

Overdrachtsplan cliënten van huidige aanbieders ambulante ondersteuning

Maart 2021

INHOUD

Inleiding	2
1 Uitgangspunten	3
2 Processtappen van de overdracht cliënten	5
Processtappen overdracht cliënten Ambulante Ondersteuning (AO)	5
3 Overdrachtsprotocol	7
4 Richtlijnen en hulp voor communicatie naar cliënten	9
5 Cliëntreis voor een warme overdracht naar het buurtteam	11
Contactgegevens Buurtteamorganisaties.....	19
6 Bijlagen	20
Bijlage 1: Leidraad gesprek & praatplaat (Pdf)	20
Bijlage 2: Factsheet (Pdf).....	20
Bijlage 3: Kernboodschappen & voorbeeldbrief (Word).....	20

Inleiding

De warme overdracht van cliënten naar een andere professional is een cruciaal proces in de transitie naar de buurtteams en in de overgang na de aanbesteding van de aanvullende ondersteuning Wmo-diensten. In dit document leest u wat er van u als aanbieder wordt verwacht in de transitieperiode naar het nieuwe stelsel.

Leeswijzer: in hoofdstuk 1 leest u de algemene uitgangspunten voor de transitie. Deze uitgangspunten zijn tot stand gekomen in samenwerking met o.a. diverse zorgaanbieders, maatschappelijk dienstverleners (madi's), SIGRA en Cliëntenbelang Amsterdam.

In hoofdstuk 2 vindt u voor ambulante ondersteuning de processtappen die nodig zijn om te zorgen dat alle cliënten (weer) in zorg blijven.

U vindt in hoofdstuk 3 het overdrachtsprotocol, tot stand gekomen door Cliëntenbelang Amsterdam in samenwerking met diverse aanbieders.

Hoofdstuk 4 bevat richtlijnen voor de communicatie met uw cliënten. Hierbij zijn ook ondersteunende middelen beschikbaar, die vindt u in de bijlage.

Ten slotte vindt u in hoofdstuk 5 de cliëntreis waarin de stappen zijn uitgeschreven die gevolgd worden voor een zorgvuldige warme overdracht naar de buurtteams. Deze cliëntreis is een verdere uitwerking van het overdrachtsprotocol en in samenwerking met de buurtteams en Cliëntenbelang Amsterdam tot stand gekomen.

1 Uitgangspunten

Taak- en rol verdeling transitie algemeen

- Het netwerk van (zorg)aanbieders is primair verantwoordelijk voor een goede transitie van de cliënten. Zij maken het plan hiervoor, organiseren de uitvoering en borgen in de voorbereiding dat zij capaciteit en middelen hebben om dit plan goed uit te voeren.
- De gemeente regisseert, faciliteert en monitort dit proces. Zij toetst of de plannen van de partners sluitend zijn, coördineert de informatievoorziening aan de zorgaanbieders en tussen partijen onderling, coördineert de afstemming van de plannen op elkaar en monitort of de transitie conform afspraken en planning verloopt.
- Huidige cliënten ambulante ondersteuning worden overgedragen aan het buurtteam in hun eigen stadsdeel zodat de cliënt ondersteund kan worden in de eigen omgeving, gebruik makend van de lokale mogelijkheden, tenzij:
 - de zorgcontinuïteit in het geding komt doordat de cliënt zijn hulpverlener dreigt te verliezen voor het moment van overdracht. Deze cliënten worden zoveel mogelijk overgedragen aan een medewerker van een aanbieder ambulante ondersteuning in de buurtteamcoalitie, waarvan verwacht wordt dat deze ook in het buurtteam zal gaan werken.
 - er zwaarwegende zorginhoudelijke argumenten zijn waardoor het beter is als de cliënt bij de eigen hulpverlener blijft. De huidige aanbieder en de buurtteamcoalities besluiten in overleg met de cliënt of dat mogelijk is. In dat geval worden er nadere afspraken gemaakt en vastgelegd door de huidige aanbieder. De gemeente wordt op de hoogte gesteld van deze afspraken.

Kwaliteit

- De warme overdracht wordt uitgevoerd conform het overdrachtsprotocol en de cliëntreis dat tot stand is gekomen in samenwerking tussen de buurtteams, (zorg)aanbieders en Cliëntenbelang zodat er een uniforme werkwijze ontstaat tussen (zorg)aanbieders en de overdracht kwalitatief goed plaatsvindt. Het protocol vindt u in hoofdstuk 3 en de cliëntreis in hoofdstuk 5.

Communicatie

- U bent als aanbieder zelf verantwoordelijk om de cliënt zorgvuldig te informeren over de veranderingen, zodat de cliënt die informatie krijgt van de partij die voor hem/haar het meest logisch en vertrouwd is.
- De gemeente faciliteert de communicatie door middel van richtlijnen en kernboodschappen, en biedt waar gewenst ondersteuning. U ontvangt hier bijgevoegd informatie over.
- De professional van de cliënt ambulante ondersteuning informeert ongeveer twee maanden voor de overdracht mondeling en schriftelijk over de te verwachten wijzigingen voor de cliënt. In eerste instantie op hoofdlijnen, over het proces, en later over de wijzigingen op individueel niveau. De cliënt mag hierbij een

vertrouwd persoon betrekken en dient zich eigenaar te voelen van het transitieproces. De professional kan zelf inschatten welk moment het beste is om een cliënt te informeren over de komende wijzingen.

- Aanbieders zijn verantwoordelijk de cliënten op hun wachtlijst actief te informeren en toe te leiden naar de buurtteams vanaf 1 april 2021, zodat ook deze cliënten niet langer op ondersteuning hoeven te wachten dan noodzakelijk.

Overdracht regierol Ambulante ondersteuning

- Voor huidige cliënten kan de regierol nog voor bepaalde tijd bij de huidige zorgaanbieder blijven.
- De regierol gaat naar het buurtteam bij het opstellen van een nieuw ondersteuningsplan na evaluatie. Dit proces vindt doorlopend in het jaar plaats en start per 1 april. Overdracht van regie vindt in samenspraak tussen aanbieder en buurtteam plaats.
- Voor huidige cliënten die naar het buurtteam gaan wordt (ook) de regiefunctie door het buurtteam overgenomen bij overdracht. Als het ondersteuningsplan afloopt vóór de overdrachtsdatum naar het buurtteam, dan verlengt de zorgaanbieder *zelf* het ondersteuningsplan tot de overdrachtsdatum (1 juni 2021, 1 oktober 2021 of 1 januari 2022).

2 Processtappen van de overdracht cliënten

Processtappen overdracht cliënten Ambulante Ondersteuning (AO)

U heeft als netwerk van (zorg)aanbieders de verantwoordelijkheid om de transitie van de cliënten voor te bereiden en uit te voeren. Er wordt zoveel als mogelijk gebruik gemaakt van de netwerkvorming die de afgelopen jaren heeft plaats gevonden. Dat betekent dat:

- De gemeente op stedelijk niveau de kaders voor de transitie meegeeft, de voortgang bewaakt en de partijen aanstuurt, met inachtneming van de verantwoordelijkheid van de aanbieders.
- Er op aanbiedersniveau afspraken worden gemaakt tussen de buurtteamcoalities en aanbieders over de overdracht van cliënten. De contractmanager monitort deze afspraken.
- De aanbieders gezamenlijk de verantwoordelijkheid hebben om te bewaken en te realiseren dat alle over te dragen cliënten weer in zorg komen. De contractmanager monitort de voortgang.

Als u een coalitiepartner van de buurtteams bent, zijn de stappen in de transitie van cliënten ambulante ondersteuning als volgt:

1. U heeft op 18 februari 2021 uw overdrachtsplan (de Excellijst) bij de gemeente aangeleverd, waarin op cliëntniveau wordt aangegeven welke voorziening nodig is voor de cliënt.
2. U maakt in overleg met uw cliënt afspraken met de buurtteams over de overdracht van de cliënt.
3. U ontvangt later via uw contractmanager van de gemeente instructies over hoe u de definitieve afspraken over de overdracht juist registreert.
4. U start met het organiseren van het overdrachtsproces van uw cliënten, zodat per 1 juni 2021 de cliënten worden overgedragen. De stappen uit de cliëntreis in hoofdstuk 5 zijn hierin leidend.

Als u een AO-aanbieder bent die niet in een buurtteamcoalitie zit (categorie overige AO-aanbieders), zijn de stappen in de transitie van cliënten ambulante ondersteuning als volgt:

1. U heeft op 18 februari 2021 uw overdrachtsplan (de Excellijst) bij de gemeente aangeleverd, waarin op cliëntniveau wordt aangegeven welke voorziening nodig is voor de cliënt.
2. U ontvangt later via uw contractmanager van de gemeente informatie over hoe en wanneer u uw definitieve overdrachtsplan inlevert.
3. U start daarna met het organiseren van het overdrachtsproces van uw cliënten. De stappen uit de cliëntreis in hoofdstuk 5 zijn hierin leidend.

Voor zowel de coalitiepartners als de overige AO-aanbieders geldt het volgende proces inzake de *verlenging van het ondersteuningsplan en de overdracht regierol*:

- De huidige aanbieder/klanthouder start de evaluatie van het ondersteuningsplan ruim op tijd op, circa 6 weken voor het verstrijken van de einddatum;
- De huidige aanbieder/ klanthouder legt contact met de cliënt;

- De huidige aanbieder/ klanthouder legt contact met het buurtteam in het stadsdeel waar de cliënt woont;
- Het evaluatieproces wordt op maat vormgegeven, passend bij de situatie van de cliënt;
- De huidige aanbieder/ klanthouder zet in RIS Wijkzorg de bestaande klanthouder (de aanbieder) over naar de nieuwe klanthouder bij het buurtteam;
- Het buurtteam beslist vervolgens over de toegang tot een passende voorziening.

3 Overdrachtsprotocol

De **warme overdracht** van cliënten naar een andere professional is een cruciaal proces in de transitie naar de buurtteams en in de overgang na de aanbesteding van de aanvullende ondersteuning Wmo-diensten. Hierin leest u een nadere uitwerking van hoe een warme overdracht er voor cliënten uit zou moeten zien, om de overdracht soepel en verantwoord te laten verlopen. Deze uitwerking is tot stand gekomen in samenwerking met (zorg)aanbieders en Cliëntenbelang. Het vereist tijd, ruimte en dus middelen voor organisaties om de overdracht zorgvuldig vorm te geven.

Een **warme overdracht** van cliënten naar een andere professional ziet er zo uit:

De huidige professional kondigt ruim van te voren, in een gesprek, bij de cliënt aan dat zijn / haar ondersteuning zal worden overgedragen naar een andere professional en/of organisatie. De professional kan uitleg geven over de verandering en vragen van de cliënt beantwoorden. De hulpverlener vertelt dat er samen afspraken gemaakt worden over het proces van overdracht. De cliënt heeft zeggenschap over de wijze waarop en het tempo waarin de overdracht plaatsvindt. Na de mondelinge uitleg door de professional, ontvangt de cliënt een brief van de organisatie waarin de overdracht wordt aangekondigd.

Vertrouwd persoon betrekken

De professional vraagt de cliënt of hij/zij het prettig vindt als er een vertrouwd persoon bij de overdrachtmomenten aanwezig is. Aan cliënten die moeilijk kunnen overzien wat de verandering voor hen betekent, of die hun wensen of zorgen niet makkelijk kunnen uiten, adviseert de professional dat er een vertrouwde persoon aanwezig is bij de overdrachtmomenten. Op die manier is er nog iemand die de informatie ontvangt en die de cliënt kan helpen bij de overgang naar de nieuwe situatie (samen bespreken, samen nadenken over vragen en wensen).

Cliënt heeft zeggenschap over overdrachtsproces

De organisatie / professional geeft de cliënt de gelegenheid om zelf mee te denken over het moment en de vorm van de overdrachtsgesprekken. Onder andere over:

- Wanneer starten met de overdracht, hoe vaak is het nodig om samen met huidige en nieuwe professional bij elkaar te komen? Moet er nog iemand anders (mantelzorger / vertrouwenspersoon) aanwezig zijn? Moeten er afspraken op papier gezet worden?
- Wat is voor deze cliënt nodig om zich gerust te voelen?
- Wat is voor deze cliënt belangrijk om te behouden bij de verandering? Kan de nieuwe professional dit waarborgen?

Timing afstemmen

Een te snelle verandering kan tot (grote) ontregeling leiden. Soms zal een cliënt wat tijd nodig hebben om naar de verandering toe te groeien en zich er samen met de professional of vertrouwenspersoon op voor te bereiden. Maak eerst een keer kennis met de nieuwe professional en plan daarna het eerste echte overdrachtmoment. De huidige professional stemt af op de draagkracht en veerkracht van de cliënt, met stabiliteit en rust als doel. Geef het overdrachtsproces zo vorm dat het welzijn en de stabiliteit van de cliënt het beste is gediend.

Als er voor een cliënt ook andere belangrijke gebeurtenissen zullen plaatsvinden die ontregelend kunnen zijn, plan de zorgoverdracht dan niet in dezelfde periode, maar zorg voor voldoende rust en stabiliteit. Voor organisaties betekent dit dat het management de inzichten van de professional volgt en de planning en procedures afstemt op hun aanwijzingen.

Inhoudelijke informatie over de nieuwe zorgorganisatie en professional

Geef de cliënt actief informatie over de nieuwe professional: Werkt de nieuwe professional op dezelfde manier als de oude? Wat wordt er anders? Wat vindt de cliënt belangrijk om te behouden? Leg dit vast, zodat de nieuwe professional kan aansluiten op wat goed werkt.

Dossieroverdracht

Maak de dossieroverdracht onderdeel van het overdrachtsproces, dus in onderling overleg met de cliënt. Aanbieders geven hun professional informatie over het de mogelijkheden van het dossier aan een andere professional. Zij vertellen de cliënt wat de waarde is niet in bezwaar te gaan tegen voor dossieroverdracht: het doel is dat er geen belangrijke informatie verloren gaat en de nieuwe professional weet wat de cliënt nodig heeft. We willen voorkomen dat de cliënt weer opnieuw informatie moet verstrekken, die al is vastgelegd.

Een goede match

Tijdens of kort na de overdracht naar de nieuwe professional moet blijken of er een goede match is tussen de cliënt en de nieuwe professional. Er zullen soms situaties zijn waarin de cliënt zich (ook na een korte gewenningsperiode) niet prettig voelt bij de nieuwe professional en dit de zorgrelatie belemmert. Misschien durft de cliënt dit pas na verloop van tijd aan te geven. Het is belangrijk dat de cliënt vooraf geïnformeerd wordt, dat als er voor hem of haar geen goede match met de professional is, zij/hij dit kan aangeven en kan vragen om een andere professional. De nieuwe organisatie checkt actief of de match goed is en spant zich in om te zorgen voor een goede match tussen cliënt en professional.

4 Richtlijnen en hulp voor communicatie naar cliënten

Inleiding

Dit hoofdstuk geeft richtlijnen mee over hoe en wanneer uw cliënten te informeren over de komst van de buurtteams. De richtlijnen zijn een nadere uitwerking van de communicatie-uitgangspunten van het overdrachtsprotocol, dat is opgesteld in overleg met Cliëntenbelang Amsterdam.

Richtlijnen

- U informeert uw cliënt vóór de geplande overgang over de veranderingen, zodat de cliënt naar de verandering toe kan groeien. Twee maanden voorafgaand aan het moment van overdracht is hierin uw leidraad. De professional kan zelf inschatten of deze tijd voor de cliënt voldoende is of niet.
- U benadrukt bij uw cliënt, dat ondanks alle veranderingen, de zorgcontinuïteit voorop staat. De cliënt hoeft niet ongerust te zijn dat hij/zij zonder ondersteuning komt te zitten.
- U benadrukt bij uw cliënt dat hij/zij te allen tijde bij zijn/haar regievoerder terecht kan met vragen over de veranderingen.
- U maakt onderscheid tussen mondelinge en schriftelijke communicatie. De mondelinge communicatie vindt éérst plaats, door de huidige professional van de cliënt in één of meerdere gesprekken. De huidige hulpverlener is een vertrouwd gezicht voor de cliënt.
- U maakt onderscheid tussen het algemene verhaal en de individuele boodschap, waarbij u éérst het algemene verhaal brengt. Denk daarbij aan: Wat zijn buurtteams? Waarom komen er buurtteams? Op die manier kan de cliënt alvast aan het idee wennen.
- Zodra bekend is wat de stelselwijziging voor de cliënt persoonlijk betekent, informeert u de cliënt daarover. Bijvoorbeeld naar welk buurtteam de cliënt zal gaan. En welke hulpverlener hij/zij krijgt. Dit gebeurt – bij voorkeur – eerst mondeling, maar daarna in ieder geval zeker óók schriftelijk, zodat de cliënt het rustig kan nalezen.

Hoe faciliteert de gemeente u hierin?

- **Leidraad gesprek + praatplaat voor mondelinge communicatie (bijlage 1)**
De gemeente Amsterdam heeft in overleg met professionals een leidraad en een praatplaat voor het gesprek met een cliënt laten maken. Deze plaat bestaat uit tekeningen die uitleg geven over de veranderingen die vanaf 1 april 2021 ingaan. Deze praatplaat kunnen begeleiders gebruiken in hun gesprek(ken) met cliënt(en).
- **Kernboodschappen + voorbeeldbrief voor schriftelijke communicatie (bijlage 2)**
De gemeente Amsterdam heeft in overleg met professionals en vertegenwoordigers van cliënten een document met kernboodschappen over de veranderingen opgesteld. Ook is een voorbeeldbrief opgesteld. Dit document kunt u gebruiken voor uw schriftelijke communicatie. Zo zorgen we samen voor een uniforme communicatieboodschap.
- **Factsheet Buurteam Amsterdam (bijlage 3)**
De gemeente Amsterdam heeft in overleg met professionals en vertegenwoordigers van cliënten een factsheet gemaakt over wat de komst van Buurteam Amsterdam betekent voor Amsterdammers. Deze factsheet kunt u meegeven aan een cliënt of meesturen bij de brief.

5 Cliëntreis voor een warme overdracht naar het buurtteam

Het faciliteren van een warme overdracht is van groot belang om de zorgcontinuïteit te bewaken voor AO cliënten die overgaan naar de buurtteams. De buurtteamorganisaties (BTO's) hebben in samenwerking met (zorg)aanbieders, Cliëntenbelang en de gemeente een cliëntreis voor de warme overdracht opgesteld. In deze cliëntreis staan de stappen uitgeschreven die gevolgd worden voor een zorgvuldige warme overdracht en/of overgang naar de buurtteams. De cliëntreis 'warme overdracht' is bedoeld voor de coalitie- en overige latende partijen en BTO's om zo inzicht te krijgen in het overdrachtsproces en hun eigen verantwoordelijkheden en te nemen stappen.

Samenvattend zijn de te volgen stappen voor een warme overdracht voor een cliënt die een nieuwe begeleider krijgt als volgt:

Onderstaand zijn twee scenario's in detail uitgewerkt en welke acties/randvoorwaarden nodig zijn:

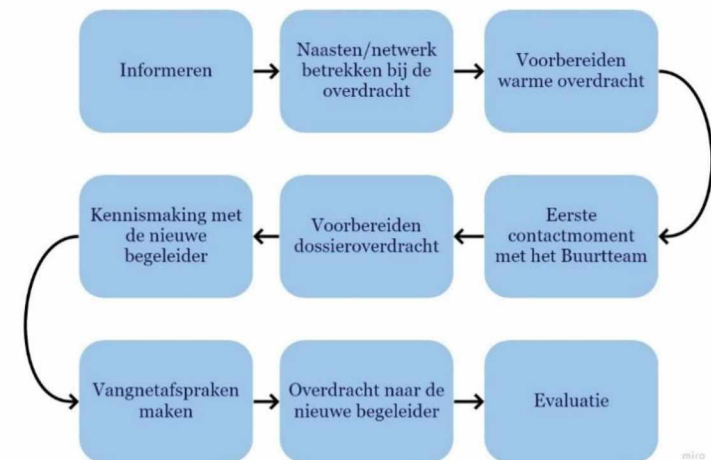
1. De cliënt wordt overgedragen naar een buurtteam waar zijn/haar huidige begeleider niet gaat werken
2. De cliënt gaat samen met zijn/haar huidige begeleider naar hetzelfde buurtteam

Zoals beschreven in het overdrachtsprotocol, start de warme overdracht idealiter ruim van tevoren. Voor deze cliëntreis wordt nu uitgegaan van het starten met de eerste stap ongeveer **2 maanden voor de daadwerkelijke overdracht**. De begeleider kan dit op verzoek van de cliënt ook langer doen indien noodzakelijk.

Leeswijzer cliëntreis

- Stappen:** Titel van de stap die ofwel de huidige begeleider, BTO of nieuwe begeleider moet uitvoeren.
- Situatie:** Een beschrijving wat er precies wordt gedaan, verteld of wordt voorbereid door de betrokken personen.
- Acties:** Voor iedere betrokkene in de stap wordt toegelicht wat zijn/haar verantwoordelijkheid is.
- Randvoorwaarden:** De randvoorwaarden waaraan moet zijn voldaan voordat de stap goed uitgevoerd kan worden.

Cliëntreis voor een warme overdracht



Scenario 1: de cliënt wordt overgedragen naar een buurtteam waar zijn/haar huidige begeleider niet gaat werken (start: +/- 2 maanden vooraf aan overdrachtmoment)

Stappen	Situatie	Acties	Randvoorwaarden
1. Informeren	De huidige begeleider weet naar welk BT de cliënt gaat en start met het informeren van de cliënt over de overgang naar het buurtteam en de overdracht naar een nieuwe begeleider. Op dit moment is nog niet duidelijk wie de nieuwe begeleider wordt.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Huidige begeleider: Gesprek met de cliënt over de overdracht. In het gesprek worden zoveel mogelijk vragen beantwoord en wordt o.a. uitgelegd <ol style="list-style-type: none"> a. Waarom iemand naar het BT overgaat b. Wat het BT inhoudt/hoe het gaat werken c. Hoe het overgangsproces eruit gaat zien d. Welke rechten de cliënt heeft en dat hij/zij zeggenschap heeft over de wijze waarop de overdracht plaatsvindt. (wanneer een cliënt het niet eens is met de route van de overdracht, kunnen ze dit aankaarten bij de huidige AO-organisatie en anders kunnen ze bijvoorbeeld terecht bij het team Klachten van de gemeente). 2. Huidige zorgaanbieder: in aanvulling op het gesprek wordt een brief met de kernboodschappen over de overdracht gestuurd. 	<ul style="list-style-type: none"> - Huidige zorgaanbieder: heeft een informatiepakket over het BT en de kernboodschap voor de brief vanuit de zorgorganisatie ontvangen van de gemeente. Aanvullende informatie is terug te vinden op de website van Wijkzorg Amsterdam, onder andere bij de veel gestelde vragen. - Huidige begeleider: heeft de informatie over de rechten van de cliënt. Deze zijn terug te vinden op www.amsterdam.nl/buurtteams¹.
2. Naasten/ netwerk of cliënten-ondersteuner betrekken bij de overdracht	De naasten/het netwerk van de cliënt, of een cliëntondersteuner van MEE worden, wanneer gewenst of noodzakelijk, ingelicht en betrokken door de cliënt en/of	<ol style="list-style-type: none"> 1. Huidige begeleider: informeert de cliënt dat er een vertrouwd persoon bij de overdrachtmomenten kan zijn. 2. Huidige begeleider/cliënt: wanneer de cliënt een vertrouwd persoon wil betrekken bij het 	<ul style="list-style-type: none"> - Huidige begeleider: weet van de mogelijkheid en dat het moet worden aangeraden aan cliënten dat er een vertrouwd persoon bij de overdracht betrokken kan worden.

¹ Informatie voor de Amsterdammer is in principe te vinden op www.amsterdam.nl/buurtteams. Voor de Amsterdammer is de website van de gemeente de eerste plek waar ze kunnen zoeken als ze iets horen over Buurtteams. Aan de website van Buurtteams Amsterdam wordt nog gewerkt. Wanneer deze af is wordt er vanaf de gemeentelijke website doorverwezen naar de pagina van Buurtteams Amsterdam. Informatie voor professionals te vinden op www.wijkzorg-amsterdam.nl.

	de huidige begeleider	overdrachtsproces, brengen de begeleider en cliënt (als dat nog niet is gedaan) naasten/netwerk in beeld, zodat samen gekeken kan worden wie geïnformeerd moeten worden.	
3. Voorbereiden warme overdracht	Clïënt gaat samen met huidige begeleider nadenken over wat belangrijk is voor de overdracht vanuit cliëntperspectief. De begeleider informeert de cliënt dat haar/zijn dossier overgedragen wordt aan het buurtteam om goede zorg te waarborgen. Voor de overdracht van het dossier wordt geen expliciete toestemming gevraagd .	1. Huidige begeleider/cliënt: gaan in gesprek over het proces van warme overdracht, zodat de cliënt weet wat er gaat gebeuren de komende weken (kennismaking nieuwe organisatie en begeleider ed.)	- Huidige begeleider: kan uitleggen dat dossiers overgedragen worden in verband met de zorgcontinuïteit. Weet wat voor informatie hij de cliënt moet geven wanneer deze het niet eens is met de overdracht van zijn dossier. Richtlijnen hiervoor staan in het overdrachtsprotocol. Inhoudelijk houdt de begeleider dezelfde werkwijze aan die zij intern volgen bij een overdracht aan een collega.
4. Eerste contactmoment met het buurtteam	Een (toekomstig) teammanager of coördinator van de BTO's neemt contact op met de organisaties die cliënten aan de BTO overdragen. Ze bespreken op hoofdlijnen wat de overkomende caseload inhoudt en of er nog bijzonderheden zijn waar het buurtteam rekening mee moet houden.	1. Aangewezen persoon huidige organisatie en BTO: bespreken caseload op hoofdlijnen. <i>Het contact leggen en de overdracht is een gezamenlijke verantwoordelijkheid.</i> In ieder geval wordt besproken <ul style="list-style-type: none"> o Komt de begeleider mee met de cliënt o Wat is de zorgzwaarte/ gem. frequentie van contact. o Is er speciale expertise nodig voor de begeleiding. 	- BTO: hebben een medewerker aangewezen (teammanager oid) welke contact opneemt met de huidige zorgaanbieder. - Huidige zorgaanbieder: Zorgt dat de informatie over de caseload op hoofdlijnen is verzameld/daarmee bekend is, zodat deze kan worden overgedragen aan de BTO. - Beide: stellen contactgegevens beschikbaar zodat het contact gelegd kan worden. <i>Deze staan onderaan deze cliëntreis.</i>
5. Voorbereiden dossier-overdracht	De ondersteunende documenten en dossiers van de cliënt worden bijgewerkt voor de overdracht naar een nieuw systeem.	1. Huidige zorgaanbieder: zorgt ervoor dat de informatie in RIS op orde is en is verantwoordelijk voor het administratief juist overdragen van de cliënt in RIS.	- Huidige zorgaanbieder: is bekend met de richtlijnen uit het overdrachtsprotocol en wordt op tijd geïnformeerd over het proces rondom de administratieve overdracht.

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Huidige begeleider: Cliëntdossier (in eigen ECD) bijwerken (bv met schriftelijke toelichting, compensatiematrix, andere tools, informatie uit andere registratiesystemen). De begeleider volgt hierbij de richtlijnen uit het overdrachtsprotocol van de gemeente en de richtlijnen van de eigen organisatie bij het overdragen van cliënten. 3. BTO: informeert de huidige zorgaanbieder over de schriftelijke afspraken van dossieroverdracht en geeft hen toegang tot de box-omgeving om de dossieroverdracht te bewerkstelligen. 4. Huidige zorgaanbieder: zorgt dat het cliëntdossier in pdf-vorm uit het eigen ECD gehaald kan worden en zet deze in een CVS bestand met de NAW-gegevens van een cliënt. Inclusief een toelichtende brief wordt het CVS bestand in de box-omgeving van een BTO gezet. 5. Huidige begeleider: Praktische hulpvragen van cliënt zoveel mogelijk het hoofd bieden voorafgaand aan de overdracht of een plan voor maken. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gemeente/BTO's: er is duidelijkheid over het te gebruiken systeem voor zorgregistratie/dossiers bij de BTO's en het is duidelijk hoe het dossier in het nieuwe systeem terecht komt. AO-organisatie worden hier z.s.m. over geïnformeerd. - Huidige zorgaanbieder en BTO leggen afspraken over de overdracht schriftelijk vast en passen hierbij dataminimalisatie toe, zien toe op datakwaliteit en controleren na overdracht de juistheid en omvang van de gegevens. -
<p>6. Kennismaking met de nieuwe begeleider</p>	<p>Er vinden kennismakingsmomenten (zoveel als nodig en wanneer gewenst door de cliënt fysiek) plaats tussen de cliënt, de (potentiële) nieuwe begeleider en eventueel betrokken naasten/ondersteuners.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. BTO: geeft de contactgegevens van de toekomstige begeleider door aan de huidige zorgaanbieder. 2. Huidige & toekomstig begeleider en cliënt: Minimaal één keer ontmoeten. De wens van de cliënt staat centraal bij het kiezen van een setting. Wanneer hij/zij wenst dat de ontmoeting fysiek/thuis plaatsvindt, dan is dat het streven en vice versa. De cliënt geeft aan hoeveel momenten hij/zij nodig vindt. 3. Vertrouwd persoon: Ontmoetingen zijn bij voorkeur inclusief een naaste/ cliëntondersteuner (of 	<ul style="list-style-type: none"> - BTO: Het moet duidelijk zijn wie de toekomstige begeleider wordt en deze moet al officieel in dienst zijn bij het BT.

		deze worden op de hoogte gehouden) als dat cliënt dat wenst.	
7. Vangnetafspraken maken	De cliënt maakt samen met de huidige en toekomstige begeleider afspraken wat hij/zij kan doen als de nieuwe match niet werkt.	<ol style="list-style-type: none"> Huidige begeleider/Cliënt (en evt. vertrouwd persoon): cliënt wordt ingelicht over zijn rechten en de toekomstige werkwijze. Huidige & toekomstige begeleider /Cliënt (en evt. vertrouwd persoon): Samen met nieuwe begeleider worden afspraken gemaakt over hoe te communiceren als deze situatie zich voordoet 	<ul style="list-style-type: none"> - BTO: er moet een duidelijk werkproces zijn uitgewerkt voor het geval een match niet werkt, zodat de cliënt weet waar hij/zij kan aankloppen als er twijfels zijn over de match. Belangrijk dat dit niet alleen een klachtenprocedure is, maar bijvoorbeeld een onafhankelijk (vertrouwens)persoon. - Huidige begeleider: heeft kennis van de manier waarop een cliënt eventuele twijfels kwijt kan in het nieuwe BT.
8. Overdracht naar de nieuwe begeleider	Naar behoefte van de cliënt wordt op gepaste wijze wel of niet stilgestaan bij het overdrachtsmoment.	<ol style="list-style-type: none"> Cliënt en huidige begeleider/nieuwe begeleider : indien nodig wordt er bewust stilgestaan bij het daadwerkelijke overgangsmoment Cliënt (en evt. vertrouwde persoon) /nieuwe begeleider: hebben startgesprek bij de cliënt thuis (indien mogelijk, hierbij is de wens/hulpvraag van de cliënt leidend). Cliënt: ontvangt extra informatie over stand van zaken BT 	<ul style="list-style-type: none"> - BTO: stelt nieuwe/aanvullende informatie voor de cliënt beschikbaar over het specifieke BT waar de begeleiding onder valt. Denk aan de locaties, eventuele huisregels, activiteiten contactgegevens enzovoorts.
9. Evaluatie	Wanneer er een (algemene) evaluatie van de hulpverlening plaatsvindt, wordt er ook specifiek gereflecteerd op de overdracht naar de BTO en het verloop sindsdien. Bij voorkeur vindt deze evaluatie binnen het eerste half jaar plaats.	<ol style="list-style-type: none"> Cliënt en nieuwe begeleider: blikken samen terug op afgelopen periode en maken de balans op. Een collega begeleider van het BT: is beschikbaar om, wanneer gewenst, een onafhankelijk gesprek met de cliënt te voeren over het verloop tot nu toe. 	<ul style="list-style-type: none"> - BTO: Er moet op toegezien worden dat de evaluatiemomenten ingepland worden in het eerste jaar en dat er, wanneer gewenst, extra gesprekken door onafhankelijk collega begeleiders worden aangeboden.

Scenario 2: de cliënt gaat samen met zijn/haar begeleider naar hetzelfde buurtteam

(start: +/- 2 maanden vooraf aan overdrachtmoment)

Stappen	Situatie	Acties/verantwoordelijkheden	Randvoorwaarden
1. Informeren	De huidige begeleider weet naar welk BT de cliënt gaat en start met het informeren van de cliënt over de overgang naar het buurtteam en de overdracht naar een nieuwe begeleider. Op dit moment is nog niet duidelijk wie de nieuwe begeleider wordt.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Huidige begeleider: Gesprek met de cliënt over de overdracht. In het gesprek worden zoveel mogelijk vragen beantwoord en wordt o.a. uitgelegd <ol style="list-style-type: none"> a. Waarom iemand naar het BT overgaat b. Wat het BT inhoudt/hoe het gaat werken c. Hoe het overgangsproces eruit gaat zien d. Welke rechten de cliënt heeft en dat hij/zij zeggenschap heeft over de wijze waarop de overdracht plaatsvindt. . (wanneer een cliënt het niet eens is met de route van de overdracht, kunnen ze dit aankaarten bij de huidige AO-organisatie en anders kunnen ze bijvoorbeeld terecht bij het team Klachten van de gemeente). 2. Huidige zorgaanbieder: in aanvulling op het gesprek wordt een brief met de kernboodschappen over de overdracht gestuurd. 	<ul style="list-style-type: none"> - Huidige zorgaanbieder: heeft een informatiepakket over het BT en de kernboodschap voor de brief vanuit de zorgorganisatie ontvangen van de gemeente. Aanvullende informatie is terug te vinden op de website van Wijkzorg Amsterdam, onder andere bij de veel gestelde vragen. - Huidige begeleider: heeft de informatie over de rechten van de cliënt. Deze zijn terug te vinden op www.amsterdam.nl/buurtteams.
2. Naasten/ netwerk of cliënten-ondersteuner betrekken bij de overdracht	De naasten/het netwerk van de cliënt, of een cliëntondersteuner van MEE worden, wanneer gewenst of noodzakelijk, ingelicht en betrokken door de cliënt	<ol style="list-style-type: none"> 1. Huidige begeleider: informeert de cliënt dat er een vertrouwd persoon bij de overdrachtmomenten kan zijn. 2. Huidige begeleider/cliënt: wanneer de cliënt een vertrouwd persoon wil betrekken bij het overdrachtproces, brengen de begeleider en 	Huidige begeleider: weet van de mogelijkheid en dat het moet worden aangeraden aan cliënten dat er een vertrouwd persoon bij de overdracht betrokken kan worden

	en/of de huidige begeleider	cliënt (als dat nog niet is gedaan) naasten/netwerk in beeld, zodat samen gekeken kan worden wie geïnformeerd moeten worden.	
3. Stilstaan bij overgang naar het buurtteam	Cliënt denkt samen met begeleider na over wat deze overgang voor hem/haar betekent en of dit invloed heeft op bestaande relatie met begeleider.	<ol style="list-style-type: none"> Begeleider: evaluatiegesprek tussen cliënt en begeleider: ben je nog tevreden met elkaar, zijn er ontwikkelpunten die deze overgang kunnen stimuleren, brengt deze overgang ook risico's met zich mee, angst/terugval bv. Begeleider: inzicht krijgen in wat de informatie-behoefte is van cliënt in relatie tot de overgang. 	- BT: Informatie vanuit het BT zodat begeleider en cliënt antwoord kunnen vinden op de vragen die naar boven komen.
4. Voorbereiden dossieroverdracht	De ondersteunende documenten en het dossier van de cliënt wordt bijgewerkt voor de administratieve overdracht naar het systeem van het BT.	<ol style="list-style-type: none"> Huidige zorgaanbieder: zorgt ervoor dat de informatie in RIS op orde is en is verantwoordelijk voor het administratief juist overdragen van de cliënt in RIS. BTO: informeert de huidige zorgaanbieder over de schriftelijke afspraken van dossieroverdracht en geeft hen toegang tot de box-omgeving om de dossieroverdracht te bewerkstelligen. Huidige zorgaanbieder: zorgt dat het cliëntdossier in pdf-vorm uit het eigen ECD gehaald kan worden en zet deze in een CVS bestand met de NAW-gegevens van een cliënt. Inclusief een toelichtende brief wordt het CVS bestand in de box-omgeving van een BTO gezet. 	<ul style="list-style-type: none"> - Huidige zorgaanbieder: is bekend met de richtlijnen uit het overdrachtsprotocol en wordt op tijd geïnformeerd over het proces rondom de administratieve overdracht. - Gemeente: er is duidelijkheid over het te gebruiken systeem voor zorgregistratie/dossiers bij de BTO's. - Huidige zorgaanbieder en BTO leggen afspraken over de overdracht schriftelijk vast en passen hierbij dataminimalisatie toe, zien toe op datakwaliteit en controleren na overdracht de juistheid en omvang van de gegevens.
5. Kennismaking met de buurtteam organisatie	Cliënt en begeleider leren BT kennen	<ol style="list-style-type: none"> Cliënt: gaat met/zonder begeleider (afhankelijk van wens cliënt) langs op de kantoor /ontmoetingslocaties van BT (als corona dat toelaat). BTO: informeert cliënt over hun werkwijze, visie etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - BTO: Welkomstprogramma voor begeleider/cliënt vanuit BTO - BTO: Extra informatie beschikbaar stellen over BT/BTO, werkwijze, locaties, klachtenprocedure, toekomstvisie etc. Informatie is voor zowel begeleiders als cliënt

6. Overgangsmoment	Naar behoefte van de cliënt wordt op gepaste wijze wel of niet stilgestaan bij de overgang van huidige organisatie naar een BTO.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cliënt en begeleider : indien nodig wordt er bewust stilgestaan bij het daadwerkelijke overgangsmoment naar de BTO. 2. Cliënt: ontvangt extra informatie over stand van zaken BT 	<ul style="list-style-type: none"> - BTO: heeft een nieuw/aanvullend informatiepakket voor de cliënt over het specifieke BT waar de begeleiding onder valt.
7. Evaluatie	Wanneer er een (algemene) evaluatie van de hulpverlening plaatsvindt, wordt er ook specifiek gereflecteerd op de overgang naar de BTO en het verloop sindsdien. Bij voorkeur vindt deze evaluatie binnen het eerste half jaar plaats.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cliënt/begeleider: blikken samen terug op afgelopen periode en maken de balans op. 	<ul style="list-style-type: none"> - BTO: Cliënt/begeleider moeten weten waar ze hun bevindingen kunnen neerleggen

Contactgegevens Buurtteamorganisaties

Stadsdeel	Contactpersoon	Email	telefoon
Noord	5.1.2,e 5.1.2,e	5.1.2,e @desocialemaatschap.nl	5.1.2,e
Zuid	5.1.2,e 5.1.2,e	5.1.2,e @desocialemaatschap.nl	5.1.2,e
West	5.1.2,e	5.1.2,e @combiwel.nl	5.1.2,e
Nieuw West	5.1.2,e	5.1.2,e @vbscw.nl	5.1.2,e
Zuidoost	5.1.2,e	5.1.2,e @bagroep.nl	5.1.2,e
	5.1.2,e	5.1.2,e @madizo.nl	5.1.2,e
Centrum	5.1.2,e	5.1.2,e @centram.nl	5.1.2,e
Oost	5.1.2,e	5.1.2,e @dynamo-amsterdam.nl	5.1.2,e

6 Bijlagen

Bijlage 1: Leidraad gesprek & praatplaat (Pdf)

Bijlage 2: Factsheet (Pdf)

Bijlage 3: Kernboodschappen & voorbeeldbrief (Word)

Bijlage 1: Leidraad voor begeleiders in gesprek met de cliënt over stoppen zorgaanbieder en persoonlijke overdracht naar Buurtteam Amsterdam

De gemeente Amsterdam heeft in overleg met professionals en cliënten een praatplaat laten maken. Deze plaat bestaat uit tekeningen die uitleg geven over de veranderingen die met de komst van de buurtteams ingaan. Deze praatplaat kun je als begeleider gebruiken in gesprek met je cliënt(en).

Wat staat er op praatplaat?

Met de plaat leg je uit wat er voor de cliënt verandert met de komst van de buurtteams. Verder geef je algemene informatie over de start van de buurtteams. Je kunt ook de folder over de buurtteams gebruiken.

Hoe kun je in gesprek gaan met je cliënt?

- Ga na of het gewenst is om een familielid of een andere naaste/mentor/curator te betrekken bij het gesprek. Zo ja, nodig deze persoon dan uit bij het gesprek.
 - Gebruik de praatplaat.
 - Vertel dat de manier waarop de zorg georganiseerd wordt in Amsterdam verandert. In plaats van vele zorgorganisaties komt er in elke wijk één organisatie, het buurtteam. Zodat de zorg eenvoudig, laagdrempelig en dichtbij de Amsterdamer is georganiseerd.
 - Geef aan dat jouw zorgaanbieder (deels) gaat stoppen in Amsterdam. En dat jouw organisatie verantwoordelijk is voor een persoonlijke overdracht van de cliënt.
 - Geef aan dat er voor de cliënt niets verandert in de soort ondersteuning die hij of zij krijgt.
 - Geef aan dat het kan wel zijn dat de cliënt die ondersteuning van een andere begeleider krijgt. En dat de begeleiding mogelijk op een andere dag plaats gaat vinden.
 - Geef aan dat jij samen met de cliënt kennismaat met de nieuwe begeleider. Geef waar mogelijk aan wanneer de kennismaking plaatsvindt.
- OF
- Geef aan dat jij ook naar het buurtteam gaat en de cliënt blijft begeleiden.

Belangrijk om te vertellen:

- We gaan zorgvuldig om met de persoonsgegevens en het dossier van de cliënt om. Dat dossier gaat mee naar het buurtteam.
- Het dossier staat in een beveiligd systeem op de computer. Daar kunnen alleen de mensen die de cliënt ondersteunen in kijken en in werken.
- De cliënt heeft altijd recht op inzage in zijn/haar dossier.
- De cliënt ontvangt een brief waarin de overdracht/de uitkomsten van dit gesprek wordt bevestigd.

① VANAF 1 APRIL 2021 ...

BUURTEAM AMSTERDAM



② JE HULP BLIJFT HETZELFDE MAAR JE KRYGT MOGELYK WEL EEN ANDERE BEGELEIDER.



③ WE GAAN SAMEN KENNISMAKEN MET JE NIEUWE BEGELEIDER.





Wat betekent de start van Buurteam Amsterdam voor mij?



Vanaf april 2021 komen in Amsterdam op verschillende plekken buurtteams. Met de buurtteams wil de gemeente de zorg en ondersteuning in Amsterdam verbeteren: simpel, herkenbaar en passend bij uw situatie. In deze folder leest u de antwoorden op uw eerste vragen over de buurtteams.

1 Wat is een buurtteam?

Een buurtteam is voor iedereen die (tijdelijk) een steuntje in de rug kan gebruiken. Hulpverleners in het buurtteam ondersteunen u bij grote en kleine vragen. Vragen over:

- Zorg
- Geldzaken
- Welzijn
- Wonen
- Werk
- Veiligheid

Bijvoorbeeld als u moeite hebt om de rekeningen te betalen. Of als u graag meer contact met andere mensen wil. Of als het voor u moeilijker wordt om zelfstandig thuis te wonen. Dit zijn allerlei vragen waar het buurtteam u bij kan helpen. Het buurtteam denkt met u mee en ondersteunt u waar nodig. Samen met u zoekt het buurtteam naar een oplossing die past bij u en uw situatie.

2 Voor wie is het buurtteam?

Het buurtteam is er voor iedereen vanaf 18 jaar. Hebt u een gezin met kinderen tot 18 jaar? En hebt u vragen over opgroeien en opvoeden? Dan kunt u nog steeds terecht bij één van de Ouder- en Kindteams in Amsterdam.

3 Waar zit een buurtteam?

De buurtteams komen op verschillende plekken in de stad. Meestal op een centrale plek in de wijk. Dichtbij, waar u makkelijk kunt binnenlopen, naartoe kunt bellen of e-mailen.



4 Wie werken er in een buurtteam?

In elk buurtteam werken verschillende professionele hulpverleners bij elkaar, waaronder Amsterdammers die zelf ervaring hebben met zorg. Veel kennis en ervaring komt samen in 1 team. Zo is er 1 duidelijke plek in de buurt waar u terecht kunt met al uw vragen. En voor begeleiding en ondersteuning. U hoeft niet zelf te zoeken naar de juiste ondersteuning of hulpverlener.

5 Waarom komen er buurtteams?

Nu zijn er in de stad veel verschillende organisaties waar u naartoe kunt voor hulp. Dat maakt het soms moeilijk om de juiste hulp te vinden. Met de buurtteams maken we dat voor u makkelijker.

6 Wanneer kan ik bij een buurtteam terecht?

Op 1 april 2021 starten de eerste 22 buurtteams door de hele stad. Daarna komen er steeds meer buurtteams bij. Uiteindelijk is er voor iedereen een buurtteam dichtbij.



Vragen?

Bespreek ze met de begeleider die u nu hebt. Meer informatie leest u nu al op www.amsterdam.nl/buurtteams. Vanaf februari 2021 komt er een website van Buurtteam Amsterdam met uitgebreide informatie. Daar vindt u dan ook de adressen en telefoonnummers van de buurtteams.

7 Met wie werkt een buurtteam samen?

Een buurtteam werkt goed samen met andere organisaties en specialisten in de wijk. Bijvoorbeeld met:

- Huisartsen
 - Wijkverpleging
 - Geestelijke gezondheidszorg
 - Woningcorporaties
 - Bewonersgroepen
 - Vrijwilligersorganisaties
 - Ouder- en Kindteams
 - Andere zorgaanbieders
-

8 Wie gaat mij begeleiden?

U krijgt een vaste contactpersoon binnen het buurtteam. De medewerker van het buurtteam begeleidt en ondersteunt u zoveel mogelijk zelf. Is er meer aan de hand? Dan zorgt de medewerker van het buurtteam voor passende ondersteuning.

9 Hoe weet ik waar ik straks terecht kan?

Er komt in februari 2021 een nieuwe website met een overzicht van alle buurtteams in de stad. Daar vindt u de contactgegevens van elk buurtteam. Uw huidige begeleider vertelt u wat er voor u verandert. En als er wat verandert, wie uw nieuwe begeleider wordt. Uw huidige begeleider zal samen met u kennismaken met uw nieuwe begeleider.