KENNISCENTRUM
SOCIALE INNOVATIE
HOGESCHOOL
UTRECHT

Niet alle bloemen gaan naar de veiling

Zorg voor EPA patiënten in Overvecht

Auteur
Will van Genugten

Datum / jaartal
Oktober 2016

© Hogeschool Utrecht,[2016]

Bronvermelding is verplicht
Verveelvoudigen voor eigen gebruik
of intern gebruik is toegestaan

COLOFON

Het Kenniscentrum Sociale Innovatie van de Hogeschool Utrecht is een bundeling van een aantal lectoraten op gebied van zorg en welzijn, sociaal beleid, maatschappelijke participatie, ondersteuning en dienstverlening, arbeid, recht en veiligheid. Het doel van het Kenniscentrum is om kennis te ontwikkelen, te bundelen en over te dragen ten behoeve van onderwijs en praktijk.

Auteur
Will van Genugten

Lector
Lia van Doorn

Jaar van uitgave
2016

Kenniscentrum Sociale Innovatie, Hogeschool Utrecht
Postbus 85397- 3508 AJ Utrecht
Padualaan 101 – 3584 CS Utrecht
Telefoon: 088-4819070

www.socialeinnovatie.hu.nl
www.hu.nl

Voorwoord

Een onderzoek mogen verrichten in de praktijk, is een voorrecht voor iemand die op een hogeschool doceert. Voor mij is het fijn dat ik deze kans kreeg.

Ik heb veel ondersteuning gekregen in de wijk van de mensen die zich met hart en ziel inzetten in Overvecht voor een goede hulpverlening aan hun patiënten/cliënten, ook als ze niet precies in een hokje passen, of niet helemaal de hulp krijgen die ze nodig hebben. Allereerst de buurtteammedewerkers die hun caseload zorgvuldig hebben bekeken en met ons besproken, de POH-GGZ en huisartsen. Met name dank ik Nikki Makkes, Petra van Wezel en Ingrid Horstik, voor het organiseren van de bijeenkomsten en hun positieve wijze van meekijken. Dank ook aan Serena Bouma en Jan van Gameren voor de aangeleverde gegevens uit diverse bestanden en de besprekingen die ik met hen hierover mocht voeren. Niet in de laatste plaats een speciaal woord van dank aan Cevriye Bilginer, die de culturele dimensie helder onder woorden bracht.

Er is veel gebruik gemaakt van verhalen en casussen uit de praktijk. Deze verhalen over patiënten zijn gebaseerd op bestaande personen, maar voor hun privacy onherkenbaar gemaakt.

Inhoudsopgave

COLOFON **1**

VOORWOORD **2**

1. SAMENVATTING **4**

2. INLEIDING **5**

3. AANLEIDING **6**

4. EEN BEELD VAN DE WIJK OVERVECHT EN HAAR BURGERS **7**

4.1 SAMENVATTEND 9

5. MENSEN MET EEN ERNSTIGE PSYCHISCHE AANDOENING **10**

6. DE VIGNETTEN VOOR EPA IN HET KORT **12**

7. DE AANPAK VAN HET ONDERZOEK **14**

8. RESULTATEN **15**

8.1 HUISARTSEN 15

8.1.1 Praktijken in cijfers *15*

8.1.2 Voorbeeld uit de huisartsenpraktijk *15*

8.2 POH-GGZ 17

8.2.1 Praktijkvoorbeelden van POH-GGZ gerelateerd aan de beslisboom vignetten EPA *18*

8.3 BUURTTEAMS OVERVECHT 20

8.3.1 Casusbespreking in 4 buurtteams in Overvecht *20*

8.3.2 Praktijkvoorbeelden gerelateerd aan de beslisboom vignetten EPA *22*

9. DE CONCLUSIE **25**

9.1 VIGNET-*O (ONBEKEND EN ONBENOEMD)* 26

10. BRONNEN **28**

11. BIJLAGEN **29**

11.1 BIJLAGE 1. 4D MODEL 29

11.2 BIJLAGE 2. CASUS VAN EEN HUISARTS 30

11.3 BIJLAGE 3. BESLISBOOM EPA-VIGNETTEN 36

1. Samenvatting

Het begrip Ernstige Psychische Aandoening (EPA) is veelomvattend. In de wijk Overvecht, waar gezondheid laag scoort in vergelijking met andere delen van Utrecht, komt EPA veel voor. Overvecht is een wijk die op meer terreinen niet gunstig afsteekt tegen de rest van Utrecht. De sociale cohesie is laag, en ook de hoge graad van mensen met een Turkse of Marokkaanse afkomst is van invloed op de mate waarin mensen gezondheidsrisico lopen. Aanzienlijk minder mensen dan in de rest van Utrecht hebben een baan. Daarmee hangt samen dat veel meer mensen in Overvecht rond moeten komen van een bijstandsuitkering, meer schulden hebben, of moeite hebben om rond te komen met hun inkomen. De eenzaamheid is groter en de tevredenheid over de woonomgeving geringer. Er zijn ook positieve ontwikkelingen en er zijn veel initiatieven in de wijk om de leefbaarheid en gezondheid te verbeteren. Het percentage van mensen met een verslaving is lager, dan in de rest van Utrecht.

Een onderzoek uitgevoerd door Vektis bij verschillende instellingen in Utrecht, de zogeheten EPA-vignettenstudie, heeft in kaart gebracht waar mensen met EPA hun behandeling moeten krijgen en waar de regie ligt voor de behandeling.

In het onderzoek dat voor u ligt, uitgevoerd onder buurtteammedewerkers, huisartsen en POH-GGZ in Overvecht, blijkt dat deze behandeling vaak niet van de grond komt, of de behandeling voortijdig staakt, om heel verschillende redenen. Het gevolg is dat cliënten wel zorg blijven vragen in de basiszorg (basiszorg: huisartsenzorg en zorg van de buurtteams tezamen).

De diversiteit van de cliënten waar het hier om gaat is nog het meest duidelijk, als we hun verhalen lezen en zien waar de basiszorg medewerkers tegenaan lopen. In deze studie zijn vele casussen opgetekend uit de praktijken van de verschillende disciplines, met de moeilijkheden waar zij tegenaan lopen. De casussen zijn vergeleken met de EPA-vignetten (Altrecht, 2014 en bijlage 3), die voor deze groep niet passend zijn.

Dit onderzoek eindigt dan ook met een genuanceerde beschrijving van de groep waar problemen onbenoemd zijn en vaak onbekend. En daarmee komen we op de titel van deze studie: *Niet alle bloemen gaan naar de veiling.*

2. Inleiding

Naar schatting wonen er in Nederland 160.000 mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) tussen 18 en 65 jaar, inclusief verslavingszorg en forensische zorg .

Psychische aandoeningen zijn zeer divers, in ervaren last en oorzaak. Mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) zijn vaak langdurig in zorg en ervaren problemen op meerdere levensgebieden (Phrenos, 2016). Ze hebben niet alleen last van hun ziekte, maar krijgen met name hierdoor ook allerlei problemen op andere terreinen (maatschappelijk, fysiek en in hun sociale relaties) die vervolgens de psychiatrische problemen weer verergeren. De problemen van mensen met EPA beslaan veel aspecten van het leven (psychische gezondheid, lichamelijke gezondheid, werk en inkomen, sociale relaties) waardoor veel professionals vanuit verschillende sectoren nodig zijn om goede ondersteuning te bieden. Actueel is de extramuralisatie en substitutie binnen de GGZ. De gemeente Utrecht en Zilveren Kruis zijn in dat kader gestart met de proeftuinen EPA, onder andere in Overvecht.

3. Aanleiding

Overvecht is een wijk in Utrecht, waar de basiszorg voortdurend in ontwikkeling is. Onder het motto 'Krachtige basiszorg' werken huisartsenpraktijken en buurtteams samen met andere disciplines met als doel ervoor te zorgen dat bewoners in de wijk de juiste zorg krijgen van de juiste behandelaar op de juiste plek, met de focus op de bewoners met gestapelde problematiek ('Krachtige basiszorg' is een concept, ontwikkeld in samenwerking met Zilveren Kruis, Nivel en de gemeente Utrecht, 2015). Een deel van deze groep bestaat uit de mensen met EPA. Als reactie op de extramuralisering en substitutie in de GGZ heeft de huisartsenzorg in Overvecht de GGZ en de samenwerking met de buurtteams vanaf 2014 als speerpunt benoemd. Dit blijkt onder meer uit de keuze voor inzet van de praktijkondersteuners ggz (POH-GGZ) en het opleiden van een kaderarts GGZ. In de wijk woont de POH-GGZ casuïstiekbesprekingen bij van de buurtteams. Er is een wijkpsychiater aangesteld en er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen 'stichting Overvecht Gezond' (het samenwerkingsverband van de eerste lijn in de wijk) en gespecialiseerde psychiaters van Altrecht en Victas. Buurtteams kunnen voor consultatie een beroep doen op praktijkondersteuners, psychologen, kaderarts GGZ i.o. en (wijk)psychiaters. Stichting Volte, het scholingsinstituut dat is opgericht door 'stichting Overvecht Gezond', biedt gezamenlijke scholing aan medische en sociale professionals in de wijk. En er is een bewoners-portaal ingericht, dat patiënten van de huisarts en klanten van het buurtteam, en in de toekomst ook andere hulpverleners, in staat stelt digitaal verbinding te leggen met hun hulpverleners.

De diversiteit van mensen met EPA heeft er voor gezorgd dat verschillende instellingen in Utrecht een model hebben ontwikkeld op basis van een studie, waarin ze een ordening aanbrengen van mensen met EPA, de zogeheten vignetten studie (Altrecht 2014 en bijlage 3). Dit model beschrijft de complexiteit van ggz-problemen en geeft via een beslisboom aan waar mensen terecht kunnen met hun aandoening en waar de regie voor de zorg ligt. De resultaten van deze studie worden kort weergegeven in dit rapport.

Ondanks al deze maatregelen lijkt de omvang en de complexiteit van de populatie groter dan passend is voor het bestaande samenwerkingssysteem tussen de GGZ en de basiszorg. Het op- en afschalen tussen de basiszorg en de (S/GB)GGZ lukt onvoldoende. Mensen met gestapelde problematiek worden niet als 'EPA-cliënt' aangemerkt of komen niet in een diagnostisch traject terecht. Hoewel de meeste EPA-patiënten in theorie passen binnen de beschrijving van de vignetten, komen ze lang niet altijd op de juiste plek. Het lijkt er dan ook op dat aan deze mensen door onvoldoende aansluiting in het systeem niet helemaal de juiste hulp geboden kan worden, maar het is onduidelijk wat de oorzaak daarvan is en om hoeveel mensen het gaat en ook of de culturele achtergrond hierin een rol speelt.

Dat was de aanleiding om een onderzoek te laten verrichten door het Kenniscentrum van Hogeschool Utrecht. Het doel is om meer zicht te krijgen op de populatie om betere en efficiëntere zorg te bieden voor de (breed gedefinieerde) EPA doelgroep in de hele keten.

4. Een beeld van de wijk Overvecht en haar burgers

De informatie in dit hoofdstuk is afkomstig van Wijkwijzer Utrecht, 2016 en Volksgezondheids-monitor Utrecht.

Op 1 januari 2016 telt de gemeente Utrecht 338.986 inwoners (Wijkwijzer Utrecht, 2016). In Overvecht wonen op die datum 34.239 mensen. Het is een ruim opgezette, groene, multiculturele wijk in het noorden van de stad. Drieëntwintig procent van de inwoners in de wijk Overvecht is 55 jaar of ouder. In Utrecht is 19% van de inwoners jonger dan 19 jaar. Dat komt overeen met het percentage kinderen/adolescenten in Overvecht.

Van de inwoners in Overvecht is 47 procent van niet-westerse komaf. Psychische aandoeningen komen vaker voor bij mensen met een Turkse achtergrond (68%) of een Marokkaanse achtergrond (52%) (Volksgezondheidsmonitor Utrecht, 2016). De culturele achtergrond kan ook van invloed zijn op het begrijpen van gezondheidsinformatie. Van de Utrechters met een Marokkaanse of Turkse achtergrond heeft ongeveer een derde moeite met het begrijpen van schriftelijke gezondheidsinformatie, zoals een folder bij de huisarts. Bij 80-plussers is dit een kwart. Deze percentages liggen in Overvecht een stuk hoger dan het Utrechtse gemiddelde (Volksgezondheidsmonitor Utrecht, 2016). De culturele factor blijkt ook van invloed op de mate waarin mensen sociale uitsluiting ervaren. Waar 8% van de Utrechters matig tot sterk sociaal is uitgesloten, geldt voor Marokkanen een percentage van 25% en voor mensen met een Turkse achtergrond 35%. Sociale uitsluiting verhoogt ook het risico op angst en depressie-klachten

Het aantal sociale huurwoningen is 71 % in deze wijk, het hoogste percentage van Utrecht. Daarentegen zijn de huizenprijzen en huren lager dan in andere wijken. Overvecht heeft in vergelijking met andere wijken in Utrecht de meeste huishoudens met een bijstandsuitkering, namelijk 18,2 procent. Dat is hoog in vergelijking met de hele stad Utrecht, waar het percentage op 6,5 ligt. In deze wijk hebben dan ook aanzienlijk minder mensen (37 van de 100) een baan, dan in de rest van Utrecht (gemiddeld 71 van de 100).

De tevredenheid over het wonen in de wijk is in Overvecht het laagst. Inwoners geven de wijk een 5,3 (was in 2014 nog 5,6) waar een 7,1 (was 7) gemiddeld is. De sociale cohesie is het laagst van de stad.

De levensverwachting in goed ervaren gezondheid ligt op 59,7 jaar in de wijk, waar het gemiddelde in Utrecht op 67 jaar ligt. 42% van de volwassenen in Overvecht heeft te maken met gezondheidsrisico's op meerdere terreinen, de zogeheten stapeling van gezondheids-risico's. In dit onderzoek naar gezondheidsrisico's zijn een aantal factoren meegenomen: lichamelijke gezondheid, psychosociale gezondheid, regie op eigen leven, zorg, obesitas, voeding en beweging, middelengebruik, fysieke leefomgeving, sociale contacten, dagbesteding, financiële situatie en opleiding. Het is dan ook niet verbazingwekkend gezien de eerder besproken factoren dat Overvecht hoog scoort op risicofactoren. Mensen met een lage opleiding scoren hoog op de risicofactoren (59%, vergeleken met 8 % hoog opgeleiden). Ook afkomst blijkt van invloed op het aantal risicofactoren voor gezondheid. Van mensen met een Turkse achtergrond is bij 63% sprake

van een stapeling van gezondheidsrisico's, bij mensen met een Marokkaanse achtergrond 54%. Voor mensen met een autochtone achtergrond is dat 17%.

De wijk steekt gunstig af tegenover de rest van Utrecht, waar het gaat om problematisch drugs of drankgebruik.

Informatie van de wijk Overvecht geordend naar 4 dimensies, sociaal, maatschappelijk, lichaam en geest (vergelijk het 4D model van stichting Volte, bijlage 1)

	Overvecht 2015	Utrecht
Aantal inwoners	34.239	338.986
Sociaal		
Ervaren overlast	41 %	20%
Ervaren eenzaamheid/ sociale uitsluiting	14%	8%
Maatschappelijk		
Inwoners met een baan	37 %	71 %
Moeite met rondkomen	38%	29%
Schulden	11%	8%
% inwoners met bijstandsuitkering	18,2 %	6,5 %
Ontevreden over woonomgeving	25%	13%
Ontevreden over woning	14%	10%
Sociale huurwoning	71,3 %	38,6%
Lichaam		
Leeftijdsverwachting in goed ervaren gezondheid	59,7 jaar	67 jaar
Gezondheidsrisico's (4 of meer)	42%	22%
Stapeling van 4-6 gezondheidsproblemen/risico's	33%	18%
Stapeling van 7-11 gezondheidsproblemen/risico's	9%	4%
Niet-westerse afkomst	46,9%	22%
55 jaar of ouder	23,3%	18,6%
Geest		
Algemeen buurtoordeel (cijfer 0-10)	5,3	7,1

% onveilig gevoel in de buurt	50 %	32%
Psychiatrische of verslavingszorg ontvangen	13%*	8%
Problematische drinkers	8%	11%
Drugsgebruik (cannabis)	9%	12%

*35% overspannenheid, 15% depressie

(Samengesteld adhv gegevens van: Utrecht Monitor 2016; WijkWijzer Utrecht, 2015; Volksgezondheidsmonitor Utrecht, 2016; CBS Statline, 2016).

4.1 Samenvattend

Aan de hand van bovengenoemde informatie kunnen we stellen dat de wijk Overvecht op veel terreinen niet gunstig afsteekt tegen de rest van Utrecht. De sociale cohesie is laag, en ook de hoge graad van Turkse of Marokkaanse afkomst is van invloed op de mate waarin mensen gezondheidsrisico lopen. Aanzienlijk minder mensen dan in de rest van Utrecht hebben een baan. Daarmee hangt samen dat veel meer mensen in Overvecht rond moeten komen van een bijstandsuitkering, meer schulden hebben, of moeite hebben om rond te komen met hun inkomen. De eenzaamheid is groter en de tevredenheid over de woonomgeving geringer. Er zijn ook positieve ontwikkelingen en veel initiatieven in de wijk om de leefbaarheid en gezondheid te verbeteren. Het percentage van mensen met een verslaving is lager, dan in de rest van Utrecht.

Het is niet verbazingwekkend dat in deze wijk ook meer hulpverlening noodzakelijk is. Dertien procent van de mensen in Overvecht ontvangt specialistische hulp voor psychiatrische problemen of verslaving.

De vraag vanuit de basiszorg is erop gericht een beter beeld te krijgen van de complexe hulpvragen. Vaak gaat het om mensen met EPA.

5. Mensen met een ernstige psychische aandoening

Een consensusgroep[1] naar onderzoek onder EPA patiënten, stelt voor om mensen tot de groep met EPA te rekenen wanneer:

- er sprake is van een psychiatrische stoornis, die zorg/behandeling noodzakelijk maakt (niet in symptomatische remissie);
- en die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat (niet in functionele remissie);
- en waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van psychiatrische stoornis;
- en niet van voorbijgaande aard is (structureel c.q. langdurig, ten minste enkele jaren);
- en waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren.

Patiënten krijgen de EPA-status wanneer de criteria ooit in de ziektegeschiedenis aanwezig zijn geweest. Patiënten met EPA kunnen in symptomatische en functionele remissie komen wanneer zij 6 maanden lang geen symptomen hebben en functioneel hersteld zijn (Delespaul, 2013).

De definitie van ernstige psychische aandoeningen is niet diagnose-specifiek, volgens Kenniscentrum Phrenos. Dat wil zeggen dat mensen uit deze doelgroep uiteenlopende psychiatrische aandoeningen hebben. Samengevat heeft 60% van de doelgroep een psychotische stoornis, 10% is primair verslaafd en 30% valt in de restgroep (met stoornissen zoals autisme, ernstige depressie en angststoornissen, of een persoonlijkheidsstoornis). Daarbij moet worden gezegd dat er vaak overlap zit (comorbiditeit) in de diagnosecategorieën binnen deze groep.

Patiënten met psychische of sociale problemen hebben bijna twee keer zo vaak contact met de huisartspraktijk als patiënten met alleen lichamelijke klachten. Dat komt door de extra hulp die ze vragen vanwege hun psychische problemen, maar ook doordat ze meer lichamelijke klachten hebben dan mensen zonder psychische problemen. Dat blijkt uit onderzoek van het NIVEL (2015).

Niet duidelijk is in hoeverre patiënten met een ernstige psychische aandoening ook een verstandelijke beperking kennen. Het is relevant om in de zorg goed aan te kunnen sluiten bij dat deel van de EPA patiënten.

In deze studie zal de definitie van Delespaul worden gehanteerd en vergeleken met de problematiek van de besproken mensen uit de wijk. Genoemd in de definitie en een belangrijk aspect van de mensen in de wijk is de samenhang tussen de problemen. Niet alleen ernstig psychisch, maar ook sociaal, lichamelijke en maatschappelijke problemen, spelen een rol in de presentatie van de klachten.

[1] De Consensusgroep EPA bestaat (in alfabetische volgorde) uit: Philippe Delespaul, Universiteit Maastricht; Lieuwe de Haan, Universiteit van Amsterdam; Frank van Hoof, Trimbos-instituut; Mark van der Gaag, Vrije Universiteit, Amsterdam; René Keet, ggz Noord-Holland Noord; Hans Kroon, Trimbos-instituut; Niels Mulder, Erasmus Universiteit; Jim van Os, Universiteit Maastricht; Cees Slooff, ggz Drenthe; Sjoerd Sytema, Universiteit Groningen; Jaap van Weeghel, Dijk en Duin/Phrenos; Durk Wiersma, Universiteit Groningen.

Een belangrijk deel van de EPA patiënten is in zorg bij een of meer ggz-zorgverleners in Utrecht en omgeving.

De instellingen Kwintes, Altrecht, SBWU en Victas uit Utrecht en omstreken, hebben een model ontwikkeld om de subgroepen van EPA patiënten in te delen met daaraan gekoppeld de zorgverlening.

Dit zogeheten vignetten model (Altrecht 2014) komt hierna aan bod, omdat het relevant is voor de zorgverlening, ook in Overvecht.

6. De vignetten voor EPA in het kort

Vignetten voor EPA zijn beschreven door bovengenoemde instellingen in Utrecht.

Een overzicht van de vignetten:

Omschrijving	Vignet	Zorgverlening	De cliënten
Geen zorgvraag		Geen zorgverlening	
Zorgwekkende zorgmijders	0	Bemoeizorg door onhoudbare situatie waarbij sprake is van overlast of sociaal isolement. In veel gevallen ook sprake van comorbiditeit/ verslavingsproblematiek en of dak of thuisloosheid	Mijden zorg, behoefte aan bemoeizorg
Stabiele balans	1	Medische Zorg bij ambulante generalistische behandelaar (huisarts of BG-GGZ) voor behoud van stabiele balans. Vaak ook welzijnszorg. Behouden niveau van participatie	Wonen zelfstandig. Hebben behoefte aan begeleiding bij participatie en behandeling indien nodig
Participatie bevorderen	2	Medische Zorg bij ambulante generalistische behandelaar (huisarts of BG-GGZ) én enige ambulante begeleiding vanuit GGZ. Nadruk op herstel en participatie (m.n. arbeidsrehabilitatie). *Regievoering afhankelijk van focus bij huisarts, BG-GGZ of RIBW*	
Herstel en consolidatie	3	Medische zorg van specialistische naar generalistische behandeling brengen. Ambulante begeleiding van (F)ACT naar RIBW en BG-GGZ/ HA + POH-GGZ brengen. Nadruk op herstel & consolidatie van de stabiliteit. *Regievoering van (F)ACT naar RIBW of BG-GGZ / HA + POH brengen*	Wonen zelfstandig. Fluctuerend behoefte aan geïntegreerde behandeling én begeleiding
Stabiliseren en herstel	4	Gespecialiseerde ambulante behandeling (psychiatrie/verslaving) met tevens begeleiding indien aanleiding, om participatie te bevorderen. Zorg gericht op verder stabiliseren en herstel middels behandeling.	

		Regievoering door specialistische ambulante hoofdbehandelaar	
Gevaar afwenden en stabiliseren	5	Gespecialiseerde ambulante behandeling (psychiatrie/verslaving) gericht op stabilisering, vanwege crisogene situatie en ernst en complexiteit van de problematiek. *Regievoering door specialistische ambulante hoofdbehandelaar*	
EPA woonzorg	6	Verblijf in setting van beschermd wonen/ MO en ambulante behandeling vanuit huisarts/ POH-GGZ	Wonen niet zelfstandig. Behoefte aan begeleiding en behandeling indien nodig. Voor een klein deel geïntegreerde klinische zorg.
EPA woonzorg ernstig	7	Verblijf in setting van beschermd wonen/ MO en specialistische ambulante behandeling (niet vanuit huisarts/ POH-GGZ)	
EPA kliniek	8	Integrale klinische behandeling is noodzakelijk om het alom aanwezige risico op gevaar, ernstige overlast en/of verwaarlozing af te wenden, achteruitgang tot staan te brengen en perspectief voor ontwikkeling mogelijk te maken.	

Bron: Alrecht, Kwintes, SBWU, Victas, KPMG Plexis, in Zeist: Vectis C.V. (2014)

Niet alle EPA-cliënten passen in dit plaatje, of krijgen de hulp die noodzakelijk is, dat constateren zowel huisartsen en POH-GGZ, als buurtteammedewerkers in Overvecht. Voor een deel is dat te verklaren. De vignetten zijn opgesteld voor cliënten die in zorg zijn of waren bij een van deze instellingen. Een verblijfsvignet is toegekend aan cliënten die in een ggz-instelling verbleven. Ambulante vignetten zijn opgesteld op basis van criteria als een cliënt bij Altrecht én Kwintes/ SBWU in zorg is. De vignetten (in het groen) voor minder zware ambulante zorg zijn toebedeeld aan cliënten die alleen bij Kwintes / SBWU in zorg zijn. Als ze hier nog niet ingedeeld zijn, maar wel cliënt van Altrecht Willem Arntz, dan krijgen ze een lichter ambulant vignet. En tot slot zijn de cliënten die bij Victas in zorg zijn, ingedeeld.

De basiszorg in Overvecht is bekend met deze indeling, maar ontdekt dat mensen met EPA problematiek niet altijd op de plek komen, die gezien hun aandoening en volgens de vignettenstudie het meest geëigend is. Om een beter beeld te krijgen van de mensen met EPA die de juiste zorg ontberen, is dit onderzoek verricht, in buurtteams en bij huisartsenpraktijken.

7. De aanpak van het onderzoek

Om een goed beeld te krijgen van de mensen met (vermoeden van) EPA in de basiszorg, waarvan de vignettenindeling suggereert dat andere zorg dan basiszorg noodzakelijk zou zijn, zijn er verschillende bijeenkomsten georganiseerd en is er van de buurtteams en de huisartsenpraktijken geïnventariseerd in welke mate zij te maken hebben met deze patiënten/ cliënten.

1e Van 4 *buurtteams* in Overvecht zijn besprekingen georganiseerd over cliënten met EPA, waarvan de buurtteammedewerkers aangeven dat de zorg niet loopt zoals zij denken dat het zou moeten gaan. Elf cliënten zijn op deze wijze besproken.

De caseload van een deel van de buurtteammedewerkers in Overvecht is geanalyseerd met dezelfde vraag.

2e Zes *POH-GGZ medewerkers* hebben voor 650 patiënten uit hun eigen caseload geïnventariseerd in hoeverre er sprake is van een ernstige psychische aandoening en in een interview uitgelegd wat zij daaronder verstaan. In een interview met een Turkse POH medewerker is met name ingegaan op de complexiteit voor mensen met een andere (voornamelijk Turkse en een enkele Marokkaanse) achtergrond.

3e HIS-Gegevens (HIS: huisartsinformatiesysteem) van 8 praktijken van *huisartsen* in Overvecht zijn geanalyseerd op patiënten met een psychische aandoening, waarbij tevens sprake is van complexiteit in verwijzingen, betrokkenheid van buurtteam en betrokkenheid van POH-GGZ, maar ook de combinatie met sociale of maatschappelijke problemen.

8. Resultaten

8.1 Huisartsen

8.1.1 Praktijken in cijfers

Acht praktijken op 6 locaties, vormen samen *huisartsenpraktijken Overvecht Gezond*.

Het totaal aantal patiënten van huisartsenpraktijken Overvecht gezond is 23.812.

In deze praktijken zijn 6659 patiënten geregistreerd met een psychische aandoening. De betekenis van aandoening is nog divers. De geregistreerde mensen met een psychische aandoening zijn weer onder te verdelen in patiënten die psychische klachten melden (ICPC code P01-P29) en patiënten waarvan de klachten meer ernstig zijn, gerelateerd aan een specifieke ggz stoornis (ICPC code hoger dan P70).

Gemiddeld genomen gaat het hier om 28,9 procent van alle patiënten uit de 8 praktijken, met een psychische aandoening. In de meeste praktijken is een percentage tussen 20,5 en 31,5 geregistreerd. Verschillen tussen de praktijken kunnen te maken hebben met verschillende factoren in de praktijkpopulatie zoals variatie in leeftijd, SES en etniciteit, en registratieafspraken die (ook landelijk) nog in ontwikkeling zijn.

Van de patiënten met een psychische aandoening, heeft bijna 58% een aandoening in de meer ernstige categorie. Het is de groep patiënten waar regelmatig ook in andere domeinen problemen (zie 4D model stichting Volte, zie bijlage 1) een rol spelen. Gemiddeld heeft bijna de helft van deze patiënten (49,9 %) 10 of meer contacten in een jaar.

In 13,25% staat het buurtteam geregistreerd als betrokken partij. Met een standaard deviatie van 5,29 zien we wel verschillen (in betrekken van het buurtteam, of de registratie ervan).

Bij gemiddeld 19,88 % van de patiënten met een ggz aandoening speelt ook verslaving een rol. Standaard deviatie 7,6.

Ter illustratie, beschreef Nikki Makkes, kaderarts ggz i.o., een voorbeeld van een patiënt uit de huisartsenpraktijk waar de complexiteit en samenwerking met anderen een rol speelt (de exacte uitwerking is te vinden in bijlage 2).

8.1.2 Voorbeeld uit de huisartsenpraktijk

Een oudere alleenstaande meneer, bekend met een persoonlijkheidsstoornis, is sinds 8 jaar patiënt van de praktijk. Meneer komt al enkele maanden na het kennismakingsgesprek in contact vanwege een crisis, waarvoor de huisarts contact zoekt met de specialistische ggz (SGGZ), de organisatie waar meneer al een tijd behandeld wordt. Daarnaast heeft meneer veel last van cardiovasculaire klachten. Kort na de crisis meldt de behandelaar van de specialistische ggz het voornemen de behandeling daar af te ronden. Meneer heeft geen hulpvraag, vandaar dit besluit. Enkele maanden later neemt familie contact op met de huisarts over meneer. Mogelijk is er sprake van een depressie. Hierna zegt meneer dat hij gestopt is met SGGZ. Van de SGGZ krijgt de huisarts een brief waarin staat de behandeling wordt overgedragen aan de huisarts, een andere overdracht is er niet.

Meneer is door de SGGZ overgedragen aan de SBWU. Driekwart jaar later stopt ook de SBWU met de begeleiding en heeft daarover geen contact met de huisarts. Naast de zorg voor de vele lichamelijke klachten coördineert de huisarts vanaf de overdracht van de SGGZ ook de psychofarmaca. De patiënt ontwikkelt steeds meer spanning en kan niet eten. De huisarts schakelt opnieuw de SBWU in en voegt het buurtteam toe aan de begeleiding. Nog altijd ligt de coördinatie bij de huisarts, die nu ook frequent contact heeft met het buurtteam. Meneer geeft aan eenzaam te zijn en het lukt hem allemaal niet. De inzet is nu om meneer in een aanleunflat geplaatst te krijgen. Deze aanstaande verhuizing roept weer veel spanning op bij meneer. De huisarts schakelt de crisisdienst in om suïcidaliteit in te schatten. POH-GGZ heeft meerdere contacten met het buurtteam en meneer samen. Meneer is in paniek over verhuizing, maar ook over beltegoed. SBWU en buurtteam blijven begeleiding geven aan meneer. SBWU meldt dat meneer achteruit gaat. POH-GGZ stelt voor om de sociaal makelaar in te zetten. Daarover stemt POH-GGZ af met SBWU. De huisarts heeft contact over psychofarmaca. Na een paar maanden meldt de sociaal makelaar dat het weer goed gaat met meneer en dat zij gaat afronden. De huisarts heeft overleg met de geriater, opnieuw met SBWU, met POH-GGZ POH-S, met Lister, praktijkverpleegkundige, zorgcoördinator van het ziekenhuis, buurtteam, met thuiszorg. En vele malen met meneer zelf, zowel telefonisch als voor een consult.

In de periode van 7,5 jaar is er samengevat:

1. 62 keer een consult
2. 5 keer een visite afgelegd
3. 19 keer een telefonische consult

met meneer geweest. Omdat alleen medisch inhoudelijke telefoontjes tussen huisarts (voorziening) en patiënt mogen worden gedeclareerd, zijn niet alle (coördinerende) telefoongesprekken geregistreerd. Het werkelijke aantal ligt dan ook veel hoger.

De problemen van meneer zijn divers en liggen zowel op psychisch, sociaal, maatschappelijk als fysiek terrein.

De regie is door de jaren heen meer en meer bij de huisarts komen liggen met name voor niet primair medische en coördinerende handelingen.

Volgens de beslisboom vignetten EPA (zie bijlage 3) zien de antwoorden voor deze meneer er als volgt uit: Zorgvraag → ja → in staat tot zelfstandig wonen (een tijdlang, later niet meer) → ja → ggz-behandeling noodzakelijk → ja → hoge mate van complexiteit of intensiteit → ja → crisis afwenden of voorkomen → soms, dan vignet 5 (gevaar afwenden en stabiliseren) , of andere momenten nee → vignet 4 (stabiliseren en herstel). In beide gevallen ligt de regie bij de specialistische ggz.

Dat is hier niet het geval. We komen hier in de conclusie op terug.

In 2015 is voor 6,1 % van de patiënten door de huisarts een POH-GGZ ingeschakeld. Het totaal aantal patiënten van de samenwerkende huisartsenpraktijken in Overvecht is 23.812.

Niet bij alle psychische problematiek is de POH-GGZ betrokken. Dit hangt af van de beschikbare capaciteit, aard van de problematiek en de hoofdbehandelaar (huisarts/GB GGZ/S GGZ).

8.2 POH-GGZ

Op jaarbasis spreken zij 1434 patiënten. In juni 2015 is hun caseload van 650 patiënten doorgenomen waarin zij registreren dat in 61% van de gevallen het een ernstige en/of complexe situatie is. Bij 28% van de cliënten uit deze caseload is het buurtteam betrokken. Voor 22% van de patiënten blijkt het zeer ingewikkeld om de juiste zorg in te zetten of goed af te stemmen met andere disciplines. Met name over deze laatste groep zijn zorgen. Bij de groep ernstig/ complex is veelal het buurtteam betrokken. Bij deze groep patiënten gaat het om mensen die niet alleen een ernstig psychische aandoening hebben, maar ook op 3 andere dimensies (lichamelijk, maatschappelijk of sociaal) (vergelijk 4D, bijlage 1) problemen ondervinden. Er is sprake van veel lichamelijke (soms onverklaarde) kwalen, maatschappelijk veelal schulden, lage gezondheidsvaardigheden en sociaal een gering netwerk, met name ook als afkomst een rol speelt of als er kinderen betrokken zijn.

Een van de POH-GGZ is van Turkse afkomst en heeft voor 90 % Turkse cliënten.

Zij meldt: *Dit is echt een groep met zwaardere problematiek. Mensen die op verschillende levensterreinen vastlopen, we behandelen en begeleiden hen met name hier in de praktijk. Het zijn echt multi-problem gezinnen, alleenstaande moeders, maar ook alleenstaanden. De meesten van de doelgroep spreken de taal niet, of niet goed, lopen tegen dingen aan, zijn niet goed geïntegreerd in de Nederlandse samenleving. Ze lopen met autonomieproblemen rond. De meesten hebben niet geleerd om grenzen te stellen. Het is toch wel een andere cultuur. In Nederland moet je wel je eigen boontjes kunnen doppen. Ik merk bijvoorbeeld dat vrouwen na een echtscheiding in een gat vallen, omdat ze jarenlang afhankelijk zijn geweest. De man valt weg en dan vallen ze in een gat. Ze hebben moeite met opvoeding, hebben moeite hun eigen leven op te bouwen, financiën te regelen. Dat is wel complex.*

Voor de meeste mensen van Turkse afkomst speelt al gauw dat ze bang zijn voor een stempel van anderen uit hun gemeenschap. Hulp zoeken betekent voor velen dat ze 'gek zijn'. De drempel naar de huisarts, is niet zo hoog. Daar kun je ook komen als er fysiek iets aan de hand is en een verwijzing naar POH kan dan nog wel. Als je als patiënt in de wachtkamer van de huisarts zit en anderen herkennen je, dan weten ze nog niet dat je voor psychische hulp komt. Maar ook hier ervaren mensen al een drempel om te komen.

Verwijzen naar de tweede lijn is onder meer om bovengenoemde redenen heel ingewikkeld. Andere mensen met een Turkse achtergrond willen geen hulp van het buurtteam, met name niet als ze kinderen hebben, omdat ze bang zijn dat Jeugd en Gezin betrokken wordt en de kinderen dan uit huis geplaatst worden, zodra je toegeeft dat het niet helemaal lekker loopt. Niet om hulp durven vragen zorgt vaak voor een verergering van de problemen.

Voor cliënten met een Turkse achtergrond lijkt de meerwaarde van iemand met dezelfde achtergrond, dat ze zich in eigen taal kunnen uitdrukken en veel herkenning en erkenning krijgen. Zelfs jonge vrouwen die niet erg lang in Turkije hebben gewoond en erg goed Nederlands spreken, gaan automatisch over op hun moedertaal, zodra ze hun emoties uit willen drukken. Voor deze cliënten is het werken met groepen vaak helpend.

8.2.1 Praktijkvoorbeelden van POH-GGZ gerelateerd aan de beslisboom vignetten EPA

Een voorbeeld van een complexe casus waar deze verwevenheid een rol speelt is *een vrouw die 9 hoog woont. Haar man woont niet in Nederland. Zij is met 5 kinderen naar Nederland gegaan, 3 in de lagere schoolleeftijd, 2 middelbare school. Het oudste kind neemt veel taken van zijn moeder over (is geparentificeerd). Moeder spreekt bijna geen Nederlands, heeft heel ernstige angstklachten, heeft hoogtevrees, maar woont wel 9 hoog. Na heel veel rondzwervingen heeft ze dit flatje aangeboden gekregen waarvan ze vond dat ze het moest accepteren, want anders had ze niks. Ze zit nu opgesloten in huis. Er is dus ook sprake van psychiatrie. Wat zij nodig heeft is vertrouwen en oefenen met naar buiten gaan, en behandeling van de angst. Maar juist haar angstklachten zorgen ervoor dat ze niet bij de ggz aankomt. Nu doet de oudste zoon alles. Dat is voor hem niet goed. Hij raakt gigantisch geparentificeerd, neemt alles over van moeder, ook met instanties en zo. We krijgen haar niet op de plek waar het eigenlijk hoort, dus moeten we kijken wat we hier kunnen doen. We hebben eerst met een vrijwilliger gewerkt, daar krijg ik geen terugkoppeling van en uiteindelijk het buurtteam ingezet. Het Buurtteam Jeugd en Gezin en aan hen gevraagd om in de gaten te houden hoe het met het gezin gaat, maar ook om te oefenen om met mevrouw naar buiten te gaan, met het doel haar te kunnen toe-leiden naar de SGGZ of basis-ggz. Ze komt nu steeds met de vraag om een verklaring dat ze een begane grond woning kan krijgen. Ze spreekt de taal niet goed en zoon is er ook niet altijd bij om te vertalen, maar ik wil er hem ook niet steeds mee belasten. Dat alles maakt het zwaar. Er is weinig vooruitgang te boeken en intussen is het wel heel belastend voor de kinderen.*

Met de *beslisboom vignetten EPA* is de route voor deze vrouw:

Zorgvraag → ja → in staat tot zelfstandig wonen → ja → ggz-behandeling noodzakelijk → ja → hoge mate van complexiteit of intensiteit → hier wordt de keuze lastig. Er is geen sprake van een crisis (voor het ggz-probleem, maar de complexiteit zit in de sociale en maatschappelijke context, in relatie tot het ggz-probleem. Zelfs als hier de beslisboom richting → nee gaat → valt mevrouw in vignet 3, Medische zorg van specialistische naar generalistische behandeling brengen. Ambulante begeleiding van FACT naar RIBW en BGGGZ/HA + POH brengen.

Een categorie van mensen die oververtegenwoordigd is in Overvecht zijn mannen van Turkse afkomst die veel verlies hebben geleden, ernstig depressief zijn , maar door hun culturele achtergrond niet verwezen willen worden naar een andere instelling. Ze komen omdat de huisarts dat gezegd heeft en omdat ze vrij anoniem in de wachtkamer kunnen zitten, zonder dat anderen weten waarvoor ze komen.

‘*Ze hebben zoveel verlies, hebben hun baan verloren, zijn geen goede echtgenoot meer, geen goede vader voor de kinderen en dan “Waar leven ze nog voor?, is dan de vraag. Maar ik ben wel de enige met wie ze het delen. Je hoopt dan door te zeggen dat er meer mensen hier tegenaan lopen, dat ze het ook met anderen kunnen delen, maar dat gebeurt niet. Daar mag je ook niets mee. Ze durven het tegen me te vertellen omdat ik die geheimhoudingsplicht heb, omdat de huisarts het geadviseerd heeft, omdat niemand weet waarom ze in de wachtkamer zitten, want dat speelt dan ook allemaal mee. Met zoveel verlies en zoveel krenking zou een impuls me niet verbazen’.*

Met de beslisboom vignetten EPA komt de man niet verder dan dat er geen zorgvraag is, althans zelf ziet hij geen zorgvraag. En ook de omgeving is nauwelijks op de hoogte van de problemen. Geen zorgverlening is dan de conclusie. Als we concluderen dat er wel een zorgvraag is, ook al wordt die niet door hem als zodanig gezien, dan is de volgende stap dat hij wel in staat is zelfstandig te wonen, dat er ggz-behandeling nodig is, dat er een hoge mate van complexiteit speelt en dus een crisis afgewend moet worden. In dat geval is vignet 5, gevaar afwenden en stabiliseren, aan de orde. De regievoering ligt dan in handen van een specialistische ambulante hoofdbehandelaar. Zover komt deze man niet.

'E*en andere categorie met psychiatrie zijn de mensen die langzaamaan afglijden. Iemand met forse wanen, die overal 'shopt', maar nergens voet aan de grond heeft vanwege de achterdocht die steeds groter wordt. Ze heeft nu wel een vast contact met iemand van het buurtteam, maar waar je vanuit de omgeving steeds meer signalen krijgt dat het niet goed gaat. Een casus van een mevrouw die in een kerkgemeenschap zit, die aan de bel trekt. Het omgaan met privacy speelt hier een rol. Ze is achterdochtig en wil niet dat ik met anderen overleg'.*

Met de beslisboom vignetten EPA, past ook zij niet in het plaatje. De zorgvraag komt vooral uit de omgeving, maar toch mijdt ze de zorg niet. Ze komt alleen niet op de plek waar ze met haar forse wanen wel geholpen zou kunnen worden en het afglijden tegengegaan.

Een categorie van mensen die vaker in aanraking komt met POH-GGZ zijn de mensen met forse problemen, die al meerdere diagnoses hebben gekregen en waar ook de tweede lijn geen raad meer mee weet. '*Het gaat hier om mensen met ernstige psychiatrie, ernstige persoonlijkheidsstoornissen, die vaak een langdurige behandelgeschiedenis hebben, waarbij de tweede lijn zegt, ja eigenlijk hebben we alles al wel geprobeerd' 'En die,* zo vult een ander aan *'al verschillende diagnoses hebben gehad. En zelf zeggen ze ook dat niks werkt'.*

Een voorbeeld uit de praktijk van de Turkse POH-GGZ:

Een vrouw van 30 jaar, loopt al een tijdje met depressie. Ik heb haar na veel moeite bij mij gekregen, want de drempel om naar de hulpverlening te gaan, was voor haar te groot. Ze is van Turkse afkomst en als je dan naar de hulpverlening gaat, naar een psycholoog, krijg je al gauw het stempel: je bent gek. Er ligt een groot taboe op het zoeken van hulp. Hier is het voordeel dat ze bij de huisarts lopen. De drempel is daardoor lager dan wanneer iemand kan zien dat ze naar een psycholoog gaan. Maar desondanks heeft het heel lang geduurd voor ze bij mij kwam. Ze werd depressief nadat haar beste vriendin plotseling kwam te overlijden. Ze had problemen met de opvoeding van haar kinderen. Aan de hand van het 4D model ben ik met haar gaan kijken wat er allemaal speelt. Ze is op heel jonge leeftijd uitgehuwelijkt. Ze is een slimme vrouw, die bezig was met een HBO opleiding, die ze moest afbreken omdat ze werd uitgehuwelijkt aan een Turkse man, toen ze 18 was. Die man kwam hierheen, maar kent de weg niet. Dus alles kwam op haar neer.

Ze kreeg al gauw kinderen, moest werken vanwege de verblijfstitel van haar man. Heel veel verdriet, want eigenlijk was haar wens te studeren en carrière te maken. Ze is heel erg teleurgesteld, heeft niet gedaan wat ze wilde. En nu loopt ze vast. Ze is heel jong naar Nederland

gekomen, heeft hier de basisschool gedaan, de middelbare en daarna ging ze naar een HBO opleiding. En dat moest ze afbreken. Zij heeft ook heel veel problemen met haar schoonmoeder.

In de huisartsenpraktijken werken zowel huisartsen als POH-GGZ samen met buurtteams. De HISsen laten zien dat in 13,29 % van de mensen met een psychische aandoening, het buurtteam betrokken is. Bij 28 % van de patiënten uit de caseload van de POH-GGZ is het buurtteam betrokken.

8.3 Buurtteams Overvecht

Een onderzoek uitgevoerd door een medewerker van buurtteam Lunetten heeft ook de caseload van buurtteammedewerkers van Buurtteam Centrum geanalyseerd.

In 2016 is het aantal inwoners in dit postcodegebied: 7.273. Dat is 21 % van de inwoners van Overvecht.

	Overvecht 2015	Cliënten Buurtteam Centrum	Lunetten Cliënten buurtteam
Aantal inwoners	34.239	7.273	11.557
Cliënten 2015-1e kwartaal 2016 meegenomen in onderzoek		512	587
Moeite met rondkomen	13%	13%	5%
Schulden	11%		33%
Huishoudens > 3 jaar bijstandsuitkering	10 %	9%	
Inwoners met een baan	37%		
Niet-westerse afkomst	47%	45%	16,3%
1e generatie niet-westers	24%	24%	9%
Allochtonen (westers en niet-westers)	57%	56%	28%
55 jaar of ouder	23%	28%	21%
Laag opleidingsniveau	36%	36%	20%
Ervaren eenzaamheid/sociale uitsluiting	14%		
Psychiatrische of verslavingszorg ontvangen	13%	52% (van 255 cliënten)	60% (van 305 cliënten)
GGZ	Niet bekend	19%	31%
verslaving	Niet bekend	7%	10%
VG	Niet bekend	9%	9%
Schatting cliënten met chronische GGZ		33%	33%

(Bron: onderzoek caseload en cijfers van de gemeente Utrecht)

8.3.1 Casusbespreking in 4 buurtteams in Overvecht

In 4 buurtteams in Overvecht zijn casussen besproken, die voor de buurtteam medewerkers vragen oproepen die te maken hebben met aanpak, afstemming en regievoering en door hen als complex worden ervaren.

De mannen en vrouwen in beeld.

In totaal zijn er 11 mensen besproken die allen contact hebben met iemand van het sociale buurtteam. Het gaat om 7 vrouwen, in leeftijd variërend van 30 tot 60 jaar (gem. 48 jaar) en 4 mannen tussen de 35 en 50 jaar (gem. 41 jaar). Van de 11 mensen zijn er 4 afkomstig uit een ander land. Dat kan van invloed zijn op de problematiek of de beleving ervan.

Ze moeten rondkomen van een (bijstands)uitkering of WAO. Slechts een van hen heeft betaald werk. Twee anderen doen vrijwilligerswerk en van de 11 mensen, hebben 7 mensen ook schulden. Drie van hen hebben problemen met wonen. Een van hen zorgt zelf voor overlast.

Criteria voor EPA vergeleken met de besproken cliënten:

- *er sprake is van een psychiatrische stoornis, die zorg/behandeling noodzakelijk maakt (niet in symptomatische remissie*); Bij allen is sprake van ernstige psychiatrische aandoeningen. Depressies en verslavingen gaan gepaard met agressie en soms onbezonnen risicovol gedrag. Bij enkele cliënten is sprake van een (borderline) persoonlijkheidsstoornis, die soms gepaard gaat met een depressie of verslaving, of auditieve hallucinatie. Verslaving komt bij meerdere cliënten voor. Bij in elk geval 3 van de besproken mensen is sprake van LVB in combinatie met een psychiatrische aandoening. PTSS en ADHD zijn aanwezig. Psychoses en autisme zijn meerdere keren genoemd. Opvallend is dat een aantal diagnoses lange tijd geleden gesteld zijn en waarover nu twijfels bestaan of dat nog wel de juiste diagnose is. Weinig twijfels bestaat er over het gegeven dat voor elk van hen een psychiatrische aandoening oorzaak of gevolg is van de ervaren problemen. Niet altijd is duidelijk of LVB aan de orde is.
- *en die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat (niet in functionele remissie);*
  Met uitzondering van één man, heeft niemand een baan, komen ze rond (of juist niet) van een uitkering, hebben de meesten schulden en weinigen zijn tevreden over hun dag-invulling. Een van hen leeft veelal op straat en heeft een vervuild huis, een ander woont niet naar tevredenheid. Bij de meesten zijn sociale relaties verbroken als gevolg van de vele problemen, of bestaan de sociale relaties juist uit problematische drink-vrienden. Kinderen nemen afstand en allen wonen alleen, soms na een of meerdere relaties.
- *en waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van psychiatrische stoornis*; Bij een aantal is dat duidelijk aanwijsbaar. Enkele vrouwen hebben een traumatisch verleden, van huiselijk geweld, bijv. seksueel misbruik, of door adoptie een slechte hechtingsrelatie op kunnen bouwen. Gebrek aan sociale relaties, het ontstaan van schulden en niet goed om kunnen gaan met de stoornis, leidt tot vele beperkingen.
- *en niet van voorbijgaande aard is* (structureel c.q. langdurig, ten minste enkele jaren); Voor een aantal van hen is aanwijsbaar dat de problemen structureel zijn. Autisme of LVB is niet op te lossen met een behandeling. Van de anderen is bekend dat ze al (heel) lange tijd verslaafd zijn, of een persoonlijkheidsstoornis hebben. Bij sommigen is remissie het hoogst haalbare, mits er een behandeling komt die ook aanslaat bij de betreffende cliënt.
- *en waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren*.

Hoewel in de besproken casussen niet altijd (meer) meerdere hulpverleners betrokken zijn, is dat in alle gevallen wel gewenst. Naast de huisarts en de buurtteam medewerker, is soms POH-GGZ betrokken, een enkele keer een SPV-er en zijn mensen naar het buurtteam gekomen via Lister en veelal in contact met of verwezen naar Altrecht. Niet altijd is de gewenste behandeling voorhanden en dat heeft verschillende oorzaken. Een van de cliënten past voor zijn problemen goed bij het Leger des Heils, maar is daar weggestuurd. Bij Altrecht is niet altijd plaats bij een FACT-team, de plek die voor enkelen noodzakelijk is. Sommige cliënten willen geen behandeling meer doordat ze het niet als helpend ervaren of er weinig vertrouwen in hebben (en dat kan weer samenhangen met het probleem waarvoor een behandeling noodzakelijk is).
De samenhang tussen schulden en psychiatrie, tussen LVB en psychiatrie, tussen problemen in het sociale netwerk en psychiatrie, maakt een gecoördineerde zorg in alle gevallen noodzakelijk.

We kunnen concluderen dat hier vaak sprake is van mensen met EPA (al geldt dat niet voor alle besproken cliënten), die meer behandeling behoeven dan ze nu in de basiszorg kunnen krijgen. De beschreven cliënten ervaren op meerdere levensdomeinen problemen. Op het vlak van de psyche, het sociale domein en het maatschappelijke domein, de domeinen die ook voor de EPA beschrijving gelden. Buiten de genoemde criteria zijn ook *lichamelijke problemen* veelvuldig aanwezig bij de cliënten waarover de besprekingen gingen. Genoemd zijn rugklachten, maagklachten, slapeloosheid, haaruitval, incontinentie en artrose, hoofdpijn, overgewicht, maar ook ondergewicht. Slechts een man blijkt fysiek gezond.
Juist die verwevenheid van fysiek, psychisch en maatschappelijk niet goed kunnen functioneren, maakt het leven zwaar voor de cliënten, maar levert vaak ook onduidelijkheid op over de plek waar ze de juiste hulp kunnen ontvangen.

8.3.2 Praktijkvoorbeelden gerelateerd aan de beslisboom vignetten EPA

Een vrouw van 40, woont met haar hondje in een hoogbouwflat in Overvecht. Ze heeft door haar verleden van een weeshuis, adoptie en pleegzorg, zware hechtingsproblematiek. Ze is verslaafd geweest, heeft in de prostitutie gezeten, is mishandeld en misbruikt. Heeft heftige impulsdoorbraken met agressie en onbezonnen risicovol gedrag. Ze zit in de bijstand, heeft moeite met rondkomen. Ze heeft weinig sociale contacten. In stress momenten valt ze terug op foute vrienden uit het verleden. Dan gaat ze soms ook weer cocaïne gebruiken.

Ze heeft soms last van haar weed-rokende buurvrouw en van probleemjongeren op kamertraining in de flat waar ze woont.

Heeft contact met POH, die haar toegeleid heeft naar het ambulatorium. Door een mislukt intake, is dat op niets uitgelopen.

Met de *beslisboom vignetten EPA* (zie bijlage 3) is de route voor deze vrouw:

Zorgvraag → ja → in staat tot zelfstandig wonen → ja → ggz-behandeling noodzakelijk → ja → hoge mate van complexiteit of intensiteit → ja → crisis afwenden of voorkomen → ja → dan valt

mevrouw in vignet 5, Gespecialiseerde ambulante behandeling (psychiatrie/verslaving), gericht op stabilisering, vanwege crisogene situatie en ernst en complexiteit van de problematiek. Regievoering door specialistische ambulante hoofdbehandelaar.

Daar komt ze niet in behandeling, omdat ze dat niet wil. Voor haar gevoel werden de verkeerde vragen gesteld, waardoor ze geen vertrouwen meer heeft dat ggz iets voor haar te bieden heeft.

Een man van 46 jaar leeft ongezond, rookt veel, drinkt veel en heeft een verstoord dag-nacht ritme. Hij woont in een ernstig vervuilde woning, en kreeg van de woningbouwvereniging een laatste kans omdat hij al eerder voor overlast had gezorgd. Zijn buren hebben al meerdere keren last van lekkages gehad. Er is een keer brand in zijn woning geweest. Dat leek op brandstichting door hemzelf. Van verschillende instellingen kreeg hij korte tijd behandeling.

Hij heeft ADHD en er wordt gesproken over een anti-sociale persoonlijkheid, maar dat is niet gediagnosticeerd. Een aanmelding bij Altrecht loopt om verschillende redenen steeds mis.

Hij heeft 3 kinderen die hij zo nu en dan ziet onder toezicht van zijn moeder. Heeft veel foute vrienden o.a. heroïneverslaafden, die een tijdje komen wonen en dan verdwijnen met de helft van de inboedel. Bij zijn schoonmoeder heeft hij een gebiedsverbod.

Er is sprake van problematiek in alle domeinen (sociaal, maatschappelijk, geestelijk en lichamelijk) maar geen acuut probleem.

Met de *beslisboom vignetten EPA* is de route voor deze meneer:

Zorgvraag → ja → in staat tot zelfstandig wonen → nee → ggz-behandeling noodzakelijk? → ja → hoge mate van complexiteit of gevaar → nee (twijfel) → Vignet 7, EPA woonzorg ernstig. Verblijf in setting van beschermd wonen/ MO en specialistische behandeling (niet vanuit huisarts /POH-GGZ).

Dat is niet de behandeling die hij ontvangt.

Een ander voorbeeld: *een mevrouw van 57 jaar, al jaren bekend bij de psychiatrie en voorheen begeleiding ontvangen van Lister. Ze heeft veel lichamelijke klachten, valt vaak, heeft overgewicht erge rugpijn en hoofdpijn, artrose en veel medicatie (met name benzodiazepines). Ze heeft een rollator en sinds vorig jaar een scootmobiel. Ze is vroeger langdurig misbruikt en er is sprake van persoonlijkheidsproblematiek. Ze heeft al jaren een depressie en erg sombere periodes en geeft vaak aan niet meer te willen leven.*

Bovendien heeft ze de hele dag last van stemmen die tegen haar schreeuwen. Met haar dochter heeft ze geen contact, wel met haar volwassen kleinkinderen, die haar helpen met praktische zaken als boodschappen, douchen, de was enz. Voor mevr. was de overgang van Lister naar het buurtteam een grote stap. Daar werd veel voor haar geregeld, nu moet ze in toenemende mate alles zelf doen.

Met de *beslisboom vignetten EPA* is de route voor deze mevrouw:

Zorgvraag → ja → in staat tot zelfstandig wonen (met ambulante begeleiding)→ ja → ggz behandeling noodzakelijk? → hoge mate van complexiteit of intensiteit? → ja → crisis afwenden

of voorkomen → nee → Vignet 4 Stabiliseren en herstel: gespecialiseerde ambulante behandeling (psychiatrie/ verslaving) met tevens begeleiding indien aanleiding om participatie te bevorderen. Zorg gericht op verder stabiliseren en herstel middels behandeling. *Regievoering door specialistische ambulante hoofdbehandelaar.*

Er zijn ook voorbeelden dat cliënten eerder hulp kregen bij Lister, maar waar geconcludeerd wordt dat ggz begeleiding niet langer noodzakelijk is en er wel aanleiding is om participatie te bevorderen. Deze mensen (er zijn er 3 besproken) vallen onder vignet 2, participatie bevorderen. Medische zorg bij ambulante generalistische behandelaar (huisarts of BG GGZ) én enige ambulante begeleiding vanuit de GGZ. Dat laatste is in 2 voorbeelden niet aan de orde. Nadruk op herstel en participatie. Regievoering is afhankelijk van de focus bij huisarts, BG GGZ of RIBW.

Het betekent in elk geval dat de regie niet bij het buurtteam moet liggen, lijkt een gerechtvaardigde conclusie.

De begeleiding wordt ingezet op participatie, maar de cliënt is gewend dat er veel voor hem of haar werd geregeld, waardoor participatie nog ver weg lijkt en er alleen hele kleine stapjes gezet kunnen worden op weg naar meer zelfstandigheid. Het betekent dat er binnen de buurtteams ook veel cliënten langdurig in begeleiding zijn waardoor er weinig ruimte vrij komt voor nieuwe cliënten. Dit blijkt ook uit de kwartaal rapportages van de buurtteams Overvecht. Hieruit valt op te maken dat er in Overvecht minder casussen worden afgesloten en de doorlooptijd langer is dan in andere wijken van de stad.

9. De conclusie

Uit de analyse van besproken casussen, de caseload van de POH-GGZ en buurtteammedewerkers én de HIS-gegevens, kunnen we concluderen dat in Overvecht een deel van de EPA patiënten die past in één van de vignetten, niet de hulp krijgt die voor hen noodzakelijk is. Een ander deel past niet in één van de vignetten maar valt wel binnen de definitie van EPA (pagina 7). Cliënten hebben geen vertrouwen (meer) in de ggz en gaan er niet meer heen. Anderen schamen zich, al dan niet vanwege hun culturele achtergrond en gaan om die reden de gespecialiseerde zorg uit de weg, of er zijn andere redenen waardoor de zorg niet goed van de grond komt. De basiszorg is onvoldoende toegerust voor de hieruit voortkomende zorgvraag.

De huisartsenpraktijken en de buurtteams die vaak nauw met elkaar samenwerken, behandelen of begeleiden patiënten met ggz problematiek. De mate waarin de problematiek als zwaar wordt ervaren verschilt. Ook het percentage patiënten met EPA varieert per discipline. Dat is niet zo verwonderlijk. Een huisarts heeft contact met patiënten voor zowel medische als psychische problemen. Voor een POH-GGZ is de selectie van ggz problematiek al door de huisarts gemaakt. In de caseload van de POH-GGZ heeft 61% van de patiënten ernstige problematiek. Ook een buurtteammedewerker kan om veel verschillende redenen met cliënten in contact komen. Er blijkt van die cliënten van het buurtteam Overvecht Centrum een percentage van ruim 51 % *ook* een psychisch probleem te hebben.

Diagnoses zijn, ook na inspanningen om het duidelijker te krijgen, niet altijd helder en veel cliënten komen voor praktische zaken bij het buurtteam of gaan met alleen fysieke klachten naar de huisarts, terwijl er meer aan de hand is en zij dan dus niet in de ggz terecht komen. Met name die menging van psychische en lichamelijke klachten in combinatie met sociaalmaatschappelijke problemen maakt dat een generalistische en integrale aanpak wel nodig is.

Dertien procent van de inwoners van de wijk Overvecht in Utrecht ontvangt specialistische hulp voor psychiatrische problemen of verslaving. De sociale cohesie is laag in de wijk en ook de hoge graad van Turkse of Marokkaanse afkomst is van invloed op de mate waarin mensen gezondheidsrisico lopen. Aanzienlijk minder mensen dan in de rest van Utrecht hebben een baan. Daarmee hangt samen dat veel meer mensen in Overvecht rond moeten komen van een bijstandsuitkering, meer schulden hebben, of moeite hebben om rond te komen met hun inkomen. De eenzaamheid is groter en de tevredenheid over de woonomgeving geringer. Het percentage van mensen met een verslaving is lager, dan in de rest van Utrecht. Er zijn ook positieve ontwikkelingen, initiatieven en innovaties in de basiszorg, waardoor bovengenoemde cijfers minder laag uitvallen dan anders het geval zou zijn.

Veel mensen mijden vormen van hulp, zoals een paar keer is genoemd, omdat ze bang zijn voor het oordeel van de gemeenschap, of uit angst dat de kinderen worden afgenomen als Jeugd en Gezin in beeld komt. Dat komt met name voor bij mensen van niet-westerse afkomst. En daarvan is het percentage in Overvecht weer groter dan in de rest van Utrecht.

Met name voor het grote aantal mensen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond is het begrijpen van gezondheidsinformatie in de wijk Overvecht een probleem. Het vraagt van de zorgverleners meer tijd en aandacht om de informatie goed over te brengen.

Met de vignetten studie (Altrecht, 2014) is duidelijk geworden, welke hulp noodzakelijk of gewenst is voor patiënten met EPA, maar niet duidelijk is hoe om te gaan met patiënten die om allerlei redenen niet die hulp ontvangen. Op grond van deze studie is een beschrijving gemaakt, misschien wel een nieuw (soort) 'vignet', waarin meer de complexiteit vervat is.

9.1 Vignet-*O (Onbekend en Onbenoemd)*

De suggestie voor 'Vignet-*O'* (*O*nbekend en *O*nbenoemd) is gedaan op grond van deze studie, door Nikki Makkes (kaderarts ggz i.o.) en haar collega's, om ook de groep in beeld te brengen, die uitsluitend hulp krijgt vanuit de basiszorg, terwijl, wanneer je de vignetten zou volgen, zij in aanmerking zouden komen voor meer intensieve GGZ-zorg.

In de basiszorg is een substantiële groep mensen die niet bekend is in de GGZ, niet aankomt óf (binnen de inclusiecriteria van GB GGZ of S GGZ) geen zorgvraag heeft op GGZ gebied, maar wel tot de EPA groep behoort. Deze noemen wij hier de 'Vignet-*O'* groep (*O*nbekend/*O*nbenoemd). Hieronder is uiteen gezet welke elementen een rol spelen bij het in zorg krijgen van deze groep, om beter te begrijpen waarom deze mensen niet in de GB GGZ of S GGZ worden behandeld.

De elementen zijn in een schema verwerkt om daarmee de complexiteit en de onderlinge dynamiek optimaal inzichtelijk te kunnen maken. Meestal spelen er namelijk verschillende elementen tegelijk een rol en deze beïnvloeden elkaar. De keuzes en het gedrag van het individu worden uiteindelijk door het geheel van elkaar beïnvloedende elementen bepaald.

organisatie van de GGZ	*maatschappelijke factoren*
• Instelling op grote afstand, ver weg • probleem met toegankelijkheid van de GGZ organisatie (zoals contactgegevens onduidelijk, de verstrekte informatie moeilijk te begrijpen, sluit niet aan bij de hulpvraag of verwachting)	• Vervoer (probleem met) • Eigen bijdrage, financiële oorzaak • Lange wachttijd • Maatschappelijke problemen die om voorrang vragen (stapeling van problemen of ernst van problematiek)
persoonlijke factoren	*sociale factoren*
• Lichamelijke beperking, mate van ongezond voelen of zijn • Aan GGZ aandoening gerelateerde eigenschappen (zoals angst, vermijding, initiatiefloosheid) • Karaktereigenschappen (zoals zelfvertrouwen, doorzettingsvermogen, verantwoordelijkheidsgevoel) • Geen hulpvraag hebben, het belang niet zien • Onvoldoende gezondheidsvaardigheden*	• Slechte relatie met de gezondheidszorg** • Schaamte en stigma (omgaan met maatschappelijk en cultuurgebonden taboe)*** • Zorgtaken die om voorrang vragen (kinderen, ouders e.a.)

* Een veel gebruikte indeling in verschillende typen gezondheidsvaardigheden is ontwikkeld door Nutbeam (1998, 2000):

- Functionele geletterdheid: basisvaardigheden in lezen en schrijven om effectief in het dagelijks leven te kunnen functioneren;
- Communicatieve of interactieve geletterdheid: meer gevorderde cognitieve vaardigheden en geletterdheid die, samen met sociale vaardigheden, gebruikt kunnen worden om actief deel te nemen aan dagelijkse activiteiten, om informatie te vinden en betekenis te ontlenen aan verschillende vormen van communicatie, en om nieuwe informatie toe te passen op veranderende omstandigheden;
- Kritische geletterdheid: meer gevorderde cognitieve vaardigheden die, samen met sociale vaardigheden, kunnen worden toegepast om informatie kritisch te analyseren en deze te gebruiken om meer controle uit te oefenen op belangrijke levensgebeurtenissen en situaties.

In dit model leidt een hoger niveau van gezondheidsvaardigheden tot grotere autonomie en meer mogelijkheden om controle uit te oefenen op het eigen leven, met name op het gebied van gezondheid en zorg. Er bestaat ook onderzoek waaruit blijkt dat het niet om een hiërarchie gaat, maar om afzonderlijke vaardigheden die elk weer ander gedrag beïnvloeden. Bron: http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Kennissynthese-Gezondheidsvaardigheden-2014.pdf

** De relatie met of het vertrouwen in de (geestelijke) gezondheidszorg wordt bepaald door opvoeding, onderwijs en cultuur, en daarnaast door ervaringen met de gezondheidszorg. Voorbeelden hiervan zijn: een eerdere behandeling die niet het gewenste resultaat had, een bejegening door een zorgprofessional die onprettig was, het gevoel gediscrimineerd te worden, negatieve verhalen van anderen of in de pers. Een positieve invloed kan uitgaan van een goede relatie met een (zorg)professional, die invloed uitoefent op de toeleiding naar zorg.

*** In de meeste (sub)culturen (zoals: werkomgeving, gezin van herkomst, land van herkomst) waar je in Nederland onderdeel van kunt zijn rust er een taboe op geestelijke aandoeningen en geestelijke gezondheidszorg. Zo kan iemand te maken hebben met de gevolgen van een stigma op meerdere levensgebieden (zoals niet op het werk kunnen vertellen omdat dit je toekomstige kansen mogelijk negatief beïnvloedt, een echtgenoot die niet wil dat de familie er over weet, buren die lastige vragen stellen, eigen schaamte en gevoel te falen).

10. Bronnen

Altrecht, K. S., & Altrecht, Kwintes, SBWU, Victas en KPMG Plexis. (2014). *Vignetten studie.* Zeist: Vectis C.V.

Carlier, B. (2016). *Wijkwijzer-2016 Onderzoek gemeente Utrecht.* Utrecht: gemeente Utrecht.

Delespaul en de consensusgroep. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor psychiatrie 55*, 427-438.

Gemeente Utrecht. (2016). *Volksgezondheidsmonitor Utrecht.* Utrecht: gemeente Utrecht.

NIVEL. (2014). *Kennissynthese. Gezondheidsvaardigheden Niet voor iedereen vanzelfsprekend.* Utrecht: NIVEL.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal, a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Medicine and Health*, 259-267.

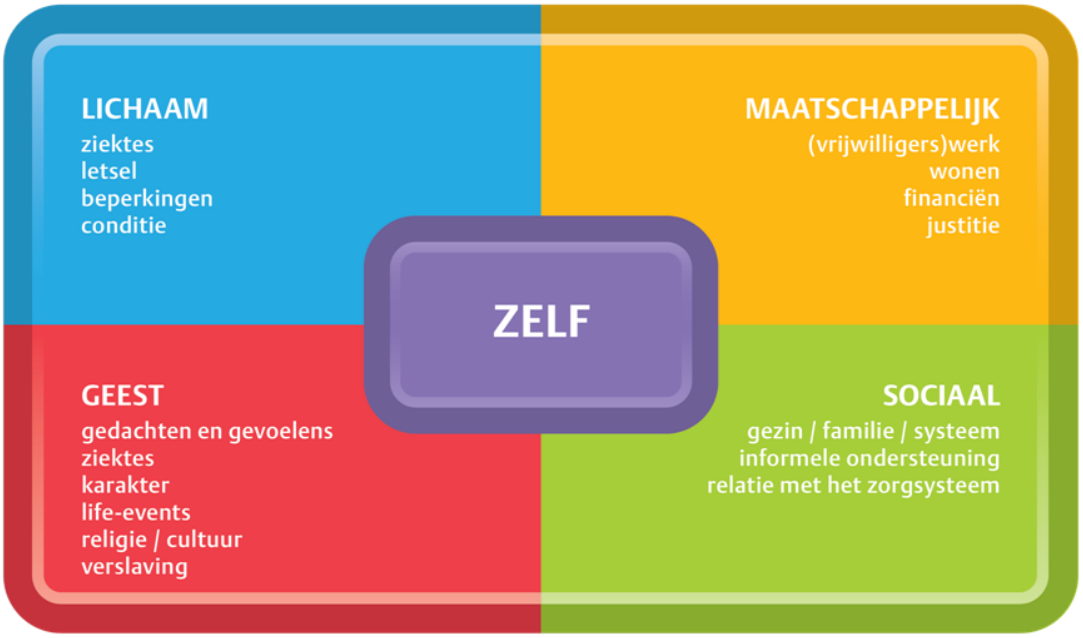
Vijver, O. v. (2015). *Samenwerking bij de zorg voor psychiatrische patiënten in de wijk Overvecht.* Utrecht: gemeente Utrecht.

Wiersma, D. (2015). *Het 4D model, stichting Volte.* Utrecht: stichting Volte.

Wonca International Classification System. (sd). ICPC-2- NL. *International Classification of Primary Care.* Universiteit Gent.

11. Bijlagen

11.1 Bijlage 1. 4D model



4D-MODEL Professional Subitems © Jacqueline van Riet & Nikki Makkes, Stichting Overvecht Gezond

11.2 Bijlage 2. Casus van een huisarts

Betreft een oudere alleenstaande man. VG persoonlijkheidsstoornis

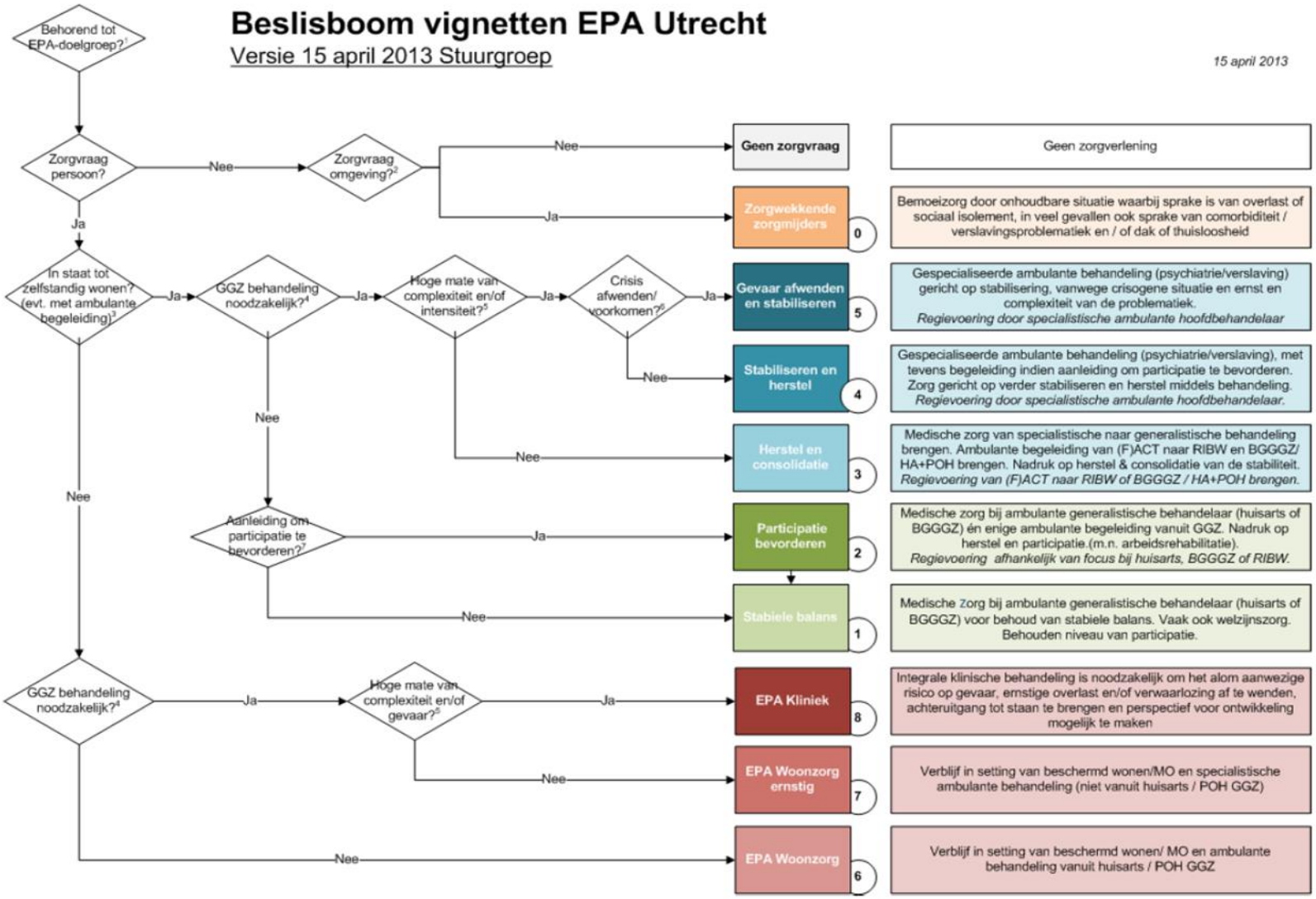
periode	**GGZ Behandeling door**	**Begeleiding door**	**rol huisartsenpraktijk rondom GGZ, coördinatie, regie** (C=consult, V=visite, TC=bellen)	**Rol HA somatische behandeling (HA= huisarts)** (C=consult, V=visite, TC=bellen)
Oktober-december jaar 1	SGGZ (specialistische GGZ)	SGGZ	-HA: inschrijving nieuwe patiënt; kennismaking en dashboard aangemaakt	C-Klacht benen C- CVRM (cardiovasculair risicomanagement)
Januari-juni jaar 2	“	“	-Crisis; HA> probeert contact te krijgen met SGGZ, en neemt expliciet regie (wie doet wat)(meerdere malen TC, 3 x consult) -HA wordt gebeld door behandelaar SGGZ > meneer heeft geen hulpvraag, dus ze willen afsluiten, zullen hem nog 1x bellen, geen actie van de huisarts gewenst (!)	C-Klacht voet, meneer weet niet hoe hij bloedonderzoek moet regelen TC- over gezond eten, vitamines
Juli-december jaar 2	“	“	-HA wordt gebeld door familielid> depressie? -HA verwerkt aangepast behandelplan van de SGGZ in dossier	C-CVRM C- vergeetachtig, somber? C- CVRM
Januari-juni jaar 3	“	“	-Meneer zegt zelf dat hij gestopt is bij SGGZ, HA maakt nieuwe (proactieve) afspraak met hem	V-Buikklachten, spanningen C-controle buik 2xC- bij assistente> uitspuiten oren. 2xC- oren . C-buikpijn

Juli-december jaar 3	Juli: SGGZ sluit de behandeling af	SGGZ +SBWU en daarna alleen SBWU	-Meneer belt praktijk in paniek, wordt te woord gestaan (assistente)en krijgt afspraak HA en recept -HA verwerkt de brief van SGGZ, geen telefonisch overleg over de overdracht van de SGGZ -Verzoek aan HA om rijbewijsformulier (van het CBR)in te vullen> gehonoreerd	C- buikpijn C-CVRM C-benen C-plasklacht C-oog C- CVRM C-benen C assistente> oren uitspuiten
Januari –juni jaar 4	-	April: SBWU stopt, overlegt dit niet met de HA	-Tel contact HA met CBR, nadien met apotheek -TC HA met meneer n.a.v. overleg CBR, meerdere malen, HA coördineert vragen rondom psychofarmaca en CBR	C-CVRM (2x) C-oren C-buik
Juli- december jaar 4	-	SBWU en buurtteam (BT)	-(oktober) Meneer belt HA (3x) > gaat niet goed, SBWU blijkt te zijn gestopt in april (iom meneer maar niet met HA), HA doet heraanmelding SBWU -HA voegt buurtteam (BT) toe (crisis bij meneer) -HA coördineert en heeft frequent contact buurtteam	C-voeten C-plassen V-spanning, niet kunnen eten C-spoed> buik
Januari-juni jaar 5	-	SBWU en BT (overdracht naar nieuw team van BT wegens aanstaande verhuizing)	-C-Eenzaam, lukt allemaal niet, HA coördineert (stemt af met BT), overweegt beweegprogramma -TC- teveel eenzaamheid, samen met BT inzetten op verhuizing naar aanleunflat	C-CVRM C-maag

			-2x C- Veel stress rondom voorbereiding verhuizing> risico op depressie -HA verzoekt crisisdienst om inschatting suïcidaliteit, meerdere malen (ca. 6x)coördinerende telefoontjes met o.a. BT en crisisdienst -C- over wonen en toekomst -multidisciplinair overleg met meneer erbij : HA-BT-SBWU vanwege progressie crisis -Meerdere C en TC over medicatie en spanningen, start –POH-GGZ om regie en coördinatie deels over te nemen van HA	
Juli- december jaar 5	-	SBWU en BT	-POH-GGZ heeft meerdere contacten met BT en meneer -C- gesprek over verhuizing -TC assistente paniek over beltegoed -TC HA met meneer na verhuizing -TC HA BT -C-HA met meneer over spanning -TC HA podotherapeut -TC HA met meneer over spanningen -TC HA met fysiotherapeut	C-CVRM meneer wet niet wanneer hij welke medicatie moet innemen C-voeten V-voeten C-oren C-oren C-CVRM C-voeten C-benen C-CVRM, plassen

			-TC HA met wijk VPK (op haar initiatief, meneer schiet haar steeds aan)	
Januari-juni jaar 6	-	SBWU en BT	-TC HA met SBWU over beloop (gaat achteruit), POH-GGZ> sociaal makelaar inzetten. POH-GGZ Stemt af met SBWU -TC HA met meneer over psychofarmaca -TC HA met sociaal makelaar: laat weten dat het goed gaat en dat ze weer gaat afronden	TC- benen C-CVRM en benen & psychofarmaca C-CVRM, benen C-CVRM, benen C-CVRM, benen C-CVRM, benen TC-buik TC-bloeduitslag C-benen en CVRM C-benen en CVRM C-CVRM benen
Juli-december jaar 6	-	SBWU en BT	TC HA overlegt met geriater TC HA overlegt met SBWU(gaat somatisch achteruit) C-HA met meneer> invullen vragenlijst voor de neuroloog TC HA + assistente om de afspraak ZH te vervroegen TC HA met SBWU over vervoersmiddel en indicatie TC geriater > assistente over vervoersmiddel HA regelt papieren en sluit kort met BT betreffende vervoersmiddel TC HA, spanningen, meneer wil stoppen met roken (SMR)	C-benen en CVRM HA verwijst naar geriater TC-meneer vertelt over geriater> gaat niet beter TC huisartsenpost> benen, gaat niet meer C-oren TC-POH-S over SMR C-CVRM TC-vitaminen (3X)

			HA overlegt met POH-S over SMR TC HA meneer wil beloop vertellen TC HA met meneer, beloop	
Januari-juni jaar 7	-	Lister (voormalig SBWU)en BT	TC overleg HA met geriater TC overleg praktijk-verpleegkundige (VPK)met Lister en met thuiszorg (start na operatie) TC huishoudelijke hulp met de assistente > zorgen m.b.t. gedrag TC overleg HA met Lister TC overleg HA met meneer over sociale vraag	TC assistente liesbreuk C-assistente oren uitspuiten C- benen TC-benen C- benen TC -benen C-benen V-benen C-benen C-benen
Juli-december jaar 7	-	Lister stop, overdracht naar BT (nieuw team?)	TC HA met BT TC HA met zorg coördinator ziekenhuis, opname i.v.m. fractuur TC HA (4x) met meneer vanuit verpleeghuis, voelt zich niet goed daar TC HA over ziektekosten	C-benen en spanningen C-oren en benen TC benen TC benen C-benen C-CVRM TC plasklachten TC benen C-plasklacht TC plasklacht
Januari-juni jaar 8	-	BT	TC thuiszorg met assistente over CVRM TC HA met BT (kent meneer niet goed) TC praktijk VPK met BT	C-benen C-praktijk VPK inventariseren C- assistente oren uitspuiten

			TC praktijk VPK met BT TC HA met meneer over spanningen TC HA met meneer over spanningen TC assistente over financiën TC HA met BT C- HA over toeleiding ziekenhuis TC HA over spanningen TC betreft coördinatie zorg: praktijk VPK en thuiszorg over benen TC HA BT wil overleg over welke intensiteit van begeleiding nodig is voor meneer en wil melden dat deze nu te hoog is voor BT	TC assistente over verkoudheid TC benen C-benen TC benen V-praktijk VPK C- oren

11.3 Bijlage 3. Beslisboom EPA-vignetten