

Verslag Platformbijeenkomst Kennisinfrastructuur VGz_GGz

Onderzoek 'Verbetering kennisinfrastructuur over de sectoren heen'

11 november 2021, 10.00 – 12.00, MS Teams

Op 11 november 2021 vond de tweede platformbijeenkomst plaats vanuit het onderzoeksproject '[Kennisinfrastructuur verbeteren bij psychiatrische problematiek in de langdurige zorg](#)'. Het Trimbos-instituut voert dit onderzoek uit in opdracht van het ministerie van VWS. Het onderzoek kent twee doelgroepen:

- Mensen met gerontopsychiatrische problemen in het verpleeghuis
- Mensen met een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek in een woonvoorziening voor verstandelijk gehandicaptenzorg

Dit verslag heeft betrekking op de bijeenkomst voor de doelgroep **Wlz-cliënten in de VGz met psychiatrische problematiek**.

Els Bransen, senior onderzoeker bij het Trimbos-instituut, stelde eerst het onderzoeksteam van het Trimbos-instituut voor: Ankie Lempens (projectleider), Bram Zwanenburg, Michel Planije en Hans Kroon. Daarna legde Els Bransen het doel van de bijeenkomst uit:

- Van gedachten wisselen over de bevindingen tot nu toe;
- Door middel van pitches een podium bieden aan vier personen van verschillende organisaties om iets te vertellen over hun eigen ervaringen.

Deelnemers konden via Menti.com aangeven in welke sector zij werken, wat daar hun functie/rol is, wat zij op dit moment goed en niet/minder goed vinden gaan aan kennisdeling tussen de VGz en GGz.

- Vier deelnemers gaven aan in de GGz te werken, 34 in de VGz en 3 ergens anders.
- Onder de deelnemers waren 5 cliëntvertegenwoordigers/naastbetrokkenen, 4 managers, 2 bestuurders, 3 begeleiders/verpleegkundigen. Van de deelnemers gaven 23 personen aan een andere functie/rol te hebben.
- Hiernaast staat een aantal punten die de deelnemers goed vinden gaan in de kennisdeling tussen beide sectoren: *informele contacten, motivatie, nieuwsgierigheid, netwerk, persoonlijke contacten, bereidheid, creativiteit en deskundigheid delen*.
- Hiernaast staat een aantal punten die de deelnemers minder/niet goed vinden gaan in de kennisdeling tussen beide sectoren: *onbekendheid, tijd, financiering, verschillen in taal, gescheiden werelden, regels, onvoldoende georganiseerd en samenwerking*.

Het onderzoek

Ankie Lempens vertelde de deelnemers iets over het onderzoek. In de presentatie kwamen de volgende onderwerpen aan de orde:

- Doelgroepen: (1) gerontopsychiatrie in het verpleeghuis en (2) mensen met een VB en psychiatrische problematiek in een VG-woonvoorziening.
- Doelstelling: "Beter inzicht krijgen in de doelgroepen en hoe de daarbij passende kennisdeling en samenwerking (kennisinfrastructuur) over de betrokken sectoren heen er idealiter uitziet en welke kennis en expertise aanvullend nodig is in de langdurige zorg voor ouderen en mensen met een verstandelijke beperking."

- Pijlers onderzoek: Het onderzoek bestaat uit 6 hoofdonderdelen: (1) definiëring doelgroepen, (2) bepaling omvang doelgroepen in Wlz, (3) inzichten in huidige samenwerking en kennisdeling, (4) lering trekken uit vernieuwende initiatieven, (5) goede voorbeelden andere doelgroepen en (6) schets gewenste samenwerking en kennisinfrastructuur.
- Planning: Vanwege de coronacrisis is er wat vertraging opgelopen en ook nu is het spannend, want de onderzoekers komen niet bij de instellingen vanwege coronamaatregelen. Tussen maart en augustus 2020 heeft het onderzoek stilgelegen in verband met corona. De planning is nu dat er rond mei/juli 2022 afronding van het onderzoek zal zijn met een rapportage met aanbevelingen. Het project zal worden afgesloten met een kennisbijeenkomst waar de deelnemers weer voor uitgenodigd zullen worden.
- Definiëring: Het onderzoek gaat over 'bewoners van een VG-instelling (Wlz) met zowel een beneden gemiddeld niveau van verstandelijk functioneren als psychiatrische problematiek (vermoed, dan wel formeel vastgesteld), vaak in combinatie met problemen op meerdere levensgebieden'.
- Omvang en situatie VG doelgroep in Wlz: Vragenlijst onderzoek onder 86 VG instellingen. Naar schatting kampt 30% van de bewoners met psychiatrische problematiek. Bij ongeveer 55% van deze mensen is geen diagnose gesteld. Doelgroep woont overwegend niet-geclusterd. Aan de instellingen is gevraagd of ze in de afgelopen 5 jaar een toename hebben gezien in psychiatrische problematiek en de helft gaf aan dat dat het geval is. Verwacht wordt dat de groep groter zal worden.
- Samenwerking: Bijna alle instellingen werken (wel eens) samen op het gebied van geestelijke zorg voor de doelgroep. Een kwart doet dit via een formele overeenkomst. Meeste samenwerking vindt plaats met een AVG polikliniek (65%), maar ook met GGz-instelling (61%) of zelfstandig professional (29%). Het gaat vooral om incidentele samenwerking, dus meestal niet structureel. Er is behoefte aan / draagvlak voor verbetering.

Lessen uit bestaande situaties en ontwikkelingen

Michel Planije vertelde iets over de eerste verkenning interviews, waarin zicht werd verkregen op bevorderende en belemmerende factoren voor kennisdeling en welke problemen over de sectoren heen worden ervaren. In zijn presentatie bracht hij de volgende onderwerpen naar voren:

- Doel en aanpak: Inzichten opdoen over de huidige samenwerking en kennisdeling tussen VGz en GGz door middel van telefonische interviews met professionals (bestuur, management en uitvoerend personeel) van drie VG-instellingen.
- Samenwerking VGz en GGz: Impressie:
 - Gedeelde visie: VGz en GGz hebben elkaar nodig;
 - Er wordt (in)formeel samengewerkt maar er is ruimte voor verbetering;
 - Bij VGz is vraag om GGz-expertise groter dan vraag bij GGz om VG-expertise.
- Bevorderend:
 - 'Korte lijnen', elkaar weten te vinden
 - Wederzijds willen leren
 - Duidelijkheid over welke kennis en expertise waar te halen is
 - Multidisciplinair teamoverleg, casuïstiekbespreking
 - Uitwisseling personeel; academische werkplaats; crisis- en ondersteuningsteam
 - Gezamenlijke opleiding/scholing

- Belemmerend:
 - Niet (h)erkennen van problematiek
 - Wetgeving en financieringsschotten
 - Wachlijsten, capaciteitsgebrek
 - ‘Gescheiden werelden’
 - Personeelsverloop/-tekort
 - Onvoldoende kennis/interesse in ander domein
 - Opleiding/scholing/symposia vaak nog gescheiden werelden
 - Kennisdeling hangt op personen, niet op structuur
- Kennislacunes: Kennis herkennen en vroegtijdig signaleren van psychische aandoeningen. Hoe om te gaan met psychische problematiek? Hoe te handelen in (vermeend) psychiatrisch gedreven crisissituaties? Wat is de invloed van een VB op ontstaan en uiting van een psychiatrische stoornis? Binnen de VGz is er nog onvoldoende kennis van behandel aanbod GGz – naast psychofarmaca. Binnen de GGz is onvoldoende kennis over passende behandeling voor mensen met een VB.
- Wensen voor het verbeteren van kennisdeling en samenwerking VGz-GGz
 - Beroepsopleiding: Kennis en kunde rondom VG en psychiatrie (nog) niet toereikend: wens om buiten eigen domeinen te kijken.
 - Praktijk: Gelijkwaardiger samenwerken, gedeelde ‘financiën’ hebben, kennis en kunde daar brengen waar het nodig is (van VGz naar GGz en andersom) en (bij)scholing.

Vragen en opmerkingen

- **Zijn er verpleegkundig specialisten GGz betrokken?**
 Michel Planije gaf aan dat hij heeft gesproken met een verpleegkundig specialist die in de VGz werkt en erg was te spreken over de samenwerking: “Collega’s raadpleegden hem ook echt voor advies over psychiatrische problematiek.” Ankie Lempens voegde toe dat in de enquête verpleegkundig specialisten weinig genoemd werden als betrokken in de zorg of in ieder geval aanwezig binnen de organisaties. Uit interviews kwam wel naar voren dat het heel positief kan zijn als verpleegkundig specialisten aanwezig zijn, maar dat het aantal verpleegkundig specialisten klein is.
- **Waarom wordt er niets gezegd over ervaringsdeskundigheid?**
 Michel Planije legde uit dat het voornemen was om het cliëntenperspectief in de interviews mee te nemen, maar dat het om fysieke aanwezigheid vroeg. De bedoeling was om een aantal VG-instellingen te bezoeken om daar te spreken met ervaringsdeskundigen (afgestemd op de mogelijkheden van medewerkers en cliënten), maar dat dit niet kon in verband met de coronamaatregelen. Wel heeft een coach cliëntmedezeggenschap van één instelling met drie bewoners gesprekken gevoerd en de bevindingen van deze gesprekken worden meegenomen in het rapport.
- Gerritjan Koekkoek is betrokken bij de Vereniging Cornelia de Lange syndroom. Mensen met Cornelia de Lange syndroom vormen een kleine patiëntengroep. Gerritjan: “Ouders krijgen bij organisaties vaak te horen dat het ziektebeeld van hun kind te bijzonder is om in te verdiepen, terwijl kennis over dit ziektebeeld door ouders als cruciaal wordt gezien.” Hij voegde toe: “Er zijn hele goede [informatiebronnen](#) over zeldzame diagnoses (met veel psychische- en gedragsinformatie) die antwoorden kunnen geven, maar die bronnen worden als ware buitengesloten omdat ze bij organisaties zeggen dat het ze niet lukt om de kennis te gebruiken

op het moment dat ze het nodig hebben. Ik zie het als een open doel om dit onderdeel te laten worden van het onderzoek, maar het wordt niet gesignaleerd in jullie onderzoek zie ik.”

Pitch 1 – Intersectoraal expertnetwerk verstandelijke beperkingen en psychiatrie

De eerste pitch werd gegeven door René Keet. Hij is werkzaam als directeur FIT-academy en als psychiater bij GGZ Noord-Holland-Noord. De volgende punten kwamen naar voren in de pitch:

- Verschillende organisaties zijn betrokken bij het intersectoraal expertnetwerk: FIT-academy, Esdégé-Reigersdaal, Leekerweide, Raphaëlstichting, 's Heeren Loo, GGz Noord-Holland-Noord, Philadelphia, De Waerden, Vicino Noord-Holland Noord, Brijder (PG), Prinsentichting, Poli+, Levvel5 en Novalishoeve.
- Waarom een intersectoraal expertnetwerk? Jannelien Wieland schreef dat er twee brillen zijn: een bril vanuit de VGz en een bril vanuit de GGz. Door te kijken door deze twee verschillende brillen kom je tot hele andere conclusies, terwijl die gaan over dezelfde persoon en hetzelfde gedrag.
- Specialisten samen in de wijk: Klassieke FACT-teams zijn samengebracht met politeams (teams georganiseerd rondom bepaalde diagnosegroepen) en geïntegreerd tot GGz-wijkteams. In de regio zijn IHT-teams, Frailty Teams en P-stoornissteams. Het hart van de organisatie bestaat uit expertnetwerken, waar expertise is gebundeld zodat kennis gedeeld kan worden. Het motto is niet om naar elkaar te verwijzen, maar om elkaars hulp te vragen. Dat motto is ook model geweest voor de samenwerking tussen de VGz en GGz.
- Community of Practice: Een begrip uit de sociale leertheorie die zeer relevant is voor deze samenwerking. Er is een bepaalde praktijk (mensen met een verstandelijke beperking en psychiatrische problemen) die een netwerk vormt op grond van inhoud (welke verschilt per sector) en een leerweg creëert. Die leerweg ontstaat bottom-up en moet vleugels krijgen door commitment. Een passende begrip is Systems Convening: systemen bij elkaar roepen.
- Beweging: Beweging is in 2018 begonnen en nog niet af. Er zijn wel belangrijke stappen gemaakt. Het is begonnen met ideeën: er is zoveel fragmentatie, maar ook zoveel deskundigheid, dus hoe kunnen die bij elkaar gebracht worden? In de praktijk wordt vaak gezegd: “Deze patiënt hoort hier niet.” Hierbij is helpend om een model te gebruiken waarbij men niet naar elkaar verwijst, maar waarbij men elkaar helpt. Beweging is bottom-up begonnen door FIT-academy, Esdégé-Reigersdaal, Leekerweide, Raphaëlstichting, 's Heeren Loo en GGz-Noord-Holland-Noord. Er is een gezamenlijk visie opgesteld. Legitimiteit is sterker aan het worden en er is bestuurlijk commitment. In het hart van het netwerk zijn multidisciplinaire lead experts die bereikbaar zijn: deze personen zijn de toegang tot verschillende organisaties.
- Jamsessies: Medewerkers van verschillende organisaties komen geregeld bij elkaar. Medewerkers kunnen tijdens deze sessies casuïstiek inbrengen en elkaar helpen en van elkaar leren. Bij de jamsessies krijgen medewerkers de opdracht om (met hun expertise) te kijken naar wat ze zien, maar niet gedrag vanuit een stoornis te verklaren.

Vragen en opmerkingen (Pitch 1)

- **Zijn de FACT-LVB teams betrokken?**
René Keet vertelde dat deze teams nog niet betrokken zijn, maar dat er wel gesproken wordt over het inzetten van FACT-LVB teams. Het is een passende beweging en zou onderdeel kunnen worden van een intersectoraal FACT team.

- **Hoe wordt kennis van dit netwerk verspreid binnen Ggz NHN en hoe doen aangesloten VG-instellingen dat?**

Bij Ggz NHN is een sociaal intranet waarop groepen gevormd kunnen worden en het is mogelijk om aan te sluiten bij de groep die hoort bij dit netwerk. Daarnaast worden mensen breed uitgenodigd voor jamsessies. Met de andere organisaties is afgesproken dat zij op vergelijkbare manier hun medewerkers informeren. Bovendien helpen sociale media zoals LinkedIn om overstijgend een groep te hebben waarin kennis met elkaar gedeeld kan worden. In maart is er een startbijeenkomst geweest, waaraan medewerkers uit alle organisaties deelnamen. Bij dit laatstgenoemde initiatief lijkt het beter te lukken om juist mensen van de VGz (met handelingsverlegenheid) deel van het initiatief te laten worden.

Pitch 2 – NVA expertgroep ASS en VB

Jose Veen – Roelofs gaf de tweede pitch. Ze is (kinder)diëtist VG en gespecialiseerd in autismespectrumstoornissen (ASS) en eetproblemen. In de pitch kwamen de volgende punten naar voren:

- Aanleiding van de pitch: Tijdens het VGN congres in mei waarbij gesproken werd over het (h)erkennen van psychiatrische problematiek bij mensen met een VB werd niets genoemd over autisme, ondanks dat autisme voorkomt in de DSM-5.
- De NVA expertgroep ASS en VB is een gemêleerde groep van ervaringsdeskundigen (ouders en familie van personen met een ASS en VB waarbij zaken niet helemaal lekker lopen) en professionals met kennis en ervaring op het gebied van deze doelgroep. De expertgroep bestaat inmiddels ongeveer 6-7 jaar. De NVA is momenteel aan het uitzoeken hoe meer expertgroepen opgezet kunnen worden, omdat er erg veel vraag naar is.
- De expertgroep behartigt belangen en bemoeit zich niet zozeer met inhoud en behandeling, maar geeft (on)gevraagd advies aan beleidsmakers van allerlei instellingen en ondersteunen hen bij het vaststellen van een visie op wat nodig is voor mensen met een VB in combinatie met ASS. Dan gaat het erom dat de beleidsmakers bewust worden gemaakt van het feit dat de doelgroep er is en dat de VGz niet altijd aansluit op de zorgvraag van deze groep. Daar is actie op nodig. Het probleem zit vooral in de zichtbaarheid van de doelgroep, wat ervoor zorgt dat er geen (h)erkenning van de problematiek is en dat het onzichtbaar wordt hoe de specifieke zorgvraag in elkaar zit. De expertgroep probeert hier op alle mogelijke manieren aandacht voor te krijgen.
- Wat valt op in de VG? De diagnose wordt vaak gemist of te laat gesteld, waardoor onbegrepen gedrag wordt gezien. Daarnaast is er veel te weinig kennis over ASS bij professionals, waardoor er handelingsverlegenheid is. Bovendien is de ASS en VB complex door vele varianten van zowel ASS als VB.
- Autismespectrumstoornis moet als primaire handicap worden gezien om gedrag te kunnen duiden. Op grond van ervaring is de expertgroep van mening dat dit zo is: het heeft invloed op alle levensgebieden, welke zijn geordend in een aantal gebieden: behandeling en langdurige zorg, onderwijs, wonen, werken of dagbesteding, logeeropvang en vrijetijdsbesteding. Als autisme niet vroegtijdig gediagnosticeerd wordt, dan manifesteren zich onbegrepen gedragsproblemen. Om de zorg te kunnen borgen, moet duidelijk zijn waar kennis en kunde is.
- Acties expertgroep: Ten eerste heeft de expertgroep kwaliteitseisen opgesteld voor professionals die mensen met ASS en VB begeleiden en verzorgen. Dat is de basis van de belangenbehartiging. Op alle levensgebieden moeten professionals te vinden zijn die deze doelgroep kunnen begeleiden. Ten tweede wordt indicatiestelling op grond van VB (IQ) ter discussie gesteld. Ten derde wordt verbinding tussen de VGz en GGz gestimuleerd. Er moet meer bewustzijn en

zichtbaarheid komen, sprake zijn van lobbyen en PR, samenwerkingen plaatsvinden en borgbare goede kennis en kennisdeling zijn.

- Inmiddels heeft de organisatie een platform binnen de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP) voor verstandelijke beperking. Daarnaast is het ook al mogelijk om als psychiater stage te lopen in de VGz.

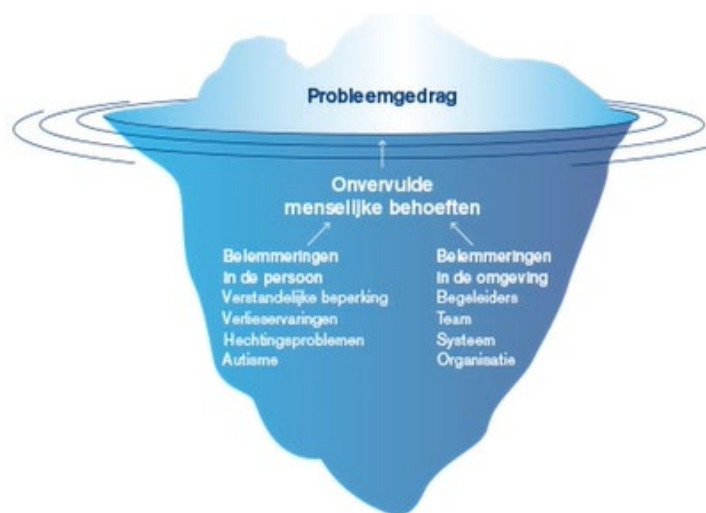
Vragen en opmerkingen (Pitch 2)

- **Bij de Hartekamp Groep worden verschillende scholingen aangeboden aan de medewerkers. Ook zijn er specialisten op het gebied van ASS, zowel onder de AVG als gedragskundigen.**
Terecht dat het verhaal niet voor iedereen herkenbaar is, want er zijn ook organisaties die heel ver op weg zijn of reeds begonnen zijn met richten op ASS. Heel veel organisaties zijn daar echter niet zo driftig mee bezig, dus vandaar dat de expertgroep zich hierop richt.
- **In dit verhaal is de diagnose wel van belang?**
Jose Veen – Roelofs legde uit dat zij het belangrijk vindt om bij cliënten te praten over welk profiel zij hebben – hoe zitten deze cliënten in elkaar en hoe moet de organisatie zich hierop richten? Het gaat erom hoe cliënten geholpen kunnen worden en welk label er hangt aan het gedrag is minder interessant. Met een goed profiel van een cliënt kan goed gewerkt worden. Het is echter soms wel erg lastig om aan het goede profiel van iemand te komen.
- **Els Bransen: “Ik heb zelf ontdekt dat er regionale netwerken van de GGz en VGz zijn op het gebied van autisme. Ik denk dat het heel interessant voor ons kan zijn om daar nog eens goed naar te kijken.”**

Pitch 3 – Pro, gewoon blijven doen

De derde pitch werd gegeven door Petra van Gennip. Ze legde uit dat mensen die aanwezig waren bij het on board programma de presentatie mogelijk al kenden. De volgende punten werden benoemd in de pitch:

- Pro is een samenwerking die is ontstaan in 2014, tussen ASVZ, Pluryl, Trajectum, CCE, Zilveren Kruis en VGZ. In de basis van de samenwerking lag een probleem: Trajectum gaf bij het CCE aan dat ze te maken had met een groep cliënten die in de regel te maken hadden met uitstoting bij een of meer instelling(en). Er waren zelfs cliënten die in hun leven te maken hadden gehad met enkele tientallen uitstotingen en van instelling naar instelling gingen. Elke instelling had het idee de cliënt niet aan te kunnen vanwege complex gedrag van de cliënt en dat er vast een andere instelling was die de cliënt beter zou kunnen helpen. Toen Trajectum contact opnam met het CCE, waren er bij Trajectum ongeveer 25 cliënten die te maken hadden met dit fenomeen. Uit het probleem is het samenwerkingsverband met de naam Pro ontstaan.
- Het primaire doel van de samenwerking is uitstoting in de zorg tegengaan. Daarnaast heeft Pro de opdracht gekregen om de kennis die opgedaan wordt zoveel mogelijk te delen.
- Vierentwintig cliënten zijn gezamenlijk opgenomen (8 per instelling) met als doel: wat er ook gebeurt, deze cliënten worden niet uitgestoten. Dit is nog wel een klein aantal. Pro probeert zoveel mogelijk kennis te delen en het probleem van uitstoting onder de aandacht te brengen. Om deze reden is Pro ook vaker terug te zien in de sociale media. Daarnaast is er een boek geschreven over de opgedane ervaringen. Bovendien loopt er naast het project een onderzoek.
- Oorsprong van het probleemgedrag: Gekozen is om alleen te focussen op de basisbehoeften van de cliënt, de begeleider en de organisatie die daaromheen gebouwd is:



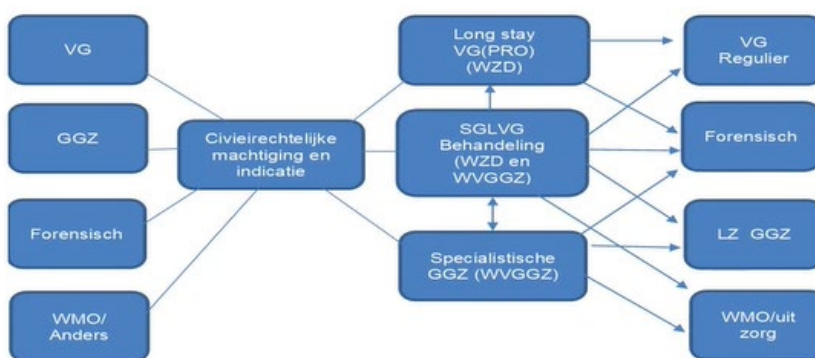
- Pro beoogt: (1) onvoorwaardelijke zorg te bieden aan 24 cliënten met een LVB, bij wie sprake is van een perspectiefloze situatie door voortdurende uitstoting als gevolg van herhaaldelijk extreem acting-out gedrag, (2) de doelgroep en hun naasten meer kwaliteit van leven te bieden, (3) welbevinden en werktevredenheid van medewerkers te vergroten, (4) maatschappelijke onrust te verlagen, (5) de Pro zorg te leveren tegen lagere (maatschappelijke) kosten en (6) innovatie in het landelijke zorgaanbod tot stand te brengen, waardoor minder cliënten in een vergelijkbare situatie terecht komen.
- Uitgangspunten Pro zijn: (1) aansluiten bij menselijke behoeften, (2) gericht op een zo gewoon mogelijk leven, (3) context die aansluit bij behoeften cliënt, (4) stimuleren van (zelf)vertrouwen en daarmee emotioneel functioneren (ontwikkeling vaardigheden bij de cliënt is geen vereiste), (5) onvoorwaardelijkheid in verblijf/wonen, (6) onvoorwaardelijkheid in ondersteuningsrelatie, (7) nadrukkelijke aandacht voor competenties en welzijn van medewerkers en (8) ondersteuning door de organisatie: Pro doe je samen. In een organisatie staan begeleiders, management en bestuur allemaal achter de uitgangspunten van Pro.
- Petra van Gennip benoemde nog enkele citaten vanuit alle lagen van de organisatie waaruit blijkt wat Pro bijzonder maakt.
- Innovatie: Bij Pro hoort een lerende omgeving. Ontwikkeling Pro Monitor (vragenlijst) als hulpmiddel om implementatie van Pro in de organisatie te optimaliseren: een zelfscan met de Pro-uitgangspunten als waarden om het gesprek over wat nodig is te faciliteren. Organisaties kunnen via dit hulpmiddel checken of zij werken volgens de Pro methodiek. In stappen in on board programma mogelijk. On board programma: faciliteert het adoptieproces van Pro bij nieuwe organisaties.
- Onderzoek: Gekeken wordt naar resultaten van Pro en wat daarvan werkzaam is. Eén langlopende studie en vijf deelstudies. Gericht op verschillende lagen: bewoners, medewerkers en organisatie. Onder andere wordt gekeken naar kwaliteit van leven bij bewoners en stress bij medewerkers.

Pitch 4 – Kennisvragen tussen de eerste, tweede en derde lijn

De laatste pitch werd gehouden door Marjet van Baggum. De volgende punten kwamen aan de orde:

- Doelgroep is sterkgedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt (SGLVG) – een groep die een beetje tussen wal en schip valt. Definiëring van deze doelgroep vond plaats in de jaren 80. In de 2021 is de verdeling binnen deze doelgroep ongeveer 50% Wlz en 50% forensisch.
- Er zijn vier behandelcentra ontwikkeld met zowel klinische (zorgintensiteit tot G en beveiligingsniveau t/m 2) als ambulante (Poli – (F)ACT- Deeltijd-CIT) behandeling: Dichterbij | STEVIG (VGz), Fivoor | Wier (GGz), Ipse de Bruggen | BC Middenweg (VGz) en Trajectum (Justitie).

- Waarom aparte setting voor deze groep? Veel kan in de eerste en tweede lijn, zoals richtlijnen volgen en een paar do's en don'ts. De Borg is er niet voor iedereen met een VB en psychiatrische problematiek, maar wel als LVB en psychiatrische problematiek (te) sterk met elkaar verweven is en dat door middel van observatiediagnostiek gekeken moet worden wat er nou eigenlijk aan de hand is. De borg is er ook wanneer een sector aangeeft: "dit kunnen wij niet meer". Er is altijd sprake van verwijzing.
- CIZ Criteria SGLVG-behandeling: Het is een tijdelijke indicatie van maximaal 3 jaar. De gestelde criteria zijn: (1) beperkingen in het intellectueel en adaptief functioneren die zijn ontstaan in de ontwikkelingsperiode, een IQ tussen 50-85 en complexe gedragsproblemen, vaak met een psychische stoornis, (2) opname is nodig om het behandelperspectief en de behandelprognose vast te stellen (verwacht is dat behandeling leidt tot vermindering van klachten), (3) een integrale multidisciplinaire behandeling is nodig vanwege de problematiek, (4) de persoon is meestal tussen 18-55 jaar, (5) er is sprake van een ernstige handelingsverlegenheid van de omgeving vanwege de problematiek, (6) eerdere behandelingen in de GGz of VGz hebben onvoldoende of geen resultaat gehad en (7) de behandeling wordt gestart op verzoek van een verwijzer.
- Voor wie is de Borg er? Er is altijd sprake van LVB en gedragsproblematiek: psychiatrie, verslaving en forensische problematiek. Er is ook bijna altijd sprake van een diagnose. Wat vaak gezien wordt, is dat er vaak meer diagnoses afaan dan gesteld worden. Cliënten van de Borg hebben 200 tot 400 hulpverleners gezien in hun leven en heel veel psychiatrische diagnoses. Als er naar deze cliënten gekeken wordt dan blijkt vaak die verwevenheid met LVB zo groot, dat een deel van de gedragsproblematiek daar ligt.
- Waarom SGLVG setting? De VGz relateert gedrag vaak aan de beperking en de GGz aan de stoornis. De Borg probeert naar de verwevenheid van beide en de gedragsproblematiek die dat oplevert te kijken.
- Missie en doelen: Cliënten kunnen de draad van hun leven oppakken, op maatschappelijk aanvaardbare wijze weer deel maken van de samenleving en daarbij is duidelijk welke (blijvende) zorg of ondersteuning deze cliënten daarbij nodig hebben.
- De zorgketen werd in beeld gebracht:



- Het grootste knelpunt is op dit moment woonvoorzieningen die er voor deze cliënten zijn en blijven. Doel is dat hier een oplossing voor komt. De Borg ziet cliënten graag uitstromen naar woonvoorzieningen waar cliënten kunnen blijven wonen.
- De Borg heeft een opleidingstraject gestart voor de ketenpartners. Dit traject wordt door de RINO Groep gegeven. Het gaat vooral om aspecten zoals hoe samengewerkt kan worden, hoe te verbinden met anderen en overdracht.

Vragen en opmerkingen (Pitch 4)

- **Is dit niet wat het CCE ook doet?**

Het CCE geeft vooral advies; de Borg geeft advies maar ook behandeling. Een van de belangrijkste dingen die de Borg te bieden heeft, is dat begeleiders vanuit de behandelingsetting een tijdje meedraaien wanneer cliënten uit behandeling komen. Dat is bijvoorbeeld weleens bij Pluryn gedaan: begeleiders draaien dan een tijdje mee op de woonvoorziening, totdat de cliënt is ingeregeld. De warme overdracht is dus mogelijk.

Overige algemene opmerkingen

- “Wat ik heel erg mooi vond, was de eerste pitch: de organische groei van de samenwerking. Het spreekt mij enorm aan als je op die manier zo’n samenwerking kan laten groeien en ik denk dat dat een voorbeeld voor velen mag zijn.” – Een van de deelnemers
- “Wat ik mooi vond was de uitnodiging om te delen welke kennisvragen de deelnemers hebben. Wij kunnen daar namelijk ook wel wat mee. Wij zijn benieuwd wat wij voor jullie kunnen betekenen. Laat mij ook maar na deze bijeenkomst weten welke kennisvragen er zijn.” – Marjet van Baggum
- “Wat mij ook heel erg aansprak was dat plaatje van Marjet van Baggum – hoe die verschillende organisaties zich nou tot elkaar verhouden. Volgens mij hebben jullie (onderzoekers van het Trimbos-instituut) dat ook als ambitie in het onderzoek. Het lijkt mij ook wel heel mooi als we ergens op het kennisplein die verbanden met elkaar overzichtelijk kunnen maken en dat ook borgen, zodat iedereen die verbintenissen kan vinden - dat het duidelijk is wie waar van is en dat we samen door kunnen verwijzen naar daar waar het relevant is. Ik denk dat het onze verantwoordelijkheid is om dit landelijk te bewerkstelligen.” – Een van de deelnemers