopafstemming. Verlegging van zorg binnen het medisch domein naar ondersteuning en zorg binnen het sociaal domein zal ook financiële consequenties met zich meebrengen. Gemeente en Zorg & Zekerheid gaan ook hierover met elkaar in gesprek.

5. Planning

oktoberr: bijeenkomst met eerstelijns/wijkverpleging om hen te informeren.

november 2015: ondertekenen Convenant

oktober/november 2015; in overleg met partners vullen van de werkagenda van het AKO met thema's

Najaar 2015: opstellen wijkagenda's en eventueel werkplan

Eind 2015: Gemeentebrede agenda (o.b.v. de wijkagenda's) met doelen voor de jaren 2016–2020 en resultaten voor 2016

2016: starten met ketenoverleg in de wijk

6. Communicatieplan

Ntb

Bijlage 1: taken en rollen deelnemers Koepeloverleg

Bijlage 2: werkaafspraken sociaal en medisch domein

Bijlage 3: Actiepunten 2015/2016

Bijlage 1: Rollen en taken deelnemers van het Alphens Keten Overleg voor zorg en welzijn

Om een zo breed mogelijk draagvlak voor de samenwerking in de wijk te creëren, vragen we alle partijen, die in de wijk zorg en ondersteuning leveren, het Convenant te onderschrijven. Dit zijn die partijen die zorg en ondersteuning financieren, dan wel toeleiden naar die zorg en ondersteuning: Gemeente, Zorg & Zekerheid, de huisarts en wijkverpleegkundige, de medewerkers van het gemeentelijke Serviceplein, TOM in de buurt en de medewerkers van het Centrum van Jeugd- en Gezin (jeugdgezondheidszorg en jeugd- en gezinsteams). Hieronder zijn de rollen en taken van deze partijen opgenomen. In de loop van 2016 kunnen eventueel ook de uitvoerders van het Uitvoeringsplan Herinrichting Maatschappelijk Domein aansluiten.

1. Gemeente en Zorg & Zekerheid als financiers

Gemeente en de zorgverzekeraar zijn financier van zorg en ondersteuning die wordt geleverd door onderstaande partijen. Hiermee spelen ze een hele belangrijke rol in de mogelijkheid om met elkaar in de wijk samen te werken. Wie betaalt, bepaalt. Met het onderschrijven van deze ontwikkelagenda, geven Gemeente en Zorg & Zekerheid aan samenwerking in de wijk van groot belang te vinden. Door samenwerking kunnen zorg en ondersteuning efficiënter en effectiever worden ingezet.

Vanaf 2004 stuurt Zorg & Zekerheid op een ontwikkeling van solopraktijken via gezondheidscentra naar wijkgerichte centra voor preventie en integraal aanbod van zorg en welzijn. De inwoner ervaart een probleem wisselend binnen verschillende domeinen. Dat is geen statisch geheel. Een integrale aanpak is noodzakelijk. Gemeente en Zorg & Zekerheid hebben elkaar nodig om deze aanpak integraal vorm te geven. Doel is om zo effectief en efficiënt mogelijk zorg te leveren en daarmee ook de zorgkosten omlaag te brengen. Aandachtspunt daarbij is de vraag wat we met elkaar kunnen doen aan de voorkant om er voor te zorgen dat mensen niet over het randje vallen. De focus van Zorg & Zekerheid en Gemeente ligt bij kwetsbare burgers en daarop inzetten. Ook jeugd hoort daarbij, daarom willen we ook investeren in een gezonde jeugd.

Uitdaging voor de komende tijd is hoe Gemeente en Zorg & Zekerheid gezamenlijke ambities kunnen formuleren voor de kwaliteit, de veiligheid en de kosten van de zorg en de ondersteuning in de wijk. En hoe kunnen we de burger verleiden en uitdagen om mede vorm te geven aan de bovengenoemde veranderingen in de samenleving. Hierover zullen Gemeente en Zorg & Zekerheid met elkaar in gesprek gaan.

2. Eerstelijnszorg, Gemeente (Serviceplein), Centrum voor Jeugd en Gezin en Tom in de buurt als uitvoerders

2.1 Eerstelijnszorg (medisch domein)

Hieronder gaan we in op de rol van de eerstelijnszorg (met name de huisarts en de wijkverpleging). De eerstelijnszorg omvat ook o.a. de apotheker, de psycholoog en tandarts. De huisarts, apotheker en wijkverpleging zijn de spil in de wijkzorg. In een eventueel vervolg kunnen we, zo nodig, ook andere partijen meer recht doen.

2.1.1 Huisartsenpraktijk

De huisarts/huisartsenpraktijk werkt vanuit zijn/haar verantwoordelijkheid o.a. vastgelegd in de BIG en de Zorgverzekeringswet en handelt bevoegd en bekwaam. De huisartsenpraktijk is laagdrempelig voor de burger/patiënt toegankelijk. Binnen de huisartsenpraktijk zijn de volgende functies ondergebracht:

Taak en rol Huisarts

De taak van de huisarts is in eerste instantie aanspreekpunt zijn voor problemen met de gezondheid van zijn/ haar patiënten en overzicht te houden over de totale situatie van de patiënt.

De kracht van de huisarts is erin gelegen dat hij of zij:

- a) functioneert als generalist en poortwachter en opereert binnen de grenzen van het medisch beroepsgeheim;
- b) regie voert bij multidisciplinaire medische vraagstukken;
- c) beschikt over achtergrondinformatie van de patiënt, diens omgeving en gezin en andere artsen en zorgverleners waar de burger/patiënt mee in contact komt. Veelal bestaat de intensieve band tussen de huisarts en zijn patiënten al vele jaren. De huisarts is zo ook regievoerder en poortwachter van alle benodigde medische zorg voor de patiënt.
- d) Draagt zorg voor continue huisartsenzorg (24 uur mede middels de huisartsenpost).

Binnen de huisartsenpraktijk functioneren een tweetal functionarissen die een directe relatie hebben met ouderenzorg en Jeugdzorg, te weten de praktijkondersteuner–Somatiek (POH–Somatiek) en de praktijkondersteuner–GGZ (POH GGZ).

Taak en rol POH–Somatiek

De praktijkondersteuner somatiek (POH–S) verleent in de huisartsenpraktijk zorg aan patiënten met een chronische aandoening, zoals diabetes, COPD/ASTMA, Hartfalen. Andere doelgroepen van de POH–S zijn ouderen, mensen met rookverslaving en overgewicht. De POH–S is opgeleid om volgens vaste protocollen chronisch zieke patiënten te begeleiden.

Taak POH–GGZ

De functie Praktijkondersteuner Huisarts – Geestelijke Gezondheidszorg is in 2007 ontstaan. Deze functie was nodig om de toenemende vraag in de huisartsenpraktijk naar hulp bij psychische en psychosociale problemen en de stijging van kosten van de relatief duurdere tweede lijn op te vangen. De Praktijk Ondersteuner Huisarts (POH) GGZ heeft in de meeste gevallen een GGZ–achtergrond in brede zin (sociaal–psychiatrisch verpleegkundige (SPV), psycholoog, maatschappelijk werkende etc.). De POH–GGZ is werkzaam in de huisartsenpraktijk en blijft voor elke Nederlander beschikbaar ongeacht leeftijd en woonplaats. Lokaal kunnen er door huisartsen en verzekeraars andere keuzes gemaakt worden.

De functie van POH–GGZ wordt in verschillende praktijken deels verschillend ingevuld. Sommige praktijkondersteuners GGZ beperken zich tot het begeleiden van volwassenen,

anderen tot kinderen, weer anderen bestrijken het volledige palet. De mate van begeleiding en behandeling is mede afhankelijk van de competenties van de betreffende POH-GGZ. Er wordt, waar zinvol en indien beschikbaar, gewerkt met gestandaardiseerde vragenlijsten en intakeformulieren. In beginsel is sprake van kortdurende begeleiding.

2.1.2 Wijkverpleging

Vanaf 1 januari 2015 is verpleging en verzorging overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet, de zogenaamde aanspraak wijkverpleging. Hiermee zijn de zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de zorginkoop van deze aanspraak. In 2015 is er nog steeds een verzekeringsrechtelijke aanspraak op zorg, maar de aard en omvang van de aanspraak wijzigt wel. Bovendien is er minder geld beschikbaar. Deze wijzigingen noodzaken tot een andere manier van werken en een groter beroep op de zelfredzaamheid van de cliënten. De indicatiestelling is overgegaan naar de wijkverpleging en in de Zorgverzekeringswet bepaalt de professional wat er aan zorg geboden moet worden. Voor wijkverpleging betekent dit dat het aan de wijkverpleegkundige is om de behoefte aan verzorging en verpleging naar aard, inhoud en omvang te bepalen. Hiermee is de wijkverpleegkundige ook de spin in het web in zorg en welzijn dichtbij in de wijk en de schakel tussen het sociaal en medisch domein en de huisarts.

Onder de aanspraak Wijkverpleging kunnen de volgende typen zorg geleverd worden:

- Verpleging
- Persoonlijke verzorging
- Advies, Instructie en Voorlichting (AIV)
- Oproepbare Verpleging
- Oproepbare Persoonlijke verzorging
- Gespecialiseerde verpleging
- Intensieve Kindzorg (IKZ)
- Palliatieve Terminale Zorg (PTZ)
- Wijkgericht werken (S1 zorg)

De wijkverpleegkundige² is op dit moment niet verbonden aan een specifieke huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum. Ze is een eigenstandige professional naast de huisarts. Ze is primair zorgverlener, maar kijkt breder. Van haar wordt verwacht dat zij het medisch en sociale domein met elkaar verbindt.

2.2 Gemeente Alphen aan den Rijn

Gemeente Alphen aan den Rijn heeft de afgelopen jaren geïnvesteerd in het ontwikkelen van één integrale toegang voor inwoners met één of meerdere ondersteuningsvragen. De medewerkers van deze integrale toegang zijn ingedeeld in teams die corresponderen met de wijkindeling die ook verder door de gemeente wordt gehanteerd: 1. Boskoop, Zwammerdam en Aarlanderveen, 2. Ridderveld en Oudshoorn, 3. Hoge Zijde, Lage Zijde en Zegersloot, 4. Kerk en Zanen en Hoorn en 5. Rijnwoude. Op dit moment is er nog sprake van twee soorten

² Lees hier ook wijkverpleger... hij ...

gemeentelijke teams per wijk: het Jeugd- en gezinsteam (JGT) en het MultiDisciplinaire Team (MDT). Daarnaast zijn er teams van TOM in de Buurt aan het werk in de wijken.

2.2.1 MDT en JGT : Serviceplein en Centrum voor Jeugd en Gezin

Het Jeugd- en gezinsteam en het Multidisciplinair Team maken beiden deel uit van de gemeentelijke integrale toegang tot zorg en ondersteuning. De JGT's werken op dit moment vanuit de Centra voor Jeugd en Gezin binnen Alphen (CJG Stadhuis, CJG Ridderhof, CJG Boskoop en CJG Rijnwoude). Over de JGT's is meer informatie opgenomen onder het kopje Centrum voor Jeugd en Gezin. De MDT's werken vanuit het Serviceplein in het stadhuis. Elk MDT heeft ook een viertal outreachende medewerkers die in de wijk te vinden zijn. Zij zijn rechtstreeks te bereiken voor de eerstelijnszorg.

1Gezin1Plan

Het Serviceplein en de Jeugd- en gezinsteams werken met een integraal plan van aanpak dan wel met 1Gezin1Plan. Dat betekent dat een medewerker van het team, zo nodig, samen met het gezin een integraal plan opstelt om invulling te geven aan de ondersteuningsvraag. In dit plan worden opgenomen welke partijen welke rollen in de ondersteuning op zich nemen en wie die zorg en/of dienstverlening coördineert. Wie die coördinatie in individuele situaties doet, is afhankelijk van de ondersteuningsbehoefte en wens van de klant.

Door de integrale samenstelling en werkwijze zijn het Serviceplein en de Jeugd- en Gezinsteams goed in staat om de vragen van meerdere personen in een (gezins)systeem te combineren en de ondersteuning op verschillende leefgebieden als werk, onderwijs, maatschappelijke participatie en financiën op elkaar af te stemmen.

Het Serviceplein en de Jeugd- en gezinsteams werken nauw samen met o.a. de jeugdgezondheidszorg, huisartsen, wijkverpleegkundigen, Tom in de Buurt, scholen, politie en professionals op het gebied van werk en inkomen, verslavingszorg, huisvesting en specialistische zorg.

2.2.1.1 Serviceplein

Binnen het Serviceplein werken professionals, afkomstig van de gemeente (op gebieden Wmo, Werk, Inkomen, Schuldphulpverlening, Leerlingenvervoer, Leerplicht, integrale intake en outreachende medewerkers), TOM in de Buurt (Kwadrade, Participe, Kwintess en De Binnenvest) en MEE. De professionals zijn met deze brede expertise en achtergrond, de spil van de ondersteuning, begeleiding en dienstverlening binnen de gemeente. Serviceplein, de JGT's en Tom in de Buurt moeten nauw met elkaar samenwerken. Deze samenwerking krijgt in 2015 verder vorm. Zie hieronder voor de rol en taken van Tom in de Buurt.

Iedere inwoner van Alphen aan den Rijn kan direct met vragen of problemen terecht bij het Serviceplein en de Jeugd- en gezinsteams, zonder wachttijd (vooralsnog) of indicatie. De medewerkers van het Serviceplein en de Jeugd- en gezinsteams zorgen voor vraagverheldering. Uitgangspunt voor hen is het versterken van de eigen kracht van een inwoner en de kracht van het netwerk. Zij proberen, waar mogelijk, de verbinding tot stand te brengen tussen professionele en niet professionele zorg. Waar deze combinatie van

activiteiten niet voldoende is voor inwoners om zelfstandig te kunnen deelnemen aan de samenleving, kunnen maatwerkvoorzieningen worden ingezet.

2.2.1.2 Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG)

Bij het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) kunnen (aanstaande) ouders, kinderen en jongeren terecht met alle (kleine en grote) vragen over opvoeden en opgroeien. Het CJG biedt gratis informatie en advies, specialistische hulp en coördinatie van zorg. In het CJG werken medewerkers van verschillende organisaties samen zoals jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen, pedagogisch adviseurs en de Jeugd- en GezinsTeams (JGT's). Ieder met zijn of haar eigen deskundigheid over de ontwikkeling en het opgroeien van kinderen en jongeren.

Jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen

Alle kinderen en jongeren tussen nul en negentien jaar worden regelmatig uitgenodigd door de Jeugdgezondheidszorg om hun groei en ontwikkeling te volgen. Ook voor advies over opgroeien en ontwikkeling kunnen ouders en jeugdigen zelf contact opnemen met de Jeugdgezondheidszorg via het algemene CJG telefoonnummer of via de website

Pedagogisch adviseurs

Als ouders een vraag hebben over de opvoeding of als zij zich zorgen maken hierover, dan kunnen zij een afspraak maken met de pedagogisch adviseurs van het CJG. Zij zetten, samen met de ouder(s), de zaken op een rijtje. De vraag van de ouder(s) staat centraal en de pedagogisch adviseurs denken met hen mee over wat nodig is. De pedagogisch adviseurs kunnen maximaal zes gesprekken aanbieden, maar twee tot drie gesprekken blijken meestal al voldoende.

CJG Cursusaanbod

Het CJG biedt verschillende cursussen, bijeenkomsten en lezingen aan om ouders te ondersteunen bij de opvoeding van kinderen en jongeren.

Jeugd- en GezinsTeam (JGT)

Het JGT is er voor ouders, kinderen en jongeren tot achttien jaar. In het CJG werken jeugd- en gezinswerkers in een team. Dit zijn deskundigen die hulp en ondersteuning op maat kunnen geven. Deze hulp kan variëren van een paar gesprekken tot ondersteuning voor langere tijd. Ouders/jongeren kunnen zich telefonisch of via een website aanmelden bij het JGT.

Werkwijze Jeugd- en gezinsteams / Jeugdhulp

De Jeugd- en Gezinsteams (JGT) zijn met hun brede expertise en achtergrond de spil van de jeugdhulp in de regio. Ieder kind, jongere of ouder kan direct met vragen of problemen rondom opgroeien en opvoeden terecht bij het JGT, zonder indicatie. En ook de professional kan het JGT consulteren en vragen om advies. De Jeugd- en gezinsteams werken vanuit de Centra voor Jeugd en Gezin.

Jeugd- & gezinswerkers bieden:

- consultatie en advies: versterking ouders en basisvoorzieningen
- ambulante hulp
- basisdiagnostiek, mits deze gericht is op een bredere hulpvraag bij het JGT
- rechtstreeks inschakelen van jeugdhulpspecialisten

- zo nodig inschakelen van de Raad voor de Kinderbescherming

Vraaggericht

Het JGT werkt vraaggericht onder het motto *Doen wat nodig is*. De vraag kan komen van een jeugdige, of een ouder, of beide. Dat wordt gezien als hulpverlening. Het kan ook zijn dat een professional een vraag heeft. Dan is er sprake van consultatie. In alle gevallen werkt het JGT samen op basis van gelijkwaardigheid met de vraagsteller. Zij praten mét de jeugdige, de ouder, het gezin of de professional, niet óver hen.

Regie

In alle gevallen zijn het de gezinnen die de regie hebben. Ook wanneer ze bij het voeren van die regie – om welke reden dan ook – hulp nodig hebben, verliest het JGT niet uit het oog dat het om hun leven gaat.

Werkwijze

Het JGT werkt zo veel mogelijk zonder wachtlijsten. Het JGT start direct met de hulp. Binnen het team worden de vragen en aanmeldingen naar capaciteit en deskundigheid verdeeld. Omdat er een brede expertise binnen het team aanwezig is, kan snel en eenvoudig met passende hulp gestart worden. Als er nog meer nodig is, wordt de specialist ingeschakeld, met wie vanuit het team nauw contact bestaat. Samen met de specialist en het gezin wordt bekeken of het een meerwaarde heeft als het JGT verbonden blijft aan het gezin.

1G1P

Het JGT werkt altijd op basis van een plan (1G1P), dat de basis vormt voor de benodigde hulp. Indicaties zijn dan ook grotendeels verleden tijd. Alleen als een gezin daar om vraagt, in geval van bezwaar, en voor een PGB wordt er een beschikking afgegeven.

Wettelijke kaders

Het JGT werkt binnen de wettelijke kaders, zoals de meldcode, de WGBO (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst), en privacy wetgeving.

2.3 Tom in de Buurt

Tom is zorg en welzijn in de buurt. Niet per individu, maar met elkaar. Dat doen we door met zorg- en welzijnsorganisaties de handen ineen te slaan en samen te zorgen voor een passend zorg- en welzijnsaanbod.

Tom staat voor Talent, Ondersteuning en Meedoen. We gaan uit van iemands talenten, bieden passende ondersteuning en samen zorgen we ervoor dat iedereen kan meedoen. Dat doet Tom bijvoorbeeld door met de inwoners van Alphen aan den Rijn aan algemene voorzieningen te werken, die aansluiten bij de vraag en behoeften van inwoners. Zo zijn er minder maatwerkvoorzieningen nodig en profiteert iedereen van laagdrempelige voorzieningen dichtbij huis. Daarnaast ondersteunt Tom mensen individueel als dat nodig blijkt, bijvoorbeeld door begeleiding voor mensen die (tijdelijk) minder zelfredzaam zijn.

Tom werkt met teams in de buurt. Deze teams zijn erop gericht mensen te ondersteunen vanuit hun eigen kracht en te helpen bij het vergroten van hun zelfredzaamheid. Samen met de klant brengen zij alle levensgebieden in kaart. Daarna bekijkt de professional met de klant welke talenten iemand heeft. In overleg met de klant wordt het netwerk betrokken. Daarbij wordt gekeken binnen het persoonlijke netwerk en in de buurt of gemeente. Per individu wordt bekeken of vrijwilligers kunnen ondersteunen en waar er behoefte is aan professionele hulp.

Tom in de buurt maakt gebruik van de expertise in de teams. De teams zijn samengesteld uit professionals van de acht samenwerkingspartners in Tom in de buurt: Kwadraad Gemiva SVG-groep, Kwintes, Participe en Ipse de Bruggen Maatwerk, Activite, WJde zorg en De Binnenvest.

Uitgangspunten:

- Van individueel naar collectief. We brengen mensen met elkaar in verbinding bijvoorbeeld rond bepaalde thema's, hulpvragen of activiteiten en creëren het meedoen zo veel mogelijk in gezamenlijkheid.
- Van specialisme naar algemeen, oftewel van maatwerk naar voorliggende voorziening. Tom in de buurt biedt zo veel mogelijk laagdrempelige ondersteuning in de eigen buurt. we willen zoveel mogelijk algemene voorzieningen opbouwen en uitbouwen. Hierbij betrekken we het netwerk van de klant en het netwerk in de buurt. Tom in de buurt werkt o.a. met vrijwilligers, stagiaires en ervaringsdeskundigen. Generalistische en specialistische expertise is aanwezig in het Tom team en kunnen we inzetten bij de verdere ontwikkeling en uitbreiding van de de algemene voorzieningen.
- We gaan uit van talent ipv beperking. Natuurlijk houdt Tom in de buurt rekening met beperkingen van klanten of wat zij moeilijk vinden. Echter we leggen de nadruk op talentontwikkeling en onderzoeken met de klant naar passende zinvolle invulling van de dag en zo mogelijk naar wat een klant zelf kan toevoegen in zijn/ haar netwerk/buurt.

Vraaggericht

Tom in de buurt werkt vraaggericht. De klant heeft een (hulp)vraag en wij inventariseren met de klant op meerdere levensgebieden de doelen. Daarbij brengen we tevens in kaart wat de talenten van de klant zijn. We gebruiken hiervoor de zelfredzaamheidmatrix.

Eigen regie

Tom in de buurt gaat in de ondersteuning aan klanten uit van de eigen kracht van mensen. Uitgangspunt is dat klanten zelf weer in staat zijn om de regie te voeren over het eigen leven met als doel zelfredzaamheid van klanten te vergroten. Hierbij betrekken we het eigen netwerk van klanten. Tevens heeft de klant zijn eigen online dossier.

Bijlage 2 Samenwerkingsafspraken medisch en sociaal domein

1. Algemeen

Teneinde het gezamenlijke doel te bereiken (te weten: inwoners van Alphen aan den Rijn op tijd de juiste zorg en ondersteuning te bieden, integraal, zo licht als mogelijk en zo zwaar als noodzakelijk) maken partijen de volgende afspraken:

1. Alle partijen dragen zorg dat de privacy van cliënt/patiënt conform landelijke wetgeving op het gebied van de privacy, wordt gewaarborgd. Zie in bijlage 4 het vastgestelde privacyprotocol van de gemeente Alphen aan den Rijn.
2. Eerstelijnszorg en Gemeente maken zich de komende tijd bekend met elkaars expertises, en maken gebruik van de mogelijkheid elkaar in te schakelen voor overleg, consultatie en advies en/of actieve betrokkenheid t.b.v. een inwoner of gezin. Casuïstiek is leidend; consultatie, overleg of aanmelding vindt plaats, wanneer de casus hierom vraagt.
3. Samenwerking vindt, zo nodig, plaats volgens de principes van 1Gezin1Plan. Wanneer meerdere partijen actief betrokken zijn bij een inwoner of gezin, wordt afgesproken wie de rol van coördinator vervult en hoe de andere partij(en) wordt/worden geïnformeerd en betrokken. Deze afspraken worden vastgelegd in het (gezins)plan. De patiënt/inwoner behoudt zelf de regie over zijn dossier.
4. De eerstelijnszorg beschikt over het telefoonnummer en e-mailadres van de contactpersonen van het Serviceplein, de Jeugd- en gezinsteams en Tom in de Buurt en vice versa. Onderling kan directe afstemming plaatsvinden t.a.v. algemene vragen, consultatie en advies.
5. De eerstelijnszorg kan o.a. naar de gemeente doorverwijzen als er sprake is van financiële problematiek, dan wel hulpmiddelen nodig zijn om zelfredzaam te kunnen blijven. In situaties waarbij de patiënt de regie over zijn of haar leven kwijt is en ondersteuning/begeleiding noodzakelijk is, kan ook naar TOM in de buurt worden verwezen. Evenals bij eenzaamheidsproblematiek. Overigens maakt het niet uit waar de eerstelijnszorg naar doorverwijst: TOM en de gemeente stemmen, als dat nodig is, met elkaar af met welke hulp of ondersteuning de cliënt het beste geholpen is. Als de eerstelijnszorg doorverwijst, wordt de doorverwijzing in principe vergezeld van een verwijsbrief.
6. In geval er zich een crisissituatie voordoet, kan de eerstelijnszorg altijd de crisisdienst inschakelen. Zorgorganisaties in de regio werken aan een gezamenlijk aanbod van crisishulpverlening en bereikbaarheid buiten kantoortijden. Zodra dit aanbod beschikbaar is, wordt dit met de eerstelijnszorg gedeeld. Op dit moment kan gebruik worden gemaakt van het crisissnummer van Kwadraad (088-9004000), Veilig Thuis (0800-2000), Cardea (071-5239600) en GGZ kinder en jeugd: 0172-898900 en volw 0172-898500.

7. Het Meldpunt Zorg en Overlast verzorgt de bemoeizorg voor onze gemeente. Inwoners en instanties kunnen bij het meldpunt een signaal afgeven over zorgmijders en zorgelijke (overlastgevende) situaties. Het Meldpunt probeert in contact te komen met de betreffende inwoners en verzorgt de toeleiding naar de ondersteuning/hulpverlening.
8. Voor de gemeente maakt het niet uit of de huisarts zelf contact legt, of dit overlaat aan de praktijkondersteuner of assistent van de praktijk, mits de betrokken inwoner hiervan op de hoogte is.
9. De inzet van een persoonsgebonden budget (PGB) op grond van de Wmo of de Jeugdwet middels een beschikking is alleen mogelijk via de gemeente.
10. In de praktijk zullen we ervaren wat werkt en wat niet werkt. Eerstelijnszorg en de contactpersoon van het Serviceplein, JGT of Tom kunnen elkaar hierop aanspreken, zodat we met elkaar en van elkaar kunnen leren.
11. Als er ontevredenheid is over de samenwerking, en het gesprek hierover onderling levert onvoldoende op, dan kan voor het JGT in eerste instantie met de coach van het JGT worden gesproken. Voor Tom in de buurt kan de teamcoach worden aangesproken. Voor het Serviceplein kan de teammanager van de contactpersoon worden aangesproken. In tweede instantie kan het hoofd van het Serviceplein, respectievelijk het hoofd van de afdeling Maatschappelijke Ontwikkeling (JGT en Tom) hierover worden aangesproken.
12. Partijen spreken af dat voor grotere, nieuwe initiatieven waarbij een rol van de eerstelijnszorg wordt verwacht of die raken aan de eerstelijnszorg, overleg en afstemming zal plaatsvinden. Dit gebeurt in het AKO.

2. Samenwerkingsafspraken op gebied van kwetsbare inwoners

De gemeente wordt vanaf 2015 verantwoordelijk voor bijna alle zorg in en om het huis voor ouderen en andere kwetsbare mensen. Aangezien er steeds meer (kwetsbare) mensen langer thuis blijven wonen, zal de vraag naar intensieve zorg toenemen. Onder de term kwetsbaar verstaan we kwetsbare ouderen, maar ook mensen met (ernstige) psychiatrische aandoeningen. Kwetsbare inwoners hebben vaak problematiek op meerdere leefdoelgebieden en in hun gezondheid. De keten van deze zorg willen we sluitend en helder organiseren. Hiervoor loopt nu een pilot in de wijk Ridderveld. Daarnaast wordt er door Alphen op 1 lijn gewerkt aan het zorgpad Ouderen. Hierbij is ook de gemeente betrokken.

1. In 2014 is een pilot Welzijn op recept opgestart in de huisartsenpraktijk Prelude samen met Participe. Met dit project wordt beoogd het welbevinden van mensen met psychosociale klachten te verhogen, door hen een welzijnsarrangement aan te bieden. Met Welzijn op Recept kunnen mensen die klachten hebben en hier geen medische of psychologische behandeling voor nodig hebben, ondersteund worden in het behouden

en verbeteren van gezondheid en welzijn. De uitkomsten van deze pilot zijn positief. TOM in de buurt rolt Welzijn op recept vanaf april 2015 uit in heel Alphen aan den Rijn.

2. Zorg & Zekerheid, gemeente, wijkverpleegkundigen en huisartsen maken sluitende afspraken met elkaar over de ketenzorg dementie. Deze is opgenomen in het zorginkoopbeleid.
3. In het Zorgpad Ouderen worden de rollen en verantwoordelijkheden van gemeente, wijkverpleegkundige en eerstelijnszorg nader uitgewerkt.
4. Zorg & Zekerheid en Gemeente maken afspraken met elkaar over de inzet van de wijkverpleegkundige als intermediair tussen sociaal en medisch domein en over de doorontwikkeling van de samenwerking op o.a. het gebied preventie. Deze inzet is gerelateerd aan de S1, de niet toewijsbare wijkgerichte zorg. De activiteiten die vallen binnen de prestatie wijkgericht werken zijn niet toewijsbaar aan de individuele cliënt. De activiteiten zijn te kenschetsen als signaleren, regisseren en coördineren. Het resultaat van segment 1 kan bestaan uit een zelfzorgadvies of mantelzorgadvies, doorverwijzing naar zorgaanbieders binnen de WMO of ZVW in goede afstemming met het (sociale) netwerk. Het bekostigingsmodel voor de wijkverpleging zal de komende jaren gaan wijzigen. De tekst van deze paragraaf zal waar nodig worden aangepast.
5. We maken afspraken over de samenwerking met en doorverwijzing naar Tom in de buurt.
6. We maken afspraken over de wijze waarop we preventieve interventies inzetten om duurdere zorg en ondersteuning te voorkomen, als mogelijk.

3. Samenwerkingsafspraken op gebied van Jeugd

Voor wat betreft de zorg en ondersteuning voor jeugd en gezin hanteren we de volgende uitgangspunten:

- alle kinderen moeten gezond en veilig kunnen opgroeien, hun talenten ontwikkelen en naar vermogen meedoen;
- ouders zijn hiervoor eerst verantwoordelijk;
- als dit niet vanzelf gaat komt de zorgverlener (gemeente, medisch domein etc.) in beeld;
- we streven, waar dat nodig is, naar een integrale aanpak van problemen (1Gezin1Plan) samen met de ouder en/of het kind; wanneer meerdere partijen actief betrokken zijn bij een inwoner of gezin, wordt afgesproken wie de rol van coördinator vervult en hoe de andere partij(en) wordt/worden geïnformeerd en betrokken. Deze afspraken worden vastgelegd in het (gezins)plan. De patiënt/inwoner behoudt zelf de regie over zijn dossier. Ouders kunnen huisartsen autoriseren om het gezinsplan in te zien;
- we geven de professional het vertrouwen om dat te doen wat nodig is;
- we bieden hulp op maat;
- we streven naar zo weinig mogelijk bureaucratische rompslomp.

Samenwerking JGT en huisarts/ POH GGZ³

1. Huisartsen en het JGT maken gebruik van de mogelijkheid elkaar in te schakelen voor overleg, consultatie en advies en/of actieve betrokkenheid t.b.v. een inwoner of gezin.

Doorverwijzing

2. De huisarts en jeugdarts mogen conform de Jeugdwet rechtstreeks specialistische zorg inschakelen. Doorverwijzing naar specialistische jeugdzorg kan alleen naar door gemeente Alphen aan den Rijn via het samenwerkingsverband Holland Rijnland gecontracteerde partijen.
3. Indien er sprake is van een zodanige problematiek dat evident verwijzing naar specialistische jeugdhulp geboden is, zoals ernstige psychiatrische problemen en crisissituaties, verwijst de huisarts rechtstreeks naar de specialistische jeugdhulp.
4. Voor wat betreft de gemeente is in het kader van kostenbeheersing, de vraag aan de huisartsen om bij vermoeden op meervoudige problematiek, waarbij de problemen bij opvoeden en opgroeien een grote component zijn, door te verwijzen naar het JGT, zoals zij voor 1 januari 2015 doorverwezen naar Bureau Jeugdzorg.
5. In geval er zich een crisissituatie voordoet, kan de huisarts altijd de crisisdienst inschakelen. Daar waar het JGT betrokken is, en waar vragen of zorgen over de veiligheid van een kind ontstaan, zal – vanzelfsprekend – het JGT haar verantwoordelijkheid nemen en contact zoeken met de zogenaamde Jeugdbeschermingstafel, als ingang naar de Raad. In trajecten waar het JGT niet inhoudelijk betrokken is, kunnen andere hulpverleners zelf via Veilig Thuis hun verantwoordelijkheid nemen.

Terugkoppeling

6. Het JGT koppelt na toestemming van de ouder/kind in principe terug naar de huisarts dat een cliënt/patiënt is gezien. Hoe deze terugkoppeling wordt vormgegeven, wordt nader uitgewerkt.
7. Indien de huisarts naar het JGT verwijst gaat dit in principe vergezeld van een verwijsbrief.
8. Tussentijds houden JGTer en huisarts elkaar op de hoogte van aanvullende relevante informatie.

Onderlinge consultatie

9. De huisarts beschikt over het telefoonnummer en het e-mailadres van de contactpersonen van het JGT en vice versa. Onderling kan directe afstemming plaatsvinden ten aanzien van algemene vragen, consultatie en advies.

³ Waar huisarts staat kan ook POH-GGZ worden gelezen.

10. Bij onduidelijkheid bij de huisarts over de mogelijkheden die het Jeugd- en Gezinsteam kan bieden, consulteert de huisarts het JGT.

11. Indien het JGT vermoedt dat er sprake is van somatische problematiek, danwel dat somatische problemen uitgesloten dienen te worden (denk aan een infectie bij bedplassen, schildklierproblemen, temporale epilepsie bij gedragsproblemen et cetera), adviseert het JGT de client de huisarts te consulteren.

Inzet Persoons Gebonden Budget (PGB)

12. De inzet van een PGB middels een beschikking is alleen mogelijk via het JGT. Dit is vastgelegd in de Jeugdwet. Hieraan ligt een gezinsplan ten grondslag.

Privacy

13. JGT en huisartsen dragen zorg dat de privacy van patiënten conform geldende wetgeving en reglementen op het gebied van de privacy, wordt gewaarborgd.

Elkaar aanspreken/evaluatie

14. In de praktijk zullen we ervaren wat werkt en wat niet werkt. Huisarts en de contactpersoon van het JGT kunnen elkaar hierop aanspreken, zodat we met elkaar en van elkaar kunnen leren.

15. Als er ontevredenheid is over de samenwerking, en het gesprek hierover onderling levert onvoldoende op, dan kan in eerste instantie met de coach van het JGT worden gesproken. In tweede instantie kan de huisarts de gemeente (hoofd afdeling Maatschappelijke Ontwikkeling) hierover aanspreken.

Bijlage 3: Actiepunten 2015/2016

1. Kennismaken:

Alle bij het convenant betrokken partijen maken zich de komende tijd bekend met elkaars expertises. Dit doen we door bijeenkomsten te organiseren op wijkniveau.

2. Algemeen

1. Formuleren van gezamenlijke ambities voor de kwaliteit, de veiligheid en de kosten van de zorg en de ondersteuning in de wijk.
2. Onderzoeken hoe we de burger kunnen verleiden om mee vorm te geven hieraan.

3. Samenwerking in de keten:

1. Afspraken maken over ketenzorg dementie met alle betrokken partners.
2. Afspraken maken over de inzet van de wijkverpleegkundige als intermediair tussen sociaal en medisch domein en over de doorontwikkeling van de samenwerking o.a. op het gebied van preventie (Zorg & Zekerheid en gemeente).
3. In het Zorgpad Ouderen worden de rollen en verantwoordelijkheden van gemeente, wijkverpleegkundige en eerstelijnszorg nader uitgewerkt.
4. Afspraken maken met alle betrokken partners over de ketenzorg aan mensen met ernstige psychiatrische problematiek.
5. Huisartsen en JGT's streven naar een uniforme methodiek om problematiek in te schatten. Dit werken we in eerste instantie uit in een werkgroep methodisch werken, waarin het JGT en de POH-GGZ vertegenwoordigd zijn.

4. Doorverwijzing en terugkoppeling

1. Borgen van afspraken over de samenwerking met en doorverwijzing naar Tom in de buurt.
2. Afspraken over de doorverwijzing bij jeugd- en gezinsproblematiek en de monitoring.. Dit werken we in eerste instantie uit met een werkgroep, waarin het JGT en de POH-GGZ vertegenwoordigd zijn.
3. Afspraken maken over de wijze van terugkoppeling met instemming van ouder/kind, als ouder/kind niet door de huisarts is verwezen.

5. Preventie

1. Afspraken maken over de wijze waarop we preventieve interventies inzetten om duurdere zorg en ondersteuning te voorkomen, als mogelijk.

6. Informatie en communicatie

1. Afspraken maken over de wijze van onderlinge communicatie. We streven er naar vanaf 2016 op een veilige manier elektronisch met elkaar te communiceren. Voorts moet worden gezien welke informatie zinvol is om uit te wisselen. De praktijk is daarvoor de enige toetssteen.
2. Afspraken maken over de communicatie bij incidenten.

Bijlage 4: Privacyreglement Gemeente Alphen aan den Rijn (aparte bijlage)