



'Samen werken in de wijk'

Toetsing van: Afstuderen SJ441F

Hogeschool Leiden, Opleiding Sociaal Juridische Dienstverlening

Alyssa Vespa – s1101162

LC-docenten: Eijmert Mudde en Iris Wentzel

Inleverdatum: 02 juni 2020

Reguliere kans

Klas 4A (LC4)

Collegejaar 19/20, blok 3 en 4

Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeeropdracht ter afronding van mijn vierjarige studie Sociaal Juridische Dienstverlening aan de Hogeschool Leiden. Het afstuderen is een leerzaam proces geweest waarbij ik de geleerde theorie tijdens mijn studie heb kunnen toepassen in dit afstudeeronderzoek. Mede dankzij de gebiedsmanager van het Wijkondersteuningsteam Schiedam Nieuwland is dit onderzoek tot stand gekomen.

In dit onderzoek is de naam van de huisartsenpraktijk weggelaten in verband met de privacy. De betrokken huisartsenpraktijk wordt 'de huisartsenpraktijk' genoemd. De gebruikte bronnen die verwijzen naar de site van de huisartsenpraktijk is ook weggelaten door middel van (...).

Uit het Stedelijk overleg met de huisartsen is gebleken dat er patiënten bij de huisartsenpraktijk op afspraak komen met een vraag waarvan de oplossing niet in het medisch spectrum ligt. Het blijkt dat de hulpvraag sociaal-maatschappelijk van aard is. Deze vragen horen niet altijd thuis bij de huisarts. Tussen het Wijkondersteuningsteam Schiedam Nieuwland, de huisartsenpraktijk en Welzijn op Recept is daarom op 6 februari 2020 een pilot gestart. Het doel van de pilot is dat patiënten zo adequaat mogelijk ondersteuning ontvangen bij de juiste instantie, en dat de samenwerking tussen de partijen verstevigd wordt. Aan de hand van dit onderzoek is het verloop van de pilot in Schiedam en soortgelijke pilots van andere gemeenten onderzocht aan de hand van de ervaringen en opvattingen van betrokken medewerkers. Daarnaast is de privacy van de patiënt binnen de pilot onderzocht. Middels dit onderzoek is het Wijkondersteuningsteam Schiedam Nieuwland voorzien van advies omtrent de pilot.

Bij deze wil ik graag de gebiedsmanager bedanken voor het aandragen van dit onderwerp. Daarnaast wil ik mijn afstudeerbegeleiders Iris Wentzel en Eijmert Mudde bedanken voor de fijne begeleiding en de ondersteuning tijdens dit traject. Ook wil ik Esthelle Jansen-Mahfoud bedanken voor de zeer bruikbare feedback die zij gegeven heeft. Tot slot wil ik de medewerkers betrokken bij de pilots bedanken die als respondent hebben gefungeerd tijdens dit onderzoek. Zonder hun medewerking had dit onderzoek nooit tot stand kunnen komen.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Alyssa Vespa
Schiedam, 02 juni 2020

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	5
Afkortingenlijst	7
Begrippenlijst	7
1. Inleiding	8
1.1 Onderzoeksprobleem	9
1.2 Gewenste situatie	10
1.3 Probleemafbakening	10
1.4 Leeswijzer	11
2. Doelstelling	11
2.1 Kennisdoel	11
2.2 Praktijkdoel	11
3. Vraagstelling	12
3.1 Centrale vraag	12
3.2 Deelvragen	12
4. Methode	13
4.1 Methoden van onderzoek	13
4.1.1 Deelvraag 1	13
4.1.2 Deelvraag 2	14
4.1.3 Deelvraag 3	14
4.2 Kwaliteit van de gegevens	14
4.3 Analyse van de gegevens	15
5. Kader	16
5.1 Juridisch kader	16
5.1.1 Zorgplicht gemeenten	16
5.1.2 Transitie	16
5.1.3 Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst	18
5.1.4 Algemene Verordening Gegevensbescherming	19
5.2 Maatschappelijk kader	21
5.2.1 Transformatie	21
5.2.2 Wijkteams	22
5.2.3 Welzijn op Recept	23
5.2.4 Huisartsen	23
5.2.5 Samenwerken	23
6. Resultaten	25
6.1 Deelvraag 1: Ervaringen pilot	25
6.1.1 Samenwerken	25
6.1.2 Verwachtingen pilot	26
6.1.3 Ondersteuning patiënt	26

6.1.4 Effect pilot op samenwerking	26
6.1.5 Terugkoppeling	27
6.1.6 Dossiervorming	27
6.1.7 Verloop pilot	27
6.1.8 Bekendheid en zichtbaarheid pilot	28
6.1.9 Postcodegebondenheid WOT	28
6.1.10 Aandachtspunt WOT	28
6.2 Deelvraag 2: Ervaringen soortgelijke pilots	29
6.2.1 Gemeente Westland	29
6.2.2 Gemeente Delft	30
6.2.3 Gemeente Hoeksche Waard	32
6.3 Deelvraag 3: De AVG en het medisch beroepsgeheim	34
6.3.1 Gegevensverwerking huisarts	35
6.3.2 Gegevensverwerking huisartsenpraktijk -WOT	35
6.3.3 Gegevensverwerking WOT	36
6.3.4 Geen toestemming	36
7. Conclusie.....	39
7.1 Samenwerken	39
7.2 Overeenkomsten en verschillen pilots	40
7.3 Ondersteuning patiënt	40
7.4 Aandachtspunten	41
7.5 Kortom... ..	41
8. Aanbevelingen	43
8.1 De pilot	43
8.2 Ondersteuning	43
8.3 De AVG en het medisch beroepsgeheim	44
8.4 Gezamenlijk overleg	44
8.5 Soortgelijke pilots	44
9. Discussie	45
Literatuurlijst	46
Artikel	46
Beleidsnota's	46
Boeken	46
Rapporten	46
Websites	47
Bijlage 1: Voorbeeld toestemmingsverklaring	49
Bijlage 2: Mail d.d. 02 juni 2020	53

Samenvatting

Sinds de decentralisatie in 2015 hebben gemeenten een belangrijke rol gekregen in het sociaal domein. Sindsdien ligt de nadruk voor zowel de zorg als welzijn op 'dichter bij de burger'. Huisartsen spelen een centrale rol in de eerstelijns zorg. Evenals wijkteams zijn huisartsenpraktijken gevestigd in de wijk, dicht bij de burger. De problematiek waar een huisarts en een wijkteam mee te maken krijgt, kan onderliggende raakvlakken hebben. De burger weet niet altijd welke problematiek bij welke instantie hoort. Om de burger te voorzien van samenhangende zorg en ondersteuning op maat, is samenwerking tussen wijkteams en huisartsenpraktijken van belang. Om dit te realiseren is tussen het Wijkondersteuningsteam (WOT) Schiedam Nieuwland en de huisartsenpraktijk op 6 februari 2020 een pilot gestart. Twee medewerkers van het Wijkondersteuningsteam zijn één keer per week in de huisartsenpraktijk aanwezig om patiënten met sociaal-maatschappelijke hulpvragen ondersteuning te bieden. Het doel van de pilot is dat patiënten zo adequaat mogelijk ondersteuning ontvangen van de juiste instantie en dat de samenwerking tussen de partijen verstevigd wordt.

De doelstelling van dit onderzoek is kennis verkrijgen in het verloop van deze pilot, alsmede het verloop van soortgelijke pilots in Nederland, om vervolgens het Wijkondersteuningsteam te voorzien van advies. Om de privacy van patiënten te waarborgen is de rol van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en het medisch beroepsgeheim van artsen in dit advies meegenomen. De centrale vraag richt zich op de inrichting van de samenwerking tussen de huisartsenpraktijk en het Wijkondersteuningsteam Schiedam Nieuwland, zodat de patiënt adequate ondersteuning ontvangt. Met adequate ondersteuning wordt bedoeld dat de patiënt niet van het kastje naar de muur wordt gestuurd, maar zo snel mogelijk de juiste zorg en ondersteuning ontvangt.

Voor het onderzoeken van de centrale vraag is kwalitatief onderzoek uitgevoerd. In totaal zijn er acht interviews gehouden en is documentanalyse uitgevoerd. Vijf medewerkers die nauw betrokken zijn bij de pilot in Schiedam zijn geïnterviewd. Daarnaast zijn van de gemeente Westland, Delft en Hoeksche Waard elk één medewerker geïnterviewd. Bij deze gemeenten lopen soortgelijke pilots. Aan alle medewerkers is gevraagd wat hun ervaringen en opvattingen zijn met betrekking tot dergelijke pilots. Daarnaast is gevraagd wat het effect van de pilot volgens hen heeft op de samenwerking met de huisartsenpraktijk. Middels wet- en regelgeving, beleidsdocumenten van het Wijkondersteuningsteam en onderzoeksrapporten van de overheid en Movisie is onderzocht welke rol de AVG en het medisch beroepsgeheim van artsen heeft bij deze samenwerking. Dit is van belang zodat de privacy van patiënten gewaarborgd wordt en om te voorkomen dat artsen hun medisch beroepsgeheim schenden, met alle gevolgen van dien.

Uit dit onderzoek is gebleken dat het positief effect heeft op de samenwerking tussen een wijkteam en een huisartsenpraktijk om een medewerker van het wijkteam fysiek neer te zetten in een huisartsenpraktijk. Partijen leren elkaar kennen en zijn beter op de hoogte van elkaars werkzaamheden. Voor de huisarts is er één aanspreekpunt, waardoor de lijnen kort zijn. Het voordeel voor de patiënt is dat de patiënt niet van het kastje naar de muur wordt gestuurd, maar adequaat wordt doorverwezen naar de juiste instantie. Daarnaast vindt de ondersteuning van de patiënt in een vertrouwde omgeving plaats waardoor de ondersteuning laagdrempelig is. Uit de interviews met de gemeente Delft en Hoeksche Waard is gebleken dat pilots gericht op jeugdhulp de verwijzingen naar tweedelijns jeugdhulp verminderen, wat kosten voor de gemeente bespaart. Wat betreft de waarborging van de privacy van patiënten, stelt de AVG dat persoonsgegevens in beginsel niet verwerkt mogen worden. Uitzondering op deze regel geldt als de gegevensverwerking berust op één van de grondslagen genoemd in artikel 6 lid 1 van de AVG. De grondslagen zijn grofweg verwerking op grond van een toestemmingsverklaring of verwerking op grond van het noodzakelijkheidsvereisten. Het medisch beroepsgeheim houdt in dat de huisarts geen informatie van de patiënt mag delen met derden. Doorbreking van het medisch beroepsgeheim is gerechtvaardigd indien een uitzondering van toepassing is. Eén van die uitzonderingen is indien de patiënt toestemming geeft.

Gezien de positieve effecten die zijn gebleken uit dit onderzoek, is het advies om de pilot in Schiedam voort te zetten. Vanwege COVID-19 is fysieke aanwezigheid en ondersteuning van de WOT-medewerkers momenteel niet mogelijk. Zodra dit weer kan, wordt geadviseerd de WOT-medewerkers weer fysiek in de huisartsenpraktijk plaats te nemen. In dit onderzoek worden gedetailleerde verbeteringen aangedragen omtrent de voortzetting van de pilot in Schiedam. Gezien de kosten die worden bespaard dat blijkt uit de pilots gericht op jeugd, wordt aan het Wijkondersteuningsteam ook geadviseerd om in de toekomst pilots te starten met aandacht voor jeugdhulp. Tot slot is het advies om persoonsgegevens alleen te verwerken indien dit gebaseerd is op één van de in de AVG genoemde grondslagen. Een ondubbelzinnige toestemmingsverklaring is ten eerste aan te raden in verband met de bewijslast. In bijlage 1 van dit onderzoeksrapport is een voorbeeld van een schriftelijke toestemmingsverklaring van de Autoriteit Persoonsgegevens te vinden.

Afkortingenlijst

Hieronder volgt een overzicht van de afkortingen die zijn gebruikt in dit document.

- **AVG** = Algemene Verordening Gegevensbescherming
- **BIG** = Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
- **BW** = Burgerlijk Wetboek
- **EVRM** = Europees Verdrag inzake de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden
- **POH-GGZ** = Praktijkondersteuner Huisarts - Geestelijke Gezondheidszorg
- **WGBO** = Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
- **WoR** = Welzijn op Recept
- **WOT** = Wijkondersteuningsteam Schiedam Nieuwland
- **Wmo** = Wet maatschappelijke ondersteuning
- **WvSr** = Wetboek van Strafrecht

Begrippenlijst

Hieronder volgt een toelichting op wat er met onderstaande begrippen in dit document wordt bedoeld.

- **Burger** = overkoepelende term voor personen, verwijst niet specifiek naar patiënten van de huisartsenpraktijk.
- **De (betrokken) partijen** = de partijen die betrokken zijn bij de pilot, namelijk: de huisartsenpraktijk, het Wijkondersteuningsteam Nieuwland en Welzijn op Recept.
- **Ondersteuning** = de patiënt ontvangt zo adequaat mogelijk ondersteuning bij de hulpvraag door de juiste instantie.
- **Patiënt** = verwijst specifiek naar de patiënten van de huisartsenpraktijk. Hieronder vallen dus de personen die ondersteuning verkrijgen binnen deze pilot.
- **Sociaal-maatschappelijke hulpvraag** = een hulpvraag van een patiënt dat betrekking heeft op zorg, welzijn, opvoeden, werk en inkomen. Hieronder vallen ook psychosociale en juridische vragen.
- **Sociale Plein** = de benaming voor de medewerkers van het WOT en WoR die op de donderdagen aanwezig zijn binnen de huisartsenpraktijk en ondersteuning bieden aan patiënten.
- **Soortgelijke pilots** = de pilots van de gemeenten Westland, Delft en Hoeksche Waard.

1. Inleiding

Op 1 januari 2015 hebben gemeenten de regie gekregen over een groot deel van het sociaal domein. Sindsdien ligt de nadruk voor zowel de zorg als welzijn op 'dichter bij de burger'. Huisartsenpraktijken vormen een centrale rol in de zorg voor burgers. Daarnaast zijn binnen de gemeente wijkteams actief waar burgers terecht kunnen voor ondersteuning voor sociaal-maatschappelijke en juridische hulpvragen. Zowel een huisartsenpraktijk als een wijkteam bevindt zich in de wijk, dicht bij de burger. De problematiek waar een huisarts en een wijkteam mee te maken krijgt, kan onderliggende raakvlakken hebben. Denk bijvoorbeeld aan thema's als de ouderenzorg, de jeugdzorg, achterstandsproblematiek en de leefstijl van burgers. Beide partijen zijn op deze gebieden actief: de huisarts op het medische gebied en de wijkteams op het sociaal-maatschappelijke gebied. De kans bestaat dan ook dat ze elkaar tegenkomen tijdens het werken binnen de wijk. De burger weet niet altijd welke problematiek bij welke instantie hoort. Samenwerking tussen huisartsenpraktijken en wijkteams binnen dezelfde wijk is van belang om burgers te voorzien van samenhangende ondersteuning en ondersteuning op maat.¹

Uit een peiling van Movisie in 2017 is gebleken dat 86% van de 242 deelnemende gemeenten samenwerkt met huisartsenpraktijken. Echter, uit het onderzoek blijkt dat deze samenwerking nog onvoldoende is. Eén van de knelpunten is dat er geen duidelijke afspraken zijn tussen het wijkteam en huisartsenpraktijken met betrekking tot welke informatie relevant is met elkaar te delen en met welke regelmaat er overleggen tussen de partijen plaatsvindt. In sommige gevallen zijn er wel dergelijke afspraken gemaakt, maar wordt hier niet naar gehandeld. Een ander knelpunt dat wordt genoemd is het terugkoppelen van relevante informatie naar elkaar. Terugkoppeling over bijvoorbeeld de ondersteuning van de burger of over thematiek waar beide partijen mee te maken hebben.²

Als samenwerking tussen huisartsen en wijkteams zo belangrijk is voor de ondersteuning van burgers, en er in de meeste gevallen sprake is van een samenwerking tussen deze partijen, hoe kan het dan dat er geen goede afspraken gemaakt worden? Deze vraag speelt zich ook af in het Wijkondersteuningsteam in Schiedam Nieuwland (hierna: WOT).

Het Stedelijk overleg met de huisartsen vindt ongeveer vier keer per jaar plaats. Hierbij zijn onder andere wethouders, beleidsambtenaren, enkele huisartsen, WOT-medewerkers en een programmamanager van Zorg Eerste Lijn aanwezig. Het doel van het overleg is het verstevigen van de samenwerking tussen de domeinen zorg en hulpverlening, ten dienste van de burger. In oktober 2019 is tijdens zo'n overleg besloten om twee pilots te starten om de samenwerking tussen huisartsenpraktijken en wijkteams te verstevigen. Eén van deze pilots is op 6 februari 2020 van start gegaan bij de huisartsenpraktijk met het WOT en Welzijn op Recept (hierna: WoR). WoR is een aanpak waarbij mensen met psychosociale problemen ondersteund worden bij het versterken van hun welzijn.³ Gedurende de pilot zullen twee medewerkers van het WOT en van WoR elke donderdag plaatsnemen in de huisartsenpraktijk. In de ochtend op de donderdagen zal dit in de vorm van een inloopspreekuur zijn, vrij toegankelijk en laagdrempelig voor de patiënt. In de middagen zal dit op afspraak zijn, door middel van intekenlijsten waar de huisartsenpraktijk verantwoordelijk voor is. Het doel van de pilot is dat patiënten zo adequaat mogelijk ondersteuning ontvangen bij de juiste instantie, en dat de samenwerking tussen de partijen verstevigd wordt. De belangen van de patiënt staan hierbij voorop.

Helaas vindt er vanwege COVID-19 sinds 15 maart 2020 geen fysieke ondersteuning plaats binnen de pilot. Patiënten met sociaal-maatschappelijke hulpvragen kunnen digitaal worden aangemeld en de ondersteuning zal telefonisch verlopen.

¹ Hogendorp, De Boer & Van Driesten 2013, p. 4 en 5.

² Van Arum & Van den Enden 2018, p. 7-8 en 31.

³ Norén 2020, bekeken op 12 februari 2020.

1.1 Onderzoeksprobleem

Uit het Stedelijk overleg met de huisartsen is gebleken dat patiënten bij de huisartsenpraktijk op afspraak komen met een vraag waarvan de oplossing niet in het medisch spectrum ligt. Het blijkt dat de hulpvraag sociaal-maatschappelijk van aard is. Een voorbeeld hiervan is een patiënt die met lichamelijke klachten bij de huisarts komt, terwijl de klachten blijken voort te komen uit stress door de financiële situatie. Een 'sociaal-maatschappelijke hulpvraag' heeft in dit onderzoek betrekking op zorg, welzijn, opvoeden, werk en inkomen.⁴ Hier vallen in dit onderzoek ook juridische en psychosociale hulpvragen onder.⁵ Deze vragen horen niet altijd bij de huisarts thuis. De sociaal-maatschappelijke vragen van de patiënten kunnen worden voorgelegd aan het WOT of aan WoR. Uit ervaring van het WOT en de huisartsenpraktijk blijkt dat patiënten niet altijd de juiste instantie kunnen vinden voor hun sociaal-maatschappelijk hulpvraag.⁶

De cliënten van het WOT wonen in postcodegebied 3118 en 3119 in Schiedam. Veel patiënten van de huisartsenpraktijk zijn woonachtig in dit postcodegebied, maar niet allemaal. De pilot richt zich in eerste instantie op patiënten met de eerdergenoemde postcodes. Als blijkt dat de vraag naar ondersteuning van patiënten met overige postcodes groot is, zullen de partijen met elkaar afstemmen in hoeverre deze patiënten geholpen worden binnen de pilot, dan wel doorverwezen worden naar het WOT gekoppeld aan de postcode van de patiënt. De huisarts werkt met patiënten en het WOT werkt met cliënten. De mensen die ondersteuning verkrijgen binnen deze pilot, worden in dit onderzoek patiënten genoemd. Wanneer er niet specifiek verwezen wordt naar deze patiënten, is gekozen voor het overkoepelende begrip 'burger'.

Uit meerdere bijeenkomsten waar alle betrokken partijen bij aanwezig waren, is naar voren gekomen dat er onvoldoende overleg en samenwerking is tussen het WOT en de huisartsenpraktijk.⁷ Het probleem doet zich dan ook voor bij deze partijen. Er vond geen casuïstiek overleg plaats tussen de huisartsen en de medewerkers van het WOT. Dit gebeurde overigens al wel tussen de Praktijkondersteuner Huisarts - Geestelijke Gezondheidszorg (hierna: POH-GGZ) en het WOT. Daarnaast was er onderling weinig contact. Als er al contact was, dan verliep dit digitaal maar nooit in persoon. Doordat er onvoldoende overleg en samenwerking is tussen de partijen, zijn partijen niet goed op de hoogte van elkaars werkzaamheden. Mede hierdoor verwezen de huisartsen patiënten zelden door naar het WOT.⁸ Het gevolg is dat het lang kan duren eer de patiënt bij de juiste instantie terecht komt en ondersteuning gestart kan worden. Dit is niet in het belang van de patiënt. Partijen willen voorkomen dat de patiënt van het kastje naar de muur gestuurd wordt. Met 'ondersteuning' wordt in dit onderzoek bedoeld dat de patiënt zo adequaat mogelijk geholpen wordt met zijn hulpvraag door de juiste instantie. Een ander knelpunt dat zich voordoet bij de huisartsenpraktijk is dat er sprake is van lange wachtlijsten en een hoge werkdruk.⁹ Om deze redenen en het gebrek aan samenwerking, is besloten de samenwerking anders in te richten. Dit heeft geresulteerd in het opstarten van deze pilot. Het doel van de pilot is dat patiënten zo adequaat mogelijk ondersteuning ontvangen bij de juiste instantie, en dat de samenwerking tussen de partijen verstevigd wordt.

Bij deze nieuwe vorm van samenwerking dienen partijen zich te houden aan wetten om de privacy van patiënten te waarborgen. Dit is geregeld in de Algemene Verordening Gegevensbescherming (hierna: AVG). Ook het medisch beroepsgeheim van de huisarts speelt hierbij een rol. De huisarts mag namelijk geen informatie van patiënten delen, tenzij hier een uitzondering voor is. Wanneer dit ongerechtvaardigd gebeurt, dan heeft dit consequenties voor de huisarts. Regels rondom het medisch beroepsgeheim staan in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (hierna: WGBO).

⁴ WOT Schiedam, bekeken op 12 februari 2020.

⁵ Norén 2020, bekeken op 12 februari 2020.

⁶ Notulen bijeenkomst 2019, p. 1.

⁷ Notulen bijeenkomst 2019, p. 1.

⁸ Notulen bijeenkomst 2019, p. 1.

⁹ Notulen bijeenkomst 2019, p. 1.

In dit onderzoek zijn de ervaringen en opvattingen van betrokken medewerkers ten aanzien van de nieuwe vorm van samenwerken tussen de partijen onderzocht. Daarnaast is onderzocht welke knelpunten en verbeterpunten er zijn naar aanleiding van de pilot. Ook is het verloop en de ervaringen en opvattingen van medewerkers bij soortgelijke pilots van gemeente Westland, Delft en Hoeksche Waard onderzocht. Tot slot is onderzocht welke rol de AVG en het medisch beroepsgeheim van de huisarts hebben tijdens het signaleren en verwijzen van sociaal-maatschappelijke hulpvragen van patiënten binnen de pilot.

1.2 Gewenste situatie

De gewenste situatie is een stevige samenwerking tussen het WOT en de huisartsenpraktijk, zodat de patiënt zo adequaat mogelijk ondersteuning ontvangt van de juiste instantie. Door betere samenwerking wordt de patiënt adequaat geholpen ongeacht de hulpvraag en zijn de partijen goed geïnformeerd over elkaars werkzaamheden. Op deze manier is er sprake van een gezamenlijke instantie van zorg en welzijn in de wijk en wordt dubbel werk door afstemming voorkomen.¹⁰

Bij de nieuwe vorm van samenwerken tussen de partijen is het gewenst dat de ondersteuning laagdrempelig is. Wenselijk is daarnaast dat de patiënt niet terugkeert naar de huisarts met een niet-medische vraag, maar het WOT of WoR weet te vinden. Door deze aanpak zal ook de werkdruk van de huisartsenpraktijk gedeeltelijk verminderen.

1.3 Probleemafbakening

Bij de pilot zijn drie partijen betrokken, namelijk het Wijkondersteuningsteam Schiedam Nieuwland, de huisartsenpraktijk en Welzijn op Recept. Dit onderzoek richt zich voornamelijk op het Wijkondersteuningsteam Schiedam Nieuwland. Wel wordt er gevraagd naar de ervaringen van alle betrokken partijen met betrekking tot de pilot. Dit onderzoek gaat echter niet in op de dagelijkse werkzaamheden van de huisarts en van WoR.

Bij de toelichting van het onderzoeksprobleem in paragraaf 1.1 zijn meerdere problemen omschreven. Omschreven is het feit dat er onvoldoende sprake is van overleg en samenwerking tussen de partijen. Hierdoor is er een gebrek aan kennis over elkaars werkzaamheden en aan doorverwijzing vanuit de huisartsenpraktijk naar het WOT. Dit kan als gevolg hebben dat het langer duurt eer de patiënt ondersteuning ontvangt bij de juiste organisatie. Ook de lange wachtlijsten en hoge werkdruk bij de huisartsenpraktijk en het omgaan met de privacy van de patiënten binnen de pilot is genoemd bij het onderzoeksprobleem. Dit onderzoek is gericht op het probleem dat er onvoldoende sprake is van overleg en samenwerking tussen de partijen. Dit probleem hangt samen met een adequate signalering en doorverwijzing van hulpvragen van patiënten, alsmede welke regels gelden rondom de privacy van de patiënten binnen de pilot. Op de overige problemen wordt in dit onderzoek niet ingegaan.

Tijdens de bijeenkomsten van de pilot spraken de betrokken partijen over patiënten die op afspraak kwamen bij de huisartsenpraktijk met 'psychosociale hulpvragen', welke niet-medisch van aard waren. In dit onderzoek is ervoor gekozen om dit begrip uit te breiden naar 'sociaal-maatschappelijke hulpvragen'. Dit slaat namelijk op een grotere categorie hulpvragen. Hiermee worden in dit onderzoek psychosociale, maatschappelijke en juridische hulpvragen bedoeld.

Wijkondersteuningsteam Schiedam Nieuwland is niet het enige WOT in Schiedam. Schiedam is namelijk onderverdeeld in zes wijkteams. Het is afhankelijk van de postcode bij welk wijkteam een burger terecht kan.¹¹ De pilot speelt zich af bij het Wijkondersteuningsteam Schiedam Nieuwland. Dit onderzoek is dan ook gericht op dit WOT. De overige wijkteams in Schiedam komen niet aan de orde. De opdrachtgever van het onderzoek is Wijkondersteuningsteam Schiedam Nieuwland.

¹⁰ Hogendorp, De Boer & Van Driesten 2013, p. 5.

¹¹ WOT Schiedam, bekeken op 12 februari 2020.

1.4 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk wordt de doelstelling van dit onderzoek omschreven en in hoofdstuk 3 komt de vraagstelling aan de orde. In het vierde hoofdstuk komt de methode die gebruikt is bij het uitvoeren van dit onderzoek aan bod. Hoofdstuk 5 gaat in op zowel het juridische als het maatschappelijke kader van dit onderzoek en hoofdstuk 6 behandelt de resultaten met betrekking tot de deelvragen. In hoofdstuk 7 volgt de conclusie van dit onderzoek, waarin de centrale vraag wordt beantwoord. Tot slot worden er in hoofdstuk 8 aanbevelingen geformuleerd en is er in hoofdstuk 9 ruimte voor een kritische reflectie op het uitgevoerde onderzoek.

2. Doelstelling

2.1 Kennisdoel

Het **kennisdoel** van dit onderzoek is inzicht verkrijgen in de ervaringen en opvattingen van de medewerkers die betrokken zijn bij de pilot in Schiedam tussen het Wijkondersteuningsteam, Welzijn op Recept en de huisartsenpraktijk. Het doel is ook om inzicht te verkrijgen over de manier waarop de pilot bijdraagt aan het signaleren en verwijzen van sociaal-maatschappelijke hulpvragen van patiënten. Daarnaast wordt inzicht verkregen hoe de pilot bijdraagt aan het verstevigen van de samenwerking tussen de partijen.

Verder wordt in dit onderzoek kennis opgedaan over hoe soortgelijke pilots in de gemeente Westland, Delft en Hoeksche Waard zijn verlopen. Er zal kennis worden verkregen over wat de ervaringen en opvattingen zijn van medewerkers betrokken bij de pilots. Er zal ook worden gevraagd naar wat het effect van de pilot volgens de betrokkenen is geweest op de samenwerking met de betreffende huisartsenpraktijken.

Tot slot wordt kennis opgedaan over wat de rol van de AVG en het medisch beroepsgeheim van de huisarts is binnen de signalering en verwijzing van sociaal-maatschappelijke hulpvragen van de pilot. Huisartsen zijn namelijk op grond van de WGBO gebonden aan het medisch beroepsgeheim. De huisarts mag geen informatie van patiënten delen, tenzij hier een uitzondering voor is. Welke uitzonderingen dit zijn, wordt in dit onderzoek toegelicht.

2.2 Praktijkdoel

Het **praktijkdoel** van dit onderzoek is het Wijkondersteuningsteam voorzien van advies met betrekking tot de pilot. Dit advies zal gebaseerd zijn op de ervaringen en opvattingen van de betrokken medewerkers van de pilot in Schiedam. Het advies zal ook gebaseerd zijn op de ervaringen en opvattingen van medewerkers van soortgelijke pilots. Waar nodig zullen in dit advies verbeteringen en/of alternatieven worden aandrazen.

Het advies zal gericht zijn op het verstevigen van de samenwerking tussen het WOT en de huisartsenpraktijk. Het belang van de patiënten staat centraal met als belangrijkste vraag: op welke manier ontvangt de patiënt zo adequaat mogelijk ondersteuning van de juiste instantie. Hierbij is een goede samenwerking met de huisarts essentieel. Er wordt daarom ook gekeken hoe de samenwerking tussen het WOT en de huisartsenpraktijk het beste kan worden vormgegeven om aan te sluiten bij dit belang.

Ten slotte wordt met dit onderzoek inzichtelijk gemaakt hoe de partijen de privacy van de patiënten dienen te waarborgen binnen deze nieuwe vorm van samenwerken. Dit advies is conform de wettelijke kaders van de AVG zijn. De WGBO speelt hierbij ook een grote rol, omdat een huisarts volgens deze wet gebonden is aan het medisch beroepsgeheim. Hierover zullen de partijen eveneens worden geadviseerd.

3. Vraagstelling

3.1 Centrale vraag

De centrale vraag van dit onderzoek luidt als volgt:

Op welke wijze kan het Wijkondersteuningsteam Schiedam Nieuwland de samenwerking met de huisartsenpraktijk inrichten in verband met het signaleren en verwijzen bij sociaal-maatschappelijke hulpvragen, om daarmee patiënten adequaat ondersteuning te bieden?

Met 'patiënten adequaat ondersteuning bieden' wordt bedoeld dat de patiënt niet van het kastje naar de muur wordt gestuurd, maar dat de patiënt adequaat doorverwezen wordt naar de juiste instantie. Hiermee wordt niet bedoeld dat het traject dat de patiënt ingaat voor ondersteuning voor zijn hulpvraag zo kort mogelijk duurt.

3.2 Deelvragen

Voor het beantwoorden van de centrale vraag, is antwoord gegeven op onderstaande deelvragen.

Deelvraag 1:

Hoe ervaren de medewerkers van het Wijkondersteuningsteam Schiedam Nieuwland, Welzijn op Recept en de huisartsenpraktijk de samenwerking en signalering en verwijzing van sociaal-maatschappelijke hulpvragen van patiënten naar aanleiding van de pilot?

Er zal met deze deelvraag onderzoek worden verricht naar de ervaringen en opvattingen van de betrokken medewerkers binnen de pilot over wat goed gaat (bevorderende factoren), wat minder goed gaat (knelpunten) en wat beter kan (verbeterpunten) in relatie tot de methodiek bij het bieden van adequate ondersteuning bij sociaal-maatschappelijke hulpvragen van patiënten. Daarnaast zal onderzocht worden hoe de pilot volgens de betrokkenen effect heeft op de samenwerking tussen de huisartsenpraktijk en het WOT.

Deelvraag 2:

Hoe zijn soortgelijke pilots in de gemeente Westland, Delft en Hoeksche Waard verlopen en wat zijn de ervaringen van betrokken medewerkers?

Met deze deelvraag zullen de ervaringen en opvattingen van de betrokken medewerkers van soortgelijke pilots onderzocht worden. Ook hier zal gevraagd worden naar de bevorderende factoren en knel- en verbeterpunten. Daarnaast wordt geïnformeerd over hoe de pilot heeft bijgedragen aan het verstevigen van de samenwerking met de huisartsenpraktijk en hoe de pilot zich verder heeft ontwikkeld. Voor deze gemeenten is gekozen omdat hier soortgelijke pilots lopen. Deze drie gemeenten waren, ondanks de bizarre tijd vanwege COVID-19, bereid om te fungeren als respondent.

Deelvraag 3:

Welke rol spelen de Algemene Verordening Gegevensbescherming en het medisch beroepsgeheim van artsen in de verwijzing van hulpvragen tussen het Wijkondersteuningsteam Schiedam Nieuwland en de huisartsenpraktijk?

Met deze deelvraag wordt onderzocht aan welke wet- en regelgeving de partijen zich in de samenwerking binnen de pilot dienen te houden. Dit wordt onderzocht zodat partijen de privacy van de patiënten binnen de pilot kunnen waarborgen, maar ook om te voorkomen dat de huisartsen het medisch beroepsgeheim breken, met alle gevolgen van dien.

4. Methode

Voor het onderzoeken van de deelvragen is gebruik gemaakt van **kwalitatief onderzoek**. Er is gekozen voor kwalitatief onderzoek omdat de ervaringen en opvattingen van medewerkers onderzocht worden. Interviewen is een effectieve manier om deze informatie te verkrijgen. In dit onderzoek zijn dan ook semigestructureerde interviews afgenomen. Ter voorbereiding zijn onderwerpen met bijbehorende vragen bedacht en op papier gezet. Dit worden topiclijsten genoemd. De reden dat is gekozen voor semigestructureerde interviews, is zodat er tijdens het interview ruimte is af te wijken van de vragen en andere vragen te stellen. Door middel van documentenanalyse zijn de uitspraken van de medewerkers aangevuld en ondersteund met theorie. Onderzoeksrapporten en beleidsdocumenten zijn hierbij geraadpleegd. Deze twee methodes, interviewen en documentenanalyse, vullen elkaar in dit onderzoek als het ware aan.

In de volgende paragrafen worden de methoden van het onderzoek nader toegelicht en wordt verteld welke maatregelen genomen zijn om de kwaliteit van de gegevens te waarborgen. Tot slot wordt uitgelegd hoe de verzamelde gegevens zijn geanalyseerd.

4.1 Methoden van onderzoek

4.1.1 Deelvraag 1

Hoe ervaren de medewerkers van het Wijkondersteuningsteam Schiedam Nieuwland, Welzijn op Recept en de huisartsenpraktijk de samenwerking en signalering en verwijzing van sociaal-maatschappelijke hulpvragen van patiënten naar aanleiding van de pilot?

Voor het beantwoorden van deze deelvraag zijn met betrokken medewerkers van de pilot interviews gehouden. Er is gekozen voor deze methode om de ervaringen en opvattingen van betrokken medewerkers te onderzoeken. De interviews zijn gehouden met twee medewerkers van het WOT, een huisarts en POH-GGZ van de huisartsenpraktijk en een medewerker van WoR. De ene WOT-medewerker is gespecialiseerd in de psychiatrie en lichtverstandelijke beperkingen en heeft als moederorganisatie Stichting MEE Rotterdam.¹² De ander houdt zich bezig algemeen maatschappelijk werk en volwassenen met een misbruikverleden en heeft als moederorganisatie Minters.¹³ Bij het WOT werken alle medewerkers van 0 tot 100. Dit houdt in dat alle medewerkers in principe iedere soort hulpvraag oppakken binnen het WOT. Een POH-GGZ ondersteunt de huisarts bij psychologische problematiek.¹⁴ De medewerker van WoR houdt bezig met mensen met psychosociale klachten.¹⁵ Voor deze medewerkers is gekozen, omdat zij allen zeer betrokken zijn bij de pilot en hierin belangrijke rollen hebben.

Voor het beantwoorden van de deelvraag zijn vooraf topiclijsten opgesteld. De topics voor deze deelvraag waren:

- samenwerken;
- ondersteuning patiënt;
- sociaal-maatschappelijke hulpvragen;
- signaleren en verwijzen;
- ervaringen pilot.

Aan de hand van deze topiclijst is aan de respondenten gevraagd wat zij belangrijk vinden aan een samenwerking, hoe de samenwerking voorheen verliep en hoe de pilot volgens hen effect heeft gehad op de samenwerking onderling. Aan de respondenten is ook gevraagd hoe de ondersteuning en de signalering en verwijzing van hulpvragen van patiënten verliep binnen de pilot. Tot slot is aan de respondenten gevraagd hoe zij de pilot hebben ervaren. Er is gevraagd wat er goed ging en wat eventueel nog beter kan.

¹² MEE Rotterdam Rijnmond 2020, bekeken op 21 mei 2020.

¹³ Minters 2020, bekeken op 21 mei 2020.

¹⁴ (...) 2019, bekeken op 20 mei 2020.

¹⁵ Norén 2020, bekeken op 12 februari 2020.

4.1.2 Deelvraag 2

Hoe zijn soortgelijke pilots in de gemeente Westland, Delft en Hoeksche Waard verlopen en wat zijn de ervaringen van betrokken medewerkers?

Met deze deelvraag zijn de ervaringen en opvattingen van de betrokken medewerkers van soortgelijke pilots onderzocht. Ook hier is gekozen voor interviewen als methode, omdat de ervaringen en opvattingen van medewerkers onderzocht worden. Om erachter te komen waar soortgelijke pilots hebben plaatsgevonden, heb ik contact opgenomen met een programmamanager van Zorgorganisatie Eerste Lijn. Via haar heb ik de contactgegevens ontvangen van medewerkers van de gemeente Westland en Delft. De ene medewerker is een beleidsadviseur en de ander een procesbegeleider. Via mijn opdrachtgever heb ik met een derde gemeente, gemeente Hoeksche Waard, een interview kunnen houden. De respondenten waren een projectleider en een jeugdprofessional-GGZ. Deze medewerkers zijn allen betrokken bij soortgelijke pilots en waren bereid om als respondent voor dit onderzoek te fungeren.

Voor het beantwoorden van de deelvraag zijn vooraf topiclijsten opgesteld. De topics voor deze deelvraag waren:

- inhoud pilot;
- ervaringen pilot;
- samenwerken;
- ontwikkeling pilot;
- tips WOT;
- eigen inbreng.

Aan de hand van deze topiclijst is aan de respondenten gevraagd wat de pilot inhoudt. Ook is gevraagd naar de bevorderende factoren en knel- en verbeterpunten naar aanleiding van de pilot. Daarnaast is geïnformeerd over hoe de pilot heeft bijgedragen in het verstevigen van de samenwerking met de huisartsenpraktijk en hoe de pilot zich heeft ontwikkeld. Tot slot is gevraagd naar tips voor het WOT met betrekking tot zulke pilots.

4.1.3 Deelvraag 3

Welke rol spelen de Algemene Verordening Gegevensbescherming en het medisch beroepsgeheim van artsen in de verwijzing van hulpvragen tussen het Wijkondersteuningsteam Schiedam Nieuwland en de huisartsenpraktijk?

Met deze deelvraag is onderzocht welke rol de AVG en de WGBO hebben in de samenwerking tussen de partijen en bij verwijzing van hulpvragen van patiënten. Dit is niet alleen van belang om de privacy van patiënten te waarborgen, maar ook zodat de huisartsen het medisch beroepsgeheim niet schenden. Er is onderzocht in welke gevallen de partijen gegevens van patiënten mogen verwerken en waar zij zich aan dienen te houden. Er is ook onderzocht in welke gevallen de huisarts gegevens van patiënten mag doorspelen naar het WOT, zonder het medisch beroepsgeheim te schenden.

Aan de hand van documentenanalyse is dit nader onderzocht. Onderzoeksrapporten van bijvoorbeeld de Rijksoverheid en Movisie en beleidsdocumenten van het WOT zijn hierbij geraadpleegd. Uiteraard is de AVG en de WGBO doorgespit om deze deelvraag juridisch te beantwoorden. Er is voor documentenanalyse gekozen om de deelvraag met feiten te beantwoorden, door middel van actuele documenten en wet- en regelgeving.

4.2 Kwaliteit van de gegevens

Om de kwaliteit van de gegevens te waarborgen, zijn een aantal maatregelen genomen. Bij betrouwbaarheid gaat het om de vraag of dezelfde resultaten uit het onderzoek gehaald kunnen worden, als het onderzoek op dezelfde wijze wordt uitgevoerd. Validiteit slaat op de vraag of het onderzoeksinstrument heeft gemeten wat het moet meten. Hieronder zal nader worden toegelicht welke maatregelen zijn ingezet om de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek te vergroten.

Interviews

Vanwege COVID-19 was het niet mogelijk om de respondenten in persoon te interviewen. De interviews zijn dan ook telefonisch of via Microsoft Teams afgenomen. De respondenten zijn van tevoren uitgenodigd en ingelicht over de reden van het interview. Voor aanvang van het interview is er tijd vrijgemaakt om met elkaar kennis te maken. De interviews zijn één op één afgenomen en geanonimiseerd, zodat de respondenten de mogelijkheid voelden om vrijuit hun mening te geven. De gemeente Hoeksche Waard had de voorkeur om het interview met zijn tweeën te voeren. Om er zeker van te zijn dat de deelvragen en centrale vraag beantwoord zouden worden, is van tevoren een topiclijst bedacht. Er is gebruik gemaakt van audioapparatuur om het interview op te nemen. Vervolgens zijn de interviews zo snel mogelijk getranscribeerd en gelabeld. De interviews zijn zo snel mogelijk uitgewerkt, om inzicht te krijgen in de gegeven antwoorden en de topiclijst waar nodig aan te scherpen. De interviews zijn daarnaast getranscribeerd, zodat de informatie die de respondenten hebben gegeven letterlijk gebruikt kan worden voor het onderzoek. Zo kunnen er geen verkeerde interpretaties worden gemaakt.

Documentanalyse

Om er zeker van te zijn dat de documenten betrouwbaar zijn en de informatie juist is, is slechts gebruik gemaakt van betrouwbare en wetenschappelijke bronnen. De geraadpleegde documenten zijn namelijk rapporten, handleidingen en artikelen van de Rijksoverheid en betrouwbare onderzoeksbureaus zoals Movisie. Daarnaast is wet- en regelgeving (de AVG en WGB0) onderzocht en zijn beleidsdocumenten van het WOT geraadpleegd.

4.3 Analyse van de gegevens

Voor het verzamelen van de gegevens, zijn verschillende technieken ingezet.

De gehouden interviews zijn allen getranscribeerd en vervolgens gelabeld. De interviews zijn gelabeld, zodat de informatie die de respondenten hebben gegeven letterlijk gebruikt kan worden voor het onderzoek. Zo kunnen er geen verkeerde interpretaties worden gemaakt. Tijdens het labelen worden bepaalde kernwoorden verbonden aan de resultaten van de interviews. De labels zijn aan de hand van de resultaten van de interviews bepaald. Vervolgens zijn de labels schematisch neergezet. Deze techniek van analyseren is ook bij de documenten toegepast. Relevante gegevens zijn gegroepeerd en gelabeld. Op deze manier wordt er overzicht gecreëerd in de gegevens om tot heldere resultaten te komen.

5. Kader

Op 1 januari 2015 zijn de wetten Wet maatschappelijke ondersteuning (hierna: Wmo), Jeugdwet en Participatiewet in werking getreden. Deze wetten hebben de ondersteuning van burgers die niet zelfredzaam zijn, de jeugdzorg en werk en inkomen gedecentraliseerd. Voorheen vielen deze taken onder de verantwoordelijkheid van de rijksoverheid en de provincies. De **decentralisatie** had als doel zorg en ondersteuning dichterbij de burger te organiseren. Gemeenten zouden op deze manier beter in staat zijn om maatwerk te bieden. Daarnaast geven de Wmo, Jeugdwet en Participatiewet handvaten om de link te leggen met de Wet publieke gezondheid. Het doel dat hiermee wordt beoogd is een versterking van het preventie- en gezondheidsbeleid binnen een gemeente.¹⁶

De decentralisatie omvat twee processen, namelijk de transitie en de transformatie. De **transitie** van de decentralisatie houdt de verandering van het huidige stelsel in. Dit heeft betrekking op de regels, wetten, financiële verhoudingen etc. die de verandering mogelijk moeten maken. De **transformatie** richt zich op de inhoudelijke effecten van de stelselwijziging. Dit heeft betrekking op het gedrag van professionals en burgers, de cultuur binnen instellingen, werkwijzen en hoe burgers, professionals, instellingen en gemeenten met elkaar omgaan. Het doel van de stelselwijziging is dat met de transitie (nieuwe wetgeving) kwalitatief betere ondersteuning voor de burger wordt gerealiseerd. Gemeenten zijn verantwoordelijk om dit in de praktijk zichtbaar te maken.¹⁷

5.1 Juridisch kader

5.1.1 Zorgplicht gemeenten

Elke gemeente is voorzien van een gemeenteraad, ook wel raad genoemd.¹⁸ Elke vier jaar vinden er gemeenteraadsverkiezingen plaats, waarbij burgers het recht hebben hun stem uit te brengen.¹⁹ Via deze verkiezingen kunnen burgers stemmen op de leden die zich kandidaat hebben gesteld om de gemeenteraad te vertegenwoordigen.²⁰ De burger heeft op deze manier indirect invloed op de samenstelling van de gemeenteraad.

Om verschillende redenen is het belangrijk dat burgers hier invloed op hebben. De raad vertegenwoordigt namelijk alle inwoners van de gemeente.²¹ Daarnaast is de raad het hoogste bestuursorgaan en bepalen de raadsleden het beleid binnen de gemeente.²² Verder heeft elke gemeente een zorgplicht richting haar burgers. Deze **zorgplicht** houdt in dat de gemeente de belangen van burgers dient te behartigen.²³

5.1.2 Transitie

Met de transitie van 2015 zijn de Wmo, de Jeugdwet en de Participatiewet in werking getreden. De gemeentelijke zorgplicht vloeit voort uit de uitvoering van deze wetten. De meeste gemeenten hebben ervoor gekozen wijkteams op te richten om de uitvoering van de Wmo en de Jeugdwet te regelen.²⁴ Dit geldt ook voor Schiedam. Burgers kunnen bij een Wijkondersteuningsteam (WOT) terecht met vragen op deze gebieden. Naast vragen op het gebied van maatschappelijke ondersteuning en jeugd, kan de burger met vragen over werk, inkomen, schulden en schuldhulpverlening terecht bij het WOT.²⁵

¹⁶ Loket gezond leven, bekeken op 12 februari 2020.

¹⁷ Op het Veld & drs. Wachtmeester 2012, p. 7-9.

¹⁸ Art. 6 Gemeentewet.

¹⁹ Kiesraad 2020, bekeken op 15 februari 2020; art. 19 Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap jo. art. 4 Grondwet.

²⁰ Rijksoverheid 2020, bekeken op 13 mei 2020.

²¹ Art. 7 Gemeentewet.

²² Rijksoverheid 2020, bekeken op 13 mei 2020.

²³ Art. 2.1.1 lid 1 Wmo.

²⁴ Van Arum & Van den Enden 2018, p. 15.

²⁵ WOT Schiedam, bekeken op 12 februari 2020.

In artikel 2.1.1 lid 1 van de Wmo staat omschreven dat het gemeentebestuur zorg dient te dragen aan maatschappelijke ondersteuning. **Maatschappelijke ondersteuning** is:

- "het bevorderen van de sociale samenhang, mantelzorg en vrijwilligerswerk, de toegankelijkheid van voorzieningen, diensten en ruimten voor burgers met een beperking, de veiligheid en leefbaarheid in de gemeente, en het voorkomen en bestrijden van huiselijk geweld,
- het ondersteunen van de zelfredzaamheid en participatie van burgers met een beperking of chronische psychische of psychosociale problemen en dit zoveel mogelijk in de eigen leefomgeving van de burgers,
- het bieden van beschermd wonen en opvang."²⁶

De burger kan in bovengenoemde gevallen een beroep doen op de Wmo in zijn gemeente. De uitvoering van de Wmo is in de meeste gemeenten neergelegd bij wijkteams. De burger kan dan ook bij een wijkteam een Wmo-voorziening aanvragen. Indien een burger een geslaagd beroep doet op de Wmo, stelt de Wmo-consulent in overleg met de burger een plan op hoe de maatschappelijke ondersteuning zal worden vormgegeven.²⁷

Het doel van de Wmo is dat burgers zo lang mogelijk zelfstandig en veilig thuis kunnen blijven wonen. De wet is ook bedoeld om burgers te ondersteunen om deel te kunnen nemen aan de maatschappij.²⁸ De burger kan hierbij ondersteund worden in de vorm van een algemene voorziening of een maatwerkvoorziening. Volgens artikel 1.1.1 lid 1 van de Wmo is een **algemene voorziening** een dienst of activiteit zonder voorafgaand onderzoek naar de behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden van de burger. Een **maatwerkvoorziening** is daarentegen wel op de behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden van de burger afgestemd.²⁹ Dit kan een dienst, hulpmiddel, woningaanpassing of een andere maatregel zijn welke op maat is gemaakt voor de betreffende burger. Als een burger er zelf en met het eigen netwerk niet uitkomt, dan kan de burger een algemene of maatwerkvoorziening aanvragen bij het WOT.³⁰

Ook met vragen op het gebied van **jeugd(hulp)**, opvoeden en opgroeien kan de burger voor ondersteuning terecht bij het WOT. De WOT-medewerker bekijkt samen met het gezin welke ondersteuning noodzakelijk is en maakt eventueel een verwijzing naar het Centrum voor Jeugd en Gezin. Ouders en/of kinderen kunnen verschillende vormen van jeugdhulp ontvangen. Voorbeelden zijn jeugdhulp aan huis, jeugd-GGZ bij psychische problematiek of verblijving in een (gesloten) jeugdinstelling.³¹ Volgens artikel 2.6 lid 1 van de Jeugdwet is de gemeente verantwoordelijk voor een toereikend en laagdrempelig aanbod van de jeugdhulp binnen de gemeente.

²⁶ Art. 1.1.1 lid 1 Wmo.

²⁷ Art. 2.1.2 lid 1 Wmo.

²⁸ Zorgwijzer 2020, bekeken op 14 mei 2020.

²⁹ Art. 1.1.1 lid 1 Wmo.

³⁰ WOT Schiedam, bekeken op 12 februari 2020.

³¹ Rijksoverheid 2020, bekeken op 14 mei 2020.

5.1.3 Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst

De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (hierna: WGBO) is geregeld in boek 7, titel 7, afdeling 5 van het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW). In deze wet staan de rechten en plichten benoemd van zowel de patiënt als de zorgverlener. Deze rechten en plichten gelden indien sprake is van een **geneeskundige behandelingsovereenkomst**. Volgens artikel 7:446 lid 1 BW is hiervan sprake als de hulpverlener zich in de uitoefening van een geneeskundig beroep tegenover de opdrachtgever verbindt tot het verrichten van handelingen. Een overeenkomst komt immers tot stand door een aanbod en de aanvaarding daarvan.³² Een geneeskundige behandelingsovereenkomst ontstaat op het moment dat een patiënt zich richt tot een hulpverlener en vervolgens zorg ontvangt.³³ De zorg omvat handelingen van de hulpverlener of het verrichten van onderzoek op het gebied van geneeskunde. Dit met als doel de patiënt van een ziekte te genezen, van een ziekte te beschermen of zijn gezondheidstoestand te beoordelen.³⁴ Als een patiënt op spreekuur komt bij de huisarts, is er sprake van een geneeskundige behandelingsovereenkomst omdat aan alle vereisten van de wet is voldaan. De patiënt richt zich namelijk tot de huisarts, waarnaar de huisarts zorg verleent.

Bij een geneeskundige behandelingsovereenkomst moet sprake zijn van een hulpverlener. Dit zijn alleen medici welke ingeschreven staan in het BIG-register (Beroepen op de Individuele Gezondheidszorg).³⁵ Huisartsen staan in artikel 3 lid 1 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg genoemd als hulpverlener.

In geval van een geneeskundige behandelingsovereenkomst, luidt de hoofdregel dat een hulpverlener geen informatie van de patiënt mag delen met derden.³⁶ Dit wordt het **medisch beroepsgeheim** genoemd. Het beroepsgeheim kent twee belangen.³⁷ Dit is enerzijds het individueel belang, wat inhoudt dat patiënten erop kunnen vertrouwen dat zijn geheim veilig is bij de hulpverlener. Anderzijds is dit het collectief belang, wat inhoudt dat iedereen zich vrij kan voelen voor openbaarmaking van zijn geheimen tot een beroepsbeoefenaar. Op deze hoofdregel geldt een vijftal **uitzonderingen**. Indien de patiënt toestemming geeft, mag het medisch beroepsgeheim doorbroken worden op grond van artikel 7:457 lid 1 van het BW. In dit onderzoek kan de patiënt tijdens het spreekuur bijvoorbeeld toestemming geven om informatie te delen als de huisarts de patiënt wil doorverwijzen naar een andere organisatie, zoals bijvoorbeeld het WOT. Er is ook sprake van een uitzondering op de hoofdregel als er een wettelijk recht is op het doorbreken van het beroepsgeheim, er sprake is van een conflict van plichten of indien er zwaarwegende belangen gelden. Ook als het gaat om de vertegenwoordigers van de patiënt, mag het medisch beroepsgeheim worden doorbroken.³⁸

Een **ongerechtvaardigde doorbreking** van het medisch beroepsgeheim heeft gevolgen voor de hulpverlener.³⁹ De hulpverlener kan via de tuchtrechter een tuchtmaatregel opgelegd krijgen.⁴⁰ Dit kan een waarschuwing of geldboete inhouden, maar in zwaardere gevallen een berisping, schorsing of gedeeltelijke ontzegging voor het uitoefenen van zijn beroep. Daarnaast kan ongerechtvaardigde doorbreking van het medisch beroepsgeheim civiele en strafrechtelijke gevolgen hebben voor de hulpverlener.⁴¹

³² Art. 6:217 lid 1 BW.

³³ Art. 7:446 lid 1 BW.

³⁴ Art. 7:446 lid 2 BW.

³⁵ Art. 4 lid 1 Wet BIG.

³⁶ Art. 7:457 lid 1 BW.

³⁷ Ministerie van Algemene Zaken 2016, p. 2.

³⁸ Van Meersbergen & Biesart 2016, p. 118-123.

³⁹ Art. 88 Wet BIG.

⁴⁰ Art. 47 jo. 48 Wet BIG.

⁴¹ Art. 272 lid 1 WvSr.

5.1.4 Algemene Verordening Gegevensbescherming

Naast de belemmering vanuit het medisch beroepsgeheim tot het delen van gegevens, speelt ook de waarborging van de privacy van burgers een rol. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer is een grondrecht. Dit grondrecht uit zich in nationaal recht⁴², Europees recht⁴³ en internationaal recht⁴⁴. Deze artikelen geven aan dat er een wet moet zijn om de privacy van burgers te waarborgen.⁴⁵

De Algemene Verordening Gegevensbescherming (hierna: AVG) is op 25 mei 2018 van kracht gegaan en vervangt de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbg). De AVG is een Europese verordening waarin regels zijn opgenomen waaraan men zich moet houden als de gegevens van een persoon worden verwerkt. Een nationale wet- of regelgeving mag niet in strijd zijn met de AVG. Indien dit wel het geval is, prevaleert de AVG.⁴⁶

5.1.4.1 Begrippen

De AVG heeft betrekking op de verwerking van persoonsgegevens. Verwerken is een verzamelterm voor handelingen die worden verricht met persoonsgegevens. Voorbeelden van zulke **verwerkingshandelingen** zijn het verzamelen, vastleggen, opslaan, bijwerken, opvragen of doorspelen van persoonsgegevens.⁴⁷ Met **persoonsgegevens** worden alle gegevens bedoeld die te herleiden zijn naar een persoon.⁴⁸ Gegevens als naam, aders en woonplaats vallen hieronder. Maar ook een telefoonnummer en/of postcode zijn gegevens die te herleiden zijn naar een persoon.⁴⁹

De **verwerkingsverantwoordelijke** is de persoon of organisatie die het doel van en de middelen voor de verwerking van persoonsgegevens vaststelt.⁵⁰ Zoals de naam al zegt, is diegene verantwoordelijk voor de gegevensverwerking. Die persoon of organisatie bepaalt waarom (het doel) en hoe (de middelen) de persoonsgegevens worden verwerkt. Volgens artikel 4 sub 8 van de AVG is de **ontvanger** een persoon of organisatie waaraan de persoonsgegevens worden verstrekt.

De AVG is dus van toepassing op het moment dat persoonsgegevens worden verwerkt. In dit onderzoek is dat het geval als de huisarts een patiënt wil doorverwijzen naar het WOT. De huisarts is op dit moment verwerkingsverantwoordelijke. De huisarts stelt het doel vooraf vast en bepaalt hoe de persoonsgegevens worden verwerkt. Vervolgens speelt de huisarts de naam en telefoonnummer van de patiënt door aan het WOT. Het WOT is in deze situatie de ontvanger. In dit onderzoek is de AVG eveneens van toepassing op het moment dat een medewerker van het WOT gegevens van de patiënt vervolgens vastlegt in het eigen systeem. Het WOT is op dat moment verwerkingsverantwoordelijke. Het doel van de gegevensverwerking dient ook in dit geval vooraf te zijn opgesteld.

Sommige persoonsgegevens zijn gezien hun aard extra gevoelig. Dit worden **bijzondere categorieën van persoonsgegevens** genoemd. De categorieën zijn te vinden in artikel 9 lid 1 van de AVG. Een belangrijk voorbeeld zijn de gegevens over gezondheid. Op deze gegevens geldt een verwerkingsverbod: het verwerken ervan is in beginsel verboden. Dit verbod geldt niet indien er sprake is van een specifieke uitzondering.⁵¹ Het verwerkingsverbod geldt bijvoorbeeld niet wanneer de verwerking noodzakelijk is voor de behandeling of verzorging van hulpverleners in de gezondheidszorg.⁵² Aangezien huisartsen hulpverleners in de gezondheidszorg zijn, mogen zij in dit geval dus bijzondere gegevens verwerken. Vraag is hoe dit zit voor de WOT-medewerkers, welke niet BIG-geregistreerd zijn, maar wel gezondheidsgegevens willen verwerken. In artikel 9 lid 2 sub

⁴² Art. 10 lid 1 Grondwet.

⁴³ Art. 8 EVRM jo. art. 7 van het Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie.

⁴⁴ Art. 17 van het Internationaal Verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten.

⁴⁵ Autoriteit Persoonsgegevens 2020, bekeken op 17 mei 2020.

⁴⁶ Schermer, Hagenauw & Falot 2018, p. 19.

⁴⁷ Art. 4 sub 2 AVG.

⁴⁸ Art. 4 sub 1 AVG.

⁴⁹ Autoriteit Persoonsgegevens 2020, bekeken op 17 mei 2020.

⁵⁰ Art. 4 sub 7 AVG.

⁵¹ Schermer, Hagenauw & Falot 2018, p. 26.

⁵² Schermer, Hagenauw & Falot 2018, p. 44-45; art. 30 UAVG.

a van de AVG mogen ook de WOT-medewerkers bijzondere gegevens verwerken indien de patiënt hier uitdrukkelijke toestemming voor heeft gegeven.

5.1.4.2 Eisen voor een legitieme gegevensverwerking

In artikel 5 lid 1 van de AVG staan de **beginselen** genoemd waaraan elke verwerkings-handeling, te weten het verzamelen, vastleggen, opslaan, bijwerken, opvragen of doorspelen, van persoonsgegevens moet voldoen. Persoonsgegevens mogen slechts verwerkt worden voor 'welbepaalde, uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigde doelen'.⁵³ 'Welbepaald' houdt in dat er vooraf een doel is bepaald voor de verwerking van persoonsgegevens. Met 'uitdrukkelijk omschreven' wordt bedoeld dat, voordat de verwerking plaatsvindt, moet worden vastgelegd waarvoor de gegevens verwerkt worden. Een verwerking is 'gerechtvaardigd' indien de verwerking berust op één van de zes grondslagen. Is dit niet het geval, dan is het niet toegestaan persoonsgegevens te verwerken. Daarnaast dient er sprake te zijn van een minimale gegevensverwerking.⁵⁴ Dit houdt in dat de gegevensverwerking geminimaliseerd moet zijn tot het noodzakelijke.

In beginsel mogen persoonsgegevens niet verwerkt worden. Hierop gelden een aantal uitzonderingen. De **grondslagen** voor rechtmatigheid van de verwerking staan genoemd in artikel 6 lid 1 van de AVG:

- a) de betrokkene heeft toestemming gegeven voor de verwerking van zijn persoonsgegevens voor een of meer specifieke doeleinden;
- b) de verwerking is noodzakelijk voor de uitvoering van een overeenkomst waarbij de betrokkene partij is, of om op verzoek van de betrokkene vóór de sluiting van een overeenkomst maatregelen te nemen;
- c) de verwerking is noodzakelijk om te voldoen aan een wettelijke verplichting die op de verwerkingsverantwoordelijke rust;
- d) de verwerking is noodzakelijk om de vitale belangen van de betrokkene of van een andere natuurlijke persoon te beschermen;
- e) de verwerking is noodzakelijk voor de vervulling van een taak van algemeen belang of van een taak in het kader van de uitoefening van het openbaar gezag dat aan de verwerkingsverantwoordelijke is opgedragen;
- f) de verwerking is noodzakelijk voor de behartiging van de gerechtvaardigde belangen van de verwerkingsverantwoordelijke of van een derde, behalve wanneer de belangen of de grondrechten en de fundamentele vrijheden van de betrokkene die tot bescherming van persoonsgegevens nopen, zwaarder wegen dan die belangen, met name wanneer de betrokkene een kind is.

De eerste optie voor gegevensverwerking is het geven van toestemming zoals te vinden in sub a. Voor het grondslag **toestemming** gelden een aantal voorwaarden, genoemd in artikel 4 sub 11 van de AVG. De toestemming van de patiënt op de gegevensverwerking dient namelijk vrij, specifiek, geïnformeerd en ondubbelzinnig te zijn.⁵⁵ Dit wil zeggen dat de patiënt de mogelijkheid moet hebben om te weigeren zonder dat dit negatieve consequenties heeft. Daarnaast moet de verwerkingsverantwoordelijke de patiënt duidelijk informeren over de reden (het doel) van de gegevensverwerking. Tot slot mag er geen twijfel bestaan over het feit of de patiënt toestemming heeft gegeven.

De bewijslast voor het aantonen dat toestemming is verkregen ligt bij de persoon verantwoordelijk voor de verwerking.⁵⁶ Het is dus ten eerste aan te raden een schriftelijke

⁵³ Schermer, Hagenauw & Falot 2018, p. 35.

⁵⁴ Art. 5 lid 1 sub c AVG.

⁵⁵ Schermer, Hagenauw & Falot 2018, p. 38.

⁵⁶ Art. 7 lid 1 AVG.

verklaring op te stellen. In deze verklaring staat aangegeven welke gegevens met welk doel verwerkt worden. Deze **schriftelijke toestemmingsverklaring** moet in begrijpelijke taal geschreven zijn.⁵⁷ Veder heeft de patiënt het recht zijn toestemming op elk moment in te trekken.⁵⁸

Indien (schriftelijke) toestemming van de patiënt ontbreekt, zal getoetst worden aan het **noodzakelijkheidsvereiste**.⁵⁹ Dit houdt in dat de gegevensverwerking noodzakelijk moet zijn voor het doel van de verwerking. Toelichting hierop wordt gegeven in sub b t/m f. Daarnaast moet in deze gevallen altijd voldaan worden aan de eisen van **proportionaliteit en subsidiariteit**. Proportionaliteit slaat op het feit dat de gegevensverwerking in verhouding moet staan tot het doel van de verwerking. Subsidiariteit houdt zich bezig met de vraag of het doel van de verwerking niet op een andere, minder ingrijpende manier kan worden bereikt.⁶⁰

In dit onderzoek dient zowel de huisarts als het WOT zich te houden aan bovenstaande eisen wanneer zij persoonsgegevens verwerken. Als verwerkingsverantwoordelijke dienen zij het doel van de gegevensverwerking vooraf op te stellen en de patiënt hierover te informeren. De persoonsgegevens mogen slechts voor dat doel verwerkt worden. De makkelijkste manier om de AVG af te bakenen is middels een ondubbelzinnige toestemmingsverklaring welke aan de wettelijke vereisten voldoet. Wanneer dit ontbreekt, zal gekeken worden naar de noodzaak voor de gegevensverwerking en dient te worden voldaan aan de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit.

5.2 Maatschappelijk kader

5.2.1 Transformatie

Als gevolg van de decentralisatie van 1 januari 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor de maatschappelijke ondersteuning van burgers, jeugdzorg en werk en inkomen. Deze verantwoordelijkheden zijn te vinden in de Wet maatschappelijke ondersteuning, de Jeugdwet en de Participatiewet. Sindsdien bepalen gemeenten zelf hoe inrichting wordt gegeven aan preventie, ondersteuning en eerstelijnszorg.⁶¹

Het idee achter de decentralisatie is dat gemeenten dichter bij de burgers staan. Zij zouden daarom beter op de hoogte zijn van de behoeften van burgers. Het bieden van maatwerk wordt op deze manier eenvoudiger. Gemeenten krijgen door de decentralisatie een belangrijke spilfunctie in het sociaal domein. De decentralisatie is een onderdeel van het proces waar de verzorgingsstaat verandert in een **participatiesamenleving**.⁶²

In deze participatiesamenleving wordt van burgers gevraagd verantwoordelijkheid te nemen om te participeren in de samenleving en zelfredzaam te zijn in hoeverre mogelijk.⁶³ **Zelfredzaamheid** slaat op de vraag in hoeverre een burger in staat is zelfstandig dagelijkse activiteiten uit te voeren. Begrippen als eigen verantwoordelijkheid, eigen kracht en eigen regie hangen hier nauw mee samen. In deze 'vernieuwde' samenleving wordt ook verwacht dat burgers hun netwerk inzetten om op die manier alsnog zelfredzaam te zijn. Dit wordt **samenredzaam** genoemd.⁶⁴ Over de vraag of kwetsbare burgers wel zelfredzaam kunnen zijn, is veel maatschappelijke discussie. Een artikel in het Tijdschrift van Sociale Vraagstukken laat zich hierover uit. Hierin wordt gesteld dat een beroep op eigen netwerk nauwelijks effect heeft. Na een 'meedenk-bijeenkomst' met het netwerk van de hulpbehoevende burger, is er vaak alsnog geen hulp aangeboden aan de burger. Meedenken is niet hetzelfde als meehelpen.⁶⁵

⁵⁷ Schermer, Hagenauw & Falot 2018, p. 40.

⁵⁸ Art. 7 lid 3 AVG.

⁵⁹ Schermer, Hagenauw & Falot 2018, p. 35.

⁶⁰ Schermer, Hagenauw & Falot 2018, p. 37.

⁶¹ Sok e.a. 2013, p. 4-5.

⁶² Vereniging Nederlandse Gemeenten 2013, p. 3.

⁶³ Van Houten 2015, bekeken op 17 mei 2020.

⁶⁴ Van Elst, bekeken op 14 februari 2020.

⁶⁵ Weijers 2018

5.2.2 Wijkteams

De transformatie heeft onder andere betrekking op het gedrag van professionals en burgers en hoe burgers, professionals, instellingen en gemeenten met elkaar omgaan. Veel gemeenten hebben ervoor gekozen om de transformatie in de praktijk zichtbaar te maken door het oprichten van wijkteams. De wijkteams zijn centraal gelegen in de wijk of het dorp, midden tussen de burgers. Binnen wijkteams is een team van medewerkers met verschillende specialismen werkzaam. De samenstelling verschilt per wijkteam. Er kan gedacht worden aan medewerkers met specialisme in maatschappelijke dienstverlening, (jeugd)zorg, juridische hulpvragen, schulden, vrijetijdsbesteding en wonen en werk.⁶⁶

Het doel van de oprichting van de wijkteams is dat de hulpverlening dicht bij de burger staat en daardoor toegankelijker wordt. Op deze manier wordt het bieden van maatwerk eenvoudiger. Door dicht bij de burger te staan, heb je als wijkteam-medewerker meer inzicht in de situatie van de burger. **Maatwerk** is hulpverlening dat is aangepast op de situatie van de burger.⁶⁷ Denk bijvoorbeeld aan maatwerkvoorzieningen vanuit de Wmo. Daarnaast zou de hulpverlening binnen een wijkteam laagdrempeliger moeten zijn voor de burger. **Laagdrempelig** houdt in dat de hulpverlening gemakkelijk toegankelijk is voor burgers. Een ander doel van de wijkteams is het bieden van ondersteuning aan burgers op alle levensgebieden en deze adequaat, gericht en in samenhang op te pakken.⁶⁸

Door **integraal te werken in de wijk** worden hulpvragen van burgers via meerdere invalshoeken bekeken. Er wordt een manier gezocht hoe burgers met hulpvragen zo adequaat mogelijk geholpen kunnen worden.⁶⁹ Het is hierbij van belang verschillende deskundigen in huis te hebben en deze direct te kunnen inzetten voor het oplossen van de hulpvraag van de burger. Integraal werken zorgt ervoor dat de ondersteuning dicht bij de burger is georganiseerd en laagdrempelig is. Binnen een wijkteam, en dus ook binnen het WOT, wordt integraal gewerkt. Er zijn namelijk medewerkers van verschillende specialismen werkzaam en de toegang tot een wijkteam is laagdrempelig.

Wijkteams kunnen verschillende **organisatievormen** innemen. Een breed integraal team komt het meeste voor, namelijk in 40% van de 194 responderende gemeenten.⁷⁰ Dit is een vorm waarbij zoveel mogelijk hulpvragen, ook specialistische, binnen het wijkteam worden opgepakt. Wanneer nodig wordt dit gedaan met kennis van buitenaf. Bij domein specifieke teams functioneren meerdere teams naast elkaar op afzonderlijke domeinen.⁷¹ Het is afhankelijk van de hulpvraag bij welk team de casus opgepakt wordt. Generalistische teams functioneren als voorpost, met daarachter specifieke teams waarnaar doorverwezen kan worden. Voor de burger is er één toegangspunt.⁷² Binnen deze organisatievormen kan de gemeente ervoor kiezen teams op te zetten voor specifieke doelgroepen.⁷³ Hierbij kan gedacht worden aan een team voor Jeugd en Gezin, voor multiprobleemhuishoudens en voor psychiatrische problematiek.

Naast de organisatievorm van een wijkteam, worden wijkteams gecategoriseerd op basis van hun **positionering**. Ook hiervan zijn vier modellen te onderscheiden:

Model 1 - De gemeente neemt het wijkteam in eigen beheer: het wijkteam is gepositioneerd binnen de gemeente en de medewerkers van het wijkteam zijn in dienst van de gemeente en/of gedetacheerd vanuit een moederorganisatie.

Model 2 - De gemeente besteedt het wijkteam uit aan andere aanbieders: de medewerkers zijn in dienst van de eigen organisatie en er is sprake van een subsidierelatie.

⁶⁶ Van Arum & Van den Enden 2018, p. 29.

⁶⁷ Van Arum & Van den Enden 2018, p. 37.

⁶⁸ Sok e.a. 2013, p. 7.

⁶⁹ Integraal werken in de wijk, bekeken op 16 maart 2020.

⁷⁰ Van Arum & Van den Enden 2018, p. 18.

⁷¹ Van Arum & Van den Enden 2018, p. 19.

⁷² Van Arum & Van den Enden 2018, p. 19.

⁷³ Van Arum & Van den Enden 2018, p. 20.

Model 3 - Bij deze vorm besteedt de gemeente het wijkteam uit aan één hoofdaanbieder. De hoofdaanbieder krijgt budget voor de samenstelling van het wijkteam. De medewerkers komen in dienst van de hoofdaanbieder en/of zij blijven bij de eigen organisatie in dienst.

Model 4 - Het wijkteam wordt door de gemeente uitbesteed aan een speciaal opgerichte rechtspersoon, zoals een stichting of coöperatie. In deze situatie zijn de medewerkers in dienst van de rechtspersoon en/of is er sprake van detachering.⁷⁴

5.2.3 Welzijn op Recept

Welzijn op Recept is een project van Seniorenwelzijn in de gemeenten Schiedam, Vlaardingen en Maassluis. Het project wordt dan ook gesubsidieerd door de gemeenten. Welzijn op Recept is beschikbaar voor patiënten die regelmatig bij de huisarts komen met niet-medisch verklaarbare klachten. Bij deze patiënten is vaak het volgende zorgpatroon te zien: de ene keer komt de patiënt met hoofdpijn, dan met slaapstoornissen, en vervolgens met vermoeidheid bij de huisarts. Bij Welzijn op Recept zijn welzijnsadviseurs werkzaam. Welzijnsadviseurs zoeken samen met de patiënt naar manieren om het welbevinden te vergroten. Patiënten met psychische klachten, eenzaamheid, slaapproblemen, ongezonde leefstijl en die vastlopen in het leven kunnen bijvoorbeeld in aanmerking komen voor ondersteuning via Welzijn op Recept.⁷⁵

De visie van Welzijn op Recept is dat patiënten die kampen met psychosociale problemen ondersteund worden bij het versterken van hun welzijn. De medewerkers gaan samen met de patiënt op zoek naar 'het iets' waardoor de patiënt weer zin in het leven krijgt. Dit kan door de patiënt te koppelen aan een maatje, de patiënt aan te melden voor activiteiten of door als vrijwilliger aan de slag te gaan in de wijk. Deze patiënten worden doorverwezen door eerstelijns hulpverleners, zoals een huisarts, POH-GGZ en een fysiotherapeut. Deze doorverwijzing vindt slechts met toestemming van de patiënt plaats via een schriftelijke toestemmingsverklaring.⁷⁶

5.2.4 Huisartsen

Huisartsen werken vraaggericht en behandelen vragen of problemen rondom gezondheid en ziekte. Huisartsen vormen een centrale rol in de eerstelijnszorg. Eerstelijnszorg is zorg waar iedereen zelf naartoe kan gaan, er is hierbij geen verwijzing nodig. Huisartsen behoren tot de eerstelijnszorg, maar ook de tandarts, maatschappelijk werk en de wijkverpleegkundige. Voor tweedelijnszorg is een verwijzing van eerstelijns hulpverleners voor nodig. Tweedelijnszorg kan bijvoorbeeld zorg van specialisten, revalidatie en psychische hulpverlening zijn.⁷⁷

5.2.5 Samenwerken

Evenals wijkteams zijn huisartsenpraktijken gevestigd in de wijk. Zorg en welzijn hebben veel onderliggende raakvlakken en staan dan ook dicht bij elkaar. Om de patiënt de juiste ondersteuning te bieden, is het belangrijk dat huisartsen samenwerken met wijkteams.⁷⁸ Het kan namelijk zijn dat een patiënt met een medische vraag op afspraak komt bij de huisarts. Na onderzoek van de huisarts kan blijken dat de lichamelijke klachten te maken hebben met sociaal-maatschappelijke hulpvragen. Hierbij kan gedacht worden aan de volgende situaties:

- Een oudere patiënt heeft door een val van de trap last van zijn heup. De patiënt gaat vanwege lichamelijke klachten naar de huisarts, maar het blijkt dat de patiënt niet goed meer in staat is om zelfstandig de trap te lopen. Een maatwerkvoorziening op grond van de Wmo kan hier een uitkomst bieden.

⁷⁴ Van Arum & Van den Enden 2018, p. 23-25.

⁷⁵ Wat is Welzijn op Recept 2019.

⁷⁶ Norén 2020, bekeken op 17 maart 2020.

⁷⁷ Van Arum & Van den Enden 2018, p. 34.

⁷⁸ Hogendorp, De Boer & Van Driesten 2013, p. 20-28.

- Een patiënt ervaart lichamelijke klachten vanwege de financiële situatie. Het WOT kan ondersteuning bieden op het gebied van werk, inkomen en schuldhulpverlening.
- Als gevolg van eenzaamheid en sociale isolement ondervindt een patiënt lichamelijke klachten. Het WoR kan de patiënt koppelen aan een maatje.
- Als een patiënt overgewicht heeft, kunnen hier lichamelijke klachten bij komen kijken waar de patiënt voor naar de huisarts gaat. Het is vervolgens van belang dat de patiënt in het dagelijks leven actief is. Het WOT of WoR kan de patiënt hierin ondersteunen.
- Stress van een scheiding waar kinderen bij betrokken zijn, kan zich uiten in lichamelijke klachten bij zowel ouders als kinderen. Voor juridische vragen kan de huisarts hen doorverwijzen naar een sociaal raadslid van het WOT. Voor vragen rondom opvoeden en jeugdhulp kan eveneens een medewerker van het WOT ondersteuning bieden.

In bovengenoemde situaties richt de patiënt zich tot de huisarts. Op grond van de geneeskundige behandelingsovereenkomst die de huisarts met de patiënt heeft, dient de huisarts de patiënt te voorzien van een passende behandeling voor de lichamelijke klachten. Als blijkt dat er sprake is van een sociaal-maatschappelijke hulpvraag, is het aan de huisarts dit te signaleren en de patiënt door te verwijzen naar het WOT of WoR. Op deze manier voorziet de huisarts de patiënt van een passende behandeling. Afhankelijk van de hulpvraag ontvangt de patiënt ondersteuning bij het WOT of WoR. Om de patiënt op de juiste wijze door te verwijzen, is het van belang dat de huisarts op de hoogte is van de mogelijkheden van het WOT en WoR. Samenwerking en korte lijnen tussen de drie partijen is hierbij belangrijk. Dit zal eraan bijdragen dat de patiënt zo adequaat mogelijk ondersteuning ontvangt bij sociaal-maatschappelijke hulpvragen bij de juiste organisatie.⁷⁹

Gezien het feit dat zorg en welzijn steeds dichterbij elkaar komt te staan, is samenwerking op deze domeinen belangrijk. Samenwerking tussen huisartsen en wijkteams kan op verschillende niveaus plaatsvinden. Zo ook op beleidsniveau, denk aan gezamenlijke projecten of gezamenlijke overleggen.⁸⁰ Een voorbeeld hiervan is het Stedelijk overleg met de huisartsen. Dit overleg vindt ongeveer vier keer per jaar plaats. Hierbij zijn onder andere wethouders, een programmamanager van Zorg Eerste Lijn, enkele huisartsen, beleidsambtenaren en WOT-medewerkers aanwezig. Het doel van het overleg is het verstevigen van de samenwerking tussen de domeinen zorg en hulpverlening, ten dienste van de burger. In dit overleg is besloten om twee pilots, waaronder de pilot in dit onderzoek, te starten om de samenwerking tussen het WOT en de huisartsenpraktijk te verstevigen.

Uit de overleggen met betrekking tot de pilot is gebleken dat er voorheen onvoldoende sprake was van een samenwerking tussen het WOT en de huisartsenpraktijk. Dat was dan ook de grootste aanleiding voor het opstarten van de pilot. Er vond geen casuïstiek overleg plaats tussen de huisartsen van de huisartsenpraktijk en de medewerkers van het WOT. Dit gebeurde overigens al wel tussen de POH-GGZ en het WOT. Daarnaast was er onderling weinig contact. Als er al contact was, dan verliep dit digitaal maar nooit in persoon. Het was voor de huisartsenpraktijk niet altijd duidelijk voor welke problematiek de patiënt bij het WOT terecht kon. Gezien deze feiten, het gebrek aan contact en informatie, verwezen de huisartsen van de huisartsenpraktijk patiënten voorheen zelden door naar het WOT. Met het opstarten dit gezamenlijke project, hopen partijen deze knelpunten te verhelpen en de samenwerking te verstevigen.

⁷⁹ Hogendorp, De Boer & Van Driesten 2013, p. 4.

⁸⁰ Hogendorp, De Boer & Van Driesten 2013, p. 4.

6. Resultaten

Voor het beantwoorden van de deelvragen zijn in totaal acht interviews gehouden en is documentanalyse uitgevoerd. De resultaten die hieruit voortgekomen zijn, zijn onderverdeeld in drie paragrafen en zullen hieronder per deelvraag worden toegelicht.

6.1 Deelvraag 1: Ervaringen pilot

Hoe ervaren de medewerkers van het Wijkondersteuningsteam Schiedam Nieuwland, Welzijn op Recept en de huisartsenpraktijk de samenwerking en signalering en verwijzing van sociaal-maatschappelijke hulpvragen van patiënten naar aanleiding van de pilot?

Voor het beantwoorden van deze deelvraag, zijn in totaal vijf interviews gehouden. De respondenten waren twee medewerkers van het WOT (moederorganisatie Stichting MEE Rotterdam en Minters), één medewerker van WoR, een huisarts en een POH-GGZ. Al deze medewerkers hebben een belangrijke rol binnen de pilot in Schiedam.

6.1.1 Samenwerken

Aan de respondenten is gevraagd wat zij belangrijk vinden in geval van samenwerking. De antwoorden van de respondenten lagen dicht bij elkaar. Communicatie en persoonlijk contact vinden zij allen belangrijke elementen bij samenwerking. Je komt elkaar tegen in de gangen en de koffiekamer en maakt een praatje. Op deze manier wordt het 'makkelijker' om even snel casussen met elkaar te bespreken en vragen te stellen. **Fysieke nabijheid** is dus van belang. De respondenten gaven aan dat je elkaar op deze manier beter leert kennen en zo de ander beter weet te vinden. Doordat de partijen elkaar leren kennen, zijn zij beter op de hoogte van elkaars werkzaamheden zijn. Dit leidt er volgens hen toe dat je aan de andere partij denkt tijdens gesprekken met patiënten en de patiënt adequaat door kan verwijzen. In de communicatie geven de respondenten aan dat het fijn is om direct contact te hebben met de andere partij en bereikbaar te zijn voor elkaar. **Korte lijntjes** waardoor er snel geschakeld kan worden.

Gelijkwaardigheid vinden de medewerkers ook belangrijk in geval van samenwerking, het gevoel dat je collega's van elkaar bent. Alle partijen hebben immers hetzelfde doel, namelijk dat de patiënt zo adequaat mogelijk ondersteuning ontvangt bij de juiste organisatie.

Uit de interviews kwam naar voren dat er **regelmatig overleg** is tussen de huisartsen en WoR, en tussen de POH-GGZ en het WOT. Echter, de partijen voeren los van elkaar overleg. De huisartsen en WoR hebben om de zes weken een cliëntenevaluatie waarin casussen worden besproken die extra aandacht vereisen. Dit is zonder het WOT. Het WOT heeft ook eens in de zes weken een overleg met de POH-GGZ waarin casussen worden besproken. Dit is zonder WoR. De POH-GGZ gaf aan dat een WoR-medewerker in het verleden een enkele keer aanwezig was bij het overleg met het WOT en de POH-GGZ, maar dat dit uiteindelijk verwaterd is. Dit kwam doordat de datum van het overleg was veranderd en de WoR-medewerker waarschijnlijk niet in deze verandering was meegenomen. De POH-GGZ hebben ook geprobeerd aan te sluiten bij de cliëntenevaluatie met de huisartsen en WoR, maar dit bleek agendatechnisch niet mogelijk. Aangezien het contact tussen het WOT en de huisartsen moeizaam ging, heeft de POH-GGZ tijdens de overleggen met het WOT aangeboden informatie of vragen van het WOT door te geven aan de huisartsen, omdat zij werkzaam is in de praktijk en de huisartsen vaker ziet. Dit heeft niet geresulteerd in een stevigere samenwerking tussen de huisartsenpraktijk en het WOT, vandaar dat deze pilot is opgestart.

Gezamenlijk overleg tussen deze partijen is waardevol om casuïstiek en thematiek in de wijk te bespreken. De partijen hebben namelijk veel raakvlakken in hun werk, zoals de ouderenzorg, jeugdzorg en de leefstijl van patiënten. Samenwerking is van belang om patiënten te voorzien van samenhangende ondersteuning en ondersteuning op maat.⁸¹

⁸¹ Hogendorp, De Boer & Van Driesten 2013, p. 4 en 5.

6.1.2 Verwachtingen pilot

Niet alle partijen hadden dezelfde verwachtingen van de pilot. De huisarts van de huisartsenpraktijk en de medewerker van WoR hadden beiden de verwachting dat deze manier van samenwerken makkelijker en werkbaarder voor de huisarts zou zijn. De huisarts zou namelijk signaleren dat de patiënt een hulpvraag heeft op sociaal-maatschappelijk gebied en de patiënt doorsturen naar het 'Sociale Plein'. Het 'Sociale Plein' is de benaming voor de medewerkers van het WOT en WoR die op de donderdagen ondersteuning bieden aan patiënten. De medewerkers van het WOT en WoR zouden de aanmeldingen vervolgens bespreken en onderverdelen wie van hen de hulpvraag op zou pakken. Vanaf dat moment zouden de huisartsen en POH-GGZ patiënten niet meer apart doorverwijzen naar het WOT of WoR, maar enkel naar het Sociale Plein. Dit was van tevoren niet duidelijk voor de medewerkers en gebiedsmanager van het WOT. Zij wisten niet dat de huisartsenpraktijk helemaal geen patiënten meer apart zouden doorverwijzen. Dit is niet op een duidelijke wijze gecommuniceerd naar elkaar. De respondenten van het WOT hebben tijdens het interview aangegeven dat deze werkwijze voor nu prima is. Zodra de aanmeldingen echter oplopen, zal het voor de twee medewerkers van het WOT waarschijnlijk niet haalbaar zijn om alle aanmeldingen met zijn tweeën op te pakken. Verder verwachtte een respondent van het WOT dat patiënten op de dag zelf vanuit de spreekkamer van de huisarts naar het inloopsprekuur werden doorverwezen. Dit gebeurde eigenlijk niet in de praktijk.

Wel waren alle partijen het erover eens dat de huisarts of de POH-GGZ signaleert dat de patiënt ondersteuning verlangt op sociaal-maatschappelijk gebied en dat de medewerkers van het WOT of WoR vervolgens de daadwerkelijke hulpvraag van de patiënt achterhalen middels een intakegesprek. Ook hadden alle partijen hetzelfde doel voor ogen, namelijk dat de samenwerking tussen de partijen verstevigd zou worden zodat de patiënt de juiste ondersteuning ontvangt. Dit via de snelste route en in het belang van de patiënt.

6.1.3 Ondersteuning patiënt

De antwoorden op de vraag wat de respondenten belangrijk vinden bij het ondersteunen van patiënten, lagen dicht bij elkaar maar waren toch verschillend gezien de verschillende functies. De medewerker van WoR gaf aan dat patiënten vaak gehoord willen worden en dat je door luisteren vertrouwen opbouwt. Belangrijk vindt zij dat de patiënt zich zelfstandiger voelt, dat de patiënt iets aan de begeleiding heeft gehad en niet opnieuw met dezelfde klachten bij de huisarts komt. Voor de respondenten van het WOT houdt ondersteunen in dat de patiënt zoveel mogelijk zelf de regie in handen houdt en je als medewerker handvatten aanbiedt om verder te komen. Het bieden van maatwerk is hierbij een belangrijk onderdeel, aldus de respondent. De huisarts gaf als antwoord dat zij het belangrijk vindt dat de zorgen van de patiënt op de juiste plek terecht komen, via de snelste manier, en dat de patiënt een betere kwaliteit van leven ervaart. De rode draad in deze antwoorden is dus dat de respondenten het allemaal belangrijk vinden dat de ondersteuning die geboden wordt **meerwaarde** heeft voor de patiënt.

6.1.4 Effect pilot op samenwerking

In de zes weken dat er fysieke ondersteuning geboden werd binnen de pilot, zijn er positieve punten genoemd in de interviews. Alle respondenten geven aan dat de samenwerking aanzienlijk is verbeterd sinds de start van de pilot. Voorheen was de bereikbaarheid tussen de huisartsenpraktijk en het WOT een knelpunt: partijen zochten elkaar niet op en kregen elkaar telefonisch niet te pakken. Als er contact was, was dit voornamelijk digitaal waardoor partijen elkaar vaak niet goed begrepen. Hierdoor ontstond er soms onbegrip, aldus een respondent van het WOT. De respondenten geven aan elkaar door de pilot nu beter te (leren) kennen en beter op de hoogte zijn van elkaars werkzaamheden. Dit draagt eraan bij dat ze elkaar nu beter kunnen vinden. De medewerkers zien elkaar tijdens koffie- en lunchpauzes en komen elkaar tegen in de gangen. Dit maakt het volgens alle respondenten makkelijker om elkaar even aan te spreken of een vraag te stellen. Daarnaast gaf de POH-GGZ aan dat er voorheen wachttijden waren bij het WOT en het vereist was om als verwijzer een aantal (drie of vier) formulieren in te vullen. Er is nu direct contact via de Siilo-app. Dit vinden alle

respondenten een fijne en snelle manier van communiceren. De Siilo-app is een beveiligde app die gebruikt wordt in de gezondheidszorg. Zowel de medewerkers van het WOT als WoR zijn in het bezit van deze app. In het volgende citaat is een ervaring van een respondent van het WOT te lezen met betrekking tot de samenwerking binnen de pilot.

"Eigenlijk zag ik de huisarts vrijwel nooit. Het ging allemaal digitaal, en nu zit je dan ook in de koffiekamer en je merkt gewoon dat dat heel waardevol is. Dat je elkaar even ziet en leert kennen. Ja, dit is wel positief, tenminste ik ervaar al best wel snel resultaat met betrekking tot de samenwerking."

6.1.5 Terugkoppeling

Om deze samenwerking te behouden, dient er een terugkoppeling naar de huisartsenpraktijk plaats te vinden. Een huisarts gaf tijdens het interview aan dat de terugkoppeling nog een aandachtspunt is. Doorverwijzers, in dit geval de huisarts of de POH-GGZ, willen graag te horen krijgen wat er met hun doorverwijzing is gebeurd, welke ondersteuning hun patiënt heeft verkregen. Middels het volgende citaat van een huisarts wordt duidelijk welke waarde de terugkoppeling heeft:

"Maar als je er in dit proces aan wilt blijven denken als verwijzer, dan helpt het om een terugkoppeling te krijgen. Want dan weet je, oh mijn actie heeft wel resultaat gehad. Het is toch een soort beloning dan. Net als dat je een like krijgt, zo moet je het ook een beetje zien denk ik."

Tijdens een tussenevaluatie van de pilot is afgesproken dat de POH-GGZ **contactpersoon** is voor de terugkoppelingen. De medewerkers van WOT en WoR informeren haar hoe de ondersteuning van de doorverwezen patiënt is verlopen. Zij zorgt er vervolgens voor dat de informatie bij de juiste verwijzer terecht komt. De POH-GGZ heeft tijdens het interview aangegeven dat zij dit een 'leuke' taak vindt en veel waarde hecht samenwerking. Ze heeft geen voorkeur voor de vorm van de terugkoppeling. Afhankelijk van de casus kan dit telefonisch of per mail, geeft de respondent aan. Als het korte, duidelijke informatie betreft dat per mail kan worden overgedragen, dan is de mail prima. Bijvoorbeeld voor patiënt X is een uitkering aangevraagd of patiënt Y is aangemeld bij schuldhulpverlening. Als de terugkoppeling een casus vereist waarbij het handig is van gedachte te wisselen of verdere afspraken over te maken, dan vindt de POH-GGZ telefonisch handiger.

6.1.6 Dossiervorming

De partijen hebben elk hun eigen systeem voor dossiervorming. Vanwege het feit dat de pilot zich in de opstartende fase bevond, verliep de dossiervorming van de pilot schriftelijk via een aanmeldformulier. De POH-GGZ gebruikt dit aanmeldformulier als een werkaantekening. Zij is erachter gekomen dat de informatie die zij op het formulier had gezet als werkaantekening, is overgenomen in een zorgaanvraag bij een andere organisatie. Het was niet haar bedoeling dat haar werkaantekeningen op deze manier gebruikt zouden worden; het waren voor haar gedachtenspinsels op papier. Zij vraagt zich dan ook af wat er met het formulier vervolgens gebeurt. De overige respondenten ervoeren geen knelpunten met het aanmeldformulier. De projectleider gekoppeld aan de pilot was bezig met het opzetten van een systeem om de data verkregen binnen het Sociale Plein te verzamelen. De respondenten gaven aan dat hiervan een opzet was gemaakt, maar vanwege de tijdelijke stop van de pilot dit nog niet hebben kunnen uitproberen.

6.1.7 Verloop pilot

Verder kwam tijdens de interviews naar voren dat er sprake is van veel **no-show** tijdens de inloopsprekken op de donderdag. Zoals in de inleiding genoemd, vindt ondersteuning binnen deze pilot plaats via het inloopsprekuren of op afspraak. De huisartsen en POH-GGZ beslissen zelf of de patiënt wordt doorverwezen naar het inloopsprekuren of dat de patiënt wordt ingepland voor een afspraak. Dit gebeurt uiteraard nadat toestemming is verkregen van de patiënt. Respondenten denken dat de no-show tijdens de inloopsprekken te maken heeft met de vrijblijvendheid van de doorverwijzing. Het kan ook zijn dat de huisarts de noodzaak van de benodigde ondersteuning meer inziet dan de patiënt zelf, aldus de respondenten. De intrinsieke motivatie van de patiënt ontbreekt dan.

Op het moment dat een patiënt niet komt opdagen op het inloopspreekuur, belt de WOT- of WoR-medewerker de patiënt na. De patiënt geeft dan aan of hij/zij alsnog wil komen of van het gesprek wil afzien. De ingeplande afspraken met patiënten op de donderdag gaan daarentegen goed. Patiënten verschijnen op afspraak en de WOT- of WoR-medewerker biedt de patiënt ondersteuning. De respondenten zijn hier positief over.

Vanwege COVID-19 vindt er sinds 15 maart 2020 geen fysieke ondersteuning plaats binnen de pilot. Patiënten met sociaal-maatschappelijke hulpvragen kunnen digitaal worden aangemeld en de ondersteuning zal telefonisch verlopen. De POH-GGZ gaf tijdens het interview aan dat het telefonisch lastiger is de WOT- en WoR-medewerkers te introduceren aan patiënten. Het grote voordeel van de pilot, dat de WOT- en WoR-medewerkers in de praktijk aanwezig waren, is door COVID-19 verloren gegaan.

6.1.8 Bekendheid en zichtbaarheid pilot

Een ander aandachtspunt dat een respondent van het WOT tijdens het interview aangaf, is de bekendheid binnen de huisartsenpraktijk. Vanwege het lage aantal aanmeldingen kreeg de respondent de indruk dat niet alle huisartsen ervan op de hoogte waren dat de medewerkers van het WOT en WoR op de donderdag aanwezig zijn en dat ze patiënten naar hen kunnen doorverwijzen. Dit werd versterkt tijdens een telefoongesprek tussen deze respondent en een huisarts, waarin de huisarts aangaf niet te weten wie de WOT- en WoR-medewerkers waren en wat ze daar deden op de donderdag.

Daarnaast gaven de respondent aan dat de zichtbaarheid en de plek van het Sociale Plein aandacht verdient. De WOT- en WoR-medewerkers zaten op de donderdagen tijdens het inloopspreekuur aan een tafel in de hal van de huisartsenpraktijk. Het voordeel hiervan is dat het Sociale Plein op deze manier heel zichtbaar en laagdrempelig is: patiënten kunnen de medewerkers letterlijk zien zitten en direct op hen afstappen met vragen. De respondenten gaven aan dat het een open en rumoerige plek is, wat een nadeel is. De tafel staat naast de wachtkamer van de huisartsenpraktijk en een lift waardoor er veel mensen langslopen. Doordat het een open plek is, is de plek privacygevoelig voor de patiënt. De medewerkers zijn wel in het bezit zijn van een sleutel voor een aparte ruimte. Mocht de patiënt behoefte hebben aan meer privacy, dan kan daar gebruik van worden gemaakt. De ingeplande afspraken vinden overigens wel plaats in een aparte ruimte.

6.1.9 Postcodegebondenheid WOT

Zoals in de inleiding van dit onderzoeksrapport is omschreven, is het afhankelijk van de postcode bij welk WOT de patiënt terecht kan met hulpvragen. Enkele patiënten van de huisartsenpraktijk zijn woonachtig buiten de postcodes gebonden aan Wijkondersteunings-team Schiedam Nieuwland (3118 en 3119). Een respondent van het WOT heeft aangegeven dat het een aantal keer is voorgekomen dat patiënten met een andere postcode zijn doorverwezen naar het Sociale Plein. Aangegeven werd dat de patiënten ondersteuning verkregen binnen het Sociale Plein en dit nog geen belemmeringen heeft opgeleverd. Op het moment dat de patiënt gekoppeld dient te worden aan een casemanager, dan zal de patiënt wel worden doorverwezen naar het verantwoordelijke WOT, aldus de respondent.

6.1.10 Aandachtspunt WOT

Uit de interviews met de medewerker van WoR en de POH-GGZ kwam een ander aandachtspunt voor het WOT naar voren. Dit aandachtspunt staat los van deze pilot. Het heeft te maken met enkele ervaringen van patiënten met het WOT. Volgens de gesprekken tussen deze medewerkers en sommige patiënten, vinden sommige patiënten de plek van het WOT te open. Hierdoor vinden ze het niet prettig om hun verhaal te doen. Daarnaast kreeg de POH-GGZ soms van patiënten te horen dat ze het lastig vinden om hun hulpvraag te verwoorden aan de balie van het WOT. Achter een simpele vraag kan soms veel problematiek schuilgaan. De patiënt geeft aan de baliemedewerkster bijvoorbeeld aan dat hij op zoek is naar een woning. De patiënt krijgt vervolgens een lijst met (huur)woningen mee, terwijl er veel meer aan de hand is in de persoonlijke en financiële situatie. Het kan

voor de ondersteuning van de patiënt consequenties hebben als hij zijn hulpvraag niet goed weet te verwoorden.

6.2 Deelvraag 2: Ervaringen soortgelijke pilots

Hoe zijn soortgelijke pilots in de gemeente Westland, Delft en Hoeksche Waard verlopen en wat zijn de ervaringen van betrokken medewerkers?

Voor het beantwoorden van deze deelvraag zijn in totaal drie interviews gehouden met medewerkers die betrokken zijn bij soortgelijke pilots. De respondent van het eerste interview is een Procesbegeleider van een Sociaal Kernteam in de gemeente Westland. Het tweede interview is gehouden met een Beleidsadviseur Jeugd bij de gemeente Delft. Het derde interview is gehouden met een Projectleider van Jeugdteams en een Jeugdprofessional-GGZ binnen de gemeente Hoeksche Waard. In de interviews is besproken hoe de pilots vormgegeven zijn, hoe de pilots verlopen en hoe de pilots effect hebben op de samenwerking met de huisartsenpraktijken.

6.2.1 Gemeente Westland

In de gemeente Westland wordt een wijkteam een Sociaal Kernteam, oftewel SKT, genoemd. De respondent geeft aan dat er momenteel twee pilots lopen. Deze zijn in maart en oktober 2019 zijn de pilots van start gegaan. Een derde pilot is voortijdig gestopt. De reden hiervan wordt later in deze paragraaf toegelicht.

Wanneer een casus wordt aangemeld bij het SKT, pakt een Zorgregisseur dit op en voert één of meerdere intakegesprekken met de burger. Afhankelijk van de casus kan dit een Zorgregisseur voor Jeugd of Volwassenen zijn. Een combinatie hiervan is mogelijk. De zorgregisseur stelt een plan van aanpak op en geeft hierin aan welke ondersteuning de burger of het gezin nodig heeft om het probleem zo goed mogelijk te verhelpen. Vervolgens regelt de zorgregisseur de benodigde zorg, zorgt de zorgregisseur ervoor dat de zorg op elkaar is afgestemd en behoudt regie. Om de samenwerking te verstevigen, heeft het SKT er in het verleden voor gekozen een zorgregisseur als huisartsencontactpersoon te benoemen. Als de huisarts vragen had over een patiënt met een sociaal-maatschappelijk probleem, kon de huisarts contact opnemen met de huisartsencontactpersoon, oftewel de zorgregisseur. De casus wordt dan door de huisarts aangemeld. Echter, de respondent geeft aan dat hier in de praktijk zelden gebruik van werd gemaakt. Daarnaast vertelt zij dat het per huisartsenpraktijk erg verschilt hoe de samenwerking is. Met de ene praktijk is er regelmatig contact en weet de huisarts het SKT goed te vinden in geval van vragen, maar bij andere praktijken is er nauwelijks contact.

De eerste pilot is tot stand gekomen tijdens een gesprek met een huisarts en een manager van het SKT. Zowel de huisarts als de manager waren enthousiast over het idee. Het doel van de pilot is dat de patiënt de juiste zorg ontvangt, zo dichtbij mogelijk en door de juiste zorgverlener. Er is gekozen om een Zorgregisseur Jeugd te koppelen aan de huisartsenpraktijken. Zij zijn een dagdeel aanwezig in de huisartsenpraktijk, dit komt neer op vier uur per week. De zorgregisseur is ook buiten deze vier uur bereikbaar voor de huisartsenpraktijk, aldus de respondent. De **huisarts signaleert** dat een patiënt problemen ervaart op een bepaald gebied en acht een gesprek met de zorgregisseur noodzakelijk. Dit kan iedere hulpvraag betreffen, niet alleen op het gebied van jeugd. De huisarts verwijst de patiënt door naar de zorgregisseur. De patiënt moet voor de verwijzing wel **toestemming** verlenen. Hiermee is de gegevensverwerking gerechtvaardigd op grond van artikel 6 lid 1 sub a van de AVG. De motivatie van de patiënt is bij de doorverwijzing belangrijk. Als de patiënt namelijk niet wil, dan zal de verwijzing niet plaatsvinden. De zorgregisseur voert één of meerdere intakegesprekken met de patiënt en analyseert wat de patiënt qua ondersteuning nodig heeft. De volgende vier scenario's kunnen zich voordoen:

- 1) De zorgregisseur maakt de afweging dat hij/zij zelf in gesprek gaat met de patiënt en dat na een aantal gesprekken de hulpvraag opgelost zal zijn. Er volgt in dat geval geen doorverwijzing maar wel één of meerdere gesprekken met de zorgregisseur.

- 2) De patiënt of het gezin heeft een hulpvraag die aansluit op het preventieve trainingsaanbod van de gemeente Westland. De zorgregisseur informeert de patiënt hierover en geeft aan waar de patiënt zich kan aanmelden.
- 3) De zorgregisseur is van mening dat er meerdere gesprekken en/of handelingen vereist zijn om de hulpvraag aan te pakken. De zorgregisseur verwijst de patiënt of het gezin dan door naar het SKT en de casus wordt door het SKT in behandeling genomen.
- 4) Het kan ook zijn dat de problematiek van de patiënt of het gezin buiten de expertise van het SKT ligt en een doorverwijzing naar tweedelijns jeugdhulp noodzakelijk is. De huisarts maakt de doorverwijzing in orde.

Om de twee weken vindt er intern een overleg plaats met de procesbegeleider van het SKT en de zorgregisseurs. Tijdens dit overleg worden de stand van zaken rondom de pilot en eventuele knelpunten besproken. Daarnaast vindt er regelmatig een evaluatie plaats met de medewerkers betrokken bij de pilot. Net zoals de aanmelding van casussen, vindt de terugkoppeling telefonisch of schriftelijk plaats. Dit gebeurt altijd met toestemming van de patiënt. Hierin worden geen belemmeringen in ondervonden.

De respondent geeft aan dat de pilot **positief effect** heeft gehad op de samenwerking met de huisartsenpraktijken: *"Er wordt veel meer aan elkaar gedacht en met elkaar afgestemd. Men neemt dan, na een periode van kennismaken, ook elkaars adviezen meer aan. We horen ook dat de huisartsen zelf meer oog hebben voor de context van de burger."* Beide partijen hebben de moeite genomen om elkaar te leren kennen en zijn dan ook op de hoogte van elkaars werkzaamheden. Daarnaast geeft de respondent aan dat de zorgregisseurs al aanwezig zijn tijdens de lunchpauze van de huisartsenpraktijk, zodat ze gezamenlijk lunchen en er persoonlijk contact is. Wat nog niet met cijfers te onderbouwen is maar waarschijnlijk wel een positief effect is, is het feit dat er als gevolg van de pilot minder doorverwijzingen plaatsvinden naar tweedelijns jeugdhulp en hiermee kosten worden bespaard op de jeugdzorg.

De partijen zijn tegen weinig **knelpunten** aangelopen. Bij de huisartsenpraktijk waar de pilot voortijdig is gestopt, bleek er geen klik te zijn tussen de zorgregisseur en de huisartsenpraktijk. Ondanks dat de samenwerking op verschillende manieren is gepoogd op te zetten, bijvoorbeeld door enkel telefonische afstemming, kwam de samenwerking volgens de respondent niet tot stand. Waar tijdens de pilots tegenaan gelopen is, is het feit dat beide partijen een eigen registratiesysteem hebben. Vooralsnog wordt dit telefonisch of schriftelijk opgelost, maar voor in de toekomst is een gezamenlijk systeem de ideale oplossing. Een andere wens is regelmatig casuïstiek overleg met de partijen, om zo meer van elkaar te leren. De gemeente Westland is in de toekomst van plan de pilot voort te zetten bij alle huisartsenpraktijken in de gemeente. Zij zullen dan ook opnieuw in contact gaan met de praktijk waar de pilot voortijdig is gestopt.

De respondent heeft de volgende **tips** voor het WOT omtrent de pilot:

- Zet in op de praktijken die enthousiast zijn over deze vorm van samenwerken.
- Bespreek vooraf met elkaar wat de verwachtingen zijn, om teleurstellingen te voorkomen.
- Wees transparant in wat wel en niet kan en maak afspraken over elkaars bereikbaarheid.
- Elkaar willen leren kennen en persoonlijk contact is heel belangrijk.

6.2.2 Gemeente Delft

Zoals in het maatschappelijk kader van dit onderzoek is toegelicht, kan de positionering van wijkteams verschillen per gemeente. Binnen de gemeente Delft is sprake van model 4: het wijkteam wordt door de gemeente uitbesteed aan een speciaal opgerichte rechtspersoon. In 2018 is BV Delft Support opgericht en verantwoordelijk gesteld voor de uitvoering van de Jeugdwet, Wmo en Participatiewet voor jongeren tot 27 jaar.⁸² Het grootste verschil met de wijkteams in Schiedam is dat burgers van Delft niet zelfstandig

⁸² Delft Support 2020, bekeken op 28 april 2020.

Delft Support kunnen binnenstappen met vragen, maar dat medewerkers van Delft Support altijd naar de burgers toegaan.

De pilot is onderdeel van een groter project in Delft dat erop is gericht om de verwijzingen van huisartsen naar eerstelijns jeugdhulp te versterken, gezien het feit dat jeugdhulp in heel Nederland toeneemt. Het doel van de pilot is dan ook om het dekkend netwerk van Delft te versterken, aldus de respondent. Vanwege het feit dat huisartsen binnen Delft de grootste bron van verwijzers naar jeugdhulp zijn, is aan hen gevraagd waar zij behoefte aan hebben. Er is aan de huisartsen gevraagd waar zij eventueel ondersteuning bij nodig hebben zodat zij zo goed mogelijk kunnen omgaan met de toename in de jeugdhulp. Hier kwam uit dat als het om medische kindproblematiek gaat, de huisartsen de juiste kennis en expertise hebben om hierover een beslissing te nemen. Maar zodra de kindproblematiek niet-medisch van aard is of meer in het gezin zit, dan weten zij hier vaak niet voldoende van af, gaf de respondent aan. Daarom is besloten om een pilot te starten bij één huisartsenpraktijk in Delft. Twee medewerkers van Delft Support zijn wekelijks aanwezig binnen de huisartsenpraktijk, om een bredere verheldering van het probleem van het kind of het gezin te maken. De huisarts signaleert een niet-medisch probleem en verwijst de patiënt met toestemming door naar de medewerker van Delft Support. Delft Support gaat vervolgens met de patiënt in gesprek om de hulpvraag uit te diepen. De medewerker van Delft Support verleent geen ondersteuning binnen de pilot, maar voorziet de huisarts van advies. Het advies kan het volgende omvatten:

- De medewerker van Delft Support voorziet de patiënt van een aantal tips waarmee het probleem is opgelost. Er is geen verdere verwijzing nodig.
- Het advies aan de huisarts is om de patiënt door te verwijzen naar preventieve ondersteuning binnen de gemeente. Hiervoor is geen verwijzing nodig.
- Een breder traject bij Delft Support acht de medewerker noodzakelijk. Het advies zal een verwijzing naar Delft Support omvatten.
- De huisarts wordt geadviseerd om de patiënt door te verwijzen naar tweedelijns jeugdhulp en de medewerker van Delft Support adviseert daarbij ook het type jeugdhulp.

De huisarts blijft verantwoordelijk voor de patiënt en neemt na het ontvangen van het advies een definitieve keuze. De reden dat de huisarts verantwoordelijk blijft, is omdat ze het in Delft belangrijk vinden dat de patiënt zo goed mogelijk geholpen wordt bij de persoon of organisatie waar hij of zij kiest aan te kloppen. Middels het volgende citaat legt de respondent uit waarom de gemeente Delft dit belangrijk vindt:

"We willen niet zeggen, iedereen moet naar Delft Support. We willen zeggen, als jij diegene kiest om je vraag aan te stellen, dan moet je altijd goed geholpen kunnen worden. En dat willen wij dus bereiken door een heel dekkend netwerk in onze stad te organiseren. Dus waar je ook aanklopt, je komt sowieso bij de goede persoon met je hulpvraag terecht."

De respondent gaf tijdens het interview aan dat op verschillende manieren rekening is gehouden met de privacy van de patiënt. De huisarts verwijst de patiënt slechts met toestemming van de patiënt door naar de medewerker van Delft Support. Hiermee is de gegevensverwerking gerechtvaardigd op grond van artikel 6 lid 1 sub a van de AVG. Daarnaast worden er zo min mogelijk gegevens verstrekt door de huisarts aan de medewerker van Delft Support, slechts het noodzakelijke.⁸³ Vanwege het feit dat de patiënt onder de verantwoordelijkheid van de huisarts blijft vallen, legt de medewerker van Delft Support de gegevens van de patiënt niet in het eigen systeem vast. De medewerker van Delft Support heeft daarnaast geen toegang tot het systeem van de huisartsen en vice versa. Voor de monitoring van de pilot wordt de patiënt geanonimiseerd door middel van coderingen.

⁸³ Art. 5 lid 1 onder c, AVG.

De pilot heeft bijgedragen aan verschillende **positieve factoren**. Tijdens de pilot is gebleken dat de meeste patiënten bereid zijn een gesprek aan te gaan met Delft Support. De doelgroep die van tevoren is gedefinieerd blijkt juist en de huisartsen sturen ook de juiste patiënten door naar de medewerker van Delft Support. De respondent onderzoekt als beleidsadviseur of het advies van Delft Support anders is dan wat de huisarts zonder dat advies had bedacht. Het is nog te vroeg om hier conclusies uit te trekken, maar volgens de respondent laten de eerste signalen zien dat de inzet van deze pilot inderdaad andere handelingen oplevert. Een voorbeeld hiervan is dat de huisarts zonder het advies de patiënt of het gezin had doorverwezen naar tweedelijns jeugdhulp, terwijl een traject bij Delft Support voldoende blijkt.

Vier à vijf keer per jaar vindt er een overleg plaats tussen de gemeente Delft, Delft Support en één contactpersoon van elke huisartsenpraktijk in Delft. Wat uit deze overleggen bleek, was dat het niet altijd duidelijk was voor huisartsen wat Delft Support precies inhield. Wanneer konden ze patiënten naar Delft Support doorverwijzen en wat gebeurt er vervolgens met hen. Aan elke huisartsenpraktijk in Delft is daarnaast een contactpersoon van Delft Support gekoppeld, waar de huisartsen met vragen contact mee kunnen opnemen. In de praktijk werd hier weinig gebruik van gemaakt, aldus de respondent. Bij de huisartsen waar de pilot momenteel draait, is dit nu wel helderder geworden en is er vaker sprake van afstemming tussen de partijen. Dit ziet de respondent als een **positieve bijkomstigheid**. Dit is echter niet het doel van de pilot. Het doel is namelijk het dekkend netwerk binnen Delft versterken.

Binnen de pilot zijn geen knelpunten ondervonden. Er waren wel **ontwikkelpunten**, gaf de respondent aan. In de zomerperiode werd niemand doorgestuurd naar de medewerkers van Delft Support. De instroom van hulpvragen van patiënten is niet te voorspellen, aldus de respondent. Dit is opgelost door vooraf telefonisch contact op te nemen met de huisartsenpraktijk om te vragen of er aanmeldingen waren. De medewerkers van Delft Support waren in de zomerperiode niet in de praktijk aanwezig, omdat er geen aanmeldingen waren. Verder gaf de respondent aan dat de manier van communiceren ook een aandachtspunt was. Omdat beide partijen niet in elkaars systeem kunnen, is dit schriftelijk opgelost via overdraagbare formulieren.

De respondent geeft als **tip** aan het WOT om de pilot echt samen met de huisarts te doen en te bespreken waar zij behoefte aan hebben, zonder dingen voor elkaar in te vullen. Daarnaast geeft de respondent mee dat omdat je de pilot bij één huisartsenpraktijk hebt uitgevoerd, het nog niet wil betekenen dat je een blauwdruk hebt voor andere praktijken in de gemeente; het bieden van maatwerk is hierbij essentieel.

6.2.3 Gemeente Hoeksche Waard

In de hele regio Zuid-Holland Zuid is er een samenwerking tussen de diverse gemeentes, om de jeugdhulp binnen de gemeente te regelen. Stichting Jeugdteams is als partij gemandateerd om de jeugdhulp namens de gemeente vorm te geven. Ouders en jeugdigen tot 18 jaar kunnen met vragen of problemen op het gebied van opvoeden en opgroeien terecht bij Stichting Jeugdteams. De professionals werkzaam binnen Stichting Jeugdteams kunnen zelf hulpverlening bieden aan ouders en jeugdige. Zij kunnen hen ook doorverwijzen naar andere organisaties, welke wellicht meer geschikt zijn. Stichting Jeugdteams maakt dan de financiering van deze andere jeugdhulp in orde.⁸⁴

Vanuit de gemeente Hoeksche Waard is de opdracht gekomen om de samenwerking tussen de jeugdteams en de huisartsen te versterken. Volgens de respondent werd gezien dat jeugdigen met GGZ-problematiek snel door de huisartsen werden doorverwezen naar gespecialiseerde GGZ. De huisartsen en jeugdprofessionals werkten ook vaak langs elkaar heen. Achteraf bleek namelijk dat de huisarts relevante informatie wist over de patiënt, maar niet in het zorgtraject van de patiënt was meegenomen. De respondenten geven aan dat het 'zonde' is dat deze informatie niet gedeeld werd. Om deze redenen zijn in februari en juni 2019 twee pilots gestart in Hoeksche Waard. De pilots hadden tot doel om de

⁸⁴ Jeugdteams ZHZ 2019, bekeken op 27 mei 2020.

samenwerking tussen de huisartsen en jeugdteams te verbeteren en de kennis en de kunde van elkaar te gebruiken, om zo betere zorg aan de patiënt te bieden. Met als uiteindelijke doel de doorverwijzingen naar specialistische GGZ te verminderen.

Gekozen is om een jeugdprofessional-GGZ te koppelen aan de pilot. Deze functie heeft namelijk de juiste opleiding om jeugdigen met lichte GGZ-problematiek zelf behandeling te bieden. Op het moment dat ouders of een jeugdige bij de huisarts terecht komen met kindgerichte problematiek, dan **signaleert de huisarts** dit en verwijst hen door naar de jeugdprofessional-GGZ. Deze professional heeft langer dan de huisarts de tijd om de situatie van de jeugdige te onderzoeken. De jeugdprofessional-GGZ is één keer per week op de huisartsenpraktijk aanwezig. De pilot is niet ingericht om spoedzaken op te pakken. Spoedzaken zoals suïcidepogingen moeten door de huisarts zelf adequaat doorverwijzen, aldus de respondent.

De huisarts vraagt aan de patiënt **toestemming** om zijn gegevens te delen met de jeugdprofessional-GGZ. Hiermee is de gegevensverwerking gerechtvaardigd op grond van artikel 6 lid 1 sub a van de AVG. De respondent geeft aan dat hier tot dusver geen problemen in ondervonden zijn. Als ouders en de jeugdige vervolgens op gesprek komen bij de jeugdprofessional-GGZ, wordt een toestemmingsformulier besproken en ondertekend. De professional legt uit waarvoor de ouders en jeugdige toestemming geven en in hoeverre de professional met de huisarts of andere organisaties overlegt. Ook hierin zijn volgens de respondent geen problemen in ondervonden.

Na de doorverwijzing gaat de professional op huisbezoek om een uitgebreid intakegesprek te voeren. Het kan ook zijn dat het gesprek op het gemeentehuis plaatsvindt. De zorg die geboden wordt door de jeugdprofessional-GGZ is afhankelijk van de casus. De volgende situaties kunnen zich voordoen:

- Het kan zijn dat de jeugdprofessional-GGZ een aantal gesprekken voert met de ouders en/of jeugdige, waarmee het probleem verholpen is. Het gaat dan om ongeveer vijf gesprekken, een relatief kort zorgtraject. De jeugdprofessional-GGZ biedt namelijk geen langdurig zorgtraject van zes maanden of langer. Daarvoor is een doorverwijzing naar basis of gespecialiseerde GGZ noodzakelijk. Binnen de functie van de Jeugdprofessional-GGZ mag diagnostisch onderzoek worden uitgevoerd, zoals een intelligentieonderzoek of vragenlijsten afnemen.
- In sommige gevallen kunnen samenwerkingspartners een uitkomst bieden. Dit kan (school)maatschappelijk werk zijn, opvoedondersteuning of een bemiddelingstraject voor ouders. De jeugdprofessional-GGZ meldt de ouders en/of jeugdige hiervoor aan.
- Soms ligt de GGZ-problematiek buiten de expertise van de jeugdprofessional-GGZ en is een langer zorgtraject noodzakelijk. Het kan ook zijn dat er al veel intensieve hulpverlening is geweest. Een doorverwijzing naar tweedelijns jeugdhulp is dan toch noodzakelijk. De jeugdprofessional-GGZ zoekt dan voor de ouders en jeugdige uit welke jeugdhulpaanbieder het beste aansluit op hun zorgvraag. Ook wordt gezocht naar de jeugdhulpaanbieder met de minst lange wachttijden, zodat de ouders en jeugdige zo snel mogelijk zorg ontvangen.

Als de jeugdprofessional-GGZ advies van collega's wenst, wordt binnen een multidisciplinair overleg besproken wat het beste hulpverleningsaanbod is. Wenselijk is casuïstiekbespreking met de huisartsen. Dit is echter nog in ontwikkeling. De terugkoppeling naar huisarts gebeurt via een huisartsenbrief. De ouders krijgen hiervan een kopie toegestuurd, zodat zij op de hoogte zijn welke informatie wordt gedeeld met de huisarts. Ook hierin worden geen problemen in ondervonden, aldus de respondent.

Voor de start van de pilot deden zich in Hoeksche Waard een aantal **knelpunten** voor. De samenwerking tussen de huisartsen en het jeugdteam was beperkt. De jeugdprofessionals-GGZ vonden ook dat er sprake was van een eenrichtingsverkeer in de samenwerking: de huisartsen zochten geen contact met de jeugdprofessionals-GGZ. Huisartsen wisten ook niet precies wat het jeugdteam inhield. Daarnaast vonden de huisartsen de terugkoppelingen die zij kregen van de jeugdprofessionals-GGZ te mager en onduidelijk.

Ze wisten vaak niet wat er met hun patiënt uiteindelijk gebeurd was. De terugkoppelingen die nu binnen de pilot worden gegeven middels huisartsenbrieven, zijn uitgebreider. De huisartsen hebben aangegeven dit fijn te vinden.

De andere knelpunten zijn ook door de pilot opgelost, aldus de respondent. De huisartsen weten de jeugdprofessional-GGZ goed te vinden, ook met overige vragen. Voor de huisartsen is het overzichtelijk dat er één aanspreekpunt is. Beide partijen vinden de korte lijnen tussen elkaar fijn. De jeugdprofessional-GGZ is een schakel tussen de huisartsen en het jeugdteam. Daarnaast heeft de pilot geresulteerd in minder doorverwijzingen naar gespecialiseerde jeugdhulp, wat een **positief effect** heeft op de kostenbesparing van de gemeente. Met het volgende citaat licht de respondent toe waarom zij zo enthousiast zijn:

"Het is denk ik alleen maar winst, we zijn geen dingen tegengekomen waarvan we hebben gedacht: waren we hier nou nooit aan begonnen. Er is alleen maar winst op, voor alle partijen en met name voor de jeugdige en gezinnen. Die hebben hier echt profijt van."

De respondent geeft aan dat het tijdens de pilot wel een uitdaging kan zijn om de zorg te continueren terwijl het drukker wordt. Ze vertelt dat het wel eens is voorgekomen dat ze een mail krijgt van huisartsen met de vraag waarom het zo lang duurt en wat de meerwaarde dan is van de pilot. Ze legt dan uit dat het werk soms meer tijd nodig heeft en zij het drukker heeft dan normaal.

De respondenten geven aan het WOT de volgende **tips** omtrent de pilot:

- Zoek de gemotiveerde huisartsen en start daar mee.
- Maak duidelijke afspraken van wat de verwachtingen zijn vanuit de huisartsen en vanuit het wijkteam.
- Zet iemand op die plek met GGZ-kennis. Op deze manier kan de medewerker ook zelf een deel oppakken.
- Blijf elkaar opzoeken en zorg dat er wekelijks contact is, niet alleen telefonisch. Vooral nu is dat belangrijk in verband met COVID-19.

6.3 Deelvraag 3: De AVG en het medisch beroepsgeheim

Welke rol spelen de Algemene Verordening Gegevensbescherming en het medisch beroepsgeheim van artsen in de verwijzing van hulpvragen tussen het Wijkondersteuningsteam Schiedam Nieuwland en de huisartsenpraktijk?

Voorop te stellen is dat alle betrokken partijen verplicht zijn zich aan de AVG te houden en voor de invulling en uitvoering zelf verantwoordelijk zijn. Het uitgangspunt is dat er zorgvuldig wordt omgegaan met de gegevens van patiënten. Middels documentanalyse is onderzocht waar de huisartsen van de huisartsenpraktijk en de medewerkers van het WOT in de verwerking van gegevens rekening mee moeten houden. Wet- en regelgeving, rapporten en beleidsdocumenten van het WOT zijn hierbij geraadpleegd.

In hoofdstuk 5 van dit onderzoek zijn een aantal juridische kaders uit de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) toegelicht. Ook de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), waaronder in het bijzonder het medisch beroepsgeheim, is hier aan de orde gekomen. Bij de beantwoording van deze deelvraag ga ik stapsgewijs beschrijven welke wetgeving op welk moment van toepassing is. Ik heb hiervoor gekozen om de toepassing in de praktijk zo overzichtelijk mogelijk weer te geven.

In beginsel mogen persoonsgegevens niet verwerkt worden. Uitzondering op deze regel geldt als de gegevensverwerking berust op één van de eerdergenoemde grondslagen van artikel 6 lid 1 van de AVG. De grondslagen zijn grofweg verwerking op grond van een toestemmingsverklaring, of verwerking op grond van het noodzakelijkheidsvereisten. In geval van deze laatste categorie dienen de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit te worden meegewogen. Daarnaast mogen persoonsgegevens slechts verwerkt worden voor welbepaalde en uitdrukkelijk omschreven doelen.⁸⁵ Als verwerkingsverantwoordelijke

⁸⁵ Schermer, Hagenauw & Falot 2018, p. 35.

dienen de huisartsen van de huisartsenpraktijk en de medewerkers van het WOT het doel van de gegevensverwerking vooraf op te stellen. De persoonsgegevens mogen slechts voor dat doel verwerkt worden.

6.3.1 Gegevensverwerking huisarts

Op het moment dat een patiënt op spreekuur komt bij de huisarts, is er sprake van een geneeskundige behandelingsovereenkomst.⁸⁶ De patiënt richt zich namelijk tot de huisarts en ontvangt zorg van de huisarts. De huisarts houdt bij deze overeenkomst een dossier bij.⁸⁷ De huisarts verwerkt hierbij (bijzondere) persoonsgegevens van de patiënt. Dit is niet in strijd met de AVG, omdat de verwerking noodzakelijk is voor de uitvoering van de geneeskundige behandelingsovereenkomst.⁸⁸ De verwerking is hiermee gerechtvaardigd.

6.3.2 Gegevensverwerking huisartsenpraktijk -WOT

Voor de huisarts geldt het **medisch beroepsgeheim**. Dit houdt in dat de huisarts in beginsel geen informatie van de patiënt mag delen met derden.⁸⁹ Hierop gelden een aantal uitzonderingen, welke genoemd zijn in het juridisch kader. Eén van die uitzonderingen is indien de patiënt toestemming geeft.⁹⁰ De patiënt kan in dit onderzoek toestemming geven voor een doorverwijzing naar het WOT. De huisarts zal gegevens moeten verwerken bij het aanmaken van de doorverwijzing. Dit is op grond van artikel 6 sub b van de AVG rechtmatig omdat dit noodzakelijk is in de uitvoering van de overeenkomst. Zodoende hoeft de patiënt hier niet mee in te stemmen. Zodra de patiënt naar de huisarts komt, stemt hij hier automatisch mee in omdat hij hier een geneeskundige behandelings-overeenkomst aangaat.

Vervolgens wil de huisarts persoonsgegevens van de patiënt doorspelen naar het WOT. Op het vervolgens doorspelen van de gegevens is ook de AVG van toepassing. Voor deze gegevensverwerking is dan ook toestemming nodig van de patiënt. Indien dit het geval is, is de gegevensverwerking gerechtvaardigd op grond van artikel 6 sub a van de AVG. In dit onderzoek is het niet relevant dat de huisarts de hele medische geschiedenis van de patiënt doorspeelt aan het WOT. De huisarts dient af te wegen welke (bijzondere) gegevens noodzakelijk zijn zodat het WOT adequate ondersteuning kan bieden aan de patiënt.⁹¹

In dit onderzoek kan ook de POH-GGZ van de huisartsenpraktijk patiënten doorsturen naar het WOT. De POH-GGZ staat niet in het BIG-register geregistreerd en kan dan ook niet worden aangemerkt als hulpverlener.⁹² Er is derhalve geen sprake van een geneeskundige behandelingsovereenkomst tussen de POH-GGZ en de patiënt.⁹³ Echter, de POH-GGZ is in dienst bij de huisartsenpraktijk. Als de huisarts de hulp van de POH-GGZ inroept, verricht de POH-GGZ werkzaamheden in het kader van een geneeskundige behandelings-overeenkomst namens de huisarts.⁹⁴ De huisarts is op grond van artikel 6:76 van het BW aansprakelijk voor de gedragingen van de POH-GGZ. Indien de POH-GGZ de patiënt wil doorverwijzen naar het WOT, dient dit dan ook op dezelfde grondslagen te berusten als de doorverwijzing van de patiënt van de huisarts naar het WOT. Het opstellen van de doorverwijzing is op grond van artikel 6 sub b van de AVG rechtmatig omdat dit noodzakelijk is in de uitvoering van de overeenkomst. Voor het doorspelen van de gegevens naar het WOT is toestemming van de patiënt nodig op grond van artikel 6 sub a van de AVG. Ook hier moet de POH-GGZ afwegen welke gegevens noodzakelijk zijn om te weten voor het WOT.

⁸⁶ Art. 7:446 BW.

⁸⁷ Art. 7:454 lid 1 BW.

⁸⁸ Art. 6 lid 1 onder b, AVG.

⁸⁹ Art. 7:457 lid 1 BW.

⁹⁰ Art. 7:457 lid 1 BW.

⁹¹ Art. 5 lid 1 sub c AVG.

⁹² Art. 3 lid 1 Wet BIG.

⁹³ Art. 7:446 BW.

⁹⁴ ROS-netwerk 2012, p. 2.

Aangezien de huisartsenpraktijk in deze situatie verwerkingsverantwoordelijke is, moet de huisartsenpraktijk kunnen aantonen dat de patiënt toestemming heeft gegeven.⁹⁵ Een schriftelijke verklaring waar in begrijpelijke taal staat omschreven dat en waarvoor de patiënt toestemming geeft, is ten eerste aan te raden.

6.3.3 Gegevensverwerking WOT

Wanneer de patiënt is doorverwezen naar het WOT, gaat de medewerker van het WOT in gesprek met de patiënt. Ook voor medewerkers van het WOT geldt dat zij zich moeten houden aan de AVG en in beginsel geen gegevens van de patiënt mogen verwerken. De medewerker van het WOT mag dus niet zonder vooraf bepaald doel persoonsgegevens van de patiënt verzamelen of opslaan. Dit mag wel als één van de uitzonderingen genoemd in artikel 6 lid 1 van de AVG van toepassing is.

In het sociaal domein kan het vragen van toestemming aan de patiënt lastige materie zijn. Er kan namelijk sprake zijn van een **afhankelijkheidsrelatie** tussen de patiënt en het WOT.⁹⁶ Indien sprake is van afhankelijkheid, is er geen sprake van vrije toestemming zoals vereist in artikel 4 sub 11 van de AVG. Wanneer de patiënt namelijk toestemming voor de gegevensverwerking weigert, kan dit negatieve consequenties hebben voor de ondersteuning van de patiënt. Is er geen sprake van een afhankelijkheidsrelatie, dan kan de medewerker van het WOT toestemming vragen aan de patiënt voor het verwerken van de persoonsgegevens. Verleent de patiënt hiervoor toestemming, dan is de gegevensverwerking gerechtvaardigd. De gegevensverwerking berust in dat geval op de grondslag "toestemming" genoemd in artikel 6 sub a van de AVG.

Het WOT is zich van de mogelijke afhankelijkheidsrelatie bewust. Ondersteuning vanuit het WOT vindt in bijna alle gevallen in het vrijwillige kader plaats.⁹⁷ Het WOT verwerkt alleen gegevens indien de burger hiervoor toestemming heeft gegeven. In dit onderzoek zal de medewerker van het WOT naar aanleiding van de doorverwijzing alleen gegevens van de patiënt mogen vastleggen indien de patiënt hiervoor toestemming heeft gegeven. Het WOT dient hierbij de gegevensverwerking te beperken tot het noodzakelijke.⁹⁸ De medewerker van het WOT mag in dit onderzoek dan ook geen gegevens over de gezondheid van de patiënt vastleggen als dit niet noodzakelijk is voor de ondersteuning die geboden wordt. Als de medewerker van het WOT wel gegevens over de gezondheid vastlegt, is uitdrukkelijke toestemming van de patiënt vereist.⁹⁹ In de praktijk weegt het WOT hierbij af wat voor hen 'need to know and nice to know' is.

Aangezien het WOT in deze situatie verwerkingsverantwoordelijke is, moet het WOT kunnen aantonen dat de patiënt toestemming heeft gegeven zonder hierbij beïnvloed te zijn door de afhankelijkheidsrelatie.¹⁰⁰ Een schriftelijke verklaring waar in begrijpelijke taal staat omschreven dat en waarvoor de patiënt toestemming geeft, is ten eerste aan te raden in verband met de bewijslast.¹⁰¹

6.3.4 Geen toestemming

In eerste instantie wordt aangeraden om toestemming van de patiënt te verkrijgen middels een ondubbelzinnige toestemmingsverklaring. Indien toestemming van de patiënt ontbreekt, zal getoetst worden aan het **noodzakelijkheidsvereiste**.¹⁰² Dit houdt in dat de gegevensverwerking noodzakelijk moet zijn voor het doel van de verwerking. Hierbij kan gedacht worden aan de grondslag voor het verwerken van persoonsgegevens op grond van een wettelijke verplichting of op grond van een beroep op vitale belangen.

⁹⁵ Art. 7 lid 1 AVG.

⁹⁶ Autoriteit Persoonsgegevens 2020, bekeken op 16 april 2020.

⁹⁷ WOT Privacyverklaring, pagina 12.

⁹⁸ Art. 5 lid 1 sub c AVG.

⁹⁹ Art. 9 lid 2 sub a AVG.

¹⁰⁰ Art. 7 lid 1 AVG.

¹⁰¹ Art. 7 lid 1 AVG.

¹⁰² Art. 6 lid 1 sub b t/m f AVG.

Zowel de huisarts als het WOT hebben enkele **wettelijke verplichtingen** in geval van het verwerken van gegevens.¹⁰³ Deze wettelijke verplichtingen zorgen voor een gegronde beroep op het noodzakelijkheidsvereiste, waardoor toestemming niet nodig is. De huisarts kan een patiënt bijvoorbeeld doorverwijzen naar tweedelijns jeugdhulp als hij dit noodzakelijk acht. Deze wettelijke verplichting staat genoemd in artikel 2.6 en 2.7 lid 1 van de Jeugdwet. Een wettelijke verplichting tot het verwerken van gegevens voor het WOT is bijvoorbeeld het geval bij artikel 7.3.8 lid 1 van de Jeugdwet waarin de dossierplicht wordt omschreven en artikel 5.2.2 van de Wmo waar gegevensverwerking (ook bijzondere gegevens) noodzakelijk is voor het aanvragen van maatwerkvoorzieningen. In deze gevallen, en andere gevallen die bij wet zijn voorzien, is de gegevensverwerking noodzakelijk voor het uitvoeren van de wettelijke verplichting. De gegevensverwerking berust dan op de grondslag "wettelijke verplichting" genoemd in artikel 6 lid 1 sub c van de AVG. Zodoende is toestemming van de patiënt niet nodig.

Naast de wettelijke verplichting bestaat er nog de grondslag **vitale belangen**. In dit onderzoek zal geen sprake zijn van een acute, levensbedreigende situatie waarin de patiënt verkeert. Het kan echter wel voorkomen dat de patiënt mentaal niet in staat is om toestemming te geven.¹⁰⁴ Denk hierbij aan patiënten die vanwege psychische problematiek niet volledig kunnen begrijpen waarom toestemming noodzakelijk is, en die zodoende weigeren te geven. Of bijvoorbeeld patiënten die bang zijn voor weer een andere instantie en willen dat de huisarts de hulpvraag oplost. In zo'n situatie kan de huisarts alsnog gegevens doorspelen naar het WOT als dit noodzakelijk is om de vitale belangen van een patiënt te beschermen. De gegevensverwerking berust dan op de grondslag "vitale belangen" genoemd in artikel 6 lid 1 sub d van de AVG.

Voor een rechtmatig beroep op de grondslag "**taak van algemeen belang of openbaar gezag**" dient er een publiekrechtelijke taak te worden uitgeoefend in het algemeen belang of openbaar gezag.¹⁰⁵ Een wijkteam kan zich slechts op deze grondslag beroepen als het wijkteam een bestuursorgaan is én taken van algemeen belang of in het kader van openbaar gezag uitvoert.¹⁰⁶ Een bestuursorgaan in de zin artikel 1:1 van de Algemene wet bestuursrecht is "een orgaan van een rechtspersoon krachtens publiekrecht ingesteld", of "een persoon of college, met enig openbaar gezag bekleed". De gemeente in Schiedam besteedt het wijkteam uit aan andere aanbieders.¹⁰⁷ Bij het WOT zijn medewerkers in dienst van de eigen organisatie en is er sprake van een subsidierelatie met de gemeente. Het WOT is geen bestuursrechtelijke organisatie.¹⁰⁸ Het WOT kan gezien worden als een verbindende schakel naar de bestuursorganen die verantwoordelijk zijn voor bestuursrechtelijke besluiten. Een voorbeeld hiervan is een aanvraag voor een Wmo-voorziening waarbij het WOT de aanvraag oppakt en de situatie van de patiënt inventariseert. Voor het daadwerkelijke besluit ligt de bestuursrechtelijke bevoegdheid bij het College van Burgemeesters en Wethouder.¹⁰⁹ Aangezien het WOT geen bestuursorgaan is, kan de gegevensverwerking in dit onderzoek niet berusten op dit grondslag.

De laatste grondslag welke is genoemd in artikel 6 lid 1 sub f van de AVG, is gegevensverwerking indien dit noodzakelijk is voor de behartiging van het gerechtvaardigd belang van de verwerkingsverantwoordelijke. Een voorbeeld hiervan is dat verwerking van persoonsgegevens strikt noodzakelijk is om fraude te voorkomen.¹¹⁰ Dit grondslag is niet relevant voor dit onderzoek. Om deze reden wordt er geen verdere toelichting gegeven.

¹⁰³ Autoriteit Persoonsgegevens 2016, p. 8.

¹⁰⁴ Privacy zeker 2019, bekeken op 28 mei 2020.

¹⁰⁵ Art. 6 lid e AVG.

¹⁰⁶ Autoriteit Persoonsgegevens 2020, bekeken op 16 april 2020.

¹⁰⁷ Zie model 2 van de positioneringsvormen uitgelegd in het maatschappelijk kader van dit onderzoek, p 19-20.

¹⁰⁸ Mail d.d. 02 juni 2020 van gebiedsmanager WOT, bijlage 2.

¹⁰⁹ Art. 6 Gemeentewet.

¹¹⁰ Schermer, Hagenauw & Falot 2018, p. 39.

Indien de patiënt geen toestemming geeft voor het doorspelen van de gegevens (sub a) én er is geen sprake van noodzakelijkheid (sub b t/m f), dan mag de gegevensverwerking niet plaatsvinden. Gebeurt dit wel, dan is dit in strijd met de AVG.

7. Conclusie

Uit het Stedelijk overleg met de huisartsen is gebleken dat er patiënten bij de huisartsenpraktijk op afspraak komen met een vraag waarvan de oplossing niet in het medisch spectrum ligt. Het blijkt dat de hulpvraag sociaal-maatschappelijk van aard is. Deze vragen horen niet altijd thuis bij de huisarts. Tussen het Wijkondersteuningsteam Schiedam Nieuwland, de huisartsenpraktijk en Welzijn op Recept is daarom op 6 februari 2020 een pilot gestart. Het doel van de pilot is dat patiënten zo adequaat mogelijk ondersteuning ontvangen bij de juiste instantie, en dat de samenwerking tussen de partijen verstevigd wordt. Aan de hand van dit onderzoek is het verloop van de pilot in Schiedam en soortgelijke pilots van andere gemeenten, ervaringen en opvattingen van betrokken medewerkers en de privacy van de patiënt onderzocht, om zo het Wijkondersteuningsteam Schiedam Nieuwland te voorzien van advies omtrent de pilot.

Middels dit onderzoek is antwoord gegeven op de volgende centrale vraag:

Op welke wijze kan het Wijkondersteuningsteam Schiedam Nieuwland de samenwerking met de huisartsenpraktijk inrichten in verband met het signaleren en verwijzen bij sociaal-maatschappelijke hulpvragen, om daarmee patiënten adequaat ondersteuning te bieden?

7.1 Samenwerken

Zowel een huisartsenpraktijk als een wijkteam bevindt zich in de wijk, dicht bij de patiënt. De problematiek waar een huisarts en een wijkteam mee te maken krijgt, kan onderliggende raakvlakken hebben. Zorg en welzijn komen steeds dichterbij elkaar te staan. De patiënt weet echter niet altijd welke problematiek bij welke instantie hoort. Om de patiënt op de juiste wijze door te verwijzen, is het van belang dat beide partijen op de hoogte zijn van elkaars mogelijkheden. Samenwerking tussen huisartsenpraktijken en wijkteams binnen dezelfde wijk is van belang om patiënten te voorzien van samenhangende ondersteuning en ondersteuning op maat.¹¹¹

In verschillende gemeenten zijn pilots gestart om deze twee domeinen dichterbij elkaar te brengen. Zo ook op 6 februari 2020 in Schiedam tussen het Wijkondersteuningsteam Schiedam Nieuwland, de huisartsenpraktijk en Welzijn op Recept. Vanwege COVID-19 vindt er sinds 15 maart 2020 geen fysieke ondersteuning plaats binnen de pilot. Patiënten met sociaal-maatschappelijke hulpvragen worden digitaal aangemeld en ondersteuning zal telefonisch verlopen. Het grote voordeel van de pilot, dat de WOT- en WoR-medewerkers in de praktijk aanwezig waren, is door COVID-19 verloren gegaan. Binnen deze pilot vond dus ongeveer zes weken fysieke ondersteuning van patiënten plaats. In deze zes weken bevond de pilot zich in de opstartende fase. Gezegd moet worden dat alle partijen enthousiast hun bijdrage leverden en de werking van de pilot tot dusver over het algemeen positief ervaarden. Het betreurde iedereen dat de pilot vanwege COVID-19 noodgedwongen grotendeels stilstond.

Geconcludeerd mag worden dat alle pilots **positief effect** hebben op de samenwerking met de huisartsenpraktijken. Door medewerkers van een wijkteam fysiek neer te zetten in een huisartsenpraktijk, ontstaat er persoonlijk contact en bewustwording van elkaars aanwezigheid. Door gezamenlijk te pauzeren, leren partijen elkaar kennen en zijn zo beter op de hoogte van elkaars werkzaamheden. Hierdoor zullen huisartsen het WOT beter weten te vinden en patiënten adequater doorverwijzen naar het WOT. Daarnaast werkt het drempelverlagend voor patiënten wanneer de medewerkers in de huisartsenpraktijk aanwezig zijn. De huisartsenpraktijk is namelijk een vertrouwde omgeving voor de patiënt. Medewerkers van de huisartsenpraktijk kunnen patiënten ook makkelijker koppelen aan de medewerkers van het WOT en WoR, door de patiënten direct met hen kennis te laten maken. Doordat de medewerkers in de praktijk aanwezig zijn, zijn ze ook zichtbaarder

¹¹¹ Hogendorp, De Boer & Van Driesten 2013, p. 4 en 5.

voor de patiënten. Zo is de kans groter dat de groep patiënten wellicht ook bij het WOT bekend worden die, blijkens de interviews met WoR en POH-GGZ, nu uit beeld blijven.

Regelmatig overleg met de huisartsen is bij alle pilots een gewenste situatie, maar niet altijd haalbaar gezien de drukke agenda's van de betrokken medewerkers. Een gezamenlijk overleg is wenselijk om patiënten te voorzien van samenhangende ondersteuning en ondersteuning op maat.¹¹² Uit dit onderzoek is gebleken dat het agendatechnisch niet mogelijk is om de overleggen tussen WoR en de huisartsen en tussen het WOT en de POH-GGZ te combineren. Dat de medewerker van WoR aansluit bij het overleg tussen het WOT en de POH-GGZ, zoals in het verleden gebeurde, kan daarentegen wel weer opgepakt worden. De POH-GGZ heeft daarnaast aangeboden informatie of vragen van het WOT door te geven aan de huisartsen, om zo te fungeren als een schakel.

7.2 Overeenkomsten en verschillen pilots

Interessant om te zien zijn de overeenkomsten en verschillen tussen de soortgelijke pilots en de pilot in Schiedam.

Een overeenkomst tussen de pilots is dat de huisarts de hulpvraag signaleert en doorverwijst naar de medewerker voor een probleemverheldering van de hulpvraag. Wat ook hetzelfde verloopt, is het vragen van toestemming voor doorverwijzing aan de patiënt en dat bij weigering geen gesprek plaatsvindt. Ook de dossiervorming is bij alle pilots een aandachtspunt gebleken. Wat daarnaast hetzelfde is bij de pilots, is dat de medewerkers van het wijkteam fysiek aanwezig zijn in de huisartsenpraktijk. Tot slot is hetzelfde gebleken dat in de samenwerking met huisartsen geïnvesteerd moet worden. Deze investering blijkt uiteindelijk positief resultaat te hebben op de samenwerking.

Een verschil met de andere gemeenten, is dat bij de pilot in Schiedam een derde organisatie betrokken is, namelijk WoR. Bij de gemeente Delft verschilt de aanleiding en het doel van de pilot en blijft de huisarts verantwoordelijk voor de definitieve keuze. De pilots in Delft en Hoeksche Waard zijn daarnaast gericht op de jeugdhulp, terwijl de patiënt in Schiedam met elke sociaal-maatschappelijke hulpvraag kan worden doorverwezen.

7.3 Ondersteuning patiënt

De AVG stelt in beginsel dat er geen persoonsgegevens mogen worden verwerkt. **Gegevensverwerking** is gerechtvaardigd indien sprake is van één van de grondslagen genoemd in artikel 6 lid 1 van de AVG. Daarnaast moet de gegevensverwerking noodzakelijk zijn voor het doel van de verwerking en dienen partijen zo min mogelijk gegevens te verwerken.¹¹³ In dit onderzoek is de gegevensverwerking voor het opstellen van de doorverwijzing door de huisarts noodzakelijk voor de uitvoering van de geneeskundige behandelingsovereenkomst.¹¹⁴ De daadwerkelijke doorverwijzing van de huisarts naar het WOT kan slechts gebeuren indien de patiënt hiervoor toestemming geeft of indien er sprake is van noodzaak.¹¹⁵ Een schriftelijke toestemmingsverklaring van de bewoner waarborgt de privacy niet. Deze verklaring dient als bewijs dat een uitzondering op de privacyregelgeving uit de AVG mag worden gemaakt.

Uit de resultaten blijkt dat alle partijen het belangrijk vinden dat de ondersteuning die geboden wordt meerwaarde heeft voor de patiënt. De medewerkers van het WOT en WoR gaan na verwijzing van de huisarts met de patiënt in gesprek om te achterhalen wat de hulpvraag is. De medewerkers ervaren de ondersteuning tot dusver positief. Daarnaast vinden alle medewerkers het belangrijk dat er sprake is van **intrinsieke motivatie** bij de patiënt. Ontbreekt dit, dan zal de patiënt hoogstwaarschijnlijk geen toestemming geven voor de gegevensverwerking. De gegevensverwerking moet dan op een andere grondslag berusten. Als de patiënt is verteld dat hij zelfstandig naar het

¹¹² Hogendorp, De Boer & Van Driesten 2013, p. 4 en 5.

¹¹³ Art. 5 lid 1 sub c AVG.

¹¹⁴ Art. 6 lid 1 sub b AVG.

¹¹⁵ Art. 6 lid 1 AVG.

inloopspreekuur op de donderdagochtend kan gaan en geen intrinsieke motivatie heeft, is de kans groot dat de patiënt niet op komt dagen.

7.4 Aandachtspunten

Zoals is gebleken uit de resultaten, kunnen zich tijdens dit soort pilots verschillende knelpunten voordoen. De **dossiervorming** blijkt een aandachtspunt, omdat een wijkteam en een huisartsenpraktijk niet hetzelfde computersysteem hebben en niet in elkaars systeem kunnen inloggen. Dit wordt bij alle pilots opgelost via schriftelijke formulieren. De projectleider heeft deze formulieren gedigitaliseerd en een gezamenlijk systeem gemaakt voor de dataverwerking binnen de pilot. Het blijkt overigens dat partijen in Schiedam andere intenties hadden bij dit formulier (werkaantekening of bruikbare informatie).

In tegenstelling tot de soortgelijke pilots, is de **terugkoppeling** bij de pilot in Schiedam een aandachtspunt. Het blijkt dat de POH-GGZ de verantwoordelijkheid op zich heeft genomen om de contactpersoon te zijn voor de terugkoppeling. De medewerkers van WOT en WoR koppelen de informatie over het verloop van de ondersteuning van de patiënt terug aan de POH-GGZ en de POH-GGZ zorgt er vervolgens voor dat die informatie bij de juiste verwijzer terechtkomt. Net als bij de soortgelijke pilots, verloopt de terugkoppeling via één centraal persoon, wat het overzichtelijker en werkbaarder maakt voor alle partijen.

Uit dit onderzoek is gebleken dat er veel sprake is van **no-show** bij de inloopsprekken van de pilot in Schiedam. Dit kan te maken hebben met de vrijblijvendheid van de afspraak of het gebrek aan intrinsieke motivatie van de patiënt. Daarnaast waren er bij de pilot in Delft in de zomerperiode géén aanmeldingen, wat niet te voorspellen was.

De partijen van de pilot in Schiedam hadden niet allen dezelfde **verwachtingen** van de pilot. Dit kan voor verwarringen en/of teleurstellingen zorgen. Alle partijen hadden daarentegen wel hetzelfde doel: de patiënt met een sociaal-maatschappelijke hulpvraag zo adequaat mogelijk ondersteunen. Ondanks het feit dat de samenwerking verbeterd is door de pilot, is het belangrijk dat de bekendheid van de pilot behouden blijft en ook uitgebreid wordt binnen de huisartsenpraktijk.

Verder is uit dit onderzoek naar voren gekomen wat de ervaringen zijn van sommige patiënten van het WOT. Sommige patiënten ervaren het WOT als een (te) open plek, waar welke niet uitnodigt om persoonlijke problemen te bespreken. Ook blijken sommige patiënten hun hulpvraag niet goed te kunnen verwoorden aan de balie van het WOT, wat consequenties kan hebben voor de ondersteuning. Gezegd moet worden dat de WoR-medewerker en POH-GGZ dit te horen hebben gekregen van enkele patiënten, wat niet wil zeggen dat iedere patiënt dit ervaart. Desalniettemin lijkt mij dit een aandachtspunt voor het WOT.

7.5 Kortom...

Op de vraag hoe de partijen de samenwerking nu moeten inrichten, om de patiënt zo adequaat mogelijk te ondersteunen, zijn een aantal aspecten van belang.

Om patiënten op een adequate manier te **ondersteunen**, willen partijen voorkomen dat de patiënt van het kastje naar de muur wordt gestuurd. Partijen willen dat de patiënt zo snel mogelijk bij de juiste instantie terecht komt met zijn hulpvraag. Het is hierbij van belang dat alle partijen op de hoogte zijn van elkaars werkzaamheden, zodat een adequate doorverwijzing mogelijk is. Deze nieuwe manier van samenwerken, de pilot, draagt bij aan een adequatere doorverwijzing omdat de medewerkers van het WOT en WoR fysiek aanwezig zijn in de huisartsenpraktijk. De patiënt kan dus zelfstandig en zonder afspraak met een vraag bij de medewerkers aankloppen. De huisartsen of POH-GGZ kunnen de patiënt daarnaast adequaat koppelen aan de medewerkers van WOT of WoR door met de patiënt even langs te lopen en/of een doorverwijzing te maken. Het voordeel van deze nieuwe manier van samenwerking is dat de lijnen kort zijn.

Allereerst is het belangrijk dat alle partijen bereid zijn om tijd en moeite te investeren in de **samenwerking**. De verbeterde samenwerking zoals gerealiseerd door de pilot, moet

warm worden gehouden. Regelmatig contact, zowel fysiek als digitaal, is hierbij essentieel. Het is daarnaast ook belangrijk om elkaars verwachtingen van de pilot te bespreken. De terugkoppeling verloopt via één persoon, de POH-GGZ. Een regelmatige evaluatie van de pilot is wenselijk. Verder is een breder overleg tussen de partijen wenselijk, losstaand van de pilot, waar ruimte is om met elkaar casuïstiek en thematiek te bespreken.

Bij deze samenwerking dienen alle partijen de **privacy** van de patiënt te waarborgen en gegevens van de patiënt niet zonder gerechtvaardigd doel te verwerken. Partijen kunnen bijvoorbeeld ook met elkaar overleggen en sparren zonder gegevens van patiënten te bespreken. Mocht het wel noodzakelijk zijn om gegevens van patiënten te verwerken, dan dient de patiënt hiervoor toestemming te geven¹¹⁶ of moet het noodzakelijk zijn voor het doel van de gegevensverwerking¹¹⁷. Een toestemmingsverklaring waarborgt de privacy niet maar dient als bewijs dat een uitzondering op de privacyregelgeving uit de AVG mag worden gemaakt.

¹¹⁶ Art. 6 lid 1 sub a AVG.

¹¹⁷ Art. 6 lid 1 sub b t/m f AVG.

8. Aanbevelingen

Aan de hand van bovenstaande resultaten en conclusies, volgen hieronder enkele aanbevelingen voor het Wijkondersteuningsteam Schiedam Nieuwland. De aanbevelingen omvatten verbeterpunten met betrekking tot de lopende pilot en de samenwerking met de huisartsenpraktijk.

8.1 De pilot

Blijkens de positieve effecten van de pilot op de samenwerking tussen het WOT en de huisartsenpraktijk, raad ik aan de pilot voort te zetten. Partijen zijn beter op de hoogte van elkaars werkzaamheden. Hierdoor is een adequate doorverwijzing mogelijk, wat in het voordeel is van de patiënt.

Vanwege het feit dat niet alle partijen dezelfde verwachtingen hadden, raad ik aan om een bijeenkomst te plannen met de betrokken partijen en de gebiedsmanager van het WOT. Hierin raad ik aan te bespreken wat iedereen verwacht van de pilot. Ik raad aan afspraken te maken over het aanmeldingsformulier en het feit dat de huisartsenpraktijk patiënten niet meer apart doorverwijst naar het WOT. Afsgesproken is dat de terugkoppeling via de POH-GGZ gaat. Ik raad aan om ook hierover afspraken te maken, zodat iedereen hiervan op de hoogte is (wanneer schriftelijk dan wel telefonisch terugkoppelen). Dit is belangrijk om duidelijkheid te creëren en teleurstellingen te voorkomen.

Aangezien beide partijen een eigen systeem hebben voor dossiervorming, raad ik een gezamenlijk systeem aan. De projectleider gekoppeld aan de pilot was bezig dit te realiseren. Ik raad aan dit voort te zetten, zodat de doorverwijzingen en terugkoppelingen via één systeem lopen. Zorg en ondersteuning komt op deze manier dichterbij elkaar. Dit draagt bij aan een adequatere doorverwijzing voor de patiënt.

Gezien het lage aantal doorverwijzingen dachten de respondenten dat niet alle huisartsen op de hoogte waren van het Sociale Plein. Het is gebleken dat een huisarts niet wist dat de medewerkers van het WOT op de donderdagen aanwezig waren in de huisartsenpraktijk en voor welk doel. Ik raad daarom aan om het Sociale Plein opnieuw onder de aandacht te brengen binnen de huisartsenpraktijk. Dit kan door een bijeenkomst of een voorlichting te organiseren met de betrokken partijen. Dit lijkt mij van belang zodat de huisartsen patiënten vaker zullen doorverwijzen naar het Sociale Plein.

8.2 Ondersteuning

De ondersteuning binnen de pilot verloopt momenteel digitaal en telefonisch. Wanneer COVID-19 voorbij is, gaat de voorkeur uit naar fysieke aanwezigheid van de medewerkers in de praktijk. Fysieke aanwezigheid van de medewerkers in de huisartsenpraktijk werkt drempelverlagend voor zowel de patiënt als de huisartsen en POH-GGZ.

In de periode dat fysieke aanwezigheid nog niet mogelijk is vanwege COVID-19, raad ik aan elkaar regelmatig, zeker één keer per week, te spreken via de Siilo-app. Op deze manier blijft de samenwerking warm. Daarnaast raad ik aan om de tussenevaluaties van de pilot digitaal te laten plaatsvinden en maandelijks in te plannen. Vooral nu de pilot anders verloopt vanwege COVID-19, raad ik aan om elkaar regelmatig te spreken over het verloop van de pilot.

Het is gebleken dat er sprake is van een hoog aantal no-show tijdens het inloopsprekeuur op de donderdagochtend. Zodra de pilot weer op de 'oude' manier verder kan, adviseer ik de patiënten ten allen tijden door te verwijzen volgens afspraak. Deze afspraken zijn minder vrijblijvend voor de patiënt en de opkomst ervan is hoger gebleken.

Gebleken is dat de plek van het Sociale Plein op dit moment open en rumoerig is. Dat de plek open is, heeft als voordeel dat het zichtbaar en laagdrempelig is voor de patiënt. Dit moet behouden worden. Het nadeel ervan is dat de plek privacygevoelig is. Ik raad daarom aan het gesprek met de patiënt altijd te laten plaatsvinden in de beschikbare, aparte ruimte binnen de huisartsenpraktijk. Op deze manier ervaart de patiënt meer privacy. Dit voorkomt dat andere mensen (delen van) het gesprek kunnen opvangen in de

wandelgangen. Daarnaast voelt de patiënt zich wellicht vrijer om over zijn persoonlijke situatie te praten in een aparte ruimte. Ik raad aan gebruik te maken een reclamebord (een banner) van het WOT en WoR. Als de ene medewerker in gesprek is met een patiënt, blijft de andere medewerker aan de tafel op de gang zitten. Op deze manier is het Sociale Plein toch zichtbaar en laagdrempelig voor de patiënt én ervaart de patiënt meer privacy.

8.3 De AVG en het medisch beroepsgeheim

Uit de resultaten is gebleken dat elke gegevensverwerking gebaseerd moet zijn op een grondslag en het doel vooraf opgesteld moet worden. Ik raad dan ook aan het doel van de gegevensverwerking vooraf op te stellen. Daarnaast raad ik aan slechts gegevens te verwerken indien dit gebaseerd is op één van de in de AVG genoemde grondslagen. Een schriftelijke toestemmingsverklaring is ten eerste aan te raden in verband met de bewijslast. In bijlage 1 van dit onderzoeksrapport is een voorbeeld van een schriftelijke toestemmingsverklaring van de Autoriteit Persoonsgegevens te vinden. Het is van belang aan deze eisen te voldoen, om te voorkomen dat er in strijd met de AVG wordt gehandeld. Dit is ook van belang om te voorkomen dat het medisch beroepsgeheim van de huisarts wordt doorbroken.

8.4 Gezamenlijk overleg

Gebleken is dat samenwerking tussen huisartsenpraktijken en wijkteams binnen dezelfde wijk van belang is om patiënten te voorzien van samenhangende ondersteuning en ondersteuning op maat. Om deze reden wil ik de partijen adviseren een gezamenlijk overleg mogelijk te maken, waarin casuïstiek en thematiek besproken wordt. Aangezien het agendatechnisch lastig kan zijn, raad ik aan het overleg kleinschalig te houden. Dit kan bijvoorbeeld door één medewerker van elke partij te laten aansluiten bij het overleg. Dit komt er als volgt uit te zien: één medewerker van het WOT, één van WoR, één POH-GGZ en één huisarts. Binnen de organisaties wordt er per overleg gerouleerd, zodat alle medewerkers van de partijen bij het overleg betrokken zijn. Ik adviseer de overleggen eens in de zes weken te laten plaatsvinden en één medewerker verantwoordelijk te stellen voor de overleggen. Diegene zorgt voor de (tijdige) uitnodigingen, locatie en verslagen. Ik raad daarbij ook aan alle partijen in te lichten over de besproken casuïstiek en thematiek via verslagen.

Mocht bovenstaande niet mogelijk blijken, dan raad ik aan weer terug te gaan naar de 'oude' situatie. Hiermee bedoel ik dat de WoR-medewerker aansluit bij het overleg tussen het WOT en de POH-GGZ dat eens in de zes weken plaatsvindt. Hierbij raad ik eveneens aan één medewerker verantwoordelijk te stellen voor de overleggen en verslagen van de bijeenkomsten, zodat iedereen op de hoogte is van de besproken casuïstiek en thematiek.

8.5 Soortgelijke pilots

Door de inzet van de pilots in de gemeente Delft en Hoeksche Waard is gebleken dat de doorverwijzingen naar tweedelijns jeugdhulp zijn verminderd. Een doorverwijzing naar tweedelijns jeugdhulp is niet altijd noodzakelijk als er andere, minder intensieve ondersteuning wordt geboden. Dit bespaart de gemeente veel kosten. Ik wil het WOT daarom adviseren deze positieve resultaten mee te nemen voor in de toekomst. Dit kan door ofwel de focus in deze lopende pilot meer te leggen op de jeugdhulp, ofwel een nieuwe pilot op te starten met de volledige focus op de jeugdhulp. Hierbij raad ik de tip van de respondent van gemeente Hoeksche Waard aan om bij zo'n pilot een medewerker met GGZ-achtergrond te plaatsen. Op deze manier kan de medewerker zoveel mogelijk patiënten zelf voorzien van behandeling, zonder alsnog een doorverwijzing te moeten maken naar tweedelijns jeugdhulp.

9. Discussie

Als gevolg van COVID-19 was ik genoodzaakt het onderzoek anders uit te voeren. Het uitgevoerde onderzoek wijkt dan ook af van het eerder opgestelde Plan van Aanpak. In dit hoofdstuk zal worden besproken welke effecten COVID-19 had op dit onderzoek. Daarnaast reflecteer ik mijn keuzes en handelingen met betrekking tot dit onderzoek.

De pilot die 6 februari jl. van start is gegaan tussen het Wijkondersteuningsteam Schiedam Nieuwland, de huisartsenpraktijk en Welzijn op Recept was de grootste bron binnen mijn onderzoek. Vanwege COVID-19 heeft de overheid rond 15 maart 2020 aan heel Nederland nadrukkelijk verzocht om, waar mogelijk, thuis te werken. De fysieke ondersteuning binnen pilot is sindsdien dan ook 'on-hold' gezet. De medewerkers van het WOT en WoR werken sindsdien thuis en waren niet aanwezig op de donderdagochtend en -middag in de huisartsenpraktijk. Fysieke ondersteuning vanuit de pilot kon niet doorgaan. Indien de huisartsenpraktijk patiënten in deze tijd wilde aanmelden, kon dit digitaal via een beveiligde mail of app. De ondersteuning die patiënten al ontvingen vanuit de pilot, ging waar mogelijk telefonisch door.

De pilot zoals bedoeld, heeft zes weken gedraaid. Omdat zes weken een korte periode is om ervaringen en verbeterpunten te ondervragen en de pilot grotendeels stillag, heb ik besloten mijn deelvragen aan te passen. De eerste en tweede deelvraag zijn als het ware samengevoegd. Aan de betrokken medewerkers van de pilot is gevraagd naar de ervaringen van de pilot en wat het effect van de pilot was op de samenwerking tussen de betrokken partijen. Ik heb er daarnaast voor gekozen om geen dossieranalyse uit te voeren. Dit stond in het Plan van Aanpak genoemd bij deelvraag 2 (zie bijlage 3). Ik heb hiervoor gekozen gezien de korte duur van de pilot. In de eerste zes weken dat de pilot liep, bevond de pilot zich in de opstartende fase. Vervolgens heeft de pilot even stilgestaan vanwege COVID-19, waardoor er geen nieuwe aanmeldingen bij zijn gekomen. Toen de pilot weer werd opgepakt en ondersteuning telefonisch kon plaatsvinden, werden er bijna geen nieuwe patiënten aangemeld. Ik ben van mening dat er daarom geen realistisch beeld wordt geschetst en de dossieranalyse niks zou toevoegen aan dit onderzoek.

Verder is één huisarts gesproken die al erg betrokken was bij de totstandkoming van de pilot. Dit is wellicht geen goede afspiegeling van de andere huisartsen binnen de huisartsenpraktijk. Om deze reden wilde ik nog een andere huisarts van interviewen. Ik heb met twee andere huisartsen contact opgenomen met de vraag of zij enkele vragen willen beantwoorden over de pilot. Eén huisarts stemde hier direct mee in, maar ik kreeg deze huisarts meermalen telefonisch niet te pakken. Vervolgens heb ik deze huisarts een mail gestuurd en verzocht de vragen schriftelijk te beantwoorden. Na een week had ik een herinneringsmail gestuurd, maar helaas alsnog geen antwoord gekregen. De andere huisarts had helemaal niet op mijn mail gereageerd, ook niet na een herinneringsmail.

De tweede deelvraag is vervangen voor een nieuwe deelvraag, waar een 'best practice' onderzoek is uitgevoerd. Dit was ik eerder niet van plan. De ervaringen en opvattingen van medewerkers die betrokken zijn bij soortgelijke pilots zijn onderzocht. Ik moet een kanttekening maken bij 'soortgelijke pilots'. De pilots die onderzocht zijn, verschillen namelijk op een aantal gebieden. De pilot in de gemeente Delft is bijvoorbeeld gericht op de jeugd, terwijl dit niet het geval is in Schiedam en het Westland. Bij de soortgelijke pilots is er ook geen derde organisatie betrokken, zoals wel in Schiedam het geval is. De respondent van gemeente Pijnacker-Nootdorp is uitgevallen, waardoor ik opzoek moest naar een nieuwe respondent. Ik had hier geen rekening mee gehouden, omdat de respondent had ingestemd met het interview. Ik heb via mijn opdrachtgever vervolgens gemeente Hoeksche Waard benaderd en gelukkig nog op tijd een interview kunnen houden.

De derde deelvraag is gelijk gebleven. Omdat één deelvraag betrekking had op de AVG, is niet de hele AVG in dit onderzoek opgenomen. Slechts bepaalde wetgeving van de AVG en het medisch beroepsgeheim waren in dit onderzoek belangrijk en zijn dan ook onderzocht. De rest van de AVG is niet aan de orde gekomen in dit onderzoek. Dit houdt dus in dat dit onderzoek niet de gehele AVG vertegenwoordigt.

Literatuurlijst

Artikel

Weijers 2018

I. Weijers, 'Een onsje minder eigen kracht en zelfredzaamheid mag wel', *Sociale Vraagstukken* 6 oktober 2018 (dossier: De verhuizing van de verzorgingsstaat).

Beleidsnota's

Wat is Welzijn op Recept 2019

Wat is Welzijn op Recept (beschrijving van het project Welzijn op Recept), Schiedam: Welzijn op Recept 2019.

WOT privacyverklaring 2018

WOT privacyregeling (beleidsdocument voor alle WOT's binnen Schiedam), Schiedam: WOT 2018.

Notulen bijeenkomst 2019

Notulen 19 december 2019 (bijeenkomst met betrokken partijen), Schiedam: de huisartsenpraktijk 2019.

Boeken

Van Meersbergen & Biesaat 2016

D. van Meersbergen & M. Biesaat, *Praktisch gezondheidsrecht*, Groningen: Noordhoff 2016.

Rapporten

Autoriteit Persoonsgegevens 2016

Autoriteit Persoonsgegevens, *Verwerking van persoonsgegevens in het sociaal domein: De rol van toestemming* (onderzoeksrapport toestemming sociaal domein), Den Haag: 19 april 2016.

Hogendorp, De Boer & Van Driesten 2013

J. Hogendorp, A. de Boer & G. van Driesten, *Huisarts & gemeenten: samen werken in de wijk* (Handreiking van De Landelijke Huisartsen Vereniging en de Vereniging Nederlandse Gemeente), Hoofddorp: Drukkerij Groen 2013.

Ministerie van Algemene Zaken 2016

Ministerie van Algemene Zaken, *Basisprincipes medisch beroepsgeheim* (rapport), 2016.

Op het Veld & drs. Wachtmeester 2012

A. op het Veld & drs. J. Wachtmeester, *Decentralisatie betekent transitie & transformatie: Nieuwe verantwoordelijkheden, rollen en opgaven in maatschappelijke ondersteuning* (rapportage), Den Haag: Opmeer Drukkerij bv. 2012.

ROS-netwerk 2012

Regionale Ondersteuningsstructuur, *Aansprakelijkheid POH-GGZ* (informatieblad), april 2012.

Schermer, Hagenauw & Falot 2018

B.W. Schermer, D. Hagenauw & N. Falot, *Handleiding Algemene verordening gegevensbescherming* (handleiding i.o. Ministerie van Justitie en Veiligheid), 2018.

Sok e.a. 2013

K. Sok e.a., *Samenwerken in de wijk: Actuele analyse van sociale wijkteams* (Sociaal Werk in de Wijk), Utrecht: Libertas Pascal 2013.

Van Arum & Van den Enden 2018

S. van Arum & T. van den Enden, *Sociale (wijk)teams opnieuw uitgelicht* (Derde landelijke peiling onder gemeenten), Utrecht: Movisie 2018.

Vereniging Nederlandse Gemeenten 2013

Vereniging Nederlandse Gemeenten, *Drie decentralisaties* (rapport), 2013.

Websites

Autoriteit Persoonsgegevens 2020

'Persoonsgegevens', *Autoriteitpersoonsgegevens* 2020, autoriteitpersoonsgegevens.nl, bekeken op 17 mei 2020.

Autoriteit Persoonsgegevens 2020

'Sociaal Domein', *Autoriteitpersoonsgegevens* 2020, autoriteitpersoonsgegevens.nl, bekeken op 16 april 2020.

(...) 2019

'Psychologische zorg', (...) 2019, (...).net, bekeken op 20 mei 2020.

Delft Support 2020

'Over ons', *Delft Support* 2020, delftsupport.nl, bekeken op 28 april 2020.

Integraal werken in de wijk 2020

'Over integraal werken in de wijk', *Integraal werken in de wijk* 2020, [Integraalwerkenindewijk.nl](https://integraalwerkenindewijk.nl), bekeken op 16 maart 2020.

Jeugdteams ZHZ 2019

'Organisatie', *Jeugdteams Zuid-Holland Zuid* 23 augustus 2019, jeugdteamszhz.nl, bekeken op 27 mei 2020.

Kiesraad 2020

'Gemeenteraden', *Kiesraad* 28 januari 2020, [Kiesraad.nl](https://kiesraad.nl), bekeken op 15 februari 2020.

Loket gezond leven

'Decentralisaties', *Loket gezond leven*, [Loketgezondleven.nl](https://loketgezondleven.nl), bekeken op 12 februari 2020.

MEE Rotterdam Rijnmond 2020

'MEE Rotterdam Rijnmond – Home', *Mee Rotterdam Rijnmond* 2020, meerrotterdamrijnmond.nl, bekeken op 21 mei 2020.

Minters 2020

'Minters, dienstverleners in welzijn - Informatie, advies, coaching en ondersteuning', *Minters* 2020, minters.nl, bekeken op 21 mei 2020.

Norén 2020

A. Norén, 'Wat is Welzijn op Recept?', *WOR Schiedam* 2020, wor-schiedam.nl, bekeken op 12 februari 2020.

Privacy zeker 2019

'Grondslagen voor verwerking persoonsgegevens', *Privacy zeker* 5 november 2019, privacyzeker.nl, bekeken op 28 mei 2020.

Rijksoverheid 2020

'Waar stem ik voor bij gemeenteraadsverkiezingen?', *Rijksoverheid* 2020, rijksoverheid.nl, bekeken op 13 mei 2020.

Rijksoverheid 2020

'Welke jeugdhulp (jeugdzorg) is er voor mijn kind beschikbaar?', *Rijksoverheid* 23 april 2020, rijksoverheid.nl, bekeken op 14 mei 2020.

Van Elst 2020

T. van Elst, 'Zelfredzaamheid', *Movisie*, Movisie.nl, bekeken op 14 februari 2020.

Van Houten 2015

M. van Houten, 'De voordelen van een participatiesamenleving', *Movisie* 8 december 2015, Movisie.nl, bekeken op 17 mei 2020.

WOT Schiedam

'Waar vind ik mijn WOT?', *WOT Schiedam*, wotschiedam.nl, bekeken op 12 februari 2020.

Zorgwijzer 2020

'WMO: wat is het? (Wet maatschappelijke ondersteuning)', *Zorgwijzer* 26 maart 2020, zorgwijzer.nl, bekeken op 14 mei 2020.

Bijlage 1: Voorbeeld toestemmingsverklaring

Voorbeeld toestemmingsformulier van de Autoriteit Persoonsgegevens (toestemming als grondslag voor de verwerking van persoonsgegevens).¹¹⁸

Met dit formulier geef ikHulpverlener X..... van Wijkteam Y..... toestemming om gegevens over mij te verwerken. Het kan gaan om gegevens over mij die door het wijkteam worden geregistreerd, gegevens die worden opgevraagd bij andere hulpverleners of instellingen of gegevens over mij die door het wijkteam worden verstrekt aan anderen.

Hieronder kruis ik voor welke gegevensverwerkingen ik toestemming geef.

Ik geef toestemming onder deze voorwaarden:

- Mijn toestemming geldt alleen voor de hieronder beschreven redenen, gegevens en personen/instellingen. Voor nieuwe gegevensverwerkingen vraagt het wijkteam mij opnieuw om toestemming.
- Het wijkteam informeert mij over de gegevens die over mij worden uitgewisseld en de gegevens die over mij worden geregistreerd. Dat betekent bijvoorbeeld dat het wijkteam mij uitlegt om welke specifieke gegevens het gaat en waarom deze gegevens noodzakelijk zijn om mij te kunnen helpen.
- Als gegevens niet (meer) noodzakelijk zijn zal het wijkteam deze niet registreren dan wel verwijderen.
- Ik kan ervoor kiezen om geen toestemming te geven of om alleen voor bepaalde delen toestemming te geven. Het wijkteam legt uit wat de gevolgen voor mijn hulpverlening zijn als ik (voor bepaalde) gegevens of personen geen toestemming geeft.
- Ik mag mijn toestemming op elk moment intrekken. In sommige gevallen zal het intrekken van toestemming gevolgen hebben voor mijn hulpverlening. Het wijkteam zal mij hier van geval tot geval over informeren.
- Deze toestemming is een jaar geldig.

Gegevens over mij op te nemen in systeem Y

Ja / Nee

Gegeven mogen over mij worden opgevraagd bij:

Instelling A

Ja / Nee

De gegevens

.....
.....

Deze gegevens zijn nodig omdat

.....

¹¹⁸ Autoriteit Persoonsgegevens 2016, p. 45-48.

Instelling B

Ja / Nee

De gegevens

.....

.....

Deze gegevens zijn nodig omdat

.....

Instelling C

Ja / Nee

De gegevens

.....

.....

Deze gegevens zijn nodig omdat

.....

School

Ja / Nee

De gegevens

.....

.....

Deze gegevens zijn nodig omdat

.....

Huisarts

Ja / Nee

De gegevens

.....

.....

Deze gegevens zijn nodig omdat

.....

Medisch specialist

Ja / Nee

De gegevens

.....

.....

Deze gegevens zijn nodig omdat

.....

Gegevens mogen over mij worden verstrekt aan:

Instelling A

Ja / Nee

De gegevens

.....
.....

Deze gegevens zijn nodig omdat

.....

Instelling B

Ja / Nee

De gegevens

.....
.....

Deze gegevens zijn nodig omdat

.....

Instelling C

Ja / Nee

De gegevens

.....
.....

Deze gegevens zijn nodig omdat

.....

School

Ja / Nee

De gegevens

.....
.....

Deze gegevens zijn nodig omdat

.....

Huisarts

Ja / Nee

De gegevens

.....
.....

Deze gegevens zijn nodig omdat

.....

Medisch specialist

Ja / Nee

De gegevens

.....

.....

Deze gegevens zijn nodig omdat

.....

Ik vind het goed dat mijn huisarts wordt geïnformeerd
over het feit dat ik wordt geholpen door het wijkteam.

Ja / Nee

Dit is nodig omdat.....

Datum

Handtekening

.....

Handtekening wettelijk vertegenwoordiger
(indien van toepassing)

.....

Bijlage 2: Mail d.d. 02 juni 2020

----- Forwarded message -----

Van: (...) <(...)@wotschiedam.nl>

Date: di 2 jun. 2020 om 10:12

Subject: RE: Onderzoeksrapport pilot

To: Alyssa Vespa <alyssavespa@gmail.com>

Goedemorgen Alyssa,

(...)

Op jouw vraag:

Het WOT is uitvoerder van wettelijke taken, zoals de jeugdwet en de WMO. Het WOT zelf is geen bestuursrechtelijke organisatie.

(...)

Thanks en groet,

Met vriendelijke groet,

(...)

Gebiedsmanager WOT Schiedam-Noord

(Nieuwland-Groenord-Noordrand)