

Middelen

Samenwerking Gebiedsteam ggz en Basiszorg (BT& HA) Utrecht Overvecht 2020

Vooraf

Het Gebiedsteam ggz, de Buurtteams en de huisartsenpraktijken hebben in de proeftuin in de wijk Overvecht Zuid in Utrecht geëxperimenteerd met- en onderzocht wat helpt bij goede en efficiënte samenwerking. Hierbij treft u een verslag van de bevindingen en de voortgang tot het moment van de start van de gebiedsteams in heel Utrecht in maart 2018, met een revisie in februari 2020.

Context in de wijk

In de wijk Overvecht in Utrecht leven veel kwetsbare bewoners, zoals te lezen in het [Wijkgezondheidsprofiel Overvecht 2017](#). Daar tegenover staat dat er in de wijk veel initiatieven zijn, zoals [de wijkaanpak Samen voor Overvecht](#). De zorginfrastructuur van de wijk is al lang in ontwikkeling en er wordt al vele jaren intensief nagedacht over en gewerkt aan goede samenwerking. Een belangrijke uitkomst daarvan is '[Krachtige basiszorg](#)'.

Binnen deze context is in 2015 vanuit de [EPA Taskforce Midden-Westelijk-Utrecht](#) een EPA-proeftuin in onder andere Overvecht Zuid gestart. In 2018 zijn daaruit de [Gebiedsteams ggz](#) voortgekomen. De EPA-proeftuin met het toenmalige team GGZ in de Wijk is verder gegaan onder de naam Gebiedsteam ggz Overvecht Zuid.

Een van de belangrijkste uitdagingen is dat er in Overvecht een grote groep bewoners is die wél (ernstige) psychische aandoeningen heeft, maar die niet in behandeling is bij de GGZ instellingen. Deze groep is meestal wel in beeld bij buurtteam en/of onder controle bij huisarts/POH GGZ. Dit is terug te lezen in het rapport [Niet Alle Bloemen Gaan Naar De Veiling](#). Zowel de capaciteit als de inhoudelijke werkbelasting van **alle** teams die in de wijk werken staat hierdoor al jaren ernstig onder druk. Dit is de laatste tijd vooral rond de huisartsenzorg in het [nieuws](#), maar ook de buurtteams en de Gebiedsteams ggz zelf kampen ermee, en ook andere professionals in de eerste lijn en wijkverpleging merken dit in de dagelijks praktijk.

Visie

Werken in een wijk met relatief veel kwetsbare bewoners vraagt om nadruk op persoonsgerichte aanpak; rekening houdend met omstandigheden, vaardigheden en achtergrond van bewoners. Daarbij is het van belang dat er integraal wordt gewerkt met aandacht voor álle problemen en omstandigheden die van invloed zijn op de (ervaren) gezondheid. Dit vereist -waar nodig- nauwe samenwerking tussen medisch en sociaal domein, basiszorg en specialistische zorg, formele en informele hulp. Ons doel is door nauwere samenwerking de effectiviteit en de efficiëntie te versterken. Uitgangspunt daarbij is om aan te sluiten bij bestaande afspraken en samenwerkingsverbanden tussen professionals en organisaties in de wijk. Er is binnen de Krachtige basiszorg al veel ervaring opgedaan met elementen die goed werken in de wijk. Er wordt inmiddels vooral interdisciplinair samengewerkt in een zogenaamde netwerkorganisatie. Belangrijke elementen hiervan zijn: contactpersonen per team en elkaar kennen (naam, telefoonnummer). Deze contactpersonen zijn de 'linking pins' tussen hun team en de andere teams in de wijk. Elkaar kennen betekent elkaar regelmatig zien. Dit wordt georganiseerd op meerdere niveaus, en in alle organisaties. Ook een lerende omgeving is belangrijk en moet worden georganiseerd. Hierin wordt uitgewisseld over een aantal terugkerende onderwerpen: visie en vak-inhoud, casuïstiek en organisatie. Deze lerende omgeving is nodig op teamniveau, in de wijk én in de organisaties zelf. Visie-dragers hebben hierbij een belangrijke rol.

Inhoudelijk wordt gebruik gemaakt van het [4D-model](#). Het gebruik hiervan vergemakkelijkt de communicatie en ondersteunt de persoonsgerichte en integrale aanpak. De domeinen, vraagstukken en bijbehorende professionals zijn gelijkwaardig en werken samen met de bewoner. Er wordt dus vanuit een biopsychosociale, integrale manier gekeken wat de prioriteit heeft in de aanpak. Hierbij is 'vrije ruimte' nodig, zowel georganiseerd in geld en tijd, als in ieders visie op zijn eigen vakgebied en professionaliteit.

Een beproefde methode in de wijk om complexe casuïstiek te ontrafelen is om dit te doen in een multidisciplinair expertteam. Deze meer adviserende rol is ook een van de ontwikkeltaken van het gebiedsteam ggz.

Soms is de coördinatierol bij iemand beleggen voldoende. Een werkwijze hiervoor is bijvoorbeeld ontwikkeld in Zuilen/Ondiep (de [VICTOR](#)).

Afspraken en werkwijze

In 2015 zijn in de wijk afspraken vastgelegd rondom op- en afschalen in de GGZ ¹. In 2016 is er een addendum toegevoegd over de samenwerking rond CVRM-zorg ². Beide zijn onderlegger in de samenwerking rond de EPA populatie die in zorg is bij betrokken partijen.

Alle teams hebben met schaarste te maken. Er is een gemeenschappelijke wijk-verantwoordelijkheid (inspanningsverplichting) van alle professionals voor alle burgers. Er wordt gezocht naar maatwerkoplossingen die haalbaar zijn.

De teams hebben allemaal een contactpersoon voor de samenwerking Gebiedsteam ggz <->basiszorg.

In de wijk hebben we op een aantal manieren overleg georganiseerd:

1. Periodiek. Voor de contactpersonen is elke 6 weken overleg, alternerend op dinsdag en donderdag. Data zijn vooruit gepland. Hier wordt de voortgang besproken en geëvalueerd. Daarnaast kunnen daar casus worden ingebracht door alle teams (vooraanmelding via Siilo app).
2. Ad hoc. Er is via Siilo een beveiligde app-groep opgericht. Vragen die niet kunnen wachten kunnen ingebracht worden via deze app-groep.
3. Ontmoeting en kennismaking faciliteren van professionals in de wijk.
4. Contactpersonen geven op verschillende manier invulling aan versterking van het netwerk:
 - Bezoeken casuïstiekbespreking (voorbeeld: POH GGZ bij buurtteam)
 - Gaan structureel langs op locatie (voorbeeld: contactpersoon GGZ id wijk bij buurtteam)
5. Deze vormen worden geëvalueerd op het periodieke overleg. Halfjaarlijks leerpunten verzamelen en terugbrengen naar de teams.

Casuïstiek wordt aan de hand van de **volgende vragen** door de aanvrager voorbereid:

- Welke relevante zaken spelen er in de 4-Domeinen, welke info mist er?
- Wat is de hulpvraag van de cliënt/patiënt en wat is mijn hulpvraag aan het team?

Tijdens de bespreken komen de volgende vragen aan de orde

- Kan de hulp via de basiszorg? Argumenten.
- Voorstel? (medisch en begeleiding)
- Follow up?
- Hoe wordt de cliënt/patiënt betrokken? (eigen regie, transparantie)

Op organisatieniveau is het eveneens van belang om elkaar regelmatig spreken en te zien. Op dit moment hebben de managers en coördinatoren een maandelijks overleg over de voortgang van het wijkgericht werken. Hier worden onder andere onderwerpen besproken zoals: voortgang, ervaringen in de praktijk; vraagstukken die uit de casuïstiek naar voren komen (op niveau van organisatie en randvoorwaarden); nieuwe inhoudelijke ontwikkelopdrachten in de samenwerking; gezamenlijke scholing en de andere ontwikkelingen, zoals de implementatie van [Psynet](#) in de wijk. Ook kan hier afstemming over invulling van vacatures plaatsvinden.

Colofon:

Tekst: Sanne Wullems coördinator gebiedsteam Overvecht Zuid (Lister) en Nikki Makkes kaderhuisarts GGZ

Meegelezen door: Willemijke de Vroom buurtteams sociaal, Vincent van Miert buurtteams jeugd

Noot 1

Richtlijn werkgroep Overvecht
Overdracht in de keten van patiënten met EPA
Definitieve geanonimiseerde versie
Oktober 2015, revisie augustus 2019

Doel van de richtlijn:

Deze richtlijn beschrijft de werkwijze bij de overdracht *en* terug verwijzing van cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) vanuit de specialistische GGZ (Gebiedsteams van Altrecht en FACT team Jellinek) naar de basiszorg (huisartsenzorg en buurtteams), maatschappelijke opvang, aanvullende zorg en generalistische basis GGZ in de wijk Overvecht in Utrecht. De richtlijn is tot stand gekomen naar aanleiding van gezamenlijk besproken casuïstiek. Het is een werkdocument dat op basis van voortschrijdend inzicht en ervaringen verder kan worden aangevuld of aangepast.

Uitgangspunten

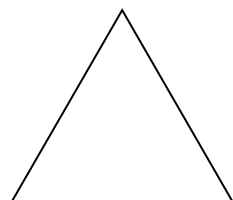
- Veilige, doelmatige zorg.
- Waar mogelijk basiszorg, waar nodig specifieke inzet van GBGGZ, SGGZ of aanvullende zorg.
- In de overdracht afspraken zowel over medische behandeling als de sociaal-maatschappelijke begeleiding (meer gericht op 'wat' en minder op 'hoe').
- Warme overdracht, korte lijnen.
- Zorg op maat, matched care

Visie

Er is een verschil in werkwijze en visie tussen basiszorg-, maatschappelijke opvang, aanvullende zorg, GBGGZ- en SGGZ-medewerkers. Dit betekent dat er in de warme overdracht alertheid moet zijn met betrekking tot wederzijds vertrouwen (wat is de aanpak, competenties, mogelijkheden) en visie (wat is het doel, wat is haalbaar, wat is wenselijk, noodzakelijk).

In de basiszorg vormen de huisartsvoorziening en de buurtteams samen het kernteam dat de samenwerking vorm geeft.

Huisarts



Regelgeving informatie-uitwisseling

Met betrekking tot gegevensuitwisseling: aan rechtstreeks bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst betrokkenen (arts aan medebehandelaar (BIG geregistreerd)) kan de toestemming van de patiënt tot het verstrekken van relevante informatie worden verondersteld Er is dan geen toestemming of machtiging nodig. De patiënt moet wel weten dat de gegevens worden verstrekt, voor welk doel en dat de gegevens ook uitsluitend daartoe worden gebruikt (bron: KNMG). Voor gebruik voor andere doelen en door andere hulpverleners is afzonderlijke gerichte toestemming nodig.

Advies: (alleen *niet* indien behandelaars betreft binnen behandelovereenkomst) bij elke vorm van informatie-uitwisseling eerst expliciet (schriftelijk) toestemming verkrijgen voor die vorm van uitwisseling van informatie. Als de cliënt dit niet wil is dat een (relatieve) contra-indicatie voor overdracht naar een andere organisatie.

Uitleg termen:

Huisartsenteam	huisarts, praktijkverpleegkundige, POH GGZ
Basiszorg	huisartsenteam en sociale buurtteam
Aanvullende zorg	gespecialiseerde ambulante begeleiding
Maatschappelijke opvang	dag- en nachtopvang (eventueel crisisopvang)
GBGGZ	generalistische basis GGZ
SGGZ	specialistische GGZ

Colofon 2015:

Namens Sociale Buurtteams: Ingrid Horstik, Saskia Sulenta, Stefanie Winkel, Yvonne van Baartwijk, Erik Fritschij

Namens stichting Overvecht Gezond: Petra van Wezel, Erik te Biesebeke, Nikki Makkes

Namens Indigo: Henny van Doremalen

Namens Victas: Barbra Velthuizen, Pieter de Vries, Gilbert Thomas, Siekie Nijmeijer

Namens Altrecht: Albert van Keijzerswaard, Peter Broere, Leonieke Beverloo

Namens Lister: Alex Roomer

Tekst: Nikki Makkes

Herziening Augustus 2019 i.s.m. : Elsa Grin, gebiedsteam Overvecht Noord (Altrecht) en Sanne Wullems, gebiedsteam Overvecht Zuid (Lister)

Voorwaarden en afspraken bij overdracht

Afspraken

- De overdragende partij neemt initiatief met betrekking tot welke vorm van overdracht noodzakelijk wordt geacht (telefonisch, vis-a-vis met patiënt/cliënt, wie erbij). Dit is verschillend per casus, maar nooit alleen schriftelijk.
- De overdracht wordt door alle partijen gedragen. Er is geen sprake van eenzijdig besluitvorming.
- Indien nodig kan de behandeling direct worden teruggenomen. Ook als de terugverwijzing langer dan één jaar geleden was.
- Na de crisisinterventie van het Gebiedsteam ggz / FACT-team wordt als mogelijk opnieuw terugverwezen met een warme overdracht.
- Voorstel tot overdracht en het bijbehorende *advies* vindt telefonisch plaats (psychiater of SPV aan huisarts). De betrokkenen uit de driehoek HA-POHGGZ-buurtteam bepalen in gezamenlijk overleg met de andere partijen welke 'poppetjes' zij denken dat nodig zijn in de nieuwe situatie (*plan*).
- Als er zowel op medisch gebied als op sociaal-maatschappelijk gebied overeenkomst is tussen advies en plan, kan de overdracht plaats vinden. Als niet, dan zal een overleg plaats vinden in een op dat moment te bepalen vorm en opstelling.
- De overdrachtsbrief aan de huisarts vermeldt zowel de medische relevante zaken als de afspraken rondom de sociaal maatschappelijke begeleiding (wie en wat).
- Als er alleen een begeleiding-overdracht plaatsvindt (behandeling SGGZ, begeleiding buurtteam, begeleiding vanuit maatwerkvoorziening) wordt dit ook aan de huisarts gemeld.

Checklist voor de overdracht

- Vóór de start van de overdrachtsfase is er een actuele brief (inclusief het bestaande crisispreventie-actieplan) van de SGGZ behandelaar bij de huisarts (<6mnd oud).
- De betrokken teams maken afspraken over de volgende zaken:
- Is er overeenstemming met de cliënt. Schriftelijke toestemming (als nodig).
- Wie zijn er nodig. (functie, naam)
- Welke taak (aanspreekpunt, medicatie, regievoerder).
- Welke doelen (behandeling, begeleiding, wat heeft gewerkt, wat niet).
- Wie moet er een vis-a-vis afspraak met de patiënt.
- Welke risico's of kwetsbaarheden zijn er, wat is het plan/aanpak per benoemd risico/kwetsbaarheid, terugvalpreventie (eventueel crisispreventie-actieplan).
- Overig (Psynet e.a.).

Overdrachtsformulier bevat de volgende items

- Namen, functie (inclusief taak en/of doel), bereikbaarheidsinformatie van betrokken medewerkers.
- Medicatie.
- Crisispreventie-actieplan (als aanwezig).
- Behandel en of begeleidingsdoelen, wie, hoe.

Beschrijving van de bevindingen van de EPA proeftuin in Overvecht Zuid 2016-2018

- Fase nazorg SGGZ wie, wat, hoe lang.

Crisis na overdracht

De organisatie van de opschaling gaat via de huisarts. Deze maakt in overleg met de andere betrokken hulpverleners een inschatting.

Bij een crisis na de overdracht is Altrecht-Gebiedsteam ggz of Victas-FACT-team eerste aanspreekpunt, bij voorkeur de oude behandelaar. De oude behandelaar wordt eerst gebeld. Als dit niet lukt:

- SGGZ, Gebiedsteam ggz Overvecht Zuid
 - Telefoon via balie Altrecht Gebiedsteams ggz 030-230 88 48.
 - Mail via gebiedsteamovervechtzuid@altrecht.nl

Als dit niet lukt: de contactpersoon van het Gebiedsteam ggz Overvecht Zuid:

- Jellinek:
 - Consultatie & Interventie
 - Telefonisch bereikbaar via Algemeen nummer: 088-505 1220
- Toegankelijkheid huisartsen en Buurtteams Utrecht via reguliere nummers (centraal of mobiel).
- Toegankelijkheid Lister
 - Gebiedsteam ggz Overvecht Zuid
 - mail : gebiedsteamovervechtzuid@lister.nl
 - telefoon : 030 - 2076033
 - Gebiedsteam ggz Overvecht Noord
 - mail : gebiedsteamovervechtnoord@lister.nl
 - telefoon : 030 - 2920498
 - Contactgegevens Gebiedsteams

NB: geen patiënt/cliëntgegevens via de e-mail.

Noot 2

Woord vooraf voor *begeleidende* professionals (zoals van buurtteam of Lister) van EPA cliënten (horend bij addendum richtlijn werkgroep Overvecht: samenwerking bij CVRM keten)

Is degene die je begeleidt onder behandeling voor psychosegevoeligheid en/of gebruikt jouw cliënt een antipsychoticum? Rookt hij of zij daarbij ook of is er daarnaast sprake van overgewicht? Dan is het vaak zo dat er sprake is van een verhoogd risico op hart en vaatziekten of op het zogenaamde metabool syndroom (*aanwezigheid van een set risicofactoren die gecombineerd voorkomen, te weten: hypertensie, vetstofwisselingsstoornissen, hyperglykemie en (centrale) obesitas*).

Als je denkt dat dit zo is dan is het belangrijk dat deze risico's in kaart worden gebracht en vervolgd. Deze zorg heet kortweg CVRM (cardiovasculair risicomanagement). De begeleiding hieromheen moet goed worden afgestemd en je kunt daar een belangrijke rol in spelen.

Vraag om te beginnen na bij je cliënt of er controles plaatsvinden (van de bloeddruk, suikerwaarden of het cholesterol). Om de begeleiding hierover af te stemmen is het meestal het handigst om een keer mee te gaan naar het spreekuur van degene die de screening of behandeling uitvoert. (dit is óf de GGZ behandelaar, óf de bij de huisarts (meestal iemand die daar in dienst is zoals de SPV of de POH-somatiek). Daar kun je afstemmen wie wat doet. Jij weet vaak beter wat er in de wijk te vinden is aan ondersteuning; de behandelaar weet vaak wat nodig is. Samen met de cliënt kunnen jullie kijken hoe je omgaat met eventuele motivatie of toeleiding-vraagstukken.

Addendum richtlijn werkgroep Overvecht**Samenwerking CVRM in de keten bij EPA patiënten**

definitieve versie

status: vastgesteld

juli 2016, herzien augustus 2019

(Proces) Afspraken CVRM zorg EPA patiënten Overvecht:

- ☐ Nieuwe patiënt bij FACT of GB GGZ > Bij intake in de GB/S GGZ wordt , als CVRM zorg nodig is of lijkt, standaard telefonisch overlegd met de huisartsenpraktijk om -
 - te inventariseren of er al CVRM zorg plaats vindt
 - af te stemmen of en hoe de CVRM zorg verder wordt georganiseerd (wie en wat)
- ☐ Patiënt al in zorg bij GB/S GGZ> er wordt proactief navraag gedaan bij de patiënt of er al CVRM screening plaats vindt. Hierover wordt afstemming gezocht (telefonisch), zodat vastligt wie wat doet.
- ☐ Als de CVRM screening in de GGZ plaatsvindt wordt het laboratoriumonderzoek standaard ook naar de huisartsenpraktijk doorgestuurd. Dit gebeurt na elke lab-controle. Op dit formulier staat altijd de toedracht (bijvoorbeeld: ter info CVRM uitslag)
- ☐ Zodra er een behandelindicatie is in het kader van de CVRM wordt de patiënt hiervoor overgedragen aan de huisarts middels een warme overdracht, d.w.z. telefonisch of face-to-face.

Taken en verantwoordelijkheden bij de organisatie van de CVRM zorg bij EPA patiënten in de wijk:

- *Toestemming*, nodig voor het uitwisselen van medische gegevens, wordt expliciet gevraagd, waarbij het belang van de samenwerking aan de patiënt wordt uitgelegd.
- *Screening* vindt plaats bij de GGZ (FACT) teams (voorschrijvend arts), tenzij anders afgesproken.
- *Behandeling* van de CVRM groep vindt plaats in de huisartsenvoorziening (POH-somatiek of huisarts).
- *Begeleiding* bij leefstijl wordt gedaan door de *begeleidend hulpverlener*. Dit kan bij FACT, Lister, het buurtteam of de huisartsvoorziening (POH GGZ) zijn en moet dus worden afgestemd. Indien er gespecialiseerde deskundigheid (voeding, bewegen) nodig is voor consultatie of begeleiding wordt deze in overleg met de huisarts of de POH-somatiek ingezet (een diëtiste, fysiotherapeut als bewegingsconsulent. De begeleiding wordt afgestemd op behoefte patiënt en op aanbod in de wijk (beweegmakelaar, groepsaanbod, et cetera).

Beschrijving van de bevindingen van de EPA proeftuin in Overvecht Zuid 2016-2018

- *Compliance-problemen* die worden gesignaleerd bij screening , maar vooral bij behandeling, worden opgepakt door het begeleidende team. Hierover wordt proactief gecommuniceerd.
- *Binnen de organisaties* moet duidelijk wie de CVRM zorg levert, zowel screening (SPV, verpleegkundig specialist, psychiater of huisartsvoorziening), begeleiding (Lister, SPV, buurtteam, POH GGZ) als behandeling (POH somatiek, arts). Hierover worden interne afspraken in de organisaties gemaakt op basis van deze richtlijn.
- Namen, functie, *bereikbaarheidsinformatie* van betrokken medewerkers van de verschillende organisaties worden onderling actief uitgewisseld.
- De uitvoerende professionals worden waar nodig *gefaciliteerd door de GGZ-organisaties* door middel van scholing, spreekuurtijd en apparatuur.

Doel van dit addendum:

Het doel is om afspraken maken over screening, begeleiding en behandeling van cardiovasculair risico bij EPA patiënten die onder behandeling zijn bij de FACT teams van Altrecht en Victas en daarnaast begeleid worden door buurtteam, Lister en, of de POH GGZ in de wijk Overvecht. Er is sprake van **gedeelde verantwoordelijkheid** voor zowel screening, behandeling als begeleiding. Het is dus de verantwoordelijkheid van alle professionals om goed af te stemmen.

Gedeelde verantwoordelijkheid medische behandeling:

binnen de samenwerking

- *de hulpverlener die een nieuwe medische situatie vaststelt, wisselt proactief de relevante medische informatie uit met de andere hulpverleners.*
- *Er wordt zoveel mogelijk gestreefd naar één taal en één plan*

verantwoordelijkheid huisarts

- *De huisarts is de poortwachter van de medische zorg*
- *de huisarts houdt het overzicht over het beleid rond een patiënt, zowel in het medische als in het sociale domein inclusief waar de regie belegd is*

verantwoordelijkheid ggz-behandelaar

- *de ggz-behandelaar brengt bij iedere patiënt in kaart in hoeverre deze zelfstandig de zorg voor zijn of haar lichamelijke gezondheid kan organiseren en wie erbij helpt*
- *de ggz-behandelaar stimuleert contact door de patiënt met de huisarts als dit nodig is*
- *degenen die de screening uitvoert geeft de uitslagen schriftelijk door aan de huisarts*
- *het is de verantwoordelijkheid van de ggz-behandelaar om de huisarts goed op de hoogte te houden van het verloop van de behandeling*
- *bij nieuwe lichamelijke klachten of ziekte stemt de ggz-behandelaar altijd telefonisch met de huisarts af*
- *verwijzing naar een (ander) medisch specialist dient altijd in afstemming met de huisarts plaats te vinden*

verantwoordelijkheid van de apotheker

- *Hierover zijn nog geen afspraken gemaakt.*

Uitgangspunten:

- Veilige, doelmatige zorg
- Groep optimaal in beeld
- Helder wie waarvoor verantwoordelijk is, gedeelde verantwoordelijkheid.
- Korte lijnen
- Zorg op maat, matched care in samenspraak met de patiënt

Achtergrond van dit addendum:

CVRM zorg is belangrijk omdat de levensverwachting van patiënten met EPA 15-20 jaar korter is dan die van gemiddelde Nederlanders. Dit komt door de bijwerking (metabool syndroom ,

Beschrijving van de bevindingen van de EPA proeftuin in Overvecht Zuid 2016-2018

overgewicht) van bepaalde medicatie (antipsychotica) en door de leefstijl van deze groep. Tot slot is dat omdat er vaak een behandelachterstand is (Laursen et al 2009; Nasrallah 2006). Alhoewel er verschillende richtlijnen zijn (zie bronnen) die het belang van screening op *metabool syndroom* benoemen, net als het doen van leefstijlinterventies en het maken van afspraken hieromtrent, zijn deze afspraken op veel plekken nog niet uitgekristalliseerd.

CVRM wordt vanuit het medische domein georganiseerd. We willen echter ***alle partners in de wijk*** op de hoogte brengen van het belang van de screening en hen betrekken bij (het borgen van) de organisatie ervan.

Veel faciliteiten voor preventie en leefstijlbegeleiding en –activiteiten zijn in de wijk georganiseerd. Ook voor de EPA patiënten willen we aansluiten op het Gezonde Wijk aanbod dat met partners in de wijk wordt georganiseerd (o.a. Overvecht Gezond, eerstelijnspraktijken, Harten voor Sport, Indigo, buurtteams, sociaal makelaars). Zo nodig organiseren we een aansluitend aanbod indien er witte vlekken zijn in het aanbod in de wijk voor de EPA patiënten.

Situatie nu:

Op dit moment is het zo dat de screening al in ongeveer een kwart van de gevallen wordt gedaan in de GGZ. Soms is een patiënt echter al onder (CVRM)behandeling of controle in de huisartsvoorziening.

Laboratoriumuitslagen worden soms, ad hoc, en zonder structurele afspraken uitgewisseld tussen GGZ en huisartsenpraktijk. Voor de huisartsenpraktijk is het vaak niet duidelijk waarom een laboratoriaanvraag door de GGZ is gedaan en wat de reden is voor de uitwisseling van gegevens. Deze praktijk betekent voor de patiënt dat de risico's onvoldoende in beeld kunnen zijn en de begeleiding en/of behandeling suboptimaal kan zijn. CVRM is dus zowel voor de patiënten, als de huisartsenpraktijk, als voor de GGZ teams een belangrijk thema om gezondheidswinst te behalen.

De richtlijn en dit addendum zijn tot stand gekomen naar aanleiding van gezamenlijk besproken casuïstiek. Het is een werkdocument dat op basis van voortschrijdend inzicht en ervaringen verder kan worden aangevuld of aangepast.

Bronnen:

1. <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/cardiovasculair-risicomanagement>
2. http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=1818&richtlijn_id=120
3. <http://www.nvasp.nl/node/10>
4. <http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/2015%20documenten/20150401%20Multi%20disciplinaire%20richtlijn%20Somatische%20screening%20EPA.pdf>
5. https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/final_webversie_ha-ggz_sk_lres_10nov11_0.pdf
6. <http://www.knmg.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/71228/Richtlijnen-inzake-het-omgaan-met-medische-gegevens-2010.htm>
7. <https://www.ntvg.nl/artikelen/gezamenlijke-somatische-zorg-voor-patienten-met-een-ernstige-psychische-aandoening>
8. <http://www.henw.org/archief/volledig/id4295-antipsychotica-let-op-metabole-bijwerkingen.html#lv5>

Colofon 2016:

Namens Sociale Buurteams: Ingrid Horstik, Stefanie Winkel, Yvonne van Baartwijk

Namens stichting Overvecht Gezond: Petra van Wezel, Erik te Biesebeke, Nikki Makkes

Namens Indigo: Henny van Doremalen

Namens Victas: Barbra Velthuizen, Siekie Nijmeijer

Namens Altrecht FACT NO&ZO: Albert van Keijzerswaard, Peter Broere, Leonieke Beverloo

Namens Lister: Alex Roomer

Tekst: Nikki Makkes & Peter Broere

Herziening Augustus 2019 i.s.m. : Elsa Grin, gebiedsteam Overvecht Noord (Altrecht) en Sanne Wullems, gebiedsteam Overvecht Zuid (Lister)