

Samenwerking en kennisdeling tussen de verstandelijk gehandicaptenzorg en ggz bij bewoners met psychiatrische problematiek

Inzicht in bevorderende en belemmerende factoren





Samenwerking en kennisdeling tussen de verstandelijk gehandicaptenzorg en ggz bij bewoners met psychiatrische problematiek

Inzicht in bevorderende en belemmerende factoren



Colofon

Opdrachtgever

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Financiering

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, subsidienummer 329429

Projecttitel

Onderzoek naar kennisinfrastructuur over sectoren heen – zorg voor mensen met een verstandelijke beperking én psychische problematiek die in een woonvoorziening verblijven

Projectleiding

H. van der Roest en H. Kroon

Projectuitvoering

M. Planije, A. Lempens, E. Bransen, B. Zwanenburg en H. Kroon

Vormgeving

Canon Nederland N.V.

Beeld

Gettyimages.nl

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF2010**.

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030-297 11 00
F: 030-297 11 11

© 2022, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoudsopgave

| | |
|--|------------|
| Samenvatting | 5 |
| 1 Inleiding | 9 |
| 1.1 Achtergrond | 9 |
| 1.2 Doel- en onderzoeksvragen | 10 |
| 1.3 Leeswijzer | 11 |
| 2 Methoden | 12 |
| 2.1 Onderzoeksopzet | 12 |
| 2.2 Semigestructureerde interviews | 12 |
| 2.3 Actieonderzoek | 15 |
| 3 Kennis en kennisdeling | 17 |
| 3.1 Korte introductie van de drie vgz-instellingen | 17 |
| 3.2 Beeld van huidige kennis en kennisdeling | 20 |
| 3.3 Bevorderende en belemmerende factoren bij kennisdeling | 25 |
| 4 Samenwerking tussen de sectoren vgz en ggz | 30 |
| 4.1 Samenwerking bij signalering | 30 |
| 4.2 Bevorderende en belemmerende factoren in de samenwerking | 31 |
| 5 Verbetering van samenwerking en kennisdeling | 41 |
| 5.1 Gelijkwaardige samenwerking | 41 |
| 5.2 Opheffen schotten en financiële barrières | 41 |
| 5.3 Breng kennis en kunde daar waar nodig | 42 |
| 5.4 Samenwerking in onderwijs en (bij)scholing | 43 |
| 6 Actieonderzoek | 48 |
| 6.1 Initiatief I: Project LVB-ggz | 48 |
| 6.2 Initiatief II: Centrum X | 68 |
| 7 Conclusies en discussie | 83 |
| 7.1 Conclusies | 83 |
| 7.2 Discussie | 85 |
| Dankwoord | 87 |
| Bijlage I Wettelijke kaders | 88 |
| Bijlage II Crisis-en ondersteuningsteam | 92 |
| Bijlage III Overzicht contactmomenten actieonderzoeken | 93 |
| Bijlage IV Topicijst interviews vernieuwende initiatieven | 95 |
| Bijlage V Topicijst voor interviews lessen bestaande situatie | 97 |
| Bronnen | 100 |

Achtergrond

Tussen maart 2020 en februari 2022 voerden we onderzoek uit bij een aantal vgz-organisaties om te achterhalen hoe de huidige samenwerking en kennisdeling tussen de sectoren is georganiseerd voor mensen met een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek in de langdurige zorg. We wilden nagaan wat daarvan en van een tweetal vernieuwende initiatieven geleerd kan worden.

Dit rapport bevat de resultaten van het tweede deel uit het onderzoek 'Verbetering van de kennisinfrastructuur voor bewoners van vgz-instellingen met psychiatrische problematiek'. In het eerste deel stonden de definitie en omvang van de doelgroep centraal. Ook werden de kennisdeling en samenwerking daar kwantitatief bekeken. Zie de rapportages: [Doelgroep definitie ter beschrijving van bewoners met gerontopsychiatrie - Trimbos-instituut \(2020\)](#) en [Bewoners met gerontopsychiatrie in het verpleeghuis en bewoners in een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg met psychiatrische problematiek - Trimbos-instituut \(2021\)](#)

Na dit onderdeel over de huidige situatie in de langdurige zorg volgt het rapport van het derde en laatste deel waarin we – vanuit de integrale bevindingen – komen tot aanbevelingen voor verbetering van de samenwerking en kennisdeling tussen de sectoren.

Aanpak

Dit onderzoek bestond uit twee onderdelen. Ten eerste stonden drie relatief willekeurige vgz-organisaties model: we hielden interviews met vertegenwoordigers van diverse geledingen. Ook spraken we met enkele medewerkers van de ggz-organisaties met wie de instellingen samenwerken. Ten tweede namen we twee vernieuwende initiatieven onder de loep: 1. een samenwerking tussen twee vgz en één ggz-organisatie voor de doelgroep met een licht verstandelijke beperking en 2. een zorgaanbieder die kleinschalig (tijdelijk) wonen en werken aanbiedt voor mensen uit de doelgroep die elders niet (goed) terecht kunnen. In totaal voerden we 21 interviews uit bij de drie vgz-organisaties en zo'n dertig gesprekken en observaties bij de vernieuwende praktijken. De gesprekken en ontmoetingen vonden veelal plaats met professionals vanuit zowel directie en management als begeleiding, verpleging en behandeling. Ook is er een kleiner aantal gesprekken gevoerd met bewoners en naasten en heeft een begeleider namens de onderzoekers korte gesprekken met enkele bewoners gevoerd aan de hand van onze checklist.

Bevindingen

Vanuit de eerdere bevindingen van het onderzoek is duidelijk dat een aanzienlijk deel van de bewoners van vgz-instellingen kampt met psychische aandoeningen. Circa 30% van de inwoners in de vgz heeft psychische problemen, dit wordt vaak **niet herkend**. Lang niet alle professionals die werken met de doelgroep zijn zich bewust van het veelvuldig voorkomen van psychische problematiek. En daarmee ook niet van de noodzaak om hiervoor specifiek behandeling of aangepaste begeleiding te bieden. Er speelt **onbewuste onbekwaamheid**.

Er zijn nog veel **cultuurverschillen** en de samenwerking wordt niet altijd als **gelijkwaardig** ervaren. De sectoren begrijpen elkaar niet altijd even goed, wat samenwerken lastig maakt. Of men ziet de noodzaak niet. De opleidingen zijn nog grotendeels gescheiden. Als studenten van school komen, kennen ze daardoor de vraagstukken vanuit de andere sector niet. Ze zijn vaak onvoldoende voorbereid, wat tot uitval kan leiden.

Er vindt al veel samenwerking plaats tussen de sectoren, meestal op instellingsniveau en veelal zijn de betrokkenen hierover goed te spreken. Tegelijkertijd zien zij nog veel verbeterpunten. De samenwerking is vaak nog **ad hoc**, afhankelijk van personen en vaak **incident gebonden**. Een dergelijke samenwerking is kwetsbaar en – vanwege de kortstondigheid en spoedeisende aanleiding – meestal niet duurzaam.

Uit het onderzoek blijkt dat mensen die werken met bewoners met een verstandelijke beperking en een psychiatrische aandoening bepaalde **kennis tekort** komen. Vooral op het gebied van psychopathologie, behandelaanbod en psychofarmaca. De psychische problematiek wordt vaak niet (goed) herkend en daardoor krijgen bewoners dan niet de begeleiding en behandeling die ze nodig hebben. Begeleiders weten niet altijd wanneer ze moeten doorverwijzen naar de ggz. En als doorverwijzing nodig is, zijn er belemmeringen zoals wachtlijsten en financiële en administratieve drempels die een soepele samenwerking in de weg staan.

Begeleiders in de vgz geven aan **meer kennis en training** te wensen in psychopathologie, weerbaarheid en omgaan met crises. Vaak worden dergelijke trainingen wel aangeboden, maar zijn ze niet in het standaard introductieprogramma van een organisatie opgenomen: er worden dan andere keuzes gemaakt en het komt ook voor dat de werkdruk zo hoog is dat er dan simpelweg geen gelegenheid is om een training te volgen ('cursusstop'). In de initiële opleidingen is volgens de geïnterviewden geen of onvoldoende **intersectorale kennis** opgenomen. Studenten maken in hun studie en stagetijd niet standaard kennis met de andere sector. Bijscholing is niet altijd afgestemd op de behoefte aan praktijkleren waardoor kennis niet altijd beklijft en daardoor onvoldoende wordt omgezet in de praktijk.

Er is veel kennis ontwikkeld over diagnostiek, begeleiding en behandeling van de doelgroep, maar deze kennis is veelal **versnipperd aanwezig** en wordt door professionals niet makkelijk gevonden. In de instellingen zijn de generieke module Psychische stoornissen en ZB/LVB en de MDR Probleemgedrag niet optimaal **geïmplementeerd**. Er wordt niet altijd geprotocolleerd gewerkt. Vooral voor mensen met een matig tot ernstige beperking en psychische aandoening zijn bovendien nog weinig interventies voorhanden en is er geen specifieke kwaliteitstandaard of richtlijn.

Er speelt een grote **personeelskrapte** en personeel wordt moeilijk behouden. Het werk is uitdagend en zwaar en de beloning wordt niet altijd als navenant ervaren. De professionals doen hun werk vooral vanuit grote begeestering, maar vanwege de hoge werkdruk voelen zij zich soms tekortschieten wat risico's van overbelasting en daardoor uitval vergroot. Voor bewoners en hun naasten zijn vertrouwde gezichten juist zo belangrijk, voor het opbouwen van een vertrouwensband en ook om snel te signaleren als het slechter gaat met een bewoner.

Er spelen belemmeringen met betrekking tot de **financiering en wetgeving** om passende zorg en begeleiding te bieden, met name als er zorg vanuit beide sectoren nodig is.

Bevorderende en belemmerende factoren samengevat

| | Bevorderend | Belemmerend |
|---------------------|--|--|
| Samenwerking | <ul style="list-style-type: none"> • Korte lijnen • Wederzijds willen leren • Duidelijkheid over waar welke kennis en expertise te halen is | <ul style="list-style-type: none"> • Niet (h)erkennen en/of verkeerd inschatten psychiatrische problematiek • Schotten in wetgeving en financiering, indicatiestelling • Tekort aan opname-, en behandelcapaciteit • Zorgaanbod vgz- ggz niet sluitend • Twee gescheiden werelden • Personeelstekort |
| Kennisdeling | <ul style="list-style-type: none"> • Multidisciplinair overleg en casuïstiekbespreking, incl. ggz-expertise • Uitwisseling personeel • Gezamenlijke opleiding, scholing • Inzet van ervaringsdeskundigheid | <ul style="list-style-type: none"> • Versnipperd aanbod / onbekendheid met het aanbod • Gebrek aan tijd • Kennis persoonsgebonden, onvoldoende organisatorische inbedding • Onvoldoende kennis, interesse |

Wat nodig is

Wenselijk is om vgz-bewoners zoveel als mogelijk in hun eigen woonomgeving te helpen bij psychiatrische klachten. Omdat de combinatie van een verstandelijke beperking en psychische problematiek zo vaak voorkomt, moeten ook de kennis, capaciteiten en vaardigheden die hiervoor nodig zijn – op of nabij de woonomgeving aanwezig zijn. De professionals die betrokken zijn bij de dagelijkse begeleiding hebben (meer) praktijkgerichte training en kennis nodig om de zorgbehoefte te herkennen en te weten wanneer (en welke) behandeling nodig is.

Om passende zorg en begeleiding te kunnen bieden is het nodig dat schotten in wet- en regelgeving of financieringsbronnen niet belemmerend werken. Hiervoor is wenselijk dat vgz- en ggz-aanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten over de domeinen heen met elkaar samenwerken. Om de kennisdeling en samenwerking in de sector te bevorderen kan ten eerste geleerd worden van de vernieuwende partijen. Ook bestaande samenwerkingen kunnen als basis voor nadere samenwerking dienen.

Om te komen tot duurzame structurele samenwerking tussen de sectoren is het nodig dat drempels worden beslecht. Medewerkers en organisaties moeten zich ervan bewust zijn dat er een andere **taal en organisatiestructuur** geldt en dat de basisbenadering van de cliënt (patiënt/bewoner) verschilt. Met gedrevenheid, een gezamenlijke visie, geduld en (financiële) middelen is het mogelijk tot succesvolle samenwerking en kennisdeling te komen. Hiervoor is een aantal zaken van belang: tijd nemen om elkaars taal, organisatievorm, werkwijze en rolverdeling te leren kennen. Veelvuldige ontmoeting op alle niveaus is daarbij van belang. Dit kan goed samengaan met actieve kennisdeling, bijvoorbeeld door middel van gezamenlijke werk en leerbijeenkomsten waarbij casuïstiek wordt besproken. Ook letterlijke inkijkjes in elkaars praktijk (werkbezoek en uitwisseling) zijn daarbij van belang. Zodat het onderling contact niet beperkt blijft tot enkele enthousiaste voortrekkers en ad hoc contact bij spoedeisende incidenten. Het samenwerkingsproces heeft structurele facilitering in tijd en middelen nodig.

Vanuit samenwerking kan ook de kennisdeling worden verbeterd. Aanbevolen wordt om meer domeinoverstijgend onderwijs te bieden, door reeds tijdens de opleidingen aandacht te besteden aan verstandelijke beperking en psychiatrie. Doordat professionals uit de vgz en de ggz gezamenlijk (bij)scholing volgen. Waarbij er ook voldoende begeleiding en ondersteuning worden geboden (inter- en supervisie) bij de toepassing van kennis. De inzet van ervaringsdeskundigheid is hierbij helpend.

Samenwerking en kennisdeling tussen vgz en ggz lijken momenteel nog sterk persoonsgebonden en incident gedreven. Structurele inbedding tussen de organisaties draagt bij aan borging. Helpend hierin kan bijvoorbeeld zijn het formeren van vaste casuïstiek of expertise teams met professionals uit zowel de vgz als de ggz, waarin ook verschillende rollen aanwezig zijn (diagnose, begeleiding, behandeling, etc.). Dit biedt de kans om elkaars mogelijkheden en expertise beter te leren kennen en het vertrouwen te laten groeien.

1 Inleiding



1.1 Achtergrond

Voor een goede kwaliteit van leven van bewoners met gecombineerde zorgbehoeften in woonvoorzieningen in de langdurige zorg, is optimale kennisdeling en samenwerking tussen de verschillende sectoren in de zorg een vereiste. Het gaat dan bijvoorbeeld om bewoners van instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg (vgz) met psychiatrische problematiek en bewoners van verpleeghuizen met chronische psychiatrische aandoeningen, ook wel gerontopsychiatrie genoemd. Voor deze doelgroepen gaan de kennisdeling en samenwerking tussen zorgsectoren in de dagelijkse praktijk niet vanzelf. Het formuleren van concrete aanbevelingen voor een optimale kennisdeling en samenwerking in de ondersteuning en zorg aan de beide doelgroepen, is de centrale doelstelling van het project *'Onderzoek naar kennisinfrastructuur over sectoren heen - Zorg voor ouderen of mensen met een verstandelijke beperking én chronische psychiatrische problematiek die in een woonvoorziening verblijven'*. Het Trimbos-instituut voert dit onderzoek uit, in samenwerking met de betrokken partijen in het veld. Over de eerste onderdelen van dit onderzoek, een nadere beschrijving van de doelgroep en het bepalen van de omvang van deze doelgroepen zijn aparte publicaties verschenen.

Beschrijving doelgroep mensen met een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek in een vgz-woonvoorziening

Typerend voor bewoners van een vgz-instelling die ook kampen met psychiatrische problematiek is het tegelijkertijd voorkomen van zorgbehoeften op meer leefdoeinen. In combinatie met het lagere verstandelijke en adaptieve niveau van functioneren en de psychiatrische aandoeningen, komen problemen op het gebied van gedrag en sociaal functioneren het meeste voor. Deze bewoners onderscheiden zich het meest van andere bewoners van een vgz-woonvoorziening door hun psychiatrische problematiek en hun gedrag.

Het gaat hierbij om mensen met een lichte, een matige of een ernstige verstandelijke beperking maar ook om mensen met zwakbegaafdheid. De definitie 'verstandelijke beperking' waarmee de studie werd gestart, is daarom niet dekkend voor de beoogde doelgroep. In samenhang met het beneden gemiddeld niveau van verstandelijk functioneren (en in wisselwerking hiermee) is bij hen veelal sprake van achterblijvende sociaal- emotionele ontwikkeling, een disharmonisch intelligentieprofiel en moeite met het uitvoeren van executieve functies.

De bewoners hebben meestal meerdere psychiatrische diagnoses – die zowel formeel vastgesteld als alleen een vermoeden zijn - en daarbij beperkt ziekte-inzicht. Vaak is er sprake van autisme of ASS, PTSS of hechtingsproblematiek. De psychiatrische problematiek is meestal niet acuut. Gedragsproblemen en een geringe impulsbeheersing worden door deskundigen eveneens als typerend genoemd.

Op het domein van lichamelijk en algemeen functioneren is vooral het gebrek aan beweging en het vaak niet zelfstandig kunnen verrichten van algemene dagelijkse levensverrichtingen typerend, met name omdat hierbij stimulans nodig is. Ook voor de zelfzorg is vaak stimulans nodig.

Bewoners van een vgz-instelling die ook kampen met psychiatrische problematiek hebben veelal een geschiedenis van traumatische levenservaringen. Zij hebben problemen met het herkennen en reguleren van emoties en hebben vaak te maken met overvraging. Verder is het kenmerkend dat (de reactie op) verandering in de begeleiding en de interactie met andere bewoners bij hen meer aandacht vragen, in vergelijking met andere bewoners van een vgz-instelling. Hun sociaal netwerk is klein en er is daarbij vaak sprake van verstoorde relaties met familie of anderen. Een zinvolle dagbesteding en het invullen van de vrije tijd zijn voor velen van hen moeilijk te realiseren.

Het gaat veelal om mensen die op verschillende plaatsen binnen de vgz-zorg zijn verbleven, voorafgaand aan hun verblijf in de huidige woonvoorziening. De belangrijkste reden dat zij gebruik maken van een verblijfsvoorziening in de verstandelijk gehandicaptenzorg is hun grote behoefte aan dagelijkse begeleiding vanwege geringe zelf- en sociale redzaamheid.

Deze rapportage richt zich op de tweede pijler van het onderzoek: inzichten opdoen over huidige samenwerking en kennisdeling tussen de sector verstandelijk gehandicaptenzorg (vgz) en de sector geestelijke gezondheidszorg (ggz). Het doel is:

- Inzicht krijgen in bevorderende en belemmerende factoren van samenwerking en kennisdeling tussen de vgz en ggz. Hoe werken organisaties in de vgz en ggz momenteel samen?
- Inzicht krijgen in de actuele problematiek die (nieuwe) samenwerkingsinitiatieven over de sectoren heen ervaren en bijdragen aan oplossingen voor deze problemen.

1.2 Doel- en onderzoeksvragen

Doel van dit onderzoek was inzicht te verkrijgen in de bevorderende en belemmerende factoren in de samenwerking en kennisdeling tussen de vgz- en ggz sectoren in de zorg voor bewoners met een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek binnen vgz-instellingen. De vragen beantwoorden aan de hand van onderzoek bij bestaande en bij vernieuwende praktijken. Daarbij gelden de volgende overstijgende onderzoeksvragen:

1. Hoe werken momenteel organisaties in de vgz samen met de ggz in de zorg voor mensen met psychiatrische problematiek in verschillende typen regio's? Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren hierin?
2. Wat zijn kennislacunes ten aanzien van de doelgroep, welke vormen van kennisuitbreiding worden ingezet? Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren hierin?
3. Wat zijn wensen en verbeterpunten ten aanzien van kennisdeling en samenwerking?

1.3 Leeswijzer

Dit rapport beschrijft de resultaten van twee onderzoeken: interviews bij instellingen en actieonderzoek bij vernieuwende initiatieven. In hoofdstuk 2 beschrijven we de aanpak en werving van de beide onderdelen. De hoofdstukken 3, 4 en 5 beschrijven de resultaten van de interviews bij instellingen. In hoofdstuk 6 staan de bevindingen van de twee actieonderzoeken centraal. In hoofdstuk 7 sluiten we af met een overstijgende conclusie van de geleerde lessen en discussie.

2 Methoden



2.1 Onderzoeksopzet

Het onderzoek naar bevorderende en belemmerende factoren in de samenwerking en kennisdeling tussen de vgz en ggz is uitgevoerd in twee delen. Ten eerste zijn er semigestructureerde interviews uitgevoerd, aangevuld met deskresearch en ten tweede deden we actieonderzoek bij twee vernieuwende praktijken.

Het vertrekpunt van deze verkenningen zijn steeds bewoners van instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg met psychiatrische problematiek. Daarmee staat het perspectief van de vgz meer op de voorgrond dan het ggz perspectief.

2.2 Semigestructureerde interviews

Deelnemers en werving

Om inzicht te krijgen in de huidige stand van zaken van de samenwerking en kennisdeling tussen de sectoren vgz en ggz gingen we na hoe dit landelijk en regionaal al vorm krijgt. Daarvoor selecteerden we at random drie vgz-aanbieders, verspreid over verschillende regio's in Nederland¹. Het streven was om in te zoomen op:

- Eén of twee specifieke woonvoorzieningen voor zorg aan mensen met een verstandelijke beperking en chronische psychiatrische problematiek, variërend in grootte van bewonersgroep;
- Een 'algemene' woonvoorziening voor mensen met een verstandelijke beperking, waar bewoners met en zonder (chronische) psychiatrische problematiek met elkaar wonen.

In de praktijk bleek het niet mogelijk om duidelijk onderscheid te kunnen maken tussen deze woonvormen omdat psychiatrische problematiek door de drie geselecteerde vgz-instellingen niet als belangrijkste indelingscriterium gebruikt wordt bij de toewijzing van bewoners naar woonvormen². Bij de deelnemende vgz-aanbieders zijn we op bestuurlijk-, management-, en uitvoerend niveau nagegaan in hoeverre de organisaties samenwerken en kennis delen met de ggz, wat daarbij belemmerende en bevorderende factoren zijn, welke kennislacunes er bestaan en welke verbeterwensen er zijn. Voor het cliëntenperspectief wilden we in gesprek met (vertegenwoordigers en/of naasten van) bewoners.

1 Bij de selectie hielden we rekening met variatie in regio's. Verder verliep deze min of meer willekeurig: er is vooraf niet specifiek gezocht naar vgz-instellingen met een al bekende samenwerking met de ggz.

2 Bij de toewijzing naar een woonvorm tracht men zo goed mogelijk rekening te houden met individuele factoren van de bewoner. Bijvoorbeeld zijn/haar ondersteuningsbehoeften, gewoonten, gedrag en behoefte aan contact met andere bewoners. De mate van verstandelijke beperking en/of eventuele psychiatrische problematiek is daarin niet (altijd) leidend.

Deelnemende vgz-aanbieders

| | vgz 1 | vgz 2 | vgz 3 |
|----------------------------------|-----------------|---------------|------------------|
| Regio | Noord-Holland | Drenthe | Noord-Brabant |
| Aantal cliënten (Waarvan Wlz) | 1.000 (±600) | 724 (±650) | 6.155 (3.254) |
| Aantal woonlocaties | ±50 | ±60 | ±250 |

De managers van de drie geselecteerde vgz-instellingen werden benaderd en ontvingen informatie over het onderzoek. Wanneer zij aangaven te willen deelnemen, wezen zij op verzoek van de onderzoekers een brede range van (zorg)professionals aan voor deelname aan de interviews. Via de vgz-manager zochten we daarnaast contact met de ggz-organisatie waarmee de betreffende instelling samenwerkte. Ook hier werden na instemming met deelname enkele (zorg)professionals die betrokken zijn bij de samenwerking uitgenodigd tot deelname aan een interview. Voorafgaand aan het interview ontvingen alle deelnemers een informatiebrief met daarin onder meer informatie over het onderzoek en het feit dat deelname vrijwillig en anoniem is. Alle deelnemers tekenden voorafgaand aan het interview een (digitale) toestemmingsverklaring.

In totaal namen we voor dit onderdeel bij de drie vgz-instellingen 21 interviews af (waarvan één interview bestond uit gesprekken van een vgz-professional met drie bewoners). In elk van de drie regio's spraken we ook met tenminste één vertegenwoordiger van de samenwerkende ggz-instelling. Onderstaande tabel biedt een overzicht van alle deelnemers aan de interviews.

Overzicht geïnterviewden naar professie binnen de vgz-organisaties

| Professie | vgz-instelling |
|---|----------------|
| Directeur | 1 |
| Manager Advies, Behandeling en Consult (tevens GZ-psycholoog) | 1 |
| Regiomanager/zorgmanager | 2 |
| Senior persoonlijk begeleider/verpleegkundige | 2 |
| Persoonlijk begeleider | 2 |
| Arts Verstandelijk Gehandicapten | 1 |
| GZ Psycholoog | 1 |
| Orthopedagoog, gedragskundige | 1 |
| Ontwikkelingspsycholoog, gedragskundige | 1 |
| Basispsycholoog, gedragskundige | 1 |
| Afdelingshoofd Intensief Begeleid Zelfstandig wonen | 1 |
| Bestuurssecretaris RvB | 1 |
| Begeleider Intensief Begeleid Zelfstandig Wonen | 1 |
| Kwartiermaker zorginnovatie | 1 |
| Teamcoördinator | 1 |
| Verpleegkundig Specialist ggz/ SPV | 1 |
| Psychiater | 1 |
| Coach cliëntmedezeggenschap/ drie bewoners* | 1 |
| Totaal | 21 |

* De coach cliëntmedezeggenschap heeft met drie bewoners gesproken over wat psychische klachten zijn, wat de bewoner dan nodig heeft en wat helpt.

Overzicht geïnterviewden naar professie binnen de (aan de vgz gelieerde) ggz-organisaties

| Professie | ggz-instelling |
|---|----------------|
| Verpleegkundig Specialist ggz/ SPV | 1 |
| Arts Verstandelijk Gehandicapten | 1 |
| Directie, psychiater | 1 |
| Leidinggevende bedrijfsvoering vervolgbehandeling | 1 |
| Totaal | 4 |

Uitvoering interviews

De interviews gingen in op de vanuit beide perspectieven ervaren bevorderende en belemmerende factoren bij de samenwerking tussen de vgz en de ggz, de kennisdeling tussen beide sectoren, kennislacunes bij de zorg en ondersteuning van bewoners met psychiatrische problematiek en wensen voor het verbeteren van kennisdeling en samenwerking. Ook werd in de interviews ingegaan op (wensen voor) de zorg aan de doelgroep en mogelijke oplossingsrichtingen en verbeterpunten bij de samenwerking tussen de vgz en de ggz. Interviews werden gehouden aan de hand van een vooraf opgestelde topiclijsten (bijlage V).

Gedurende de periode van onderzoek was het als gevolg van de getroffen maatregelen tegen de Covid-19 pandemie niet mogelijk om face-to-face (groeps)interviews te houden. Om die reden zijn alle interviews telefonisch afgenomen. Van elk interview werd met toestemming van de geïnterviewde een audio-opname gemaakt, die getranscribeerd werd.

Cliëntenperspectief

Om zicht te krijgen op het cliëntenperspectief, waren we voornemens om op locatie (groeps) gesprekken te voeren met (vertegenwoordigers van) bewoners en naasten. Ook dit kon als gevolg van de Covid-19 maatregelen geen doorgang vinden. Bij één vgz-instelling heeft een medewerker gesprekken gevoerd met drie bewoners en het verslag hiervan gedeeld met de onderzoekers. Fragmenten uit deze gesprekken zijn opgenomen in dit verslag.

Beschrijving praktijkvoorbeelden en voorbeeldconvenanten

In de interviews werden verschillende samenwerkingsinitiatieven tussen de vgz en ggz genoemd, variërend van consultatie en overleg tot uitwisseling van personeel en een expertisecentrum. Bij wijze van verdieping werkten we enkele van deze samenwerkingsvormen nader uit, door aanvullende interviews af te nemen en documentatie op te vragen. De resultaten hiervan zijn gevat in enkele beschrijvingen van praktijkvoorbeelden die verspreid in dit hoofdstuk zijn opgenomen. Ook zijn twee voorbeelden opgenomen van schriftelijke samenwerkingsafspraken.

Data-analyse

De transcripten van de interviews werden kwalitatief geanalyseerd volgens de principes van thematische analyse. Hiertoe werden alle verslagen in 'rijke beschrijving'³ ingelezen in MAXQDA

3 Afgeleid van 'thick description': deze term uit de etnografie/antropologie (Geertz, 1973) verwijst naar de methode van dataverzameling waarbij naast feiten ook indrukken en contextuele informatie worden vastgelegd, onder meer om de overdraagbaarheid van bevindingen te vergroten. In dit onderzoek zijn de verslagen van de vraaggesprekken verrijkt met citaten en – waar relevant - contextuele informatie.

2020, een softwareprogramma voor kwalitatieve analyses. Analyse was voornamelijk deductief, gebaseerd op de onderzoeksvragen. Inductief werden aanvullende thema's gecodeerd.

2.3 Actieonderzoek

Het tweede onderdeel bestond uit actieonderzoek bij twee vernieuwende praktijken. We beschrijven de werving, deeldoelstelling en het theoretisch kader.

Deelnemers en werving

Voor de werving van de twee initiatieven maakten we gebruik van (contacten vanuit) eerdere projectonderdelen en van raadpleging van de klankbordgroep. De twee initiatieven betreffen:

1. **Project LVB-ggz**, een project van een geformaliseerd samenwerkingsverband (ook wel genoemd 'netwerkorganisatie') van twee vgz-organisaties en een ggz-organisatie. Dit project bestaat uit meerdere onderdelen (o.a. samenwerking in FACT en crisiszorg), waarbij het actieonderzoek zich heeft gericht op deelproject 'Elkaar vinden en kennis delen'. Dit onderdeel richt zich onder andere op scholing en gezamenlijke kennisdeling en advisering op casusniveau.
2. **Centrum X**, een expertisecentrum voor psychiatrie en ontwikkelingsstoornissen. Het gaat om een kleinschalig centrum dat met haar werk de bestaande indeling in sectoren wil overstijgen. De organisatie biedt ambulante hulp (dagbehandeling en dagbesteding) en daarnaast wonen voor 8-10 cliënten (Wlz). Het onderzoek richt zich op de werkwijze bij de zorg (behandeling en begeleiding) aan de wonende cliënten. We kwamen Centrum X op het spoor via een kwaliteitsadviseur gehandicaptenzorg van een zorgkantoor.

Deelonderzoeksvragen

Doel van het actieonderzoek is om samen met de betrokkenen van het vernieuwende initiatief na te gaan of de beoogde vernieuwing het gewenste effect oplevert, namelijk om via betere samenwerking en kennisdeling te komen tot betere zorg aan mensen met een combinatie van verstandelijke beperking en psychische problematiek. Om hieruit bevorderende en belemmerende factoren voor het hoofdonderzoek af te leiden. De volgende vragen stonden centraal in het actieonderzoek.

1. Wat wil het vernieuwende initiatief bereiken?
2. Met welke middelen en activiteiten, en waarom juist deze?
3. Wat is er tot nog toe bereikt en hoe hangt dit samen met de gekozen aanpak?
4. Welke leerpunten voor samenwerken en kennisdelen levert dit op?

Vanwege de beperkte looptijd van het onderzoek en landelijke restricties in verband met de coronapandemie, hebben we beperkt zicht kunnen krijgen op de uitkomsten van de vernieuwende projecten. Vraagstelling 3 kunnen we daarom slechts ten dele beantwoorden.

Aanpak Actieonderzoek

Hoe zijn we te werk gegaan? Als eerste stap bestudeerden we beschikbare stukken over het initiatief zoals een startnotitie, businessplan, vergadernotulen, voortgangsverslagen en andere schriftelijke stukken over de plannen. Naast deze documentanalyse hielden we interviews met

de initiatiefnemer(s) en overige betrokkenen, woonden we besprekingen bij en deden observaties. Het type onderzoeksactiviteiten verschilden per initiatief (zie bijlage III). Op basis van alle verzamelde data reconstrueerden wij de achterliggende 'veranderingstheorie' en onderbouwing ervan. Deze koppelden wij halverwege en aan het einde van de onderzoeksperiode terug aan de projectleiders (project LVB-ggz) respectievelijk bestuurder en teamleiders (Centrum X) van de vernieuwende initiatieven. Dit leidde tot een verdere verheldering en aanscherping van doelen en veranderingstheorie. Daarbij kwamen ook de elementen 'meetbaarheid' en 'borging' aan de orde. Voor de twee praktijken stelden we naar aanleiding van het onderzoek een set met aanbevelingen op die met de contactpersonen zijn besproken en aan hen zijn overgedragen. Deze aanbevelingen zijn niet in de publicatie opgenomen, aangezien zij primair voor de betreffende instellingen zijn opgesteld.

Theoretisch kader

Als theoretisch kader voor de evaluatie kozen we de Theory of Change (ToC) benadering (Snel, 2013). Deze benadering gaat ervan uit dat vernieuwers onderliggende (mogelijk verschillende) vooronderstellingen en aannames hebben over hoe ze hun doel, dat wil zeggen de gewenste vernieuwing, tot stand kunnen brengen. Dit wordt een 'veranderingstheorie' genoemd. Daarbij gaat het niet om een wetenschappelijke theorie maar een handelingstheorie zoals professionals die meer of minder expliciet in de praktijk hanteren.

Kern van de ToC-benadering is het benoemen, verhelderen en analyseren van deze 'veranderingstheorie' door samen met de betrokkenen doelen en activiteiten te benoemen en na te gaan in hoeverre die aannemelijk en haalbaar zijn. Kloppen de onderliggende vooronderstellingen en zijn ze ook uitvoerbaar? Is er een passende relatie met doelen en activiteiten? Tijdens het onderzoeksproces geven de onderzoekers een aantal keer een terugkoppeling van hun bevindingen en bespreken die samen met de betrokkenen. Daardoor kan een gezamenlijk leerproces op gang komen en de veranderingstheorie tussentijds worden bijgesteld en aangescherpt wat de kans op succes verhoogt. Bovendien geeft een analyse van de resultaten en effecten in samenhang met de gehanteerde veranderingstheorie zicht op de werkzame elementen van de vernieuwende aanpak. Niet alleen wordt duidelijk óf de aanpak werkt maar ook hóe de aanpak werkt, bijvoorbeeld onder welke voorwaarden.

3 Kennis en kennisdeling



3.1 Korte introductie van de drie vgz-instellingen

De drie vgz-instellingen die in dit onderzoek centraal staan, bieden zorg en ondersteuning aan mensen met een verstandelijke beperking. De geboden ondersteuning richt zich op verminderen van problemen, het stimuleren van de zelfredzaamheid en een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven. De instellingen geven aan dat samen te doen met de cliënten en hun naasten en samenwerkingspartners.

De vgz-instellingen bieden een breed palet aan woonmogelijkheden: van kleinschalige (zelfstandige) woningen in woonwijken (studio, appartement of groepswoning) tot beschutte vormen van (groeps)wonen op het terrein van de instelling. Het karakter van de woonvoorzieningen loopt uiteen van open tot (zeer) gesloten. Ook de intensiteit en mate van begeleiding, verzorging en ondersteuning varieert, afhankelijk van de behoefte van de bewoners, zo geven geïnterviewden aan. Indien nodig is begeleiding 24 uur aanwezig maar het kan ook gaan om enkele uren ambulante begeleiding per week. De drie vgz-instellingen beschikken allen over multidisciplinaire teams, onder meer bestaande uit persoonlijk begeleiders, arts verstandelijk gehandicapten (avg), verpleegkundigen, Spv'ers, orthopedagogen, verpleegkundig specialisten, logopedisten, bewegingstherapeuten en vak therapeuten. Twee van de vgz-aanbieders beschikten over een eigen psychiater. Uit de interviews komt een sterke betrokkenheid met de doelgroep naar voren.

“Het onvoorwaardelijke in onze aanpak is heel belangrijk. We beginnen elke dag opnieuw met deze mensen. Je moet je boosheid opzij kunnen zetten en zeggen: ik ben er weer voor je. Ook na enorme escalaties – bijvoorbeeld als je letterlijk een half uur bovenop iemand hebt moeten zitten – zeggen wij: zo, kom, we gaan weer verder. Wat waren we zonet aan het doen? Laten we daarmee verder gaan. We doen het voor deze bewoners, niet voor het geld.

Deze mensen hebben ons nodig.”

(Zorgmanager - vgz-instelling)

Respondenten van de vgz-instelling geven aan dat het verblijf, het wonen binnen de vgz-instelling, wordt gezien als (een deel van) de behandeling. Dat geldt ook voor bewoners met psychiatrische problematiek. Belangrijk binnen de vgz-sector is - volgens de geïnterviewden - vooral het bieden van dagstructuur, het stimuleren van sociale contacten en daginvulling. Volgens de respondenten wordt binnen de vgz op een andere manier omgegaan met psychiatrische problematiek dan in de ggz⁴. Genoemd wordt bijvoorbeeld dat men binnen de vgz rekening houdt met (en oog heeft voor) de verwerkingssnelheid en het begripsniveau van de bewoners. Opgemerkt wordt ook dat veelvuldige herhaling belangrijk is. Men waakt voor overvraging. Om zaken te bespreken met de bewoner wordt een inschatting gemaakt van het juiste moment, in plaats van een afspraak op een vast tijdstip. Ook is het binnen de vgz geen probleem als de bewoner een baaldag heeft, dan wordt het gesprek op een ander moment gevoerd. Respondenten noemen dit als voorbeelden van sector-onderscheidende elementen in de expertise.

Voor bewoners met (vermoedens van) psychiatrische problematiek worden in de vgz verschillende behandel- en benaderingsmethodieken toegepast, al dan niet met hulp van externe (ggz-) organisaties. Genoemd worden onder meer: cognitieve gedragstherapie, EMDR, Gentle Teaching en – specifiek voor ouderen met ‘moeilijk verstaanbaar gedrag’ de methode Heijkoop en de methode Vlaskamp. Respondenten geven aan dat het erg lastig kan zijn om te achterhalen of het gedrag van een bewoner veroorzaakt wordt door psychiatrische problematiek of een gevolg is van de verstandelijke beperking.

“Vaak speelt de vraag of een cliënt thuishoort binnen de vgz of de ggz-sector. Daar komen we ook niet altijd uit. Er is niet één eenduidig beeld van de cliënt met zowel een verstandelijke beperking als psychiatrie die per se binnen de vgz of de ggz past. Dat is bij elke cliënt afzonderlijk. Mijn geluk is zegge dat ik verpleegkundig specialist ggz ben. Door mijn opleiding en door mijn ervaring met de LVB-groep heb ik met beide aspecten ervaring.”
(Verpleegkundig specialist ggz - vgz-instelling)

4 Verschillende studies geven aanwijzingen voor kennisachterstand en/of handelingsverlegenheid bij professionals in de ggz. Uit screeningsonderzoek blijkt dat ongeveer een op de vijf nieuwe patiënten in de ggz vermoedelijk een IQ heeft onder de 85, maar dat behandelaren het lagere IQ bij hun patiënten vaak niet herkennen (Wieland en Zitman, 2016). Screenend onderzoek bij opgenomen ggz-patiënten laat zien dat dit percentage bij hen nog veel hoger ligt: vermoed wordt dat 44% van de acuut opgenomen psychiatrische patiënten op ZB/LVB niveau functioneert (Nieuwenhuis, et. al., 2017). Wanneer een verstandelijke beperking onvoldoende herkend wordt, kan de ggz-behandeling stagneren en/of eraan bijdragen dat mensen steeds terug in zorg komen. Ook durven niet alle ggz-behandelaren de behandeling van mensen met een verstandelijke beperking aan, bijvoorbeeld omdat ze niet op de hoogte zijn van aangepaste protocollen (Bureau HHM, 2019). Uit recent onderzoek blijkt dat laagbegaafdheid binnen de ggz veel vaker voorkomt dan in de algemene populatie. Dit vraagt om aanpassingen in de diagnostiek en behandeling binnen de ggz om te kunnen aansluiten op het niveau van functioneren voor deze patiëntengroep (Nieuwenhuis, et. al., 2021).

Ter Illustratie: Gespreksfragment coach cliëntmedezeggenschap met bewoner vgz-instelling

Achtergrond

Bij één van de geïnterviewde vgz-instellingen voerde de coach cliëntmedezeggenschap gesprekken met drie bewoners over het onderwerp psychische klachten. De drie bewoners geven aan dat ze het moeilijk vinden om uit te leggen wat psychische klachten zijn. De coach heeft geprobeerd dit begrip te verduidelijken door voorbeelden te geven van emoties en met behulp van vragen als: *'Ben je wel eens blij? Ben je wel eens verdrietig? Is je hoofd wel eens vol?'* Vervolgens is hier met de bewoners verder over gesproken door vragen te stellen zoals: *'Wat heb je dan nodig? Wat wil je dan het liefst?'*

Coach: Zit je altijd lekker in je vel?

Bewoner: Iedereen zit toch wel eens niet lekker in zijn vel. Ik heb twee begeleiders waar ik mee praat. Beiden praten met mij over andere dingen. Dingen waar ik hulp bij nodig heb. De ene praat met mij over de centen en de ander over hoe ik mij voel. Ik vind het belangrijk dat ze luisteren en mij niet vertellen wat ik moet doen. Als ik praat wordt mijn hoofd leger. Dan kan ik weer nadenken over nieuwe dingen.

Kun je dan ook nadenken over hoe het anders kan?

Ja, dan kan de begeleider met mij praten over hoe het anders kan of hoe ik ervoor zorg dat mijn hoofd niet zo vol wordt. Begeleiders moeten er voor mij zijn, geen oordeel over mij hebben. Ik weet wel dat ik niet alles doe zoals zij doen maar zij zijn ook anders, ik bedoel de begeleiders onderling. We zijn allemaal anders.

Zeg je het altijd als het niet zo goed met je gaat?

Soms wel en soms niet. Aan de begeleiders die ik langer ken en die ik aardig vind zeg ik het wel. Bij anderen niet altijd. Mijn vaste begeleiders zijn voor mij belangrijk, die zien het ook vaak wel. Soms wil ik dat ze het niet zien maar dan doen ze dat toch.

Wat vind je dan fijn?

Dat ze met mij praten.

Wil je dan altijd praten?

Niet altijd maar dan spreken we af wanneer we wel gaan praten. We maken afspraken en luisteren naar elkaar. Ik vind het wel vervelend als ze zich niet aan de afspraken houden.

Welke mensen zijn er nog meer om jou te helpen anders dan je begeleiders?

Mijn broer, en mijn vrijwilliger die ken ik al heel lang. Hij is mijn vriend, als ik hem nodig heb is hij er altijd voor mij. Ik kan hem altijd bellen.

3.2 Beeld van huidige kennis en kennisdeling

Respondenten van de drie vgz-instellingen geven aan dat ze kennis 'in huis' hebben rondom psychiatrische problematiek. Indien nodig kunnen binnen de eigen organisatie meer gespecialiseerde collega's geraadpleegd worden, wordt opgemerkt. Disciplines die daarbij genoemd worden zijn onder meer artsen voor verstandelijk gehandicapten, GZ-psychologen, orthopedagogen en agogisch medewerkers. Tegelijkertijd wordt opgemerkt dat de specifieke kennis en expertise soms ontbreekt om optimale passende zorg te kunnen bieden aan bewoners met een psychiatrische aandoening⁵.

De drie vgz-aanbieders beschikken in mindere mate over in psychiatrie gespecialiseerd personeel zoals B-verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten ggz of 'eigen' psychiaters. Opgemerkt wordt dat de beschikbare kennis en kunde rondom psychiatrie deels ook afhankelijk is van de ervaring en het opleidingsniveau van de medewerkers.

“Er zijn ervaren krachten vertrokken en die worden vervangen door minder ervaren krachten. Dat is van invloed op het niveau en de kwaliteit. Maar over het algemeen vind ik die kwaliteit toch wel redelijk tot goed.”

(Psychiater – vgz-instelling)

“Bij nieuwe collega's moeten we soms echt terug naar de basis. Dus hen dan vragen naar wat het beeld is van de cliënt. Daar gingen ze aan voorbij, door de waan van de dag, drukte, corona etc. Hun kennis en kunde is niet ondermaats maar we zijn ze wel voortdurend aan het sturen.”

(Senior begeleider – vgz-instelling)

“Op het niveau van begeleiders op groepen zie ik wel heel grote verschillen in kennis en kunde. In wat men kan, in wat men aan kan, de inzichten die men heeft. Er zijn ook afdelingen die wat meer gespecialiseerd zijn, zoals de crisisafdeling en meer intensieve behandelafdelingen, daar zie je wel dat het niveau hoger is. Daar werken sinds een paar jaar ook verpleegkundig specialisten en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, om die psychiatrische kennis ook beter binnen te krijgen.”

(Psychiater – vgz-instelling)

5 De interviews leverden geen eenduidig beeld op van welke specifieke kennis gemist wordt. De resultaten uit ons landelijke vragenlijstonderzoek onder vgz-instellingen geven hierin wel richting: Er worden verbeterpunten genoemd bij kennisvergroting, veelal op de gebieden van algemene psychopathologie. Meer specifiek wordt genoemd: meer kennis op het gebied van autisme, psychose, hechtingsproblematiek en persoonlijkheidsproblematiek. Ook omgaan met suïcidaliteit en depressiviteit worden genoemd, en specifiek omgaan met ontsporingen en crisissituaties. Ook wordt kennis van triple problematiek gemist (verstandelijke beperking, psychische problemen en problematisch middelengebruik). De kennisvergroting is zowel nodig op casus- als op teamniveau, blijkt uit de antwoorden. Vaak ook wordt kennistekort genoemd specifiek op de combinatie van de psychiatrische problematiek en de verstandelijke beperking. Er is dan behoefte aan meer kennis om beter te kunnen handelen en een betere begeleiding te kunnen bieden. Sommige respondenten geven aan dat zij graag een psychiater aan het team zouden willen toevoegen om deze kennis te vergroten. Ook wordt gewezen op het belang van scholing. Naast kennis in psychopathologie wordt ook farmacologische kennis gemist.

Bij alle drie de vgz-instellingen wordt kennis gedeeld via regionale opleidingscentra, hogeschoolopleidingen verpleegkunde of sociaal werk. Een van de vgz-instellingen heeft een verkort in-company programma ontwikkeld voor het behalen van het hogeschool-diploma SPH dat is aangepast aan de werksituatie in de gehandicaptenzorg. Ook lopen er wetenschappelijke onderzoekslijnen, via academische werkplaatsen en/of via onderzoek in samenwerking met universitair medische centra.

In de volgende paragraaf gaan we in op de lacunes in kennis en kennisbehoeften die er bestaan. Daarna beschrijven we hoe respondenten de kennis en het handelen zouden willen vergroten.

Lacunes in kennis en kunde ten aanzien van de doelgroep

In de interviews werden verschillende onderwerpen genoemd waarbij sprake is van tekortschietende kennis. Het ging om de volgende thema's.

Onvoldoende kennis van psychiatrische aandoeningen

Opgemerkt wordt dat de kennis van professionals in de vgz soms onvoldoende is om de aard en ernst van de psychiatrische problematiek te kunnen duiden. Men zou meer willen weten van ziektebeelden en hoe daar mee om te gaan. Genoemd werden in het bijzonder psychotische klachten, depressie, hechtingsproblematiek, traumaverwerking, autisme en persoonlijkheidsproblematiek. Het gaat daarbij om de gevolgen van de psychiatrische problematiek voor het gedrag. Dit is bij mensen met een licht verstandelijke beperking soms al lastig, en bij mensen met een matig of ernstig verstandelijk beperking nog complexer, aldus de geïnterviewden. Nauw daarmee verweven is dat het vaak zoeken is naar welke ondersteuningsvorm, welke begeleiding, het best passend is bij psychiatrische problematiek. Dat zijn zaken waarover men graag de kennis zou willen vergroten.

“Meer verdieping over bepaalde problematieken, dus dat wij daar wat meer in geschoold worden. En het vroegtijdig signaleren, dat je op tijd de signalen van ontregeling herkent.”

(Senior persoonlijk begeleider- vgz-instelling)

“De theorie over psychiatrie is heel mooi en overzichtelijk beschreven volgens de DSM-V maar het gedrag van een cliënt kan in de praktijk zoveel verschillende uitwerkingen hebben! Door dat helder te krijgen bij begeleiders denk ik dat eerder ingeschat kan worden op welke wijze de cliënt het beste geholpen kan worden en dat signalen eerder opgepakt worden.”

(Persoonlijk begeleider- vgz-instelling)

“Bij collega's merk ik soms een soort angst voor psychiatrische problemen. Die klachten kunnen we misschien niet oplossen maar wel hoe je ermee kunt omgaan, dat is waar het om moet gaan. Het is een soort angst voor het onbekende maar ook angst voor wat als dit mis gaat; wat moet je dan doen. Onbekend maakt ongeliefd.”

(GZ-psycholoog - vgz-instelling)

Vroegtijdige (h)erkenning van psychiatrische aandoeningen

Uit de interviews komt naar voren dat vgz-professionals andersoortige problematiek (zoals psychische aandoeningen) niet altijd herkennen: er lijkt soms sprake te zijn van blinde vlekken. Volgens respondenten lijkt dit soms ook in de ggz sector het geval te zijn: binnen de ggz wordt lang niet altijd (h)erkend of gezien dat er bij cliënten sprake is van een verstandelijke beperking⁶.

“Het heeft ook echt met onbekendheid te maken. Dat doet me denken aan een keer dat ik (arts avg) er over sprak met een ggz-professional die zei: ‘Jullie cliënten hebben toch al een diagnose, namelijk verstandelijk beperkt?’ [Met andere woorden, dan is er weinig behandeling mogelijk voor de psychische klachten].

Dat ligt aan een gebrek aan inzicht, wat je niet kent dat zie je niet.”

(Arts Verstandelijk Gehandicapten – ggz-instelling)

Volgens geïnterviewden is herkenning van psychiatrische problematiek soms moeilijk omdat het niet altijd uiterlijk zichtbaar is en sterk tussen individuen kan verschillen. Vgz-bewoners zijn niet altijd in staat duidelijk te maken wat er speelt en/of verhullen de psychiatrische klachten. Vaak is onduidelijk of het gedrag veroorzaakt wordt door een psychiatrische aandoening of door de verstandelijke beperking. Het gedrag van de bewoner kan voor de vgz-medewerkers soms moeilijk te begrijpen zijn, er wordt dan wel gesproken van ‘moeilijk verstaanbaar gedrag’. Onduidelijkheid over welke problematiek ‘voorliggend’ is, of verschil van opvatting hierover, weerhoudt en/of belemmert soms de samenwerking tussen vgz en ggz, aldus de geïnterviewden. Dit kan ertoe leiden dat de cliënt niet de meest passende zorg krijgt.

“Op basis van IQ was de cliënt niet verstandelijk beperkt. We bekeken ook het adaptief functioneren en geschiedenis van de cliënt. Op basis daarvan vonden onze professionals dat er geen sprake was van een verstandelijk beperking. Volgens ons werd de beperking veroorzaakt door psychiatrische problematiek. Maar de ggz had – ongetwijfeld ook met goede argumenten – daar een andere mening over. We zien ook steeds meer cliënten bij wie het diffuus is, is het een cliënt voor de vgz of de ggz. Dan wordt vaak ‘allebei niet’ geconcludeerd, waardoor de cliënt nergens terecht kan.”

(Bestuurssecretaris RvB - vgz-instelling)

Wisselwerking verstandelijke beperking en psychiatrie

Respondenten geven aan dat ze niet altijd goed weten hoe te handelen in situaties waarbij bewoners gedrag vertonen waarvan vermoed wordt dat het samenhangt met een psychiatrische aandoening. Vaak is er onvoldoende bekend over de relatie tussen een verstandelijk beperking en de uiting van psychiatrische problematiek. Dit leidt soms tot handelingsverlegenheid, deels uit angst voor het onbekende en deels door weinig ervaring met psychiatrie, ondanks de aanwezige theoretische kennis die er is.

6 Zie ook voetnoot 4.

“Meer kennis, zodat je kan zien in hoeverre het gedrag dat je ziet wordt bepaald door de psychiatrie en in hoeverre door de verstandelijke beperking.”

(Senior persoonlijk begeleider- vgz-instelling)

“Bijvoorbeeld het uiten van suïcidale neigingen, hoe weet je of je het serieus moet nemen? Als het bijvoorbeeld gaat om een bewoner met een matig verstandelijke beperking, zegt die zoiets om aandacht te krijgen of moet er serieus naar gekeken worden? Daar valt zeker kennis te winnen.”

(Kwartiermaker zorginnovatie – vgz-instelling)

Psychiatrische problematiek bij mensen met een matig of ernstig verstandelijke beperking

Respondenten wijzen erop dat de gesignaleerde lacunes in kennis en kunde in nog grotere mate gelden voor de bewoners met een matig of ernstige verstandelijke beperking (mvb/evb) en psychiatrische problematiek. Door de lage cognitieve vermogens is het niet of nauwelijks mogelijk een diagnose te stellen. Er wordt op andere wijzen, bijvoorbeeld door observaties van gedrag en door signalen van het begeleidingsteam en/of naasten, getracht een indruk te krijgen van de psychiatrische problematiek. Het beschikbare zorg- en behandelaanbod voor mensen met een mvb/ evb en psychiatrie is beperkt. Opgemerkt wordt dat – bij gebrek aan beter -vaak medicatie wordt ingezet; ‘een flink deel van de populatie gebruikt – soms al langdurig- psychofarmaca’. Problematisch vinden respondenten daarbij dat het lastig is om te beoordelen of en in hoeverre een bewoner met mvb/ evb gebaat is bij bijvoorbeeld een antidepressivum. Geïnterviewden wijzen erop dat bij de innovaties en verbeteringen rondom diagnostiek en behandeling de doelgroep met een matige tot ernstige verstandelijke beperking niet vergeten moet worden.

Beter delen van kennis en kunde

Uit de interviews komt naar voren dat er nog onvoldoende gebruik gemaakt wordt van al bestaande kennis. Kennis die binnen de vgz-instellingen al aanwezig is, wordt intern nog niet optimaal gedeeld en ook de kennisdeling tussen de vgz en ggz onderling kan beter. Ook geven de respondenten aan dat het voor professionals in de vgz niet gebruikelijk is om de kennis die is verzameld in de zorgstandaarden⁷ toe te passen.

“Vaak weet men niet wat te doen met mensen met een verstandelijke beperking. Het idee bestaat dat verstandelijk beperkte mensen niet behandeld kunnen worden met bijvoorbeeld gedragstherapie of EMDR. Terwijl EMDR zelfs bij mensen met ernstiger vormen van verstandelijke beperking wel degelijk resultaten kan hebben. Ik geef dus ook regelmatig advies over wat er psychotherapeutisch geboden moet worden.”

(Psychiater- vgz-instelling)

Op verschillende wijzen trachten de vgz-aanbieders de kennis en kunde rondom psychiatrie te vergroten en/of bestaande kennis te delen.

⁷ Bijvoorbeeld de generieke module *Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid of lichte verstandelijke beperking* of de *Richtlijn Probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking*.

Interne deskundigheidsbevordering

Er worden diverse vormen van deskundigheidsbevordering ingezet om kennis en vaardigheden rondom psychiatrie te vergroten. Bijvoorbeeld door casuïstiekbespreking, maar ook door trainingen of workshops verzorgd door collega's met ggz-expertise. Of door uitwisseling van ervaringen met medewerkers van andere afdelingen. Ook genoemd wordt dat extern opgedane kennis wordt verspreid- bijvoorbeeld tijdens teamoverleg of lunchreferaten.

“We proberen deskundigheidsbevordering vooral tijdens de team overleggen in te brengen, een stukje kennis per bewoner. En wat de orthopedagoog daarover met ons deelt. Soms vragen we de collega's van de afdeling Meerzorg om extra informatie te geven, specifiek aansluitend op de kennisbehoeften die er spelen.”

(Persoonlijk begeleider- vgz-instelling)

“Op basis van de problematiek die voorkomt bij cliënten in een woning, wordt er specifieke deskundigheidsbevordering georganiseerd. Dan gaat bijvoorbeeld een gedragsdeskundige met een team om tafel om een casus te bespreken, om uitleg te geven over de stoornis, de classificatie daarvan, de mogelijke uitingsvormen van de problematiek, enzovoorts.”

(Manager- vgz-instelling)

“We stellen gedragsdeskundigen ook wel verantwoordelijk voor het doorgeven van scholing. Niet alleen op gedragsdeskundigenniveau maar ook op teamniveau, dus voor de medewerkers die op de groep staan. Op die manier willen we de kennis als een olievlek verspreiden. Ook worden er lunchreferaten gegeven.”

(Gedragsdeskundige- vgz-instelling)

Opleiding en scholing

De drie vgz-aanbieders zijn allen aangesloten bij de vgz Academie, met leertrajecten voor zorg-professionals in de gehandicaptensector, waaronder ook onderwerpen vallen als psychiatrische ziektebeelden. Elk van de drie vgz-instellingen faciliteert en stimuleert dat medewerkers zich blijven ontwikkelen en (bij)scholen. De respondenten geven aan dat zij gebruik kunnen maken van opleidingsaanbod, zowel intern als extern. Over psychiatrie is een ruim scholingsaanbod beschikbaar, aldus de geïnterviewden.

“Onze organisatie heeft een eigen scholingsaanbod, met verschillende leergangen, een daarvan is specifiek voor de doelgroep verstandelijk beperkte mensen en psychiatrie. Het is toegankelijk voor alle medewerkers, dus ook voor de begeleiders en persoonlijk begeleiders. En we hebben opleidingsplekken voor GZ-psychologen en orthopedagogen. We hebben lijntjes met beroepsopleidingen en maken onderdeel uit van de academische werkplaats.”

(Bestuurssecretaris RvB - vgz-instelling)

“We hebben een databank met onlinecursussen waar medewerkers zelf een keuze uit kunnen maken. De cursus 'Psychiatrie in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking' wordt door veel van onze medewerkers afgenomen.”

(Manager- vgz-instelling)

Kennisuitwisseling tussen vgz en ggz

Respondenten vinden het wenselijk dat er tussen vgz en ggz meer kennis gedeeld wordt, maar opgemerkt wordt dat dit nog onvoldoende plaatsvindt. Bij geïnterviewden bestaat de indruk dat er veelal sprake is van eenrichtingsverkeer vanuit de vgz: de vgz raadpleegt wel de ggz maar andersom lijkt dat minder vaak voor te komen. Meerdere respondenten geven aan dat ze graag op een laagdrempelige manier een psychiater zouden willen raadplegen en/of een psychiater aan het team zouden willen toevoegen. Bij één van de vgz-instellingen vindt personele uitwisseling plaats met een ggz-instelling middels een stage. Ook binnen de crisis- en ondersteuningsteams (zie bijlage 2) delen professionals uit de vgz en ggz kennis en kunde.

“Ik vind dat de sectoren vgz en ggz gebruik moeten maken van elkaars expertise. Er zijn genoeg oorzaken die ervoor kunnen zorgen dat het IQ (tijdelijk) beïnvloed is, bijvoorbeeld door depressie, psychose of fors trauma. Dat zou een half jaar later weer anders kunnen zijn als de cliënt goed behandeling heeft gehad. Dat zijn cliënten die je eigenlijk te kort doet door ze in de vgz-sector op te nemen.”
(Verpleegkundig specialist ggz - vgz-instelling)

“Wij (vgz) proberen oprecht heel erg op samenwerking te koersen – dat heb ik ook tijd gegeven, dat is noodzakelijk – maar we ervaren dat niet heel erg terug. Het zou eigenlijk niet afhankelijk moeten zijn van goede individuele relaties.”
(Verpleegkundig specialist ggz - vgz-instelling)

“Op bestuurlijk niveau wordt steeds vaker de connectie gelegd tussen vgz en ggz. Het is heel belangrijk dat we veel meer van elkaars bestaan weten! We moeten elkaar beter weten te vinden. Maar je ziet dat het allemaal nog heel erg afgebakend is tussen sectoren.”
(Manager- ggz-instelling)

3.3 Bevorderende en belemmerende factoren bij kennisdeling

In de gesprekken met de vgz-aanbieders informeerden we naar factoren die kennisdeling bevorderen of belemmeren. Helpend voor het delen van kennis is bijvoorbeeld als vgz en ggz-professionals elkaar makkelijk kunnen vinden en als er een wederzijdse wil is om te leren. Kennisdeling wordt onder meer bemoeilijkt door schotten in wetgeving en financiering, de ‘twee gescheiden werelden’ en personeelstekort. We geven een weergave van de belangrijkste opmerkingen.

Bevorderende factoren voor kennisdeling

Bevorderend voor kennisdeling is als er regelmatig multidisciplinair overleg en casuïstiek-besprekingen plaatsvinden. Belangrijk daarbij is voldoende betrokkenheid en beschikbaarheid van professionals met ggz expertise (psychiater, GZ-psycholoog, verpleegkundig specialisten, etc.). Respondenten wijzen erop dat als vgz en ggz-professionals gezamenlijk opleiding/scholing zouden volgen, dit kansen biedt voor kruisbestuiving en het uitwisselen van ervaringen en expertise. Ook zien zij kansen voor kennisdeling via uitwisseling personeel (middels detachering, stages). Helpend voor het delen van kennis is dat professionals uit de vgz en ggz elkaar kunnen tegenkomen, als men bij elkaar op de werkvloer kan kijken. Deels vindt dit al plaats, bijvoorbeeld binnen de crisis- en ondersteuningsteams, Factteams en via de academische werkplaatsen.

Belemmerende factoren voor kennisdeling

Belemmerend voor kennisdeling is volgens de geïnterviewden een gebrek aan tijd, door de drukte van de alledaagse praktijk. Ook genoemd wordt dat professionals niet altijd voldoende op de hoogte zijn van, of interesse hebben voor, problematiek die buiten het 'eigen' domein ligt. Ter illustratie worden voorbeelden genoemd van psychiaters (werkzaam in de ggz) die zichzelf niet bekwaam achten om in gesprek te gaan met mensen met een verstandelijke beperking. Of het stilvallen, handelingsverlegen zijn van professionals binnen een vgz-instelling als een bewoner met psychotische klachten lijkt te kampen of suïcidale gedachten uitspreekt.

“Bij het vergroten van kennis en de uitwisseling van kennis speelt deels ook desinteresse en onwetendheid een rol. Sommige medewerkers denken: ‘dat is niet mijn pakkie an, dat doen de experts maar’. Dat speelt binnen vgz-instellingen tussen de verschillende werkniveaus. Een vergelijkbare ‘bloedgroepscheiding’ zie je soms ook tussen de verschillende sectoren.”

(Directie – ggz-instelling)

Dat de vgz en ggz vaak nog twee gescheiden werelden zijn, is volgens respondenten terug te zien bij opleidingen en scholing maar ook bij symposia of congressen. Een gemiste kans volgens de geïnterviewden, omdat dit juist gelegenheid kan bieden voor uitwisseling. Tot slot wordt opgemerkt dat kennisdeling vaak ad hoc plaatsvindt, op individueel niveau, zonder structurele inbedding binnen - of tussen - de organisatie(s). Omdat kennis vaak persoonsgebonden is, bestaat het risico dat die kennis bij personele wijzigingen 'de deur uitloopt'.

“Die [ggz] kennis is niet in huis. De ggz-instelling zit op een steenworp, maar onze werelden zijn gescheiden. Ik ken de psychiater, die komt hier vier keer per jaar, en ik kan tussendoor bellen maar er is geen structureel lijntje. Als een cliënt traumabehandeling nodig heeft, kunnen we dat niet zelf, dan worden ze verwezen [naar de ggz] en die wachtlijsten zijn enorm. Die samenwerking hangt erg op personen, niet op structuren.”

(Arts Verstandelijk Gehandicapten – vgz-instelling)

Praktijkvoorbeeld uitwisseling personeel vgz en ggz

In de provincie Noord-Holland wordt al samengewerkt binnen het crisis- en ondersteunings-team (zie bijlage II). Daarnaast loopt een samenwerkingsinitiatief tussen een vgz-instelling en een ggz-instelling waarbij ervaring opgedaan wordt met personele uitwisseling. Vgz-medewerkers lopen twee dagen per week stage bij de ggz-instelling. Tot op heden hebben een senior persoonlijk begeleider/verpleegkundige (Niveau 4) uit het team EVB+ en een begeleider vanuit het team Individueel begeleid zelfstandig wonen stagegelopen op een afdeling voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening en een licht verstandelijke beperking en/of op een Acute Opname Afdeling. De teams van deze afdelingen bestaan uit respectievelijk 10 en 27 medewerkers.

Er is een leerovereenkomst opgesteld waarin de vgz en ggz-instelling vastleggen dat zij openstaan voor wederzijdse uitwisseling en dit willen faciliteren.

Na een eerste evaluatie is besloten een vervolg te geven aan de samenwerking. Vanwege de Covid-19 pandemie, was de personele uitwisseling tijdelijk niet mogelijk. Het voornemen is om dit na de zomer van 2021 weer op te starten.

Aanleiding voor dit samenwerkingsinitiatief was dat de vgz-instelling te maken kreeg met een toenemende complexiteit in de zorgvraag van cliënten, waarbij ook psychiatrische problematiek een rol speelt. De vgz-instelling heeft daarom het initiatief genomen tot contact met de ggz over de mogelijkheid van kennisoverdracht vanuit de praktijkdoor middel van een stagemogelijkheid.

De eerste indrukken van de betrokken geïnterviewden zijn positief. Zij noemen de volgende leerpunten en opbrengsten:

- De kennis die medewerkers opdoen tijdens de stage draagt eraan bij dat cliënten een meer passende benadering krijgen: waar houd je rekening mee als je cliënten benadert, op welke signalen van psychische problematiek moet je alert zijn, hoe kan je inspelen op gedragsuitingen waarbij psychiatrie mogelijk een rol speelt, etc.
- Professionals van beide instellingen hebben meer expertise verworven en kunnen daardoor meer verbreding en verdieping in hun werkzaamheden krijgen. Door de inbreng van de expertise en ervaring van de vgz-medewerker, heeft de ggz-instelling kennisgenomen van het perspectief van mensen met een verstandelijke beperking.
- De vgz-instelling heeft door de opgedane leerervaringen meer inzicht gekregen in psychiatrische problematiek en mogelijke benaderingswijzen hierbij. De vgz-medewerker die stage heeft gelopen wordt binnen zijn organisatie soms gevraagd zijn kennis over psychiatrie te delen; in dat geval deelt hij zijn stage-ervaringen.
- Door informeel contact en onderlinge samenwerking is het mogelijk om laagdrempelig contact met elkaar te hebben op casusniveau.
- Deelnemers ervaren de samenwerking middels de stages als een succesvolle wijze van kennisoverdracht. De huidige samenwerkingsvorm is (financieel) haalbaar met betrekking tot bezetting/personele inzet.
- De uitwisseling van personeel in de vorm van stages biedt aanknopingspunten voor uitbreiding van samenwerking. Er wordt nagedacht over een eventuele samenwerking binnen FACT in de toekomst.

Er werden ook enkele punten van aandacht genoemd:

- Zorg vooraf voor duidelijkheid over de invulling en wederzijdse verwachtingen van de stage.
- Belemmerend is het personeelstekort/ de krapte op de arbeidsmarkt. Als vgz-medewerkers extern stagelopen, moeten deze uren worden opgevangen door andere personeelsleden. Dit maakt het lastig om structureel vorm te geven aan (het financieren van) uitwisseling van personeel.

De wens bestaat bij de vgz-instelling om – in een rustig tempo - een langdurig vervolg te geven aan samenwerking met de ggz instelling(en). De gedachte is dat wanneer er meer kennis in huis is, signalen eerder worden herkend en interventies eerder ingezet waardoor mogelijk (acute) crisis(opname) voorkomen wordt.

Ter illustratie: Gespreksfragment coach cliëntmedezeggenschap met bewoner vgz-instelling

Achtergrond

Bij één van de geïnterviewde vgz-instelling voerde de coach cliëntmedezeggenschap gesprekken met drie bewoners over het onderwerp psychische klachten. De drie bewoners geven aan dat ze het moeilijk vinden om uit te leggen wat psychische klachten zijn. De coach heeft geprobeerd dit begrip te verduidelijken door voorbeelden te geven van emoties en met behulp van vragen als: 'Ben je wel eens blij? Ben je wel eens verdrietig? Is je hoofd wel eens vol?' Vervolgens is hier met de bewoners verder over gesproken door vragen te stellen zoals: 'Wat heb je dan nodig? Wat wil je dan het liefst?'

Bewoner: Ik kan heel druk worden, ook heel boos, ik weet niet altijd waarom. Ik vind het erg als dit gebeurt. Ik schaam me dan ook. Ik wil anderen geen pijn doen. Dat weten mijn begeleiders ook.

Coach: Weet je ook waarom dat gebeurt?

Soms wel en soms niet.

Wat wil je dan het liefst?

Alleen zijn maar dat is niet altijd verstandig omdat ik dingen kan doen waar ik later spijt van heb. Ik leer nu om meer te praten zodat ik die dingen dan niet hoeft te doen.

Lukt dit?

Het gaat wel beter.

Ben je dan ook trots op jezelf?

Mijn begeleiders zeggen dan dat ik het goed heb gedaan. Ze zijn er voor mij. Dat vind ik fijn. Vooral mijn persoonlijk begeleider, die praat elke keer met mij, ik kan haar alles vertellen.

Als zij er nu niet is hoe gaat het dan?

Dan moet ik naar de andere begeleiders, dit vind ik niet zo leuk en ook wel eens moeilijk. Vooral nieuwe mensen die kennen mij niet. Dat vind ik niet leuk. Dan doe ik deur wel eens op slot.

Hoe leren ze jou kennen?

Door niet aan mijn hoofd te zeuren met alles wat ik moet doen, juist even iets leuks met mij te doen. Wandelen ofzo even alleen iets doen zonder iedereen erbij.

Hoe weten ze als het niet goed met jou gaat?

Dat zien ze vaak wel, dan zeggen ze volgens mij moeten we even praten. Dit wil ik niet altijd maar het is wel even goed, dat weet ik. Met mijn vaste begeleiders heb ik de afspraak om elke dienst even te zitten samen, ik kan dan vertellen wat ik leuk vind aan de dag en soms ook wat ik stom vind. Dan praten we met elkaar.

Wie kan jou allemaal helpen?

Mijn begeleiders, mijn mentor en soms komt 'P' (de orthopedagoog) met mij praten. Ik kan dan alles zeggen. Alleen nu krijg ik een nieuwe die ik niet ken dat vind ik niet leuk. Ik moet eerst wennen.

4 Samenwerking tussen de sectoren vgz en ggz



In de interviews zijn we nagegaan hoe de (eventuele) samenwerking tussen de drie vgz-aanbieders en de ggz ten behoeve van mensen met psychiatrische problematiek er momenteel uitziet. Daarnaast informeerden we naar factoren die de samenwerking bevorderen of juist belemmeren.

4.1 Samenwerking bij signalering

Bij (vermoedens van) psychiatrische problematiek bij bewoners zoeken de vgz-organisaties eerst intern samenwerking over wat er aan de hand kan zijn. Daarvoor worden primair de collega's geraadpleegd met (enige) kennis van psychiatrische stoornissen.

“Als een cliënt zich anders gedraagt dan we gewend zijn, overleg ik eerst met mijn collega's. We staan met drie personen op de groep, dus er is ruimte om met elkaar mee te kijken bij afwijkende gedragingen.”

(Persoonlijk begeleider - vgz-instelling)

“Binnen mijn werk heb ik altijd een hulplijn: ik kan altijd een van onze behandelaren (GZ-psycholoog) bellen, of de manager, maar ook collega senior begeleiders. Het is echt iets dat we met zijn allen doen en delen. We hebben ook een psychiater in dienst, die raadplegen we alleen als we echt zijn vastgelopen met een cliënt. Of als we twijfelen of iemand wel of niet in een psychose zit, dat is niet altijd duidelijk. Wij kunnen alleen vermoedens uitspreken over de psychische aandoening, het vaststellen is aan de psychiater.”

(Senior persoonlijk begeleider - vgz-instelling)

“Binnen onze crisisafdeling zijn de lijnen zo dat de teamleider, de behandelaar en een verpleegkundig specialist of psychiater samen met de Arts Verstandelijk Gehandicapten (avg)-arts, heel nauw communiceren, met heel korte lijntjes. Zij maken duidelijke afspraken: wie doet de monitoring van de cliënt, wie neemt contact op met het team van begeleiders, wie doet de observatie van toe of afname van het gedrag, wanneer opschalen met medicatie, wat zetten we in aan niet-medicamenteuze interventies, enzovoorts.”

(Verpleegkundig specialist ggz - vgz-instelling)

Wanneer de eigen kennis en kunde niet afdoende is, wordt regelmatig (maar niet altijd) de ggz geraadpleegd, bijvoorbeeld voor advies en consultatie. Ook wordt ad hoc op casusniveau samengewerkt, met name bij (het voorkomen van) crisissituaties. Consultatie en adviesvragen gaan vaak over kenmerken van psychische aandoeningen en over welke gevolgen dat kan hebben voor het gedrag. Om de aard en ernst van de psychische problematiek daadwerkelijk te kunnen vaststellen, is diagnostiek door de ggz noodzakelijk. Ook wordt advies gevraagd aan de ggz over passende behandeling, al dan niet medicamenteus. Wanneer de vgz-instelling

zelf niet de expertise in huis heeft om de psychiatrische problematiek adequaat te behandelen, komt het voor dat de ggz wordt ingeschakeld voor ambulante of (poli)klinische behandeling. In (dreigende) crisissituaties – bijvoorbeeld wanneer er vermoedens zijn van psychotische klachten en/of suïcidale uitingen- doen de vgz-instellingen ook een beroep op de ggz. In de interviews wordt genoemd dat het hierbij kan gaan om het inschakelen van de crisisdienst maar ook om het bespreken van de mogelijkheid van tijdelijke opvang door de ggz. Opgemerkt wordt ook dat er binnen de bestaande (zorg)ketens vaak al min of meer 'automatisch' wordt samengewerkt. Bij de drie vgz-instellingen vindt samenwerking met de ggz op verschillende wijzen plaats, onder meer binnen Factteams, expertisecentra, bij casuïstiekbesprekingen en/of crisis- en ondersteunings-teams (zie ook bijlage 2 en de praktijkvoorbeelden in de tekst). De vorm en intensiteit van de samenwerking varieert.

“Er zijn samenwerkingsvormen rondom FACT. Maar het is beperkt.”
(Psychiater - vgz-instelling)

“Binnen het crisis- en ondersteuningsteam werken we samen met de ggz. Er zitten begeleiders in vanuit de vgz en ook Spv'ers vanuit de ggz. We zien dat dit ook inhoudelijk echt meerwaarde heeft, wederzijds: de Spv'ers worden blij van de kennis van de begeleiders uit de vgz en andersom.”
(Directeur - vgz-instelling)

4.2 Bevorderende en belemmerende factoren in de samenwerking

Bevorderende factoren voor samenwerking

In de interviews werden verschillende factoren genoemd die bevorderend zijn voor samenwerking.

Korte lijnen, persoonlijk contact

Het is bevorderlijk voor samenwerking als professionals uit de vgz en ggz elkaar weten te vinden, op een laagdrempelige manier. Het beeld komt naar voren dat dit vooral het geval is bij contacten tussen individuele professionals rondom individuele cliënten. Het is helpend als men snel contact kan leggen voor vragen of advies. Daarbij is het gunstig als professionals uit de vgz en ggz elkaar kunnen ontmoeten en als men bij elkaar op de werkvloer kan kijken.

“Die samenwerking, dat is een blijvend punt om aan te werken. Hoe persoonlijker het contact is met de medewerkers van de andere sector, hoe beter het verloopt is mijn ervaring. Tegelijk maakt dat het ook heel kwetsbaar, want bijvoorbeeld als ik vakantie heb dan vrees ik soms al dat zaken niet goed gaan lopen. Dat is dan wel erg afhankelijk van één persoon.”
(Verpleegkundig specialist ggz - vgz-instelling)

[Naar aanleiding van een situatie waarbij een bewoner psychotisch ontregeld was]:

“Ik had een psychiater willen raadplegen, maar die kreeg ik niet, want het was geen crisis. Ik kon dus niks. Ik werd bij het eerste het beste loket tegengehouden. Mijn 'lijntje' was toen met vakantie. Dan hang je dus een beetje.”
(Arts Verstandelijk Gehandicapten – vgz-instelling)

Bovenstaande citaten laten ook zien dat samenwerking op individueel niveau kwetsbaar is: bij personele wijzigingen, (langdurige) ziekte of vakantie stopt de samenwerking.

Wederzijds willen leren

Respondenten noemen dat het voor samenwerking prettig is als er een wederzijdse wil bestaat om van elkaar te leren. Dat veronderstelt naar hun idee een open houding, wederzijdse betrokkenheid en met elkaar willen meedenken. Ook respect voor elkaars expertise (vgz- ggz) hoort daarbij.

“Er was een casus met een bewoner voor wie de reguliere wijze van afnemen van de EMDR niet paste. Toen hebben we echt gezamenlijk met de ggz bekeken wat nou wel goed zou passen voor de bewoner.

Dat heeft tot heel mooie resultaten geleid.”

(Persoonlijk begeleider - vgz-instelling)

“We bekeken het samen: welke problematiek is voorliggend en waar past iemand dan het beste. Dat werd elkaar gegund, omdat je elkaars expertise erkent.

En daarnaar handelt. Daar staat dan het belang van de cliënt echt centraal.”

(Zorgmanager - vgz-instelling)

Duidelijk waar welke kennis en expertise te halen is

Ook is het, volgens de respondenten, bevorderlijk voor samenwerking als duidelijk is welke kennis en expertise waar te halen is, zowel binnen als buiten de eigen organisatie.

“Wat in onze regio wel is gedaan, is het bijeenbrengen van een aantal mensen met verschillende expertise. Zodat die benaderd kunnen worden door medewerkers met vragen. Bijvoorbeeld iemand met autisme kennis, iemand met kennis over psychiatrie, over begeleidingstechnieken. Daar valt nog wel wat winst te behalen, het is nu nog afhankelijk van wat de medewerkers er zelf mee willen.”

(Kwartiermaker zorginnovatie - vgz-instelling)

“Ik heb wekelijks contact met een verpleegkundig specialist van de ggz. Mijn ervaring is wel dat als ik het met hem inhoudelijk goed afgestemd krijg, dat de rest daarna wel volgt.”

(Verpleegkundig specialist ggz - vgz-instelling)

“Binnen onze vgz-instelling zijn veel verschillende disciplines werkzaam, we werken multidisciplinair. (...) In het diagnostische deel kunnen we nog winst halen door meer samenwerking met ggz organisaties, die daar de juiste instrumenten voor hebben, en instrumenten uit te wisselen.”

(Gedragskundige - vgz-instelling)

Belemmerende factoren voor samenwerking

Naast de bevorderende factoren werd in de interviews ook een aantal zaken genoemd die de samenwerking tussen vgz en ggz belemmeren. Een aantal van de factoren die kennisdeling belemmeren (zie §3.3.2), zijn ook van toepassing bij samenwerking. Daarnaast worden nog andere knelpunten genoemd.

Knelpunten door schotten in wetgeving & financiering, indicatiestelling

De benodigde zorg en begeleiding voor vgz-bewoners met psychiatrische problematiek wordt vanuit verschillende financieringsstromen bekostigd. Wetgeving, indicatiestelling en financiering zijn nauw met elkaar verweven en in de praktijk leidt dat soms tot knelpunten⁸. Voor een beknopte toelichting bij de wettelijke kaders, verwijzen we naar bijlage 1.

“Soms hebben cliënten wel specifieke behandeling van de ggz nodig maar hoe dat vorm krijgt is dan weer heel afhankelijk van de financieringsvorm, de indicatie van de cliënt. Wij hebben deze cliënt in behandeling genomen maar we krijgen daar geen financiering voor. Omdat het CIZ⁹ concludeert dat deze cliënt niet in aanmerking komt voor een Wlz-indicatie en van mening was dat er geen sprake was van een verstandelijke beperking... Ja, wat dan? Zo kun je echt uren bezig zijn met een cliënt en dan gaat het alleen over financiering. Waarbij de gemeente naar de Wlz wijst, de Wlz wijst naar de zorgverzekeringswet (ZVW) en wij kunnen geen ZVW-gefinancierde zorg leveren.”

(Bestuurssecretaris RvB - vgz-instelling)

Volgens geïnterviewden staan schotten in wetgeving en financiering een goede samenwerking soms in de weg. De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvggz) en de Wet zorg en dwang (Wzd) worden als belemmerend voor samenwerking ervaren, in het bijzonder rondom crisissituaties met cliënten. Zorgaanbieders dienen óf de Wzd óf de Wvvggz toe te passen bij een cliënt. De zorgbehoefte van de bewoner, of anders gezegd, de voorliggende verstandelijke beperking of psychiatrische aandoening, bepaalt onder welk regime hij/zij zou moeten vallen. Respondenten geven aan dat dit veronderstelt dat duidelijk is welke beperking of aandoening op de voorgrond staat (“voorliggend is”) maar volgens hen is dit in de praktijk niet altijd het geval. Daar komt nog bij dat het geen statisch gegeven is welke problematiek voorliggend is: dit kan aan verandering onderhevig zijn. In de praktijk leidt dit soms tot veel discussie tussen de vgz en ggz, zoals onderstaande citaten illustreren.

8 De citaten laten zien welke belemmeringen de respondenten ervaren en/of welk beeld zij daarvan hebben. Het handelen wordt door deze ervaringen en/of dit beeld beïnvloedt, ook al zijn de feitelijke situatie en mogelijkheden soms anders.

9 Centrum Indiciestelling zorg.

“Door de Wvggz mag de ggz niet langer cliënten met een verstandelijke beperking opnemen. Ook mogen ze geen verstandelijk beperkte mensen beoordelen in het kader van een rechterlijke machtiging of inbewaringstelling. Dus dat wat er lag aan goede samenwerking met de ggz is door de nieuwe wetgeving om zeep geholpen. De ggz zegt eigenlijk dat ze niets meer kunnen betekenen voor mensen met een verstandelijke beperking.”

(GZ Psycholoog – vgz-instelling)

“De Wzd en de Wvggz die naast elkaar bestaan, is bij sommige casussen een belemmerende factor. Je kunt weliswaar gebruik maken van een overbruggingsfase, dat een cliënt tijdelijk onder een ander regime geplaatst kan worden. Maar onze instelling kan geen verplichte zorg leveren vanuit de Wvggz omdat we niet aan de voorwaarden voldoen.

Dat maakt dat we daarin afhankelijk zijn van de ggz aanbieder. Dat kan het soms wel complex maken rondom een cliënt.”

(Bestuurssecretaris RvB - vgz-instelling)

Knelpunten ervaart men ook rondom de indicatiestelling door het CIZ. Enkele geïnterviewden merken op dat het een knelpunt is dat cliënten alleen in aanmerking komen voor Wlz gefinancierd verblijf in de vgz, als de verstandelijke beperking is vastgesteld voor het 18^e levensjaar (zie bijlage 1). Daarnaast wordt opgemerkt dat het regelmatig voorkomt dat ggz-instellingen geen behandeling verlenen aan cliënten met een IQ-niveau lager dan 70.

“De indicatiecommissie hanteert het criterium dat de verstandelijke beperking al voor het 18e levensjaar moet zijn vastgesteld. (...) Op inhoud wil iedereen heel graag samenwerken maar op indicatie en dus op financiering en wet-, en regelgeving is het mega ingewikkeld.”

(GZ Psycholoog – vgz-instelling)

“Over een verstandelijk beperkte cliënt die al heel lang in de ggz behandeld wordt voor zijn psychotische stoornis, zijn wij samen met de ggz van mening dat deze cliënt beter af is in een vgz-instelling. Omdat de omgeving daar beter aansluit bij de verstandelijke beperking. We proberen al heel lang voor deze cliënt een vgz-indicatie aan te vragen. Dat is echter onmogelijk omdat de indicatiecommissie zegt dat niet aantoonbaar is dat voor deze cliënt voor zijn 18e levensjaar een verstandelijk handicap gediagnosticeerd is. Dat is een hard criterium dat gehanteerd wordt. Zo vallen veel cliënten tussen wal en schip.”

(GZ Psycholoog – vgz-instelling)

“Waar we tegenaan lopen is bijvoorbeeld als de ggz zegt dat zij niets kunnen doen omdat het IQ van de cliënt te laag is, terwijl wij er zeker van zijn dat er psychiatrische klachten spelen. Ze doen bij twijfel vaak psychologisch onderzoek en als daar dan een verstandelijke beperking aan het licht komt, dan zegt de ggz dat ze niets met de cliënt kunnen.”

(GZ Psycholoog – vgz-instelling)

Tekort aan opname-, en behandelcapaciteit

Respondenten wijzen ook op de tekorten aan opname-, en behandelcapaciteit binnen de ggz, met als gevolg lange wachtlijsten voor vgz-bewoners. Dit bemoeilijkt de samenwerking tussen beide sectoren en draagt eraan bij dat passende zorg onvoldoende beschikbaar is.

“De wachtlijsten voor behandeling zijn vaak vrij lang. En mijn ervaring is dat de meeste mensen met een verstandelijke beperking niet zo goed kunnen wachten....

Dus dan hoeft het vaak al niet meer voor ze.”

(Gedragsdeskundige – vgz-instelling)

“Een groot knelpunt is het capaciteitsprobleem.

Voor bepaalde vormen van therapie, zoals psychomotorische therapie, CGT of EMDR zijn wachtlijsten van een jaar!”

(Verpleegkundig specialist ggz - vgz-instelling)

Aanbod vgz- ggz sluit niet op elkaar aan

Een andere genoemde belemmerende factor is dat het aanbod van de ggz niet of onvoldoende aansluit op de behoeften en mogelijkheden van mensen met een verstandelijke beperking. Dit – in combinatie met de wachtlijsten - zorgt er soms voor dat de vgz-instelling ervoor kiest een eigen hulpaanbod te ontwikkelen in plaats van met de ggz samen te werken.

“Wat ik zag is dat de verpleegkundigen binnen de ggz geneigd zijn om op ‘normaal’ niveau te communiceren met de patiënten met een verstandelijke beperking. Ze voeren dan hele verhalen tegen een patiënt maar die is het na drie zinnen al kwijt.”

(Leidinggevende bedrijfsvoering vervolgbehandeling – ggz-instelling)

“Bij mensen met een verstandelijke beperking kan er weinig beroep gedaan worden op de cognitieve vaardigheden. Dan moet je behandeling op andere manieren vormgeven. Bij verstandelijk beperkte mensen zou het moeten gaan om ervaringsleren, niet door cognitie.”

(Arts Verstandelijk Gehandicapten – ggz-instelling)

“We zien bij veel van onze cliënten dat de behandeling in de ggz stopt, omdat het toch niet aansluit op de cliënt. Dus het tempo van de behandeling, de manier van spreken, dat sluit gewoon niet aan. Dat is ook de reden waarom we zelf een aanbod hebben ontwikkeld.”

(Bestuurssecretaris RvB - vgz-instelling)

Verschillen in visie en cultuur

Meerdere geïnterviewden wijzen erop dat de vgz en de ggz nog te veel gescheiden werelden zijn. Men spreekt van ‘*verschillende bloedgroepen*’ en ‘*uiteenlopende visies*’. Gechargeerd wordt het beeld geschetst dat men er binnen de vgz-sector vooral op inzet om bewoners zo prettig en zinvol mogelijk de dag te laten doorkomen, met een daarbij passende bejegening. Dat wordt

afgezet tegenover het beeld van de ggz-sector waar de nadruk vooral ligt op behandeling van patiënten, gericht op herstel.

“De vgz-sector is toch meer gericht op acceptatie van problematiek en minder herstelgericht zoals de ggz.”

(Arts Verstandelijk Gehandicapten – ggz-instelling)

“De vgz begeleiding is gericht op sociale redzaamheid, het bieden van structuur. Dat kunnen wij goed, die aanpak heeft effect. De ggz handelt vanuit heldere landelijke protocollen, de ggz standaarden. Die zijn duidelijk beschreven. Maar dat botst soms met de (maatwerk) aanpak binnen de vgz-sector. Niet uit onwil maar omdat het niet goed op elkaar aansluit.”

(Verpleegkundig specialist ggz - vgz-instelling)

Tussen de vgz en ggz sectoren lijkt soms sprake van enige argwaan, een zekere scepsis ten opzichte van elkaar, die samenwerking in de weg staat. Opgemerkt wordt dat professionals in beide sectoren soms geneigd zijn te denken ‘het beter te weten’. Dat kan ertoe leiden dat misschien minder (snel) samenwerking wordt gezocht dan wenselijk voor de cliënt.

“Vaak zijn ze bij ons (vgz) beter af. De ggz behandelt ze als patiënt, ze gaan uit van een ziektebeeld en proberen dat met medicatie onder controle te krijgen. Wij gaan meer in op het begeleidingsaspect.”

(Zorgmanager - vgz-instelling)

“Als ik heel eerlijk ben, kan ik geen moment noemen waarin we een cliënt hebben doorgestuurd naar de ggz, als die cliënt al bij ons was opgenomen. Het gaat dan meer over de ambulante cliënten, die je niet als crisis kunt opnemen binnen de eigen organisatie omdat er op vgz-grond geen crisis aanwezig is. Als een van onze bewoners kampt met psychische klachten, moet het wel heel ernstig zijn willen we een cliënt overplaatsen naar de ggz.”

(Verpleegkundig specialist ggz - vgz-instelling)

“En er is ook wel een soort van wantrouwen, die in de weg staat. Ook omdat we het soms zelf ook menen beter te weten.”

(Zorgmanager - vgz-instelling)

Personeel

Geïnterviewden wijzen erop dat er binnen de vgz-sector sprake is van een tekort aan personeel en een hoog personeelsverloop. Dat personeelstekort draagt eraan bij dat er minder tijd is voor opleiding (bij een van de drie deelnemende vgz-instellingen was het scholingsaanbod tijdelijk opgeschort) en uitwisseling van personeel. Als er structureel sprake is van te weinig beschikbare tijd, kan dit leiden tot minder kennis en expertise en minder goede kwaliteit van zorg. Een hoog personeelsverloop staat op gespannen voet met het belang van bewoners die gebaat zijn bij veiligheid en vertrouwen, hiervoor is het helpend als er vaste gezichten zijn en begeleiders die

de bewoner 'echt' kennen. Om aan te kunnen sluiten bij de persoonlijke behoeften en ook het (h)erkennen van psychische problemen is het volgens de geïnterviewden nodig de bewoner echt te willen kennen en 'zien' als mens.

Opgemerkt wordt ook dat het moeilijk is om 'goed gekwalificeerd' ggz-personeel te vinden voor de vgz. Een deel van de verklaring daarvoor is - volgens respondenten - dat voor de vgz en ggz verschillende Cao's gelden, waarbij over het algemeen de keuze voor de ggz financieel aantrekkelijker lijkt te zijn. Genoemd wordt dat potentiële werknemers bij de keuze tussen werken in de vgz of ggz-sector soms denken dat de vgz onvoldoende uitdaging biedt. Het vooroordeel dat er met cliënten met een verstandelijke beperking weinig mogelijk is in de behandeling van psychiatrische problematiek speelt daarbij een rol.

"Het is heel moeilijk om personeel met een ggz opleiding te vinden dat wil werken binnen de vgz. Dat komt toch ook door het vooroordeel dat je binnen de vgz minder serieus werk doet."
(GZ-psycholoog – vgz-instelling)

"Het beeld bestaat dat er niet genoeg 'gekkigheid' en dynamiek in de vgz-sector is. De vgz is langzamere sector, dat maakt ook dat de dynamiek anders wordt ervaren. Cliënten wonen bij wijze van spreken wel 40 jaar bij ons. Dat draagt bij aan de beeldvorming."
(Directeur – vgz-instelling)

Praktijkvoorbeelden van samenwerkingsafspraken: 'Omgaan met crisissituaties' en 'Overeenkomst consultatie'

Achtergrond

In de provincie Noord-Brabant geven een vgz-instelling en een ggz-instelling werkenderwijs invulling aan samenwerking. Aanleiding was de toename van zorgvragen op het gebied van Multi problematiek, in het bijzonder op het snijvlak van verstandelijke beperking en bijkomende (psychiatrische) problematiek.

Een van de geïnterviewden formuleert het als volgt:

"We zien nog vaak dat als de cliënt naar de ggz gaat, het niet aansluit. Ik vind dat we als organisaties uit verschillende sectoren moeten uitzoeken hoe we samen wel een passend aanbod kunnen doen. Zodat een cliënt van ons ondersteuning blijft krijgen maar ook vanuit de ggz, zodat we elkaar ook kunnen versterken."

Ook wijzigingen in wet- en regelgeving, zowel op het gebied van onvrijwillige zorg (Wzd en Wvggz) en het openstellen van de Wlz voor mensen met psychische/ psychiatrische problematiek versterken de behoefte aan intensievere vormen van samenwerking.

"We kunnen als vgz-instellingen geen verplichte zorg leveren vanuit de Wvggz omdat we niet aan de voorwaarden voldoen. Dat maakt dat we daarin afhankelijk zijn van de ggz"

aanbieder. Dat kan het soms wel complex maken rondom een cliënt. Want dan moet de cliënt eigenlijk over naar de ggz, terwijl dat niet altijd wenselijk is. Daar gaan we nu ook naar kijken in de samenwerking: hoe kunnen we het rondom die wettelijke domeinen wat gemakkelijker doen?"

Als eerste stap in de intensivering van de samenwerking tussen beide organisaties, zijn medio 2021 afspraken gemaakt in twee overeenkomsten op het grensvlak van vgz en ggz. Deze afspraken worden naar verwachting begin 2022 definitief vastgesteld.

Aanpak

Over de omgang met crisissituaties hebben de organisaties een uitgebreide set afspraken op papier gezet. We geven hier een bewerkte weergave van de tekst:

Omgaan met crisissituaties

Werkwijze wanneer bij een cliënt van de vgz-instelling een psychiatrische crisis wordt vermoed:

Binnen kantoortijden

- *Verricht een gekwalificeerde professional¹⁰ van de vgz-instelling de eerste inschatting;*
- *Wanneer deze professional inschat dat Multi problematiek speelt of psychiatrische problematiek voorliggend is, neemt deze professional contact op met de APH¹¹-triagist van de ggz crisisdienst;*
- *De triagist van de ggz-crisisdienst bepaalt in overleg met de vgz-instelling of, waar, door wie en wanneer de cliënt gezien moet worden;*

Buiten kantoortijden

- *De vgz-instelling organiseert bereikbaarheid voor crisisbeoordeling. Te allen tijde kan een Arts verstandelijk gehandicapten (avg) telefonisch bereikt worden ter consultatie.*
- *In onvoorziene gevallen zal de ggz crisisdienst ook zonder voorgaande beoordeling door een gekwalificeerde professional, na triage, de beoordeling doen bij cliënten van de vgz-instelling waarbij vermoedelijk sprake is van voorliggende psychiatrische problematiek;*
- *De ggz crisisdienst kan ook buiten kantoortijden in voorkomende gevallen adviseren alsnog een 'gekwalificeerde professional' te laten inschatten, in de vorm van de huisarts(-enpost) (als de vgz-instelling geen gedragsdeskundige of dienstdoende Arts verstandelijk gehandicapten (avg) kan inzetten);*
- *De ggz crisisdienst beoordeelt of er sprake is van een psychiatrische crisis en bepaalt welk vervolg nodig is. De uitkomst van de beoordeling en de gestelde geïndiceerde zorg wordt overgenomen door de ontvangende partij (vgz of ggz), waarbij er achteraf altijd ruimte is om te reflecteren op casuïstiek;*

10 De vgz-instelling richt dit proces gedegen in. Een gekwalificeerde professional wordt in dit licht gedefinieerd als een avg of een gedragsdeskundige.

11 Acuu Psychiatische Hulpverlening.

- *Als er binnen kantoortijden een acute opname noodzakelijk geacht wordt voor een vgz-cliënt (los van juridische status en financiering) kan direct worden geschakeld met crisisbemiddeling van de vgz-instelling met de intentie opname bij de vgz-instelling te realiseren. In het geval van een Wlz-indicatie wordt plaatsing georganiseerd door de crisisregisseur van het zorgkantoor. Buiten kantoortijden loopt de plaatsing via Stevig Dichterbij, waarbij de vgz-instelling terugplaatsing garandeert voor cliënten uit haar werkgebied.*
- *Als ambulante zorg door de (L)vgz-sector na crisisbeoordeling wordt geïndiceerd, kan er worden geschakeld met crisisbemiddeling van de vgz-instelling voor het plannen van een intake. De vgz-instelling spreekt de intentie uit om de cliënt zo spoedig mogelijk te zien voor intake met uiterlijk overname zorg 28 dagen na crisisbeoordeling. Gezamenlijk wordt bekeken hoe eventueel overbruggingszorg georganiseerd kan worden tot overname zorg.*
- *In alle gevallen kan de APH-triagist en de crisisdienst van de ggz-instelling consultatief een beroep doen op de expertise van Arts verstandelijk gehandicapten (avg) (en vice versa).*

Wanneer een opname nodig is in de samenloop Wzd en Wvggz

Tot 1 januari 2020 was de BOPZ van kracht waarin de wettelijke basis voor gedwongen zorg voor mensen met een psychiatrische stoornis, verstandelijke beperking of psychogeriatrische problematiek verankerd lag. Met ingang van 1 januari 2020 is de BOPZ vervangen door de Wvggz (ggz) en de Wzd (vgz en PG). Hierdoor is het noodzakelijk sluitende afspraken te maken over de verantwoordelijkheden van de ggz-instelling en de vgz-instelling.

Algemene uitgangspunten:

- *De ggz crisisdienst blijft meldingen van alle crisissen ontvangen (ook wanneer vgz voorliggend is). De APH-triagist van de (gezamenlijke) crisisdienst¹² schat in of er sprake is van voorliggende psychiatrische of vgz-problematiek en werkt volgens de onderstaande richtlijnen;*
- *De vgz-instelling is zelf verantwoordelijk voor Wzd-beoordelingen binnen kantoortijd bij bekende cliënten¹³;*
- *De ggz crisisdienst voert de Wzd-beoordelingen buiten kantoortijd uit voor de vgz-instelling;*
- *Wanneer door de APH-triagist wordt ingeschat dat psychiatrische problematiek bij een vgz-cliënt in belangrijke mate (mee-) speelt, dan zal de ggz/psychiater (ongeacht bekend/onbekend, ongeacht binnen/buiten kantoortijd) gevraagd worden voor de beoordeling, waarbij de vgz-sector voorziet in consultatie door een Arts verstandelijk gehandicapten (avg) aan de psychiater (en uiteraard vice versa);*
- *Cliënten met een Wvggz (CM) worden binnen 24 uur opgenomen bij een ggz-instelling¹⁴;*

12 Met de gezamenlijke crisisdienst wordt bedoeld dat de 7x24 uren bereikbaarheidsfunctie óók door professionals vanuit de vgz (avg-artsen) en Psychogeriatric (Specialisten Ouderengeneeskunde) wordt vormgegeven.

13 Bij de vgz-instelling bekende cliënten zijn alle cliënten aan wie de vgz-instelling behandeling (niet zijnde begeleiding/ondersteuning) biedt (dus klinisch verblijf, FACT). In feite zijn alle cliënten met een regiebehandelaar etc. 'bekend'.

14 Meestal zal de opname plaats vinden bij de ggz-instelling tenzij er onvoldoende capaciteit beschikbaar is. Bij een acute opname in het kader van de Wvggz is de ggz-instelling verantwoordelijk voor het plaatsen (ook elders).

- *Cliënten met een Wzd maatregel (IBS) kunnen niet worden opgenomen bij een ggz-organisatie. Binnen kantoor tijden zorgt de crisisregisseur vanuit de zorgkantoren voor opname binnen 24 uur bij een vgz-instelling. In het geval van cliënten zonder Wlz-indicatie is dit de gemeente (in deze regio via het Crisisinterventieteam. Buiten kantoor tijden is in samenwerking met andere vgz-instellingen en het zorgkantoor afgesproken dat cliënten geplaatst kunnen worden bij Stevig Dichterbij;*
- *Als er sprake is van een opname in het kader van Wvvggz en het blijkt dat er sprake moet zijn van gedwongen zorg in het kader van de Wzd of vice versa, is er altijd de mogelijkheid via de Handreiking samenloop een beroep te doen op een opname binnen een meer passende setting. In het geval van een crisismaatregel of gedwongen opnemen met inbewaringstelling (IBS) streven we naar een overname termijn van 72 uur volgens de richtlijn Generieke module acute psychiatrie en in het geval van een zorgmachtiging of rechterlijke machtiging binnen vier weken;*
- *Als een cliënt van de vgz-instelling met acute psychiatrische problematiek is opgenomen bij de ggz-instelling, garandeert de vgz-instelling een inspanningsverplichting wanneer opname in een psychiatrische setting niet meer nodig of gewenst is. De ggz-instelling kan in die situaties aansluitend op opname, ambulante op de locatie van de vgz-instelling psychiatrische kennis inzetten.*

Wanneer verplichte zorg nodig is, niet zijnde verplichte opname, vanuit de Wvvggz

- *Als er ernstig nadeel ontstaat bij een (verblijfs) cliënt van de vgz-instelling en verplichte zorg nodig is vanuit de Wvvggz, vindt verplichte zorg onder regie van de ggz-instelling op locatie van de vgz-instelling plaats. Dit ter voorkoming van onnodige overplaatsing van cliënten over en weer.*

Overeenkomst consultatie

De vgz-instelling en de ggz-instelling hebben samen de ambitie om wederzijds deskundigheid te bevorderen en uit te wisselen als het gaat om mensen met een verstandelijke beperking die psychiatrische klachten ervaren. Om invulling te geven aan deze ambitie hebben de organisaties medio 2021 een overeenkomst afgesloten, met de vgz-instelling als opdrachtgever en de ggz-instelling als opdrachtnemer.

De vgz-instelling heeft met name behoefte aan consultatie bij het bepalen van diagnostiek en/of behandeling van mensen met psychiatrische klachten. Omdat de ggz-instelling in deze behoefte kan voorzien, door het bieden van consultatie door professionals, is een samenwerkingsovereenkomst vastgelegd. Vastgelegd is onder meer dat de frequentie van de consultatie afhankelijk is van de behoefte van de vgz-instelling. Om de beschikbaarheid van een consultgever te kunnen garanderen, is afgesproken dat de ggz-instelling vaste consultatiedata reserveert, die tijdig (uiterlijk een maand voor de datum) met de vgz-instelling gecommuniceerd worden. Ook is afgesproken op welke locatie de consultaties zullen gaan plaatsvinden. De ggz-instelling waarborgt de kwaliteit van de consultatie door de inzet van gekwalificeerde, BIG-geregistreerde professionals. Verder zijn afspraken vastgelegd over toestemming cliënt; privacy en dossiervoering; aansprakelijkheid en de financiële vergoeding.

5 Verbetering van samenwerking en kennisdeling

In de interviews informeerden we naar wensen en suggesties om de samenwerking en kennisdeling tussen vgz en ggz te verbeteren, ook als het gaat om het opleiden van zorgprofessionals.

5.1 Gelijwaardige samenwerking

Volgens de geïnterviewden zou de samenwerking met de ggz verbeteren als dit meer op basis van gelijkwaardigheid zou plaatsvinden. Opgemerkt wordt dat voor daadwerkelijke samenwerking tussen de twee domeinen - een gedeelde visie en 'outside the box' denken nodig is (domeinoverstijgend, buiten de grenzen van de eigen sectoren). Daarvoor is vooral veel uitwisseling wenselijk van personeel, kennis en casuïstiek. Er worden verschillende wensen geuit, zoals gedeelde verantwoordelijkheid en bijvoorbeeld een gezamenlijk behandelplan. Ook het vormen van gezamenlijke teams wordt als suggestie genoemd.

"Meer gelijkwaardigheid tussen de ggz en vgz vind ik wenselijk. Wij proberen oprecht heel erg op samenwerking te koersen – dat heb ik ook tijd gegeven, want dat is noodzakelijk – maar we ervaren dat niet heel erg terug. De samenwerking zou eigenlijk niet afhankelijk moeten zijn van goede individuele relaties."
(Verpleegkundig specialist ggz - vgz-instelling)

"Als er bij een bewoner psychiatrische klachten spelen, zou het mooi zijn als we samen met de ggz zouden optrekken. Een gezamenlijke sociaalpsychiatrisch verpleegkundige bijvoorbeeld, je kunt verschillende werkvormen bedenken."
(GZ-psycholoog - vgz-instelling)

Uit de interviews blijkt dat als er sprake is van goed verlopende samenwerking, dit vaak betrekking heeft op contacten tussen individuele professionals rondom individuele cliënten.

5.2 Opheffen schotten en financiële barrières

Een vaak genoemde verbeterwens is om zo goed mogelijke, passende zorg en begeleiding te kunnen bieden aan cliënten zonder daarbij gehinderd te worden door schotten in wet-, en regelgeving of financieringsbronnen (zie bijlage 1). Een "gedeelde pot geld" wordt daarbij als mogelijke oplossing genoemd, zodat er minder tijd en energie besteed hoeft te worden aan bureaucratische procedures.

“De vooronderstelling is dat bij iemand met zowel een verstandelijke beperking als psychiatrische problematiek, het ene belangrijker is dan het ander. Maar als dat niet zo is, of niet te bepalen is, dan ben je veel tijd kwijt aan het beredeneren van waarom iemand wel of niet in aanmerking komt voor een bepaalde indicatie. Als het om verplichte zorg gaat, is het enorm ingewikkeld dat voor deze groep nu de Wvggz en Wzd gelden. Dat is een complicerende factor.”

(Directie- ggz-instelling)

“Waar we tegenaan lopen is bijvoorbeeld als de ggz zegt dat zij niets kunnen doen omdat het IQ van de cliënt te laag is, terwijl wij er zeker van zijn dat er psychiatrische klachten spelen. Daarin zouden we veel meer moeten samenwerken in plaats van die scheiding die er nu is.”

(GZ-psycholoog - vgz-instelling)

“Die schotten zijn echt ontzettend lastig, die maken samenwerking moeilijk. Je zou eigenlijk willen dat alle partijen die in een keten rondom een doelgroep zitten, gezamenlijk een pot met geld krijgen en dat kunnen inzetten ten behoeve van de patiëntengroep, van eerste lijn tot derdelijns. Daar moet je dan een verdeelsleutel voor maken. Dat zou heel mooi zijn.”

(Arts Verstandelijk Gehandicapten – ggz-instelling)

5.3 Breng kennis en kunde daar waar nodig

Volgens geïnterviewden zijn vgz-bewoners er het meest bij gebaat als de expertise rondom psychiatrie binnen de vgz wordt gebracht, om bewoners zoveel mogelijk in hun eigen woonomgeving te kunnen helpen. Andersom is het ook van belang dat er meer vgz-expertise naar de ggz gaat. Respondenten vinden het belangrijk dat kennis en kunde daar wordt gebracht waar het nodig is. Andere suggesties die worden gedaan zijn het opzetten van gezamenlijke expertiseteams, maar ook gespecialiseerde vgz en ggz voorzieningen en/of expertisecentra.

“Eigenlijk zou je een pool willen van mensen die zowel in de vgz als in de ggz werken. Dus niet de cliënten verplaatsen van de ene naar de andere sector, maar de kennis.”

(Directeur – vgz-instelling)

“Je zou kunnen beginnen met scholing, over en weer. Zodat de ggz niet bang hoeft te zijn voor een verstandelijke beperking en de vgz niet bang hoeft te zijn voor psychotische klachten. Het zou mooi zijn als we elkaar daarin zouden opzoeken in plaats van het bij elkaar over de schutting te gooien.”

(GZ-psycholoog – vgz-instelling)

5.4 Samenwerking in onderwijs en (bij)scholing

Opgemerkt wordt dat het onderwerp verstandelijke beperkingen en psychiatrie nog onvoldoende is ingebed in de beroepsopleidingen. De suggestie wordt gedaan om al binnen de beroepsopleidingen meer buiten de grenzen van eigen domeinen te kijken, bijvoorbeeld door meer aandacht te besteden aan het gecombineerd voorkomen van verstandelijke beperkingen en psychiatrie. Dat zou dan niet beperkt moeten blijven tot kennisoverdracht van psychiatrische ziektebeelden maar ook moeten gaan over het professioneel handelen. Wenselijk is om studenten al tijdens de opleiding een start te laten maken met het opdoen van ervaring en het aanleren van de benodigde kennis, vaardigheden en houding.

“Ik denk dat in de opleidingen, bijvoorbeeld in de Beroeps Begeleidende Leerweg ook ruimte zou moeten zijn voor een module psychiatrische aandoeningen en bijvoorbeeld stage mogelijk maken binnen een specialistische psychiatrische afdeling. Ik denk dat je op die manier een heel eind komt. En daarvoor is ruimte nodig in het rooster. Andersom zou er in de opleidingen voor het werkveld psychologie/psychiatrie ook meer aandacht moeten zijn voor verstandelijke beperkingen en stagemogelijkheden binnen de vgz sector.”
(Kwartiermaker zorginnovatie -vgz-instelling)

“Het komt ook niet aan de orde in het onderwijs, de meeste mensen die werkzaam zijn in de vgz-sector hebben een mbo-opleiding, soms een hbo-opleiding. Daar is het meer op lichamelijke aandoeningen gericht dan op psychische aandoeningen. Er is weinig specifiek aanbod aan kennis en er is weinig specifiek aanbod in het onderwijs als het gaat om vgz en psychiatrie.”
(Arts Verstandelijk Gehandicapten – ggz-instelling)

Meerdere geïnterviewden geven aan dat na afronding van de beroepsopleiding de kennis en kunde rondom vgz & psychiatrie vaak (nog) niet toereikend is. Bijscholing wordt vaak genoemd als manier om kennis te vergroten. Tenslotte zou meer structurele inbedding van scholing/ vaardigheidstraining rondom (het omgaan met) psychiatrische aandoeningen helpend zijn voor het verbeteren van de kennis, aldus de geïnterviewden. Want hoewel de respondenten opmerken dat er een ruim scholingsaanbod bestaat rondom verstandelijke beperkingen en psychiatrie, lijkt dit niet afdoende. Een mogelijke verklaring hiervoor is de vrijblijvendheid van het scholingsaanbod.

Praktijkvoorbeeld expertisecentrum vgz-ggz

Sinds 2014 bestaat in de provincie Drenthe een expertisecentrum gericht op mensen met een verstandelijke beperking, gecombineerd met psychische – en gedragsstoornissen. Het expertisecentrum is ontstaan door de samenvoeging van een (ggz) polikliniek psychiatrie verstandelijk gehandicapten en een (vgz) observatie-, en polikliniek voor mensen met een verstandelijke beperking en complexe ontwikkelings-, gedrags-, of psychische problematiek. Het centrum heeft de visie dat mensen met een verstandelijke beperking en psychische of gedragsproblemen recht hebben op kwalitatief goede zorg of ze nou zorg ontvangen binnen de vgz of de ggz. Binnen het centrum krijgt de samenwerking vorm onder de vlag van een ggz-instelling, in samenwerking met vier vgz-instellingen, zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten en andere zorgpartijen.

Het centrum biedt behandeling zoveel mogelijk aan in samenwerking met de woonomgeving en naastbetrokkenen. Afspraken met zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten moeten ervoor zorgen dat tijdige zorg op het juiste moment op de juiste plaats kan worden geleverd, zoals snel beschikbare crisisplekken en ambulante vormen van crisis hulp. Per 1 januari 2021 is het regionaal crisis-ondersteuningsteam (COT) gestart (zie bijlage 2). Vanuit de polikliniek van het expertisecentrum wordt deelgenomen aan dit team.

Binnen het centrum werken professionals multidisciplinair samen. De hulp die het centrum biedt, verloopt meestal eerst via onderzoek en gesprekken (diagnostiek) bij de polikliniek. Belangrijk is dat er begrijpelijke taal wordt gesproken voor de cliënten. Daarom wordt voor en tijdens de behandeling aangepaste informatie gegeven, bijvoorbeeld met plaatjes en pictogrammen. Op die manier kan met cliënten besproken worden wat de behandeling inhoudt, wat de cliënt daarbij belangrijk vindt en wat er van elkaar wordt verwacht. Een geïnterviewde medewerker van een vgz-instelling merkt het volgende op over de samenwerking met het centrum:

“Met het centrum heb ik goede ervaringen. Ik herinner me een casus met een bewoner voor wie de reguliere wijze van afnemen van de EMDR niet paste. Het ging om trauma-verwerking. Onze Arts verstandelijk gehandicapten (avg) moet dan de aanvraag doen bij het centrum. Na verloop van tijd – meestal is er een behoorlijke wachttijd – volgde een uitnodiging voor een kennismakingsgesprek. Daarna volgde nog een gesprek samen met de bewoner, de orthopedagoog en iemand van het centrum. We hebben toen echt gezamenlijk met het centrum bekeken wat nou wel goed zou passen voor de bewoner. Dat heeft tot heel mooie resultaten geleid.”

Als blijkt dat er meer en intensievere hulp nodig is, kan iemand worden opgenomen in de kliniek. Binnen het centrum zijn ongeveer 20 bedden beschikbaar voor behandeling (3-9 maanden).

Als er sprake is van een (dreigende) crisis, kan iemand tijdelijk worden opgenomen bij het centrum. Het zorgkantoor heeft voor crisisopname een vijftal bedden ingekocht bij het expertisecentrum voor cliënten met een Wlz-indicatie bij wie de psychiatrische klachten ernstig (dreigen te) verergeren.

'Niet-Wlz' cliënten met een verstandelijke beperking die door acute psychiatrische klachten in de problemen komen, kunnen geen beroep doen op het zorgkantoor voor opname of ondersteuning door het COT. Om te voorkomen dat dit tot knelpunten leidt, is een overeenkomst gesloten met de Drentse gemeenten. Zij financieren voor deze cliënten een time-out op het expertisecentrum voor maximaal twee weken. In deze twee weken kunnen cliënt, naasten, behandelaren, begeleidende organisaties en de betrokken gemeente aan het werk om als nodig ambulante hulp of andere zaken te regelen. Gemeenten dienen daarbij ook te voorzien in een time-out, of het inzetten van minder intensieve voorzieningen zoals opschaling van ambulante hulp, logeeropvang, etc. Op cliëntniveau bewaken het expertisecentrum, gemeente en zorgkantoor samen dat zorg overleggen laagdrempelig en met de juiste deelnemers plaatsvinden. Hierin wordt ook gekeken naar instellingen die niet in eerste instantie een sluitend aanbod voor de cliënt hebben, maar die mogelijk later in het traject of op een specifiek onderdeel (al dan niet samen met een andere instelling) iets kunnen betekenen. Juist dit laatste draagt bij aan het vinden van oplossingen en voorkomt dat instellingen of afdelingen elk individueel cliënten afwijzen.

Kennis delen

Het centrum deelt haar kennis met ggz en vgz-opleidingen, zoals de opleidingen voor sociaal werk, verpleegkunde, gedragswetenschappen en geneeskunde. Dit gebeurt onder meer door consultatie, bijscholing, intervisie en het bieden van stages. Vgz-instellingen, maar ook andere organisaties, kunnen bij het centrum terecht voor het stellen van vragen. Het expertisecentrum is naar eigen zeggen goed verankerd in het veld, er zijn veel lijnen tussen medewerkers van de instellingen. Dit is niet altijd voldoende om laagdrempelig consultatie en advies vorm te geven. Het expertisecentrum heeft voor consultatie door huisartsen en artsen vgz een consultatie uur in het leven geroepen, hier kunnen collega's overleggen over cliënten zonder direct te hoeven verwijzen. Voorts zijn er met verschillende vgz-organisaties in de regio afspraken over consultatie, die variëren van het vast inhuren van een psychiater voor enkele uren per maand tot incidenteel consulteren en afrekenen op daadwerkelijk gemaakt uren. Voor de ggz breed is afgesproken dat wordt aangesloten op het digitale consultatie systeem dat de Drentse huisartsen gebruiken. Zodra dat is gerealiseerd, worden consultaties ook gedeclareerd. De crux hierin is om als expertisecentrum goed in te spelen op de wensen en mogelijkheden van de omliggende instellingen.

Het centrum beschikt over een afdeling voor wetenschappelijk onderzoek, in samenwerking met een universitair medisch centrum/ afdeling psychiatrie en research kinder- en jeugdpsychiatrie. Er wordt onderzoek gedaan naar verantwoord gebruik van psychotrope medicatie en met name de afbouw van niet-onderbouwd gebruik en de factoren die daarbij een rol spelen. Naast onderzoek wordt ook onderwijs gegeven, in de vorm van voordrachten op symposia en bijscholingen, en in de vorm van stages voor diverse opleidingen, waaronder die van de Arts verstandelijk gehandicapten (avg)- en psychiater opleiding. Het centrum neemt deel aan de Academische Werkplaats voor Verstandelijke Beperking en Geestelijke Gezondheid met als doel om onderzoek en kennisdeling rondom verstandelijke beperking en psychiatrie nog meer in gezamenlijkheid tussen praktijk, wetenschap en onderwijs vorm te geven.

Gespreksfragment coach cliëntmedezeggenschap met bewoner vgz-instelling

Achtergrond

Bij één van de geïnterviewde vgz-instellingen voerde de coach cliëntmedezeggenschap gesprekken met drie bewoners over het onderwerp psychische klachten. De drie bewoners geven aan dat ze het moeilijk vinden om uit te leggen wat psychische klachten zijn. De coach heeft geprobeerd dit begrip te verduidelijken door voorbeelden te geven van emoties en met behulp van vragen als: 'Ben je wel eens blij? Ben je wel eens verdrietig? Is je hoofd wel eens vol?' Vervolgens is hier met de bewoners verder over gesproken door vragen te stellen zoals: 'Wat heb je dan nodig? Wat wil je dan het liefst?'

Bewoner: Ik ben vaak blij. Soms ben ik even niet blij dan wil ik het liefst alleen zijn op mijn kamer. Ik wil dan niet praten.

Coach: Wat doe je dan?

Ik doe niks, ik zit in de stoel tot het over gaat.

Wanneer gaat het dan over?

Vanzelf.

Komt er dan ook iemand bij jou?

Meestal praat ik met mijn begeleider, we gaan dan een stukje wandelen of een puzzel maken. We doen dan samen iets en dan voel ik me weer beter.

Vertel je dan ook dingen aan je begeleider?

Ze vraagt dan wat is er met je? En dan vertel ik wat ik niet leuk vind. Soms houden ze zich niet aan de afspraken of doen anderen niet leuk, dan word ik verdrietig. Als ik erover praat wordt het beter.

Zien begeleiders altijd als er iets met jou is?

Ja ik snap er niks van dan vragen ze wat is er.

Wat vind jij belangrijk als het niet goed met je gaat?

Dat ze moet mij praten op mijn kamer, niet in de huiskamer dat vind ik niet leuk. Het gaat anderen niks aan wat er met mij aan de hand is. Dit doen ze ook altijd. Ik mag dan ook wat meer op mijn kamer blijven.

Vragen ze ook of je dan naar de huiskamer komt?

Ja dat kies ik zelf dan. Als ik niet wil, dan brengen ze mij de koffie. Eten doe ik wel altijd in de huiskamer.

Wie ziet nog meer als het niet goed met je gaat?

Mijn begeleider van dagbesteding ook, dan mag ik even alleen werken. Hoef ik niet in de groep. Iemand van de kerk komt ook wel eens praten over mijn moeder die er niet meer is. Ik ben dan ook wel verdrietig, we maken samen een boek met verhalen.

Word je dan ook verdrietig?

Nee dat zijn mooie herinneringen die zijn net zo belangrijk.

Wil je nog meer vertellen?

Nee zo is het klaar.

6 Actieonderzoek



De afgelopen jaren zijn er veel initiatieven gestart om de zorg aan mensen met een combinatie van verstandelijke beperking en psychische problematiek te verbeteren door samenwerking en kennisdeling over de sectoren vgz en ggz (inclusief verslavingszorg) heen te stimuleren. Om inzicht te krijgen in de succesfactoren van dergelijke nieuwe initiatieven en daaruit lering te trekken, voerden we actieonderzoek uit bij twee vernieuwende initiatieven. Bij actieonderzoek gaan kennisontwikkeling, leren en veranderen hand in hand. Onderzoekers koppelen hun bevindingen tijdens het onderzoeksproces terug aan de deelnemers aan het onderzoek, zodat zij tussentijds hiervan kunnen leren en hun praktijk kunnen aanpassen. Dit betekent dat de onderzoekers actief samenwerken met de deelnemers in een cyclisch en interactief proces.

Er is bij twee initiatieven meegekeken: het project LVB-ggz en bij Instelling X. De werkwijze (werving, aanpak, theoretisch kader) staat beschreven in het methodenhoofdstuk (2). We bespreken beide initiatieven en de resultaten van het actieonderzoek.

6.1 Initiatief I: Project LVB-ggz

Introductie

“Door kennis te delen en gebruik te maken van elkaars expertise wordt gestreefd naar een betere zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking en psychische problemen.” (Uit: notitie netwerkorganisatie LVB-ggz)

Partijen verklaren ‘maximaal van elkaars expertise gebruik te maken en waar gewenst gezamenlijk aanbod ontwikkelen, om te realiseren dat cliënten de bij hen passende zorg krijgen aangeboden’ (Intentieverklaring, september 2020)

Drie organisaties – twee vgz instellingen en één ggz instelling – werken samen als netwerkorganisatie voor een betere zorg voor mensen met een (licht) verstandelijke beperking en psychische problematiek. In 2020 ontwikkelden zij samen het plan van aanpak voor ‘Project LVB-ggz’. De samenwerking hierbinnen bestaat uit vijf deelprojecten:

1. Elkaar leren kennen
2. Samenwerking met FACT
3. Samenwerking in de crisisketen
4. Poliklinische diagnostiek en behandeling
5. Wonen en klinische opnamen

Binnen dit onderzoek kijken we alleen naar deelproject 1: elkaar leren kennen. De laatste twee deelprojecten zijn later in de tijd gepland en bij afronding van dit onderzoek nog niet gestart.

Aanleiding

De formele samenwerking tussen de twee vgz-organisaties en de ggz instelling in de netwerkorganisatie startte met de ondertekening van een intentieverklaring in september 2020. Daaraan ging veel vooraf. Het initiatief komt voort uit een eerdere samenwerking tussen de twee vgz-organisaties in een onderzoek en implementatieproject op het gebied van (afbouw van) psychofarmaca dat in 2014¹⁵ was gestart en in 2018 overging in het project 'verstandelijke beperking en psychische problemen'¹⁶. Dit project rond psychofarmaca had bij de twee vgz-organisaties het inzicht versterkt dat het vraagstuk rond psychische problemen van cliënten veel breder is dan medicatie alleen. Voor een goede behandeling van mensen met verstandelijke beperking en psychische problemen is verdergaande samenwerking met de ggz nodig. Op een door de twee vgz-organisaties georganiseerd symposium in 2020 stond dit thema centraal en werden (o.a.) gezamenlijke werkgroepen diagnostiek en behandeling opgericht om het vraagstuk verder uit te werken. Deze werkgroepen definieerden o.a. een visie op diagnostiek van psychische problematiek, ontwikkelden een beslisboom diagnostisch instrumentarium en een wegingskader bij onderzoeksinstrumenten. In 2020 werd de samenwerking uitgebreid door deelname van de ggz organisatie. De initiatiefnemer vanuit de ggz werkte eerder ook bij een vgz-instelling en bemerkte na zijn overstap naar de ggz dat er (te) weinig verband was tussen de twee sectoren, terwijl de zorgbehoefte van cliënten daar wel om vraagt. Ook binnen deze ggz instelling was – in lijn met landelijke ontwikkelingen en inzichten – al langere tijd de beweging gaande om de organisatie meer 'LVB-proof' te maken. Gezamenlijk organiseerden de initiatiefnemers van de drie organisaties vervolgens een brainstorm, wat uiteindelijk uitmondde in de intentieverklaring en de vorming van de netwerkorganisatie en van waaruit het plan van aanpak voor het 'project LVB-ggz' is opgesteld.

De structuur van de samenwerking

De organisaties vormen een netwerkorganisatie waarbij de drie samenwerkende partijen elk een projectleider leveren, verdeeld over de drie deelprojecten waarmee de samenwerking aanving. Er is geen overstijgende projectleider, wel was er een kwartiermaker (deze is tijdens de looptijd van het project met pensioen gegaan). De projectleiders vormen samen de projectgroep en rapporteren aan de stuurgroep, met daarin vertegenwoordigers vanuit directie en management van de drie organisaties: drie vanuit de ggz en vier vanuit de vgz. Over de drie organisaties heen zijn er werkgroepen gevormd rondom de drie deelonderwerpen, met elk een uitvoerend coördinator, ook weer verdeeld over de drie partners. Verder worden naar behoefte werkgroepen of klankbordgroepen gevormd die voor deeltaken worden ingezet. De organisaties financieren de inzet van hun projectleiders, uitvoerend coördinatoren en werkgroep leden zelf. Er vindt periodieke monitoring van de voortgang plaats en verantwoording richting de stuurgroep. De projectleiders overleggen vinden afwisselend bij de verschillende partners op locatie plaats¹⁷.

15 'Zinnig en Zuinig met Psychofarmaca' (2014) en in 2016 'Wijs met psychofarmaca'.

16 Deels borduurt het project LVB-ggz voort op inzichten verkregen uit eerdere pilots/projecten (bijvoorbeeld op het gebied van scholing en gedeelde diagnostiek en expertise zoals o.a. een enquête onder begeleiders LVB en MVG cliënten) en is de basis dus breder dan alleen de pilots in het kader van de netwerkorganisatie.

17 Vanwege de Corona-pandemie zijn veel overleggen digitaal gehouden.

Aanpak onderzoek

Het onderzoek vond plaats tussen mei en december 2021. Er is in meerdere bijeenkomsten gesproken met elf betrokkenen: de drie initiatiefnemers, de projectleiders (door wisseling gaat het om vijf personen) en met de inhoudelijke coördinatoren van de drie deelonderwerpen: de programmamanager leren en ontwikkelen (vgz), een GZ-psycholoog (vgz) en verpleegkundig specialist/teamleider behandelzaken (ggz). Daarnaast is geobserveerd bij twee casuïstiekbesprekingen en bij twee overleggen tussen de projectleiders. Verder is een webinar gevolgd. Op basis van de interviews en relevante documenten (o.a. het projectplan, de intentieverklaring, tussentijdse voortgangsrapportages en evaluaties) is in samenspraak met de drie projectleiders een analyse van de doelstellingen, het doelbereik, de leerpunten en daaruit voortvloeiende actiepunten opgesteld. Met een tussentijd van ongeveer drie maanden is dit overzicht opnieuw besproken en is bekeken in hoeverre en op welke manier gedurende de onderzoeksperiode aan de doelen en leerpunten vanuit de samenwerking is gewerkt. Zie voor meer informatie over de werkwijze het methodenhoofdstuk (2).

Wat wil de netwerkorganisatie bereiken met haar vernieuwend initiatief?

Het hoofddoel zoals dat in het onderzoek is afgeleid luidt: 'elkaar, elkaars expertise, werkwijze en de weg in elkaars organisatie beter leren kennen. Hiervan wederzijds beter gebruik te kunnen maken, waardoor de problematiek beter wordt herkend. Als de problematiek beter wordt herkend, kan passende zorg op de juiste plek voor cliënten met een LVB en psychische problematiek worden gerealiseerd.'¹⁸

De korte termijn doelen luiden: vergroten van het onderling contact tussen de organisaties, van de kennis van elkaars organisatie (kennis, kunde en aanbod) en van kennis en expertise door bijscholing en consultatie.

Het lange termijn doel: multidisciplinair samenwerken voor de cliënt vanuit twee branches: structureel expertise en kennis overdragen en wederzijds kunnen benutten¹⁹.

- In het projectplan staan drie doelstellingen van het deelproject genoemd: elkaar leren kennen, kennisdelen door elkaar te raadplegen en gezamenlijke scholing.

| Deeldoelstelling | Streven | Beoogde uitkomst |
|------------------|--|--|
| Elkaar kennen | Medewerkers van de drie organisaties kunnen elkaars deskundigheid, ervaring en specialismen vinden | Hierdoor schakelt men elkaar eerder in waardoor het ontstaan van een crisis vaker kan worden voorkomen |
| Kennis delen | Elkaar raadplegen, leren van elkaar en expertise erbij halen in complexe situaties moet de norm worden | Hierdoor worden escalaties en crisissituatie, vastgelopen behandeltrajecten of overvraging voorkomen |
| Scholing | Voor de GZ-opleiding wordt een structurele gezamenlijke opleidingsroute gerealiseerd | Bundeling van kennis in twee werkgebieden wordt geborgd |

¹⁸ Zie bijlage.

¹⁹ Dit is ook het doel van het project als geheel.

Met welke middelen en activiteiten?

In het projectplan van oktober 2020 staan de doelen en activiteiten globaal beschreven. De projectperiode loopt tot halverwege 2022 en beperkt zich vooralsnog tot één afgebakende regio binnen het werkgebied van de drie instellingen.

Elkaar leren kennen: Om elkaars organisaties te leren kennen staan laagdrempelige informatieve ontmoetingen van de werkvloer en 'kijkjes in elkaars keuken' op het programma. Er wordt een webinar gehouden voor verpleegkundigen en begeleiders. Verder is de wens gezamenlijke digitale toegang tot een gedeeld netwerk te realiseren, met als doel elkaar gemakkelijker te kunnen vinden en documenten te kunnen delen.

Kennis delen: Om kennis actief te delen rond actuele casuïstiek worden casuïstiekoverleggen en refereerbijeenkomsten georganiseerd. Verder is het voornemen gedeelde consultatieteams op te richten, om de dagelijkse kennisdeling rond casuïstiek laagdrempelig te realiseren en te borgen.

Scholing: Via een structurele gezamenlijke GZ-opleidingsroute, het bijscholen van de teams en de mogelijkheid om in te stappen bij elkaars opleidingen moeten leemtes in de kennis worden opgespoord en opgevuld. Het doel is om mensen op te leiden die zowel in de vgz als in de ggz stage gaan lopen, de mogelijkheden van nadere bundeling van opleidingen te onderzoeken en om toegang te geven tot elkaars scholingsaanbod.

Waarom is juist voor deze activiteiten gekozen?

*“Doordat je elkaar kent, wordt het contact laagdrempeliger.”
(GZ-psycholoog, vgz)*

De crux van het project zit in het eerste onderdeel: elkaar leren kennen. De praktijk wijst uit dat samenwerken niet altijd vanzelf goed gaat, zo geven de initiatiefnemers van de samenwerking aan. Elkaar kennen en elkaars werkwijze begrijpen is daarom een randvoorwaarde voor goede samenwerking en kennisdeling. Verschillen in taal, organisatiestructuur en behoeften spelen daarbij een rol. Elkaar leren kennen betekent daarom ook (eerst) 'elkaars organisatie' (structuur) begrijpen.

*“Vooral in geval van meer acute probleemsituaties merk je dat dat niet vanzelf goed gaat. De ggz wil in een crisissituatie snel het telefoonnummer van de arts verstandelijk gehandicapten (avg) om die te kunnen bellen, maar zo is dat bij de vgz niet georganiseerd; deze artsen hebben geen bereikbaarheidsdienst. De gedragsdeskundigen hebben dat wel, maar in de ggz is de arts gewend met een andere arts te spreken, dus die denkt niet aan de gedragsdeskundige. Terwijl het de gedragsdeskundige is die over de relevante kennis beschikt. Verder is ook de betekenis van het begrip 'crisis' in de ggz heel anders dan in de vgz. Dat moet je eerst begrijpen en daarvoor moet je elkaar en elkaars organisatie – buiten de crisis om – leren kennen en ervaringen met elkaar hebben opgedaan.”
(Projectleider - vgz)*

Het middel van de webinar is ingezet vanuit de gedachte dat op deze wijze veel mensen bereikt en geïnspireerd kunnen worden.

“De bedoeling was om kennisdeling voor een grote groep in beeld te brengen en door met casusbesprekingen daarbinnen te laten zien dat je in een kleine setting – met 4 mensen uit de 2 sectoren – al heel goed kennis kunt delen. Hierdoor wordt het laagdrempeliger voor vgz-medewerkers om kennis met de ggz collega’s uit te wisselen en andersom. Er lijkt namelijk zowel bij de vgz als bij de ggz contactverlegenheid te zijn op het gebied van expertise zoeken bij de andere sector.”
(Coördinerend begeleider - vgz)

De casuïstiekbesprekingen hebben een drieledig doel: 1) vastgelopen casussen vlottrekken door kennis over de sectoren te delen, 2) zo van elkaars expertise leren en daarmee sneller de juiste aanpak weten, 3) elkaar in het vervolg bij complexe vraagstukken gemakkelijk(er) weten te vinden.

Door multidisciplinaire consultatieteams over de organisaties heen te vormen, kan er snel en laagdrempelig advies worden geboden bij vragen over een cliënt. Het team komt op locatie om in te schatten welke expertise nodig is en kan deze dan direct inzetten. Het mes snijdt aan twee kanten, zo is de gedachte. Omdat de samenwerkingspartners elkaar leren kennen en van elkaar leren, kunnen concrete vraagstukken worden opgelost. In het ideale geval lukt dit voordat het tot escalatie en vastlopen komt, zodat er geen tijdrovende(re) casuïstiekbespreking meer nodig is.

“De wens is dat het in de toekomst mogelijk is laagdrempelig contact te kunnen leggen met professionals van andere organisatie om te vragen om expertise en voor hulp bij de behandeling van een patiënt. De weg zoeken is op dit moment soms nog moeilijk.”
(Verpleegkundig specialist - ggz)

Scholing wordt nodig geacht omdat er in beide sectoren een tekort aan kennis vanuit het andere expertisegebied wordt ervaren bij de zorg voor mensen met een beperking en psychische problematiek.

“Binnen de ggz teams is momenteel te weinig kennis van LVB. De meeste van onze professionals zijn hierin niet opgeleid. Sommigen vinden het heel ingewikkeld.”
(Verpleegkundig specialist - ggz)

Er is in de vgz-sector nog vaak sprake van *diagnostic overshadowing*, waarbij het gedrag enkel vanuit de verstandelijke beperking wordt verklaard, zo geeft een gedragsdeskundige vanuit de vgz aan. Psychische problematiek wordt daarbij niet herkend, of er is handelingsverlegenheid omdat de begeleiders niet weten hoe ermee om te gaan of bij wie ze terecht kunnen. Meer

kennis van (het herkennen van) psychische stoornissen is wenselijk zodat medewerkers psychische problematiek beter kunnen signaleren en weten wanneer het nodig is de hulp op te schalen door een behandelaar in te schakelen. Door bijscholing worden de gaten in kennis opgevuld. Als er gezamenlijke scholing wordt gevolgd, leert men bovendien elkaar en elkaars kennis en invalshoek beter kennen, wat de drempel tot samenwerking en consultatie mogelijk verlaagt.

Wat is er tot nu toe gedaan, wat is daarmee bereikt en hoe hangt dit samen met de gekozen aanpak?

Elkaar leren kennen

Webinar

“Wat ik vooral heb gemerkt is dat je jezelf als project op de kaart zet en zo het vuurtje aanwakkert bij organisatiemedewerkers”. [...] De link leggen naar expertise elders zoeken, daar is een stap in gemaakt door de organisaties.”

(Projectleider - ggz)

Het webinar dat tijdens de onderzoeksperiode is georganiseerd was primair bedoeld voor verpleegkundigen en begeleiders²⁰. Vanwege de coronacrisis vond dit online plaats. Tijdens dit webinar werden interviews en gesprekken met professionals vanuit alle drie de organisaties gehouden en werden o.a. filmpjes van het dagelijks leven getoond van twee afdelingen (een HIC en een LVB+ locatie). Ook was er een 'vraag en antwoord-panel' en een casuïstiekbespreking. De insteek van het webinar was laagdrempelig en de gedeelde informatie basic. Zo werd in het introductie gesprek – een interview tussen een vgz en een ggz-medewerker - als eerste uitgelegd 'waar de afkorting ggz voor staat' en werden vervolgens de begrippen ggz en vgz toegelicht. Volgens organisatoren namen ongeveer 120 medewerkers deel. Het is niet bekend hoe de verdeling vgz-ggz hierbinnen was.

*“Het enthousiasme voor het webinar was groot.
In een week tijd hadden zich al 170 mensen aangemeld.
Ik vroeg me af hoe zoveel medewerkers het in hun rooster konden inpassen.
Maar bleek dat velen het in hun vrije tijd hadden teruggekeken.”*

(Projectleider - vgz)

“Ik kreeg achteraf verschillende vragen per mail en telefoon [...] en heb sinds het webinar met twee deelnemers mailcontact gehouden. Ook heb ik op verzoek een scholing gegeven, voortgekomen uit het webinar.

De lijntjes zijn voor mij korter geworden.”

(Coördinerend begeleider - vgz)

Het webinar is intern door de projectgroep geëvalueerd, om er leerpunten uit te halen. Voordeel van de (noodgedwongen) online vorm was dat het webinar een groot aantal deelnemers trok:

²⁰ Het derde, afsluitend, webinar is inmiddels gehouden.

veel medewerkers konden met geringe tijdsinvestering meekijken. Omdat het werd opgenomen, kon het worden teruggekeken op een passend tijdstip. Het nadeel was dat men niet fysiek bij elkaar over de vloer kwam, zoals dat wel was bedacht. De 'kijkjes in de keuken' zijn dus niet fysiek gerealiseerd. De filmimpressies op locatie compenseerden dit enigszins. De digitale inkt was weliswaar voor een grote groep mensen bereikbaar, maar bleef door de online vorm ook meer op afstand. Een van de projectleiders geeft verder aan dat de kennis die in het webinar werd gedeeld (bij het vraag en antwoord-panel) niet (altijd) evidence-based was. Daar wil men in de toekomst anders mee omgaan. Daarnaast bleek dat de organisatie van het webinar veel meer tijd kostte dan vooraf werd verwacht.

De projectgroep stelt in de evaluatie dat de doelstelling van het webinar is behaald. Daarop is de projectstatus van dit onderdeel beëindigd en is besloten dat gezamenlijke webinars onderdeel gaan worden van het reguliere beleid van de organisaties. Het voornemen is om deze enkele malen per jaar te organiseren.

Kennis delen

Casuïstiekbesprekingen

"Tijdens overleg lijken de vgz en de ggz sector in eerste instantie ver van elkaar af te staan, door het grote verschil in taal en benaderingswijze, maar zodra er verder doorgesproken wordt over cliënten en casussen blijkt er ineens heel veel energie, herkenning en behoefte aan samenwerking te ontstaan."

(Directeur - vgz)

Gedurende de onderzoeksperiode zijn er vier casuïstiekoverleggen geweest. In al deze gevallen, zo geven de betrokkenen aan, zijn er daadwerkelijk vastgelopen praktijksituaties vlotgetrokken. Er zijn contacten gelegd tussen professionals vanuit de twee sectoren en er is kennis gedeeld.

In de observatie van twee casusbesprekingen viel op dat de kennisdeling met betrekking tot concrete casussen in een sfeer van gelijkwaardigheid plaatsvond. Er werden over en weer veel vragen gesteld en na afloop van de bespreking werden contactgegevens uitgewisseld om elkaar gemakkelijk opnieuw te kunnen bereiken. De vragen vanuit de ggz hadden veelal betrekking op hoe de persoon te behandelen zonder deze te overvragen. De vragen vanuit de vgz-zijde betroffen vooral de uitslagen van diagnostische testen en het daarmee samenhangend behandelingsperspectief. Samen werd besproken welke omgevingsfactoren triggers vormden voor de psychische symptomen en op welke wijze daarmee rekening gehouden kon worden. Er werden concrete afspraken gemaakt over de toekomstige behandeling van de cliënt. De deelnemers werd bij afsluiting van de bijeenkomst gevraagd naar hun oordeel over de bespreking. Zij waren hierover positief en gaven aan een dergelijke bespreking bij hun collega's te zullen aanbevelen. Een deelnemer (psychiater) gaf aan dat het al heel verlichtend was om van zijn vgz-collega's te horen dat deze casus gewoon ook heel erg ingewikkeld was.

“Er zijn concrete adviezen gegeven die de cliënt hebben geholpen. Bij voorbeeld bij een cliënt met depressieve klachten. Er is een bepaalde test afgenomen die inzicht gaf in zijn klachten en daarmee handvatten bood voor de bejegening. Verder zien we dat professionals zekerder zijn in hun handelen na het advies. Ze twijfelden en de andere partij gaf aan dat ze op de juiste weg zijn. Die bevestiging maakt dat ze zich zekerder voelen en dat dragen ze over op de cliënt.”
(Projectleider - vgz)

“Ik merkte al na twee casusbesprekingen dat het gemakkelijker is geworden om even met andere behandelaren te bellen en dat de cirkel van collega's dus al groter is geworden. En na de bespreking kwam ik er ook achter dat we het eigenlijk niet eens zo gek doen.” (GZ psycholoog - vgz)

De overleggen leverden ook een aantal leerpunten op met betrekking tot het instrument zelf. Zo duurde de organisatie ervan soms te lang, waardoor een probleemsituatie verder escaleerde of al op andere wijze 'opgelost' was voordat de kwestie werd besproken. Ook kwam het voor dat de experts niet ingelezen waren, omdat de informatie niet tijdig was gedeeld. En soms lukte het niet om de juiste betrokkenen en experts om tafel te krijgen (bij één casus was er geen vertegenwoordiging vanuit de ggz), waardoor bepaalde expertise ontbrak. Verder viel op dat de kring van experts beperkt bleef: het waren deels dezelfde betrokkenen die een casus indienden en grotendeels dezelfde experts die deelnamen. Ook kwamen er alleen behandelvraagstukken op tafel en (nog) geen begeleidings- en diagnostiekkwesties.

Om de besprekingen meer van nut te laten zijn in een lopende praktijkkwestie, is een snelle doorlooptijd van belang, stelde het projectteam vast. Het vereist een duidelijk omschreven proces met strakke planning om de juiste professionals tijdig en geïnformeerd met elkaar aan tafel te krijgen. De informatie moet tijdig met de juiste personen gedeeld worden en er moet ruimte voor de bespreking in de agenda's worden gereserveerd. De organisatie ervan kost tijd. Daarom is vanuit de pilot – na de eerste twee besprekingen – een format ontwikkeld voor de procedure met duidelijk belegde rollen en taken zodat er binnen afgesproken tijd een casuïstiekbespreking georganiseerd kan worden, zonder dat dit de behandelaren extra (organisatie)tijd kost. Belangrijk is nu nog om er voldoende aandacht aan te geven binnen de organisaties, zodat de mogelijkheid breder bekend wordt en er niet steeds dezelfde professionals met elkaar om tafel zitten (verbreding van de poule/ roulatie). In elke instelling is daarom een persoon als 'coördinatiepunt' aangewezen die de besprekingen onder de aandacht brengt en de procedure bewaakt. Het koste in de uitvoering veel tijd om deze functie bij de ggz-partner belegd te krijgen. De doelgroep van de casuïstiekbespreking zal in de toekomst worden uitgebreid met cliënten van de afdeling Kind en Jeugd van de ggz.

De casuïstiekoverleggen zijn opgenomen in het reguliere aanbod van de organisaties. Een vijfde bespreking is inmiddels al gehouden.

Wie-is-wie?

In het plan van aanpak was het voornemen een 'wie is wie'-document (smoelenboek) op te stellen om de vindbaarheid tussen de drie organisaties te bevorderen. Bij de casuïstiekbesprekingen is door deelnemers geopperd een 'belboom' op te zetten. Dit is nog niet gerealiseerd omdat de juiste vorm moeilijk gevonden wordt. Er wordt nog naar een alternatief gezocht. Het plan van aanpak bevatte ook de ambitie om – tussen de organisaties - samen in een gedeelde digitale omgeving te kunnen werken (SharePoint), om zodoende gemakkelijker documenten met elkaar te kunnen delen. Dit is deels gerealiseerd, voor de projectleiders en de stuurgroep. Er is tijdens de onderzoeksperiode een 'routekaart' ontwikkeld vanuit de twee vg-organisaties. Dit is een beschrijving van verschillende organisatieonderdelen, hun taken en contactgegevens. Ook staan de wijze van financiering en de intakeprocedure hierin kort beschreven. Er is (nog) geen vergelijkbaar overzicht van de ggz-partner.

Consultatieteams

“Het mooie zou zijn als hulp ingeschakeld kan worden voordat een casus uit de hand loopt. Daar zou het consultatieteam wat mij betreft een grote bijdrage aan kunnen leveren.”
(Coördinerend begeleider - vgz)

Het plan van aanpak bevat het voornemen om de kennisdeling verder te bevorderen door – voortbordurend op de expertise uitwisseling in de casuïstiekbesprekingen – gemengde **consultatieteams** met professionals vanuit de drie organisaties te formeren, om laagdrempelig en snel advies en expertise rondom complexe casuïstiek te kunnen bieden. Wanneer iemand vast dreigt te lopen in de zorg aan de cliënt, zouden deze teams snel geconsulteerd kunnen worden. Zij komen vervolgens op locatie om te beoordelen welke concrete expertise nodig is om het probleem vlot te trekken. Hiervoor is tijdens de onderzoeksperiode een format ontwikkeld en de implementatie hiervan is voorgelegd aan de stuurgroep. Er is een proefteam samengesteld met twee gedragswetenschappers, vier begeleiders en twee managers die voor consultatie benaderd konden worden. Het voornemen was om met zes van zulke pilot consultatiegroepen van start te gaan: twee bij elke organisatie. Op het moment van sluiting van de dataverzameling is dit idee aangehouden en een alternatief pad ingeslagen. Niet alle beoogde betrokkenen willen of kunnen meedoen aan de opbouw van de teams, zo blijkt. *“Ze kunnen de uren niet wegzetten”*, is een genoemd bezwaar en ook vanuit de projectgroep zelf klinkt het geluid dat de tijdsinvestering voor sommigen te groot is (*“Ik vind het leuk, maar ik heb het heel druk”*). Het lukt om die redenen niet om de stuurgroep hierin direct mee te krijgen. Er zijn ook twijfels gerezen of de consultatieteams de juiste resultaten zullen opleveren en of er hiermee niet wordt gedubbeld met het aanbod van o.a. COT en CCE. De stuurgroep wil eerst een inventarisatie maken van reeds beschikbare consultatiefuncties en bekijken in hoeverre deze al dan niet in de behoefte voorzien. Op basis daarvan zou worden besloten of dit actiepunt wordt doorgezet. Er is inmiddels gekozen voor een laagdrempelig alternatief: een contactpersonenlijst per expertise en het onder de aandacht brengen van de consultatiemogelijkheden.

Refereerbijeenkomst

Voor de psychiaters van de samenwerkende organisaties is een refereerbijeenkomst georganiseerd met een expert op het gebied van ggz en LVB. Deze viel buiten de onderzoeksperiode.

Scholing

Gezamenlijke GZ-psycholoog opleiding

"Over de grens stappen bij elkaar, zou het meest kunnen helpen: kennis opdoen vanuit een ander perspectief. Om handelingsverlegenheid te overbruggen."
(Directeur - vgz)

De eerste psycholoog die voor de opleiding tot GZ-psycholoog stageliep bij zowel de vgz- als de ggz instelling was een voorloper; haar traject ging vóór het project uit en vormde hiervoor een inspiratiebron. Vanwege de coronacrisis liep de werving van een nieuwe GZ-psycholoog in opleiding vertraging op. Tijdens de onderzoeksperiode werd er een kandidaat aangetrokken, waarbij er vertegenwoordigers vanuit alle drie de organisaties in de sollicitatiecommissie zaten. Deze volgt vanaf januari 2022 een leerroute toegespitst op LVB, met stages in zowel de vgz als de ggz. Deze gezamenlijke opleidingslijn moet nog verder vorm krijgen. Het streven is om vier mensen per jaar gezamenlijk op te leiden via deze leerroute.

De GZ-psycholoog in opleiding van het eerste uur geeft aan dat de stage bij de ggz haar geleerd heeft vanuit de psychologie naar een cliënt te kijken en niet alleen *"vanuit wat er misgaat in de omgeving van de cliënt"*. Daardoor geeft zij aan in haar huidige werk veel alerter te zijn geworden op o.a. persoonlijkheidsproblematiek. Tegelijkertijd zag zij tijdens haar stage dat de ggz meer zou kunnen kijken hoe de omgeving van de cliënt aangepast kon worden in plaats van de focus te leggen op de behandeling van enkel de interne psychische problematiek. Zij heeft de indruk dat in de ggz inmiddels steeds meer rekening met de context wordt gehouden, onder invloed van de kruisbestuiving met de vgz. Verder is haar ervaring dat de stage het gemakkelijker maakt om met professionals vanuit de andere sector samen op één lijn te komen. Een leerpunt dat ze uit de ggz inmiddels in de vgz probeert te implementeren is het (meer) multidisciplinair werken.

"Bij de ggz heb je een team van behandelaren en kan je via een multidisciplinair overleg afspraken maken. Binnen de vgz sta je er als behandelaar meer alleen voor, als een spin in het web. Er is niet zo'n systeem waarbij je met een team van gelijkgestemde collega's kijkt naar een probleem en afspraken maakt over een plan van aanpak. Als een casus vastloopt, bestaat er bij de vgz het risico dat je het als behandelaar niet volhoudt."

(GZ psycholoog - vgz)

Ze ziet dat er bij collega's die geen stage bij de ggz hebben gelopen minder draagvlak voor deze werkwijze is, omdat zij zich hierbij minder kunnen voorstellen. De ambitie om de wederzijdse stages standaard in de GZ-opleiding op te nemen, juicht zij toe. Maar er kleeft ook een risico aan: als meer collega's de psychiatrische problematiek beter kunnen herkennen, zullen zij er tegenaan lopen dat er binnen de vgz-organisatie slechts beperkte behandelcapaciteit beschikbaar is.

Een ander struikelblok bij dit onderdeel zou kunnen zijn dat de doelstellingen van de vgz en de ggz-partners met de gezamenlijke GZ-opleiding niet op één lijn liggen. Vanuit de ggz is het doel op deze wijze landelijk GZ-professionals op te leiden met extra capaciteiten. Zij hebben met hun tweezijdige opleiding extra 'marktwaarde'. Vanuit de twee vgz-organisaties is er daarnaast nog een extra doel: de professionals een beter carrièreperspectief binnen de vgz te bieden en hen op deze manier aan zich te binden.

Bijscholing over en weer

Er vindt kennisuitwisseling plaats tussen de organisaties. Voor de colleges bij organisatie A, worden ook professionals van de andere twee partners uitgenodigd.

Deze uitwisseling gaat over en weer."

(Programmamanager - vgz)

Wat is er gerealiseerd op het gebied van bijscholing? Bij één regionaal FACT team is proefgedraaid met vgz-scholing voor de medewerkers. Deze scholing werd verzorgd vanuit een van de twee vgz-organisaties, waarbij ook ervaringsdeskundigheid van mensen met een licht verstandelijke beperking is ingezet. Binnen de ggz-instelling heeft een aantal verpleegkundigen (in het derde jaar van hun opleiding) een bijscholing ontvangen over zorg aan cliënten met LVB. Dit waren twee bijeenkomsten van elk twee uur, met hierin een belangrijke rol voor een ervaringsdeskundige met een licht verstandelijke beperking. Het plan is dat deze verpleegkundigen zelf vervolgens weer klinische lessen gaan geven bij één van de twee vgz-organisaties. Vooral over het onderdeel met de ervaringsdeskundige oordeelden veel betrokkenen positief.

"De les met de ervaringsdeskundige was onwijs leuk. De verpleegkundigen merkten meteen in de praktijk hoe het dus werkt: dat je niet te lange zinnen moet maken en niet te moeilijke woorden moet gebruiken. Vanuit onze instelling is meteen aangegeven: dit willen we graag weer! [...] In de scholing hebben de medewerkers meer diepgang gekregen."

(Projectleider - ggz)

"Het aandeel van de ervaringsdeskundigen was echt van meerwaarde, omdat zij lieten zien hoe zij de dingen beleven. Dit bood de professionals nieuw perspectief en gaf veel enthousiasme."

(Verpleegkundig specialist - ggz)

"De verpleegkundigen die meededen gaven aan dat ze mensen met een LVB nu meteen al anders benaderen: meer to the point in verband met de kortere spanningsboog. De handvatten en concrete hulpmiddelen die in de scholing werden gegeven en de inzet vna de ervaringsdeskundige hielpen enorm."

(Projectleider - vgz)

Eén van de geïnterviewden noemt dat het wellicht teveel gevraagd is van alle medewerkers uit een team om zowel goede vgz als goede ggz kennis in huis te hebben. Hij oppert daarom het aanstellen van een aandacht functionaris per team.

Inventarisatie scholingsaanbod

Bij de twee vgz-organisaties is een inventarisatie gedaan van de (bij)scholingsbehoefte, met als doel een breed (bij)scholingsplan te ontwikkelen. In dit traject is gebruik gemaakt van kennis die eerder was opgedaan vanuit de 'pilot actieleren' (vóór deze projectperiode). Hieruit was gebleken dat zowel de kennisbehoefte als de leerstijlen binnen de teams sterk verschillen. Voor een groot deel van de mensen van de vgz-werkvloer biedt het aanbieden van kennis 'in een klaslokaal' niet de beste oplossing. Vooral de overdracht van kennis naar de begeleiders schiet op deze manier tekort. De programmamanager Leren en Ontwikkelen vanuit (één van) de vgz-organisaties zag veel handelingsverlegenheid en twijfels over de professionele identiteit. Hij concludeerde uit de rondgang dat bij een groot deel van de begeleiders vooral behoefte is aan gerichte maatwerkinterventies zoals coaching on the job en casuïstiekbesprekingen om van te leren, aangestuurd door vraagstukken die zich concreet in de praktijk voordoen. De verkenning naar de kennis en leerbehoeften heeft niet geleid tot een (bij)scholingsplan, maar tot een advies om het anders aan te pakken: door middel van maatwerk scholing per team en inzet van de E-Academy en praktijklessen.

"Begeleiders en professionals hebben uiteenlopende vragen en leerstijlen, dus het bleek niet helpend om vooraf een heel curriculum te bedenken en standaard aan te bieden. Een deel moet voortkomen uit vraagstukken die uit de praktijk opkomen. Zo was er eens vraag hoe om te gaan met bepaalde morele dilemma's, waarna een ethicus is ingeschakeld voor een kennisbijeenkomst."

(Programmamanager - vgz)

Dit stuit wel op praktische problemen. Zo zijn vooraf de kosten en tijdsplanning van de (bij) scholing moeilijk in te schatten, wat het bestuurlijk en beleidsmatig lastig maakt. Het meten van de leereffecten en opbrengsten is eveneens lastig. Toch blijkt uit de pilot actieleren dat de zorgkwaliteit toeneemt en er minder cliëntproblematiek is als de handelingsverlegenheid van begeleiders afneemt, geeft de programmamanager aan.

"Ja, de werkdruk ligt hoog, maar de begeleiders zijn intrinsiek gemotiveerd om goed werk te leveren en ze krijgen er energie van daarin te investeren. Voorheen werd het advies van gedragsdeskundigen niet altijd even goed begrepen en toegepast door begeleiders, maar nu wel, als ze een samen een vraagstuk oppakken."

(Programmamanager - vgz)

Het is onbekend of deze inventarisatie gedaan is bij de teams van de Ggz-organisatie.

Uitwisseling

Naast de inventarisatie van de behoefte, is ook het aanbod geïnventariseerd. De twee vgz-instellingen hebben hun leeraanbod betreffende verstandelijke beperking en psychische problematiek naast elkaar gelegd: wat is er aan scholingen in huis? Het is nu mogelijk om van elkaars leeraanbod gebruik te maken. Hiervoor zijn er concrete afspraken gemaakt. Met de ggz-partner is dit nog niet gebeurd. Het volgen van elkaars onderwijsaanbod via ggz Academy bleek in de

praktijk nog lastig, omdat vgz-medewerkers hiervoor eerder geen toegang hadden. Tijdens de onderzoeksperiode is deze toegang voor één van de twee vgz-partners wel, maar voor de andere niet geregeld.

“Bij onze eigen opleidingen (ggz) hebben we geen samenwerking met vgz-organisaties, maar we weten elkaar wel te vinden als dat nodig is. [...] Binnen onze eigen organisatie blijven nog wel eens wat te veel deurtjes gesloten. Bij voorbeeld bij een voorstel om refereer bijeenkomsten open te stellen voor de andere organisaties. Dat was niet mogelijk.”

(Programmamanager - ggz)

“De einddroom is zover te gaan dat we echt een gezamenlijk opleidingstraject hebben. Geïntegreerd: met voldoende psychiatrische en vgz-kennis. En als er vraagstukken zijn waarmee we moeilijk kunnen omgaan, zoals volwassenen met autisme en een licht verstandelijke beperking, dat we daar klinische lessen omheen organiseren. En nog mooier is het als we liaisonofficiers kunnen aanstellen. Mensen die gedetacheerd zijn bij de ggz, met ook een been in de vgz-moederorganisatie.”

(Directeur behandelenzaken - ggz)

Andere ontwikkelingen

Tijdens de projectperiode zijn er andere ontwikkelingen die de kennisdeling en samenwerking voor mensen met een vgz en psychische problemen binnen de netwerkorganisatie hebben bevorderd. Zo is er bij een van de vgz-organisaties een verpleegkundig specialist vast aangesteld. De link met het project is niet één op één te leggen, maar duidelijk is dat het project beweging in gang heeft gezet.

“Er komt van alles op de rit. Het belang van kennis van psychiatrie begint door te dringen. Vanuit de teams wordt gevraagd om kennis en ondersteuning en het besef dat het goed is om deze cliënten specifiek te ondersteunen begint ook in de bovenlaag van de organisaties goed door te dringen. Zo is er nu de Verpleegkundig Specialist binnengehaald. Verpleegkundig specialisten kunnen veel doen op de groepen en ze zijn erg praktisch ingesteld. Ze kunnen goed samenwerken met de psychiater en Arts verstandelijk gehandicapten (avg).

Hopelijk wordt het belang van zulke specialisten duidelijk.”

(Projectleider - vgz)

Welke kwetsbaarheden en leerpunten worden gezien?

Naast de positieve effecten van het Project LVB-ggz, zien de betrokkenen ook zorgpunten en risico's.

Gelijkwaardigheid

Een aandachtspunt is de ervaren spanning door verschillen in cultuur tussen de vgz en de ggz, waarbij de partners elkaar niet altijd gelijkwaardig gewaardeerd voelen. Soms komt dit door verschillen in taal en organisatiestructuur, soms door ervaren verschillen in hiërarchie.

“De gelijkwaardigheid is heel belangrijk, maar ook een van de uitdagingen waar we in dit project soms tegenaan lopen.

Over het algemeen zijn wij (bij de ggz) geneigd te denken: wij zijn de psychiatrie en wij weten wat wij doen en de vgz is een stapje lager.”

(Projectleider - ggz)

“De grote winst is dat we elkaar spreken. En zien in een bredere context: wat doet de ander? Maar we merken ook dat we elk een andere betekenis geven aan woorden, rollen en verantwoordelijkheden.

Dit geeft soms ook wrevel. We zijn gelijkwaardig, maar ook verschillend. Je moet er lol in zien te krijgen om elkaar en elkaars taal te begrijpen.”

(Directeur behandelzaken - ggz)

“De urgentie dat we elkaar nodig hebben, is er wel. Maar soms gaat het vanuit de ggz nog op een toon van: help mij nu!”

(Ro2 vgz)

“Het loopt fout bij verwachtingen die niet altijd overeenstemmen.

Zoals bij crisiscontact. Een arts wil extra informatie of een bed geregeld krijgen.

Die belt niet voor advies over de benadering, maar wil gewoon een antwoord op zijn vraag. Dan ‘moet’ je iets van elkaar,

in plaats van dat je iets van elkaar wilt leren.”

(Projectleider - ggz)

Het project beperkt zich tot een bepaalde regio waarbinnen de drie organisaties allen werkzaam zijn. Maar binnen die regio opereren ook andere ggz en vgz-aanbieders. En vooral de ggz-partner – als grootste van de drie partners - bestrijkt een omvangrijk werkgebied en heeft daarbinnen ook met andere vgz-aanbieders samenwerkingsafspraken. Deels op dezelfde en deels op andere werkgebieden. Zoals op het gebied van jeugdzorg. Dit maakt dat er veel verschillende dingen tegelijkertijd gebeuren op het vlak van LVB-ggz, waardoor de prioriteit niet altijd bij deze netwerksamenwerking ligt en waardoor lang niet alle afdelingen binnen de organisatie deze samenwerking even scherp op het netvlies hebben staan. Enerzijds kan van die andere samenwerkingen weer worden geleerd en geprofiteerd, anderzijds bestaat het risico op ondersneeuwen van het project.

De drie organisaties verschillen onderling sterk in omvang, wat betekent dat de inzet van uren en middelen niet evenredig verdeeld kan worden. Dit kan de gelijkwaardigheid ook onder druk zetten. De grotere organisaties leveren daarom meer inzet. Dit is onderwerp van gesprek en lijkt geen gevoelsmatige problemen op te leveren, maar in praktische zin doet het dat soms wel. De kleinere organisatie levert immers ook een projectleider, maar diens uren zijn veel schaarser,

waardoor zij niet altijd bij alle bespreking aanwezig kan zijn. De grootste organisatie – de ggz instelling – heeft vanwege haar grote omvang en werkgebied bovendien (vanuit andere regio's) samenwerkingen met andere vg-organisaties lopen. Dit maakt prioritering van de samenwerking en verspreiding van de bekendheid ervan binnen de organisatie bij de grotere partij lastiger.

“Je hebt te maken met de grillen van een grote organisatie met verschillende directies met elk een eigen agenda. De verschillen die te maken hebben met grootte, zijn groter dan we vooraf dachten. Je wilt dingen vanuit gelijkwaardigheid doen, maar dat lukt niet altijd.

De grotere organisaties hebben meer mogelijkheden, maar we willen liever niet dat één organisatie de kar trekt en de overhand heeft.”

(Projectleider - ggz)

Door de betrokkenen wordt ook aangegeven dat de cultuurverschillen geen struikelblok voor succesvolle samenwerking en kennisdeling hoeven zijn als mensen elkaar leren kennen, zoals dat in dit project wordt beoogd.

“Die cultuurverschillen zijn er. Elkaar meer begrijpen is dan ook de kern van de winst van dit initiatief.”

(Directeur - vgz)

“Als je elkaar aardig vindt, ga je dingen voor elkaar doen. Commitment, daar gaat het om.”

(Directeur behandelingen - ggz)

Een ander aandachtspunt is de ervaren urgentie van samenwerking en kennisdeling. In hoeverre zijn de drie organisaties ervan overtuigd dat zij elkaar nodig hebben; hoe sterk is de ervaren noodzaak van het delen van de expertise om goede zorg voor de doelgroep te kunnen bieden?

“Een gezamenlijke visie hoeft er niet te zijn. De visies moeten wel bij elkaar aansluiten: een gezamenlijke visie op samenwerking. Het moet een gedeeld beeld zijn van waar we goed in zijn en waar naartoe we kunnen voor expertise.”

(Projectleider - ggz)

Bij de bewustwording is het van groot belang dat het besef ook bij het bestuur en management leeft. Zodat er niet alleen vanuit de praktijkbehoeften wordt geopereerd, maar het belang ook van bovenaf uit de organisatie wordt benadrukt, zo geven diverse respondenten aan.

“Ik loop er bij de opleiding tot psychiater wel tegenaan dat collega's het lastig vinden om aan te geven dat we in sommige dingen nog niet heel goed zijn en ons aanbod nog niet toereikend is. Dan moeten we andere bronnen aanboren om deze mensen te overtuigen dat er samenwerking nodig is.

Door praktijkvoorbeelden te geven.”

(Projectleider - ggz)

*"Sommige psychiaters zeggen: wij kunnen dat wel.
In dat soort gevallen moeten er soms directeuren aan te pas komen om aan te
geven dat die noodzaak er wel degelijk is."
(Projectleider - vgz)*

Bereik en draagvlak

Dat de activiteiten vanuit de samenwerking an sich bewustwording tot gevolg hebben bij de betrokken personen lijkt evident. Maar hoe breed bekend zijn de activiteiten en hoeveel mensen vanuit de drie organisaties kwamen er concreet mee in aanraking?

Binnen het kader van dit onderzoek was het niet mogelijk hierover gegevens te verzamelen. Wel komt uit de interviews naar voren dat de bekendheid van het project intern nog kan verbeteren. De projectgroep voerde zelf tijdens de onderzoeksperiode een kleine schriftelijke enquête uit onder 22 deelnemers aan het project LVB-ggz (vijf vanuit de vgz en zeventien vanuit de ggz) om het draagvlak ervan te peilen. Hieruit bleek dat het draagvlak niet onder alle betrokkenen even sterk is. De communicatie over het project in de teams verloopt meestal mondeling in werkoverleggen en MDO's. Enkele respondenten zijn niet actief in het delen van informatie over het project. De meeste respondenten vinden dat het project heeft geleid tot kortere lijnen, een beter begrip van elkaar en nieuwe inzichten. Een minderheid vindt dat het project te weinig heeft opgeleverd. Gewenst is meer kennisuitwisseling, meer inzicht in elkaars kennis en kunde en *'het te pakken krijgen' van collega's die geen affiniteit met de doelgroep hebben'*, zo staat te lezen in een samenvatting van de resultaten. Verder worden als verbeterpunten genoemd: samenwerking in een gedeelde kliniek, sneller patiënten van elkaar kunnen overnemen en samenwerken bij de intake, in geval van crisis en op de thema's verslaving en dagbesteding.

Professionalisering van het project

*"We zijn begonnen vanuit idealisme. We moeten de ideeën waarmee we startten
blijven volgen. Maar de doelen steeds behapbaarder en meer smart en goed
bijhouden wat we doen."
(Directeur behandelingen - ggz)*

*"Kijken of het initiatief nog werkt doen we nu vooral op basis van 'ongoing
leren': kijken wat werkt in de praktijk. Voor de cliënt moet het beter worden,
maar het mag ook niet duurder worden. Het moet uitvoerbaar blijven en echt iets
opleveren. Mensen moeten er ook in geloven. Af en toe wordt er in de stuurgroep
bij stilgestaan of het project nog goed loopt, of de juiste doelen nog in beeld zijn
en of het wat oplevert. Deze verslagen zijn nu nog niet formeel en expliciet, dat
zou wel wat strakker bijgehouden en opgeschreven mogen worden."
(Directeur vgz)*

Verdergaande professionalisering van de samenwerking en kennisdeling is een behoefte die veel betrokkenen direct of indirect uiten. Nu de pilotfase voor de eerste drie onderdelen van het project nagenoeg is beëindigd is inbedding van de succesvol gebleken activiteiten aan de orde, waarbij een professionaliseringslag zal plaatsvinden. Ook de uitvoering van het project zelf, heeft tijdens

de onderzoeksperiode groei doorgemaakt. Het plan van aanpak uit 2020 beschrijft de doelen nog algemeen. In de voortgangsverslagen van daarna worden de doelen zichtbaar steeds concreter uitgewerkt. De initiatiefnemer van het eerste uur geeft gaandeweg het onderzoek diverse malen aan dat de ambities nog scherper vertaald kunnen worden in meetbare streefdoelen. Gaandeweg het project zijn er standaard evaluatieformulieren ontwikkeld, waarop de voortgang op deeldoelen wordt bijgehouden. De initiatieven uit de pilotfase – de webinars, de scholingssessies met ervaringsdeskundigen en de casuïstiekbesprekingen – werden eerder door de projectleiders en betrokkenen zelf opgezet en georganiseerd. Dit leverde veel op, maar kostte ook erg veel tijd. Dit zou een struikelblok kunnen zijn voor de borging ervan, zo geven meerdere geïnterviewden aan. Nadere professionalisering en structureel faciliteren (beleggen en financieren) van deze taken – in dan wel extern – is van belang. En daarbij is sturing vanuit de organisatie noodzakelijk.

Randvoorwaarden

“Het is ontwikkelwerk dat we doen. Dat gaat zich weer uitbetalen op den duur. Maar hoe krijg je het nu gefinancierd? Dat is een struikelblok.”
(Projectleider - ggz)

Het is een belangrijke randvoorwaarde dat er structureel voldoende tijd en menskracht voor de activiteiten is. De drie projectleiders zijn hiervoor in verschillende mate gefaciliteerd. Het belang van borging – in geld en menskracht - wordt vaak genoemd.

“Wil je het goed doen, dan moet je echt de tijd ervoor vrij hebben. Er zou veel meer moeten en kunnen gebeuren, maar het houdt soms gewoon op als de beschikbare uren er niet zijn.”
(Projectleider vgz)

“Dit soort initiatieven is kwetsbaar. Als er moet worden bezuinigd, is zo'n innovatieproject het eerste dat sneuvelt. Het is belangrijk dat de elementen snel structureel worden ingebed in beleid en het niet mee zo hangt op de projectleiders, de poppetjes.”
(Projectleider - vgz)

“Alles wat van onderaf wordt bedacht is prima. Maar moet van bovenaf wel naar een hoger niveau worden getild binnen de organisaties.”
(Verpleegkundig specialist - ggz)

De continuïteit van het project stond gedurende de onderzoeksperiode enige tijd onder druk, omdat twee van de drie projectleiders hun werkzaamheden beëindigden (eenmaal vanwege pensionering, eenmaal vanwege andere werkzaamheden) en er nog niet in opvolging was voorzien. Inmiddels zijn alle functies weer opgevuld en hebben de projectleiders hiervoor ook (deels) een aanstelling gekregen. Bij de kleinere instelling is deze facilitering in uren wel beperkter dan bij de andere twee organisaties. Of het opleidingsplan van de twee vgz-organisaties kan worden uitgevoerd is op het moment van opstellen van dit rapport nog niet bekend. Hiervoor moet

een flinke investering worden gedaan in een tijd dat personeel en middelen schaars zijn. De projectleiders geven verder aan dat de investering voor samenwerking voor cliënten binnen de samenwerkende regio's (bijvoorbeeld bij consultatie/ casuïstiekbespreking) wel zijn geregeld, maar nog niet voor cliënten van de drie organisaties buiten de samenwerkingsregio.

Toekomst

Een deel van de doelen is bereikt, een deel nog niet.

"Het consultatieteam is er nog niet. Opzetten daarvan gaat niet zo snel als we willen. Het is wel een van de hot items waar we voor willen gaan, want daarin kunnen we elkaar mooi vinden."

(Projectleider - ggz)

En er zijn ook ambities die buiten het huidige projectplan uitstijgen. Zo is een aantal betrokkenen voorstander van een gezamenlijke woonvoorziening.

"De meerwaarde zit in het hebben van personeel met kennis van beide gebieden, een gemengd team. Waarbij psychiaters en artsen verstandelijk gehandicapten (avg) gemakkelijker ingevlogen kunnen worden. Nu is het heel moeilijk om in de vgz mensen vanuit de psychiatrie aan het werk te krijgen, omdat ze hun professionele kennis daar moeilijker op peil kunnen houden en daardoor hun BIG-registratie kwijtraken. Het personeel van zo'n gezamenlijke woonvoorziening kan vanuit een ggz-instelling gedetacheerd worden. Dit biedt professionals ook een mooie uitdaging als in zo'n voorziening andere, nieuwe werkvormen worden gehanteerd."

Verder zij er plannen voor het uitbreiden van het project met meer (vgz-) partners. Gesprekken hierover zijn door de coronacrisis tijdelijk op de achtergrond geraakt, maar het is de ambitie uitbreiding met meer vgz-partners in de regio te bewerkstelligen. Als derde stip op de horizon binnen het (breder) project staat gezamenlijke diagnostiek en behandeling, waarvoor al enkele stappen zijn gezet, zoals een scholing vanuit de vgz-partner aan de ggz-partner over de testen die in de vgz worden gebruikt. Kennisoverdracht over psychiatrische diagnostiek vindt al plaats tijdens de casuïstiekoverleggen. Deze stap in het project is echter nog een forse. Zo is de financiering ervan nog een vraagteken, maar lijkt ook het draagvlak nog niet solide.

"We hebben zeker een stukje bereikt. Er is een lange adem nodig. Kijk eens vijf jaar verder, gaan we dan gezamenlijk spreekuur houden?"

(Directeur behandelingen - ggz)

"Komt een patiënt op een betere plek terecht door dit project? Dat weet ik niet. Als we dat willen bereiken is er een nieuw, geïntegreerd aanbod nodig."

(Projectleider - ggz)

De projectstatus van de samenwerking nadert zijn einde. Een groot deel van de doelen is behaald, zo concluderen de drie organisaties, hoe nu samen verder? De drie directeuren bespreken de plannen voor de toekomst van de samenwerking. De intentie van voortzetting is er, de nadere invulling moet nog vorm krijgen. Hiervoor is een aantal sessies ingepland, waarbij ook het zorgkantoor wordt betrokken. Mocht het samenwerkingsverband een meer definitieve status krijgen, dan is daarbij ook structurele financiering nodig, volgens de projectgroep. De projectleiders geven aan dat hun prioriteit in de voortzetting van de samenwerking ligt bij het verbinden van de verschillende initiatieven. Vanuit contact met de cliëntenraden van de organisaties komt het geluid dat het overzicht wordt gemist.

*“Er is al zoveel gedaan, maar hoe brengen we samenhang in al die initiatieven.
Het moet wel duidelijk zijn voor de gebruikers waar de lijnen lopen,
zodat het geen wirwar wordt.”*
(Projectleider - vgz)

Verder bestaat de behoefte aan de oprichting van een klankbordgroep met ervaringsdeskundigen en naasten om *“andere onderwerpen en een andere invalshoek”* in te brengen. De projectleiders willen richting de toekomst vasthouden aan de succesvolle initiatieven en deze structureel inbedden in de reguliere structuren. De sector overstijgende samenwerking willen zij voor de toekomst meer thema-gericht gaan inzetten. De samenwerking is dan meer gericht op ‘elkaar weten te vinden’ dan op daadwerkelijk gezamenlijk opzetten van beleid. Dit laatste overstijgt ook de deelprojectdoelen.

*“De uitvoering van de zorg ziet er bij ons toch heel anders uit, je zet dat niet met
zijn drieën op. Daarvoor zijn de paradigma verschillen toch nog te groot.
Maar door dit soort projecten sta je al met elkaar in contact en weten we elkaar
nu heel goed te vinden. We snappen nu elkaars taal beter.”*
(Projectleider - vgz)

Resultaten

Er zijn op meerdere niveaus in de drie samenwerkende organisaties zaadjes geplant in het kader van dit project LVB-ggz, en er is zeker sprake van ontkiemend ‘nieuw leven’. De doelgroep mensen met een licht verstandelijke beperking en psychische problematiek staat bij de drie instellingen meer op de kaart dan voor de start van het project het geval was, waar er ook al een degelijke voorgeschiedenis is. Velen medewerkers hebben ‘elkaar leren kennen’ en ‘kennis uitgewisseld’ bij onderdelen van het project en er zijn diverse enthousiaste geluiden. Er zijn kwartjes gevallen – over verschillen in taal en organisatiestructuur - en er zijn concreet nieuwe contacten gesmeed. Meerdere behandelaren, begeleiders, verpleegkundigen, managers en bestuurders hebben bijgeleerd; zowel over wat ze *niet* als wat ze *wel* al wisten. Het project heeft **impact** gehad.

Hoe breed het **bereik** hiervan is, is binnen dit onderzoek niet in beeld gekomen. Zeker is dat de interne bekendheid ervan nog kan en moet groeien, met name bij de grotere partners. Omdat bewustzijn en urgentie van het vraagstuk belangrijke randvoorwaarden zijn, is aanhoudende interne communicatie over het project nodig om het vraagstuk hoog op de agenda te houden. In tijden van personeelsschaarste en financiële krapte blijft het spannend om dringende aandacht voor het thema vast te houden.

Omdat de looptijd van het actieonderzoek relatief kort was, was het hierbinnen niet mogelijk het **doelbereik** in de gehele breedte te meten. Enkele resultaten zijn wel zeker. Het seminar is door veel medewerkers gevolgd en heeft tot enthousiaste reacties geleid. De werkwijze wordt voortgezet en er is geleerd hoe het (nog) effectiever kan. Er zijn in de vier casuïstiekbesprekingen concrete resultaten bereikt in vastgelopen casussen. De deelnemers hebben hun kring kunnen uitbreiden en ervaren nadien een korter lijntje met de collega's waaruit ook concreet nieuwe uitwisseling van kennis is ontstaan. Er zijn zelfs contacten gelegd die tot (bij) scholing van anderen hebben geleid. Vanuit deze pilot is het proces van casuïstiekbesprekingen gestroomlijnd: er zijn vaste contactpersonen aangewezen en er is een standaardformulier en een procedure voor indiening en vlotte behandeling van een casusbespreking ontwikkeld. De drie organisaties hebben zich uitgesproken hiermee door te gaan. De toekomst zal uitwijzen in hoeverre de casuïstiekbesprekingen structureel ingebed worden in de werkwijze en in hoeverre dit kan uitstijgen boven de winst van het vlottrekken van de individuele casussen. En in hoeverre het lukt om de poule van deskundigen en de bekendheid van het instrument uit te breiden.

In de gezamenlijke opleidingen is een belangrijke stap gezet in de samenwerking tussen de twee vgz-instellingen onderling, waarbij behoeften zijn verkend en een plan voor verbetering is neergelegd. Het is nog niet bekend of de vgz-instellingen dit plan ten uitvoer gaan brengen. Hierbij is het (nog) niet gelukt de ggz te betrekken. Wel is er een succesvolle pilot geweest met lessen aan derdejaars verpleegkundigen met inzet van ervaringsdeskundigen vanuit de vgz. Het wederzijds toegang verkrijgen tot elkaars eHealth aanbod is deels, maar niet volledig gerealiseerd.

De **continuïteit en borging** van de samenwerking lijken stevig, aangezien vanuit elk van de drie organisaties een projectleider uren toegekend heeft voor het project. Dit was niet tijdens de gehele rit zeker: twee van de drie projectleiders wisselden en vervanging was lange tijd onzeker. De kleinere organisatie kampte met krapte om steeds volwaardig aan de samenwerking te kunnen blijven bijdragen.

Project LVB-Ggz behoudt de projectstatus totdat fase twee wordt ingegaan: richting gezamenlijk (poli)klinisch en *outreaching* werken. Hierbij is het voornemen in de toekomst ook het zorgkantoor te betrekken om het draagvlak te verbreden en structurele financiering te borgen.

De **afbakening** van de doelgroep is helder – de doelgroep met een LVB en psychische problematiek – en de reikwijdte van de doelen is ook afgeperkt. Hierbij heeft een afschaling van de ambities plaatsgevonden: het doel toe te werken naar een gezamenlijke consultatieteams is op korte termijn niet aan de orde. Verkend wordt in hoeverre bestaande structuren hiervoor voldoen. Het lange termijn doel van structurele multidisciplinaire samenwerking voor behandeling van de cliënt over de sectoren heen, is daarmee (in elk geval vanuit dit projectonderdeel) nog niet in zicht.

Het lijkt erop dat – voor nu - de grenzen van *common ground* in de samenwerking en kennisdeling zijn gezocht en gevonden. Verdergaande samenwerking gaat op dit moment een stap te ver, waarbij men oploopt tegen de volgende twee 'natuurlijke' grenzen: Verschil in visie en werkwijze waarop men op dit moment niet verder naar elkaar toe wil of kan bewegen (wenselijkheid verandering en verdergaande samenwerking) en verschil in ervaren prioriteiten (noodzaak).

6.2 Initiatief II: Centrum X

Het initiatief

Centrum X is een kleinschalige, landelijk gelegen zorginstelling buiten de Randstad en richt zich specifiek op (jong) volwassenen met een psychiatrische aandoening en/of ontwikkelingsstoornis waarbij de hulpverlening is vastgelopen. Het centrum is in 2020 gestart met dagbehandeling en op 1 januari 2021 met een woonvoorziening (type zorgboerderij). Over haar waarden schrijft het centrum:

"We houden bij centrum X van een persoonlijke aanpak, met begeleiding en behandeling afgestemd op het individu met voldoende aandacht voor iedere cliënt. Bij centrum X hebben we naast de mentale gezondheid ook de fysieke gezondheid en duurzaamheid hoog in het vaandel staan."

Aanleiding

De vele obstakels in de langdurige zorg voor cliënten met complexe, gecombineerde problematiek vormden de aanleiding voor het oprichten van centrum X. Deze groep cliënten vindt vaak geen passende (definitieve) woonplek in de reguliere geestelijke gezondheidszorg (ggz) of verstandelijk gehandicaptenzorg (vgz), zo zien ook onze gesprekspartners van het zorgkantoor in de regio van centrum X.

"Ik denk dat centrum X een gat in de markt opvult. Eén van de tekenen is dat er veel 'rondpompliënten' waren voordat centrum X officieel openging per 1 januari dit jaar. Ze namen vóór die datum al cliënten aan. Het maakt bij centrum X niet uit of iemand vgz- of ggz-problematiek heeft, zolang er maar sprake is van complexe zorg. Dat is heel erg fijn voor cliënten met complexe casuïstiek."
(Kwaliteitsadviseur Gehandicaptenzorg en ggz-zorgkantoor)

Volgens de initiatiefnemer, psychiater en huidige bestuurder van centrum X wordt deze complexe cliëntgroep van instelling naar instelling doorgeschoven omdat instellingen geen passende zorg weten te bieden. Zij ervaren handelingsverlegenheid bij complexe problematiek en geven vaak al bij voorbaat aan deze cliënten niet te willen opnemen. Deze groep cliënten heeft een combinatie van de expertise op het gebied van diagnostiek, behandeling en begeleiding uit de ggz en vgz nodig. Beide sectoren zijn echter gescheiden werelden in hun werkwijze, cao's, wet- en regelgeving en financiering.

Zorgaanbod en cliënten

Centrum X werkt als ggz-aanbieder voor cliënten met psychiatrische problematiek en/of een ontwikkelingsstoornis. Omdat de gehandicaptenzorg en de ggz gescheiden sectoren zijn, heeft centrum X voor één van beide sectoren moeten kiezen, de cao-ggz of de CAO Gehandicaptenzorg. Het werd de ggz. Feitelijk betreft centrum X dus geen samenwerking van organisaties uit beide sectoren maar gaat het om een integratie van de huidige werkwijzen en expertises van de ggz en vgz.

Het centrum is in 2020 gestart met dagbehandeling en op 1 januari 2021 met een woonvoorziening (woongroep) voor acht tot tien cliënten. Daarnaast wordt diagnostiek, consultatie, begeleiding en dagbesteding geboden, voor wonende cliënten maar ook voor cliënten die elders wonen. Wonende cliënten hebben veelal een Wlz vgz6, vgz7 of een Wlz ggz5 zorgprofiel met Meerzorg. Gedurende de looptijd van het onderzoek verbleven er acht cliënten.

Kees²¹ kwam medio 2021 bij centrum X wonen na een crisismelding via het zorgkantoor. Op zijn vorige verblijfsplek (Org 7) was de zorg vastgelopen. Hij woonde daar inmiddels zes jaar en was nogal bepalend in de groep. Het team bestond voornamelijk uit vrouwen en er was sprake van angst voor deze cliënt, ook bij de andere bewoners. Kees had in de loop van de tijd allerlei privileges opgebouwd en de begeleiding kon die niet meer doorbreken. Er werden geen grenzen meer aan Kees gesteld. De angst werd veroorzaakt door scheldpartijen en fysieke dreiging al was het team er wel van overtuigd dat ze – zo nodig - op tijd weg zouden kunnen komen. Het werd uiteindelijk een onhoudbare situatie. Bij Kees was in 2018 door een Factteam een totaal IQ van 53 vastgesteld, daarnaast kwam uit de diagnostiek dat hij heftige angsten en psychotische belevingen had. Een tijdelijke psychiatrische opname volgde maar hij kon niet blijven bij deze kliniek en ging terug naar de woonvoorziening. Die kon de zorg niet bieden die nodig was, zoals blijkt uit het voorgaande.

“De overdracht naar ons ging goed. We draaiden twee vroege en twee late diensten mee bij Org 7 (op basis van ZZP financieringsconstructie) om goed te kunnen zien wat daar gebeurde. We hebben afspraken gemaakt, maatregelen genomen en een dagprogramma opgesteld zodat hij goed gekaderd kon gaan starten. Ook zijn mentor is bij centrum X langs geweest.” (Teamleider 2)

Bij de feitelijke verhuizing is een week lang extra personeel ingezet zodat de aandacht voor deze nieuwe cliënt niet ten koste ging van de aandacht voor de rest van de groep.

“Hij kreeg geen één op één zorg maar er is wel voor gezorgd dat hij goed kon instromen in de voor hem nieuwe structuur.” (Teamleider 2)

Recent belden zijn vorige begeleiders om te horen hoe het met hem ging en men was verbaasd om te horen hoezeer de man in beweging was gekomen. Omgekeerd hadden zij een enorme verandering op de groep gemerkt, de angst bij cliënten en begeleiders was weg.

Team

Naast een psychiater en twee teamleiders bestaat het hulpverleningsteam uit twintig begeleiders voor wonen en dagbesteding. Daarnaast zijn een klinisch psycholoog, orthopedagoog, verpleegkundige en een aantal vak therapeuten betrokken. Er is samenwerking met een Arts verstandelijk gehandicapten (avg) vanwege de Wet Zorg en Dwang (Wzd). De avg ziet (als Wzd-functionaris)

²¹ Gefingeerde naam (Cliënt 1).

toe op de inzet van onvrijwillige zorg en de mogelijke afbouw ervan bij cliënten met een vgz-indicatie. De avg is ook degene die een rechterlijke machtiging kan aanvragen maar is bij centrum X niet betrokken bij de behandeling van cliënten.

Psychiater, teamleiders en een aantal begeleiders kennen elkaar uit eerdere werkkringen in voornamelijk de verstandelijk gehandicaptenzorg, met name de sglvg-zorg ('sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt') en delen eenzelfde visie op de zorg voor deze cliëntgroep. Om de zorg goed vol te kunnen houden krijgen begeleiders ondersteuning bij ingrijpende gebeurtenissen en omgang met complex gedrag.

Aanpak onderzoek

Het onderzoek vond plaats van juni tot en met december 2021. Aan het begin van het onderzoek hebben we een werkbezoek gebracht aan de locatie waarbij we een gesprek hadden met de psychiater en teamleider 1. Er zijn meerdere interviews gehouden met in totaal elf betrokkenen: de initiatiefnemer (psychiater), de twee teamleiders, een (coördinerend) begeleider, een begeleider van een verwijzende instelling, twee bewoners (cliënten) en hun naasten (mentor, moeder) en twee vertegenwoordigers van het zorgkantoor (inkoper en kwaliteitsadviseur). Op basis van de interviews en relevante documenten (businessplan, scholingsplan) reconstrueerden wij de doelstellingen, het doelbereik en de achterliggende 'veranderingstheorie' van centrum X en de onderbouwing ervan. Deze koppelden wij halverwege de onderzoeksperiode terug aan de teamleiders en psychiater. Dit leidde tot een verdere verheldering en aanscherping van doelen en veranderingstheorie en leverde een aantal leerpunten op. Deze zijn aan het einde van de onderzoeksperiode opnieuw besproken met de beide teamleiders in twee aparte gesprekken (die met een flinke tussenpoos plaatsvonden vanwege vertrek van één van beide teamleiders).

Wat wil centrum X bereiken met haar vernieuwend initiatief?

Stabiliseren en expertise overdragen

Het doel van centrum X is om met haar zorg en expertiseoverdracht bij te dragen aan het oplossen van het tekort aan goede woonplekken voor cliënten met een verstandelijke ontwikkelingsstoornis in combinatie met psychische problematiek. De instelling biedt een specifieke vorm van cliëntenzorg en intensieve ('warme') overdracht van cliënten naar een definitieve woonplek. Het is volgens de initiatiefnemer namelijk niet zozeer (of niet alleen) nodig om het zorglandschap met nieuwe gespecialiseerde woonvoorzieningen *uit te breiden* maar ook (of vooral) de bestaande woonzorg voor deze groep cliënten te verbeteren en toegankelijker te maken. Met de overdracht van haar expertise tijdens het (vervolg)traject van cliënten zet centrum X zich daarvoor in. Het zorgkantoor in de betreffende regio, uitvoerder van de Wet langdurige zorg (Wlz), deelt deze visie.

Stabiliseren

De specifieke cliëntenzorg bestaat uit het stabiliseren van cliënten om daarmee hun doorstroommogelijkheden naar de reguliere zorg te vergroten. Hiertoe neemt een multidisciplinair team van behandelaren en begeleiders de (medicamenteuze) behandeling, de begeleidingsstijl, dagbesteding, dagstructuur en relationele context onder de loep, experimenteert met mogelijke aanpassingen en wijzigt de aanpak waar nodig. Daarbij worden naast de cliënt zelf ook belangrijke anderen zoals naasten, voormalig begeleiders en verwijzers betrokken.

De psychiater en een teamleider geven aan dat een indicator van 'gestabiliseerd zijn' moeilijk is te geven.

"Ieder stabilisatieniveau is anders. Hangt samen met de doelgroep, maar ook de problematiek van iemand. De één raakt stabiel door een goede dagstructuur, maar een ander bijvoorbeeld door medicatie goed af te stellen."

(Psychiater)

"Er is sprake van stabiliteit als cliënten weer binnen reguliere instellingen kunnen instromen."

(Teamleider 1)

Stabiliteit van cliënten kan dus zowel aan een sociale context zijn gebonden als aan de persoon.

Expertise overdragen

Het vinden van een goede woonplek waar de cliënt in principe kan blijven, is onderdeel van de zorg die centrum X levert. Dit kan een woonplek zijn bij de instelling die de cliënt bij centrum X heeft aangemeld (terugplaatsing) of een geheel nieuwe woonplek. Hierbij doet centrum X het aanbod dat één of meerdere van haar begeleiders tijdelijk - maar zo lang als nodig - meegaan met de cliënt en meedraaien in de zorg op de (definitieve) woonplek.

Korte en langere termijn

Het leveren van cliëntenzorg krijgt momenteel alle aandacht bij centrum X omdat er enorm veel vraag is naar zorg voor deze complexe doelgroep.

"We worden platgebeld als er een plek vrij is"

(Teamleider 1)

Het opzetten van een goed team en een gedeelde en uitgewerkte visie op de aanpak ontwikkelen is daarom nu het eerste dat moet gebeuren. Dit is dan ook het doel voor de korte termijn. Het verder ontwikkelen, expliciteren en overdragen van de kennis en expertise naar andere zorgverleners in de Wlz is nog geen doel, behalve in de vorm van de 'warme overdracht' naar de volgende (definitieve) woonplek.

"Het zou eventueel een doel kunnen worden, maar we moeten ons eerst op onszelf richten voordat we ons naar buiten richten."

(Teamleider 1)

Met welke middelen en activiteiten en waarom?

De middelen en activiteiten waarmee centrum X haar doelen (stabiliseren en expertise overdragen) wil bereiken hebben een organisatorische en zorginhoudelijke kant. Hieronder beschrijven we die verschillende aspecten.

Intensieve begeleiding

Centrum X wil haar zorgdoelen allereerst bereiken door intensieve begeleiding aan te bieden, zo nodig één op één. De cliënten hebben in het verleden vaak negatieve ervaringen opgedaan. Met intensieve begeleiding wil centrum X een positieve relatie tussen cliënt en begeleider bevorderen. In een positieve relatie ontwikkelen zich de wensen en behoeften van cliënten en ontstaat er zicht op de facetten die voor het stabiliseren van de cliënt nodig zijn. Om deze intensieve begeleiding te kunnen bieden doet het centrum voor veel van haar wonende cliënten een beroep op de regeling voor Meerzorg bij het zorgkantoor²².

Eén team voor woon- en werkbegeleiding

Intensieve begeleiding krijgt onder andere vorm door wonende cliënten begeleiding te bieden door eenzelfde team bij zowel het wonen als de dagactiviteiten/het werk. Dit maakt de drempel voor cliënten om te gaan werken en begeleiding te accepteren lager.

"De truc zit er ook wel in dat onze woonbegeleiding ook de werkbegeleiding is. (...) Waar dat niet zo is word je door de woonbegeleiding uit je bed gehaald en die moet je naar de dagbesteding zien te krijgen. Waar je vervolgens dus weer andere begeleiders treft (...)."
(Teamleider 2)

"Deze vastigheid [maakt] het voor de cliënten die wat kwetsbaarder zijn makkelijker om aan te sluiten."
(Teamleider 1)

Cliënten hoeven op deze manier minder te schakelen in hun verhouding tot de begeleiders. Minder verschillende gezichten op een dag zorgt voor betere resultaten.

"Cliënten zijn hierdoor beter te motiveren voor dagbesteding en gaan het beter volhouden."
(Teamleider 2)

Het kunnen volhouden van dagbesteding vergroot de doorplaatmogelijkheden van cliënten.

Het werken vanuit één team voor woon- en werkbegeleiding betekent ook dat begeleiders hun cliënten beter leren kennen want ze maken hen niet alleen op het werk maar ook bij het wonen mee. Door gesprekken tijdens het koken of de afwas kwamen de begeleiders er bij Kees (Cliënt 1) al snel achter dat je hem beter geen dagbesteding aan kunt bieden waarbij hij met zijn rug naar de deuropening moet zitten. Vanwege zijn ervaringen als dakloze in het verleden houdt hij graag het overzicht.

22 Deze regeling is er volgens het voorschrift zorgtoewijzing 2021 van Zorgverzekeraars Nederland voor cliënten die in uren minimaal 25% meer zorg nodig hebben dan is opgenomen in het (hoogst mogelijk) geïndiceerde of het toegewezen zorgprofiel. Het gaat om cliënten met een zeer intensieve zorgvraag of extreme zorgbehoefte. Meerzorg wordt meestal toegekend voor een termijn van 1 tot 2 jaar met een maximale looptijd van 3 jaar.

Creatieve begeleiders

Centrum X heeft een personeelsbeleid dat gericht is op het werven en vasthouden van creatieve en ondernemende begeleiders met diverse achtergronden. Ze moeten ook in stressvolle situaties stevig in hun schoenen staan. Begeleiders hebben een niveau 3 of 4 opleiding in zorg en welzijn of aanverwant (of willen die gaan volgen) en hebben daarnaast bijvoorbeeld ook een achtergrond als hovenier/tuinman of timmerman. De integrale werkwijze, kleinschaligheid, dagbesteding die zich veelal buiten afspeelt en intensieve cliëntenzorg vragen om dit soort begeleiders. De ideale begeleider kan een relatie met cliënten aangaan zonder zich te zeer aan hen te gaan hechten, dus in het besef dat de zorg tijdelijk is, gericht op doorstromen naar een definitieve woonplek. Door met cliënten toe te werken naar een vervolgplek blijft het werk uitdagend en kun je personeel behouden.

Integratie van begeleiding en behandeling

Psychiatrische, orthopedagogische en/of vaktherapeutische behandeling van cliënten maakt bij centrum X integraal onderdeel uit van de woon- en werkbegeleiding. Dit gebeurt vanuit de visie dat behandeling het snelst resultaat heeft als deze zoveel mogelijk tegelijkertijd met dagbesteding wordt aangeboden. Voor de ambulante cliënten van centrum X betekent dit dat behandeling zo mogelijk op dezelfde dag als de dagbesteding plaatsvindt.

Het normale leven

De aanpak van centrum X is erop gericht haar cliënten zoveel mogelijk "het normale leven" te laten ervaren.

"Lekker normaal doen en zoveel mogelijk proberen een normaal leven te leiden."
(Begeleider)

Een kleinschalige voorziening - een woongemeenschap - waar je gezamenlijk voor het erf zorgt, boodschappen doet, kookt en afwast benadert dit normale leven meer dan het geheel verzorgde leven in een instituut, is de overtuiging. Ook het ontbreken van voorzieningen zoals een facilitaire dienst of crisisdienst sluit daarbij aan. Begeleiders en cliënten moeten dus problemen met elkaar oplossen.

*"Als er een schroefje los zit, dan bel je niet een klusbedrijf [...].
We lossen het zelf op."*
(Begeleider)

Het betekent dat een 'proactieve houding' een wenselijke eigenschap is voor de professionals binnen de organisatie.

"Mensen die bij de organisatie in dienst komen moeten er ook rekening mee houden dat sommige voorzieningen niet aanwezig zijn. Zo kan er bijvoorbeeld geen beveiliging ingeschakeld worden wanneer er een incident plaatsvindt. Er zijn incidenten (fysieke agressie) geweest waarbij begeleiders het moeilijk hadden."
(Teamleider 1)

De dagelijkse activiteiten die bij dit normale leven horen, hebben nut. Immers, om te kunnen eten moet je boodschappen doen en koken. Het doen van zinvolle activiteiten helpt bij stabilisatie en herstel van cliënten.

Een normaal leven speelt zich af in kleine kring en deze kleinschaligheid betekent in het geval van centrum X dat de dagbesteding ook in fysieke zin laagdrempelig is, namelijk; dicht bij de slaapkamer van de cliënten.

“Alles is op één erf geconcentreerd.”
(Teamleider 1)

Dat maakt het voor cliënten makkelijker om in beweging te komen, zo is de gedachte. Ook kan hierdoor makkelijker tegemoet worden gekomen aan de wensen en behoeften van individuele cliënten (maatwerk).

Cliënten hebben na opstaan en ontbijt vanaf 9.00 uur tot 14.30 uur dagbesteding op het terrein. Ze kunnen kiezen uit minimaal vier activiteiten die op het whiteboard staan en die betrekking hebben op het onderhoud van het terrein, zoals dieren verzorgen, het terrein netjes maken en kapotte materialen repareren. Bewoners werken hier samen met de begeleiders aan. In het weekend zijn er grotere activiteiten, zoals zwemmen of naar de bioscoop gaan.

Om 14.30 uur is er gezamenlijk koffiedrinken (met overdracht van dagdienst naar avonddienst van de begeleiding) en gelegenheid om een spelletje te doen of tv te kijken en daarna boodschappen doen, koken, avondeten en wandelen.

's Avonds is er voor cliënten ruimte voor ontspanning en worden typische avondactiviteiten ondernomen. Cliënten kunnen grotendeels zelf bepalen welke activiteiten ze willen doen. Elke nacht is er één begeleider aanwezig die dan slaapdienst heeft. “Deze sluit om 23.00 uur de dag af en ruimt het en een ander op” (Begeleider). Vervolgens kan de begeleider slapen. Soms roepen cliënten de begeleider op door middel van een alarmknopje dat zij kunnen indrukken wanneer er iets aan de hand is.

Aandacht voor levensdoelen

Aandacht voor het lange termijn levensdoel van de cliënt is een ander belangrijk onderdeel van de aanpak. Wat willen cliënten uiteindelijk bereiken in hun leven en wat is daarvoor nodig? Praten over levensdoelen met cliënten geeft zicht op hun interesses, motivatie en belevingswereld. Als cliënten iets te doen hebben (zoals in het normale leven) helpt dat hun stabilisatie en herstel maar het moet ook iets zijn dat bij hun interesses, vaardigheden en levensdoelen past. Dat is niet altijd makkelijk te realiseren.

“Probleem is wel dat deze doelen over de hele lange termijn lopen, terwijl cliënten vaak behoefte hebben aan instant gratification” [snelle actie].
(Psychiater)

Positieve en fysieke ervaringen opdoen in het hier en nu, geen vrijheidsbeperking
Om te zorgen dat cliënten wat meer zelfvertrouwen krijgen is het opdoen van positieve ervaringen essentieel. Alles in de begeleiding en behandeling is daarop gericht.

“Gebrek aan zelfvertrouwen is het allergrootste probleem van de cliënten, alle cliënten hebben dat met elkaar gemeen.”

(Psychiater)

Daarom streeft centrum X er bijvoorbeeld naar om zo min mogelijk vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen. Dergelijke maatregelen worden in de regel als straf ervaren. Cliënten van centrum X hebben echter genoeg negatieve dingen meegemaakt, dus straffen wordt als onwenselijk gezien.

“Liever een begeleider in de deur in plaats van een slot op de deur.”

(Teamleider 1)

Geen negatieve consequenties verbinden aan bepaald gedrag straalt bovendien vertrouwen uit naar de cliënt en kan de intrinsieke motivatie om mee te werken aan zijn behandeling en begeleiding vergroten (Psychiater).

Gelijkwaardige omgang

Dat begeleiders en bewoners een zo gelijkwaardig mogelijke omgang met elkaar hebben, past ook in een positieve aanpak.

“Het is in veel gevallen beter om naast de cliënt te staan en samen te werken. Dus: samen vegen en niet een cliënt laten vegen en er dan als begeleider naast staan toekijken.”

(Begeleider)

Een dergelijke gelijkwaardige omgang is beter voor het zelfvertrouwen van zowel begeleiders als cliënten.

“Bij de grote zorgorganisatie waar ik eerder werkte, waren grote machtsverschillen tussen cliënten en begeleiders. Cliënten zaten daar vaak achter slot en grendel, veel cliënten liepen vast en bij begeleiders was er angst en handelingsverlegenheid. Ik vond het geen fijne werkwijze en zo'n werkwijze is doorgaans ook niet nodig.”

(Begeleider)

Hier en nu, met de voeten in de klei en de handen uit de mouwen

Fysiek actief zijn in het hier en nu kan cliënten afleiden van negatieve gedachten en ervaringen en hen empoweren. Niet te veel praten over wat er niet goed gaat, zo geeft een teamleider aan.

“Dus ik zeg dan: Goh, wat vervelend voor je. Maar, het is vandaag dinsdag en we gaan aan het werk. En dus: hop, mee naar buiten.”

(Teamleider 2)

Deze fysieke activiteiten zijn daarnaast helpend om – ook mentaal - in beweging te komen.

“Kom op, van in bed liggen wordt het niet anders, het is tijd om iets te gaan doen, uit je hoofd en iets gaan voelen met je handen in de vieze natte grond.”

(Teamleider 2)

Warme overdracht

Om de expertise in de bestaande woonvoorzieningen te verbeteren en ze beter toegankelijk te maken voor de doelgroep, draagt centrum X haar cliënten via een warme overdracht over aan hun (toekomstige) zorgverleners. Het kan gaan om de instelling waar cliënten eerder verbleven (en waarnaar zij terugkeren) of om een nieuwe (definitieve) woonvoorziening. Ook andere betrokkenen bij de cliënten (bijvoorbeeld verwijzers en naasten) worden hierbij betrokken. De warme overdracht bestaat uit het – tijdelijk, maar zo lang als nodig - bieden van *coaching on the job* door begeleiders van centrum X bij het toepassen van de ontwikkelde aanpak. Naast begeleiders zijn ook behandelaars van centrum X beschikbaar voor consultatie en advies. Dit gebeurt idealiter op uur-factuur basis, door tijdelijke inhuur van medewerkers van centrum X. Als warme overdracht naar een andere woonplek niet lukt, blijft centrum X verantwoordelijk voor de (woonzorg aan de) cliënt vanwege de Wlz-indicatie.

Wat is er tot nog toe bereikt?

Het doel van centrum X is om met haar zorg en expertiseoverdracht bij te dragen aan het oplossen van het tekort aan goede woonplekken voor cliënten met een verstandelijke ontwikkelingsstoornis in combinatie met psychische problematiek. Het gaat om een specifieke vorm van wonen, behandelen en begeleiden die gericht is op het stabiliseren van cliënten om daarmee hun doorstroommogelijkheden naar de reguliere zorg te vergroten. In hoeverre hebben de ingezette middelen en activiteiten hieraan bijgedragen?

Centrum X is op het moment van het onderzoek nog geen jaar bezig en het goed op poten zetten van het team en de inhoud van de vernieuwende aanpak van de cliëntenzorg vraagt alle aandacht. De term expertisecentrum is daarom op dit moment nog wat voorbarig. Want hoewel er veel verschillende vormen van expertisecentra bestaan, hebben zij het bieden van gespecialiseerde patiëntenzorg *in combinatie met het overdragen van kennis en expertise* met elkaar gemeen. Veel expertisecentra doen ook wetenschappelijk onderzoek om hun kennis en expertise verder te ontwikkelen. Een voorbeeld hiervan zijn de expertisecentra met het Top-ggz keurmerk. Centrum X is nog niet zover.

Vanwege de korte looptijd van het onderzoek kunnen we over de resultaten van de cliëntenzorg en de samenhang ervan met de gekozen aanpak (de veranderingstheorie) alleen enkele eerste aanwijzingen geven. Hieronder lopen we aan de hand van de kenmerkende elementen de (voorlopige) resultaten langs van de specifieke aanpak van centrum X.

Intensieve begeleiding

Het bieden van intensieve begeleiding door één team van creatieve begeleiders voor zowel wonen als werken verloopt in de praktijk nog niet altijd even soepel. Dat heeft niet te maken met ontbrekende financiën, want de Meerzorg regeling maakt dit in principe goed mogelijk.

“Wonen is gezond qua financiën, dat kan echt. (...). Cliënten die bij centrum X zijn om te wonen, leveren een vast bedrag per dag op. Met die vaste bedragen kan goed gerekend worden. Ook de flexibele inzet van medewerkers kan goed meegerekend worden en er zijn weinig overhead kosten, dus qua wonen is er een vrij gezonde situatie.”

(Teamleider 1)

Waar het volgens beide teamleiders wel mee te maken heeft, is de huidige arbeidsmarkt. Het is erg moeilijk om begeleiders te vinden en te houden.

“Wat niet meewerkt is dat veel instellingen qua personeel uit dezelfde vijver vissen en er veel sprake is van verloop. Medewerkers zijn om verschillende redenen weggegaan, bijvoorbeeld omdat ze ergens anders een beter aanbod kregen, erachter kwamen dat de doelgroep zwaarder was dan vooraf werd gedacht of de werkwijze niet aan vonden sluiten bij hun wensen. Er is bij ons weinig back-up van collega's bij lastige situaties en bij zulke situaties wordt een groot beroep gedaan op het eigen oplossend vermogen van medewerkers. Voor sommige medewerkers zijn de onregelmatige roosters lastig. Kortom, er zijn best uiteenlopende redenen waarom er veel sprake is van verloop.”

(Teamleider 1)

Dit tekort en verloop van personeel heeft in combinatie met de beperkingen als gevolg van de coronamaatregelen ertoe geleid dat na ruim een jaar de opbouw van een team met een gedeelde visie en vertrouwen in elkaar nog niet is gerealiseerd. Terwijl het bij een aanpak met zo min mogelijk vrijheidsbeperkende maatregelen juist zo belangrijk is, dat begeleiders een gedeelde visie op de wijze van begeleiding hebben en weten dat ze van elkaar op aan kunnen.

“Het is nu echt lastig om het gevoel van veiligheid onderling in het team te versterken. Er ligt een heel draaiboek om aan de slag te gaan met teambuilding, maar we moeten eerst wachten op versoepeling van de coronamaatregelen.”

(Teamleider 1)

Kan het zijn dat centrum X het onmogelijke vraagt van haar medewerkers? Dat denken de teamleiders toch niet. Zij menen dat het unieke en kleinschalige van centrum X juist ook medewerkers kan aantrekken die graag veel ruimte krijgen voor eigen (creatieve) inbreng en willen dat er naar hun wensen geluisterd wordt.

Waar de medewerkers van centrum X nog veel haken en ogen ervaren aan de wijze waarop zij intensieve begeleiding kunnen bieden, was een van de twee cliënten die wij spraken daar juist positief over.

“Ze hebben veel meer tijd, ook voor gewoon maar een praatje. Bij mijn vorige woonplek praatte ik veel via de telefoon met de begeleiders.”

(Cliënt 1)

Maar anderzijds zag hij ook een negatieve kant aan de intensieve aanpak.

“Als je met een begeleider hebt gesproken, wordt daarna alles doorverteld aan andere medewerkers.”

(Cliënt 1)

De mentor van deze cliënt vertelde dat zij op regelmatige basis appte met de persoonlijk begeleider van deze cliënt, wat zij positief vond. Minder tevreden was ze over de snelheid van handelen bij bepaalde zaken.

De andere cliënt die wij spraken, gaf juist aan het fijn te vinden als de begeleiders bij centrum X wat meer tijd zouden nemen voor het voeren van gesprekken, zowel op momenten dat ze ergens meezit als op momenten waarop ze gewoon behoefte heeft aan gezelschap.

Integratie van begeleiding met behandeling

Integratie van begeleiding en behandeling krijgt gestalte in wekelijkse cliëntbesprekingen waaraan zowel psychiater, GZ-psycholoog en teamleider (agoog) meedoen en doordat psychotherapie en/of vak therapie plaatsvindt in aansluiting op en in combinatie met de dagactiviteiten. De wonende cliënten van centrum X krijgen relatief veel behandeling omdat het centrum niet alleen woonzorg biedt maar ook ambulante dagbehandeling. Daardoor zijn verschillende vormen van psychotherapie en vak therapie voor hen in de buurt. Dat dit voor de cliënten goed uitwerkt, zouden we kunnen afleiden uit het gegeven dat er gedurende de onderzoeksperiode geen maatregelen nodig waren om de fysieke bewegingsvrijheid te beperken en er slechts één keer een IBS is aangevraagd. Ook geven beide geïnterviewde cliënten en hun naasten aan dat de aanpak van centrum X positief voor hen uitwerkt.

Het normale leven

Kleinschaligheid en zoveel mogelijk een ‘normaal leven’ met elkaar leiden komt goed van de grond, volgens de cliënten en hun naasten die wij spraken. Bijvoorbeeld een film kijken met de medebewoners en koken met de begeleiders. Dat gaat met kleine stapjes.

(Lachend) “Ik kan zelf helemaal niet zo goed koken, dus het is eigenlijk meer toekijken hoe de begeleiding kookt.”

(Cliënt 1)

Het achterliggende idee bij het zoveel mogelijk benaderen van het normale leven is dat dit voor cliënten bijdraagt aan zingeving. De zinvolle activiteiten liggen immers voor het oprapen in een kleinschalige woongemeenschap. Toch ervaren beide cliënten die wij spraken dit niet altijd zo.

“Ik vind het leuk om in de natuur te zijn, maar de buitenwerkzaamheden zijn wel zwaar. Ik ben toch al boven de 50 jaar hè.”

(Cliënt 1)

Daarom doet deze cliënt vooral binnenwerk, zoals zagen, boren en schilderen. Hij zou graag meer met zijn creativiteit willen doen, maar heeft dit nog niet besproken met de begeleiding. Ook Cliënt 2 wil eigenlijk iets anders dan in de tuin werken, kastjes maken en keukendienst. Deze werkzaamheden bij de dagbesteding sluiten niet goed aan bij haar wensen.

Het is nog wat zoeken met de dagbesteding en er zijn verbeterpunten, vindt ook Teamleider 1.

“Met deze cliënten is het ook wel lastig want ze willen allemaal iets anders. We kunnen daarbij dus niet altijd aan de wensen van alle cliënten voldoen (...). Maar we gaan wel zichtbaar een steeds breder aanbod krijgen. Er zijn nu veel meer verschillende taken beschikbaar voor cliënten tijdens dagbesteding dan voorheen, dus we zijn inmiddels wel al meer individueel bezig met cliënten.”

(Teamleider 1)

Aandacht voor levensdoelen

Aandacht voor de toekomst en de levensdoelen van de cliënt komt zeker aan de orde in het zorgplan en ook in de praktijk. Zo geeft Cliënt 2 aan dat ze blij is met haar toekomstplan. Ze gaat haar school afmaken via een schriftelijke opleiding en is onder leiding van de GZ-psycholoog en psychiater bezig met toewerken naar een andere indicatie waarmee ze in de toekomst zelfstandig kan wonen. Om te beginnen zou dat kunnen in een mogelijk in de toekomst te realiseren studio bij centrum X²³.

“Het toekomstplan is leuk, maar ook wel spannend. Ik ben nog best wel onzeker en volgens mij moet dat eerst aangepakt worden voordat ik zelfstandig kan wonen.”

(Cliënt 2)

Positieve en fysieke ervaringen opdoen in het hier en nu, geen vrijheidsbeperking

De fysieke activiteiten en ervaringen zorgen ervoor dat sommige cliënten helemaal opbloeien doordat ze actief zijn geworden en niet meer hele dagen in bed liggen. Cliënt 1 is hier een goed voorbeeld van (zie ook de beschrijving op p.4). Voorheen zat hij volgens zijn mentor en Teamleider 2 het grootste deel van de dag op de bank. Nu is hij in beweging gekomen.

“Het is hier over het algemeen gezelliger en het gekookte eten is lekkerder dan waar ik eerst woonde.”

(Cliënt 1)

23 Centrum X wil in de toekomst de mogelijkheid gaan verkennen van tiny houses op haar terrein.

Cliënt 2 zat vele jaren op gesloten afdelingen in de jeugdzorg en de volwassenen ggz voordat ze bij Centrum X kwam wonen.

*“Hier is geen dichte deur en kan ik doen wat ik wil.
In het begin vond ik dat eng, maar nu gaat het beter.”*
(Cliënt 2)

Deze cliënt merkt dat zij bij centrum X meer verantwoordelijkheid krijgt voor haar eigen veiligheid. In de ggz-instelling waar zij voorheen verbleef, zat zij negen maanden in een beveiligde afzonderingsruimte ('separeer') en was veiligheid iets waar de begeleiders voor moesten zorgen.

*“De begeleiding daar was meer gericht op veiligheid. Begeleiders moesten daar
wel tijd voor je nemen voor de veiligheid. Dat is hier anders.”*
(Cliënt 2)

Haar moeder vindt het positief dat er een einde is gekomen aan zoveel jaren van gesloten zorg en dat haar dochter meer bezigheden heeft.

*“Bij centrum X is er van alles te doen terwijl in de volwassenen ggz je aan je lot
wordt overgelaten en je alle tijd hebt voor je negatieve gedachten.”*
(Moeder van cliënt 2)

Warme overdracht

Met de overdracht van expertise via intensieve begeleiding van (toekomstige) zorgverleners van cliënten is een begin gemaakt. Er zijn twee cliënten uitgeplaatst per december 2021. In beide gevallen is er geen sprake geweest van een langdurige *coaching on the job* bij de (nieuwe) woonlocatie. De redenen daarvan zijn niet duidelijk geworden.

Relatie van de resultaten met de veranderingstheorie

In hoeverre zijn de hierboven beschreven resultaten te verklaren door de achterliggende uitgangspunten en visie ofwel de verandertheorie van centrum X? We lopen ze achtereenvolgens langs.

1. Intensieve begeleiding door één team van creatieve begeleiders voor zowel wonen als werken. Dit biedt ruimte voor de ontwikkeling van een positieve relatie tussen cliënt en begeleider en maakt het mogelijk wensen en behoeften van cliënten in beeld te krijgen. Het geeft zicht op de facetten die voor het stabiliseren van de cliënt nodig zijn.

Het lijkt aannemelijk (en voor de hand liggend) dat het bieden van intensieve begeleiding positief uitwerkt. Beide geïnterviewde cliënten kwamen uit een zorgsetting waarbij veel minder 'met hen werd gedaan'. Cliënt 1 had een veel lagere Wlz-indicatie en daardoor ook geen recht op Meezorg. En Cliënt 2 verbleef in de volwassenen ggz waar begeleiding vrijwel ontbreekt, de insteek is daar behandeling. De orthopedagogische begeleiding bij wonen en werken zoals in de verstandelijk gehandicaptenzorg wordt toegepast, lijkt voor deze specifieke groep cliënten met (ook) psychiatrische problematiek een belangrijke succesfactor.

“De ggz heeft wel ervaring met verblijfscliënten, maar de zorg bieden zij vanuit het kantoor. Er vindt geen begeleiding plaats waarbij de zorgverlener naast de cliënt staat en dingen samen doet, zoals in de vgz.”

(Kwaliteitsadviseur Gehandicaptenzorg en ggz Zorgkantoor)

2. Integratie van behandeling en begeleiding want behandeling slaat dan beter aan. Dit geldt zowel voor medicamenteuze als orthopedagogische en vak therapeutische behandeling.

Dat een integratie van behandeling en begeleiding goede uitkomsten kan geven, klinkt eveneens aannemelijk en voor de hand liggend. Er kan immers direct worden toegepast en geoefend wat therapeutisch is verkend en effecten van medicamenteuze behandeling kunnen beter worden gemonitord. In het onderdeel behandeling van het *Handboek Psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (Didden e.a. 2016)²⁴ is een wetenschappelijke en professionele onderbouwing hiervan te vinden.

3. Een normaal leven - dat wil zeggen minder geïstitutioniseerd leven - bevordert het ‘in beweging komen’ van cliënten en hun zingeving. Als cliënten daardoor dagbesteding kunnen volhouden vergroot dat hun doorplaatsmogelijkheden. Kleinschaligheid is bevorderlijk voor het kunnen leiden van een zo normaal mogelijk leven.

Dat een zo normaal mogelijk, kleinschalig leven tot positievere uitkomsten van zorg kan leiden is een breder gedeelde visie, met name in de dementiezorg en de ‘jeugdhulp met verblijf’. Niettemin mist hier nog kennis over. Volgens het Nederlands Jeugdinstituut zijn nog veel vragen en er is meer onderzoek nodig. Toch zijn er ook goede aanwijzingen dat voor bepaalde doelgroepen kleinschalig verblijf positieve effecten heeft²⁵. De kwaliteit van leven van bewoners met dementie in kleinschalige woonvormen verschilde volgens onderzoekers van de Universiteit Maastricht niet van die van vergelijkbare bewoners in traditionele verpleeghuizen. Ze vonden echter wel een aantal andere belangrijke verschillen: minder vrijheidsbeperkende maatregelen, minder kalmerende medicatie, minder overbelaste en meer tevreden (over de zorg) familieleden²⁶. In hoeverre het volhouden van dagbesteding de doorplaatsmogelijkheden werkelijk heeft vergroot, is nog niet na te gaan. Het is slechts één aspect van wat er komt kijken bij het kunnen doorplaatsen van cliënten naar een definitieve woonplek.

4. Aandacht voor de toekomst (levensdoelen) want dit kan de cliënt perspectief geven en zijn/haar intrinsieke motivatie voor verandering helpen ontwikkelen of opsporen.

24 Robert Didden, Pieter Troost, Xavier Moonen & Wouter Groen (redactie) (2016). *Handboek Psychiatrie en lichte verstandelijke beperking*. Utrecht: de Tijdstroom.

25 Els Mourits & Anne Addink (2021). *Richting geven aan kleinschalig verblijf. Een plek om zo thuis mogelijk op te groeien*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

26 H. Verbeek, E. van Rossum, S. Zwakhalen, G. Kempen & J. Hamers (2011). *Effecten van kleinschalig wonen voor ouderen met dementie*. Maastricht: Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Limburg.

De ervaringen bij centrum X met de aandacht voor (het ontwikkelen van) levensdoelen zijn nog wisselend. Het vraagt een specifieke vaardigheid om in het hier en nu te blijven en tegelijkertijd bezig te zijn met het langere termijnperspectief.

5. Positieve en fysieke ervaringen opdoen in het hier en nu en daarbij geen vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen. Dit versterkt het zelfvertrouwen van cliënten en leidt af van negatieve gedachten en ervaringen.

Dit lijkt ook goed te werken, al is het niet eenvoudig gebleken om maatwerk te bieden bij de dagbesteding en tegemoet te komen aan alle individuele wensen en behoeften. Dit is paradoxaal omdat juist de kleinschaligheid de ruimte zou bieden om wensen en behoeften te ontdekken en te bespreken. Tegelijkertijd kan een grotere organisatie of stedelijke setting meer verschillende mogelijkheden voor activiteiten bieden.

7 Conclusies en discussie



7.1 Conclusies

In dit onderzoek over de zorg voor bewoners van instellingen in de verstandelijk gehandicaptenzorg met psychiatrische problematiek, geven we antwoord op de vier onderzoeksvragen gericht op het verkrijgen van inzicht in bevorderende en belemmerende factoren in de samenwerking en kennisdeling tussen de verstandelijk gehandicaptenzorg (vgz) en geestelijke gezondheidszorg (ggz).

Hoe werken organisaties in de vgz momenteel samen met de ggz in de zorg voor mensen met psychiatrische problematiek?

Het onderzoek laat zien dat de zorg voor deze doelgroep niet eenduidig georganiseerd is. Over het algemeen wonen de mensen met en de mensen zonder psychiatrische problematiek niet op speciale afdelingen; de psychische problematiek vormt geen indelingscriterium. Ook is er geen eenduidig en vastomlijnd beleid ten aanzien van het signaleren van psychische problematiek en het handelen daarbij.

Uit de interviews en de praktijkvoorbeelden komt een breed gedeelde visie naar voren, namelijk dat samenwerking tussen vgz en ggz nodig is om kwalitatief goede zorg te kunnen bieden bij psychiatrische problemen. In de praktijk laat deze samenwerking echter nog te wensen over. Er zijn verschillende voorbeelden van samenwerking tussen beide sectoren, vaak gaat het daarbij om advies en consultatie. Als er sprake is van samenwerking tussen vgz en ggz, dan vindt deze veelal plaats op ad hoc basis rondom een individuele casus. Voorbeelden van goede samenwerking betreffen meestal contacten tussen individuele professionals rondom individuele cliënten. Meer structurele samenwerkingsvormen, bijvoorbeeld waarbij een ggz-hulpverlener meedraait binnen de vgz (en vice versa) komen zelden voor.

De wachtlijsten in de ggz spelen hierbij een belemmerende rol: als bij een vgz-bewoner sprake is van (vermoedens van) psychische problematiek waarvoor behandeling nodig is, kan de vgz-instelling hiervoor zelden op korte termijn terecht bij de ggz. Ook schotten in de zorgwetten en financiering zijn belemmerend voor samenwerking.

Hoewel er stappen genomen worden om te komen tot meer structurele inbedding van samenwerking tussen de vgz en ggz, is van integrale samenwerking volgens het principe van 'één cliënt - één plan' nog geen sprake. Op basis van onze bevindingen lijkt de wens tot meer samenwerking binnen de vgz-sector sterker te zijn dan binnen de ggz.

Wat zijn kennislacunes ten aanzien van de doelgroep, welke vormen van kennisuitbreiding worden ingezet?

Binnen de vgz is deels kennis beschikbaar om bewoners met psychische problematiek te ondersteunen. De alledaagse begeleiding bij het wonen, afgestemd op de verstandelijke beperking van de bewoner, wordt veelal (ook) gezien als een vorm van behandeling die past bij psychiatrische klachten. Hierbij staan maatwerk, een systeemgerichte benadering en het bieden van rust en

structuur voorop. De (grotere) vgz-instellingen werken over het algemeen met multidisciplinaire teams, onder meer bestaande uit persoonlijk begeleiders, artsen verstandelijk gehandicapten (avg), verpleegkundigen, spv'ers, orthopedagogen, verpleegkundig specialisten, logopedisten, bewegingstherapeuten en vak therapeuten. Er is een grote betrokkenheid met de doelgroep.

Uit het onderzoek blijkt echter ook dat specifieke expertise ontbreekt om optimaal passende zorg te kunnen bieden aan bewoners met psychiatrische klachten. Kennisbehoeften liggen met name in het (h)erkennen van psychiatrische ziektebeelden en de wisselwerking tussen verstandelijke beperking en psychiatrie. Professionals achten kennisvergroting nodig, met name in algemene psychopathologie. Meer specifiek geven zij aan dat de kennis versterkt moet worden rondom autisme, psychose, hechtingsproblematiek en persoonlijkheidsproblematiek. Datzelfde geldt voor omgaan met suïcidaliteit en depressiviteit en in het algemeen met omgaan met ontsporingen en crisissituaties. Ook missen professionals kennis van triple problematiek (gelijktijdig voorkomen van verstandelijke beperking, psychiatrische problematiek en problematisch middelengebruik) en farmacologische kennis. De kennisvergroting is zowel nodig op casus- als op teamniveau. Er zijn in het bijzonder nog weinig handvatten voor passende begeleiding en behandeling van psychiatrische problematiek bij mensen met een matig of ernstig verstandelijke beperking. Door middel van interne deskundigheidsbevordering, opleiding en (bij)scholing wordt in de vgz getracht de kennis rondom psychiatrie te vergroten. Er is een ruim scholingsaanbod beschikbaar over de combinatie psychiatrie en verstandelijke beperking voor medewerkers in de vgz. Maar lang niet alle professionals die met de doelgroep werken maken hiervan gebruik: vrije keuze, grote werkdruk en personeelstekorten zijn hier debet aan. Daarbij komt dat de kennis versnipperd aanwezig is, en daardoor niet altijd wordt gevonden. Er wordt ook kennis gedeeld via (beroeps)opleidingen. Er zijn voorbeelden van kennisuitwisseling tussen vgz en ggz maar dit vindt nog niet structureel plaats. De indruk bestaat dat men vanuit de vgz vaker de ggz raadpleegt dan andersom.

Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren in de samenwerking en kennisdeling?

Bij de samenwerking en kennisdeling spelen meerdere, elkaar deels overlappende bevorderende en belemmerende factoren een rol.

| | Bevorderend | Belemmerend |
|--------------|--|--|
| Samenwerking | <ul style="list-style-type: none"> • Korte lijnen • Wederzijds willen leren • Duidelijkheid over waar welke kennis en expertise te halen is | <ul style="list-style-type: none"> • Niet (h)erkennen en/of verkeerd inschatten psychiatrische problematiek • Schotten in wetgeving en financiering, indicatiestelling • Tekort aan opname-, en behandelcapaciteit • Zorgaanbod vgz- ggz niet sluitend • Twee gescheiden werelden • Personeelstekort |
| Kennisdeling | <ul style="list-style-type: none"> • Multidisciplinair overleg en casuïstiekbespreking, incl. ggz-expertise • Uitwisseling personeel • Gezamenlijke opleiding, scholing • Inzet van ervaringsdeskundigheid | <ul style="list-style-type: none"> • Versnipperd aanbod / onbekendheid met het aanbod • Gebrek aan tijd • Kennis persoonsgebonden, onvoldoende organisatorische inbedding • Onvoldoende kennis, interesse |

Wat zijn wensen en verbeterpunten ten aanzien van kennisdeling en samenwerking?

- Voor gelijkwaardiger samenwerking tussen vgz en ggz is een gedeelde visie en 'outside the box' denken nodig: domeinoverstijgend, buiten de grenzen van de eigen sectoren. Stimulerend daarvoor is uitwisseling van personeel, kennis, ervaringen en casuïstiek. De partijen moeten elkaar, elkaars organisaties en taal eerst goed leren kennen, voordat ze elkaar structureel goed durven en weten te vinden. Dit behoeft een lange adem, een duidelijke visie (met zowel top-down als bottom-up draagvlak) en duurzame facilitering (in tijd en financiële middelen). Een formele samenwerkingsovereenkomst met concreet meetbare doelstellingen is bovendien bevorderend. Gedeelde verantwoordelijkheid, bijvoorbeeld door het opstellen van gezamenlijke behandelplannen of het vormen van gezamenlijke teams, kan helpen te komen tot (meer) gelijkwaardige samenwerking. Inzet van ervaringsdeskundigheid is daarbij van belang.
- Wenselijk is om vgz-bewoners zoveel als mogelijk in hun eigen woonomgeving te helpen bij psychiatrische klachten. Dat betekent dat de kennis, capaciteiten en vaardigheden die hiervoor nodig zijn (herkenning van de problematiek en weten welke zorg hiervoor nodig is), op of nabij de woonomgeving aanwezig zijn. Om passende zorg en begeleiding te kunnen bieden is het nodig dat schotten in wet-, en regelgeving of financieringsbronnen niet belemmerend werken. Hiervoor is wenselijk dat vgz-, en ggz-aanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten over de domeinen heen met elkaar samenwerken. In de praktijk is dat echter lastig²⁷.
- Aanbevolen wordt om meer domeinoverstijgend onderwijs te bieden, door reeds tijdens de opleidingen aandacht te besteden aan het gecombineerd voorkomen van verstandelijke beperking en psychiatrie. Het kan stimulerend zijn voor samenwerking en kennisdeling als professionals uit de vgz en de ggz gezamenlijk (bij)scholing volgen. Onvoldoende kennis wordt echter niet zonder meer verholpen door het aanbieden van nog meer kennis. Belangrijk is ook om begeleiding en ondersteuning te bieden bij de toepassing van kennis.
- Samenwerking en kennisdeling tussen vgz en ggz lijken momenteel nog sterk persoonsgebonden en incident gedreven. Structurele inbedding van samenwerkingsvormen tussen de organisaties draagt bij aan borging. Helpend hierin kan bijvoorbeeld zijn het formeren van vaste casuïstiek of expertise teams met professionals uit zowel de vgz als de ggz, waarin ook verschillende rollen aanwezig zijn (diagnose, begeleiding, behandeling, etc.). Dit biedt de kans om elkaars mogelijkheden en expertise beter te leren kennen en het vertrouwen te laten groeien.

7.2 Discussie

In deze verkenning zijn we bij een drietal vgz-instellingen en bij twee vernieuwende initiatieven nagegaan of en in hoeverre er samenwerking en kennisdeling plaatsvindt met de ggz en op welke wijze deze vorm krijgen. Hierbij hoort een aantal kanttekeningen.

Allereest willen we benadrukken dat er al veel goed gaat in de vgz met betrekking tot de zorg voor de doelgroep. Kennis en vaardigheden zijn aanwezig om goede zorg aan de doelgroep te bieden. De betrokkenheid met de doelgroep is groot en de begeleiding binnen de vgz is veelal maatwerk, waarbij niet zozeer de specifieke problematiek maar de behoefte van de bewoner centraal staat. Uit de voorgaande rapportage - Bewoners met gerontopsychiatrie in het verpleeghuis en bewoners in een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg met psychiatrische

27 Mogelijk biedt het stappenplan Schottenvrije dementiezorg (2020) hiertoe enkele handvatten.

problematiek - Trimbos-instituut (2021) - leerden we al dat professionals in de vgz in meerderheid aangeven dat zij zichzelf goed toegerust voelen om bewoners met een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek zorg te bieden. Tegelijkertijd geeft een deel van hen aan dat zij kennis en vaardigheden tekort komen en dat er een (bij)scholingsbehoefte bestaat. Is hier sprake van een tegenstelling in de bevindingen? Wij denken van niet. Onvoldoende *en* voldoende passende zorg kunnen bieden aan bewoners met een samengestelde zorgvraag, kan tegelijkertijd voorkomen binnen dezelfde organisatie. De behoeften van bewoners variëren immers: bij de ene bewoner volstaat extra tijd en aandacht, bij de andere bewoner is gespecialiseerde behandeling nodig. Behoeften van bewoners variëren ook gedurende de levensloop: een toestandsbeeld is niet statisch, maar kan over de tijd variëren in interactie met levensomstandigheden. Bovendien varieert binnen elke instelling de specifieke deskundigheid en ervaring van de professionals die werken met de doelgroep. Het is afhankelijk van de deskundigheid van het specifieke team of de problematiek van de bewoner wordt (h)erkend en er adequaat op wordt gereageerd. Daarnaast lijkt er bij professionals regelmatig sprake van onbewuste onbekwaamheid en 'blinde vlekken'. Illustratief daarvoor is de grote spreiding in het geschatte aantal bewoners met psychische problematiek binnen vergelijkbare instellingen uit de enquête: een groot deel van de problematiek lijkt niet (voldoende en/of tijdig) herkend te worden. Van vgz-professionals wordt vanuit de behoefte van deze doelgroep ook meer gevraagd dan wat er binnen het eigen vakgebied als 'voldoende' geldt. Dit is in lijn met het advies van de Commissie Expertisecentra Langdurige Zorg (CELZ) waarin gesteld wordt dat de betrokken disciplines rondom mensen met LVB+ ...*'kennis hebben die verder reikt dan de eigen specialisatie (bijvoorbeeld kennis over verstandelijke beperking bij ggz en kennis over gedrags- en psychische problematiek in de vgz zorg) en noodzakelijke vaardigheden te bezitten met name omtrent specialistische behandeling (bijvoorbeeld verslaving, psychose), risicomangement, emotieregulatie en de-escalatie. Dit vraagt van begeleiders om een attitude waarin een zo normaal mogelijk leven voor cliënten centraal wordt gesteld alsmede stressbestendigheid en het om kunnen gaan met teleurstellingen.'*

Beperkingen van het onderzoek

Hoewel we bij elk van de drie instellingen verdiepende gesprekken voerden tot het punt werd bereikt dat er geen nieuwe informatie meer boven tafel kwam (saturatie), biedt dit verslag geen volledig beeld van Nederland. Door de gekozen invalshoek en vraagstelling (zie 2.2.1) ligt de nadruk in de dataverzameling bovendien op het perspectief van de vgz-sector. Daarmee blijft het gezichtspunt van de ggz onderbelicht. Verschillende studies geven al aanwijzingen voor kennisachterstand en/of handelingsverlegenheid bij professionals in de ggz wanneer er bij een cliënt sprake is van verstandelijke beperking (o.a. Wieland, 2016, Nieuwenhuis et. al., 2017) en wat daarvoor nodig is (Nieuwenhuis et.al. 2021). Voor een nadere invulling van de aanbevelingen uit ons onderzoek is het raadzaam een peiling onder ggz instellingen uit te voeren: wat zijn hun ervaringen met en wensen voor de kennisdeling en samenwerking met de vgz?

Met betrekking tot het actieonderzoek geldt dat de doorlooptijd beperkt was²⁸. Hierdoor was niet te verwachten dat er tijdens de onderzoeksperiode grote stappen in het doelbereik konden worden gemaakt. Een volledig beeld van de opbrengst voor de professionals en uiteindelijk voor de bewoners van beide initiatieven kon daardoor niet worden verkregen. De bevindingen uit dit onderdeel van het onderzoek moeten in dat licht worden gezien. Niettemin is zoveel mogelijk gevraagd naar het verloop van de initiatieven over een grotere tijdsperiode (in retrospectief).

28 Als gevolg van het opschuiven van de planning vanwege de coronapandemie.

Door de coronaperiode hebben we maar zeer beperkt onderzoek ter plaatse bij de instellingen kunnen doen. Gepland observatie onderzoek en groepsgesprekken met professionals konden niet of niet volledig plaatsvinden. Ook de inbreng van cliënt- en naastenvertegenwoordigers is hierdoor beperkt gebleven. Enkele ontmoetingen vonden wel op locatie plaats, zodat de sfeer toch enigszins geproefd is.

Ondanks de kanttekeningen, komen onze bevindingen overeen met resultaten uit verschillende (achtergrond)studies (Bureau HHM, 2019; CELZ, 2021; CELZ en Kennisplatform EVB+, 2021; Nieuwenhuis, 2021; Vilans, 2021) en sluiten ze aan op signalen van brancheorganisaties van zowel de vgz-, als de ggz sector.

Vervolg

Deze verkenning maakt onderdeel uit van de tweede pijler van ons onderzoek: inzicht verkrijgen in de huidige kennisdeling en samenwerking en lessen trekken uit vernieuwende initiatieven. De opgedane inzichten uit pijler 1 en pijler 2 leiden tezamen tot een schets van de gewenste kennisdeling en samenwerking over de sectoren heen. In dit volgende rapport geven we aan hoe de kennisinfrastructuur over de sectoren heen versterkt kan worden en doen we aanbevelingen om hiertoe te komen.

Dankwoord

Het was de lastigste periode die veel organisaties gekend zullen hebben: de coronapandemie. Veel interviews en gesprekken voerden we geïmproviseerd telefonisch en later via beeldbellen uit, veelal met betrokkenen die noodgedwongen vanuit huis of geïmproviseerde kantoorlocaties werkten (caravan, vakantiehuis, auto), niet zelden buiten werktijd om. We 'observeerden' noodgedwongen digitale samenkomsten en hebben – met mondkap in de aanslag - zelfs nog enkele locatiebezoeken kunnen volbrengen.

Ook van de klankbordgroepleden – die allen in hun dagelijks werk eveneens door coronamaatregelen werden geraakt - hebben we veel gevraagd: het lezen van omvangrijke teksten, voorbereiden van vergaderingen en meedenken met verschillende kwesties. Uw expertise heeft veel bijgedragen.

Dat wij als onderzoeksteam in deze roerige tijden alsnog overal onze neus in mochten steken en zelden een weigering hoorden, vinden wij bijzonder. Het toont de betrokkenheid die er heerst rond het onderwerp en bij de mensen waarover het gaat. Wij zijn al diegenen die hun medewerking aan dit onderzoek hebben verleend zeer erkentelijk: hartelijk dank voor de belangrijke medewerking!



Wet langdurige zorg

De Wet langdurige zorg (Wlz) regelt zware, intensieve zorg voor met een handicap, mensen met een psychische aandoening en kwetsbare ouderen. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) beoordeelt of iemand in aanmerking komt voor zorg vanuit de Wlz. Daarvoor geeft het CIZ een Wlz-indicatie af. Voor een Wlz-indicatie moet er sprake zijn van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, een psychische stoornis of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap. Dit is de 'grondslag' (de formele reden waarom de Wlz-indicatie gegeven is). Met een Wlz-indicatie kunnen mensen terecht in een verpleeghuis, een instelling voor mensen met een handicap of een ggz-instelling. Mensen kunnen er ook voor kiezen om thuis te blijven wonen met intensieve zorg.

Bron: Wet langdurige zorg (Wlz) | Verpleeghuizen en zorginstellingen | Rijksoverheid.nl

Hieronder een ingekorte beschrijving van de grondslagen Verstandelijke handicap en Psychische stoornis, volgens [Zorginstituut Nederland](#).

Grondslag Verstandelijke handicap

- Een persoon een normscore van 75 of lager behaalt op een algemene en voor hem of haar valide intelligentietest;
- Er dusdanige beperkingen in het adaptief functioneren zijn vastgesteld, dat de persoon aangewezen is op blijvende ondersteuning om de deficiënties in het adaptief vermogen te beperken om ernstig nadeel voor hem of haar te voorkomen.
- De beperkingen op deze terreinen gedurende de vroege ontwikkelingsleeftijd ontstaan zijn. Als de beperkingen in het cognitief en adaptief functioneren pas na het 18e levensjaar ontstaan zijn en er in de voorgeschiedenis hiervoor geen aanwijzingen waren, dan past dat niet bij een beeld van een persoon met een verstandelijke beperking.

De DSM-5 spreekt boven een IQ van 75 niet over een verstandelijke beperking. In Nederland worden personen met een IQ tussen de 75 en 85 doorgaans aangeduid met de term 'zwakbegeafd'. Ook deze personen kunnen aanzienlijke problemen hebben in het adaptief functioneren. Afhankelijk van de ernst van de beperkingen in het adaptief functioneren, en de eventuele aanwezige gedragsproblemen, kan daarom ook een IQ-score tussen de 75 en 85 tot een grondslag verstandelijke handicap leiden als voldaan wordt aan de volgende voorwaarden:

- De persoon behaalt een normscore tussen de 75 en 85 op een algemene en voor hem valide intelligentietest.
- Uit de professionele beoordeling moet blijken dat de persoon als gevolg van zijn verstandelijke beperkingen ernstige of zeer ernstige beperkingen in het adaptief vermogen heeft. De persoon is daardoor afhankelijk van intensieve ondersteuning op minimaal 1 van de 3 domeinen: het conceptuele, sociale en praktische domein, ter voorkoming van ernstig nadeel. Daarnaast kan de intensieve ondersteuningsbehoefte samenhangen met bijkomende problematiek zoals onder meer probleemgedrag.

- Bij de professionele beoordeling wordt ter ondersteuning van de onderzoeksbevindingen bij voorkeur gebruikgemaakt van 1 van de binnen de beroepsgroep gebruikelijke testen om het adaptief functioneren in kaart te brengen. In ieder geval moet uit het professionele onderzoek een duidelijk beeld verkregen worden van de actuele stoornissen en beperkingen en van de mate van ondersteuning waarop de persoon is aangewezen (volledig diagnostisch onderzoek).
- De beperkingen op deze terreinen moeten gedurende de vroege ontwikkelingsleeftijd ontstaan zijn. Als de beperkingen in het cognitief en adaptief functioneren pas na het 18e levensjaar ontstaan zijn en er in de voorgeschiedenis hiervoor geen aanwijzingen waren, dan past dat niet bij een beeld van een persoon met een verstandelijke beperking.

Grondslag Psychische stoornis

Het CIZ hanteert de criteria van de DSM-5 voor een psychische stoornis om de grondslag psychische stoornis toe te kennen. Een psychische stoornis is een syndroom gekenmerkt door symptomen op het gebied van cognitieve functies, de emotieregulatie of het gedrag van een persoon. Psychische stoornissen gaan gewoonlijk gepaard met significante lijdensdruk of beperkingen in het functioneren op sociaal en/of beroepsmatig gebied of bij andere belangrijke bezigheden. De diagnose moet door een ter zake deskundige worden gesteld volgens de binnen de beroepsgroep vigerende richtlijnen

Zie ook [Wlz-toegangscriteria voor cliënten met een psychische stoornis \(ciz.nl\)](#)

Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg

De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) regelt de rechten van mensen die te maken hebben met verplichte zorg vanwege een psychische aandoening. De Wvggz geldt voor mensen bij wie een psychische stoornis leidt tot gedrag dat ernstig nadeel (gevaar) veroorzaakt voor henzelf of voor anderen. Als er geen vrijwillige zorg mogelijk is om dat ernstig nadeel weg te nemen, kan de rechter hen verplichte zorg opleggen. Vormen van verplichte zorg zijn bijvoorbeeld: medicatie toedienen, medische controles doen of opname in een ggz-instelling.

De Wvggz geldt niet voor mensen met een verstandelijke beperking of dementie. Voor hen geldt de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd). De rechter kan verplichte zorg alleen opleggen als deze zorg de enige manier is om het ernstige nadeel weg te nemen; proportioneel (in verhouding staat tot het op te lossen ernstig nadeel) en effectief is (resultaat oplevert).

De wet is erop gericht om verplichte zorg zo veel mogelijk te voorkomen. Als verplichte zorg echt noodzakelijk is, moeten de minst ingrijpende vorm worden ingezet en de dwang zo snel mogelijk worden afgebouwd. De Wvggz kent twee procedures om te komen tot verplichte zorg: een zorgmachtiging via de rechter of een crisismaatregel via de burgemeester (bij spoed).

Bron: [Wet verplichte ggz \(Wvggz\) | Informatiepunt dwang in de zorg](#)

Wet zorg en dwang

De Wet zorg en dwang (Wzd) regelt de rechten bij onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname van mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychogeriatrische aandoening (zoals dementie). Een cliënt valt onder de wet zorg en dwang:

- Als er een verklaring is van een deskundig arts waaruit blijkt dat hij in verband met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking is aangewezen op zorg en/of;
- Een persoon beschikt over een indicatie van het CIZ voor langdurige zorg met als grondslag een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking.

Zowel cliënten die zorg en ondersteuning ontvangen vanuit de Wet langdurige zorg, als de Wet maatschappelijke opvang of Zorgverzekeringswet kunnen onder de Wzd kan komen te vallen. De kern van de Wet zorg en dwang is 'Nee, tenzij'. De zorg voor ouderen met dementie en mensen met een beperking moet zoveel mogelijk op vrijwillige basis plaatsvinden. Soms kunnen mensen met dementie of een verstandelijke beperking niet (meer) zelf inschatten wat goed voor hen is. Zorgverleners helpen ze dan bij die keuzes. Het uitgangspunt van de Wet zorg en dwang is dat onvrijwillige zorg daarbij niet wordt toegepast, tenzij het niet anders kan. De Wzd geldt niet alleen in zorginstellingen, maar bijvoorbeeld ook in de thuissituatie, logeeropvang en in kleinschalige woonvormen. De wet regelt ook de opname van mensen met dementie of een verstandelijke beperking in een zorginstelling als zij daar niet mee instemmen. Als de cliënt zich verzet tegen een gedwongen opname, beslist de rechter over de opname.

Bron: <https://www.dwangindezorg.nl/wzd>

Samenloop Wzd en Wvggz

De Wet zorg en dwang (Wzd) geldt wanneer er sprake is van onvrijwillige zorg bij mensen met een verstandelijke beperking of een psychogeriatrische aandoening. De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) geldt voor mensen met een psychische stoornis. Belangrijk uitgangspunt van beide wetten is dat cliënten en patiënten zorg ontvangen op de juiste plek. Het kan voorkomen dat een persoon met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking ook een psychische stoornis heeft of ontwikkelt, of dat iemand met een psychische stoornis ook een verstandelijke beperking blijkt te hebben of aan dementie lijdt. In dat geval is sprake van Multi problematiek.

Beide wetten voorzien in de mogelijkheid om bijkomende problematiek uit het andere (Wvggz- of Wzd) domein te behandelen. Bijvoorbeeld: een cliënt met een verstandelijke beperking of een psychogeriatrische aandoening, die daarnaast ook een psychische stoornis heeft of ontwikkelt, kan in principe onder de Wzd blijven, tenzij de psychische stoornis voorliggend wordt. In dat geval zal moeten worden vastgesteld welk wettelijk regime op dat moment het beste past bij de persoon en zijn actuele zorgbehoefte. Er kan in principe slechts één wettelijk kader tegelijkertijd van toepassing zijn. Het kan dus zijn dat een cliënt met een verstandelijke beperking of een psychogeriatrische aandoening vanwege zijn steeds prominenter wordende psychische problematiek uiteindelijk onder de Wvggz komt te vallen.

Wat is voorliggendheid?

Een verstandelijke beperking, psychogeriatrische aandoening of psychische stoornis is voorliggend wanneer deze in de zorgvraag van de cliënt op de voorgrond staat, en daarmee de actuele zorgbehoefte van de cliënt bepaalt. Welke problematiek of stoornis op de voorgrond staat en tot een bepaalde zorgbehoefte leidt, kan door een ter zake kundige arts (afhankelijk van de problematiek is dat een psychiater, arts verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde) worden vastgesteld.

Bron: Factsheet Samenloop. Wet zorg en dwang en Wvggz. Ministerie van VWS, 2019.



Crisis- en ondersteuningsteam

Een crisis- en ondersteuningsteam (COT) is een team waarvan de hulp ingeroepen kan worden via de crisisregisseur indien sprake is van een crisis bij een cliënt. Een COT is een multidisciplinair team, samengesteld uit ervaren professionals uit de sectoren verstandelijk gehandicaptenzorg (vgz) en de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Het COT richt zich op het aanvullen van de kennis en expertise van een zorgaanbieder bij het omgaan met en voorkomen van crisissituaties en biedt nazorg aan de zorgaanbieder. Het COT geeft verbeteradviezen aan de zorgaanbieder waar de crisis plaatsvond om deze te versterken en de context te verbeteren. De crisis- en ondersteuningsteams richten zich op crisisbeheersing, leveren in crisissituaties extra deskundige menskracht en bieden tijdelijke ondersteuning aan het team van de zorgaanbieder op de woonlocatie van de cliënt. Doel is het voorkómen van crisisopnames of uitplaatsingen, het verkorten van de duur van crisisopnames en het succesvol laten terugkeren van de cliënt na crisisopname. Een crisis- en ondersteuningsteam neemt de zorg niet over.

Doelgroep

De doelgroep is de cliënt met een Wlz-indicatie met een vgz grondslag bij wie sprake is van complex gedrag, psychiatrische problemen en/of verslaving en voor wie een aanmelding voor crisisplaatsing is gedaan. Het betreft meestal een samenloop van psychiatrische problematiek met een verstandelijke beperking, waarbij het noodzakelijk is om de vgz en de ggz invalshoek te combineren.

Crisis waarop COT ingezet kan worden

Het COT kan alleen ingezet worden bij een crisis waarvoor binnen 48 uur een interventie noodzakelijk is. Het gaat bij de inzet van het COT niet om een acute crisis. Een acute crisis wordt gedefinieerd als een noodsituatie waar per direct een oplossing voor moet komen.

Crisisregisseur

De crisisregisseur is onafhankelijk en vervult in een regio de coördinerende rol voor de crisisaanvragen. In geval van een crisis waarbij handelingsverlegenheid is ontstaan, neemt de zorgaanbieder contact op met de crisisregisseur van de regio. De crisisregisseur maakt de keuze voor inzet COT, crisisplaatsing of een combinatie hiervan.

Voor meer informatie: [Beleidsregel prestatiebeschrijving en tarieven advies crisis- en ondersteuningsteam \(COT\) 2021 BR/REG-21116 - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

Bijlage III Overzicht contactmomenten actieonderzoeken



Overzicht gesprekken en observaties actieonderzoek initiatief I

| Organisatie | Functie/Rol CP | Onderwerp |
|-------------|---|--|
| Org1 | GZ-psycholoog | Kennismaking |
| Org2 | Projectleider | Kennismaking |
| Org1-3 | - | Casuïstiekbespreking ¹ (observatie) |
| Org2 | Zorgmedewerker, initiatiefnemer | Webinar |
| Org1 | Directeur expertisecentrum | Expertisecentrum |
| Org3 | Verpleegkundig specialist ggz, teamleider behandelzaken | Scholing |
| Org1 | GZ-psycholoog | Casuïstiekbesprekingen |
| Org1-3 | Projectleiders | Overleg projectleiders (observatie) |
| Org2 | Projectleider | Werkzaamheden en visie |
| Org1-3 | - | Casuïstiekbespreking ² (observatie) |
| Org1-2 | Projectleiders | Eerste terugkoppeling resultaten actieonderzoek |
| Org3 | Projectleider | Eerste terugkoppeling resultaten actieonderzoek |
| Org3 | Manager ggz, initiatiefnemer | Terugblik, visie en toekomst |
| Org1 | Programmamanager Leren en Ontwikkelen | Relatie Leren en Ontwikkelen met 'Elkaar kennen en kennis delen' |
| Org1-3 | Projectleiders | Tweede terugkoppeling resultaten actieonderzoek |

¹Eerste gesprek, ²Tweede gesprek, Org1-3: organisatie 1, 2 en 3, CP: contactpersoon.

Overzicht gesprekken actieonderzoek initiatief II

| Organisatie | Functie/Rol CP | Onderwerp |
|-------------|--------------------------------|--|
| Centrum X | Psychiater, oprichter | Werkbezoek, kennismaking in kader van actieonderzoek |
| Centrum X | Teamleider 1 | Kennismaking in kader van actieonderzoek, informatie over Centrum X en bespreking cliënten |
| Centrum X | Teamleider 1 | Beschrijving cliënttrajecten |
| Centrum X | Teamleider 2 | Beschrijving cliënttrajecten |
| Centrum X | Teamleider 2 | Beschrijving cliënttrajecten (vervolggesprek) |
| - | Familielid, mentor | Gesprek over (bewoner van Centrum X) |
| Org7 | Cliëntcoach | Beschrijving traject |
| - | Moeder | Beschrijving traject |
| Centrum X | Psychiater en teamleider 1 | Eerste terugkoppeling resultaten actieonderzoek |
| Centrum X | Bewoner | Beschrijving traject en visie van Centrum X |
| Centrum X | Bewoner | Beschrijving traject en visie van Centrum X |
| Centrum X | Begeleider | Visie van Centrum X en beschrijving van begeleiding cliënten bij Centrum X |
| Org9 | Kwaliteitsadviseurs vgz en ggz | Ervaring zorgkantoor met Centrum X |
| Centrum X | Teamleider 1 | Tweede terugkoppeling resultaten actieonderzoek |
| Centrum X | Teamleider 2 | Reactie op tweede terugkoppeling resultaten onderzoek |

¹Eerste gesprek, ²Tweede gesprek, ³Derde gesprek, CP: contactpersoon.

Bijlage IV Topiclijst interviews vernieuwende initiatieven



Doel interviews / gesprekken:

1. Feitelijke beschrijving van het initiatief
2. Inhoudelijke beschrijving van het initiatief en de ideeën erachter (wat men ermee wil bereiken)
3. Beschrijving van ervaringen tot nu toe en inzichten daaruit (in hoeverre dat lukt en wat hiervoor verder nodig is)

Hoofdvragen van het actieonderzoek:

Wat werkt in dit initiatief? Waarom en hoe werkt dit? Wat werkt tegen?

Hoe kunnen de successen en knelpunten uit dit initiatief leiden tot leerpunten en welke aanbevelingen halen we hieruit voor verbetering van de kennisinfrastructuur tussen de vgz en ggz?

| 1) Feitelijk beschrijven van het initiatief: | Initiatiefnemers/ projectleiders | Bestuurders | Deelnemers/ cliënten en naasten |
|---|-------------------------------------|-------------|---------------------------------------|
| Aanleiding | x | x | x |
| Activiteiten | x | | x |
| Betrokken partijen en trekkers | x | x | |
| Looptijd | x | x | x |
| Financiering | x | x | |
| Proces (evaluatie, meetmomenten) | x | x | x |
| 2) Inhoudelijk beschrijven van het initiatief: | | | |
| Hoofddoel en subdoelen (korte en lange termijn) | x | x | x |
| Veronderstelde werkbare factoren / hypothesen | x | x | x |
| Veronderstelde belemmeringen en contextuele factoren | x | x | x |
| Verwachtingen, wensen en dromen | x | x | x |
| Wanneer is het geslaagd / waar dit aan af te meten | x | x | x |
| Borging | x | x | x |
| 3) Realisatie tot nu toe achterhalen en wat dit voor voortzetting betekent: | | | |
| Successen en verbeterpunten tot nu toe | x | | x |
| Verklaringen daarbij | x | | x |
| Aanbevelingen en acties daaruit, hoe verder.. | x | | x |

Vragen

Uitwerking in vragen

1) Feitelijk beschrijven van het initiatief:

- Aanleiding
- Activiteiten
- Betrokken partijen en trekkers
- Looptijd
- Financiering
- Proces (evaluatie, meetmomenten)

Beschrijf het initiatief en de activiteiten die eronder vallen; Hoe kwam het tot stand (aanleiding/initiatief)

Wie zijn betrokken: Feitelikheden: looptijd, financiering, proces/evaluatie en meetmomenten

2) Inhoudelijk beschrijven van het initiatief:

- Hoofddoel en subdoelen (korte en lange termijn)
- Veronderstelde werkbare factoren / hypothesen
- Veronderstelde belemmeringen en contextuele factoren
- Verwachtingen, wensen en dromen
- Wanneer is het geslaagd / waar dit aan af te meten
- Borging

Wat is het hoofddoel van het initiatief; Wat zijn subdoelen; Wat denken jullie op de lange en wat op de korte termijn te bereiken; Hoe zou dat moeten werken / wat is achterliggende gedachte over werkzaamheid; Wat kan tegenwerken (interne en externe factoren); Wat zijn de verwachtingen; Wat zijn de wensen en dromen; Waaraan weet/meet je of het werkt; Hoe zou je dit voor de toekomst kunnen borgen

3) Realisatie tot nu toe achterhalen en wat dit voor voortzetting betekent:

- Successen en verbeterpunten tot nu toe
- Verklaringen daarbij
- Aanbevelingen en acties daaruit, hoe verder.

Wat is er tot nu toe aan successen behaald / wat gaat er vooral goed; Waar lopen jullie tegenaan/ wat zijn vooral knelpunten; Wat leer je daarvan; In hoeverre en wat ga je bijsturen; Hoe gaat het verder richting toekomst

Bijlage V Topiclijst voor interviews lessen bestaande situatie



Onderzoeksvragen

1. Hoe werken momenteel organisaties in de verstandelijk gehandicaptenzorg/ggz samen in de zorg voor mensen met psychiatrische problematiek in verschillende typen regio's?
2. Hoe verloopt de kennisdeling tussen verstandelijk gehandicaptenzorg/ggz?
3. Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren in kennisdeling en samenwerking?
4. Zijn er kennislacunes? en zo ja, welke zijn dat?
5. Wat zijn wensen voor het verbeteren van kennisdeling en samenwerking, ook als het gaat om het opleiden van zorgprofessionals?

Respondentgroepen binnen vgz en ggz

1. Bestuur
2. Management
3. Werkvloer: behandelaren, begeleiders, verpleegkundigen, verzorgenden, vaktherapeuten
4. Cliënten(vertegenwoordigers) en naasten

De organisatie en 'onze' doelgroep daarbinnen

De zorg voor de doelgroep

Vragen voor behandelaren en overige uitvoerend werkenden

1. Wat zijn uw ervaringen met de zorgverlening aan de doelgroep?
 - a. Wat gaat goed? en wat gaat minder goed?
 - b. In hoeverre heeft dit te maken met (tekorten in) uw kennis en kunde mbt de doelgroep? Welke betreft het?
 - c. Hoe ziet u over het algemeen de kennis en vaardigheden met de doelgroep binnen de vgz instelling?
 - d. Wordt de zorg multidisciplinair vormgegeven en op welke wijze?
 - e. Wat zijn vanuit uw professie specifieke aandachtspunten voor de doelgroep? (lees uitdagingen)
 - f. Bent u hierop voldoende toegerust? (kennis, vaardigheden, houding)

De samenwerking tussen de vgz en ggz voor de doelgroep

Vragen voor het bestuur, management, behandelaren en overige uitvoerend werkenden

2. Werkt uw organisatie samen met een aanbieder van ggz (inclusief verslavingszorg)? Of: werkt u als ggz aanbieder samen met een aanbieder van vgz? Waarom wel/niet?
3. Gaat het om een formele samenwerking (bv een officieel convenant of samenwerkingsovereenkomst) of om informele samenwerkingsafspraken.

4. In geval van formele overeenkomst: wat is daarin geregeld?
5. Betreft de (informele) samenwerking:
 - a. één of meer specifieke afdelingen binnen uw organisatie?
 - b. specifieke beroepsbeoefenaren binnen uw organisatie?
 - c. specifieke problematiek van de doelgroep
6. Om welke vormen van samenwerking gaat het? Denk aan advies, consultatie, elkaars expertise 'inhuren', samen behandelen met een taakverdeling t.a.v. onderdelen van de zorg zoals bv diagnostiek of groepsbehandeling etc
7. Wie zijn de betrokkenen in deze vormen van samenwerking? Wie missen er nog?
8. Hoe zit het met de frequentie en de continuïteit (denk aan personeelsverloop)?
9. Hoe beoordeelt u de verschillende vormen van samenwerking? Wat gaat goed? Draagt het bij aan betere zorg?
10. Hoe is de financiering van deze samenwerking geregeld?
11. Waar zitten obstakels? Wat is de impact ervan? Hoe zijn die te verhelpen?
12. Bv de (digitale) infrastructuur voor uitwisseling van informatie?
13. Financiering? De ggz = ZVW, VG-wonen = Wlz-gefinancierd.
14. Juridisch, zijn er consequenties vanwege de twee wetten: Wvvgz en Wzd
15. Welke rol spelen de kwaliteitstandaarden in het register van het Zorginstituut Nederland binnen uw organisatie. In hoeverre vormen zij een richtsnoer voor het handelen van de medewerkers? Waarom wel niet bruikbaar, uitvoerbaar etc? Denk aan:
16. de generieke module Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid of lichte verstandelijke beperking
17. de Richtlijn Probleemgedrag
18. het onderdeel Zorg rondom kwetsbare ouderen met complexe problematiek in de kwaliteitsstandaard Ouderen met psychische aandoeningen

De kennisdeling tussen vgz en ggz t.b.v. de doelgroep

Uitwisseling van informatie is onderdeel van samenwerking. Met bovenstaande vragen krijgen we dus ook al deels zicht op de kennisdeling waar informatie-uitwisseling deel van uitmaakt. Hieronder nog enkele vragen over kennisdeling in de vorm van deskundigheidsbevordering en beroepsscholing.

Vragen voor behandelaren en overige uitvoerend werkenden

1. Volg je bijscholing/deskundigheidsbevordering in verband met de zorg voor de (=onze) doelgroep? Denk daarbij aan cursussen, studiedag, interne of externe referaten, werkbezoeken, meelopen 'on the spot' etc
2. Doe je dat individueel of met je collega's?
3. Met welke frequentie?
4. Steek je er wat van op? Verbetert de scholing je competentie om goede zorg voor de doelgroep te bieden.
5. sluit het aan bij je wensen / behoeften? In hoeverre ben je tevreden over de mate en vorm van bijscholing/deskundigheidsbevordering?
6. Hoe zorg jij (of zorgt de organisatie) ervoor dat je het geleerde ook in de praktijk kunt brengen?

Kennislacunes m.b.t. samenwerking en kennisdeling

Gezien de aard van de problematiek (psychiatrische problemen) ligt het voor de hand dat de expertise van de ggz van pas komt in de vgz. Uit de kwaliteitsstandaarden voor de zorg aan de doelgroep in de vgz blijkt dat de kennis over de combinatie van verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek tekortschiet.

Vragen voor behandelaren en overige uitvoerend werkenden

1. Wat zijn volgens u de belangrijkste lacunes in kennis en kunde ten aanzien van de doelgroep?
2. Hoe zouden die aangepakt kunnen worden?
3. Randvoorwaarden?



Bureau HHM (2019). Specifieke cliëntgroepen in de aanpak wachttijden ggz. Rapportage van het onderzoek naar factoren en oplossingsrichtingen.

CELZ (2021). Adviesrapport. Organiseren van expertise voor mensen met LVB+ (Licht verstandelijke beperking en ernstige bijkomende problematiek). Commissie Expertisecentra Langdurige Zorg.

CELZ en Kennisplatform EVB+ (2021). Adviesrapport. Organiseren van expertise voor mensen met EVB+ (ernstige verstandelijke beperking en ernstig probleemgedrag).

Nieuwenhuis JG, Noorthoorn EO, Nijman HL, Naarding P, Mulder CL. (2017) A Blind Spot? Screening for Mild Intellectual Disability and Borderline Intellectual Functioning in Admitted Psychiatric Patients: Prevalence and Associations with Coercive Measures. PLoS One. Feb 2;12(2). doi: [10.1371/journal.pone.0168847](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168847).

Nieuwenhuis, J., Lepping, P., Mulder, N., Nijman, H., Veereschild, M., & Noorthoorn, E. (2021). Increased prevalence of intellectual disabilities in higher-intensity mental healthcare settings. *BJPsych Open*, 7(3), doi:10.1192/bjo.2021.28.

Vilans (2021). Psychische problemen bij mensen met verstandelijke beperkingen. Verdieping Kennisvragen Langdurige Zorg.

Veerbeek, M.A., Lempens, A.L.F., Bransen, E.M., Van Belzen, D.E., Van Erp, J.H., Kroon, J.D. & Van der Roest (2020). *Doelgroep definitie ter beschrijving van bewoners met gerontopsychiatrie in het verpleeghuis en bewoners in een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg met psychiatrische problematiek - Resultaten van een Delphi-studie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Kroezen, M., Lempens, A., Bransen, E., Van Belzen, E., Van der Kuil, M., De Lange, A. Kroon, H., Planije, M. & Van der Roest, H. (2021). *Bewoners met gerontopsychiatrie in het verpleeghuis en bewoners in een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg met psychiatrische problematiek: Een vragenlijstonderzoek naar de omvang, zorgsituatie en expertise*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Snel, E. (2013). De Theory of Change-benadering: weten is méér dan meten. *Omlo, J., Bool, M., Rensen, P.(Red.) Weten wat werkt. Passend evaluatieonderzoek in het sociale domein*, 145-164.

Wieland, J. en Zitman F. (2016). Zwakbegaafdheid in de ggz. Een explorerend onderzoek. Poli+, Leiden.

