

# EINDRAPPORTAGE NAH EN LVB IN HET VIZIER

MEE NL

Stimuleringssubsidie aanpak verward gedrag

Augustus 2017

# Inhoudsopgave

## Inhoud

1: Inleiding.....	2
1.1: Aanleiding voor het project.....	2
1.2: Inleiding.....	2
2: Doelen en resultaten.....	3
2.1: Inventarisatie praktijkervaringen .....	3
2.1.1 inventarisatie in het brede sociale domein .....	3
2.1.2 Beroepsgroepen in justitie en ambulancezorg .....	12
2.2: Ontwikkelen training .....	15
2.3: Opstellen aanbevelingen ter verbetering van informatievoorzieningen en samenwerking.....	16
3: Conclusies, aanbevelingen en borging .....	17
3.1: Conclusies en aanbevelingen .....	17
3.2: Samenwerking.....	17
3.3: Communicatie .....	18
3.4: Borging en vervolg .....	18
Bijlage 1: Trainershandleiding training NAH .....	19
Bijlage 2: Trainershandleiding training LVB.....	21
Bijlage 3: Onderzoeken en projecten omtrent NAH en LVB .....	23
Bijlage 4: Enquêtevragen .....	24

## 1: INLEIDING

### 1.1: AANLEIDING VOOR HET PROJECT

MEE NL streeft naar een inclusieve samenleving. Een samenleving waarin iedereen ertoe doet en die mensen insluit in plaats van uitsluit. Vanuit deze missie wil MEE NL een bijdrage leveren aan de situatie van personen met verward gedrag en dan in het bijzonder voor mensen met een Licht Verstandelijke Beperking (LVB) en Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH).

MEE is actief op landelijk en regionaal niveau. De 20 regionale MEE-organisaties werken samen met regionale partners om op lokaal niveau inclusie te bevorderen. Datzelfde doet MEE NL op landelijk niveau.

Uit rapportages van onder andere het politiekorps<sup>1</sup> in Rotterdam blijkt dat een aanzienlijk deel van de verwarde personen, die in aanraking komen met de politie, waarschijnlijk LVB heeft. Uit contacten met het schakelteam verwarde personen is gebleken dat er grote behoefte is aan meer aandacht voor de invloed van een licht verstandelijke beperking en andere niet psychiatrische oorzaken voor verward gedrag. Met dit project willen wij enkele basisvoorwaarden creëren om op lokaal en regionaal niveau vervolgvactiteiten te kunnen ontplooiën die leiden tot een betere samenwerking rond verwarde personen met LVB en NAH.

### 1.2: INLEIDING

Dit project is tot stand gekomen met een stimuleringssubsidie van ZonMw in de oproep “Aanpak Verward Gedrag”. Het project heeft als doel meer inzicht te krijgen in de huidige situatie met betrekking tot het herkennen van en de omgang met mensen met NAH en LVB in de doelgroep mensen met verward gedrag. Daarnaast hebben we twee trainingen ontwikkeld.

Ook hebben wij de MEE-organisaties ondersteund bij het doen van een aanvraag voor een stimuleringssubsidie binnen de oproep “Aanpak Verward Gedrag” van ZonMw.

N.B. Gaandeweg het project bleek dat Vilans campagnes voert met de term vizier, zoals “Ouderen in het vizier”. Weliswaar een andere doelgroep, maar om verwarring te voorkomen gebruiken wij onze titel “NAH en LVB in het vizier” niet meer.

---

<sup>1</sup><https://www.wegwijzerjeugdveiligheid.nl/onderwerpen/lvb-jongeren/onderzoek/mensen-met-een-licht-verstandelijke-beperking-in-het-justitiele-domein/>  
<https://www.hsleiden.nl/licht-verstandelijke-beperking-en-jeugdcriminaliteit>

## 2: DOELEN EN RESULTATEN

Het project bestaat uit drie onderdelen:

1. Het doen van een inventarisatie naar praktijkervaringen. In hoeverre is er kennis rondom verwarde personen over LVB en NAH, met name bij justitie en politie. Welke rol spelen bestaande professionals uit het sociaal domein en/of wijkgericht werk hierbij?
2. Ontwikkelen training voor politie en justitie over herkennen van en omgang met LVB en NAH. Belangrijk onderdeel van deze training zal zijn het in de praktijk toepassen van screeningsinstrumenten voor het vaststellen van (vermoedens) van LVB en NAH. Maar ook: hoe kunnen professionals uit het sociaal domein en wijkgericht werk justitie en politie hierbij helpen?
3. Opstellen van aanbevelingen voor de MEE-organisaties wanneer deze een pilot willen ontwikkelen ter verbetering van de informatievoorziening en samenwerking tussen wijkteams en justitieketen voor mensen met LVB en NAH.

### 2.1: INVENTARISATIE PRAKTIJKERVARINGEN

*Hoe komt justitie en politie nu aan informatie in crisissituaties of situaties rond onterechte detentie wanneer het mensen met verward gedrag met NAH of LVB betreft? Welke rol spelen bestaande professionals uit het sociaal domein en/of wijkgericht werk hierbij?*

Bovenstaande vraag was het uitgangspunt van een inventarisatie onder professionals. Wij willen een beeld krijgen van de huidige kennis over en ervaring met LVB en NAH bij verwarde personen in het sociale domein. Het doel daarvan was vooral om richting te kunnen geven aan de lokale initiatieven van de MEE-organisaties en onze eigen vervolgcities.

De opzet van de inventarisatie was om via het regionale professionele netwerk van MEE een vragenlijst uit te zetten onder een brede groep van professionals om een antwoord op deze vraag te krijgen. Gebleken is dat deze werkwijze goed werkte om de brede kring van professionals uit zorg en sociaal domein te bereiken die met deze doelgroepen en thema's te maken hebben. Daarnaast bleek deze werkwijze niet goed te werken om mensen te bereiken uit de justitie en politieketen en het ambulancevervoer. Dat in zichzelf is overigens een belangrijk signaal dat er lokaal weinig netwerkcontacten zijn tussen het sociaal domein en de justitie/GHOR-keten.

In de inventarisatie maken wij daarom een onderscheid tussen de partijen rondom verwarde personen in de preventie en nazorg (sociaal domein) en die in de crisissituatie (politie, justitie en ambulancepersoneel). De eerste groep is via een digitale enquête en telefonische interviews geraadpleegd. Voor de tweede groep hebben we ons vooral gebaseerd op gesprekken met experts in deze keten, die we vooral hebben gevoerd naar aanleiding van de ontwikkeling van de training voor politie.

#### 2.1.1 INVENTARISATIE IN HET BREDE SOCIALE DOMEIN

##### WERKWIJZE

De vragenlijst is verspreid via het netwerk van MEE, de samenwerkingspartners in de projectgroep. De vragenlijst is in totaal 280 keer ingevuld door professionals uit:

Beroepsgroep	Percentage
GGZ / Crisisopvang / Verslavingszorg	17%
NAH-zorg / Revalidatie	17%

<b>Beleidsmedewerkers Gemeente</b>	4%
<b>Wijkteam</b>	37%
<b>Zorg VG</b>	13%
<b>GGD / Jeugdzorg / JGZ / Halt</b>	12%

Daarnaast zijn er vervolggesprekken gevoerd per telefoon met 13 van de respondenten. Tijdens deze gesprekken is dieper ingegaan op de gegeven antwoorden. Professionals is gevraagd naar hun mening en inzichten, maar ook of deze representatief zijn voor de beroepsgroep. De resultaten van deze gesprekken zijn verwerkt in dit rapport.

De volgende professionals zijn telefonisch geïnterviewd:

<b>Beroepsgroep</b>	
<b>GGZ / Crisisopvang / Verslavingszorg</b>	Medewerker Crisiszorg Medewerker Inloop verslavingszorg
<b>NAH-zorg / Revalidatie</b>	NAH Mantelzorger NAH specialistische hulp
<b>Beleidsmedewerkers Gemeente</b>	Beleidsmedewerker
<b>Wijkteam</b>	Wijkteam medewerker 3 x Leidinggevende wijkteam
<b>Zorg VG</b>	Groepsleider VG 2 x Ambulant begeleider
<b>GGD / Jeugdzorg / JGZ / Halt</b>	JGZ-medewerker

In de vragenlijst voor de enquête kwamen de volgende onderwerpen aanbod:

1. Aanwezigheid van kennis van LVB en NAH en de beschikbare screeningsinstrumenten.
2. De behoefte aan ondersteuning en informatievoorziening.

---

## KENNIS VAN NAH EN LVB

### **SAMENVATTING**

Onder de respondenten geeft 97,2% aan te weten wat NAH en LVB is. 74% geeft aan dit ook te herkennen en 71% geeft aan dat zij weten hoe te handelen. Dit lijken redelijk positieve cijfers, maar als verder doorgevraagd wordt, komen een paar belangrijke punten naar voren:

- Zodra de vragen dieper ingaan op de thematiek, bijvoorbeeld op de bekendheid met beschikbare screeningstools, wordt de bekendheid snel kleiner.
- Ook over de inschatting of andere professionals in staat zijn om adequaat met deze doelgroepen om te gaan, is men kritischer. Dat geldt vooral voor het beeld over medewerkers van de politie.
- Opvallend is dat men verwacht dat vooral de wijkteams in staat zouden moeten zijn om met deze problematiek om te gaan. Echter het kennisniveau van wijkteams wordt door andere professionals en de leden van wijkteams zelf ook niet erg hoog geacht.

## KENNIS MEDEWERKERS ALARMCENTRALE EN POLITIE VAN NAH & LVB

Op de stelling: 'Medewerkers alarmcentrale en politie hebben te weinig kennis van NAH en LVB' is als volgt gereageerd:

Helemaal eens	0%	
Eens	53%	
Oneens	4%	
Helemaal oneens	26%	
Niet eens / niet oneens	17%	<p>"Hangt van de persoon af" (Medewerker gemeente). Ik weet niet of ze echt té weinig kennis hebben. Ik denk wel dat de beperkingen vaak over het hoofd worden gezien. Wellicht ook door de hectiek en het snelle handelen van het werk?" (Medewerker Crisisopvang).</p> <p>"Ik heb hier geen beeld van, ken ze niet" (divers).</p> <p>"Een cliënt die ik ondersteun wordt regelmatig aangesproken op zijn gedrag, men denkt dat hij dronken is, terwijl deze meneer NAH heeft, linkszijdig verlamd is en moeilijke spraak heeft".</p>
Geen mening	0%	

Respondenten werkzaam in het wijkteam zijn een stuk kritischer. 72% is het eens met de stelling.

In de vervolggesprekken geeft het grootste gedeelte (10 personen) ook aan dat zij twijfelen aan de kennis van NAH en LVB bij deze professionals. Zij twijfelen, omdat ze de enkeling die de kennis wel heeft niet te kort willen doen, maar eigenlijk zijn er geen positieve verhalen op tafel gekomen. Het algemene beeld bij de ondervraagde professionals is dat deze beroepsgroep zich niet afvraagt of er sprake kan zijn van LVB of NAH.

## KENNIS MEDEWERKERS WIJKTEAMS VAN NAH & LVB

Op de stelling: 'Wijkteams hebben te weinig kennis van NAH en LVB' geven de respondenten de volgende antwoorden:

Hele groep ondervraagden		
Helemaal eens	14%	"Dit is hun expertisegebied niet en daar zijn ze niet voor opgeleid. Dit is kennis voor specialisten. Door de transitie in de zorg is de kennis er nog wel, maar niet bij de juiste mensen" (Coördinator Herstelzorg).
Eens	32%	"Doorgaans te weinig. Als een burger iets niet lukt, wordt hij snel gezien als een niet-willer, terwijl er misschien sprake is van een niet-kunner" (Coördinator Dak- en Thuislozen).
Oneens	7%	
Helemaal oneens	1%	
Niet eens / niet oneens	31%	"Vlak na het ontstaan van NAH is er nog wel aansluiting, maar het herkennen van gedrag en de gevolgen van NAH op de lange termijn schiet absoluut tekort. Het gaat nooit over; ook na 10 jaar kan dit gedrag gevolgen hebben voor het maken van keuzes of het overzien van situaties" (Maatschappelijk werker Revalidatieorganisatie).
Geen mening	15%	<p>"Ik weet het niet, het zal wisselen per persoon en diens affiniteit?" (Crisisinterventor GGZ).</p> <p>"Het is afhankelijk van het werkgebied waar de medewerker uit een wijkteam voorheen gewerkt heeft. Ik merk dat, als het buiten het kennisgebied van deze personen valt, men vaak niet voldoende in kan schatten wat werkelijk nodig is en waarom iemand zo functioneert" (Leidinggevende VG- zorg).</p>

Bij de vervolggesprekken kwam een vergelijkbaar beeld naar voren. De medewerkster verslavingsinloop verwoordde het als volgt: “ Over de kennis van “het wijkteam” is weinig te zeggen. Dat verschilt erg van persoon tot persoon. Meestal afhankelijk van de eerdere werkervaring van een medewerker. Ik weet niet precies hoe zaken geregeld zijn, maar ik heb de indruk dat de kennis ook niet altijd kan worden gedeeld. Gewoon, omdat er geen tijd of geen moment voor is”.

Als we alleen naar de antwoorden van de wijkteammedewerkers zelf kijken valt op dat zij deze vraag bijna hetzelfde beantwoorden als de respondenten als geheel.


In de vervolggesprekken met vier wijkteammedewerkers werd duidelijk dat de kennis er vaak wel is, maar niet altijd goed georganiseerd is.

*“Kennis is er wel, maar niet altijd voorhanden. Wijkteams zijn te generalistisch opgeleid of samengesteld en bij specifieke vragen is de werkdruk leidend. Wie tijd heeft, neemt een casus op. Dus niet wie de expertise heeft.”*

*“Doordat ik jarenlang werkzaam ben geweest als ambulante begeleider heb ik niet alleen de kennis over LVB, maar ook de kennis van NAH in huis. Toch is het voor mij lastig om van het team deze expertise – rol te krijgen, dat voelt niet goed. Ik weet en zie namelijk ook niet alles! En andersom; ik wil ook niet bij elke casus inbrengen dat er wellicht sprake is van NAH of LVB, terwijl ik het wel vaak denk”.*

### KENNIS MEDEWERKERS CRISISTEAMS VAN NAH & LVB

Op de stelling: ‘Medewerkers Crisisopvang hebben te weinig kennis van NAH en LVB’ geven de algemene groep respondenten de volgende antwoorden:

Helemaal eens	6%	
Eens	18%	
Oneens	9%	
Helemaal oneens	7%	
Niet eens / niet oneens	30%	“Hangt erg van de persoon af”
Geen mening	30%	“Niet mee bekend”

Opvallende quote van een medewerker crisisopvang: *“Ik twijfel regelmatig of ik bij cliënten te maken heb met LVB, maar meestal houd ik mijn mond. Een IQ van 70 is bij ons een ondergrens en ik zou dan niet weten waar ik de betreffende cliënt dan naar toe moet sturen...”*

Medewerkster crisis opvang in het vervolgesprek: *“Ik heb jarenlang in de gehandicaptenzorg gewerkt, al is dat al weer een tijdje geleden. Ik heb het idee dat ik ze er wel uit pik, maar om mezelf deskundig te noemen, dat gaat te ver. Laten we het houden op een onderbuikgevoel”.*

### MEER KENNIS ZAL LEIDEN TOT MINDER ESCALATIES

Met de stelling: ‘Meer kennis van NAH en LVB zal leiden tot minder escalaties’ is men het grotendeels (77%) eens, meer kennis zal absoluut helpen.

21% is neutraal of heeft geen mening en 2% is het oneens. De toelichting: *“Ik twijfel of escalatie überhaupt altijd te voorkomen is ...”.*

In de vervolgesprekken werd het bovenstaande beeld bevestigd.

*“Ik weet dat het lastig kan zijn om NAH of LVB te herkennen en te signaleren. Ik kan me voorstellen dat er bij mij een blinde vlek is die maakt dat ik dit niet zie of herken, wanneer casuïstiek wordt besproken. Ook heb ik behoefte hoe ik in mijn rol als beleidsmedewerker hier het beste naar kan handelen (welke vragen stel je, hoe haal je informatie op en weet je wat je moet toevoegen aan hulp, zorg of wat dan ook om het voor de persoon (die verward gedrag toont) met NAH of LVB beter te maken. Ik ben benieuwd waar of bij wie ik met deze vragen terecht kan” (Beleidsmedewerker bij gemeente).*

### KENNIS VAN SCREENINGSMETHODES

De bekendheid met screeningsmethodes is een stuk lager. We hebben gevraagd naar bekendheid met de SCIL<sup>2</sup>, als screener voor LVB en de Signalenlijst NAH van Vilans<sup>3</sup>. Beide instrumenten zijn slechts bij 39% van de respondenten bekend. De bekendheid is relatief hoger bij medewerkers uit de GGZ/crisisopvang/verslavingszorg en medewerkers van wijkteams. Maar ook bij hen is de bekendheid beperkt.

Bekend met SCIL Lijst	JA	NEE
Totaal	39%	61%
GGZ / Crisisopvang / Verslavingszorg	63%	37%
NAH-zorg / Revalidatie	18%	82%
Beleidsmedewerkers Gemeente	22%	78%
Wijkteam	54%	46%
Zorg VG	14%	86%
GGD / Jeugd / Halt / Onderwijs	33%	66%

Bekend met Signalenlijst NAH	JA	NEE
Totaal	39%	61%
GGZ / Crisisopvang / Verslavingszorg	37%	63%
NAH-zorg / Revalidatie	64%	18%
Beleidsmedewerkers Gemeente	11%	89%
Wijkteam	40%	60%
Zorg VG	14%	86%
GGD / Jeugd / Halt / Onderwijs	17%	83%

<sup>2</sup> <https://www.hsleiden.nl/binaries/content/assets/hsl/lectoraten/lvb-en-jeugdcriminaliteit/factsheetjuli2015.pdf>

<sup>3</sup> <http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/gehandicaptenzorg/Verdieping-Clientgroep-Niet-aangeboren-hersenletsel/verdieping-7-signalen-nah-wijkverpleegkundige.html>



Uit de vervolggesprekken bleek dat als men de SCIL lijst al gebruikte, (7 van de 15 ondervraagden) men positief is over de eenvoud ervan. Met de personen die niet bekend waren met de SCIL is die in deze gesprekken geïntroduceerd, wat in principe ook tot positieve reacties leidde.

Uit de vervolggesprekken bleek dat men op zoek naar informatie op het internet soms wel op de Vilans vragenlijst terecht is gekomen (6 van de 12 ondervraagden). De vragenlijst biedt houvast bij een vermoeden van NAH, maar maakte het niet eenduidig. Eén professional was minder enthousiast en bleef met veel vragen zitten na het gebruik van de vragenlijst.

Bijna alle geïnterviewden gaven desgevraagd aan dat een vragenlijst of checklist met meerdere beperkingen wenselijk zou zijn.

### **PRAKTIJKERVARINGEN MET VERWARDE PERSONEN ALS ER EEN VERMOEDEN VAN NAH OF LVB IS?**

Biedt uw organisatie maatwerk bij mensen met verward gedrag wanneer er sprake zou kunnen zijn van NAH of LVB?

JA	51%	Toelichting
<b>Percentage Ja-zegggers per sector</b>		
GGZ / Crisisopvang / Verslavingszorg	34%	
NAH-zorg / Revalidatie	62%	
Beleidsmedewerkers Gemeente	44%	“Wij hebben diverse aanbieders ingekocht” (Beleidsmedewerker Gemeente).
Wijkteam	64%	“We leveren altijd maatwerk, er wordt altijd gekeken naar het individu en zijn mogelijkheden en daar wordt begeleiding op aangepast. In alles” (Coördinator Wijkteam).
Zorg VG	69%	
GGD / Jeugd / Halt/ Onderwijs	40%	
NEE	10%	
<b>Percentage nee-zegggers per sector</b>		
GGZ/ Crisisopvang / Verslavingszorg	2%	“In mijn werkomgeving van dak- en thuislozen niet”.
NAH-zorg / Revalidatie	13%	
Beleidsmedewerkers Gemeente	33%	
Wijkteam	9%	
Zorg VG	8%	
GGD / Jeugd / Halt/ Onderwijs	17%	
SOMS	27%	
<b>Percentage soms-zegggers per sector</b>		
GGZ / Crisisopvang / Verslavingszorg	13%	“Maatwerk is in mijn ogen zorg in het LVG / NAH-circuit. Dat is precies wat ontbreekt in de keten bij crisissituaties. Wanneer er wel sprake is van een LVG-zorgpartner, dan komen we er doorgaans uit met elkaar”.
NAH-zorg / Revalidatie	11%	
Beleidsmedewerkers Gemeente	11%	
Wijkteam	3%	“Er is een crisisdienst aanwezig tijdens kantooruren”. “Elke donderdagmorgen bieden wij ruimte aan een groep mensen met NAH in ons wijksteunpunt vanuit VG-instelling Reigersdaal”.
Zorg VG	3%	

GGD / Jeugd / Halt/ Onderwijs	17%	
WEET NIET	10%	
Percentage weet niet-zeggwers per sector		
GGZ / Crisisopvang / Verslavingszorg	41%	
NAH-zorg / Revalidatie	18%	
Beleidsmedewerkers Gemeente	33%	
Wijkteam	30%	
Zorg VG	14%	
GGD / Jeugd / Halt / Onderwijs	20%	

De hulpverleners in wijkteams, NAH-zorg en VG-zorg geven het vaakst aan maatwerk te kunnen leveren voor deze doelgroepen, maar niet met grote aantallen. In de vervolgesprekken bleek ook duidelijk dat professionals daar kritisch over zijn. Het liefst leveren ze altijd maatwerk en de juiste hulp. Dit lukt niet altijd omdat:

1. LVB en NAH niet altijd herkend worden.
2. De hulp niet altijd wordt gewaardeerd/geaccepteerd. Dit kan een lang proces zijn.
3. Wijkteams generalistisch werken; dit zijn specialistische problemen.
4. Specialistische hulp niet altijd voorhanden is, soms moet men roeien met de riemen die er zijn.

*“NAH- en LVB-kennis zijn specifieke expertises! In wijkteams werken veel generalisten met diverse achtergronden. Ik heb vanuit mijn vorige werkkring met regelmaat cursussen verzorgd over het herkennen van LVB. Voor velen een eyeopener. Ik denk trouwens dat vooral de alerte, signalerende, analyserende houding van wat er aan de hand is, vaak ontbreekt” (NAH specialistische verzorger).*

*“Gevolgen NAH zijn voor velen niet duidelijk en moeilijk te begrijpen, laat staan bij een verward persoon waar snel op gedrag wordt gehandeld en er weinig ruimte is tot verder onderzoek” (NAH specialistische verzorger).*

*“Mijn ervaring is dat hulpverleners strak volgens protocollen werken, waarbij mensen met een LVB bijvoorbeeld in het ziekenhuis terecht komen in plaats van teruggebracht worden naar de instelling. Bij vermissing van cliënten heb ik meerdere malen meegemaakt dat cliënten worden opgenomen in het ziekenhuis, terwijl dit niet wenselijk is en medisch niet noodzakelijk. Hierbij is op de opsporingstelex opgenomen dat een cliënt bij voorkeur direct teruggaat naar de instelling en dat opname in het ziekenhuis onwenselijk is” (Ambulant begeleider VG-zorg).*

*“Dit is hun expertise gebied niet en daar zijn ze niet voor opgeleid. Dit is kennis voor specialisten. Door de transitie in de zorg is de kennis er nog wel, maar niet bij de juiste mensen” (JGZ-medewerker).*

Bieden andere organisaties maatwerk bij mensen met verward gedrag wanneer er sprake zou kunnen zijn van NAH of LVB?

JA	JA	NEE	SOMS	Weet niet
Welke instellingen? Meerdere antwoorden mogelijk	51%	5%	27%	36%
Zorginstellingen (VG en NAH)	35%		5%	
Crisisopvang	25%		7%	
Wijkteams	87%		40%	
Politie	23%		10%	
Justitie	19%		48%	

Opvallend is dat een groot deel van andere professionals (87%) aangeven dat het wijkteam een maatwerk oplossing biedt voor mensen met NAH en LVB, terwijl 46% het eens is met de stelling dat wijkteams te weinig kennis hebben van NAH en LVB.

## BEHOEFTE AAN ONDERSTEUNING EN INFORMATIEVOORZIENING

De meeste respondenten vertrouwen vooral op contact met collega's voor kennis en informatie. Velen spreken de wens uit om daar meer tijd en mogelijkheden voor te hebben. De bekendheid met bestaande kennisproducten en hulpmiddelen is het hoogste bij de wijkteammedewerkers, maar over het algemeen laag.

Waar haalt u informatie vandaan als u dat nodig heeft?							
		GGZ	NAH-zorg	Beleidsm.	Wijkteam	Zorg VG	Jeugd
Internet	11%	7%	9%	20%	15%	6%	17%
Collega's	40%	54%	43%	11%	50%	43%	30%
Eerdere dossiers	7%	13%	9%	0%	5%	4%	7%
Doorverwijzing	6%	7%	4%	10%	7%	6%	3%
Combinatie bovenstaande	31%	19%	26%	59%	23%	41%	53%

Toelichting op "combinatie bovenstaande":

"Uit meerdere opties: internet, collega's, dossiers en doorverwijzing" (Gedragswetenschapper) "NAH-consulent of LVB expertise via sociale wijkteam" (Medewerker Verpleeghuiszorg) "Echt overal, van internet, collega's, wijkteams, zorgaanbieders in de breedste zin van het woord en cliënten" (Beleidsmedewerker Gemeente) "Internet en inschakelen van expertise die nodig is bij het actuele probleem" (Wijkteam medewerker) "Literatuur" (Orthopedagoog) "Vorige werkgever" (Medewerker Buro Halt).

In de vervolgesprekken bleek dat het zoeken naar informatie niet altijd efficiënt verloopt. Door de diversiteit aan casussen is er geen routine. Dat men deze zoektocht sneller en efficiënter zou willen, is duidelijk, maar concrete oplossingen zijn er niet. Wel werden verschillende kerens netwerken als PartUp en DeelMee genoemd als mogelijke oplossing om online kennis te delen en samen te werken aan bijvoorbeeld een casus, ook met professionals uit andere regio's.

Op de vraag waar de behoefte ligt, geeft men de volgende antwoorden:

Aan welk soort informatie heeft u de meeste behoefte?		Afwijkende beroepsgroepen
Samenwerking met collega's	44%	"Ik mis de tijd voor een goede afstemming met collega's over inhoudelijke zaken/casus" (Medewerker wijkteam).
Kennis (eigen kennis vergroten)	17%	"Ik ben op zoek naar kennis en samenwerking en contacten met hulpverleners rond deze thema's" (Medewerker wijkteam).
Contact met hulpverleners rondom dezelfde casus	17%	"Ik heb een eenmanspost. Ik mis dagelijks de samenwerking met collega's, maar weet niet goed waar ik met vragen terecht kan" (Beleidsmedewerker gemeente).
Informatie die opgezocht kan worden	12%	60% voor GGD/Jeugdzorg/JGZ/Halt en slechts 10% van de Wijkteam medewerkers.
Anders	10%	"Ik zou graag oefenen met gedrag" (Orthopedagoog VG-zorg).

Aan welke producten heeft u de meeste behoefte?							
		GGZ	NAH-zorg	Beleidsm.	Wijkteam	Zorg VG	Jeugd
Samenwerking met collega's	49%	24%	55%	33%	49%	57%	37%
Website	17%	22%	22%	33%	18%	0%	0%
Training	17%	9%	13%	33%	6%	0%	20%
Screeningstool	9%	17%	7%	0%	17%	14%	13%
Combinatie bovenstaande	9%	17%	27%	0%	10%	29%	30%

Samenwerking met collega's:

*"Ik heb behoefte aan afstemming in de keten, wie zijn de ketenpartners en wat hebben ze te bieden, en wat ontbreekt om ontwikkeld dient te worden" (GGZ-Crisisinterventor).*

*"Ik heb behoefte aan het delen van ervaringsdeskundigheid: wat vinden ZIJ belangrijk" (Beleidsmedewerker gemeente).*

*Ik heb behoefte aan alle genoemde producten. Ik merk dat we te weinig van dergelijke producten inzetten en gebruiken. We vinden steeds zelf het wiel uit" (Medewerker Buro Halt).*

In de vervolggesprekken kwam deze samenwerking met collega's ook meerdere malen terug. Het gaat hierbij om samenwerking met de eigen collega's, maar ook om de samenwerking met ketenpartners. Door werkdruk en caseload is hier niet altijd tijd voor, maar ook door de veranderde verhoudingen en rollen van organisaties ten opzichte van elkaar (bijvoorbeeld generalistisch werken in de wijk door specialisten) is dit in de praktijk soms lastiger te organiseren dan het lijkt.

Training:

*"Ik zou graag een training hebben over het herkennen van NAH en LVB, samen met de andere wijkteamleden en misschien nog wel meer geïnteresseerden. Door er samen aan te werken, en dan ook gezamenlijk een casus te bespreken, leren we elkaar gelijk beter kennen!" (Medewerker wijkteam).*

Een medewerkster uit de crisisopvang zei het volgende: *"Het gaat niet zozeer over een gemis aan kennis die waarschijnlijk voldoende beschikbaar is. Het gaat m.i. om vaardigheden in de omgang en ook het al dan niet hebben van affiniteit met deze doelgroep. In de crisisopvang wordt veel gepraat met mensen, het is de vraag of dat per definitie niet leidt tot overvraging van de cliënt. Crisisopvang ofwel maatschappelijke opvang is geen plek voor mensen met NAH of LVB. Juist omdat hier geen expertise op is. Er moeten meer crisisplekken komen in de VG-sector waar je ook zonder Wlz-indicatie tijdelijk vanuit de Wmo opgevangen kunt worden".*

Screeningstool:

*"Ik gebruik de SCIL methode niet altijd letterlijk, maar werk het lijstje (soms in mijn hoofd) bij twijfel wel af. Maar ja, dan heb ik alleen LVB in kaart. Ik heb behoefte aan een uitgebreidere afvinklijst, dus ook NAH, ASS en misschien zelfs ook dementie of ADHD" (Intake crisisopvang).*

De behoefte aan een screeningstool komt niet zo zeer uit deze inventarisatie naar voren, als wel uit de vervolggesprekken. Het hierboven beschreven "afvinklijstje" hebben veel professionals in hun hoofd, maar zouden ze graag formeler op papier hebben. Dat zou hen helpen bij het vaststellen van het vermoeden van NAH of LVB en dus bij het bespreken van de casus.

*"Ik heb vaak behoefte aan feiten, om mijn onderbuikgevoel naar mijn collega's uit te kunnen leggen. Als het een integrale screeningstool betreft, heeft dat als grote voordeel dat men dan in de casusbespreking ook gelijk de andere zaken uit kan sluiten" (Maatschappelijk werker in wijkteam).*

*"Wij gaan op een melding af van de centrale meldkamer. Deze centralist heeft alleen per telefoon informatie van de melder ontvangen en op basis daarvan een beslissing gemaakt welke hulpdiensten worden ingezet. Ter plaatse zullen wij zo snel mogelijk inschatten of dit juist is en dan gaan we aan de slag. Wij komen veel verschillende personen en personages tegen, onder stressvolle omstandigheden. Wij zijn eraan gewend om snel aan te voelen hoe wij een persoon het beste kunnen benaderen, dat is onze tweede natuur. Tijd om een afvinklijstje erbij te halen heb ik niet!"*

Voorlichting:

In de gesprekken kwam ook steeds weer terug dat veel professionals niet weten om welke percentages het gaat als we spreken over NAH en LVB als mogelijke oorzaak van verward gedrag. Alle gesproken professionals vinden dat dit beter bekend moet zijn. Zij zijn ervan overtuigd dat wanneer bekend wordt dat het vaker voorkomt dan men denkt, de herkenning makkelijker zal worden.

Kent u producten, trainingen en interventies etc. die u ondersteunen bij het van herkennen van NAH en LVB?

Kent u producten die u ondersteunen bij het herkennen van NAH en LVB:							
		GGZ	NAH-zorg	Beleidsm.	Wijkteam	Zorg VG	Jeugd
JA	67%	54%	62%	55%	75%	34%	58%
NEE	43%	46%	38%	45%	25%	66%	42%

Duidelijk mag zijn dat er nog veel te winnen is als het gaat om de producten die helpen bij het herkennen van LVB en NAH en dan zeker in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.

Welke producten kent u? (Meerdere antwoorden mogelijk)		
Training NAH bij politie	4%	
Training LVB bij politie	5%	
Training NAH sociale wijkteams	33%	
Training LVB sociale wijkteams	40%	
Crisiskaart <sup>4</sup>	25%	
Overig	37%	ABC Methode NAH Ervaringsdeskundigheid Eigen interne en externe trainingen Divers voorlichtingsmateriaal Symposia etc.

De crisiskaart is in de vervolggesprekken met iedereen besproken. De ervaringsdeskundige LVB gaf aan dat het wellicht wenselijk is de Crisiskaart, nu vooral gebruikt binnen de GGZ, ook beschikbaar te stellen voor de LVB- en NAH-zorg.

## 2.1.2 BEROEPSGROEPEN IN JUSTITIE EN AMBULANCEZORG

### POLITIE EN JUSTITIE

In combinatie met de ontwikkeling van de training voor de politie zijn gesprekken gevoerd met medewerkers van het ministerie van Justitie, de politieacademie, politiekorps Tilburg en het Lectoraat Criminaliteit en LVB van de Hogeschool Leiden. Die gesprekken zijn vooral gericht geweest op het verkrijgen van feedback op de training voor politie. Aangezien de aansluiting van politie op sociaal domein en kennis van deze doelgroepen belangrijke thema's zijn in die training, valt er naar aanleiding van die gesprekken wel wat te zeggen over de hoofdvraag van de inventarisatie:

*Hoe komt justitie en politie nu aan informatie in crisissituaties of situaties rond onterechte detentie wanneer het mensen met verward gedrag met NAH of LVB betreft? Welke rol spelen bestaande professionals uit het sociaal domein en/of wijkgericht werk hierbij?*

Gebleken is dat er nu nauwelijks instrumenten beschikbaar zijn voor de politieketen om kennis te verwerven over deze doelgroepen. In de standaard opleiding wordt rudimentair aandacht besteed aan de GGZ-doelgroep en niet of nauwelijks aan LVB, laat staan NAH of ASS. Daar waar er aandacht aan wordt gegeven is dat in het kader van verdiepingstrainingen, bijvoorbeeld als het gaat om bijzondere verhoortechnieken.

<sup>4</sup> Crisiskaart is een beknopte beschrijving van de ziektebeelden, maar ook: hoe om te gaan met de cliënt wanneer deze verward is/dreigt te raken. De crisiskaart wordt in de GGZ steeds vaker gebruikt.

Diverse korpsen hebben in het verleden op eigen initiatief, of op initiatief van de gemeente trainingen georganiseerd voor het herkennen van LVB. In de meeste gevallen waren die trainingen gericht op wijkagenten. Alle gesprekspartners geven aan dat ze het kennisniveau op dit gebied van de gemiddelde surveillant niet hoog inschatten.

Alle gesprekspartners geven daarnaast aan dat het aandeel van de doelgroepen LVB en NAH in de werklust van politie hoog inschatten en vermoeden dat dit hoger is dan de huidige cijfers aangeven. Het nut van kennis en vaardigheden met betrekking tot LVB en NAH ziet men ook breder dan alleen in crisissituaties en verwardheid. Men verwacht dat dit ook van nut kan zijn om in veel praktijksituaties beter de-escalerend te kunnen optreden.

De belangrijkste kennisvragen die genoemd werden zijn:

- Inzicht in hoe beperkingen kunnen leiden tot miscommunicatie en escalatie.
- Inzicht in de diversiteit en het veelvuldig voorkomen van beperkingen.
- Kennis van verwijzingsmogelijkheden en mogelijkheden voor ondersteuning vanuit de zorg en ondersteuning buiten de GGZ.
- Concrete handvaten voor hoe in de praktijk gehandeld kan worden in escalerende situaties met verwarde personen.

Vooraf door de gesprekspartner uit een politiekorps is aangegeven dat men niet zozeer behoefte heeft aan een screeningsinstrument zoals de SCIL (waar men wel bekend mee is). Men heeft twijfels of surveillanten en de andere medewerkers die het eerste contact leggen met mogelijk verwarde personen goed in staat zijn om de test te gebruiken. De juiste toepassing van een dergelijk instrument sluit niet goed aan bij hun competenties, maar belangrijker is dat de situaties zich er meestal niet voor lenen. De grootste potentieel de-escalerende werking zou vooral zijn in situaties op straat en bij mensen thuis. Agenten moeten daar in heel korte tijd en vaak onrustige omstandigheden de beoordeling maken of een andere aanpak of hulp van derden misschien gewenst is. De behoefte bij hen is vooral bij hulpmiddelen die politie in die situaties en bij die afweging kunnen helpen.

Door hen wordt ook aangegeven dat de contacten met en de mogelijkheden voor ondersteuning door de GGZ redelijk positief worden ingeschat. In gevallen van twijfel valt men nu ook vaak terug op óf de afspraken met de GGZ óf de inzet vanuit de ambulancedienst, in de veronderstelling dat zij eventueel verder raad weten met personen met wellicht andere achterliggende oorzaken voor verward gedrag. In het verleden werd wel vaker ook een beroep gedaan op VG-zorginstellingen en ouderenzorg. Daarvoor vertrouwde men vooral op het lokale netwerk, maar door de vele organisatorische veranderingen in de zorg zijn die contacten weggevallen. Men is ook kritischer geworden bij het reageren op ondersteuningsvragen vanuit die instellingen voor bijvoorbeeld weggelopen cliënten. Afhandeling van dit soort vragen kan veel tijd vragen.

De Hogeschool Leiden heeft met het oog op dezelfde vragen een handreiking in ontwikkeling. Deze handreiking zal MEE, zodra die beschikbaar is, ook gebruiken bij de verdere ontwikkeling van activiteiten.

Door de landelijke centralisering van de politie is ook de besluitvorming over opleidingen gecentraliseerd. Dat houdt vooral in dat centraal beslissingen genomen worden over het curriculum voor opleidingen en deskundigheidsbevordering. Daarin wordt nu nog geen aandacht gegeven aan verwarde personen en de doelgroepen LVB en NAH en is op korte termijn ook geen besluitvorming gepland.

---

## AMBULANCE MEDEWERKERS:

De Regionale Ambulancevoorziening in Nederland bestaat uit een ambulancedienst en een meldkamer ambulancezorg (MKA). Bij de MKA komen de telefoontjes binnen van patiënten of hun naasten, huisartsen of passanten. Een ervaren verpleegkundig centralist beoordeelt de situatie. Hij of zij bepaalt, volgens een vast protocol met speciale software, hoeveel spoed geboden is. Via geavanceerde communicatie- en navigatietechnieken wordt, indien nodig, direct de ambulance op pad gestuurd.

Elke RAV is een zelfstandige organisatie die dagelijks samenwerkt met andere instanties en hulpdiensten, zoals de politie, de brandweer, Rijkswaterstaat en de KNRM.

In levensbedreigende situaties kan er bijstand komen van het Mobiel Medisch Team met de traumahelikopter. Zij kunnen zeer specialistische acute zorg bieden. Bij grote incidenten of extreme drukte wordt door ambulancediensten een beroep gedaan op hun collega's in aangrenzende regio's, 'burenhulp'.

Van maart 2016 tot februari 2017 is een uitgebreid onderzoek gedaan naar het patiëntenperspectief van de ambulancezorg in Nederland.<sup>5</sup> In dit onderzoek wordt niet ingegaan op de aard van de hulp/zorgvraag. Uit het rapport blijkt dat patiënten zeer tevreden zijn over de ambulancezorg. Zij waarderen deze met een 9.

Wat betreft bejegening:

- 95% van de ondervraagden vonden dat zij serieus werden genomen.
- 95% van de ondervraagden vond dat het personeel voldoende tijd nam.
- 92% van de ondervraagden had vertrouwen in het personeel.

Uit het onderzoek komen slechts kleine verbeterpunten naar voren. Zo kunnen patiënten bijvoorbeeld nog beter geïnformeerd worden over een eventuele wachttijd, in geval voor hen een ambulancerit is gepland. Daarnaast kan de afronding van de zorg bij de patiënt thuis wellicht nog beter. Ambulancehulpverleners beslissen in spoedeisende situaties dikwijls zelf naar welk ziekenhuis zij de patiënt brengen. Hierover zouden zij de patiënt beter kunnen informeren c.q. betrekken. In dit onderzoek is niets te vinden over personen met verward gedrag.

Er zijn telefonische interviews afgenomen met een ambulancemedewerker en een centralist van de ambulance zorg en een medisch manager.

De centralist gaf aan dat de telefoontjes over verwarde personen voor haar nog wel eens lastig zijn. *“Het is dan sterk afhankelijk wie een melding doet en welke informatie ik krijg. Meestal heb ik het idee dat ik details mis. Het zou prettig zijn als melders beter geïnstrueerd zijn over het doorgeven van belangrijke informatie bij een melding”*. Op de site <http://www.demensenvandeambulance.nl/tips/> worden tips gegeven over het doen van een melding bij 112. Over personen met verward gedrag wordt in deze tips niet besproken.

Uit het gesprek met de ambulancemedewerker bleek, dat zij het herkennen van een beperking en het de-escaleren van verward gedrag niet direct rekenen tot hun taak. Deze taak ligt vaak bij de politie; de wijkagent die bekend is met de persoon of de agent die ter plaatste komt.

Ambulancepersoneel levert de medische zorg ter plaatse. *“De aanwezige professional (vaak een agent of een hulpverlener) praat mij kort in en ik ga aan de slag. Mijn taak is de patiënt zo prettig en zo snel mogelijk over te leveren aan de nodige zorg. Natuurlijk altijd met respect en aandacht voor de patiënt”*.

---

5

[http://www.vggm.nl/ufc/file2/hgm\\_internet\\_sites/bozean/787529bfd513b9e413177fcfb2eace21/pu/Rapport\\_Ambulancezorg\\_vanuit\\_patiëntenperspectief\\_def.pdf](http://www.vggm.nl/ufc/file2/hgm_internet_sites/bozean/787529bfd513b9e413177fcfb2eace21/pu/Rapport_Ambulancezorg_vanuit_patiëntenperspectief_def.pdf)

De beide geïnterviewden waren niet bekend met het potentiële aantal mensen met NAH of LVB in de doelgroep mensen met verward gedrag en hebben het vermoeden dat deze cijfers ook niet bekend zijn bij haar collega's. Maar zoals ook elders geschreven: *“mensen snel inschatten en hen benaderen op een voor hen zo prettig en efficiënt mogelijke manier is onze tweede natuur”*.

Ook heb ik gesproken met een medisch manager. De medisch manager is de medisch verantwoordelijke van de ambulancedienst. De acute zorg wordt dagelijks geleverd door enkele tientallen topverpleegkundigen en zij verrichten een aantal handelingen die eigenlijk voorbehouden zijn aan artsen, maar die wel snel moeten gebeuren als het nodig is: defibrilleren, intuberen, de luchtweg chirurgisch vrijmaken, of een ingeklapte long herstellen met een naald. Een arts moet dat vooraf autoriseren en de verpleegkundige bekwaam verklaren. *“Ik beheer de ‘dokterstas’, alleen is die tas in mijn geval verdeeld over zeventien auto's. Voor de zware pijnstillers schrijf ik elke week handmatig het recept uit”*.

Als medisch manager overlegt hij regelmatig met huisartsen en medisch specialisten en stemt hij af met de politie en de geestelijke gezondheidszorg over allerlei situaties. Deze gesprekken zijn vaak algemeen en te weinig op basis van een specifieke casus. *“Dat komt natuurlijk ook door de aard van het werk; wij werken met spoedsituaties die zich niet altijd laten voorspellen, maar het neemt niet weg dat de ambulance veel vaker dan nu wel een gesprekspartner zou kunnen zijn in een casus rond een persoon met verward gedrag. Een soort van vooraankondiging. Best iets om over na te denken”*.

Wat betreft de kennis van personen met verward gedrag van het ambulancepersoneel zegt ook de medisch manager: *“Of mijn medewerkers de kennis hebben, dat weet ik niet zeker. Wel hebben zij de vaardigheid om mensen snel in te schatten en hen passend te benaderen. De rol van het ambulancepersoneel bij een eventuele escalatie is in mijn ogen klein.”*

## 2.2: ONTWIKKELEN TRAINING

Het tweede onderdeel is het ontwikkelen van een training voor politie/justitie/GGZ over herkennen van en omgang met LVB en NAH.

Belangrijk onderdeel van deze training zal zijn het in de praktijk herkennen van LVB en NAH. Maar ook: hoe kunnen professionals uit het sociaal domein en wijkgericht werk justitie en politie hierbij helpen.

Voor het ontwikkelen van de training hebben wij de expertise ingewonnen van MEE Zuid-Holland Noord die veel ervaring heeft met het geven en ontwikkelen van trainingen over dit onderwerp bij de politie, zowel aan het Corps Haaglanden als bij de politieacademie. Bij het ontwikkelen van de training hebben we advies ingewonnen bij de politieacademie, het Lectoraat Criminaliteit en LVB van de Hogeschool Leiden en de politie in Tilburg. Daarin stond de vraag centraal hoe we een training kunnen ontwikkelen waarmee we politie-surveillanten kunnen bereiken. Dat was relevant omdat deze groep vaak de first-responders zijn bij verwarde personen. Het al bestaande trainingenpakket van de MEE-organisaties wordt al regelmatig aangeboden aan wijkagenten en recherche, maar de surveillanten vragen door een ander opleidingsniveau en takenpakket een andere benadering. Dat is didactisch en organisatorisch een veel grotere uitdaging.

Gebleken is dat de training kort moet zijn, met weinig schriftelijk materiaal en zonder gebruik van e-learning. De inhoud bevat veel praktijksituaties en sluit zo veel mogelijk aan op de behoefte en vaardigheden van de surveillanten zelf. De training bestaat uit 2 los van elkaar te organiseren dagdelen die lokaal kunnen worden uitgevoerd door trainers uit de regio. Door de verbinding met de regio kan in de training ook veel aandacht besteed worden aan de verbinding met het lokale netwerk.



In de aanvraag van dit project zijn wij ervan uitgegaan dat de SCIL onderdeel zou worden van deze training. De feedback uit het veld heeft ertoe geleid dat we dat enigszins hebben omgebogen. De agenten zullen niet getraind worden op het zelf gebruiken van de trainingen. We introduceren wel de SCIL als mogelijk screeningsinstrument en besteden vervolgens aandacht aan de voor de betreffende regio beste manier om een passende screening uit te voeren. Dat kan ofwel zijn door getrainde personen in het korps, of door samenwerkingspartners in het sociaal domein.

Uit de adviezen van politie blijkt wel een ander probleem ten aanzien van de implementatie van dit soort trainingen. Door de samenvoeging tot één landelijk corps worden namelijk veel taken ten aanzien van opleidingen gecentraliseerd en is het aantal beschikbare trainingsuren beperkt. Lokale corpsen beschikken sinds kort niet meer over eigen opleidingsbudgetten. Ons streven is om de training ingepast te krijgen in het landelijke opleidingspakket. Wij zien daar mogelijkheden voor, maar als dat niet lukt is het enige alternatief dat externe financiering gevonden wordt voor het volgen van deze trainingen.

Er zijn twee trainingen ontwikkeld: een LVB-training van 2 dagdelen die ook als een algemene introductie gezien kan worden in personen met onbegrepen gedrag en er is een aanvullende training van 1 dagdeel over NAH. Het eerste dagdeel van de training draait vooral om bewustwording over de doelgroep en de problematiek. Het tweede deel biedt vooral handelingsperspectief, communicatieve vaardigheden en verwijsmogelijkheden. De trainingen kunnen los van elkaar gevolgd worden. Gezien de ontwikkelingen bij de politie is het wel de vraag hoeveel mogelijkheden er zullen zijn voor de NAH-training.

Naar aanleiding van de uitkomsten van de enquête en de ontwikkelingen bij de politie is het voornemen om daarnaast MEE-organisaties te faciliteren om in hun trainingsaanbod mogelijkheden in te bouwen om naast het overdragen van kennis en vaardigheden ook de samenwerking tussen politie (wijkagenten), sociaal domein, wijkzorg en woningcorporaties te bevorderen.

In de bijlagen I en II treft u een korte beschrijving van de beide trainingen aan.

### 2.3: OPSTELLEN AANBEVELINGEN TER VERBETERING VAN INFORMATIEVOORZIENINGEN EN SAMENWERKING

Het derde onderdeel bestaat uit het opstellen van aanbevelingen voor de MEE-regio's, wanneer deze een pilot willen ontwikkelen ter verbetering van de informatievoorziening rondom het herkennen van NAH en LVB en wederzijdse ondersteuning van wijkteams en justitieketen voor mensen met LVB en NAH.

MEE NL neemt in dit project een leidende rol in het voorbereiden van dit project voor de leden (de MEE-organisaties). Deze rol nemen wij niet doorgaans; de leden functioneren als autonome organisaties. Echter, er bereikten ons zoveel signalen rondom de urgentie van dit thema dat wij hebben besloten dit project centraal op te pakken en opschaling te stimuleren om hiermee te voorkomen dat iedereen zijn "eigen" wiel uit zou gaan vinden. De ondersteuning bestaat uit de begeleiding bij het formuleren van een passend Plan van Aanpak en het indienen van de aanvraag bij ZonMw.

In juni 2017 hebben 3 MEE-organisaties een aanvraag ingediend en hebben 2 MEE-organisaties als samenwerkingspartner een aanvraag ondersteund. In september 2017 zijn nog eens 6 MEE-organisaties voornemens een aanvraag in te dienen.

### 3: CONCLUSIES, AANBEVELINGEN EN BORGING

#### 3.1: CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

##### 1. Bevestiging van kennisbehoefte over LVB en NAH

- a. Uit de inventarisatie en de diverse gesprekken wordt bevestigd dat er in brede zin een groot tekort aan kennis is over deze doelgroepen en de handelingsperspectieven voor professionals. Vrij algemeen wordt op dit gebied veel verwacht van sociale wijkteams, maar is men te vaak niet overtuigd dat die in staat zijn om die verwachtingen waar te maken.
- b. Aanvullend blijkt dat men deze kennisbehoefte ook signaleert voor de ASS doelgroep.
- c. Men is onvoldoende bekend met de al beschikbare screeningsinstrumenten, maar daarnaast wordt ook aangegeven dat er geen bruikbaar instrument is om in escalerende situaties met mogelijk verwarde personen onderbouwing te geven aan professionals dat een andere aanpak of inschakeling van derden nodig is.

##### 2. Slechte aansluiting sociaal domein en justitie / ambulancezorg

Uit de inventarisatie en de gesprekken, maar ook uit ons eigen onvermogen om de justitieketen goed bij de inventarisatie te betrekken blijkt dat de netwerrelaties tussen sociaal domein aan de ene kant en politie en ambulancezorg aan de andere kant bijna niet bestaan, terwijl door beide kanten wordt aangegeven vooral hierin oplossingen te zien rond de aanpak van verwarde personen. Vervolgactiviteiten zullen dan ook veel aandacht moeten besteden aan oplossingen om die contacten te creëren.

##### 3. Behoefte aan faciliteren lokaal professioneel contact

Uit de inventarisatie blijkt dat professionals in het sociaal domein voor kennisontwikkeling vooral behoefte hebben aan het faciliteren van onderling contact tussen collega's binnen en buiten de organisatie. In vervolgactiviteiten kan daar aandacht aan besteed worden, maar het is ook een belangrijk signaal voor het kennis- en ontwikkelingsbeleid in het sociaal domein in het algemeen. Het lijkt ons goed om in toekomstige interventies ook te kijken in hoeverre die faciliterend zijn voor het opbouwen van 'informele' kennisuitwisseling en professionele netwerken op lokaal niveau.

#### 3.2: SAMENWERKING

MEE NL heeft met andere landelijke organisaties samengewerkt om de resultaten van dit project te behalen en een breed draagvlak te creëren. De projectorganisatie zag er als volgt uit:

<b>Projectpartner</b>	<b>Rol</b>	<b>Taken</b>
<b>MEE NL</b>	Projectleider	Eindverantwoordelijk projectleider
<b>MEE ZHN</b>	Deskundige	Inhoudelijke kennis, reeds opgedane kennis trainingen
<b>Kenniscentrum LVB</b>	Deskundige	Inhoudelijke kennis
<b>Hersenstichting</b>	Deskundige	Inhoudelijke kennis
<b>Ervaringsdeskundige NAH</b>	Deskundige	Ervaringsdeskundige inbreng
<b>Ervaringsdeskundige LVB</b>	Deskundige	Ervaringsdeskundige inbreng

Daarnaast heeft de projectgroep een bijdrage geleverd aan de verspreiding van de enquête door het inzetten van hun netwerk. De externe partners in de projectgroep zullen betrokken worden bij de eventuele vervolgvacatures op dit project.

### 3.3: COMMUNICATIE

Om de toeleiding naar de juiste opvang voor mensen met NAH en LVB te verbeteren voor of door politie/justitie en GGZ zullen deze partijen ondersteund moeten worden bij het herkennen van NAH en LVB.

Wij zullen daarom de uitkomsten van dit project uitgebreid communiceren. Wij doen dit door het vragen van aandacht voor dit onderwerp in de (social) mediakanalen. Ook onze projectpartners zullen de uitkomsten van het project met hun achterban en via diverse communicatiekanalen delen. Daarnaast zullen we persberichten naar vakbladen politie, justitie en ambulancepersoneel versturen.

### 3.4: BORGING EN VERVOLG

De inventarisatie en de vervolggesprekken geven een beeld van de huidige stand van zaken als het gaat om het herkennen van- en het omgaan met mensen met NAH en LVB in de doelgroep mensen met verward gedrag. Ook wordt duidelijk waar en waarmee sociale wijkteams en het brede sociale domein verder geholpen kunnen worden bij het beter herkennen en bejegenen van LVB en NAH.

Kortom, het project is nog niet af. Daarom hebben we een vervolgaanvraag gedaan in juni 2017 en zijn we een gezamenlijke aanvraag met Vilans voor september 2017 aan het voorbereiden.

Dit project legt een goede basis voor het verbeteren van de herkenning van LVB en NAH bij verwarde personen. Ook legt dit project bloot waar de hiaten zitten. Resultaten en conclusies uit dit project geven op de volgende punten aanleiding tot een vervolg:

- Naast kennis van LVB en NAH is ook veel behoefte aan kennis van ASS. Bovendien hebben professionals behoefte aan een eenvoudige methode voor het herkennen van (een vermoeden van) LVB, NAH en ASS. Te denken valt aan een integrale signaleringskaart.
- Professionals uit het brede sociale domein herkennen niet altijd de urgentie van het hebben van deze kennis. Voor hen is niet altijd helder hoe groot de groep NAH en LVB en ook ASS is onder de doelgroep verwarde personen. Sterker nog, dat dit wel eens de oorzaak van het gedrag kan zijn. Daarom zouden wij graag een brede communicatiecampagne voeren onder de naam: "LVB, NAH en ASS beter in beeld".
- Uit onze inventarisatie blijkt een grote behoefte aan de training van het herkennen van NAH, LVB en ASS in het brede sociale domein. Te denken valt aan: medewerkers sociale helpdesk gemeenten, woningcorporaties etc. Daarom hebben wij een aanvraag gedaan om de reeds bestaande online leeromgeving van MEE NL uit te breiden met per doelgroep en situatie en beroepsgroep aangepast trainingsmateriaal. Met als uitgangspunt dat dit materiaal flexibel gebruikt kan worden in activiteiten waarin lokaal in bredere kring men de capaciteit op dit gebied wil vergroten.
- In de verschillende regio's hebben MEE-organisaties mooie projecten ontwikkeld. Het zou goed zijn wanneer deze regionale projecten, die vanuit MEE-organisaties ontwikkeld en beproefd zijn, zouden kunnen delen met de andere regio's. Daarbij willen we in het bijzonder aandacht besteden aan de activiteiten die tussen de verschillende beroepsgroepen en domeinen de samenwerking en kennisuitwisseling stimuleren en faciliteren.

### Herkennen van en omgaan met mensen met een niet-aangeboren hersenletsel

#### Inleiding

De training duurt 4 uur. Het doel van de training is het leren herkennen en het leren omgaan met mensen met een niet-aangeboren hersenletsel. Je komt dagelijks in contact met mensen waarvan het vermoeden bestaat dat er sprake zou kunnen zijn van een niet-aangeboren hersenletsel, maar je bent je hiervan vaak niet bewust. Je hebt het gevoel dat dit 'lastige' klanten zijn, maar dit gedrag komt eigenlijk voort uit onmacht en onvermogen. Deze mensen kun je herkennen aan:

- Het niet opvolgen van een behandeling.
- De stille passieve reactie in een gesprek.
- Verbale en/of neiging tot fysieke agressie tijdens een gesprek.
- De hoeveelheid tijd die zij nodig hebben om taken uit te voeren of een gesprek te voeren.
- Reeds geleerde activiteiten niet kunnen reproduceren, waardoor er telkens opnieuw gestart moet worden.
- Niet uit de woorden kunnen komen of woorden gebruiken die niet passend zijn voor de context van het gesprek.
- Niet willen meewerken.
- Zelf vinden dat er niets aan de hand is en dat hulp niet nodig is.

Deze training richt zich dan ook op het herkennen van de kenmerken van niet-aangeboren hersenletsel en hoe je hier als professional mee om kunt gaan. Tijdens de training krijg je theorie aangereikt en breng je het geleerde in de praktijk. Daarnaast oefen je aan de hand van verschillende werkvormen hoe je kunt omgaan met mensen met een niet-aangeboren hersenletsel.

#### Doelgroep

De opleiding is bedoeld voor iedereen die in zijn of haar werk te maken krijgt met mensen met een niet-aangeboren hersenletsel. Hierbij kun je denken aan mensen die werkzaam zijn binnen het sociaal domein, gemeenten, politie, justitie, scholen ziekenhuizen etc.

#### Doel en leerdoelen

Algemeen doel: Het herkennen van en leren omgaan met mensen met een niet-aangeboren hersenletsel en het oefenen met het toepassen van deze kennis door middel van verschillende werkvormen.

- De deelnemer beschikt over basiskennis op het gebied van het herkennen van en omgaan met mensen met een niet-aangeboren hersenletsel.
- De deelnemer ervaart hoe mensen met een niet-aangeboren hersenletsel de wereld kunnen ervaren.
- De deelnemer kan een niet-aangeboren hersenletsel herkennen binnen de verschillende levensgebieden en kan dit toepassen in de praktijk.
- De deelnemer heeft inzicht in het omgaan met mensen met een niet-aangeboren hersenletsel en weet wat dit betekent voor het handelen als professional.

### **Vorbereiding en huiswerk**

Geen voorbereiding noodzakelijk.

### **Uitwerking in werkvormen**

Bij sommige onderdelen is er een keuze uit meerdere werkvormen. De trainer kiest de werkvorm die het beste bij hem/haar past en het beste bij de groep past.

### **Transfer**

De trainer vraagt hoe deelnemers de opgedane kennis uit de training gaan toepassen in de praktijk, benoemt het belang hiervan en vraagt om concrete voorbeelden.

### **Evaluatie**

Aan het einde van de training wordt er kort geëvalueerd en worden tips en tops gegeven door de deelnemers. Tenslotte wordt door elke deelnemer een evaluatieformulier ingevuld.

### **Programmaonderdelen:**

- Kennismaking oefeningen
- Leervragen oefeningen
- Ontdekken kennis oefeningen
- Signalen herkennen oefeningen
- Werken met casuïstiek
- In gesprek gaan oefeningen
- Sociale kaart en doorverwijzen

### Herkennen van en omgaan met mensen met een licht verstandelijke beperking

#### Inleiding

De training duurt 8 uur. Het doel van de training is het leren herkennen en het leren omgaan met mensen met een licht verstandelijke beperking. Je komt dagelijks in contact waarvan het vermoeden bestaat dat er sprake zou kunnen zijn van een licht verstandelijke beperking, maar bent je hiervan vaak niet bewust. Je hebt het gevoel dat dit 'lastige' klanten zijn, maar eigenlijk komt het gedrag voort uit onmacht en onvermogen. Je kunt deze mensen herkennen aan:

3 criteria:

- Tekort in intellectuele functies
- Tekort in adaptief functioneren
- Tekorten ontstaan gedurende ontwikkelingsperiode

Het gaat niet "over" en heeft gevolgen voor:

- Hoe je denkt
- Hoe je je voelt
- Hoe je met anderen omgaat
- Hoe je voor jezelf kan zorgen
- Dus: op alle levensgebieden

Beperking in het sturen van eigen gedrag:

- Eigen gedrag moeilijker passend kunnen maken bij de situatie
- Moeite hebben met plannen
- Minder feedback gebruiken om eigen gedrag aan te passen
- Niet kritisch kunnen kijken naar jezelf in een situatie
- Minder zelfkennis en dikwijls een te hoog ambitieniveau

Sociaal-emotioneel functioneren:

- Minder makkelijk aangeven problemen
- Via indirecte boodschappen
- Lijken weinig gemotiveerd, lui, ongeïnteresseerd
- Niet kunnen versus niet willen

#### Doelgroep

De opleiding is bedoeld voor iedereen die in zijn of haar werk bij de politie te maken krijgt met mensen met een licht verstandelijke beperking.

## **Doel en leerdoelen**

Algemeen doel: Het herkennen van en leren omgaan met mensen met een licht verstandelijke beperking en het oefenen met het toepassen van deze kennis door middel van verschillende werkvormen.

- De deelnemer beschikt over basiskennis op het gebied van het herkennen van en omgaan met mensen met een licht verstandelijke beperking.
- De deelnemer ervaart hoe mensen met een licht verstandelijke beperking de wereld kunnen ervaren.
- De deelnemer kan een licht verstandelijke beperking herkennen binnen de verschillende levensgebieden en kan dit toepassen in de praktijk.
- De deelnemer heeft inzicht in het omgaan met mensen met een licht verstandelijke beperking en weet wat dit betekent voor het handelen als professional.

## **Vorbereiding en huiswerk**

Geen voorbereiding noodzakelijk.

## **Uitwerking in werkvormen**

Bij sommige onderdelen is er een keuze uit meerdere werkvormen. De trainer kiest de werkvorm die het beste bij hem/haar past en het beste bij de groep past.

## **Transfer**

De trainer vraagt hoe deelnemers de opgedane kennis uit de training gaan toepassen in de praktijk, benoemt het belang hiervan en vraagt om concrete voorbeelden.

## **Evaluatie**

Aan het einde van de training wordt er kort geëvalueerd en worden tips en tops gegeven door de deelnemers. Tenslotte wordt door elke deelnemer een evaluatieformulier ingevuld.

## **Programmaonderdelen:**

- Kennismaking oefeningen
- Leervragen oefeningen
- Ontdekken kennis oefeningen
- Signalen herkennen oefeningen
- Werken met casuïstiek
- In gesprek gaan oefeningen
- Sociale kaart en doorverwijzen

## BIJLAGE 3: ONDERZOEKEN EN PROJECTEN OMTRENT NAH EN LVB

### LVB

“De haalbaarheid van prevalentieonderzoek naar verstandelijke beperking in detentie” door H.L. Kaal:

[https://www.wodc.nl/binaries/cahier-2010-11-volledige-tekst\\_tcm28-71325.pdf](https://www.wodc.nl/binaries/cahier-2010-11-volledige-tekst_tcm28-71325.pdf)

<https://www.hsleiden.nl/binaries/content/assets/hsl/lectoraten/lvb-en-jeugdcriminaliteit/ongewoonmoeilijk.pdf> (boek van Hermien Kaal)

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/01/23/prevalentie-licht-verstandelijke-beperking-in-het-justitiedomein>

<http://www.kenniscentrumlvb.nl/kennis-delen/publicaties/product/12-handreiking-vroegsignalering-van-een-lvb-versie-juli-2017>

Folder “de Borg” over herkennen van LVB

<http://www.deborg.nl/images/stories/algemeen/Hoe%20herken%20ik%20%20adres%202015%202013%20LOW.pdf>

Oratie Xavier Moonen 5 juli 2017: [http://www.kenniscentrumlvb.nl/images/pdf/oratie\\_Moonen2017.pdf](http://www.kenniscentrumlvb.nl/images/pdf/oratie_Moonen2017.pdf)

#### **Mensen met een licht verstandelijke beperking in het justitiële domein**

*Een verkenning naar de huidige uitvoeringspraktijk*, NOTITIE MET BEVINDINGEN:

<http://njb.nl/Uploads/2017/1/Analyse-uitvoeringspraktijk-LVB-in-justitiële-keten-Definitief---22-december-2016.pdf>

(H)erkenning van jongeren met een licht verstandelijke beperking door Dr. M. van Nieuwenhuijzen:

<http://pdf.swphost.com/inkijkpagina/850154inkijk.pdf>

[https://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/subsidieoproep-lvbers-in-het-sociaal-domein/?tx\\_news\\_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx\\_news\\_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=c79ea6cad25a3b5b0a2d24313f4ca0bf](https://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/subsidieoproep-lvbers-in-het-sociaal-domein/?tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=c79ea6cad25a3b5b0a2d24313f4ca0bf)

LVB in aanraking met politie en Justitie door Xavier Moonen:

[http://www.academia.edu/3825001/Mensen\\_met\\_een\\_licht\\_verstandelijke\\_beperking\\_in\\_aanraking\\_met\\_politie\\_en\\_justitie](http://www.academia.edu/3825001/Mensen_met_een_licht_verstandelijke_beperking_in_aanraking_met_politie_en_justitie)

Aanbevelingen onderzoek Minder slachtoffers Loverboys LV/GGZ:

[http://www.kenniscentrumlvb.nl/images/pdf/2017/DEFINITIEF-073-201717aanbevelingen\\_stuurgroepdef.pdf](http://www.kenniscentrumlvb.nl/images/pdf/2017/DEFINITIEF-073-201717aanbevelingen_stuurgroepdef.pdf)

NAH algemeen: <https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/niet-aangeboren-hersenletsel>

NAH en verslaving: [https://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/subsidieoproep-lvbers-in-het-sociaal-domein/?tx\\_news\\_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx\\_news\\_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=c79ea6cad25a3b5b0a2d24313f4ca0bf](https://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/subsidieoproep-lvbers-in-het-sociaal-domein/?tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=c79ea6cad25a3b5b0a2d24313f4ca0bf)

Good practises:

<http://www.vilans.nl/publicatie-good-practices-werken-met-mensen-met-LBV-of-GGZ-problematiek.html>



## BIJLAGE 4: ENQUÊTEVRAGEN

Ik weet wat NAH is JA/NEE

Ik weet wat LVB is JA/NEE

Ik kan NAH en LVB herkennen bij mensen met verward gedrag. JA/NEE

Ik weet hoe te handelen bij mensen met verward gedrag met NAH of LVB JA /NEE

*Eventuele toelichting:*

Medewerkers alarmcentrale, ambulancepersoneel en politie hebben te weinig kennis van NAH en LVB

HELEMAAL EENS/EENS/ENIGSZINS ONEENS/ONEENS/GEEN MENING

*Eventuele opmerkingen:*

Medewerkers wijkteams hebben te weinig kennis van NAH en LVB

HELEMAAL EENS/EENS/ENIGSZINS ONEENS/ONEENS/GEEN MENING

*Eventuele opmerkingen:*

Medewerkers crisisopvang hebben te weinig kennis van NAH en LVB

HELEMAAL EENS/EENS/ENIGSZINS ONEENS/ONEENS/GEEN MENING

*Eventuele opmerkingen:*

Als genoemde professionals meer kennis zouden hebben over LVB en NAH kan escalatie van de situatie voorkomen worden.

HELEMAAL EENS/EENS/ENIGSZINS ONEENS/ONEENS/GEEN MENING

*Eventuele toelichting:*

Biedt uw organisatie maatwerk bij mensen met verward gedrag wanneer er sprake zou kunnen zijn van NAH en LVB?

JA/NEE/SOMS/WEET NIET

Indien ja: Welk maatwerk?

Is het mogelijk hierover een korte casus aan te leveren?

Bieden andere hulpverleners maatwerk bij mensen met verward gedrag wanneer er sprake zou kunnen zijn van NAH/LVB?

JA/NEE/SOMS/WEET NIET

Indien ja: Om welke organisaties gaat dit dan?

- Politie
- Justitie
- Sociale wijkteams
- Hulpdiensten
- Crisisopvang in de GGZ
- Anders, namelijk

Is het mogelijk hierover een korte casus aan te leveren?

*Eventuele toelichting:*

Bent u bekend met de SCIL methode; het screeningsinstrument te gebruiken bij een vermoeden van LVB?

JA/NEE/WEET NIET

Waar haalt u nu informatie vandaan als u deze nodig heeft?

- Internet
- Collega's
- Wijkteams/Sociale teams
- Eerdere dossiers
- Doorverwijzing
- Anders, namelijk:

Aan welke informatie heeft u het meeste behoefte?

- Kennis
- Informatie die opgezocht kan worden
- Contact met andere hulpverleners bij dezelfde casus
- Anders, namelijk:

Aan welke producten heeft u het meeste behoefte?

- Training
- Website met informatie
- Screeningstool
- Anders, namelijk:

Kent u producten, trainingen en interventies etc.?

JA/NEE Zo ja, welke?

- Training NAH bij politie
- Training LVB bij politie
- Training NAH in sociale domein
- Training LVB in sociale domein
- Crisiskaart
- Anders, namelijk