

Samenwerken voor cliënten met een lichte verstandelijke beperking en psychiatrische problemen

Een regionale zoektocht naar kansen voor de samenwerking tussen de LVB-zorg en de GGZ

Dineke Vallenga (gedragswetenschapper) en Sandra Goren (AVG), 's Heeren Loo Ermelo

Samenvatting

Mensen met de combinatie van een LVB en psychiatrische problemen verdienen zorg van twee specialismen: LVB-zorg en GGZ. Om deze specialismen bij elkaar te brengen zijn twee zorgverleners (opnieuw) gaan samenwerken. Kwalitatief onderzoek, waarin 17 interviews zijn gehouden en geanalyseerd, laat zien hoe de samenwerking tussen twee zorgorganisaties verloopt en welke kansen het biedt. Het leidt tot het herkennen van de specifieke zorgvraag van deze groep cliënten; tot het uitwisselen van kennis en ervaring en de droom van een gezamenlijk expertisecentrum. Samenwerking gedijt bij voldoende tijd en belangstelling; korte lijnen; de cliëntvraag vooropstellen en praktische problemen als een uitdaging zien.

Inleiding

Begeleiders en behandelaren in de zorg voor mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB-zorg) en in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) worden geconfronteerd met cliënten met de combinatie van een LVB en psychiatrische problemen. Ze ervaren dat diagnostiek en behandeling van deze cliënten vraagt om specifieke kennis van zowel psychiatrische stoornissen, als van de verstandelijke beperking.

Participeren in de maatschappij is ingewikkeld voor mensen met een LVB, omdat zij minder cognitieve en adaptieve vaardigheden hebben dan mensen zonder deze beperking. Ervaren zij geen steun van hun omgeving, dan is de kans op het ontwikkelen van een stoornis groot (Didden e.a., 2016). De prevalentie van psychiatrische stoornissen wordt geschat op 30 tot 50% ten opzichte van 10% bij normaal begaafden (Došen, 2014). Alle psychiatrische stoornissen kunnen óók bij mensen met een LVB voorkomen (Wieland e.a., 2014; Došen, 2014). Mensen met een LVB en een psychiatrische stoornis

komen meestal terecht in de reguliere GGZ, maar worden niet altijd als zodanig opgemerkt en/of als specifieke doelgroep beschouwd. (Wieland et al., 2010, 2014). Volgens Didden e.a. (2016) is deze groep oververtegenwoordigd in de (forensische) psychiatrie, verslavingszorg en maatschappelijke opvang. Ook in de LVB-zorg wordt de psychiatrische stoornis steeds vaker gezien en kan risicovol gedrag reden zijn voor verwijzing naar de GGZ (Didden e.a. 2016). In beide sectoren draagt de combinatie van een LVB en een psychiatrisch ziektebeeld bij aan de complexiteit van de zorgverlening. Vaak lukt het niet om aan te sluiten op de wensen en behoeften van de cliënt en blijven gedragsproblemen op de voorgrond staan. Een gewoon leven waarbij mensen met een LVB zoveel mogelijk participeren in de maatschappij blijft dan een stip aan de horizon.

Mensen met de combinatie van een verstandelijke beperking en psychiatrische problemen verdienen zorg van beide specialismen: LVB-zorg en GGZ. Samenwerking tussen zorgverleners uit beide sectoren is noodzakelijk om deze groep de juiste zorg te kunnen bieden en te voorkomen dat zij tussen wal en schip vallen. Niet alleen inhoudelijk is het belangrijk om samen te werken. Ook een goede organisatorische samenwerking tussen zorgaanbieders is onontbeerlijk. Kennis van elkaars zorgaanbod op regionaal en lokaal niveau is een vereiste om de inhoudelijke zorg vorm te kunnen geven.

's Heeren Loo regio Ermelo en GGZ Centraal regio Veluwe en Veluwe Vallei (locatie Ermelo) werken al jaren in wisselende gremia samen. Aanvankelijk was vooral uitwisseling van kennis en ervaring het doel. In 2014 is, op instigatie van de zorgverzekeraar, de samenwerking geïntensiveerd en in 2015 is deze vastgelegd in een convenant, ondertekend door de beide raden van bestuur.

In dit artikel bespreken we het resultaat van een kwalitatief onderzoek. Waarin gezocht is naar hoe deze

samenwerking in de dagelijkse praktijk vorm krijgt, hoe er gebruik gemaakt wordt van elkaars kennis, ervaring en zorgaanbod en hoe dat verbeterd kan worden.

Methode

Er zijn bij 17 stakeholders uit beide organisaties semigestructureerde interviews afgenomen. Geïnterviewd zijn artsen voor verstandelijk gehandicapten (AVG's), psychiaters, gedragswetenschappers, managers, verpleegkundig specialisten en begeleiders. Er is gevraagd naar de gebieden waarop door professionals van beide organisaties wordt samengewerkt, naar de tevredenheid hierover en naar de behoefte aan uitbreiding, intensivering of verbetering. De interviews zijn opgenomen en uitgewerkt in verslagen die door de geïnterviewden zijn geaccordeerd. Deze verslagen zijn geanalyseerd door een tweede onderzoeker. Tekstfragmenten zijn gecodeerd en thematisch geordend. Vervolgens is er gezocht naar verbanden en zijn de volgende thema's geformuleerd: samenwerking in historisch perspectief; achtergrond van de samenwerking; expertise en voorzieningen; zorgverlening en visie; financiering; en belemmerende en bevorderende factoren. In dit artikel bespreken we de bevindingen aan de hand van deze thema's. Waar de tekst wordt ondersteund met casuïstiek of citaten, zijn de persoonsgegevens geanonimiseerd.

Resultaten

Verloop van de samenwerking

Dat beide instellingen in Ermelo praktisch naast elkaar gelegen zijn, heeft in het verleden al vaker geleid tot samenwerking. Er was samenwerking op medisch organisatorisch vlak: cliënten van 's Heeren Loo gingen naar landgoed Veldwijk (nu onderdeel van GGZ Centraal) voor EEG's, röntgenfoto's of een consult van de internist. Secties na overlijden werden gezamenlijk gedaan. Deze organisatorische samenwerking betekende echter niet dat er op cliëntniveau werd samengewerkt. Dat veranderde geleidelijk.

“Samenwerking met GGZ Centraal is tot nu toe heel vaak vastgelopen door het institutionele denken.”

(geïnterviewde van 's Heeren Loo)

In 2012 hebben de managers van de afdeling voor kinder- en jeugdpsychiatrie van GGZ Centraal en expertisecentrum Adviesum van 's Heeren Loo de samenwerking versterkt. Dit resulteerde in een vast consulentschap van een psychiater voor 's Heeren Loo. Niet veel later is een

groep behandelaren gestart met casuïstiekbesprekingen. De mening over de kwaliteit van deze besprekingen verschilt van 'intensief en zinvol' tot 'teleurstellend'. Feit is dat deze manier van samenwerking niet is voortgezet en dat concrete resultaten niet (meer) zichtbaar zijn. Het vastlopen van samenwerkingsinitiatieven in het verleden, zou volgens de geïnterviewden samenhangen met een gebrek aan overzicht op de verschillende afspraken, beperkte motivatie, tijdgebrek en strubbelingen binnen de eigen organisaties.

Sinds 2014 wordt er opnieuw vormgegeven aan samenwerking. Continuïteit van psychiatrische zorg is verbeterd door intensivering van de consultaties door een kinderen jeugdpsychiater en door het zoeken naar verbinding tussen professionals van 's Heeren Loo en de psychiatrie voor volwassenen van GGZ Centraal (waaronder het FACT-team). Er is een zeswekelijks overleg, waarin ontwikkelingen in de zorg en hoe deze vorm (gaan) krijgen in en tussen de organisaties, aandacht krijgen. In casus-besprekingen verkent men de grenzen van de zorgverlening binnen de organisaties en de samenwerking. Dit heeft de overlappende problematiek en de hiaten in de eigen expertise in beeld gebracht. In de werkgroep is het initiatief genomen om een gezamenlijke scholing te ontwikkelen. Dit heeft geresulteerd in een lesprogramma voor medewerkers van GGZ Centraal en van 's Heeren Loo. Doel is kennis delen en samenwerking bevorderen. Een groot aantal begeleiders, verpleegkundigen en paramedici van 's Heeren Loo en medewerkers van de FACT-teams is inmiddels geschoold. Daarnaast is de procedure voor intakes bij 's Heeren Loo aangescherpt ten aanzien van psychiatrische problematiek.

Achtergrond van de samenwerking

Casus: Magda was 44 toen ze kwam wonen bij 's Heeren Loo, in een woning specifiek voor mensen met een LVB en psychiatrische problematiek. Magda was als jonge vrouw meerdere keren opgenomen in de GGZ, maar na haar huwelijk was ze stabiel. Na de geboorte van haar jongste kind werd ze toenemend onrustig en dwangmatig. Opnieuw volgde opname in de GGZ. Daarna lukte het haar niet om rust te vinden. Ze verwondde zichzelf en deed meerdere suïcidepogingen. In het laatste half jaar voor de verhuizing werd ze minstens een keer per week opgenomen op de PAAZ in haar woonplaats. Pas kort voor de verhuizing naar 's Heeren Loo toonde intelligentieonderzoek een LVB aan. Opname in de LVB-zorg is voor Magda moeilijk te accepteren. Ze vindt zichzelf niet verstandelijk beperkt en wil naar huis om voor haar gezin te zorgen. Onrust, zelfverwonding en suïcidepogingen blijven frequent voorkomen. Handelingsverlegenheid bij behandelaar en begeleiders leidde tot samenwerking met het FACT-team. Dit zorgde voor meer inzicht in en begrip voor de problemen van Magda bij begeleiders en

behandelaar. Trauma behandeling bleek noodzakelijk. De therapeut van 's Heeren Loo voelde zich, door onvoldoende ervaring met psychiatrie, niet bekwaam om Magda te behandelen en zocht samenwerking met een therapeut van GGZ Centraal. Dit leidde tot supervisie, waardoor Magda behandeling kreeg.

In de voorzieningen voor (L)VB-zorg, woont een toemend aantal cliënten dat jarenlang in GGZ- instellingen opgenomen is geweest. Na opname in de (L)VB-zorg lijken psychotische ontregeling en zelfverwonding af te nemen, vermoedelijk omdat er minder sprake is van overvraging. Dit is helaas niet altijd het geval. De ervaring leert dat deze dubbelproblematiek binnen de (L)VB-zorg tot handelingsverlegenheid kan leiden, net zoals in daarvoor de GGZ. Samenwerking tussen beide disciplines lijkt dan onvermijdelijk.

Het gebeurt dat cliënten met een IQ <70 vanwege hun lage intelligentie worden afgewezen door de GGZ. Tegelijkertijd vinden alle stakeholders dat ook deze mensen recht hebben op goede psychiatrische zorg. Daarnaast zijn weinig GGZ-zorgverleners zich ervan bewust dat een deel van hun cliënten een lage intelligentie heeft en dat zij een andere vorm van benadering vragen dan normaalbegaafden. "We zijn onbewust onbekwaam" zegt een van de geïnterviewden van GGZ Centraal.

Veel behandellocaties voor langdurige zorg in de GGZ zijn gesloten, waardoor juist de mensen met een LVB en psychiatrische problemen tussen de wal en het schip vallen. De zorg die zij nodig hebben door hun verstandelijke beperking wordt niet of te laat gesignaleerd. Door het wegvallen van de steun van de beschermende omgeving, brengt de complexiteit van de samenleving hen in de problemen. Gespecialiseerde behandelcentra hebben lange wachtlijsten, waardoor mensen die langdurig in de GGZ waren opgenomen soms via een achterdeur in de (L) VB-zorg terechtkomen. Zij hebben het in de maatschappij niet gered.

Er is in de laatste jaren een snelle ontwikkeling van de FACT (Flexible Assertive Community Treatment), gespecialiseerd in de zorg aan cliënten met een LVB (Neijmeijer, 2015). Deze specialistische zorg is in GGZ Centraal niet beschikbaar. Wel zien geïnterviewden werkzaam in het FACT en de EPA (Ernstige Psychiatrische Aandoeningen) binnen hun doelgroepen veel cliënten met een LVB. Zij ervaren een gemis aan kennis om deze groep adequate zorg te bieden.

Psychodiagnostiek wordt niet standaard verricht binnen de GGZ. Wanneer dit wel gebeurt, is het pas laat in het diagnostisch proces. Slechts zelden wordt, naast het cognitieve niveau, ook het sociaal-emotionele niveau onderzocht.

Dit wordt als een gemis ervaren, want zodra vooral het lage emotionele niveau van functioneren wordt herkend, ontdekt men waar de (gedrags-)problemen uit voortkomen.

Bovenstaande toont dat zowel in de GGZ als in de LVB-zorg de problematiek van mensen met een LVB en psychiatrische stoornissen, steeds meer wordt gezien en dat de omvang van de groep in beeld komt. Tegelijkertijd blijkt hoe ingewikkeld het is om aan deze groep zorg te verlenen, wanneer kennis ontbreekt van psychiatrische stoornissen of van de gevolgen van een LVB.

Expertise en voorzieningen

Casus: Yacinta, 36 jaar, woont bij 's Heeren Loo. Ze liet begeleiders niet meer toe in haar appartement. Een paar weken eerder was ze gestopt met het innemen van medicijnen die ze in verband met psychoses gebruikte. In haar appartement bleven de gordijnen gesloten. Af en toe zagen begeleiders Yacinta in het dorp lopen. Schaars gekleed, leek ze op weg om geld voor drugs te bemachtigen. Aanspreekbaar was ze niet. Na weken gingen begeleiders zonder toestemming het appartement binnen. De chaos was enorm. Vuile vaat, vuile kleren en overal lag glas. Begeleiders weten de situatie aan Yacinta's lichte verstandelijke beperking en drugsgebruik. Bij opname in de GGZ bleek dat Yacinta geen drugs gebruikte, maar aan een psychose leed.

Dit voorbeeld toont de gevolgen van een tekort aan kennis en ervaring, maar laat ook hiaten in beleid zien. Beide organisaties erkennen tekortkomingen in de zorgverlening aan cliënten met een LVB en psychiatrische problematiek. Bij 's Heeren Loo mist men een goed crisisbeleid, waarbij proactief crisisplannen worden opgesteld voor mensen die risico lopen om psychiatrisch te ontregelen. Behalve aan crisisbeleid is er behoefte aan een 'crisisunit', waar mensen buiten hun eigen woning tot rust kunnen komen. GGZ Centraal zegt de zorg voor mensen met een LVB niet goed in de vingers te hebben en dat het lage cognitieve en emotionele niveau van cliënten niet altijd wordt herkend. Psychiaters vinden RM-beoordelingen lastig als er sprake is van een LVB. Ze zeggen kennis te missen en geven aan dat er in hun opleiding meer aandacht zou kunnen zijn voor de gevolgen van een LVB. Organisaties zouden dus specifieke diensten aan elkaar kunnen bieden. 's Heeren Loo zou psychodiagnostisch onderzoek kunnen uitvoeren en adviseren rondom de benadering en dagprogramma's van cliënten die zorg ontvangen van of in GGZ Centraal. GGZ Centraal zou 's Heeren Loo kunnen helpen bij psychiatrische diagnostiek, vroegsignalering en adviseren rondom het maken van crisisplannen en opschalings-systemen. Dit zou vorm kunnen krijgen in een gezamenlijk expertisecentrum of consultantenteam dat diagnosticeert en helpt bij het vormgeven van behandelplannen.

Zorgverlening en visie

In de LVB-zorg staat (woon-)begeleiding in het dagelijks leven centraal. Keuzevrijheid en eigen regie voor de cliënt zijn daarbij belangrijke uitgangspunten. Begeleiders streven ernaar dat de cliënt het gewone leven ervaart. Dit 'ervaren van het gewone leven' vindt men in de GGZ Centraal ingewikkeld. Men vraagt zich af hoe dit zich verhoudt tot de behandeling van psychiatrische stoornissen. In de GGZ is herstelondersteunende zorg het uitgangspunt. De visie dat mensen niet te lang klinisch moeten worden behandeld, heeft geresulteerd in sluiting van de afdelingen voor langdurige zorgverlening. Het gevolg is dat een aantal cliënten vastloopt in de maatschappij, waaronder vele met een LVB.

“Bij 's Heeren Loo wordt 'schelden' of 'niet naar het werk willen' als probleemgedrag gezien. Ondertussen worden symptomen, zoals slecht slapen, slecht eten, obstipatie of andere lichamelijke klachten niet opgemerkt.”

(geïnterviewde van GGZ Centraal)

's Heeren Loo heeft geen afzonderingsruimtes (meer). Hierdoor kan het lastig zijn om cliënten, bij crises, uit de situatie te halen, terwijl dit nodig is om rust te creëren. Het komt voor dat deze cliënten elders, vaak ver van huis, alsnog in een afzonderingsruimte of separeer terecht komen. Om in acute situaties grenzen en veiligheid te bieden, is het wenselijk om in samenwerking met de GGZ Centraal een plek te creëren waar cliënten tot rust kunnen komen. Begeleiding, diagnostiek en behandeling kunnen dan door vertrouwde zorgverleners geboden worden, ondersteund door ervaring vanuit GGZ. Deze gedachte botst overigens niet met de ambitie van GGZ Centraal om in 2020 separeervrij te zijn. Zij zoeken het alternatief in zogenaamde comfortkamers: schone, rustige kamers met prettige kleuren, waarin mensen tot rust kunnen komen.

In de ogen van VB-zorgverleners is men in de GGZ meer gericht op medicatie als interventie dan op begeleiding. Men lijkt aan de kracht van begeleiding als interventie voorbij te gaan. Genoemd worden het afstemmen van de communicatie op de verstandelijke beperking of op een laag emotioneel niveau van functioneren. In de VB-zorg is het afbouwen of niet voorschrijven van psychofarmaca de kijkrichting. Het is echter goed voorstelbaar dat deze kijkrichting ook kan leiden tot onderbehandeling in het geval

van crises en psychiatrische ziektebeelden. Hierin zouden psychiaters en AVG's van elkaar kunnen leren.

Over de beste behandelplek voor LVB-clieñten met een psychiatrische stoornis verschillen de meningen. Enerzijds zou een laag IQ geen contra-indicatie voor de GGZ moeten zijn. Anderzijds wordt gezegd dat de behandeling in de GGZ om 'enige intelligentie' vraagt. Zorgverleners zien dat de resultaten van behandeling, bijvoorbeeld bij cliënten met een borderlinepersoonlijkheid stoornis, beter zijn bij cliënten met een hogere intelligentie. Wanneer de psychiatrische problemen voortkomen uit de verstandelijke beperking (bijvoorbeeld door overvraging), gaat de voorkeur uit naar behandeling en (crisis)opvang in de eigen omgeving (binnen de LVB-zorg). Wanneer er echter sprake is van acute psychiatrische stoornissen, zullen cliënten worden overvraagd als zij alles zelf mogen blijven beslissen en regelen. Als er op die momenten wordt gestreefd naar vrijwilligheid en 'eigen regie', krijgt de cliënt niet wat hij nodig heeft. Werken aan de juiste instelling op medicatie en herstel van basale zaken zoals regelmatig eten, drinken, slapen en activiteit, is dan aan de orde.

Financiering

De geïnterviewden vragen zich af hoe de gezamenlijke inspanning moet worden betaald. De VB-zorg en de GGZ worden immers uit verschillende stelsels gefinancierd. Men is het erover eens dat verbetering van de samenwerking niet alleen om inhoudelijke verkenning vraagt, maar dat er ook rekening moet worden gehouden met de verschillende financieringssystemen. Momenteel worden intramurale consultaties door de psychiater voor de VB-zorg betaald vanuit de wet langdurige zorg (WLZ) en consultaties bij ambulante zorg door de gemeente (WMO). Als een cliënt voor behandeling naar de GGZ wordt verwezen, ontstaat een medisch behandelmodel in de GGZ. Er wordt dan gewerkt met een Diagnose Behandel Combinatie (DBC), vallend onder de zorgverzekeringswet. Dit geldt ook voor begeleiding door de FACT-teams.

“Er is nog nooit iets gestruikeld over geld. Als je je dromen scherp hebt en helder ziet wat je wilt bereiken, dan liggen er kansen om dit te ontwikkelen”

(geïnterviewde 's Heeren Loo)

Binnen de GGZ is ervaring met het openen van twee DBC's. Bijvoorbeeld, één voor begeleiding door het FACT-team en één voor verslavingszorg. Zoiets zou ook mogelijk

moeten zijn om mensen met een LVB vanuit de WLZ te begeleiden én vanuit de zorgverzekeringswet goede psychiatrische zorg te bieden. Een andere optie is het inzetten van de GGZ vanuit de behandelcomponent van de WLZ-vergoeding. Volwassen cliënten met een GGZ-indicatie blijken overigens niet eenvoudig een VB-indicatie te kunnen krijgen. Beleid is dat de verstandelijke handicap voor het 18e levensjaar moet zijn vastgesteld. Als de LVB niet tijdig is gediagnosticeerd, dan is het in de praktijk vrijwel onmogelijk om de begeleiding over te laten nemen door de LVB-zorg.

Ook kosten voor de cliënt zelf hangen met de financiering samen. Als de zorg vanuit de zorgverzekeringswet wordt bekostigd, dan komt het eigen risico voor rekening van de cliënt. Bij zorg vanuit de WLZ of WMO is er een inkomensafhankelijke bijdrage. Bij gezamenlijk verleende zorg, loopt de cliënt het risico een dubbele bijdrage te moeten leveren.

Naast bovengenoemde speelt er een ander financieel aspect. In de (L)VB-zorg zou men graag ervaren GGZ-zorgverleners willen aannemen. Voor werknemers in de GGZ en in de (L)VB-zorg gelden verschillende CAO's, waardoor de salarissen in de GGZ hoger liggen dan in de (L)VB-zorg. Het is daardoor moeilijk om goed gekwalificeerd GGZ-personeel te vinden voor de (L)VB-zorg.

Belemmerende en bevorderende factoren

In de interviews zijn factoren benoemd die de samenwerking tussen de twee organisaties in positieve zin beïnvloeden en factoren die juist belemmerend zijn. Duidelijk is dat samenwerking door beide organisaties moet worden gedragen om kunnen slagen. Het samenwerkingsconvenant tussen GGZ Centraal en 's Heeren Loo zou een bevorderende factor kunnen zijn. Echter uit de interviews blijkt dat slechts enkelen op de hoogte zijn van het bestaan ervan. De organisaties lijken er onvoldoende in geslaagd om er bekendheid aan te geven bij medewerkers. Geïnterviewden geven aan dat samenwerking met een andere organisatie vraagt om het op orde hebben van de samenwerking binnen de eigen organisatie, in en tussen de disciplines. Ze wijzen op het belang van één regievoerder, als er door samenwerking nog meer zorgverleners betrokken raken bij een cliënt. De durf om buiten bekende kaders te kijken wordt een bevorderende factor genoemd, echter het meest bevorderend voor samenwerking zijn concrete resultaten en verbetering van de zorg voor de individuele cliënt. De consulterend psychiater is zo'n concrete vorm van samenwerking, leidend tot continuïteit in de gezamenlijke behandeling van het individu. Tijdgebrek is een belemmerende factor en initiatieven zijn hierdoor al vaker doodgebloed. Het tekort aan psychiaters speelt hierbij een rol. Psychiaters lijken minder snel voor de

chronische zorg en de FACT-teams te kiezen. Ook werkwijze en dienstenstructuur kunnen van negatieve invloed zijn op samenwerking. Medewerkers van de crisisdienst van GGZ Centraal vinden het bijvoorbeeld lastig dat zij buiten kantooruren op 's Heeren Loo hulp moeten bieden, terwijl de AVG's en gedragswetenschappers van 's Heeren Loo buiten kantooruren alleen telefonisch bereikbaar zijn en fysieke spoedzorg door de huisartsenpost geleverd wordt.

"We zouden er echt mee geholpen zijn als we laagdrempelig een psychiater zouden kunnen bellen met korte vragen. Als je in een ziekenhuis wilt overleggen met een specialist, krijg je altijd meteen iemand aan de lijn. Dat lijkt bij de psychiaters veel lastiger".

(geïnterviewde 's Heeren Loo)

Uit dit onderzoek blijkt de behoefte aan uitbreiding van de samenwerking. Naast scholing, is het in de dagelijkse praktijk uitruilen van kennis en vaardigheden door verpleegkundigen en begeleiders nodig, zeker bij handelingsverlegenheid of ingewikkelde dubbelproblematiek. Ook AVG's en gedragswetenschappers van 's Heeren Loo hebben behoefte aan 'leren' door rechtstreeks en laagdrempelig contact met collega's van GGZ Centraal. Niet iedere geïnterviewde is zich bewust van de geschetste problematiek of op de hoogte van de samenwerking van de organisaties. Sommigen hechten minder waarde aan versterking of uitbreiding ervan. Het inhuren van een psychiater van GGZ Centraal, die spreekuur houdt, is voor sommige medewerkers van 's Heeren Loo voldoende. De crisisdienst van GGZ Centraal vindt samenwerking niet nodig maar hecht waarde aan het snel kunnen doorverwijzen zodra er behoefte is aan LVB-zorg. Echter degenen die de meerwaarde van samenwerking in de praktijk hebben ervaren, dromen van een gezamenlijk expertisecentrum; een samenwerkend consultantenteam dat diagnosticeert en helpt bij het vormgeven van behandelplannen.

Conclusie en discussie

Dit onderzoek is geïnitieerd vanuit een sterk gevoelde behoefte aan intensievere samenwerking tussen 's Heeren Loo en GGZ Centraal in Ermelo. De geïnterviewden zijn geselecteerd door in beide organisaties te vragen wie stakeholders zijn op dit gebied. Er is dus zeker sprake van

selectiebias. Desondanks geeft dit onderzoek meer zicht op de samenwerking tussen de organisaties en de belemmerende en bevorderende factoren daarin. De grootste kans om de samenwerking te verbeteren, ligt zonder meer in het opdoen van persoonlijke relaties tussen medewerkers van beide organisaties. Dit geeft korte lijnen en begrip voor elkaars werkwijze. Het risico bestaat dat samenwerkingsinitiatieven van professionals om redenen van praktische aard, bijvoorbeeld tijdgebrek of verandering van baan, ophouden te bestaan. Dit kan worden voorkomen door structureren en duidelijke (financiële) afspraken vanuit het hoger management. Praktische facilitering kan samenwerking bevorderen, in die zin dat men elkaar snel kan bereiken en leert binnen de andere organisatie de weg te vinden. Het zeswekelijks overleg en het gezamenlijk opzetten van en meedoen aan scholing bieden hiervoor kansen. Dat binnen beide grote organisaties lang niet alle stakeholders op de hoogte zijn van deze initiatieven, is een duidelijk belemmerende factor.

Vanuit de LVB-zorg worden kansen gezien in een gezamenlijke aanpak van de crisisopvang en uitbreiding van de consultatieve mogelijkheden van psychiaters en behandelteams. Vanuit de GGZ worden kansen gezien in het opdoen van kennis over dagelijkse (woon-)begeleiding en betere diagnostiek op het gebied van verstandelijke beperking. De wens bestaat om gezamenlijke casuïstiek-besprekingen te herstarten en om kennis te bundelen in een expertisecentrum of consultatieteam.

Beide organisaties hebben intern mogelijkheden tot verbetering. Bij 's Heeren Loo zijn dat de onderlinge samenwerking tussen de verschillende behandeldisciplines en de fysieke bereikbaarheid in de avond, nacht en weekenddiensten. Bij GGZ Centraal is dit het groeiend bewustzijn van en kennis over de LVB-problematiek. De financiering van de zorg lijkt geen belemmerende factor te hoeven zijn. Er worden diverse financieringsmogelijkheden aangedragen, waarvoor echter overleg met en medewerking van zorgverzekeraars en zorgkantoren noodzakelijk is.

Er leven in beide sectoren verschillende visies op de zorg. Hoewel dit in eerste instantie als belemmerend kan worden beschouwd, valt op dat het vooral gezien wordt als kans om van elkaar te leren en het goede van elkaar over te nemen. Tijdgebrek en een tekort aan professionals binnen de organisaties kunnen belemmerend zijn. Dit geldt ook voor het werken vanuit een oude cultuur. Kansen kunnen gecreëerd worden door succesverhalen te delen, enthousiasme aan elkaar over te brengen en buiten bestaande kaders te denken.

De resultaten van dit onderzoek zijn specifiek voor de lokale situatie in Ermelo. Wel verwachten wij dat dit artikel handvatten kan bieden voor samenwerkingsprocessen in andere organisaties. Immers de cliënt vraagt om

gespecialiseerde zorg waarbij kennis uit de LVB-zorg en de GGZ samenkomt. Overbrug daarom de grens tussen de sectoren door:

- Het faciliteren van samenwerking in tijd en door belangstelling
- Verschillende visies en culturen als aanvullend te zien
- Bundeling en overdracht van kennis door gezamenlijk op te leiden en te trainen
- Korte lijnen en waardering voor elkaars kennis en ervaring
- Financiële barrières en praktische problemen als een uitdaging te zien en niet als een belemmering
- De concrete vraag van de cliënt vooropstellen en successen delen.

Dineke Vallenga: dvallenga@hotmail.com

Sandra Goren: sandra.goren@sheerenloo.nl

Literatuurlijst

- Didden, R., Troost, P., Moonen, X., Groen, W. (2016). Inleiding. In R. Didden, P. Troost, X. Moonen, W. Groen (Red.), *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (pp. 14-22). Utrecht: De Tijdstroom.
- Došen, A. (2014). *Psychische stoornissen, probleemgedrag en verstandelijke beperking*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Neijmeijer, L., Moerdijk, L., Veneberg, G. & Muusse, C. (2010) *Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ, Een verkennend onderzoek*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Neijmeijer, L. (2015). *Modelbeschrijving (Flexibele)ACT LVB, herziene versie*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Wieland, J., Kapitein, S., Otter, M. & Baas, R.W.J. (2014) *Diagnostiek van psychiatrische stoornissen bij mensen met een (zeer) lichte verstandelijke beperking*. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 56, 463-470. ■