

Doorstart bijeenkomst Netwerk LVB en GGz

30 mei 2023

Jeanet heet iedereen welkom en licht toe dat het *Lerend netwerk LVB en GGz* is gestart als een themanetwerk binnen het actieplatform *Herstel voor iedereen*. Herstel voor iedereen was een project, met een kop en een staart, dat eind 2021 eindigde. Een aantal themanetwerken (waaronder deze) van Herstel voor iedereen zijn toen ondergebracht bij Kenniscentrum Phrenos.

Tussen het einde van *Herstel voor iedereen* en deze 'doorstartbijeenkomst' van het lerend netwerk LVB en GGz heeft Jeanet op 20 september 2022 haar proefschrift verdedigd met als titel "*A Blind Spot? Screening for mild intellectual disabilities and borderline intellectual functioning in psychiatric patients in specialized mental health care in the Netherlands: prevalence and associations*".

Vervolgens heeft GGNet, in samenwerking met Kenniscentrum Phrenos, het congres "Ogen open voor LVB" georganiseerd op 3 november 2022. Dit congres werd goed bezocht met bijna 400 deelnemers en kreeg een goede evaluatie, met een duidelijke vraag om herhaling. Dus de behoefte aan kennis delen rond dit thema lijkt duidelijk aanwezig.

De vraag komt op of we geen dubbeling krijgen met het werk van Kenniscentrum LVB. Jeanet geeft aan dat ze nu 4,5 jaar deelneemt in de Raad van advies van het landelijk kenniscentrum LVB. Ze heeft ontdekt wat voor een ongelofelijk actieve groep dat is. Ze organiseren heel veel, maar dan vanuit specifiek de verstandelijk gehandicaptenzorg. En ook bij de verstandelijk gehandicaptenzorg beginnen behandelaren en bestuurders zich te realiseren hoeveel psychiatrische problematiek er in de verstandelijke gehandicaptenzorg speelt en hoe hard de GGZ en de VG elkaar dus nodig hebben. De persoonlijke missie van Jeanet is om te kijken of we die kloof tussen de VG zorg kunnen dichten.

We zitten nu voor het eerst bij elkaar om elkaar te leren kennen, maar ook om te weten waar is iedereen mee bezig? Waar liggen de behoeftes?

1. voorstelrondje:

- **Wilma van Langen:** Ik ben verpleegkundig specialist GGZ en ik werk bij Jeanette op **VGGNet**. Ik doe van alles en nog wat. Ik schrijf medicatie als regiebehandelaar, we doen cognitieve gedragstherapie, ik doe onderzoek naar emotioneel ontwikkelingsniveau bij mensen. Ik werk grotendeels op de polikliniek en een klein deel op de kliniek die aan ons verbonden is. Ik ben bezig met het herschrijven en vertalen van een boek van Manja de Neef over zelfbeeld en dan voor onze doelgroep voor LVB en EPA. Die zal voorjaar 2024 verschijnen. Mijn motto is Behandeling is voor iedereen. Een deel van mensen met LVB wordt onder-behandeld. Ze krijgen het stempel uitbehandeld, maar ze hebben nooit een behandeling op maat gehad. Daarom vind ik het zo belangrijk dat behandel modules die bewezen werken geschikt gemaakt worden ook voor mensen met LVB. We zijn een 3e lijn kenniscentrum. Idee is dat ongecompliceerde casussen in de tweede lijn opgepakt kunnen worden en wij als derde lijn kunnen functioneren. We doen ook veel consultatie.

Jeanet vertelt dat Wilma een SEO workshop heeft gegeven bij actieplatform Herstel voor iedereen en Esther en Jeanet over het LVB sensitief maken van de GGZ voor LVB. Deze workshops zijn terug te vinden op de website van Phrenos, daar staat ook een landkaartje met organisaties die aandacht

besteden een zowel GGZ als LVB. Dat kaartje gaan we updaten voor het huidige netwerk. Tot die tijd kunnen we elkaar bereiken via de mail.

- **Tim Driesen:** Ik ben ambulante psychiatrisch hulpverlener en cognitief gedragstherapeutisch werker bij polikliniek **Kristal**, wat onderdeel is van ggz rivierduinen. Kristal heeft twee poliklinieken, een in Leiden en een in Gouda. Ik ben zelf sinds 4 jaar werkzaam bij de afdeling in Gouda. We behandelen specifiek mensen met een LVB en psychiatrische problematiek waarbij wij ons echt richten op de psychiatrische behandeling, maar wel heel veel samenwerken met ketenpartners, dus voornamelijk ambulante begeleiders, woonbegeleiders, gedragsdeskundige, AVG artsen waar ze betrokken zijn. Sociaal teams van de gemeentes of andere GZ afdelingen zich wel binnen rivierduinen als gelukkig ook steeds vaker buiten rivierduinen. Maar daar lopen we echt nog wel tegen flink wat hindernissen aan. Het zou voor mij heel wenselijk zijn Als we met dit netwerk die drempels wat lager kunnen maken, of in ieder geval weten hoe we dat kunnen doen. Ik ben de laatste 3 maanden ook bezig om voor Therapieland modules cognitief gedragstherapie voor de LVB doelgroep , die ooit bij kristal zijn ontwikkeld, in te bouwen in hun e health platformen. Er zijn 6 modules ontwikkeld en we zijn nu bij allebei die platformen met twee modules bezig. Mochten de mensen die modules niet kennen, die zijn vrij te downloaden vanaf de website van Rivierduinen. En die worden dus nu gedigitaliseerd tot e health modules op twee verschillende platformen.
- **Rens Evers:** Ik ben werkzaam als psychiater binnen **Koraal**. Ik ben ooit in 1979 als leerlingen verpleegkundige begonnen. Ik had de sociale Academie gedaan en ben toen geneeskunde gaan studeren, ben toen psychiater geworden. Ik ben als psychiater direct gaan werken in mijn oude vakgebied in de gehandicaptenzorg. Ik had toen een duobaan met een sociale psychiatrie baan. Dat is later steeds meer verschoven naar de gehandicaptenzorg, en ik ben toen in 2009 fulltime in deze zorg gewerkt. Dit was mede omdat ik toen ook een promotieonderzoek ging doen. Dat heb ik afgerond in 2015. Ik werk eigenlijk alleen maar consultatief, dus ik ben ook een beetje de enige psychiater in Limburg die dat doet buiten de GGz zorg. Ik doe vooral consultaties binnen alle grote instellingen. Daar ben ik vaste consulent. En ik ben beschikbaar voor alle huisartsenorganisaties voor basis ggz consulten. Ik ben nog klein beetje actief in het onderzoek, met name in de genetische problematiek.
- **Mieke Bevers:** Ik ben psychiater en sinds 8 mei net begonnen bij **VGGNet** bij de Boog, op twee afdelingen voor forensische psychiatrie. Ik ben opgeleid als arts verstandelijk gehandicapten zorg. Oorspronkelijk heb toen een jaar bij Sirolo (?) gewerkt en toen uiteindelijk de Switch gemaakt naar de psychiatrie en de psychiater opleiding bij Mediant gedaan. In de afgelopen jaren heb ik me eigenlijk eerst meer allround willen ontwikkelen als psychiater, om vervolgens nu de Switch te maken om weer echt te focussen op beide vakgebieden, wat ik heel erg leuk vind. Dus Ik ben heel blij om weer in het werkveld te zijn en het te kunnen gaan combineren. Daar valt nog heel veel te doen denk ik. Zowel als ik kijk naar de ggz, maar omgekeerd ook vanuit de VG. Nou ja, zijn er nog heel wat bruggen te slaan dus en ik hoop dat dit netwerk daarin wat kan betekenen.
- **Ragna Plomp:** Ik ben Gz psycholoog werkzaam binnen **Dimence groep** op twee stichtingen, Stichting Transfore forensische GGZ en sinds november in het team autisme van de stichting Dimence. Ik heb vooral binnen het forensisch veld veel dingen opgezet voor mensen met een licht verstandelijke beperking. Ik heb groepen opgezet rond grip op agressie en zeden behandeling voor mensen met een licht verstandelijke beperking. Ik doe op dit moment ook onderzoek tussen de groepen *Grip op agressie* en *Agressieregulatie op maat PLUS* om te kijken

naar de verschillen en de effectiviteit van die twee groepsbehandelingen. Ik ben co-auteur van de psycho-educatie module “Weet wat je kan”. Er is een samenwerking opgezet tussen de papieren versie en de e-health module. Ik ben duo (?) van de sectie mensen met een beperking van de Verenigde Staten. In die hoedanigheid zorg probeer ik ook altijd wel te zeggen dat cognitieve gedragstherapie kan bij mensen met een lichtverstandelijke beperking. We zijn op dit moment ook bezig met onderzoek naar constitutionele gedragstherapie bij mensen met een lichtverstandelijke beperking, omdat wij denken dat het een hele effectieve methode is voor die doelgroep. Maar dat moeten we natuurlijk onderbouwen en dan willen we een boekje schrijven dat iedereen ook met die methodiek uit de voeten kan. Toen kwam ik binnen bij Dimence groep en daar heerst een beetje het idee van LVB dat doen we niet. Terwijl wij binnen Transferen (?) dat dus wel doen. Ik ben nu met Bas Castelijm bezig om te kijken hoe wij iets van een expertteam kunnen opzetten binnen Dimence groep om de mensen die met LVB al binnen zijn om daar beter vorm aan te geven, hoe we hen beter kunnen helpen, juist behandeling, consultatie, functie kunnen oprichten. In die hoedanigheid willen wij dus ook landelijk netwerken. We zijn misschien wat laat, maar we zijn hier mee bezig en we willen hier graag iets in betekenen.

- **Rene Keet:** Ik ben psychiater bij **GGZ Noord Holland Noord**, ben nu ruim 20 jaar psychiater. In het begin was mijn belangrijkste focus op psychose. Later meer op FACT en trans-diagnostische zorg en nu als directeur van de Academie van NHN vooral bezig met leerprocessen in de organisatie, in het land, maar ook voor een deel internationaal. Ongeveer 1/4 van mijn werk is in het buitenland. Mijn motto is conform daarmee “Maak van iedere ontmoeting een leermoment”. Ik benader het leven als een sociaal proces. Ik denk dat we ook veel kunnen leren van mensen met een lager IQ wat ook toepasbaar is in bredere zin. Mijn vraag is hoe de zorg bij ons georganiseerd. We zijn in 2017 een ingrijpend veranderproces ingegaan, waarbij we meer integrale teams hebben gemaakt. Dus waar we eerst aparte FACT teams hadden en teams gericht op een specifieke stoornis, hebben we dat nu geïntegreerd in het proces van “Specialist samen de wijk”. Om kennis goed te ontwikkelen hebben we toen expertnetwerk opgericht en een van die expert netwerken is ook rondom Verstandelijke beperkingen en psychiatrie en dat doen we samen met een vijftal VG organisaties in onze regio. Dus we hebben een intersectoraal expert netwerk opgericht, waarbij er niet alleen op bestuursniveau overleg is. Dat is er ook. Maar ook eens in de twee maanden een jamsessie waarbij iedereen uit een organisatie een casus in kan brengen om samen van elkaar te leren. Dus niet alleen naar elkaar verwijzen, maar ook samen leren. We hebben heel veel over ‘verstandelijke beperkingen’. Maar waar het deels ook over gaat is gewoon mensen met een laag IQ, die vaak ook ten onrechte als LVB worden aangeduid. Als we het daar met elkaar over eens zijn zou ik dat heel mooi vinden. Ik denk dat het beter is, als je die verbinding zoekt, om het over een laag IQ te hebben. Omdat je dus de neiging ook ziet om mensen met een IQ van bijvoorbeeld 80 al te bestempelen als een beperking, wat het nadrukkelijk niet is. Ik denk dat we een veel meer integrale aanpak moeten voorstaan. Waarin we elkaars vragen beantwoorden en niet naar elkaar verwijzen. Daar zet ik me graag voor in.

Jeanet: Ik merk dat ik de neiging heb om inhoudelijk te reageren, omdat je het hebt over een laag IQ. Terwijl juist met de DSM 5 zo mooi het licht is komen te schijnen op de problemen in het adaptief functioneren en wij vooral merken in de praktijk dat het probleem heel vaak daarin zit. Het heeft zeker ook te maken met een lager of disharmonisch emotioneel functioneren en dat je daar het onderscheid maakt tussen laag of beneden gemiddeld en juist mensen met een LVB los van die IQ

punten. Maar daar zit natuurlijk is het een spectrum. Het is een glijdende schaal en dan is denk ik de discussie zet je ergens een knip en zo ja, waar en waarom.

- **Saskia van Horsen:** Ik werk bij **Tactus verslavingszorg**, heb daar 4,5 jaar in de kliniek Rekken (?) gewerkt, bij twee LVB afdelingen die ook een TOP ggz keurmerk hebben. Daarnaast ben ik nu sinds januari ambulant in Almelo als regiebehandelaar aan het werk. Ook met name de doelgroep LVB. Voorheen heb ik 17 jaar in de VG sector gewerkt, dus ik ken de twee kanten van de VG sector en van de specialistische ggz. Ik mag zeggen dat Almelo best wel een intensieve samenwerking heeft tussen de vg sector en Tactus in dit geval, dus dat vind ik heel fijn, werkt goed. Ik merkte met name op landelijk niveau dat er best nog wel wat beperkingen zijn die je tegenkomt. We hadden veel bovenregionale aanmeldingen en dan was het met name willen jullie deze cliënt opnemen en hopen dat na 3 maanden de cliënt genezen is, dat was een beetje het idee. Toen zijn we aangesloten bij het centrum voor verslaving en LVB waar ik ook meer werk aan onderzoek, oa het Seeking Safety onderzoek waar ik nu bij betrokken ben. We hebben veel verbinding richting Duitsland en Zwitserland.
- **Joyce voeten:** Ik ben momenteel AIOS psychiatrie bij **Emergis** in Zeeland en daarnaast ben ik arts VG, al bijna 15 jaar. Dat ik gestart ben als AIOS psychiatrie is geweest vanuit de ervaring van de door Jeanette al genoemde kloof tussen de gehandicapten zorg en de GGZ. In de regio Zeeland is er eigenlijk nog geen goed aanbod voor de doelgroep en ik probeer dit nu vorm te gaan geven. En ben nu vooral bezig met de bewustwording binnen Emergis en met het leggen van verbanden tussen verschillende mensen in de GGZ en de gehandicapten zorg waarmee ik samenwerk. Ook ben ik bezig met onderzoek in het kader van mijn opleiding tot psychiater wat zich richt op hoe psychiaters in de reguliere GGZ ze zorg aan de groep LVB/ZB ervaren. Tot slot ben ik sinds kort samen met Jolien (zij moest zich voor vandaag helaas ver excuseren) coördinator van het Platform Psychiatrie en verstandelijke beperking van de NVvP.
- **Ingeborg Berger:** Ik ben verpleegkundig specialist, ik werk bij **Antes VG**, onderdeel van de Parnassia groep. Antes zit in de regio Rotterdam, Dordrecht. Ik ben vanaf 2014-2015 ongeveer bezig met de doelgroepen LVB en ZB. Dat is eigenlijk gekomen doordat Jeanette ons toen had uitgenodigd om met een paar FACT teams mee te doen aan haar promotieonderzoek om ook vanuit de Randstad wat input te krijgen over hoe vaak LVB vermoedelijk voorkomt. Er kwamen bij ons in Rotterdam ook hoge cijfers uit. En ik zat destijds zelf ook in mijn afstuderen dus dat was voor mij aanleiding om daar ook wat mee te gaan doen, want ja, dan weet je dat het veel voorkomt en wat dan, er was toen nog niet zoveel. Mijn motto is van Bert en Ernie van Sesamstraat: "Maak er wat van". Als je ontevreden bent, doe er dan wat aan. We begonnen hier met een klein clubje, maar een soort olievlek effect hebben we nu een hele enthousiaste afdeling We hebben inmiddels mooie producten gemaakt: de toolkits LVB en het Herstel spel is een bordspel om psycho-educatie te bieden aan mensen die bij ons in de ggz in behandeling zijn. En we zijn bezig met een ontwerpgericht onderzoek, actieonderzoek, rond *Werkblad herstel, hoe dan wel?* Dat is ook recent uitgekomen, dat kun je downloaden op internet. Wij dus een hele grote organisatie, met 35 GGZ FACT teams. Onze organisatiestructuur is dat wij een soort expertiseteam LVB overkoepelend hebben voor deze FACT teams en per FACT team hebben wij nu een aandachtsfunctionaris LVB. Voor die aandachtsfunctionarissen doen wij ook specifiek deskundigheidsbevordering en we doen ook deskundigheidsbevordering, zoals bijv een webinar organiseren of een referaat, voor alle medewerkers. We hebben uiteraard ook via e-modules leerprogramma's. Ze kunnen ons ook vragen als ze echt vastlopen met de cliënten, dan gaan we meekijken. We hebben een heleboel groepen, variërend van emotie regulatie tot

basisgroepen, herstel groepen allemaal speciaal voor LVB. We hebben samenwerkingsprogramma's sinds kort met zuidwesten (?) bijvoorbeeld.

- **Ester van Beek:** Er is al heel veel verteld over **VGGNet**, daar ben ik manager van het expertisecentrum. We hebben een kliniek, een podium, deeltijd, we doen consultatie. We krijgen regionale aanmeldingen en bovenregionale aanmeldingen. We werken veel samen met de VG partners, vooral in de ketenzorg en nu ook steeds meer met netwerk initiatieven. Dat is ook een uitdaging met alle financieringsstromen en met de verschillende wetten, hoe we elkaar kunnen vinden. Wel heel belangrijk dat we daar nog veel meer slagen in gaan maken en binnen GNet zijn we bezig met de organisatie LVB bestendig maken.
- **Eric Noorthoorn:** Ik ben niet in de praktijk werkzaam, maar vooral verantwoordelijk voor data aan elkaar koppelen, analyseren en daar tabellen van te maken voor Jeanette bij **VGGNet**. Dus als mensen vragen hebben, kan dat via Jeannette bij mij terecht komen ten aanzien van eenvoudige wijze van analyseren. Want vaak doet men te ingewikkeld en kan het wel degelijk zo zijn dat men dingen uit effectonderzoek kan halen die waarvan men in eerste instantie zegt "Ik weet niet wat er uitkomt, we moeten een bepaalde p waarde halen", maar als je beter kijkt, komt er toch wat uit. Soms moet je kwalitatief onderzoek doen en ik ben een beetje van alle markten. Dat is mijn rol toehoorder, methodoloog, statisticus en ondersteuner bij analyses. Jeanet voegt toe: en jij bent arts van achtergrond en Eric is mijn copromotor geweest en weet inmiddels best wel wat van LVB. En je bent verbonden aan onze opleiding en een echte onderzoeker in hart en nieren.
- **Vera van Stiphout:** Ik ben psychotherapeut, cognitief gedragstherapeut, bij **Reinier van Arkel**, locatie Den Bosch. Ik was programmaleider, nu modelleider, dat zegt ook iets over de ontwikkeling die we hier hebben. Wij zitten in een grote transitie naar regioteams, oftewel GGZ in de wijk en cluster teams. Dat betekent dat wij een ontwikkelingscluster hebben opgezet waarin wij samen gaan met LVB team, team autisme en team ADHD. Daar is voor gekozen om dat te bundelen. Wij zijn 6 jaar geleden begonnen als team LVB en psychiatrie. We wilden deze doelgroep meer voor het voetlicht brengen binnen onze SGGZ en in de regio. We hebben daarin gekozen voor 3 aparte leeftijd doelgroepen binnen de LVB. De afgelopen jaren zijn we met name bezig geweest om in kaart te brengen over hoeveel mensen hebben we het, en hoe gaan we vervolgens stepped care bieden? Hoe zetten we de diagnostiek voor deze doelgroep zorgvuldig neer binnen de GGZ? Daar zijn we best zoekende in geweest. Uiteindelijk zijn we op het pakket gekomen dat wij nu standaard bij mensen zowel het IQ meten als het adaptief niveau en de schoolprestaties en daaruit een conclusie trekken. Mijn motto: belangrijk om deze doelgroep te lokaliseren binnen je zorg, om vervolgens te kijken welk aanbod gaan wij doen. Verder hebben wij in de regio contact gezocht met een drietal VG partijen, Amarant, Cello en Humanitas. Daarin hebben wij afspraken dat alle cliënten die verwezen worden via de huisarts vanuit deze instellingen middels een gedragsdeskundige bij ons binnen komen, om vervolgens te kijken wat wij kunnen bieden. We hebben voor volwassenen tot nu toe alleen een ambulante aanbod. We hebben daar veel gebruik gemaakt van de bestaande modules van onder andere Kristal groep. Wij zijn nu in een *onderzoek* gaan participeren met *GGZ Oost Brabant* om te kijken, hoe zit het met persoonlijkheid stoornissen en LVB. En wij vinden het heel belangrijk dat binnen onze instellingen uitwisseling vindt op het gebied van scholing tussen de VG sector en de SGGZ. Dus dat betekent dat wij samen opleidingen doen voor GZ psychologen en orthopedagogen en we

merken dat met name op die niveaus samenwerken eigenlijk een hele zinvolle is.

Jeanet: Uitgebreid en breed pallet wat je zo schetst en als ik het zo hoor, zijn jullie een van de eersten of misschien zelfs wel de enige die het mooie initiatief hebben genomen om samen opleidingen uit te wisselen. Dat is echt iets waar ik al heel lang van droom, waar we in ieder geval vanuit VGGnet al heel voorzichtig aan het verkennen zijn met onze VG partners. Dus ik ben dan ook meteen heel benieuwd naar de ervaringen van jullie,

Chat bericht: in Zeeland wordt er ook gezamenlijk opgeleid door de psychologen.

Dat is sinds dit jaar gestart. Rene Keet: en ook in Noord Holland Noord, ook voor psychologen.

Vera: Wij zijn ook bezig met de SPV opleiding en de verpleegkundige opleiding, zodat we een breder palet hebben en die uitwisseling.

- **Maarleen de Groot Heupner:** Ik ben een collega van Vera, dus ik kan hem helemaal aansluiten bij wat Vera zei.

Jeanet: misschien is het aardig om te noemen dat wij sinds kort ook meedoen met GGZ Oost Brabant, die helaas geen van hen kon hier aanwezig zijn. Niemand van de LVB Plus en helaas ook niet Birgit Salen. Zij is net zoals Ingeborg gewoon uit een FACT team en hebben het LVB verhaal omarmd na de samenwerking die wij via Erik rond mijn promoties zijn aangegaan. Ook zij ontwikkelt bijvoorbeeld de Taps (?) Plus, Maar ik verwacht dat zijn volgende keer wel aansluit.

- **Daniëlle van Duin:** ik werk bij Trimbos instituut en bij kenniscentrum Phrenos. Ik ben psycholoog van achtergrond. Ik werk bij die twee instellingen aan allerlei verschillende projecten voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor mensen met ernstige psychische problemen. Dat zijn zowel projecten rond onderzoek als implementatieprojecten, als het ontwikkelen van producten, waaronder ook richtlijnen. Ik ben zelf niet echt een specialist op het gebied van LVB, maar meer op psychose en IPS, maar bij al die onderwerpen waar we mee bezig zijn, zoals psychose en IPS, en ook de richtlijn psychose, komen we natuurlijk heel vaak het onderwerp LVB tegen dat het zoveel invloed heeft, dus vandaar dat ik het heel fijn vind om dit netwerk te ondersteunen. Ik ben bij Phrenos trekker van het thema Goede zorg en dit netwerk LVB & GGZ is een van de lerende netwerken daarbinnen. Ik vind het thema extra belangrijk omdat ik zie dat het thema steeds terugkomt in eigenlijk alle brede thema 's die wij bij Phrenos onder de hoede hebben, dat het overal speelt en een rol heeft dus nou ja, heel fijn om daarmee met jullie aan de slag te gaan.

2. Toelichting Netwerk LVB en GGz voorheen

Daniëlle vertelt over het netwerk LVB en EPA binnen Herstel voor Iedereen.

Zie bijgaande PowerPoint presentatie.

3. Wensen voor doorstart van het netwerk

Jeanet: Hoe kunnen we dit thema binnen de GGZ goed neerzetten, versterken.

Waar liggen jullie behoefte?

Ik zal een voorzet doen. Ik ben bijvoorbeeld heel benieuwd wat Vera vertelde, hoe zij de **detachering** en daarna **de opleidingen** hebben georganiseerd. Ik ben ook heel benieuwd of er behoefte is aan **wetenschappelijk onderzoek**.

Ingeborg: We moeten ook vooral **niet dingen dubbel gaan doen**, want met het landelijk kenniscentrum LVB hebben we een paar jaar geleden een overzicht van LVB organisaties en producten uitgebracht. Ik denk ik ook gelijk van de ggz richtlijn of de **generieke module** wordt ook weer herzien en alles wat ik nu hoor zou toch ook gelijk een mooie verbinding met die generieke module moeten gaan krijgen?

Jeanet: Ja, dat is ook zeker niet de bedoeling. De bedoeling was ook dat Jolanda hier vandaag bij zou zijn. We willen juist niet dubbel werk doen en zorgen dat er door gekoppeld wordt naar het landelijk kenniscentrum LVB. Jolanda heeft verteld dat zij in deze zomer een update maken van het bronnen overzicht. Als ik het zo hoor, kan daar alweer van alles aan toegevoegd worden. We willen **de link** leggen vanuit dit netwerk naar het **landelijk kenniscentrum LVB**. Er zijn nu bijna geen ggz instellingen verbonden aan het landelijk kenniscentrum LVB (alleen VGGNet en GGz Delfland). En dat is heel erg jammer, gezien het feit hoe groot deze doelgroep is binnen de GGZ en omdat het kenniscentrum zoveel doen nu ook inmiddels voor de GGZ. Zij hebben ook als actie uitgezet om de grotere ggz instellingen te gaan benaderen om lid te worden. Dat zou natuurlijk helemaal geweldig zijn, dan kunnen wij er als schakel tussenuit. Dus bij deze een vraag aan jullie om te lobbyen voor het lidmaatschap van Kenniscentrum LVB. We moeten zeker niet gaan dubbelen, maar wel hier verzamelen om te zorgen dat het doorgesluisd wordt naar het landelijk kenniscentrum. En de **generieke module LVB gaat 12 juni starten**. Daar ben ik met jou eens. Dat voor de eerste en de tweede lijn een mooie kans om met dit thema aan de slag te gaan. Jeanet koppelt dit ook terug naar de Generieke module.

Wilma: ja, heel fijn als we de **producten rond LVB op een centraal punt** kunnen verzamelen en dat we zoveel mogelijk met elkaar kunnen delen, zodat we niet allemaal ook allemaal onderling weer heel veel tijd besteden aan hetzelfde.

Tim: Toevallig hebben we vorige week een mail over gekregen vanuit ons management over dat **landelijk kenniscentrum LVB**. En dat Rivierduinen daar ook wel bij betrokken zou zijn. Ik weet niet in welke vorm precies. Ik ben er nu aan het op aan het reageren, laat weten wat er nu hier verteld wordt. Ja het zou mooi zijn als ze voor een volledig lidmaatschap gaan.

Joyce: Op dit moment heb ik vooral behoefte aan verschillende **voorbeelden uit het land**. Hoe de zorg voor deze groep georganiseerd is, zodat ik daarmee binnen Emergis het gesprek kan voeren om zelf tot keuzes te komen. Dus de **organisatie van zorg**, hoe kun je dat nou goed inrichten?

Jeanet: Er zijn een aantal **voorbeelden nu al in het kennismakingsrondje** voorbij gekomen en ik denk dat wij vanuit **VGGNet** op het punt staan om een voorstel te doen naar onze Raad van bestuur, hoe we een aantal afdelingen als pilot helemaal zo kunnen inrichtingen richten van een vooral de voordeuren en alles wat daarna komt rondom diagnostiek om dat **helemaal LVB sensitief** te maken. Ik hoorde ook Vera daarover: jullie zijn die stap nu ook aan het zetten. Ik zou het heel erg leuk vinden om daarin daarover contact met je te hebben. Buiten deze bijeenkomst om? Ik heb een stuk daarover geschreven. Hoe zou je dat kunnen doen met alle keuzes daarin en met name ook welke diagnostiek straat doe je na de voordeur? Dat moet je goed kunnen onderbouwen en ik denk dat we daarvan van elkaar kunnen leren, hoe je dit doet. We willen hier ook graag **implementatie onderzoek** opzetten, bijvoorbeeld gekoppeld aan een Doorbraak project. Dat je gaat zien of dat werkt, wat belemmerende en bevorderende factoren zijn. Meten is weten, dat kan

kwantitatief en kwalitatief en ook tevredenheid van werknemers en patiënten. Dat kan heel breed opgezet worden.

Daniëlle: Ja, in een **Doorbraakproject** kun je inderdaad met verschillende organisaties tegelijkertijd gaan kijken naar een vergelijkbaar implementatiedoel. We willen bijvoorbeeld de zorg voor LVB en GGZ gaan integreren. Dan maken we een tijdelijk leernetwerk en gaan we samen in optrekken rond eenzelfde doel en dan gaan we van elkaar leren en dat wordt ondersteund en begeleid. Dat kunnen we dan inderdaad ook gelijktijdig onderzoeken hoe dat bij verschillende organisaties lukt welke modellen ze daarvoor gebruiken. Hoe ze inderdaad die inrichting van zorg aanpakken en hoe je daar inderdaad met elkaar kan uitwisselen en meten en leren. Dus dat zou een optie kunnen zijn om daar met elkaar mee aan de slag te gaan, als de verschillende organisaties die hier zijn in een vergelijkbare fase zitten v wat ze willen gaan implementeren, of ze daar inderdaad in van elkaar met elkaar kunnen optrekken en van elkaar leren.

Rene: Wat ik graag zou zien is dat we tot een samenwerking komen waarin we niet meer naar elkaar verwijzen maar gezamenlijk de zorg vormgeven. De aanvulling die je deed rond laag IQ vond ik heel mooi, belangrijk dat we met elkaar over eens zijn. Ben bang dat er **enorme begripsverwarring** is, omdat wij inderdaad bij laag IQ sterk geneigd zijn om dat meteen als een LVB te benoemen, Mooi citaat van Jet Willem (?): “gelukkig heb ik een licht verstand beperking, ik was al bang dat ik zwak begaafd was”. In de taal lijkt het ene begrip veel ernstiger dan het andere en dan is het technisch omgekeerd met wat je op grond van de taal verwacht. En ik merk dat we zeggen binnen de reguliere ggz zijn we heel integraal, we zijn voor iedereen. Ja, natuurlijk wel voor een IQ boven de 80 of 85. Nou dan ben je helemaal niet integraal. Dus ik zou dit platform graag gebruiken om te streven naar een meer integrale en dus niet verwijzende aanpak. Ik ben erg geïnteresseerd in andere vormen die er worden gekozen en ik zou graag nader willen verbinden over dat **samen opleiden** en ook **onderzoek doen**.

Jeanet: Ja, de ene organisatie die net begint op te pakken kan natuurlijk heel veel leren van organisaties die al een tijd bezig zijn. Dus we kunnen samen kijken hoe gaan we dat dan vormgeven? Hoe breng je überhaupt dit thema binnen de ggz voor het voetlicht, zonder dat mensen in de **weerstand gaan en gaan excluderen**. Wat jij net zegt René, dat is heel herkenbaar. We gaan voor inclusie in de ggz, we zijn generalistisch in FACT teams en waarvoor heb je nou toch dat specialisme nodig? We hebben onderzoek gedaan binnen FACT teams van GGz Oost Brabant en even heel kort door de bocht was de conclusie dat **de zwakbegaafde groep** juist best wel goed **kon profiteren** van FACT zorg mits aangepast op tempo taal, en meer visuele ondersteuning. Terwijl die groep met dat **echt lage IQ, inclusief laag sociaal emotioneel niveau en problemen met adaptief functioneren, die profiteerden helemaal niet** van de FACT zorg. Die werden dus chronische patiënt. Dat paste precies met de uitkomst van mijn eigen onderzoek dat er juist in die staart van de GGZ, bij de longstay afdelingen, dat daar het percentage mensen met een heel laag diploma oververtegenwoordigd was. Dat was 3/4 van de mensen. Dus van de 67% SCIL positieve groep in die longstay afdelingen was 3/4 de groep met een laag diploma. Dus dat ging cognitief verval, want daar hebben we ook naar gekeken. Dat was maar 14%, maar vooral van origine laagvliegend. Dat is de groep die ook in de FACT teams heel makkelijk overvraagd wordt. En daar is mijn overtuiging uit naar voren gekomen dat je zoveel mogelijk je FACT teams (en eigenlijk je hele organisatie) moet inrichten op deze doelgroep, vanaf de voordeur in ieder geval tot de FACT teams. Waarbij het onderscheid naar die mensen met dat echte lage IQ dan wel degelijk belangrijk is, omdat die niet profiteren van de FACT zorg. En dan word je vanzelf chronisch en dat willen we nou juist voorkomen.

Door aan de **voordeur goed te kijken naar het onderscheid tussen LVB en zwakbegaafd** is. Dat doet er wel degelijk toe. Je kunt ook zeggen mensen functioneren op het niveau van LVB of op een niveau van zwakbegaafdheid, want je hebt geen stempel en je bent het niet, maar je functioneert op dat niveau in ieder geval op het moment van meten. Als je goed naar de leergeschiedenis kijkt en ontwikkelingsanamnese dan zie je we hebben nu eenmaal hoogbegaafde mensen en ook laagbegaafde mensen. Maar zonder te stigmatiseren, want daar heb jij het volgens mij ook over René, is het wel goed om die groep met dat echte lage functioneren wel te benoemen en te zien en ook de specialistische zorg te geven die ze nodig hebben, waardoor ze eindelijk wel opknappen.

Rene: Daar ben ik het echt mee eens. Ik denk alleen dat doordat wij het 'verstandelijke beperking' noemen dat dan een deel van wat er speelt juist binnen de ggz onvoldoende raakt zeg maar, door die verwarring en doordat alles ook LVB wordt genoemd. Waar maatschappelijke vragen steeds groter worden, wordt laag IQ bijna als een handicap gezien. Ik vind het van belang om dat niet te doen. Dus daarom zou ik ervoor pleiten om het niet alleen tot de mensen met een manifeste beperking te houden, want in de praktijk van de ggz gaat het ook juist om mensen met een laag normaal IQ.

Jeanet: Ja ook voor een deel ja, maar je moet gewoon goed kijken en **maatwerk** leveren. Daar gaat het volgens mij over, dat we het er nu eindelijk hierover mogen hebben. Zonder te stigmatiseren.

Rene: Er zijn zelfs pleidooien om die **IQ grens omhoog** te gaan brengen en nog meer mensen naar de VG sector en daar zijn ze ook helemaal niet op toegerust. Dus ik denk dat we daar enorm vooruit moeten kijken.

Jeanet: Ik ben het helemaal met je eens. Wij moeten gewoon aan de bak als GGZ punt uit, of dat nou laag begaafd is of zwakbegaafd. We moeten **de hele range bedienen**. In mijn eerste onderzoek hebben we ook gekeken naar het gemiddelde IQ van de SCIL negatieve groep, dus de mensen waar geen aanwijzing voor LVB was, daar was het IQ gemiddeld ook iets van rond de 90. Dus in die groep is inderdaad weer een hele grote groep laagbegaafd. Wij moeten als GGZ aan de bak samen met de VG sector. Ook in de verstandelijk gehandicaptenzorg is men echt wakker geworden en die willen heel graag gaan samenwerken. Ook met de Nederlandse ggz. Dus er is heel veel moois in beweging.

Vera: Marleen en ik zijn zoekende binnen onze instelling Reinier van Arkel: hoe gaat dat bij de **nieuwe organisatiestructuur**. Als een cliënt aangemeld wordt vanuit de crisisdienst (IHT) of vanuit de huisarts, hoe krijgen we die nu op de juiste plek. Ze landen bij ons allemaal in een regioteam. Hoe gaan wij als expertiseteam/cluster daarop de s van specialistische GGZ waarmaken. Marleen en ik hebben daar een **stroomdiagram** voor gemaakt om te gaan kijken hoe we dat zowel diagnostisch als behandel technisch gaan neerzetten. Ik zou dat heel graag eens willen delen met Daniëlle en met Jeanette om eens te kijken vanuit hoog over naar dat stuk. Wat ik heel graag zou willen, is een soort **diagnostiek format**, om zorgvuldig te bepalen of er sprake is van een LVB. Dat wordt nog op veel plekken heel anders gedaan. Wij zijn aan het zoeken geweest naar de juiste lijsten rondom het adaptief niveau. In het begin gebruikte we de ZRM, nu de ADAPT. Daar hebben we veel vragen over. Ik zou het zo mooi vinden als we daar een soort format voor kunnen maken. Of misschien is die er al, dat we die kunnen delen. En hoe doen we dat op een **manier waarop het ook voor de cliënt helder** wordt. Nu proberen wij dat **zorgvuldig uit te leggen** middels een holistische theorie. Maar dat komt omdat wij allebei gedragsdeskundigen van origine zijn. Het zou zo mooi zijn, denk ik, om dat op een hoger plan te trekken.

Marleen: Een aanvulling daarop is dat we **worstelen met disharmonische intelligentie profielen**. Wanneer stel je dan een LVB of zwakbegaafdheid vast? Eigenlijk gaat het heel erg over wanneer functioneert iemand op een LVB zwakbegaafd niveau, maar ga je er dan ook echt de **naam op plakken**? Dat soort dilemma's zouden denk ik heel wenselijk zijn om die te delen met elkaar. En ik denk ook aanvullend op wat zei Vera dat wij nog zoekende zijn hoe kunnen wij binnen de organisatie **de awareness** wat betreft LVB vergroten. Wij hebben die natuurlijk sterk, maar we zitten met FACT teams waar een hele hoge populatie LVB zit. Hoe zorg je daar dat de awareness voor LVB er is, maar ook het stukje diagnostiek. En onze cliënten gaan in de toekomst allemaal binnen een regioteam binnenkomen, dus niet meer rechtstreeks bij ons voor intake. En hoe zorgen we ook dat daar de awareness voor LVB goed is. Vanuit daar moeten ze weer naar ons toe komen. Dat zijn ook vraagstukken waar wij nu op dit moment mee spelen binnen deze organisatie.

Jeanet: Ja heel herkenbaar. We staan bij GGNet eigenlijk op een zelfde soort punt en ik denk dat het heel goed is om uit te wisselen. Het lijkt mij heel zinnig om dit thema op te pakken en uit te wisselen, via een **format / beleidsstuk / adviesstuk** waar andere ggz instellingen hun voordeel mee kunnen doen. Dat kunnen we volgens mij gewoon gaan oppakken. Wij hebben ook gezegd wij zien de noodzaak van het LVB sensitief maken van de organisatie vanaf voordeur, inclusief crisisdienst, etc. Ingeborg, jullie hebben 35 FACT teams, ik zou ook nog eens graag eens met jou spreken over hoe heb jij die FACT teams zover gekregen.

Ingeborg: Ja, dan zou ik ook onze **manager** er wel graag even bij willen uitnodigen. Michiel van der hout, want die heeft daar ook een grote rol in gespeeld.

Eric: Ik sluit aan op wat net werd gezegd over behoefte aan formats en dat soort zaken nog meer en wat Ingeborg al een tijdje geleden zei over rekenmodule van AKWA. Ikzelf ben bij een vergelijkbare proces van samenwerking betrokken rond dwang en drang en daar zijn we een stukje verder. Wat we niet zouden moeten vergeten in deze beweging is eventueel **AKWA mee te nemen**. Zij kunnen oa ondersteunen op het gebied van het opzetten van een meer concrete samenwerking rond gebruik van eenzelfde routine outcome moment, dat je dezelfde screening gebruikt dat je dezelfde organisatie van screening doet. Ik heb me nu voorbereid door me te verdiepen in de generieke module. Ik hoor **veel dingen hier benoemd worden die al in de GM staan**. Ik weet dat er vanuit AKWA nog geen initiatief is, maar wel financiering vanuit VWS beschikbaar. Als je op een goed moment als groep je vinger opsteekt dat je dan ook kunt komen tot VWS gefinancierde bijeenkomsten en dan kan het ietsje minder houtje touwtje worden.

Daniëlle: Ja, we zijn vanuit Phrenos in gesprek met AKWA om voor de verschillende netwerken die al lopen en die worden opgezet te kijken hoe we kunnen samenwerken en hoe kunnen ze dat eventueel of hun financieel ondersteunen of met uren. Dat zou dan natuurlijk ook in overleg met deze groep zijn. In een breder kader loopt dat traject dus.

Eric: Mijn ervaring is dat dat ze faciliteren via een aantal bijeenkomsten per jaar. Dat is het hele concrete voorbeeld bij het dwang en drang en dat helpt wel.

Jeanet: Ingeborg en ik zitten in de werkgroep rondom de **herziening van die generieke module**. Die generieke module was zowel voor de verstandelijk gehandicaptenzorg als voor de ggz. Dat blijkt niet te werken in de praktijk, dus daar is voor gekozen om nu via AKWA een herziening op te starten. 12 juni hebben we de eerste bijeenkomst, onder leiding van Natasja Haneveer vanuit AKWA om de

generieke module LVB te gaan herzien, maar dan alleen voor de ggz. Dus hij wordt opgeknipt om het maar zo oneerbiedig te zeggen. Heel goed dat jij AKWA benoemt als groep die kan ondersteunen, mogelijk ook met een stuk rond diagnostiek en organisatie van zorg, en hartstikke mooi om al van Danielle te horen dat Phrenos al in contact staat met hun.

Eric: Mijn aanvulling richting AKWA gaat vooral op mijn eigen gebied. Ik denk aan onderzoek en niet zozeer aan de organisatie van zorg en dat soort dingen. Zij bieden ook een stukje **ondersteuning in het stroomlijnen van data analyse**. Mijn ondersteuning is heel praktisch. Je hebt een concreet project met kop en staart en ik kijk mee, maar hun ondersteuning is meer in het algemeen dat je bij verschillende instellingen allemaal de SCIL toepast en dat je dan tabellen vult en daarmee elkaar versterkt en ondersteunt. Het is misschien iets wat je pas over een jaar nodig hebt, maar mijn punt was vergeet ze niet en zet ze op een vroeg stadium in. Fijn dat jullie daar al mee bezig zijn.

Tim: Ik kan me heel erg vinden in de dingen die net allemaal ook gezegd zijn, maar wat ik in de praktijk wel merk is dat we bij onze polikliniek toch wel vaak verwijzingen binnenkrijgen van mensen die eigenlijk helemaal niet bij de GGZ terecht zouden moeten komen. Ik denk dat daar ook wel een slag te maken valt dat **huisartsen bijvoorbeeld veel beter geïnformeerd** zouden kunnen worden over wat LVB of ZB inhoud en welke zorg beschikbaar is. En daarnaast ook dat de reguliere behandelaar in de reguliere GGZ instellingen niet gelijk moeten schrikken van een term als **zwakbegaafdheid of LVB** of beneden gemiddelde intelligentie en dan gelijk maar door moeten verwijzen naar een gespecialiseerde afdeling. We merken hier binnen Rivierduinen, dat we zeker binnen de FACT teams heel veel mensen met een beneden gemiddelde intelligentie zien die heel snel doorverwezen worden naar onze poli vanuit onbekendheid, terwijl de meeste behandelaars heel veel behandelingen prima zouden kunnen uitvoeren bij die mensen. Dan zit je inderdaad met een gebrek aan awareness en kennis. Hoe zorgen we dat ze niet schrikken van zo'n term?

Jeanet: Ik hoop dat jullie organisatie zijn voordeel kan doen met een aantal voorbeelden vanuit de gewone GGZ. Dat je de **FACT teams, zoals dat bij Ingeborg gelukt** is, toch mee kunt krijgen op dit verhaal en dat we niet meer excluderen, maar includeren. Het andere is dat je huisartsen noemde. Ik weet in ieder geval bij ons in de regio (in de Liemers) een **kaderarts**, Dorien Stewart Cohen (zie LinkedIn), die heel actief is als het gaat om huisartsen bewust te maken van deze groep en rond scholing voor POH. Ook daarvan denk ik ja, dit zouden **alle huisartsen van Nederland** gewoon moeten weten. Ik ben zelf ooit als huisarts begonnen en achteraf denk ik, jeetje, had ik als huisarts maar wat meer kennis gehad van mensen met een beneden gemiddelde intelligentie, want die frequenteren ook vaak je spreekuur. Ze hebben heel vaak problemen met lifestyle en allerlei programma 's die niet werken. Dus als het gaat om het thema huisartsen en de eerste lijn, dan is er ook echt nog een enorme slag te slaan en een wereld te winnen.

Daniëlle: En daar kunnen we eventueel ook **contact voor zoeken met het NHG**.

Jeanet: Ja bijvoorbeeld, en deze Dorine Stewart timmert enorm aan de weg. Ook met **steun van zorgverzekeraars**. Weet dat CZ onder andere is aangehaakt, die is enorm steunend ook in het zuiden. In de Liemers lopen er projecten rond het **thema LVB in de huisartsenzorg**.

Tim: Dat is heel mooi. We hebben een maand geleden een LVB bijeenkomst voor huisartsen georganiseerd. En daar waren welgeteld 6 huisartsen. Daar bereiken je dus eigenlijk niet genoeg mee. Het zou mooi zijn als dat breder gedragen kan worden.

Vera: Onze ervaring met scholen van huisartsen is dat het vaak beter werkt om te vragen of de **POH van de huisarts** komt en zo weer opschalen naar boven.

Jeanet: Toch wel bedroevend weinig, 6 aanmeldingen. Dat geeft wel aan hoe **niet-sexy** dit onderwerp voor sommige huisartsen is of ze hebben gewoon geen idee van. Zoals ik vroeger ook geen idee van had, want het zat destijds ook niet in mijn opleiding tot huisarts. Dorien Stewart Cohen is een van de weinige huisartsen die ook op **LinkedIn** te vinden is.

Ester: Een organisatie zoals **Proscop** (?), Ik weet niet of die helemaal landelijk zitten. Die kunnen ook bij dit soort trajecten goed ondersteunen.

Rens: Ik heb vooral zitten luisteren naar die awareness. Die is erg belangrijk, maar ik zou er ook wel voor willen waarschuwen dat als we alleen hier awareness gaan creëren, dat dan ook de ggz nog makkelijker maakt om hun **casuïstiek over de schutting** te willen gooien. Ik ben denk ik een van de weinigen die juist vanuit de VG werkzaam is, en van daaruit hebben een aantal keer casussen overlegd. Dan is een van de slotopmerkingen vaak: ja, maar wat kan hij nu heen? Dat is helemaal niet bedoeling van dit overleg, maar dat we elkaar proberen te helpen. Ik denk trouwens dat je die POH inderdaad beter kunt sturen dan de huisarts en misschien dat de huisartsen nog wat van mee krijgt. Ik wil in ieder geval **Ilse Mathijssen** noemen, een huisarts in Parkstad die ook erg actief is op die LVB zorg.

Ik vind het ook wel een interessante gedachte om die **modules te splitsen voor de GGZ en voor de verstandelijk gehandicaptenzorg**. En ik denk inderdaad dat dat wel nodig is, want als je mij vraagt heeft de gemiddelde psychiater veel minder verstand van psychiatrie bij een verstandelijke beperking van een AVG arts.

Jeanet: In het Medisch contact heeft een heel goed artikel gestaan met onze straatdokter, Michiel vermaak. Die zegt hoor eens even psychiatrie pakt die handschoen op, want er zijn **10 keer zoveel psychiaters als AVG artsen** en lang niet alle AVG artsen zijn geschoold in de psychiatrie, want dat is een keuzestage van 3 maanden. We moeten vooral de dialoog met elkaar voeren en elkaars kennis delen en het moet vooral in alle opleidingen en ook tot die van psychiater. Ik ben echt stellig van mening dat het gewoon **in alle opleidingen moet**, maar dan ook alle opleidingen van alle disciplines mogen niet meer weggijken en excluderen. Dat kan gewoon niet als 40% in de SGGZ aanwijzing heeft voor het functioneren op dat niveau en 30% geschat over de hele ggz kunnen we gewoon niet meer zeggen dat doen we niet meer.

Rens: Maar Zouden **de zorgverzekeraars** dat niet ook bijvoorbeeld de rol in moeten spelen, want die accepteren de een of andere manier ook allemaal.

Jeanet: Ester en ik hebben een week of 3 a 4 geleden overleg met **Zorgverzekeraars Nederland** gehad. Die waren zeer enthousiast over ons verhaal en die spelen ook een belangrijke rol in het wegnemen van de vrijblijvendheid. Maar ik denk ook dat het onderwerp in alle opleidingen moet.

4. Praktische vervolgspraken

Jeanet:

- Ik denk dat we naast een **datum voor vervolg**;
- ook kunnen kijken welke **sub clubjes** gaan we voor maken om bepaalde onderwerpen op te pakken om tot concrete aanbevelingen te komen voor formats, beleidsstukken etc?

Daniëlle:

- We zullen sowieso vanuit Phrenos **de web pagina** over dit thema gaan aanpassen en invullen, dus dan kunnen jullie daar in ieder geval weer informatie vinden en kunnen we daar ook informatie kwijt.
- Ik kan als eerste actie **een mailinglijst van deze groep** maken. En dan gaan we in ieder geval het **verslag** van deze bijeenkomsten rondsturen.
- Misschien kunnen we iets van de termijn kijken waarop we nog een keer bij elkaar willen komen. En dan zouden we (Jeanet en ik, misschien met één of twee van jullie?) aan de hand van dat verslag al met een soort **voorstel of opties of varianten kunnen komen van wat we zouden kunnen oppakken als netwerk** en dat aan jullie voorleggen, bijvoorbeeld eerst schriftelijk en dan in een volgende bijeenkomst bespreken. Welke richting we wel of niet op willen.

Jeanet: Ik denk dat iedereen even aan moet geven die het **niet akkoord** vindt om de mailadressen te delen. Ik zie allemaal duimpjes voorbij komen.

De website is denk ik heel belangrijk, daar zit dus ook die link in naar dat bronnen overzicht Als het goed is van het landelijk kenniscentrum. Het verslag is ook belangrijk en ik denk dat we ook moeten nadenken waar de behoefte ligt van elkaar weer eens ontmoeten en dan wat minder lang, want dat hele voorstel rondje kunnen we overslaan. Wanneer zien we elkaar weer? Is dat twee keer per jaar of 3 keer per jaar? Dat kan ook **schriftelijk aangegeven** worden en ook of we al een thema kunnen oppakken en wie zich daarbij aan wil sluiten.

Daniëlle: Ja precies. Ik dacht, We kunnen misschien een aantal voorstellen doen voor activiteiten om als netwerk op te pakken en we kunnen inderdaad ook een thema voorstellen om op te pakken. We hebben heel veel mooie informatie opgehaald die we zullen delen, samen met een voorstel voor hoe verder.

Jeanet: Is er iemand die zegt ik denk graag mee met Daniëlle en mij? Daar kun je ook over nadenken en ons dat later even via de mail laten weten als het verslag komt. We denken aan max met zijn vieren. Ik zie **Joyce** al reageren met: "van op afstand denk ik altijd graag mee met van alles". En **René** zie ik een hand opsteken. Dan komen we met een klein clubje zo concreet als mogelijk met een voorstel voor vervolgstappen.

Jeanet: Ik wil jullie heel erg bedanken voor deze twee uur durende marathon zit. En ik deel de mening van Daniëlle dat we al enorm veel uitgewisseld hebben en dat er heel veel in het visnet zit om wat moois mee te gaan doen.