

LVB Onderzoek & Praktijk

BREAKOUT!:

Vorbereiden op zelfstandigheid

LVB EN PSYCHIATRIE

(BE)LEEF IN DE WIJK:

Vaktherapie als onderdeel van FACT-LVB

SOCIALE INFORMATIEVERWERKING BIJ LVB

COLUMN:

Omdenken: tijd voor een andere kijk op LVB

VRAAGAPP

UIT DE KAST

**Tijdschrift van professionals die werken voor
sociaal kwetsbare mensen met cognitieve beperkingen**

Najaar 2018, jaargang 16, nr 2

LVB Onderzoek & Praktijk

Najaar 2018
Jaargang 16 - nummer 2

Inhoud

Ponsioen	4	Voorwoord
Van Scheppingen & Lems	6	BREAKOUT! Een methode om jongvolwassenen met een LVB voor te bereiden op zelfstandigheid
Vallenga & Goren	13	Samenwerken voor cliënten met een LVB en psychiatrische problemen
Dekker & Groen	21	Professionals uit de LVB-zorg en de GGZ bouwen bruggen binnen de academische werkplaats KAJAK
Berghs, Verdonschot, Krantz, Bootsma, Moonen & Van Hooren	25	(Be)leef in de wijk: Vaktherapie als integraal onderdeel van het ambulante (FACT-LVB)-behandelteam
Van Rest, Van Nieuwenhuijzen, Vriens & Matthys	34	De stand van zaken in het onderzoek naar sociale informatieverwerking bij jeugd met een licht verstandelijke beperking

Column

Van den Brink	39	Omdenken: Tijd voor een andere kijk op LVB
---------------	----	---

Uit de Praktijk

Schalken	41	VraagApp
Willemsen & Douma	44	Uit de kast

Binnengekomen

47

LVB Onderzoek & Praktijk

Tijdschrift van professionals die werken voor sociaal kwetsbare mensen met cognitieve beperkingen
is een uitgave van de stichting Landelijk Kenniscentrum LVB

LVB Onderzoek & Praktijk verschijnt tweemaal per jaar.

Redactie:

Annematt Collot d'Escury-Koenigs
Jolanda Douma
Annie de Groot
Hendrien Kaal
Mariët van der Molen
Maroesjka van Nieuwenhuijzen
Albert Ponsioen
Hilde Tempel
Inge Wissink

Tekstcorrecties:

Jolanda Douma
Mischa Vreijisen

Vermenigvuldiging:

Nezzo print en creatie – Druten
www.nezzo.nl

Correspondentie en kopij:

Landelijk Kenniscentrum LVB
t.a.v. Redactie Onderzoek & Praktijk
Catharijnesingel 47
3511 GC Utrecht
tel. 030-7400400
redactie@kenniscentrumlvb.nl
www.kenniscentrumlvb.nl

VOORWOORD

*Albert Ponsioen - hoofdredacteur
LVB Onderzoek & Praktijk*

Het vergroten van de zelfredzaamheid is het thema in een aantal bijdragen in dit najaarsnummer 2018 van LVB Onderzoek & Praktijk. Een actueel thema, immers: “De overheid verwacht van burgers dat ze zelfredzaam zijn en op allerlei onderdelen van het leven actief keuzes maken, in actie komen en met tegenslag om kunnen gaan” (WRR-rapport ‘Weten is nog geen doen’, 2017).

Lesley van Scheppingen en *Gerben Lems* beschrijven de methode BREAKOUT!, waarmee de mogelijkheden van jongvolwassenen om zelfstandig te functioneren in de samenleving worden vergroot. Een mooi voorbeeld van een methode die vanuit de praktijk is ontwikkeld en waarvoor nu de relatie met de theorie wordt gezocht.

De twee bijdragen in de rubriek *Uit de praktijk* sluiten goed bij dit thema aan. *Frank Schalken* beschrijft een digitaal hulpmiddel, *VraagApp*, om snel en adequaat antwoorden te kunnen krijgen op prangende en praktische vragen die variëren van ‘Hoe kan ik bezwaar maken tegen een belastingaangifte?’ tot ‘Mijn telefoon laadt niet meer op’. *Hans Willemsen* en *Jolanda Douma* stellen dat overschatting van de eigen zelfredzaamheid de ondersteuning die iemand daarbij nodig heeft in de weg kan staan. Meer inzicht in hun eigen beperking, door middel van psycho-educatie over hun LVB, zou cliënten met LVB-problematiek meer open doen staan voor hulp en ondersteuning. Er bleken echter cliënten te zijn die zeer hardnekkig waren in het ontkennen van hun beperking. Zou hierbij een rol kunnen spelen dat juist het onderkennen van de specifieke beperkingen, naast de specifieke vaardigheden, bij deze cliënten het voor hun makkelijker maakt om deze te accepteren dan zo’n invasieve term als LVB?

In dit nummer ook veel aandacht voor de samenwerking tussen LVB-zorg en de psychiatrie. *Dineke Vallenga* en *Sandra Goren* beschrijven een kwalitatief onderzoek naar de samenwerking tussen twee zorgorganisaties. Eén van de conclusies: de samenwerking heeft geleid tot het herkennen van de specifieke zorgvraag van cliënten en tot het uitwisselen van kennis en ervaring. Maar er blijft nog wat te wensen over: de droom van een gezamenlijk expertisecentrum. *Marielle Dekker* en *Wouter Groen* geven aan hoe het met de Academische Werkplaats Kajak is gesteld. Kajak is in 2016 opgericht door het Landelijk Kenniscentrum LVB en het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie in samenwerking met de lidinstellingen Karakter, Pluryn, de Bascule, 's Heeren Loo, Ambiq en De Banjaard. Wat is er sinds deze oprichting en het uitbrengen van het Handboek Psychiatrie en lichte verstandelijke beperking (Didden, Troost, Moonen & Groen, 2016) gebeurd?

Marij Berghs, *Manon Verdonshot*, *Barbara Krantz*, *Martine Bootsma*, *Xavier Moonen* en *Susan van Hooren* besteden in hun bijdrage aandacht aan de rol van vaktherapie als onderdeel van FACT-LVB-behandelteams. In een pilot-onderzoek werd deze rol tegen het licht gehouden. Duidelijke conclusies konden na dit meer verkennende onderzoek nog niet getrokken worden. Wel is het een interessante ontwikkeling om interventies veel meer bij de mensen thuis te gaan inzetten.

In het vorige nummer van LVB Onderzoek & Praktijk werd kort verslag gedaan van de verdediging van het proefschrift van *Maaïke van Rest* over sociale informatieverwerking bij adolescenten met LVB-problematiek. Samen met haar mede-auteurs *Maroesjka van Nieuwenhuijzen*, *Aart Vriens* en *Walter Matthys* beschrijft *Maaïke* in dit nummer de stand van

zaken van het huidige onderzoek naar sociale informatieverwerking en de plannen die er zijn om het onderzoek door te trekken naar de diagnostiek en behandeling in de praktijk van hulpverlening aan jeugd met een LVB.

Voor de column hebben wij de Zorgmanager van het Jaar 2018 weten te strikken: *Gertrude van den Brink*. Een pleidooi om meer inzicht in de ontwikkeling van LVB-problematiek te verkrijgen: “Want hoe beter we de ontwikkeling van LVB begrijpen, hoe meer mensen tot bloei kunnen komen.”

Hieraan heb ik niets meer toe te voegen en rest mij alleen nog u opnieuw veel leesplezier toe te wensen!

BREAKOUT! EEN METHODE OM JONGVOLWASSENEN MET EEN LVB VOOR TE BEREIDEN OP ZELFSTANDIGHEID

Lesley van Scheppingen¹
Gerben Lems²

Het kan voor jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking (LVB) lastig zijn om volwaardig te participeren in de samenleving, omdat ze niet altijd de vaardigheden en het zelfvertrouwen hebben die daarvoor nodig zijn. De methode BREAKOUT! is ontwikkeld om deze jongvolwassenen te ondersteunen bij hun ontwikkelingstaken, zodat ze voorbereid worden op zelfstandigheid. De methode is breed inzetbaar en kan gebruikt worden in het onderwijs, binnen zorginstellingen en in penitentiaire inrichtingen. Dit artikel schetst een beeld van de mogelijkheden met deze methode voor jongvolwassenen met een LVB.



Inleiding

Als gevolg van de huidige visie op volwaardig burgerschap heeft iedere burger in Nederland de mogelijkheid om op alle maatschappelijke niveaus te participeren. Uitgangspunt voor mensen met een licht verstandelijke beper-

king (LVB) is dan ook dat ze participeren in de samenleving door bijvoorbeeld zelfstandig te wonen, deel te nemen aan regulier onderwijs en werkzaam te zijn in het reguliere werkproces (De Beer, 2016). Voor deze doelgroep wordt het echter steeds moeilijker om mee te komen in de samenleving, omdat de maatschappij steeds ingewikkelder wordt (Douma, Hoekman, & Merkus, 2017) en het door de individualisering van de samenleving moeilijker geworden is om ondersteuning te krijgen van bijvoorbeeld het sociale netwerk (De Beer, 2016). De toenemende complexiteit en verminderde ondersteuning zorgen ervoor dat mensen met een LVB vaak overvraagd worden, waardoor ze hard moeten werken om zich staande te houden in de maatschappij. Dit lukt niet altijd, wat kan leiden tot faalervaringen (Douma et al., 2017). Deze faalervaringen kunnen gevoelens van onbegrip, machteloosheid en moedeloosheid als gevolg hebben en tevens kan het ervoor zorgen dat mensen met een LVB door demotivatie belemmerd worden in hun ontwikkeling. Deze demotivatie ontstaat doordat ze niet kunnen voldoen aan de verwachtingen, maar ook omdat ze niet weten wat ze kunnen doen om hun situatie te verbeteren (Douma et al., 2017). Dit kan ertoe leiden dat mensen met een LVB onvoldoende in staat zijn tot zelfstandigheid, terwijl dit wel van hen gevraagd wordt.

STRAS is een organisatie die met uiteenlopende projecten mensen met een verstandelijke beperking helpt om mee te doen in het da-

¹ Docent Sociaal werk op de Hogeschool Leiden en onderzoeker bij het lectoraat LVB en Jeugdcriminaliteit.

² Directeur bij STRAS en ontwikkelaar van BREAKOUT!. Meer informatie op <https://www.STRAS.nl/> en via gerben.lems@STRAS.nl.

gelijkse leven van wonen, werken en vrije tijd. Deze projecten bestaan uit lesmateriaal waarmee mensen met een verstandelijke beperking getraind kunnen worden in vaardigheden die nodig zijn voor zelfstandigheid, zoals werknemersvaardigheden. Op deze manier wil STRAS bijdragen aan het creëren van een volwaardige plek in de samenwerking voor mensen met een verstandelijke beperking.

Eén van de projecten van STRAS is de methode BREAKOUT! voor jongvolwassenen met een LVB. De fase waarin jongvolwassenen zich bevinden wordt ook wel de adolescentie genoemd. In deze periode wordt van hen verwacht dat ze steeds zelfstandiger en zelfredzamer worden en zelf beslissingen gaan nemen, bijvoorbeeld over geld en wonen (Van Middelloop, Van Wietmarschen, Hilverdink & Vianen, 2017). Daarvoor is het nodig dat jongvolwassenen aan bepaalde ontwikkelingstaken werken en daar zijn vaardigheden voor nodig. De ontwikkelingstaak gezondheid vraagt bijvoorbeeld om vaardigheden als gerichte keuzes kunnen maken als het gaat om eten en drinken en in staat zijn om risico's op letsel in te schatten (De Beer, 2016). Voor jongvolwassenen met een LVB kan dit lastig zijn, omdat ze meer tijd nodig hebben om de benodigde vaardigheden aan te leren. Deze doelgroep heeft daarom ondersteuning nodig om op een veilige manier de grenzen van het eigen kunnen te ontdekken en een zo groot mogelijke zelfstandigheid te ontwikkelen (Rot, 2013). Met deze ondersteuning kan onder meer gewerkt worden aan eigen kracht, een belangrijke voorwaarde voor participatie (Brink, Winsemius & Sprinkhuizen, 2010). Om eigen kracht te kunnen ontwikkelen, is onder andere empowerment nodig op individueel niveau, wat vraagt om het bevorderen van eigen regie, het aanspreken van eigen kwaliteiten, het ontwikkelen van vaardigheden, zelfvertrouwen en zelfbewustzijn en het stimuleren van maatschappelijke participatie (Van Deur, Scholte & Sprinkhuizen, 2013). In BREAKOUT! staat het ontwikkelen van vaardigheden en vergroten van het zelfvertrouwen dan ook centraal om op deze manier een bijdrage te kunnen leveren aan participatie in de

maatschappij van jongvolwassenen met een LVB. Hierbij wordt gewerkt aan de volgende zes thema's: (1) Geld genoeg?!; (2) Fijn huis; (3) Vriendschap; (4) Liefde en seks; (5) Gezond en fit; (6) Happy hobby.

Ontstaansgeschiedenis

Sinds de start van BREAKOUT! zijn er drie varianten van de methode ontwikkeld, waardoor de methode gebruikt kan worden door zorginstellingen, scholen voor voortgezet speciaal onderwijs, praktijkonderwijs en MBO niveau 1 en penitentiaire inrichtingen (PI's). Er zijn drie varianten, omdat het op deze manier mogelijk is om qua vorm en inhoud aan te sluiten bij de deelnemers en organisatie waar de methode uitgevoerd wordt. In deze paragraaf wordt de ontstaansgeschiedenis van de drie varianten beschreven, waarbij aandacht wordt besteed aan het ontstaan, de opzet en de ervaringen van de deelnemers en begeleiders.

De methode BREAKOUT! is in 2011 ontstaan, omdat een zorgorganisatie behoefte had aan materiaal om cliënten met een LVB voor te bereiden op zelfstandigheid. De zorgorganisatie signaleerde bij deze cliënten namelijk vaak problemen rondom geld, vriendschappen, relaties, wonen, verslaving en zingeving. Er werd aan deze problemen gewerkt in één op één gesprekken met de cliënt, maar dit vond de zorginstelling niet voldoende. Er was behoefte aan materiaal waarmee de cliënten gestructureerd getraind konden worden in de genoemde probleemgebieden. Naar aanleiding van deze behoefte is STRAS gestart met een project om een methode te ontwikkelen waarmee structureel voorkomen kan worden dat cliënten in de problemen komen. Bij dit project werd naast de zorginstelling ook een school voor voortgezet speciaal onderwijs betrokken, omdat zij dezelfde problemen signaleerden bij hun leerlingen.

Opzet van het project was om de nieuwe methode te ontwikkelen door een pilot te draaien met de eerste uitwerkingen van de thema's. Tijdens de pilot werd op meerdere manieren

bekeken welke aanpassingen er nodig waren aan de methode om ervoor te zorgen dat deze goed aan zou sluiten bij de doelgroep waarvoor deze bedoeld is. Allereerst was er een klankbordgroep met daarin vertegenwoordigers van zowel de zorginstelling als de school. Deze klankbordgroep gaf feedback op de inhoud van de thema's, waarbij met name gekeken werd of deze aansloot bij de doelgroep, en op het verloop van de bijeenkomsten. Uit deze feedback bleek dat de klankbordgroep tevreden was over het enthousiasme van de deelnemers en over de bewustwording over de thema's bij de deelnemers (Hooft, 2012). Daarnaast werd gekeken naar de ervaringen van de deelnemers. Zij gaven aan dat je leert door met de groep te praten over je problemen en dat kun je niet alleen doen. Ook vonden de deelnemers het fijn om nieuwe mensen te leren kennen en om te merken dat ze niet de enigen waren met problemen. De deelnemers zouden BREAKOUT! daarom aanraden aan anderen (Hooft, 2012). Aansluitend werd aan de persoonlijk begeleiders van de deelnemers uit de zorginstelling gevraagd wat zij van BREAKOUT! vonden. Zij gaven aan dat BREAKOUT! aansluit bij de deelnemers en dat zij effecten van de trainingen hebben gezien, omdat er vragen gesteld werden over de onderwerpen door de deelnemers waardoor er gesprekken konden ontstaan (Hooft, 2012).

Naast de genoemde resultaten kwamen er ook verbeterpunten uit het onderzoek naar de pilotversie. Zo benoemde de klankbordgroep dat de bijeenkomsten soms nog te veel theorie bevatten, waardoor de deelnemers lang achter elkaar stil moesten zitten, en gaven ook de deelnemers aan dat ze graag meer activiteit en minder theorie zouden willen (Hooft, 2012). Naar aanleiding van deze en andere verbeterpunten is BREAKOUT! aangepast, waarna er twee varianten waren die gebruikt konden worden in het werkveld: een variant voor zorginstellingen en een variant voor scholen in het voortgezet speciaal onderwijs, praktijkonderwijs en MBO niveau 1.

De methode BREAKOUT! is gericht op het

vergroten van de vaardigheden en het zelfvertrouwen van jongvolwassenen met een LVB. Met de methode leren de deelnemers nieuwe vaardigheden binnen de zes thema's en wordt aan hun zelfvertrouwen gewerkt om ervoor te zorgen dat bij de deelnemers de wil en het geloof ontstaan dat ze meer uit het leven kunnen halen. Om dit te bereiken, werken de deelnemers individueel aan persoonlijke doelen, waarbij het van belang is dat de deelnemers zelf bepalen welke problemen zij in hun leven tegenkomen en dat ze vervolgens de uitdaging aannemen om in actie te komen op een manier die past bij hun persoonlijke situatie en capaciteiten. Als het hen lukt om persoonlijke doelen te behalen, dan kan hun zelfvertrouwen groeien doordat ze een probleem aanpakken waar ze al langer last van hadden. Naast deze individuele component is ervoor gekozen om het programma in groepsverband aan te bieden, omdat het werken in een groep ervoor zorgt dat deelnemers van elkaar kunnen leren en dat er activiteiten gedaan kunnen worden waar meerdere personen voor nodig zijn. Ook kan de groepsdynamiek de impact van de methode vergroten en ervoor zorgen dat de deelnemers gestimuleerd worden om hun problemen daadwerkelijk aan te pakken.

Vanuit deze basis richt de eerste variant BREAKOUT! XPERIENCE zich op jongvolwassenen tussen de 17 en 22 jaar die niet meer op school zitten, maar wel begeleiding krijgen van een zorginstelling. De naam BREAKOUT! XPERIENCE verwijst naar een gebeurtenis en naar de belofte dat je iets gaat beleven. Hiermee worden jongvolwassenen gemotiveerd om deel te nemen, omdat deze jongvolwassenen veelal geen onderdeel uitmaken van een geheel, zoals een schoolklas. Dit betekent dat ze zelf de motivatie voor deelname moeten hebben. BREAKOUT! XPERIENCE bestaat uit zes workshops van een dag, waardoor het programma overzichtelijk is voor de jongvolwassenen en de kans kleiner is dat ze tussentijds afhaken. Tijdens elke workshop wordt een thema behandeld, waarbij de deelnemers aan het einde van elke workshop een persoonlijk leerdoel formuleren, die ze in de komende

twee weken kunnen behalen. Om hen hierbij te helpen, ontvangen de deelnemers een boekje met praktische opdrachten en ideeën waarmee ze thuis zelfstandig of met hun ouder(s) of begeleider aan de slag kunnen. Ook wordt in elke workshop een challenge gedaan in de vorm van een ludieke, sportieve of creatieve activiteit waarmee de onderlinge band tussen de deelnemers en het zelfvertrouwen van de individuele deelnemers versterkt worden.

Als tweede variant is het schoolpakket BREAKOUT! bedoeld voor leerlingen van 17 tot en met 22 jaar van het voortgezet speciaal onderwijs, praktijkonderwijs en MBO niveau 1. Deze leerlingen krijgen in het uitstroomjaar van hun opleiding 18 lessen van 2 uur, waarbij steeds drie lessen besteed worden aan één thema, zodat uiteindelijk alle thema's van BREAKOUT! behandeld zijn. Indien gewenst kunnen de lessen ook verspreid worden over een langere periode en is het mogelijk om de zes thema's los van elkaar te gebruiken, omdat er geen onderling verband is tussen de inhoud van de zes thema's.

In 2015 is een derde variant, genaamd BREAKOUT! DJI, ontwikkeld voor gedetineerden tussen de 20 en 35 jaar met een LVB die verblijven in penitentiaire inrichting (PI). Ook deze variant is ontstaan vanuit een behoefte in het werkveld. De directeur van een PI gaf namelijk aan dat er veel gedetineerden met een LVB in een PI verblijven, maar dat er geen materiaal is om met hen te werken aan vaardigheden die nodig zijn voor zelfstandig functioneren in de maatschappij. Hierop heeft STRAS in samenwerking met deze directeur BREAKOUT! DJI ontwikkeld, die aansluit bij de behoeften van gedetineerden en bestaat uit vier thema's: Geld genoeg?!, Fijn huis, Vriendschap en Gezond en fit. Deze thema's worden behandeld in twaalf bijeenkomsten van 2 uur, waarbij steeds drie lessen gericht zijn op één thema. Na afloop van elke bijeenkomst krijgen de deelnemers huiswerkopdrachten mee. De medewerkers van de PI hebben een ondersteunende taak bij deze huiswerkopdrachten. Daarom krijgen zij per thema een begeleidersboekje met daarin

tips over de wijze waarop ze de gedetineerden kunnen begeleiden bij het doen van hun huiswerk.

Uit onderzoek naar BREAKOUT! DJI blijkt dat de deelnemers aangeven dat ze de training goed begrijpen en dat er thema's aan de orde komen die relevant voor hen zijn. Ook vertellen de deelnemers dat ze meer inzicht hebben gekregen in hun problemen en dat hun zelfvertrouwen gegroeid is. Voor de medewerkers van de PI was BREAKOUT! DJI een mogelijkheid om vanuit hun ondersteunende taak bij de huiswerkopdrachten te werken aan een positieve relatie met de gedetineerden. Ook waren zij enthousiast over het feit dat ze iets konden betekenen voor de gedetineerden met een LVB (Dingler, 2015). Op basis hiervan stelt Dingler (2015) dat BREAKOUT! DJI de kans biedt om vaardigheden te oefenen die nodig zijn om terug te kunnen keren in de maatschappij.

De ontwikkelingsgeschiedenis van BREAKOUT! laat zien dat de methode gebaseerd is op behoeften uit de praktijk en dat de opzet en inhoud samen met het werkveld zijn vormgegeven. Onderzoek laat zien dat dit leidt tot positieve ervaringen van de deelnemers en begeleiders (Dingler, 2015; Hooft, 2012). Om meer inzicht te geven in de methode zal hieronder de inhoud van BREAKOUT! beschreven worden.

Inhoud van BREAKOUT!

De methode BREAKOUT! bestaat uit zes thema's waarin de jongvolwassenen vaardigheden kunnen leren, waarmee ze zo zelfstandig mogelijk kunnen functioneren in de maatschappij. Dit wordt gedaan door bij elk thema gebruik te maken van diverse werkvormen, zoals de inzet van stemkastjes aan het begin van elk thema om anoniem te inventariseren wat er speelt bij de deelnemers, het gebruik van ervaringsgerichte activiteiten, zoals testjes, en het houden van groepsgesprekken op basis van filmmateriaal.

In deze paragraaf wordt de inhoud van thema's

beschreven, waarbij steeds gekeken wordt aan welke ontwikkelingstaken en bijbehorende vaardigheden er gewerkt wordt. Dit wordt gedaan vanuit de theorie om zo, naast de onderbouwing uit de praktijk in de vorige paragraaf, een eerste aanzet te geven voor een onderbouwing vanuit de theorie.

Thema 1: Geld genoeg!?

Het thema Geld genoeg!? richt zich op omgaan met geld, omdat jongvolwassenen met een LVB vaak weinig overzicht hebben over de structurele uitgaven waar je rekening mee moet houden. Ook kunnen ze gevoelig zijn voor verleidingen van reclame en de leefstijl van hun vrienden en idolen, waardoor ze te veel geld uitgeven aan luxe artikelen. Dit kan leiden tot bezuinigingen op belangrijke zaken zoals eten en de huur en tot het opbouwen van schulden. Met dit thema wordt gewerkt aan twee ontwikkelingstaken van jongvolwassenen. Allereerst is het uitkomen met geld een belangrijke voorwaarde voor de ontwikkelingstaak woonsituatie, waarbij het van belang is dat jongvolwassenen leren om hun uitgaven over de maand te verdelen. Daarnaast wordt er in dit thema aandacht besteed aan het belang van een baan, waarmee wordt gewerkt aan de ontwikkelingstaak werk (De Beer, 2016). Om aan deze ontwikkelingstaken te kunnen werken, komen de volgende onderwerpen aan bod binnen het thema: Inkomsten en uitgaven, prijsbewust zijn, mobiele telefoon, het belang van een baan, het zoeken van een baan en het onderscheid tussen goede en slechte manieren om aan je geld te komen.

Thema 2: Fijn huis

In het thema Fijn huis gaat het over de volgende onderwerpen: Het gezellig maken van je huis, opruimen, schoonmaken en burens. Hier wordt aandacht aan besteed omdat jongvolwassenen met een LVB moeite kunnen hebben met het op gestructureerde wijze runnen van hun huishouden en dit kan leiden tot verpaupering en soms tot gevaarlijke situaties, zoals brandgevaar. Tevens kan een chaotische leefstijl leiden tot spanningen met medebewoners of burens. Met dit thema wordt bijgedragen aan

de ontwikkelingstaak woonsituatie, waarbij een eigen huishouden opbouwen en zorgen voor hygiëne belangrijke vaardigheden zijn (De Beer, 2016).

Thema 3: Vriendschap

Het derde thema gaat over Vriendschap en wordt behandeld omdat jongvolwassenen met een LVB moeite kunnen hebben met het aangaan en onderhouden van sociale contacten. Dit betekent onder andere dat ze gevoelig kunnen zijn voor groepsdruk, waardoor ze dingen doen die slecht zijn voor zichzelf en voor anderen. Met dit thema wordt aandacht besteed aan de ontwikkelingstaak sociale contacten en vriendschappen met als bijbehorende vaardigheden: iets voor een ander doen, vertrouwen tonen, probleem oplossen en humor begrijpen (De Beer, 2016). Om aan deze ontwikkelingstaak te werken, staan binnen het thema Vriendschap de volgende onderwerpen centraal: Vrienden maken, de eerste indruk, lichaamsstaal, vrienden vinden, vrienden blijven en sociale druk / eigen grenzen bepalen.

Thema 4: Liefde en seks

Liefde en seks is het vierde thema van BREAKOUT!. Dit thema komt aan bod in de methode, omdat jongvolwassenen met een LVB moeite kunnen hebben met vinden van een partner en het vormgeven van een relatie. Dit komt onder andere door hun problemen met sociale contacten en door het ontbreken van een realistisch beeld van relaties en seks. Daarom worden de volgende onderwerpen behandeld binnen dit thema: Rollen en verwachtingen, ideale partners, kennismaken en versieren, beleving van seks, feiten en fabels over seks, voorbehoedsmiddelen, evenwichtige en gelijkwaardige relatie en gewenst en ongewenst gedrag. Op deze manier wordt er gewerkt aan de ontwikkelingstaak van jongvolwassenen met een LVB op gebied van intimiteit en seksualiteit, waarbij het onder andere gaat om de vaardigheden contact leggen en kunnen aanvoelen welke intimiteit een ander wenst (De Beer, 2016).

Thema 5: Gezond en fit

Het thema Gezond en fit richt zich op de ontwikkelingstaken gezondheid en lichaam en uiterlijk. Bij de ontwikkelingstaak gezondheid hoort onder meer de vaardigheid grenzen kennen en hanteren ten aanzien van drugs en drank, terwijl het bij de ontwikkelingstaak lichaam en uiterlijk bijvoorbeeld gaat om de vaardigheid zorgen voor hygiëne en goede voeding (De Beer, 2016). Binnen BREAKOUT! wordt er aandacht besteed aan dit thema, omdat jongvolwassenen met een LVB een ongezond leven kunnen leiden, doordat het voor hen moeilijker is om kennis te vergaren over wat wel en niet gezond is en dat maakt het voor hen moeilijker om weloverwogen keuzes te maken als het gaat om gezondheid (De Beer, 2016). Daarom worden de volgende onderwerpen behandeld: Werking van het lichaam, lichaamsverzorging, voeding, gewicht, verslaving algemeen en alcohol, drugs en roken als verslavende producten.

Thema 6: Happy hobby

In het thema Happy hobby draait het om het omgaan met vrije tijd. Dit thema sluit aan bij de ontwikkelingstaak vrije tijd, wat betekent dat er gewerkt wordt aan de vaardigheden hobby kiezen, plannen van vrije tijd en het doen van iets zinnigs bij veel vrije tijd. Dit is relevant, omdat jongvolwassenen met een LVB een beperkter voorstellingsvermogen kunnen hebben van de mogelijkheden en ook kunnen ze moeite hebben met plannen, waardoor het voor hen lastiger is om tot een zinvolle invulling van hun vrije tijd te komen (De Beer, 2016). Doel van het thema Happy hobby is dan ook om hen alternatieven te bieden voor hun vrijetijdsinvulling, zodat ze hun dagen niet hoeven te vullen met slapen, luieren en eindeloos gamen en televisie kijken. Dit wordt gedaan met behulp van de volgende onderwerpen: Talenten, interesses, hobby's, gamen, gezelschapsspellen en goede voornemens.

Tot slot

BREAKOUT! is ontstaan vanuit behoeften in het werkveld en is daardoor sterk praktijkgeoriënteerd. Onderzoek naar het gebruik van de

methode in de praktijk laten zien dat de ervaringen met BREAKOUT! overwegend positief zijn: De thema's van de methode sluiten goed aan bij de deelnemers, vergroten het zelfvertrouwen van de deelnemers en geven mogelijkheden om in gesprek te gaan over, soms moeilijke, onderwerpen. Ook vinden de deelnemers het prettig om nieuwe mensen te leren kennen en om te ontdekken dat je niet de enige bent met problemen (Hooft, 2012; Dingler, 2015). Aansluitend blijkt ook uit contacten met de praktijk dat BREAKOUT! positief ervaren wordt door de deelnemers. Zo geeft één deelnemer van een VSO-school aan: 'BREAKOUT! is niet alleen leuk, ook nog leerzaam!' en benoemt een andere leerling van dezelfde school: 'Bij BREAKOUT! zijn we bezig met zaken die gaan over het échte leven.'

Op basis van deze praktijkervaringen blijkt BREAKOUT! dan ook een methode te zijn die zeer bruikbaar is voor organisaties die willen bijdragen aan de maatschappelijke participatie van jongvolwassenen met een LVB. Voor de toekomst kan deze praktische onderbouwing van de werkzaamheid van BREAKOUT! aangevuld worden met een theoretische onderbouwing. Een eerste verkenning van de literatuur in dit artikel laat zien dat dit goed mogelijk is. Hierop voortbouwend is het interessant om meer gestructureerd te kijken naar de effecten van de methode op de vaardigheden en het zelfvertrouwen van de deelnemers van BREAKOUT!.

Literatuur

- Beer, Y. de (2016). *Kompas licht verstandelijke beperking: Definitie, aspecten en ondersteuning*. Amsterdam: Uitgeverij SWP Amsterdam.
- Brink, C., Winsemius, A., & Sprinkhuizen, A. (2010). Hoofdstuk 10: Op eigen kracht; participatie door kwetsbare groepen. In M. van Houten & A. Winsemius (Red.), *Participatie ontward: Vormen van Participatie* (pp. 167-179). Utrecht: Movisie.
- Deur, H. van, Scholte, M., & Sprinkhuizen, A. (2013). *DichtErBij: Wegen en overwegen in het sociaal werk*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Dingler, G. (2016). *Effectmeting Break Out training*

- PI Rotterdam (locatie de Schie)*. Bussum: Gigi Dingler.
- Douma, J., Hoekman, J., & Merkus, E. (2017). *Handreiking (vroeg)signalering van een licht verstandelijke beperking (LVB) en zwakbegaafdheid: Signaleren van achterstanden in de (kinderlijke) ontwikkeling en van factoren die het risico daarop vergroten*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB. Te verkrijgen via <https://www.kenniscentrumlvb.nl/kennis-delen/publicaties/product/12-handreiking-vroegsignalering-van-een-lvb-2017>
- Hoof, J. (2012). *Resultaten Project Breakout: Pilot Editie – Steinmetz/De Compaan & VSO de Hoge Brug*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Middelkoop, L. van, Wietmarschen, M. van, Hilverdink, P., & Vianen, J. (2017). *Toolkit 16-27*. Utrecht: Aanpak 16-27. Te verkrijgen via <http://www.16-27.nl/toolkit/>
- Rot, E. J. W. (2013). *Handreiking Balans in Beeld: Jongeren met een licht verstandelijke beperking uitdagen, zonder hen te overvragen of ondervragen*. Utrecht: Kennisplein Gehandicaptensector.
- Wit, M. de, Moonen, X., & Douma, J. (2011). *Richtlijn effectieve interventies LVB. Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB.

SAMENWERKEN VOOR CLIËNTEN MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING EN PSYCHIATRISCHE PROBLEMEN

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

Dineke Vallenga¹

Sandra Goren²

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

Inleiding

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

Participeren in de maatschappij is ingewikkeld voor mensen met een LVB, omdat zij minder cognitieve en adaptieve vaardigheden hebben dan mensen zonder deze beperking. Ervaren zij geen steun van hun omgeving, dan is de

kans op het ontwikkelen van een stoornis groot (Didden, Troost, Moonen, & Groen, 2016). De prevalentie van psychiatrische stoornissen wordt geschat op 30 tot 50% ten opzichte van 10% bij normaal begaafden (Došen, 2014). Alle psychiatrische stoornissen kunnen óók bij mensen met een (L)VB voorkomen (Wieland et al., 2014; Došen, 2014).

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

Mensen met de combinatie van een verstandelijke beperking en psychiatrische problemen verdienen zorg van beide specialismen: LVB-zorg en GGZ. Samenwerking tussen zorgver-

¹ Dineke Vallenga is als gedragswetenschapper werkzaam bij 's Heeren Loo Ermelo; dvallenga@hotmail.com.

² Sandra Goren is als Arts AVG werkzaam bij 's Heeren Loo Ermelo; sandra.goren@sheerenloo.nl.

leners uit beide sectoren is noodzakelijk om deze groep de juiste zorg te kunnen bieden en te voorkomen dat zij tussen wal en schip vallen. Niet alleen inhoudelijk is het belangrijk om samen te werken. Ook een goede organisatorische samenwerking tussen zorgaanbieders is onontbeerlijk. Kennis van elkaars zorgaanbod op regionaal en lokaal niveau is een vereiste om de inhoudelijke zorg vorm te kunnen geven.

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

In dit artikel bespreken we het resultaat van een kwalitatief onderzoek. Waarin gezocht is naar hoe deze samenwerking in de dagelijkse praktijk vorm krijgt, hoe er gebruik gemaakt wordt van elkaars kennis, ervaring en zorgaanbod en hoe dat verbeterd kan worden.

Methode

Er zijn bij 17 stakeholders uit beide organisaties semigestructureerde interviews afgenomen. Geïnterviewd zijn artsen voor verstandelijk gehandicapten (AVG's), psychiaters, gedragswetenschappers, managers, verpleegkundig specialisten en begeleiders. Er is gevraagd naar de gebieden waarop door professionals van beide organisaties wordt samengewerkt, naar de tevredenheid hierover en naar de behoefte aan uitbreiding, intensivering of verbetering. De interviews zijn opgenomen en uitgewerkt in verslagen die door de geïnterviewden zijn geaccordeerd. Deze verslagen zijn geanalyseerd door een tweede onderzoeker. Tekstfragmenten zijn gecodeerd en thematisch geordend. Vervolgens is er gezocht naar verbanden en zijn de volgende thema's geformuleerd: samenwerking in historisch perspectief; achtergrond van de samenwerking; expertise en voorzieningen; zorgverlening en visie; finan-

ciering; en belemmerende en bevorderende factoren. In dit artikel bespreken we de bevindingen aan de hand van deze thema's. Waar de tekst wordt ondersteund met casuïstiek of citaten, zijn de persoonsgegevens geanonimiseerd.

Resultaten

Verloop van de samenwerking

Citaat: "Samenwerking met GGz Centraal is tot nu toe heel vaak vastgelopen door het institutionele denken." (geïnterviewde van 's Heeren Loo)

Dat beide instellingen in Ermelo praktisch naast elkaar gelegen zijn, heeft in het verleden al vaker geleid tot samenwerking. Er was samenwerking op medisch organisatorisch vlak: cliënten van 's Heeren Loo gingen naar landgoed Veldwijk (nu onderdeel van GGz Centraal) voor EEG's, röntgenfoto's of een consult van de internist. Secties na overlijden werden gezamenlijk gedaan. Deze organisatorische samenwerking betekende echter niet dat er op cliëntniveau werd samengewerkt. Dat veranderde geleidelijk. In 2012 hebben de managers van de afdeling voor kinder- en jeugdpsychiatrie van GGz Centraal en expertisecentrum Advisium van 's Heeren Loo de samenwerking versterkt. Dit resulteerde in een vast consultantschap van een psychiater voor 's Heeren Loo. Niet veel later is een groep behandelaren gestart met casuïstiekbesprekingen. De mening over de kwaliteit van deze besprekingen verschilt van 'intensief en zinvol' tot 'teleurstellend'. Feit is dat deze manier van samenwerking niet is voortgezet en dat concrete resultaten niet (meer) zichtbaar zijn. Het vastlopen van samenwerkingsinitiatieven in het verleden, zou volgens de geïnterviewden samenhangen met een gebrek aan overzicht op de verschillende afspraken, beperkte motivatie, tijdgebrek en strubbelingen binnen de eigen organisaties.

Sinds 2014 wordt er opnieuw vormgegeven aan samenwerking. Continuïteit van psychiatrische zorg is verbeterd door intensivering van de consultaties door een kinder- en jeugd-

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

Achtergrond van de samenwerking

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

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

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

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

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

Er is in de laatste jaren een snelle ontwikke-

ling van de FACT (Flexible Assertive Community Treatment) gespecialiseerd in de zorg aan cliënten met een LVB (Neijmeijer, 2015). Deze specialistische zorg is in GGz Centraal niet beschikbaar. Wel zien geïnterviewden werkzaam in het FACT en de EPA (Ernstige Psychiatrische Aandoeningen) binnen hun doelgroepen veel cliënten met een LVB. Zij ervaren een gemis aan kennis om deze groep adequate zorg te bieden. Psycho-diagnostiek wordt niet standaard verricht binnen de GGZ. Wanneer dit wel gebeurt, is het pas laat in het diagnostisch proces. Slechts zelden wordt, naast het cognitieve niveau, ook het sociaal-emotionele niveau onderzocht. Dit wordt als een gemis ervaren, want zodra vooral het lage emotionele niveau van functioneren wordt herkend, ontdekt men waar de (gedrags-)problemen uit voortkomen.

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

Expertise en voorzieningen

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

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

Zorgverlening en visie

Citaat: "Bij 's Heeren Loo wordt 'schelden' of 'niet naar het werk willen' als probleemgedrag gezien. Ondertussen worden symptomen, zoals slecht slapen, slecht eten, obstipatie of andere lichamelijke klachten niet opgemerkt." (geïnterviewde van GGz Centraal)

In de LVB-zorg staat (woon)begeleiding in het dagelijks leven centraal. Keuzevrijheid en eigen regie voor de cliënt zijn daarbij belangrijke uitgangspunten. Begeleiders streven ernaar dat de cliënt het gewone leven ervaart. Dit 'ervaren van het gewone leven' vindt men in de

GGZ Centraal ingewikkeld. Men vraagt zich af hoe dit zich verhoudt tot de behandeling van psychiatrische stoornissen. In de GGZ is herstelondersteunende zorg het uitgangspunt. De visie dat mensen niet te lang klinisch moeten worden behandeld, heeft geresulteerd in sluiting van de afdelingen voor langdurige zorgverlening. Het gevolg is dat een aantal cliënten vastloopt in de maatschappij, waaronder vele met een LVB.

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

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

Over de beste behandelplek voor LVB-clieñten met een psychiatrische stoornis verschillen de meningen. Enerzijds zou een laag IQ geen

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

Financiering

Citaat: "Er is nog nooit iets gestruikeld over geld. Als je je dromen scherp hebt en helder ziet wat je wilt bereiken, dan liggen er kansen om dit te ontwikkelen." (geïnterviewde 's Heeren Loo)

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

Binnen de GGZ is ervaring met het openen van twee DBC's, bijvoorbeeld één voor begeleiding door het FACT-team en één voor verlosingszorg. Zoiets zou ook mogelijk moeten zijn om mensen met een LVB vanuit de WLZ te begeleiden én vanuit de zorgverzekeringswet goede psychiatrische zorg te bieden. Een andere optie is het inzetten van de GGZ vanuit de behandelcomponent van de WLZ-vergoeding. Volwassen cliënten met een GGZ-indicatie blijken overigens niet eenvoudig een VB-indicatie te kunnen krijgen. Beleid is dat de verstandelijke handicap voor het 18e levensjaar moet zijn vastgesteld. Als de LVB niet tijdig is gediagnosticeerd, dan is het in de praktijk vrijwel onmogelijk om de begeleiding over te laten nemen door de LVB-zorg. Ook kosten voor de cliënt zelf hangen met de financiering samen. Als de zorg vanuit de zorgverzekeringswet wordt bekostigd, dan komt het eigen risico voor rekening van de cliënt. Bij zorg vanuit de WLZ of WMO is er een inkomensafhankelijke bijdrage. Bij gezamenlijk verleende zorg, loopt de cliënt het risico een dubbele bijdrage te moeten leveren.

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

Belemmerende en bevorderende factoren

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

In de interviews zijn factoren benoemd die de samenwerking tussen de twee organisaties in positieve zin beïnvloeden en factoren

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

Tijdgebrek is een belemmerende factor en initiatieven zijn hierdoor al vaker doodgebloed. Het tekort aan psychiaters speelt hierbij een rol. Psychiaters lijken minder snel voor de chronische zorg en de FACT-teams te kiezen. Ook de werkwijze en dienstenstructuur kunnen van negatieve invloed zijn op samenwerking. Medewerkers van de crisisdienst van GGZ Centraal vinden het bijvoorbeeld lastig dat zij buiten kantooruren op 's Heeren Loo hulp moeten bieden, terwijl de AVG's en gedragswetenschappers van 's Heeren Loo buiten kantooruren alleen telefonisch bereikbaar zijn en fysieke spoedzorg door de huisartsenpost geleverd wordt.

Uit dit onderzoek blijkt de behoefte aan uitbreiding van de samenwerking. Naast scholing, is het in de dagelijkse praktijk uitruilen van kennis en vaardigheden door verpleegkundigen en begeleiders nodig, zeker bij handelingsverlegenheid of ingewikkelde dubbelproblematiek. Ook AVG's en gedragswetenschappers van 's

Heeren Loo hebben behoefte aan 'leren' door rechtstreeks en laagdrempelig contact met collega's van GGz Centraal.

Niet iedere geïnterviewde is zich bewust van de geschetste problematiek of op de hoogte van de samenwerking van de organisaties. Sommigen hechten minder waarde aan versterking of uitbreiding ervan. Het inhuren van een psychiater van GGz Centraal die spreekuur houdt, is voor sommige medewerkers van 's Heeren Loo voldoende. De crisisdienst van GGz Centraal vindt samenwerking niet nodig, maar hecht waarde aan het snel kunnen doorverwijzen zodra er behoefte is aan LVB-zorg. Echter, degenen die de meerwaarde van samenwerking in de praktijk hebben ervaren, dromen van een gezamenlijk expertisecentrum; een samenwerkend consulententeam dat diagnosticeert en helpt bij het vormgeven van behandelplannen.

Conclusie en discussie

Dit onderzoek is geïnitieerd vanuit een sterk gevoelde behoefte aan intensievere samenwerking tussen 's Heeren Loo en GGz Centraal in Ermelo. De geïnterviewden zijn geselecteerd door in beide organisaties te vragen wie stakeholders zijn op dit gebied. Er is dus zeker sprake van selectiebias. Desondanks geeft dit onderzoek meer zicht op de samenwerking tussen de organisaties en de belemmerende en bevorderende factoren daarin. De grootste kans om de samenwerking te verbeteren, ligt zonder meer in het opdoen van persoonlijke relaties tussen medewerkers van beide organisaties. Dit geeft korte lijnen en begrip voor elkaars werkwijze. Het risico bestaat dat samenwerkingsinitiatieven van professionals om praktische redenen, bijvoorbeeld tijdgebrek of verandering van baan, ophouden te bestaan. Dit kan worden voorkomen door structurering en duidelijke (financiële) afspraken vanuit het hoger management. Praktische facilitering kan samenwerking bevorderen, in die zin dat men elkaar snel kan bereiken en leert binnen de andere organisatie de weg te vinden. Het zeswekelijkse overleg en het gezamenlijk opzetten

van en meedoen aan scholing bieden hiervoor kansen. Dat binnen beide grote organisaties lang niet alle stakeholders op de hoogte zijn van deze initiatieven, is duidelijk een belemmerende factor.

Vanuit de LVB-zorg worden kansen gezien in een gezamenlijke aanpak van de crisisopvang en uitbreiding van de consultatieve mogelijkheden van psychiaters en behandelteams. Vanuit de GGZ worden kansen gezien in het opdoen van kennis over dagelijkse (woon)begeleiding en betere diagnostiek op het gebied van een verstandelijke beperking. De wens bestaat om gezamenlijke casuïstiekbesprekingen te herstarten en om kennis te bundelen in een expertisecentrum of consultatieteam. Beide organisaties hebben intern mogelijkheden tot verbetering. Bij 's Heeren Loo zijn dat de onderlinge samenwerking tussen de verschillende behandel disciplines en de fysieke bereikbaarheid in de avond, nacht en weekenddiensten. Bij GGz Centraal zijn dit het groeiend bewustzijn van en kennis over de LVB-problematiek. De financiering van de zorg lijkt geen belemmerende factor te hoeven zijn. Er worden diverse financieringsmogelijkheden aangedragen, waarvoor echter overleg met en medewerking van zorgverzekeraars en zorgkantoren noodzakelijk zijn.

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

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

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

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

Literatuur

- Didden, R., Troost, P., Moonen, X., & Groen, W. (2016). Inleiding. In R. Didden, P. Troost, X. Moonen, & W. Groen (Red.), *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (pp. 14-22). Utrecht: De Tijdstroom.
- Došen, A. (2014). *Psychische stoornissen, probleemgedrag en verstandelijke beperking*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Neijmeijer, L. (2015). *Modelbeschrijving (Flexibele) ACT LVB, herziene versie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Wieland, J., Kapitein, S., Otter, M., & Baas, R. W. J. (2014). Diagnostiek van psychiatrische stoornissen bij mensen met een (zeer) lichte verstandelijke beperking. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56, 463-470.

PROFESSIONALS UIT DE LVB-ZORG EN DE GGZ BOUWEN BRUGGEN BINNEN DE ACADEMISCHE WERKPLAATS KAJAK

Marielle Dekker¹
Wouter Groen²

“Dit klopt niet: er is iets mis en ik wil dat je er-naar kijkt.” De dertigjarige groepsleider Michel laat een video van een jongen van 14 zien: Jelle. Michel vertelt dat Jelle zich steeds vreemder is gaan gedragen. Hij woont al een jaar op de groep voor kinderen die moeilijk leren en gedragsproblemen hebben. Op de video zit Jelle met zijn groep te eten. Plots staat hij op, draait zich wild om en slaat drie keer hard tegen de muur. Als je goed kijkt, zie je soms trekkingen in Jelle’s gezicht. Soms kucht hij onwillekeurig, of maakt hij geluidjes. “We zijn een gedragsprogramma gestart”, zegt Michel. “Iedere keer als hij zo het eten verstoort, volgt er een consequentie. Maar hij leert er niks van.”

Jelle werd gezien door de arts en kreeg een medicijn voor ADHD. Michel: “Het had geen effect, en als het al iets deed, maakte het zijn gedrag alleen maar erger. Op een gegeven moment lieten we Jelle maar apart van de groep eten.” Groepsleider Michel voelde dat er iets aan de hand was met Jelle, en bleef om hulp vragen.

Het onderkennen en behandelen van psychische problemen bij mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) als ook het onderkennen van een LVB bij cliënten in de geestelijke gezondheidszorg is lastig. In Nederland leven naar schatting ongeveer 450.000 jeugdigen met een IQ tussen de 50 en 85. Zeker de helft van deze groep heeft ook bijkomende problemen met adaptief functioneren en daarmee een LVB (VOBC, 2015). We weten dat psychische problemen drie tot vier keer vaker voorkomen bij jeugdigen met een LVB

(Dekker, Douma, De Ruiter & Koot, 2005; Einfeld, Ellis & Emerson, 2011). Uit een beperkt aantal beschikbare internationale onderzoeken bij mensen met een LVB blijkt dat reguliere interventies effectief kunnen zijn, mits aangepast aan de mogelijkheden van de cliënt of patiënt (Vereenoghe & Langdon, 2013). Echter, er is nog minder bekend over de effectiviteit van behandelingen van psychische problemen bij jeugdigen met een LVB (Kok, van der Waa, Klip & Staal, 2016).

Bij Jelle werd het onderliggende psychische probleem in tweede instantie wel onderkend. Plotseling opstaan, op de muur slaan, trekkingen in het gezicht, geluidjes maken: het bleken tics en dwanghandelingen bij het syndroom Gilles de la Tourette te zijn. Jelle wist ook niet wat hem overkwam en schaamde zich ervoor. De medicatie en het gedragsprogramma werden gestopt, Jelle kreeg gedragstherapie en de groepsleiding kreeg uitleg en begeleiding. Stukje bij beetje lukte het om Jelle weer vaker gewoon mee te laten draaien met de groep en de spanning niet te veel te laten oplopen.

Gezamenlijke kennisontwikkeling nog steeds hard nodig

De sociale, verstandelijke en praktische beperkingen van kinderen, jeugdigen en jongvolwassenen met een LVB en psychische problemen vragen om een aangepaste aanpak van hulpverleners. Een goede samenwerking tussen cliënt en hulpverlener en tussen geestelijke gezondheidszorg en LVB-zorg is hiervoor noodzakelijk. Om het voor deze kwetsbare groep

¹ Marielle Dekker is onderzoekscoördinator bij Academische Werkplaats Kajak (m.dekker@awkajak.nl).

² Wouter Groen is psychiater bij Karakter en is projectleider bij de Academische Werkplaats Kajak (w.groen@awkajak.nl).

mogelijk te maken om zo volwaardig mogelijk mee te kunnen doen in onze samenleving zijn preventie, vroege herkenning van LVB, context- en ontwikkelingsgerichte diagnostiek, goede gepersonaliseerde zorg en de juiste behandeling verbonden met passende begeleiding essentieel.

We hebben echter nog steeds onvoldoende aandacht voor en kennis over LVB bij de geestelijke gezondheidszorg en over psychische stoornissen binnen de LVB-zorg. Dit werd ook weer eens duidelijk tijdens het door 245 professionals bezochte congres *LVB en Psychiatrie: werken aan samenspel* (17 mei 2018). We hebben een verdergaande kennisontwikkeling nodig, één die vooral in onderlinge samenwerking moet plaatsvinden. Binnen de Academische Werkplaats (AW) Kajak richten we ons daarom juist op deze gezamenlijke kennisontwikkeling. Onze twee kerndoelen zijn: het stimuleren en verbeteren van context- en ontwikkelingsgerichte diagnostiek en daaraan gekoppeld het verbeteren en verbinden van behandeling en begeleiding. Door middel van kennisbundeling, kennisontwikkeling en kennisdeling werken we aan het realiseren van deze doelen.

Kennisbundeling door expertise vanuit verschillende professies te delen

De AW Kajak is als een grassroots initiatief in 2016 opgericht door het [Landelijk Kenniscentrum LVB](#) en het [Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie](#) in samenwerking met de lidinstellingen [Karakter](#), [Pluryn](#), [de Bascule](#), ['s Heeren Loo](#), [Ambiq](#) en [De Banjaard](#). Professionals, o.a. psychologen, psychiaters en orthopedagogen, uit de vele lidinstellingen van beide kenniscentra als ook andere geïnteresseerde professionals uit het hele land worden door de AW Kajak gestimuleerd en ondersteund in hun gezamenlijke kennisdeling.

We doen dit door het realiseren en faciliteren van een actieve netwerkstructuur waarbinnen we bestaande kennis, toepassingen en 'best practices' bundelen op het specifieke

terrein van zorg voor kinderen, jeugdigen en jongvolwassenen met een LVB en psychische problemen. Dit gebeurt onder andere via werkgroepen. Op dit moment zijn er negen werkgroepen actief bezig met het schrijven van diverse handreikingen en het ontwikkelen en testen van educatieve hulpmiddelen (zie Figuur 1). Iedere werkgroep werkt vanuit een eigen probleem- en doelstelling. Margriet Laarman (voorzitter van de werkgroep Psychofarmaca en LVB) verwoordt het bijvoorbeeld als volgt: "Er is een groeiend bewustzijn dat er bij veel cliënten in de GGZ tevens sprake is van een LVB. De werkgroep Psychofarmaca en LVB is mede daarom doende een korte en snel toegankelijke handreiking te maken over gebruik van psychofarmaca bij jeugdigen met een LVB". De werkgroep Transitiecoach maakte een e-learningprogramma om coaches te leren hoe ze jongeren met een LVB en psychische klachten goed kunnen voorbereiden op de overgang naar volwassenheid. Sara van der Weerd, voorzitter van deze werkgroep, is trots dat ze met deze e-learning iets ontwikkeld hebben dat echt iets toevoegt voor jongeren wanneer ze in één van de ingewikkeldste fase van hun leven zitten. De werkgroepleden zijn sterk gemotiveerde professionals die graag kennis willen delen en vergroten. Neomi van Duijvenbode (Tactus Verslavingszorg) neemt als voorzitter deel aan de werkgroep Middelengebruik en LVB en zij geeft als belangrijke motivatie aan: "Ik vind het belangrijk om door kennisbundeling de behandeling voor mensen met een LVB en verslavingsproblematiek te verbeteren."

Eind 2018 zullen de eerste producten van onze werkgroepen gedeeld worden via de [Kajak website](#) en die van de aangesloten kenniscentra. Een uitgebreide [beschrijving van de huidige werkgroepen](#) is op de AW Kajak website te vinden.

Kennisontwikkeling door samen onderzoek doen

Naast het delen van bestaande kennis en expertise, willen we als AW Kajak ook een bijdra-

ge leveren aan de ontwikkeling en implementatie van nieuwe kennis. Binnen de AW Kajak werken we aan het verbinden van onderzoekers, hoogleraren en lectoren op het gebied van LVB of kinder- en jeugdpsychiatrie op een aantal hoofdthema's. We zijn recent gestart met de vorming van een Kajak kernwerkgroep 'Onderzoek & Ontwikkeling'. Deze werkgroep heeft als doel om de AW Kajak onderzoeksagenda verder uit te werken en uit te dragen. Daarnaast zullen we binnen kleinere projectgroepen praktijk- en theoriegericht onderzoek bij kinderen, jeugdigen en jongvolwassenen met een LVB en psychische problemen initiëren, projectvoorstellen schrijven en adviseren bij het uitvoeren van nieuwe gezamenlijke onderzoeksprojecten.

Figuur 1. Werkgroepen Academische Werkplaats Kajak



Kennisdeling ten behoeve van (aanstaande) professionals

Door de vele connecties met lidinstellingen via de aangesloten kenniscentra heeft de AW Kajak een breed netwerk, waardoor nieuwe kennis en ontwikkelingen snel gedeeld kunnen worden via websites en nieuwsbrieven en gebruikt kunnen worden binnen zorgorganisaties en opleidingen van (aanstaande) professionals.

[Het Handboek Psychiatrie en lichte verstandelijke beperking](#) (Didden, Troost, Moonen & Groen, 2016) is het eerste concrete product uit de koker van de AW Kajak. Het doel van dit handboek is om professionals die werken in de zorg voor mensen met een LVB en psychische problemen een breed overzicht te bieden dat recht doet aan de verschillende aspecten van stoornissen, diagnostiek, behandeling, zorg en organisatie. Het door ons op georganiseerde

congres [Psychiatrie en LVB: Werken aan Samenspel](#) (mei 2018) was geïnspireerd op dit boek.

<https://www.kenniscentrumlvb.nl/kennis-delen/publicaties/product/22-factsheet-jeugdigen-met-een-lvb>.

Verder organiseren we congressen, interne conferenties, studiemiddagen en cursussen (o.a. N=1 onderzoek voor effectmeting) waar specialisten, behandelaars en begeleiders die werkzaam zijn op het gebied van LVB en psychiatrie, kennis delen en ervaringen uitwisselen. We richten ons zowel op professionals uit de bij de kenniscentra aangesloten lidinstellingen als ook daarbuiten, zoals bijvoorbeeld professionals uit de sociale wijkteams.

Referenties

- Dekker, M., Douma, J., de Ruiter, K., & Koot, H. M. (2005). Aard, ernst, comorbiditeit en loop van gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen bij kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking. In R. Didden (Ed.), *In perspectief: Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking* (pp. 21-40). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Didden, R., Troost, P., Moonen, X., & Groen, W. (Red.) (2016). *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Einfeld, S. L., Ellis, L. A., & Emerson, E. (2011). Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: A systematic review. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 36*, 137-143. Doi: 10.1080/13668250.2011.572548.
- Kok, L., van der Waa, A., Klip H., & Staal, W. (2016). The effectiveness of psychosocial interventions for children with a psychiatric disorder and mild intellectual disability to borderline intellectual functioning: A systematic literature review and meta-analysis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 21*, 156-171. Doi: 10.1177/1359104514567579.
- Vereenooghe L., & Langdon P.E. (2013). Psychological therapies for people with intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities 34*, 4085-4102.
- VOBC (2015). *Factsheet Jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*, Utrecht.

(BE)LEEF IN DE WIJK: VAKTHERAPIE ALS INTEGRAAL ONDERDEEL VAN HET AMBULANTE (FACT-LVB) BEHANDELTEAM

Marij Berghs ¹
Manon Verdonschot ²
Barbara Krantz ³
Martine Bootsma ⁴
Xavier Moonen ⁵
Susan van Hooren ⁶

*Vaktherapie maakt deel uit van het behandel-
aanbod voor mensen met een licht verstande-
lijke beperking (LVB) binnen de gespecialiseer-
de GGZ-instellingen. In de praktijk valt op dat
mensen met een LVB en bijkomende proble-
matiek binnen hun eigen leefomgeving nauwe-
lijks beroep kunnen doen op vaktherapie. Om
vaktherapie toegankelijker te maken in de eigen
leefomgeving werd een kader voor samenwer-
king met ambulante behandelteams ontwikkeld
en in een pilot onderzocht. In onderstaand ar-
tikel wordt ingegaan op de werkwijze van sa-
menwerking en hoe deze van invloed was op
de vaktherapeutische behandeling voor de cli-
ent, de indicatiestelling en op de keuze voor de
locatie om behandeling aan te bieden.*

Inleiding

Voor behandeling op het gebied van lichaams-
beleving, intra- en interpersoonlijke problema-
tiek kunnen mensen met een licht verstande-
lijke beperking (LVB) terecht bij vaktherapie.
Vaktherapie maakt deel uit van het behan-
delaanbod binnen een groot aantal specia-
listische GGZ-instellingen voor cliënten met
een LVB. Dit aanbod wordt veelal intramuraal
aangezet. Door transities in de GGZ wordt
ondersteuning en behandeling echter steeds
meer thuis of in de leefomgeving van de cliënt
aangeboden. Of en hoe vaktherapeuten hier-
in kunnen bijdragen werd van januari 2015 tot
maart 2017 onderzocht vanuit een consortium
van Zuyd Hogeschool, Hogeschool Arnhem en
Nijmegen, Stenden Hogeschool, Trimbos-in-
stituut en de praktijkinstellingen Koraal Groep,
STEVIG en Idris, gesubsidieerd door Nationaal

¹ Marij Berghs is geregistreerd dramatherapeut (MDTh) en zodanig werkzaam binnen Kentalis en als docent dramatherapie werkzaam bij Zuyd Hogeschool. Zij is als onderzoeker verbonden aan dit project.

² Manon Verdonschot is onderzoeker binnen het landelijk lectoraat Kennisontwikkeling Vaktherapieën. Zij is als projectleider verbonden aan dit project '(Be)leef in de wijk'. Correspondentie: manon.verdonschot@zuyd.nl

³ Barbara Krantz is geregistreerd muziektherapeut (MA) en docent aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Ze is als onderzoeker verbonden aan dit project.

⁴ Martine Bootsma is pedagoog en docent-onderzoeker aan de opleiding Vaktherapie van Stenden Hogeschool. Ze werkt als onderzoeker bij FPC. Dr. S van Mesdag. Zij is als onderzoeker verbonden aan dit project.

⁵ Prof. dr. Xavier Moonen is orthopedagoog en GZ-psycholoog. Hij is beleidsadviseur bij Koraal Support, onderdeel van Koraal Groep. Hij is bijzonder hoogleraar aan de Universiteit van Amsterdam en bijzonder Lector aan de Zuyd Hogeschool, Heerlen.

⁶ Prof. dr. Susan van Hooren is bijzonder hoogleraar Vaktherapie bij de Open Universiteit en Lector Kennisontwikkeling Vaktherapieën (KenVaK). Ze leidt de Coöperatie KenVak (<http://www.kenvak.nl>), het landelijke kennisnetwerk van vaktherapie waar vijf hogescholen aan participeren: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Hogeschool Utrecht, Hogeschool Leiden, Stenden Hogeschool en Zuyd Hogeschool. Susan is tevens hoofdopleider van de landelijke Master of Arts Therapies.

Regieorgaan Praktijkgericht Onderzoek SIA.

Vaktherapie

Vaktherapie is een ervaringsgerichte behandelvorm aan mensen met lichamelijke, verstandelijke, psychische, psychosociale en/of psychiatrische problematiek. Binnen de vaktherapeutische behandelingen worden kunstvormen en -technieken (beeldend vormen, dans, drama en muziek), spel, bewegen en lichamelijke methodisch ingezet. Overkoepelend is dat de problematiek van de cliënt zichtbaar wordt in het handelen, daaruit voortkomende emoties, gedachten en gedrag zijn direct te koppelen aan ervaringen in het dagelijks leven. Tijdens de vaktherapeutische behandeling kunnen cliënten nieuwe ervaringen opdoen, experimenteren met alternatief gedrag en nieuwe inzichten verwerven (Smeijsters, 2008). Vanwege de handelings- en ervaringsgerichte werkwijze wordt vaktherapie als een waardevolle aanvulling gezien op behandelvormen met een meer verbale insteek voor mensen met een LVB (Van Hooren et al., 2016; Neijmeijer et al., 2010). Vaktherapie kan voor meerdere doeleinden worden geïndiceerd: affect- en emotieregulatie, traumaverwerking, versterking van het zelfbeeld, bevorderen van assertiviteit en sociale vaardigheden of voor een meer adequate gevoels- en lichaamsbeleving (Aerts et al., 2011; Van Hooren et al., 2016). Deze meerwaarde wordt in de praktijk gezien binnen de behandeling van mensen met een LVB en ernstige psychiatrische en/of gedragsproblematiek in gespecialiseerde GGZ-instellingen. Een groot deel van deze cliënten krijgt ervaringsgerichte behandelinterventies aangeboden, waaronder vaktherapie (Didden et al., 2016). Onderzoek naar de effectiviteit van vaktherapie voor mensen met een LVB is gering en volop in ontwikkeling. Er is aangetoond dat door vaktherapeutische behandelingen sociale vaardigheden toenemen, spannings- en emotieregulatie kan verbeteren, als ook de kwaliteit van leven bij mensen met

een LVB (o.a. Bellemans et al., 2016; Folostina et al., 2015; Savarimuthu & Bunnell, 2002; De Witte, 2014).

Vaktherapeutische behandeling in de wijk

Ondanks dat vaktherapeutische behandelinterventies in de intramurale setting goed aansluiten bij de hulpvragen van mensen met een LVB, worden deze interventies nog weinig structureel ambulante aangeboden. Een van de initiatieven die aansluit bij de transitie is de oprichting van ambulante FACT-teams. FACT staat voor Flexible Assertive Community Treatment. Deze teams zijn opgezet om beter te kunnen aansluiten bij de hulpvragen en mogelijkheden van mensen met een LVB (Neijmeijer, 2015). Het doel van deze teams is om de cliënt in zijn eigen leefomgeving te begeleiden naar herstel ter voorkoming van (her)opname en om cliënten die zorg mijden te bereiken (Veldhuizen et al., 2015). Om structurele inbedding van vaktherapie in de eigen leefomgeving te realiseren is een aanzet ontwikkeld voor een kader voor structurele samenwerking tussen vaktherapeuten en ambulante FACT-LVB-teams. De eerste ervaringen met dit kader voor samenwerking worden in dit artikel beschreven.

Een kader voor samenwerking

Een kader voor structureel samenwerken is tot stand gekomen vanuit focusgroepen en interviews met diverse leden van FACT-LVB-teams en vaktherapeuten. Individuele interviews werden gevoerd met zeven professionals van twee verschillende ambulante (FACT-LVB) behandelteams (STEVIg en Idris), namelijk een teamleider, een psychiater, een casemanager, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, sociotherapeuten en een maatschappelijk werker. Op basis van deze gegevens werd consensus bereikt over het uiteindelijke kader voor samenwerking tijdens een landelijke focusgroep, met 12 FACT-LVB-professionals van Altrecht, Idris, STEVIg en Trajectum (teamleiders, vak

¹ Omdat er gering onderzoek is willen we in dit artikel uit de vraag en discussie blijven welke discipline voor welke indicatie het meeste passend is.

therapeuten en overige hulpverleners).

Het kader bevat de volgende elementen (zie figuur 1): 1) **de werkwijze**; 2) **de voorwaarden**; 3) **de indicaties en de locatie van behandeling voor vaktherapie**. Mogelijke indicatiegebieden voor vaktherapie bij mensen met een LVB zijn weergegeven in een indicatiemodel, ontwikkeld in een eerdere fase van het onderzoek, zie figuur 2 (Bootsma et al., 2017; Verdonschot et al., 2016).

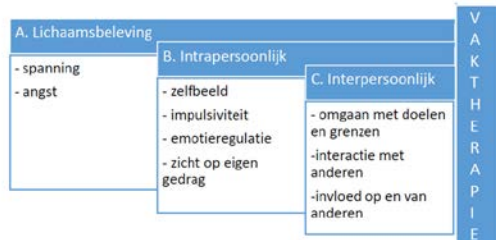
ler-meer) bewust van wat vaktherapie voor de cliënt kan betekenen bij een behandeltraject? Wat levert de samenwerking op t.a.v. de indicatiestelling? Wordt de hulpvraag anders, eerder en scherper gesteld? Wat levert de samenwerking volgens deze werkwijze op t.a.v. de keuze voor de locatie van de behandeling?

Figuur 1 – Kader voor samenwerking



Dit kader voor samenwerking werd vervolgens geïmplementeerd in de praktijk en de vraag werd onderzocht hoe deze structurele samenwerking door alle betrokken hulpverleners wordt ervaren en wat mogelijke effecten van deze samenwerking zijn voor cliënten met een LVB. Meer specifiek wilden we weten *wat de samenwerking oplevert. Wordt men zich (snel-*

Figuur 2: Indicatiegebieden voor de verwijzing van mensen met een LVB naar vaktherapie



Methodie

In september 2016 startte een pilot van 20 weken waarin het kader voor samenwerking werd uitgetoetst bij twee ambulante (FACT-LVB) behandelteams. In elk team nam een vaktherapeut als vertegenwoordiger van alle vaktherapeuten deel aan de overleggen van de (FACT)-LVB-behandelteams.

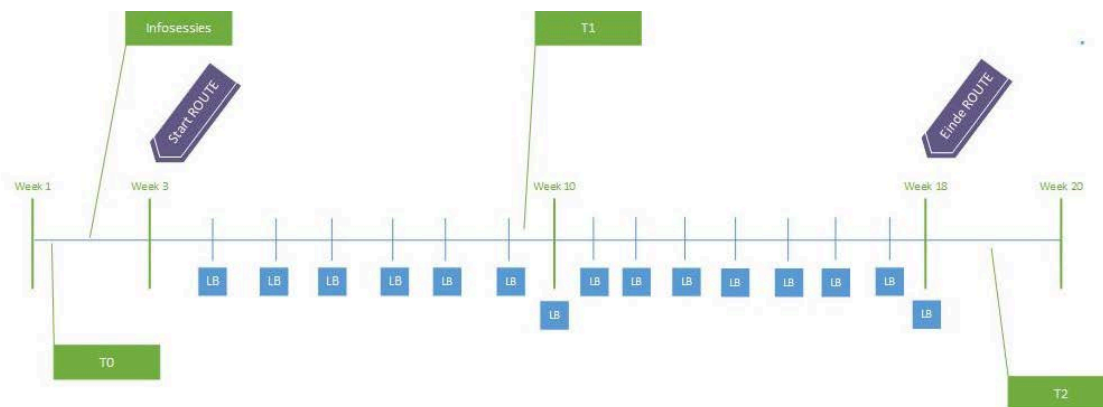
Deelnemende ambulante (FACT)behandelteams

De pilot vond plaats bij ambulante (FACT-LVB) behandelteams van STEVIG. Team A is een FACT-LVB-team bestaande uit psychiater, teamleider, vier sociotherapeuten, twee sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en twee GZ-psychologen. Team A heeft iedere week drie overlegmomenten. In twee daarvan staan dagelijkse (praktische) vraagstukken van cliënten centraal, zoals een acute crisissituatie of het niet verschijnen bij een behandelafpraak. In het derde overleg worden intakegesprekken en psychologisch onderzoeken van nieuwe cliënten besproken. Daarnaast zijn er structureel iedere drie maanden behandelplanbesprekingen. De psychiater nam deel aan de behandelplan- en aan de intakebespreking. Team B is een ambulant behandelteam bestaande uit een GZ-psycholoog, casemanager, ambulant begeleider, drie sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en een psychiater. Team B heeft 1x per week overleg, waarin nieuwe cliënten worden besproken. Op beide locaties worden op de dagbehandeling vaktherapeutische behandelingen gegeven. Deze kunnen gemiddeld zes tot twaalf maanden duren.

Dataverzamelmethode

Data zijn verzameld middels vooropgezette logboeken, interviews en observaties, zie figuur 3. Er stonden drie thema's centraal: samenwerking, indicatiestelling en behandellocatie. De interviewrichtlijn is gebaseerd op 'Procesevaluatie bij de beoordeling van interventies' (Movisie, 2014). Gedurende het hele onderzoek werden de ervaringen bijgehouden in specifieke logboekregistraties (LB) door A) de vertegenwoordigend vaktherapeut, B) de behandelend vaktherapeuten en C) vier leden uit ieder ambulant (FACT-LVB) behandelteam. De LB vond plaats na ieder teamoverleg (door A-B) en na iedere vaktherapeutische sessie (door C). De interviews vonden plaats in week 10/11 (T1=tussenmeting) en in week 18/20 (T2=eindmeting). De observatie vond plaats tijdens een van de overleggen. Er vond een 0-meting (T0) plaats waarin gegevens zijn verzameld over het aantal cliënten, de hoeveelheid indicaties, de locatie en de fase van vaktherapeutische behandeling, door de vertegenwoordigend vaktherapeut uit dossiers van drie maanden vooraf de start. Tijdens de interviews zijn de data vanuit de logboeken middels een diepte-interview (Merton & Kendall, 2003) bevestigd.

Figuur 3: Dataverzamelingsschema



Procedure

In ieder team was een docent-onderzoeker de vaste contactpersoon. Deze verzorgde de informatiebijeenkomsten, nam de interviews af en verzamelde de logboeken. Tussen week 1 en 3 vonden informatiesessies voor alle betrokkenen plaats om informatie te verstrekken over de werkwijze en het kader voor structurele samenwerking binnen het onderzoek. De informatiesessies vonden plaats tijdens bestaande overleggen op basis van een vooraf opgesteld draaiboek. Tevens vond de 0-meting plaats. Tussen week 3 en 18 werd het kader voor samenwerking toegepast binnen het FACT-LVB-team. Gedurende deze 15 weken was een vertegenwoordigend vaktherapeut aangesloten bij verschillende overlegvormen van team A en team B.

Analyse

De gegevens van T0, de logboeken en de observaties zijn beschrijvend geanalyseerd. De diepte-interviews T1 en T2 zijn getranscribeerd en geanalyseerd door een docent-onderzoeker die niet als vaste contactpersoon betrokken was. De diepte-interviews zijn middels contentanalyse geanalyseerd (Hsieh & Shannon, 2005).

In de analyse stonden de werkwijze voor samenwerking, indicatiestelling en de locatie voor behandeling vaktherapie centraal. De resultaten van beide teams werden bij elkaar gebracht en met elkaar vergeleken.

Resultaten

In totaal zijn gegevens vanuit 15 interviews, 3 observaties, 65 logboekregistratie van 9 ambulante (FACT-LVB)behandelteamleden, 69 logboekregistraties over 14 cliënten van 6 behandelend vaktherapeuten en 30 logboekregistraties van twee vertegenwoordigend vaktherapeuten geanalyseerd.

Resultaten over de samenwerking

Een bevinding uit de interviews en logboekregistraties van alle betrokkenen is dat het structureel samenwerken als een meerwaarde wordt gezien; specifiek binnen het overleg waar alle nieuwe cliënten op basis van intakegesprekken en aanvullend (psychologisch) onderzoek worden besproken. Zo kan de vertegenwoordigend vaktherapeut bij de start van een behandeltraject meedenken over of er een vaktherapeutische indicatie gesteld kan worden en op welke voor de cliënt best mogelijke locatie. Voorwaarde hiervoor is dat de vertegenwoordigd vaktherapeut, voorafgaand aan het overleg, inzage krijgt in de dossier- en onderzoeksgegevens van de cliënt.

“.....het is wenselijk en ook noodzakelijk dat er iemand met kennis vanuit die invalshoek ook bij het overleg aanwezig is... Relevant is dat er een vertegenwoordiger vanuit de vaktherapeuten bij aanwezig is...” - Sociaal psychiatrische verpleegkundige

“...vaktherapeut, ... die geeft eigenlijk een nieuwe invalshoek, heeft net een andere kijk dan wij en wij realiseren ons dat wij die indicatiestelling en dat behandeltraject met een hele beperkte groep opstellen en het zou mooier zijn als wij het groepje verbreden met die andere kijk...” - Sociotherapeut

Tijdens de overleggen waar meer de dagelijkse (praktische) vraagstukken van cliënten worden besproken, wordt de deelname van de vertegenwoordigend vaktherapeut door alle partijen niet als meerwaarde ervaren. Indien informatie die van belang is in de behandeling door een vaktherapeut ter sprake komt, wordt dit door de behandelaar via het digitaal informatiesysteem of in de wandelgangen overgedragen.

“... ik vind het ook altijd wel fijn om gewoon rechtstreeks een verbinding te hebben met de betrokken behandelend vaktherapeut. Gewoon ook omdat het voor mij wel een kerntaak is om die vaktherapie ook weer naar thuis te brengen en nauw samen te werken met de vaktherapeut ...” - Sociotherapeut

Door de vaktherapeutische inbreng van de vertegenwoordigend vaktherapeut benoemen alle betrokkenen dat ze opnieuw zijn gaan nadenken over welke discipline van vaktherapie geïndiceerd kan worden en welke specifieke vaktherapeutische methodieken ingezet kunnen worden. Uit de interviews blijkt dat teamleden vaker uit gewoonte beslissen welke discipline te indiceren. Deze gewoonten zijn ontstaan vanuit een positieve ervaring waarbij cliënten met een specifieke hulpvraag steeds naar dezelfde discipline worden doorverwezen. In de interviews is door (FACT-LVB) teamleden de wens uitgesproken dat de vertegenwoordigend vaktherapeut meer methodische onderbouwing over de mogelijkheden vanuit de verschillende disciplines vaktherapie inbrengt.

Tijdens de interviews benoemen teamleden dat behandelend vaktherapeuten een duidelijk inhoudelijke vaktherapeutische inbreng hebben binnen de structurele behandelplan-

besprekingen. De vaktherapeut brengt nieuw perspectief in door gedetailleerde informatie over (denken-voelen-handelen van) de cliënt in te brengen en zo een duidelijk beeld te schetsen van (ontwikkelings)mogelijkheden naast de problematiek van de cliënt. Teamleden van ambulante (FACT-LVB)behandelteams spreken de wens uit om vaktherapeutische observaties bij (nieuwe) cliënten structureel te integreren in (proces)diagnostiek. De vaktherapeutische observaties worden als aanvulling op de psychologische testen als een meerwaarde gezien in de diagnostiek. De ervaring is dat psychologische testen te moeilijk zijn of een vertekend beeld kunnen geven van cliënten met een LVB die (vaak) vanuit een crisissituatie worden aangemeld.

“Vaktherapeuten doen iets met de cliënt ... als zij daar iets over kunnen vertellen hoe iemand in contact functioneert en wat hij kan en wat niet, dat vind ik altijd belangrijk omdat ik praat met de patiënten en dat is niet voor alle patiënten de favoriete manier van communicatie of de manier van communicatie waar ze heel veel mee kunnen.” - Psychiater

“... van wat wij ook wel interessant zouden vinden, bijvoorbeeld, om als observatie procesdiagnostiek, bijvoorbeeld verschillende vaktherapieën, in blokken aan te bieden, dus bijvoorbeeld eerst een blok drama en dan naar PMT en naar beeldend en dan gezamenlijk tot procesdiagnostiek te komen...” - Vertegenwoordigend vaktherapeut

Alle betrokkenen noemen dat de aanwezigheid van een vertegenwoordigend vaktherapeut naast inhoudelijke ook praktische voordelen heeft doordat deze een actueel overzicht heeft van beschikbare plekken en/of wachtlijsten voor vaktherapie.

Resultaten over de indicatiestelling

Deelnemende leden van de ambulante (FACT-LVB)behandelteams gaven aan een behoefte te hebben aan de inbreng van een vaktherapeut bij het stellen van indicaties voor een vaktherapeutische behandeling. Er werd aangegeven

dat dit het beste kan plaatsvinden tijdens een bespreking waarin nieuwe aanmeldingen worden besproken. Alle betrokkenen spreken de verwachting uit dat dit zal leiden tot een efficiëntere behandeling voor de cliënt, doordat er eerder en specifiek een indicatie gesteld wordt.

“Meerwaarde vaktherapie? Het diagnostische, het verbindende, denk ik. Een vertrouwensrelatie opbouwen, met ons, met hulpverlenings-systeem. Ook dat het soms concreter wordt. Dat het soms verbaal ingewikkeld wordt voor LVB'ers.....Diagnostisch, concreet maken, inslijpen. Rouw, trauma, van die specifieke dingen. Soms is het verbaal te akelig of te confronterend of te bedreigend.” - GZ- psycholoog

Kijkend naar datgene wat de samenwerking oplevert voor de indicatiestelling werd in de interviews door ambulante (FACT-)LVB-teamleden aangegeven meer genuanceerder na te denken over indicaties voor vaktherapie. Men is zich bewust van de 'gewoontes' die zijn ontstaan waar teamleden cliënten, op basis van goede ervaringen, standaard indiceren voor een bepaalde discipline van vaktherapie. De indicatiestelling voor welke discipline vaktherapieën wordt nu meer inhoudelijk besproken aan de hand van de cliënt en zijn specifieke hulpvraag. Daarnaast zijn er ook praktische redenen om een cliënt naar een specifieke vaktherapie te verwijzen wanneer bijvoorbeeld een discipline geen beschikbare plekken heeft of wanneer een vaktherapeut zich heeft gespecialiseerd in een specifiek probleemgebied of vaktherapeutische methode.

“...veel indicaties voor specifieke vormen van vaktherapie op basis van persoonlijke interesse of voorkeuren, dat gebeurt. Of een verkeerd beeld van wanneer welke therapie geschikt is... Door de samenwerking zijn we meer in gesprek gegaan over het inhoudelijke aanbod voor cliënten met een LVB en over de onderlinge communicatie en omgang.” - Sociaal verpleegkundige

“De vaktherapeuten letten op interactie, kun-

nen blinde vlekken aanduiden van ambulant werkers, leveren specialistische kennis t.a.v. de indicatiestelling.” – Casemanager

Vanuit T0 en de logboeken is te zien dat binnen alle fasen van behandeling van het zandlopermodel vaktherapeutische behandelingen plaatsvinden: ontregeling (13 cliënten), behandeling (24 cliënten) en herstel (3 cliënten). In de herstelfase volgen veel cliënten binnen de dagbehandeling vaktherapeutische behandeling.

Alle indicaties vanuit T0 en gedurende de pilot zijn te plaatsen binnen het indicatiemodel (figuur 1). De behandelend vaktherapeuten merken op dat gedurende een therapieproces een ontwikkeling te zien is waarbij het accent van de behandeling van indicatiegebied kan veranderen.

Resultaten behandellocatie

Door de samenwerking wordt er beter nagedacht over de voor de cliënt meest passende locatie voor vaktherapeutische behandeling. Er is meer discussie op gang gekomen en ideeën zijn ontstaan over wanneer en waarom vaktherapeutische behandeling op een bepaalde locatie zou kunnen plaatsvinden. Een belangrijk argument voor het geven van (een enkele sessie) vaktherapeutische behandeling (dichterbij) thuis is het opbouwen van een therapeutische relatie bij de start om zo de drempel die de meeste cliënten ervaren te verlagen. Er een therapeutische vertrouwensband ontstaan en de cliënt krijgt een beeld van wat vaktherapie inhoudt en wat deze voor hem kan betekenen. Alle betrokkenen verwachten dat daardoor de cliënt sneller start met zijn behandeling en dat de therapie na enkele sessies verplaatst kan worden naar de instelling. Aansluitend is het verstevigen van de transfer naar de thuissituatie een reden om aan het einde van de behandeling enkele vaktherapeutische sessies thuis te laten plaatsvinden. Daarnaast zijn angstklachten, lichamelijke of financiële problemen redenen om de vaktherapeutische behandeling ambulant te laten plaatsvinden. Op langere termijn verwachten de betrokkenen

dat er hierdoor minder no-show zal voorkomen en een vermindering zal zijn van (her)opname. Redenen om vaktherapie juist niet of nauwelijks ambulante te indiceren zijn financieel van aard en hebben verband met het gegeven dat de reistijd niet vergoed wordt.

“...maar thuis behandelen ... dat gaf binnen het team ook wel wat vragen want ... binnen het team was men het daar eigenlijk niet over eens. Ik ben daar wel twee keer overigens geweest.... denk ik dat het op dat moment goed is geweest... dat er een verbinding bleef en dat je door kan blijven gaan.” - Behandelend vaktherapeut

Conclusie en discussie

Dit artikel beschrijft de eerste ervaringen met een kader voor samenwerking tussen vaktherapeuten en ambulante (FACT-LVB)behandelteams vanuit gespecialiseerde GGZ-instellingen voor mensen met een LVB, met als overkoepelend doel mensen met een LVB beter te laten functioneren. Algemene conclusie is dat deze samenwerking door alle betrokkenen als waardevol werd ervaren. De bijdrage van een vaktherapeut als vertegenwoordiger van alle vaktherapeuten, werd het meest waardevol ervaren binnen de overleggen van het (FACT-LVB)team waarin nieuwe cliënten werden besproken. Voor de cliënten betekent dit dat door deze samenwerking in een eerder stadium nagedacht wordt of en welke indicatie voor vaktherapie kan bijdragen aan de behandeling en op welke locatie de vaktherapeutische behandeling het beste kan plaatsvinden. Rechtstreeks inhoudelijk contact tussen behandelaar en behandelend vaktherapeut zonder tussenkomst van een vertegenwoordigend vaktherapeut is wenselijk. Reden hiervoor is dat vaktherapeutische (observatie)gegevens ten aanzien van het handelen van de cliënt meer zicht geven op de ontwikkelingsmogelijkheden en de problematiek van de cliënt, en dus bijdragen aan (proces)diagnostiek. Door samenwerking vanuit het kader voor samenwerking is het idee ontstaan om cliënten gedurende de intakeperiode kennis te laten maken met verschillende disci-

plines van vaktherapie gedurende enkele (observatie)sessies, waarbij vervolgens vanuit de hulpvraag, de affiniteit van de cliënt, de specialisatie van de vaktherapeut en praktische redenen een cliënt naar een specifieke discipline doorverwezen kan worden.

Ten aanzien van de inzet van vaktherapie op locatie wordt op basis van de samenwerking verondersteld dat er een meerwaarde is voor het geven van enkele behandelsessies (dichterbij) thuis aan de start van de vaktherapeutische behandeling. Het geven van de eerste behandelingen thuis kan de drempel voor verdere behandeling mogelijk verlagen. Ook kan het geven van enkele behandelsessies (dichterbij) thuis aan het einde van de vaktherapeutische behandeling de transfer naar het dagelijks leven makkelijker maken. Men vermoedt dat dit een positief effect kan hebben op de no-show en (her)opname kan verminderen.

De deelnemende ambulante (FACT-LVB)behandelteams zijn na het project verder gegaan met het werken vanuit het kader voor samenwerking. Een vertegenwoordiger van de vaktherapeuten is ook na de pilot blijven deelnemen aan de multidisciplinaire overleggen. Daarnaast worden de eerste stappen gezet om op locatie te behandelen door een behandelruimte bij een partnerzorginstelling te huren dichterbij de cliënten in de regio. Binnen het andere team is besloten indicaties voor vaktherapeutische behandeling door te geven aan het team vaktherapeuten. Zij besluiten vervolgens samen welke specifieke vaktherapeutische behandeling het beste past.

Dit onderzoek vond plaats in een relatief kort tijdsbestek. Zeker als we de lengte van de meeste vaktherapeutische interventies in ogenschouw nemen. Dat maakt dat de resultaten en de daaruit gebaseerde conclusies in dat licht geïnterpreteerd moeten worden. De in het team vertegenwoordigende vaktherapeut kan in potentie andere vaktherapeutische disciplines goed inhoudelijk vertegenwoordigen, maar behoeft meer onderlinge afstemming. Zo is bij de behandelend vaktherapeuten en

bij leden van de ambulante (FACT-LVB) behandelteams de vraag naar verdere toelichting en beschrijving van vaktherapeutische werkwijze en methodische onderbouwing. Er is geringe ervaring met vaktherapeutische behandeling (dichterbij) thuis. Meer onderzoek is wenselijk naar de meerwaarde van vaktherapeutische behandeling (dichterbij) thuis op de no-show, vermindering van (her)opname, vermindering van klachten en de effecten van de vaktherapie bij mensen met een LVB.

Referentielijst

- Aerts, L. C., Busschbach, J. T., & Wiersma, D. (2011). *Vaktherapie in Noord Nederland: Beschrijving van de beroepspraktijk, behandelresultaten en tevredenheid van patiënten met vaktherapie binnen de noordelijke geestelijke gezondheidszorg*. Groningen: RGOC.
- Bellemans, T., Hoek, P., Scheffers, M., van Busschbach, J., & Didden, R. (2016). Psychomotorische therapie bij mensen met een licht verstandelijke beperking en problemen met emotie- en agresieregulatie. *Directieve Therapie*, 36(3), 148-168.
- Bootsma, M., Verdonschot, M., Berghe, M., de Witte, M., & van Hooren, S. (2017). *Een overzicht van indicatiegebieden voor vaktherapie bij mensen met een licht verstandelijke beperking: Resultaten uit Fase 1 van het onderzoeksproject '(Be)Leef in de wijk'*. Heerlen: Zuyd Hogeschool, Lectoraat Kennisontwikkeling Vaktherapieën (KenVaK).
- de Witte, M. (2014). Muziektherapie en emotieregulatie. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 3(10), 13-21.
- Didden, R., Lindsay, W. R., Lang, R., Sigafos, J., Deb, S., Wiersma, J., . . . Lancioni, G. E. (2016). Aggressive behavior. In N. N. Singh (Red.), *Handbook of evidence-based practices in intellectual and developmental disabilities* (pp. 727-750). Cham: Springer.
- Folostina, R., Tudorache, L., Michel, T., Erzsebet, B., Agheana, V., & Hocaoglu, H. (2015). Using play and drama in developing resilience in children at risk. *Procedia - Social And Behavioral Sciences*, 197, 2362-2368. Doi:10.1016/j.sbspro.2015.07.283
- Hsieh, H., & Shannon, S. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1227-1288.
- Merton, R. K., & Kendall, P. L. (2003, oorspronkelijk 1946). The focused interview. In N. G. Fielding, *Interviewing* (pp. 232-260). London: Sage.
- Movisie. (2014). *Procesevaluatie bij de beoordeling van interventies: Informatieblad, juli 2014*. Utrecht: Movisie.
- Neijmeijer, L., Moerdijk, L., Veneberg, G., & Muuse, C. (2010). *Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ: Een verkennend onderzoek*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Neijmeijer, L. (2015). *Modelbeschrijving (Flexibele) ACT LVB. Herziene versie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Savarimuthu, D., & Bunnell, T. (2002). The effects of music on clients with learning disabilities: A literature review. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 8(3), 160-165. doi:10.1054/ctnm.2001.0629
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Coutinho.
- van Hooren, S., de Witte, M. J., Didden, R., & Moonen, X. (2016). Vaktherapie. In R. Didden, W. Groen, X. Moonen & P. Troost (Red.), *Handboek Psychiatrie en licht verstandelijke beperking* (pp. 425-433). Utrecht: De Tijdstroom.
- van Veldhuizen, R., Polthuis, D., Bähler, M., Mulder, N., & Kroon, H. (Red.) (2015). *Handboek (Flexibele) ACT: Herstelondersteunende zorg en behandeling in de eigen omgeving voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Verdonschot, M., de Witte, M., Berghe, M., Bootsma, M., Moonen, X., & van Hooren, S. (2016). (Be)Leef in de wijk: Ontwikkeling van een vaktherapeutische wijkgerichte verwijs- en behandelroute voor mensen met een lichte verstandelijke beperking. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 4(12), 15-19.

DE STAND VAN ZAKEN IN HET ONDERZOEK NAAR SOCIALE INFORMATIEVERWERKING BIJ JEUGD MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING

Maaïke van Rest ¹

Maroesjka van Nieuwenhuijzen ²

Aart Vriens ³

Walter Matthys ⁴

De aandacht voor sociale informatieverwerking (SIV) als cognitief proces dat onderliggend is aan externaliserende gedragsproblemen bij jeugd heeft in de afgelopen jaren een vlucht genomen, zowel in het wetenschappelijk onderzoek als in de praktijk van hulpverlening. Bij jeugd met een licht verstandelijke beperking (LVB) is gevonden dat SIV één van de verklarende factoren is voor externaliserende gedragsproblemen, maar vooral het praktisch toepasbare karakter van de SIV-theorie spreekt velen aan. Het Consortium Sociale InformatieverwerkingsTest (ConSIVT) heeft zich ingezet om tot de ontwikkeling van een valide en betrouwbaar diagnostisch instrument te komen dat individuele profielen van SIV weergeeft bij zowel jeugd met een normaalbegaafd intelligentieniveau als specifiek bij jeugd met een LVB of een zwakbegaafd intelligentieniveau. In een promotieonderzoek is de SIVT gerealiseerd, onderzocht in pilotstudies bij meer dan 100 deelnemers, herzien en getest in een hoofdstudie bij meer dan 400 deelnemers. Met een dergelijk instrument wordt het mogelijk gemaakt om in de behandeling en de begeleiding aan te sluiten op de individuele competenties van de jeugdigen. Dit artikel geeft zowel de stand van zaken van het huidige onderzoek weer, als de plannen die er

zijn om het onderzoek door te trekken naar de diagnostiek en behandeling in de praktijk van hulpverlening aan jeugd met een LVB.

Wat is SIV?

Sociale informatieverwerking (SIV) is een cognitief proces waarin verschillende bewuste en automatische/onbewuste stappen worden doorlopen om in een sociale (probleem)situatie tot een gedraging te komen. De SIV-theorie (Crick & Dodge, 1994) is bedoeld om de sociale aanpassing en gedragsproblemen van kinderen en jongeren beter te begrijpen. Verschillende stappen met SIV-cognities zijn te onderscheiden in dit proces, namelijk: het encoderen/waarnemen van de situatie, interpreteren van de informatie, doelen stellen, gedragsresponsen genereren, evalueren en selecteren, met als uitkomst de gedraging van de jongere in de sociale probleemsituatie.

De laatste decennia is de (h)erkenning van de speciale behoeften van jeugd met een licht verstandelijke beperking (LVB) meer aan het licht gekomen (Van Nieuwenhuijzen, 2010). De aandacht is ook steeds meer verschoven van focus op intelligentie, het IQ-cijfer, naar fo-

¹ Post-doc Onderzoeker Pedagogische Wetenschappen, Vrije Universiteit Amsterdam; correspondentie adres: Dr. M.M. van Rest, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam. E-mail: m.m.van.rest@vu.nl.

² Senior Onderzoeker, Expertisecentrum William Schrikker, Amsterdam.

³ GZ-psycholoog, RIBW, Purmerend.

⁴ Emeritus Hoogleraar Agressie bij kinderen, Afdeling Psychiatrie, UMC Utrecht, Child and Adolescent Studies, Universiteit Utrecht.

⁵ Dank aan ConSIVT, bestaande uit: Ambiq, De Hondsborg/Koraal, 's Heeren Loo, Pluyn, Landelijk Kenniscentrum LVB, VU Amsterdam. Voor vragen over de SIVT, neem contact op met Simon Nak: simon.nak@hogrefe.nl.

cus op de sociale aanpassingsproblemen van deze jeugd. Zowel in het sociale domein, de communicatie met en het begrijpen van andere mensen, als in het gedragsmatige domein, de agressie en het grensoverschrijdend gedrag, laten jongeren met een LVB meer afwijkingen zien dan hun leeftijdgenoten met een normaal-begaafd niveau. SIV speelt een belangrijke rol bij deze sociale aanpassing. Door de individuele SIV van een jongere te begrijpen, kunnen we ook beter stap voor stap zien waar het misgaat in een sociale interactie tijdens een probleemsituatie, waardoor uiteindelijk meer agressieve reacties volgen bij deze jongeren met een LVB. Door het begrijpen van SIV kunnen we dus ook beter de gedragsproblemen en de sociale aanpassing leren begrijpen.

Resultaten uit recent wetenschappelijk onderzoek

Tijdens een promotieonderzoek naar SIV bij jongeren met een LVB zijn verschillende factoren onderzocht die invloed kunnen hebben op SIV en agressief gedrag (Van Rest, 2018). Zowel individuele factoren als verschillen in sociale probleemsituaties werden hierin meegenomen. Zo werden specifieke beperkingen in SIV gevonden voor jongeren met een LVB en met gedragsproblemen in specifieke situaties die ofwel expliciet, ambigu, of per ongeluk van aard waren. Bijvoorbeeld, het herkennen van een ongeluk was voor jongeren met een LVB niet altijd even duidelijk; zij gaven vaker dan hun leeftijdgenoten met een hoger intelligentieniveau aan dat de intentie van een persoon expliciet was, juist in situaties waarbij een probleem per ongeluk tot stand was gekomen. In ambigue sociale probleemsituaties lieten jongeren met een LVB ook SIV-beperkingen zien in vergelijking met hun leeftijdgenoten met een hoger intelligentieniveau (zie Van Rest, Van Nieuwenhuijzen, Kupersmidt et al., 2018).

Bovendien werden andere relevante cognitieve factoren bij het onderzoek betrokken: de executieve functies. Dit zijn de cognitieve controlefuncties die ons denken en handelen beïnvloeden. Beperkingen in de functies gericht op aandacht en werkgeheugen waren gerelateerd

aan beperkingen in verschillende stappen van SIV. Deze negatieve of beperkte SIV was vervolgens gerelateerd aan meer agressief gedrag van de jongeren met een LVB. Zo werd een eerste bewijs gevonden voor mediatie van executieve functies, via SIV, naar agressief gedrag (Van Rest, Matthys et al., 2018). De functie van gedragsinhibitie was direct gerelateerd aan agressief gedrag, zonder tussenkomst van SIV. Deze bevindingen zijn belangrijk voor het beter begrijpen van zowel SIV als agressie bij jeugd met een LVB en dragen bij aan inzichten voor de begeleiding en behandeling van deze jeugd in de praktijk van hulpverlening.

Resultaten voor de praktijk van hulpverlening

Een belangrijk resultaat uit het promotieonderzoek is het diagnostisch instrument SIVT (Sociale InformatieVerwerkingsTest) dat is ontwikkeld tot een valide en betrouwbare versie voor gebruik in de praktijk. De SIVT meet alle stapjes uit de SIV-theorie, om op individueel niveau te kunnen bekijken waar het misgaat in het verwerken van informatie tijdens een sociale probleemsituatie.

De uitgave van de SIVT wordt gerealiseerd door testuitgever Hogrefe Amsterdam en is een voorbeeld van het valoriseren van wetenschappelijk werk naar de praktijk waarvoor het bedoeld is. Hogrefe heeft in 2018 normgegevens verzameld voor populatienormen voor de kinderversie (8-12 jaar) en de adolescentenversie (13-17 jaar). In het promotieonderzoek zijn de eerste normgegevens verzameld voor jeugd met een LVB; dit wordt verder uitgebouwd in het komende jaar. Zo kunnen de individuele profielen met SIV-scores van één kind of jongere worden afgezet tegen de populatienorm, maar ook tegen een norm die aansluit bij het ontwikkelingsniveau van jeugd met een LVB. Deze vergelijking geeft beter aan wat verwacht mag worden van het kind of de jongere met een LVB betreffende SIV-vaardigheden. Wellicht wijkt een bepaalde SIV-vaardigheid, zoals het bedenken van verschillende responsen, wel af van de populatienorm, maar is het voor de norm van jeugd met een LVB

precies het gemiddelde. Dat heeft invloed op het beeld van de hulpverlener over wat we mogen verwachten op dat specifieke gebied van SIV. Het past de verwachtingen aan, de kennis over SIV bij jeugd met een LVB en daarbij ook de manier waarop we de individu kunnen begeleiden en behandelen. Tevens zijn in een pilot- en hoofdstudie verschillende waarden van validiteit en betrouwbaarheid van de SIVT geanalyseerd voor groepen kinderen en jongeren (zie Van Rest, Van Nieuwenhuijzen, Vriens & Matthys, 2018). Deze analyses boden veelbelovende uitkomsten voor de psychometrische eigenschappen van de SIVT. Dit wordt in het komend jaar verder onderzocht voor de normpopulatie en vervolgens uitgegeven door Hogrefe Amsterdam.

Plannen voor toekomstig wetenschappelijk onderzoek

Vanuit het promotieonderzoek is een basis gelegd voor het begrijpen van SIV vanuit onderliggende factoren, zowel op individueel-cognitief als sociaal-contextueel gebied. In de komende maanden worden verdere analyses gedaan naar SIV en de kernovertuigingen (sociale schema's/ kerncognities) die daarop van invloed kunnen zijn, zowel bij kinderen als jongeren met een LVB of normaalbegaafd niveau. Bepaalde vaststaande negatieve beelden of ideeën over de wereld of zichzelf als persoon kunnen van invloed zijn op hoe kinderen en jongeren nieuwe sociale situaties interpreteren en vervolgens doorwerken in het vertonen van meer agressief gedrag naar anderen. De data hiervoor is reeds verzameld in het promotieonderzoek en wordt geanalyseerd om uitspraken te kunnen doen over het belang van kernovertuigingen voor SIV en gedrag. Een plan voor toekomstig onderzoek is om deze relaties met kernovertuigingen en SIV ook te bekijken in relatie tot gebruik van sociale media bij jeugd met een LVB. Verwacht wordt dat ervaringen die jongeren met een LVB opdoen op sociale media van invloed zijn op hun kernovertuigingen over zichzelf en hoe de wereld is, maar dat ook hun SIV van invloed is op hoe zij sociale media 'lezen' en verwerken. Dit zou van belang kunnen zijn voor hun sociale gedrag richting

leeftijdgenoten, zowel prosociaal als agressief gedrag.

Vanuit de data in het promotieonderzoek wordt tevens gekeken naar de ontwikkeling van SIV van kinderen vanaf 8 jaar naar jongeren t/m 17 jaar oud. Vergelijkingen van SIV-vaardigheden worden gemaakt op basis van kalender- en ontwikkelingsleeftijd bij jeugd met en zonder een LVB. Aan de hand van deze vergelijkingen kan worden uitgezocht of beperkingen in bepaalde SIV-vaardigheden bij jeugd met een LVB vertraagd ontwikkeld zijn, en dus achterlopen op normaalbegaafde leeftijdgenoten, of afwijkend ontwikkeld zijn en wellicht niet op hetzelfde niveau komen als dat van normaalbegaafde leeftijdgenoten. Deze analyses kunnen tevens bijdragen aan het bijstellen van verwachtingen over de SIV en gedragingen van jeugd met een LVB in de praktijk van hulpverlening.

In de planning staat ook om de emotieherkenningsvaardigheden van kinderen en jongeren met een LVB te onderzoeken en de relaties daarvan met SIV en gedrag, vanuit data die zijn verzameld in het promotieonderzoek. Te verwachten is dat kinderen en jongeren die gezichten anders waarnemen, bijvoorbeeld boos in plaats van verdrietig, verbaasd of neutraal, ook de sociale informatie in een probleemsituatie anders verwerken. Deze sociaal-cognitieve functie kan dus van invloed zijn op SIV en doordringen in het gedrag. Onderzocht wordt in hoeverre dit anders werkt voor jeugd met een LVB ten opzichte van normaalbegaafde jeugd.

Plannen voor de praktijk van hulpverlening

De SIVT biedt aanknopingspunten voor de hulpverlening. Uitspraken op individueel niveau, gebaseerd op scores uit de SIVT, kunnen helpen bij het individualiseren van zowel cognitief-gedragstherapeutische behandelmethoden (Dodge, Godwin, and The Conduct Problems Prevention Research Group, 2013; Matthys, Vanderschuren, Schutter, & Lochman, 2012) als het opvoedkundig handelen in leefgroepen, thuis en op school (Matthys & Boersma, 2017; 2018). Zo kunnen groepslei-

ding, ouders en leerkrachten het individuele SIVT-profiel gebruiken om kinderen en jongeren te helpen sociale problemen adequater te leren interpreteren, meer adequate oplossingen voor sociale problemen te bedenken en tussen mogelijke oplossingen de meest passende te kiezen. Het type probleemsituatie en eventuele achterstanden in de ontwikkeling van executieve functies worden hierin meegenomen, zoals beschreven staat in de handleiding die binnenkort verschijnt bij de SIVT.

Een uitgewerkt onderzoeksplan ligt klaar naar casestudies (N=1) over de ontwikkeling van SIV en gedrag bij jeugd met een LVB nadat behandeling en begeleiding zijn toegespitst op het individuele profiel van SIV-scores. In deze casestudies worden de sterke en de zwakke kanten van het SIV-profiel bekeken en er wordt gefocust op het versterken van sociaal-cognitieve vaardigheden van het kind of de jongere. Hierbij stellen we vragen als: is het mogelijk om de waarneming, het encoderen, te verbeteren bij een jongere? Kunnen we daarmee de interpretatie of attributiestijl ook veranderen van vijandig naar meer open en prosociaal? Kunnen we meer verschillende opties tot reageren aanleren aan de jongere? Hangt dit alles samen met het afnemen van de externaliserende gedragsproblemen bij deze jongere? Voor dit uitgewerkte onderzoeksplan wordt gekeken naar een gepaste subsidie, zodat we met deze SIV-kennis kunnen bijdragen aan inzichten voor diagnostiek en behandeling.

Tevens is een onderzoeksplan ingediend voor een subsidie om de SIVT verder te kunnen specificeren voor jeugd met een LVB, inclusief uitgebreide normen voor deze doelgroep. Zoals beschreven, zijn de eerste gegevens voor normen voor jeugdigen met een LVB verzameld in het promotieonderzoek. Echter, om te kunnen voldoen aan COTAN-eisen voor steekproefgrootte, willen we deze uitbreiden om een nog beter beeld te kunnen geven van alle afzonderlijke SIV-vaardigheden specifiek voor kinderen en jongeren met een LVB.

Literatuurlijst

- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, *115*, 74-101. doi:10.1037/0033-2909.115.1.74
- Dodge, K. E., Godwin, J., and The Conduct Problems Prevention Research Group (2013). Social-information-processing patterns mediate the impact of preventive intervention on adolescent antisocial behavior. *Psychological Science*, *24*, 456-465. doi: 10.1177/0956797612457394
- Matthys, W., & Boersma, C. (2017). *Gedragsproblemen bij kinderen: Wegwijzer voor ouders van kinderen met brutaal, boos of agressief gedrag*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers BV.
- Matthys, W. & Boersma, C. (2018). *Brutaal, boos of agressief gedrag op school: Omgaan met sociaal storend gedrag*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers BV.
- Matthys, W., Vanderschuren, L. J. M. J., Schutter, D. J. L. G., & Lochman, J. E. (2012). Impaired neurocognitive functions affect social learning processes in oppositional defiant disorder and conduct disorder: Implications for interventions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *15*, 234-246.
- Van Nieuwenhuijzen, M. (2010). *De (h)erkenning van jongeren met een lichte verstandelijke beperking*. Amsterdam: SWP.
- Van Rest, M. M. (2018). *Social information processing in adolescents with mild to borderline intellectual disability: Executive functions, situational factors, and instrument development* (Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam). Te verkrijgen via <http://dare.uvu.vu.nl/handle/1871/55594>
- Van Rest, M. M., Matthys, W., Van Nieuwenhuijzen, M., De Moor, M. H. M., Vriens, A., & Schuengel, C. (2018). Social information processing skills link executive functions to aggression in adolescents with mild to borderline intellectual disability. *Child Neuropsychology*. Online voorpublicatie. [XXXX](#).
- Van Rest, M. M., Van Nieuwenhuijzen, M., Kuper-smidt, J. B., Vriens, A., Schuengel, C., & Matthys, W. (2018). Accidental and ambiguous situations reveal specific maladaptive social information processing skills in adolescents

with intellectual disability. Vrije Universiteit Amsterdam, Department of Clinical Child and Family Studies. Te verkrijgen via <http://dare.uvu.nl/handle/1871/55594> Van Rest, M. M., Van Nieuwenhuijzen, M., Vriens, A., & Matthys, W. (2018). Development of the Social Information Processing Test SIVT: A computer-based diagnostic instrument for children and adolescents with externalizing behavior problems and mild to borderline intellectual disability. Vrije Universiteit Amsterdam, Department of Clinical Child and Family Studies. Te verkrijgen via <http://dare.uvu.nl/handle/1871/55594>

COLUMN

De schrijver van de column kan een gedragswetenschapper, een groepsleider, een wetenschappelijk onderzoeker, een beleidsmaker en/of een ouder zijn. Wat zij gemeen hebben, zijn hun ervaringen met mensen met een licht verstandelijke beperking. In deze LVB Onderzoek & Praktijk geven wij het woord aan Gertrude van den Brink, bestuursvoorzitter Middin én Zorgmanager van het Jaar 2018.

Omdenken: tijd voor een andere kijk op LVB

De wetenschap heeft de laatste decennia veel bijgedragen aan het definiëren en herkennen van LVB en de ontwikkeling van effectieve behandelplannen. Mede daardoor komt er steeds meer oog en oor voor LVB in de samenleving. Dat is goed nieuws. Tegelijk groeit het aantal LVB-ers dat aanklopt bij een zorgloket. Naast een steeds complexere samenleving zie ik een tweede mogelijke verklaring voor die toename. Het kan zijn dat meer mensen met een lager IQ problematiek ontwikkelen die valt onder de noemer LVB. Is dat zo? En zo ja, hoe komt dat dan? En is het te voorkomen? Voor het antwoord op die vragen hebben we de wetenschap nodig. En een stukje omdenken.

De complexe samenleving van vandaag maakt het mensen met een LVB niet makkelijk. Ze hebben dan ook meer dan anderen te maken hebben met schuldenproblematiek, psychische aandoeningen en detentie. Nieuwe behandelmethodieken en meer aandacht voor deze doelgroep in schakelteams voor verwarde personen en de koers- en kansen-programma's binnen justitiële instellingen zijn een goede reactie daarop.

Tegelijk groeit het aantal LVB-ers dat een beroep doet op ondersteuning door zorgaanbieders. Met het Sociaal en Cultureel Planbureau ben ik van mening dat de groeiende complexiteit van de wereld om ons heen hierin een be-

langrijke rol speelt. Immers, hoe moeilijker de samenleving, hoe meer mensen een beperking ervaren.

Maar is dat het hele verhaal? Mensen met een LVB lopen eerder vast, maar is het ook zo dat er meer mensen zijn met een dergelijke beperking? En hoe komt dat dan? En de vervolgvraag: kunnen we daar iets aan doen?

Het is onduidelijk hoeveel mensen precies een LVB hebben. We weten wel dat één op de zes Nederlanders een IQ heeft tussen de 55 en 80. Dat zijn de mensen die het risico lopen op de ontwikkeling van een LVB. Nu is het exacte aantal LVB-ers op dit moment niet het belangrijkste. Het gaat mij erom dat we inzicht krijgen, dat we beter leren begrijpen welke factoren bepalen dat het bij de ene minder begaafde persoon wel goed gaat en bij de ander niet. Als we dat goed in beeld hebben is de volgende vraag of we daar preventief iets aan kunnen doen. Kunnen we de impact van een laag IQ zoveel mogelijk beperken?

Ik voel me aangesproken door het 'omdenken' van de Wetenschappelijke Raad op het Regeringsbeleid (WRR). De Raad stelt dat we in de onderzoeken naar gezondheid vaak kijken naar verschillen en dan aan de slag gaan om die verschillen kleiner te maken. Met welk resultaat? De gezondheid verbetert, maar de verschillen worden groter. Zo is iedereen is minder gaan roken, maar hoogopgeleiden zijn

¹ Rapport 'Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking in internationaal perspectief', Sociaal en Cultureel Planbureau, juli 2018

² 'Van verschil naar potentieel. Een realistisch perspectief op sociaaleconomische gezondheidsverschillen', WRR-Policy Brief7, WRR, augustus 2018

veel meer minder gaan roken dan de laagopgeleiden. Dus het verschil is gegroeid. Daarom zegt de Raad: zet niet langer de gezondheidsverschillen centraal, maar kijk juist naar het potentieel. Hoeveel winst valt er te behalen, met name in de eerste 18 levensjaren? Ik zou op dezelfde manier willen kijken naar onze doelgroep.

Er is al veel onderzoek gedaan naar LVB bij jonge kinderen. Zowel Adverse Childhood Experiences (ACE)-onderzoek als medisch/ontwikkelingscohortstudies. Als we uit deze en eventueel aanvullend onderzoek een optelsom van levensverhalen maken, dan zouden we wellicht kunnen ontdekken waar het begint. Welke factoren in de eerste levensjaren dragen het risico op complexe problematiek op latere leeftijd in zich?

Laten we vervolgens, net als de WRR, omdenken. Niet concentreren op verschillen en beperkende factoren. Nee, ik stel voor dat we, met hulp van de wetenschap, op zoek gaan naar een antwoord op deze vraag: hoe kunnen we als samenleving zorgen dat ook het potentieel van mensen met een laag IQ van jongs af aan optimaal wordt benut?

Want hoe beter we de ontwikkeling van LVB begrijpen, hoe meer mensen tot bloei kunnen komen.

Gertrude van den Brink

UIT DE PRAKTIJK

Met deze rubriek willen wij praktijkervaringen uitwisselen. De LVB-praktijk is divers en in elke instelling weer net even anders, maar de thema's van de problemen die zich kunnen voordoen zijn vergelijkbaar. Mail uw reacties en opmerkingen naar redactie@kenniscentrumlvb.nl. Deze keer twee bijdragen. Frank Schalken schrijft over VraagApp om zo de zelfstandigheid van mensen met een LVB te vergroten. Hans Willemsen en Jolanda Douma bespreken opgedane ervaringen met het inzetten van een psycho-educatieprogramma over LVB aan cliënten met een LVB binnen Cordaan.

MET VRAAGAPP DE ZELFSTANDIGHEID VAN MENSEN MET EEN LVB VERGROTEN

Frank Schalken¹

Veel mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) vinden de samenleving ingewikkeld. Het toenemend gebruik van technologie is daarvan de belangrijkste oorzaak, maar omdat steeds meer mensen met een LVB een smartphone hebben, is het ook een potentiële oplossing.

Aanleiding

Eind 2014 verscheen het SCP rapport 'zorg beter begrepen' (Woittiez, Putman, Eggink, & Ras, 2014) waarin een verklaring gezocht werd voor de verviervoudiging van de zorgvraag van mensen met een verstandelijke beperking in 12 jaar tijd. De belangrijkste oorzaak: de complexere wordende samenleving, mede door alle technologische ontwikkelingen. Digitaal is de nieuwe standaard, bijvoorbeeld bij bankzaken, contact met instanties en gebruik van het openbaar vervoer. Terwijl dagelijkse, noodzakelijke activiteiten ingewikkelder worden, wordt van mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) juist verwacht dat ze steeds zelfstandiger worden, waarbij hun netwerk vaak klein is. Als ze een begeleider hebben, dan is die niet op

ieder moment beschikbaar. Kleine alledaagse onbeantwoorde vragen kunnen zo leiden tot stress, vermijding van situaties en uiteindelijk grote problemen. Zo schat de gemeente Amsterdam in dat veertig procent van de mensen met problemen, bijvoorbeeld op het gebied van schuldhulpverlening, armoede, criminaliteit en dakloosheid, mensen met een LVB zijn.

In 2015 liep ik samen met Reframing Studio in opdracht van Amerpoort een aantal dagdelen mee met begeleiders van mensen met een LVB. We zagen dat begeleiders een deel van hun tijd kwijt zijn aan het beantwoorden van alledaagse vragen, terwijl ze daardoor soms niet toekomen aan ontwikkelvragen. En begeleiders hebben ook niet overal kennis van of ervaring mee. "Als een cliënt een eigen smartphone wil en hij kiest een iPhone dan kan ik hem niet helpen, want ik heb zelf een Android", aldus een van de begeleiders.

¹ Frank Schalken studeerde Marketing en Organisationsociologie. Hij is een van de pioniers op het gebied van e-health in Nederland. Als vrijwilliger van de Kindertelefoon was hij daar in 2000 initiatiefnemer van de Chathulp. Frank was 11 jaar directeur van stichting E-hulp.nl, kenniscentrum voor online hulp. Hij is auteur van diverse boeken over innovatie in zorg en welzijn en mede-initiatiefnemer van de beweging 'De Nieuwe GGZ'. Frank is samen met de belangenvereniging LFB initiatiefnemer van VraagApp.

² <https://www.elaa.nl/actueel/208-vraagapp-beschikbaar-voor-kwetsbare-amsterdammers>

Oplossing

Technologie maakt het leven ingewikkelder, maar is ook een potentiële oplossing om de zelfstandigheid van mensen met een LVB te vergroten en tegelijkertijd begeleiders en mantelzorger te ontlasten. Het maakt het mogelijk om mensen eenvoudig met elkaar te verbinden. De praktijk laat namelijk zien dat steeds meer mensen met een LVB een smartphone hebben. Voor al deze mensen hebben de belangenvereniging LFB en de sociale onderneming 3 Times Impact in oktober 2017 VraagApp gelanceerd met als doel dat mensen met alledaagse vragen snel antwoord hebben van vrijwilligers.

Hoe VraagApp werkt

Als iemand in VraagApp een vraag wil stellen dient hij eerst een categorie te selecteren waarbinnen zijn of haar vraag valt. Momenteel zijn er 7 categorieën: koken, brieven, huishouden, computer & telefoon, openbaar vervoer, regels & wetten en tenslotte 'overig'. Een vraag kan gesteld worden via spraak of tekst. VraagApp is 24/7 beschikbaar. Zie ook de video 'Wat is VraagApp' (<http://bit.ly/VraagApp>). Een nieuwe vraag komt als notificatie op de smartphone binnen bij vijf vrijwilligers tegelijk. De eerste vrijwilliger die kennis, tijd en zin heeft, accepteert de vraag en komt in een chatcontact met de vraagsteller. Pakt geen van de vijf de vraag op dan gaat er na drie minuten een notificatie naar vijf andere vrijwilligers, et cetera. De vragensteller en vrijwilliger weten elkaars achternaam en 06-nummer niet. Alleen de vraagsteller kan het gesprek beëindigen. Daarna kunnen ze geen contact meer met elkaar opnemen. De vraagsteller wordt nog wel verzocht het antwoord te beoordelen.

Kwaliteitsbewaking

Vragenstellers verwachten dat VraagApp veilig is en dat ze snel een goed antwoord krijgen. Om dit te waarborgen hebben we veel maatregelen getroffen. Mensen kunnen alleen vrijwilliger worden op uitnodiging van een bestaande gebruiker. Zo voorkomen we dat mensen met

verkeerde bedoelingen eenvoudig vrijwilliger kunnen worden. Vrijwilligers bepalen zelf van welke categorieën ze vragen willen ontvangen. De instructie voor de vrijwilligers bestaat uit het tot zich nemen van 12 gouden regels, waarvan de 4 belangrijkste (discretie, geen medische vragen, eenvoudige taal en alleen als je tijd hebt) in de installatieprocedure zijn opgenomen. Tenslotte worden alle gevoerde gesprekken gelezen, onder andere door ervaringsdeskundigen van de belangenvereniging LFB. Indien nodig kunnen we gebruikers tips sturen, tijdelijk of definitief blokkeren.

Stand van zaken

Bij diverse instellingen en gemeenten lopen er pilots met VraagApp, zoals Amerpoort, ASVZ, 's Heeren Loo, Prisma, diverse instellingen van MEE en de gemeente Amsterdam. Begeleiders of jobcoaches delen daarbij abonnementen uit aan cliënten/burgers, waarna die onbeperkt vragen kunnen stellen. Burgers kunnen ook voor zichzelf of een naaste een abonnement kopen à €12 per jaar. Het gebruik van VraagApp groeit met gemiddeld 25 procent per maand.

Ervaringen

De categorie-indeling zorgt ervoor dat de meeste vragen praktisch van aard zijn en zeer divers. Enkele voorbeelden hiervan zijn:

- Wat moet ik doen bij een wespensteek?
- Hoe kan ik bezwaar maken tegen een belastingaangifte?
- Mijn telefoon laadt niet meer op.
- Kun je nog contant betalen in de bus?
- Hoeveel schepjes koffie moet ik in mijn koffiezetapparaat doen?
- Hoe kan ik een mail sturen naar het juiste mailadres?
- Ik wil een brief op de bus doen, in welke gleuf moet die?
- Ik krijg de achterdeur van mijn auto niet open.

VraagApp verbetert zichtbaar de beschikbaarheid van ondersteuning. Zo wordt 75 procent

van de vragen binnen 30 minuten opgepakt door een vrijwilliger. Vragenstellers beoordelen de antwoorden direct na afloop van het gesprek in de app met een gemiddeld cijfer van 4,1 (schaal 1-5, n = 405). In de ruim 150 semi-gestructureerde telefonische interviews die we het afgelopen jaar voerden met vragenstellers noemden velen van hun 'minder stress en afhankelijkheid' als voordelen van de app.

Peggy: "Ik heb moeite om structuur aan te brengen in het dagelijks leven. Heel veel mensen denken dat ik het wel begrijp of snap. En dat uit zich in stress. Ik heb vooral heel nauw contact met mijn moeder. Ik val haar lastig. Zo ziet zij dat niet, maar ik moet haar regelmatig vragen om hulp. Nu hoeft dat niet meer, dat vind ik gewoon heel fijn. Dat geeft ook mijn mensen om mij heen rust. Je hoeft niet te denken "wie kan ik hiervoor vragen?" Je stel gewoon je vraag aan de vrijwilligers en degene die wil antwoorden, antwoordt."

Ellen: "Ik woon nu net 1 jaar zelfstandig. Ik wil het heel graag alleen doen maar ik heb best veel vragen. Het zijn misschien hele simpele vragen, maar ik ben er dan toch onzeker over. Ik stel ook wel eens vragen aan mijn moeder, maar nu heb ik VraagApp. Nu kan ik het zelf doen, meer op mijn eigen manier. Dat geeft mij zekerheid. Dan doe je het niet helemaal alleen. Je bent niet afhankelijk, maar je hebt VraagApp. Met VraagApp kan ik het toch op mijn eigen manier doen. Dat geeft me een sterk gevoel."

Toekomst

Enkele jaren geleden is een transitie ingezet waarbij van begeleiders verwacht wordt dat ze meer 'zorgen dat de cliënt...' in plaats van 'zorgen voor de cliënt' VraagApp lijkt een praktische tool die dit ondersteunt. Iedereen kan de app eerst een maand gratis uitproberen. De prijs van een abonnement om onbeperkt vragen te kunnen stellen lijkt voor gemeenten en zorginstellingen geen drempel te zijn. Komend jaar hopen we dat gemeenten en instellingen massaal abonnementen gaan afnemen voor

cliënten/burgers. Om meer zicht te krijgen op de impact van VraagApp willen we in de app op een eenvoudige manier de mate van stress en zelfstandigheid bij vragenstellers gaan meten.

Literatuur

Woittiez, I., Putman, L., Eggink, E., & Ras, M. (2014). *Zorg beter begrepen: Verklaringen voor de groeiende vraag naar zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

‘HET IS EEN SOORT VAN UIT DE KAST KOMEN’

Over zelfredzaamheid, acceptatie van de beperking en psycho-educatie LVB

Hans Willemsen¹

Jolanda Douma²

Begeleiders van Cordaan ervaren handelingsverlegenheid in de ondersteuning van cliënten die geen reëel zelfbeeld hebben of, sterker nog, hun beperking ontkennen. Psycho-educatie over hun LVB aan deze cliënten zou hierin een oplossing kunnen bieden. Maar wij hebben ervaren dat dit niet voor elke cliënt opgaat. In deze bijdrage gaan we in op het concept zelfredzaamheid en onze ervaringen met cliënten die hun beperking ontkennen en bij wie een psycho-educatieprogramma nog niet de juiste interventie blijkt te zijn.

Een bejaarde man schuifelt in de supermarkt naar de slagerij en begint wat ongericht te zoeken tussen de drumsticks en de kipfilets. “Kan ik u helpen?”, vraagt de slager. “Jazeker”, zegt de man en kijkt hem indringend aan. “Ik zoek iets heel lekkers. Het is rood en rond.” Hij tekent daarbij met zijn rechterwijsvinger een cirkel in de palm van zijn linkerhand. De slager kijkt vertwijfeld. “Het spijt me meneer, maar ik begrijp u niet helemaal.” “O, dat kan wel kloppen hoor”, zegt de man, “ik heb namelijk een beetje Alzheimer. Als u me helpt, dan komen we er vast wel uit.” “Is het voor op brood of bij de warme maaltijd?”, vraagt de slager. “Het is voor op brood”, zegt de man. De slager wijst op de schaaltes salami, “Bedoelt u dit?” “Nee, het lijkt er wel op maar het is anders.” “Wat is er dan anders?”, vraagt de slager. “Het is van buiten minder rood.” Na nog 2 pogingen van de slager, blijkt het om rosbief te gaan. “Ik zei toch dat we er wel uit zouden komen? Dank u wel”, zegt de oude man en schuifelt tevreden met zijn schaalte rosbief naar de kassa.

Autonomie, zelfredzaamheid en eigen regie

Autonomie, zelfredzaamheid en eigen regie zijn leidende begrippen in onze westerse samenleving. Je moet zoveel mogelijk zélf kunnen. Om hulp vragen wordt door de hulpvrager vaak beleefd als een teken van zwakte, waarvoor je je moet verontschuldigen of zelfs schamen. Voor degene aan wie de vraag om hulp gesteld wordt, ligt dit veelal anders; in de meeste gevallen is het prettig om van betekenis te kunnen zijn voor anderen. Een groot aantal mensen heeft er zelfs zijn beroep van gemaakt, hulp-verlener. Natuurlijk is het onhandig als je iets wilt en dat niet zelf kunt doen of bedenken, omdat je Alzheimer hebt, een licht verstandelijke beperking (LVB) of gewoon twee linkerhanden. Maar dat wil nog niet zeggen dat je niet zelfredzaam bent. Het woord zelfredzaamheid, je-zelf-kunnen-redden, veronderstelt ten onrechte dat je alles zelf kunt. Dat is niet zo en het is zelfs onmogelijk. Iedereen, zelfs de meest ‘zelfredzame’ burger, is in meer of mindere mate afhankelijk van de hulp van anderen.

De bejaarde man was mijn vader. Ik begreep niet hoe hij met alle gaten in zijn geheugen en zijn woordvindingsproblemen in staat was om nog steeds zelfstandig boodschappen te doen. Dus ging ik een keer met hem mee en was getuige van de hierboven beschreven dialoog met de slager. “Ik schaam me er niet meer voor. Ik vertel gewoon wat er aan de hand is. Dan wil iedereen je wel helpen”, zei hij daar achteraf over. Eerder deed hij alle mogelijke moeite zijn onvermogen te verbloemen

¹ Hans Willemsen is psycholoog en beleidsadviseur LVB bij Cordaan (HWillemsen@cordaan.nl).

² Jolanda Douma is onderzoekscoördinator bij het Landelijk Kenniscentrum LVB.

en kwam daardoor regelmatig in problemen door bijvoorbeeld enorm te verdwalen of met de verkeerde boodschappen thuis te komen. Door zijn beperking onder ogen te zien en te benoemen wat hij nodig had, heeft hij zich langer dan we ooit hadden verwacht, zelf kunnen ‘reddend’ en zelfstandig kunnen wonen. Zelfredzaamheid en eigen regie gaat dus niet zozeer over alles zelf doen en bedenken, maar over jezelf kenbaar maken: duidelijk maken wie je bent, wat je zélf kan en welke hulp je nodig hebt.

Alzheimer zie je niet aan de buitenkant, een LVB ook niet (twee linkerhanden trouwens ook niet). De meeste mensen met een LVB lopen daarom een groot deel van hun leven ‘op hun tenen’. De omgeving ziet hun onvermogen niet en zelf melden ze het liever niet, veelal uit schaamte. En soms wéten ze niet eens wat er precies met ze aan de hand is. Zowel de omgeving als de mensen met een LVB zelf hebben daardoor veel te hoge verwachtingen van hun ‘zelfredzaamheid’. Voor mensen met een LVB betekent dit een leven met veel teleurstellingen en faalervaringen. En de omgeving beoordeelt de persoon ten onrechte als dwars, lui of ongemotiveerd. Als reactie hierop zien we bij mensen met een LVB o.a. stress, angst, vermijdingsgedrag en agressie.

Binnen Cordaan treffen we veel cliënten met een LVB aan die geen reëel beeld lijken te hebben van hun eigen mogelijkheden, zichzelf overschatten en tegenover anderen hun beperking ontkennen.

In de (eerste) contacten met deze cliënten horen we uitspraken als:

“Ik wil alleen maar een woning van Cordaan, want verder is er niets met me aan de hand.”

“Ik heb alleen een beetje ADHD.”

“Als ik maar eenmaal van de hulpverlening af ben, gaat het weer beter met me.”

“Dat kan ik wel, maar wil ik niet.”

“Ik hoor hier niet, ze zijn hier allemaal gek.”

Deze groep, vaak zeer ‘streetwise’ cliënten, laat zich moeilijk begeleiden en vraagt of accepteert geen hulp bij zaken die ze niet kunnen (overzien) of niet aankunnen. Onze inspanningen worden gezien als betuttelend en bevoogdend.

Psycho-educatie LVB

Psycho-educatie wordt omschreven als: ‘... een reeks educatieve of opvoedkundige interventies om mensen te leren omgaan met hun beperkingen door het verwerven van kennis, vaardigheden in de omgang, meer zelfvertrouwen en door psychologische verwerking.’³ Binnen Cordaan veronderstelden we dat, als we cliënten meer inzicht zouden geven in hun beperking, ze meer open zouden staan voor ondersteuning, makkelijker om hulp zouden vragen en daardoor minder teleurstellingen en stress zouden ervaren. In 2016 introduceerden we daarom binnen Cordaan ‘Weet wat je kan’⁴, een psycho-educatiemodule voor cliënten met een LVB over hun beperking. Het volgen van dit programma leidde voor cliënten over het algemeen tot bijstelling van hun ambities, een reëler toekomstperspectief, een grotere bereidheid ondersteuning te vragen en te ontvangen en tot meer rust in hun leven. Ook begrepen ze waarom het voorheen zo vaak was misgegaan en hoe ze dat in de toekomst konden voorkomen.

“Ik was vaak boos op mezelf omdat er weer iets niet lukte. Ik heb nu meer rust in mijn hoofd. Mijn leven is beter geworden.” (Arjen Pits⁵)

Maar bij ongeveer een kwart van de cliënten sloeg ‘Weet wat je kan’ niet aan. Ze haakten vrijwel direct af, vonden de methode ‘stom’, het ging niet over hen en de plaatjes waren ‘kinderachtig’. In een enkel geval wilde de cliënt de betreffende begeleider of gedragswetenschapper zelfs nooit meer zien.

Gedragswetenschappers en begeleiders heb-

³ <https://nl.wikipedia.org/wiki/Psycho-educatie>, geraadpleegd op 22 augustus 2018

⁴ <https://www.trajectum.nl/kenniscentrum/wwjk/>

⁵ Arjen Pits woont en werkt bij Cordaan en is lid van de cliëntenraad

ben met elkaar besproken wat er met deze groep aan de hand zou kunnen zijn. Wat direct opviel was dat juist deze cliënten het meest uitgesproken waren in de ontkenning van hun beperking. Bij deze ‘ontkennende’ cliënten bleek een psycho-educatieprogramma dat uitgaat van enig bewustzijn van de beperking, niet aan te slaan en soms zelfs contraproductief te werken (opzeggen van de werkrelatie).

We kwamen voor deze groep cliënten tot de volgende twee inzichten:

1. Voor cliënten die al jarenlang hun beperking niet onder ogen kunnen of willen zien, is het van belang om in een multidisciplinair overleg vooraf een goede afweging (kosten-baten) en functie-analyse van het ontkennen van de beperking te maken aan de hand van vragen als:

- Wat levert de ontkenning de cliënt op en wat ontnemen we de cliënt als we met psycho-educatie aan de slag gaan?
- Hoeveel schade (lijdensdruk) heeft de cliënt en/of zijn omgeving van deze ontkenning?
- Welk toekomstperspectief heeft de cliënt? Waar wringt dat?
- Hoe zien vrienden en familie de cliënt?
- Is er op dit moment voldoende rust/stabiliteit in het leven van de cliënt?
- Wat levert psycho-educatie deze cliënt naar verwachting op?
- Welke talenten en kwaliteiten van de cliënt kunnen we benoemen?
- Wat gebeurt er als we niets doen en geen psycho-educatie geven?
- Wat zijn de risico's?

Als bv. de cliënt noch zijn omgeving daadwerkelijk hinder ondervinden van de ontkenning en er dus geen lijdensdruk is, lijkt het niet zinvol te starten met psycho-educatie. Evenmin is dit het geval wanneer er in het leven van de cliënt op dit moment veel veranderingen gaande zijn die het traject psycho-educatie zouden kunnen frustreren, denk hierbij bijvoorbeeld aan een op handen zijnde verhuizing.

2. Als op grond van de kosten-batenanalyse psycho-educatie geïndiceerd is, dan moe-

ten we eerst met de ontkenning aan het werk. Daarvoor moet een plan worden gemaakt dat is toegesneden op de individuele cliënt en gebaseerd is op de resultaten van de eerder gemaakte afweging en analyse. Met begeleiders en gedragswetenschappers hebben we een aantal acties/interventies geformuleerd, die in zo'n plan kunnen worden opgenomen.

Een paar voorbeelden:

- Inzet van een ervaringsdeskundige die kan vertellen wat het hem heeft opgeleverd om zijn beperking te onderkennen.
- Inzet van het netwerk van de cliënt en het netwerk in gesprek laten gaan met de cliënt over zijn beperking.
- Confronteren van de cliënt met zijn beperking, bijvoorbeeld met testuitslagen, mislukte plannen.
- Meegaan in de niet haalbare wens van de cliënt en de faalervaring omzetten naar een leerervaring, bijvoorbeeld als een cliënt zijn rijbewijs wil halen en dat niet mogelijk blijkt.
- Functionele zelfonthulling door de begeleider, waarbij hij kan aangeven dat niemand alles zelf kan, iedereen wel ergens een beperking in heeft (twee linkerhanden, een slecht geheugen) en ook de begeleider en andere mensen bij bepaalde zaken dus regelmatig hulp vragen aan anderen.

Ontkenning van de beperking vraagt dus om een analyse van de functie hiervan en vervolgens een doordacht plan om hier op het juiste moment en op de juiste manier met de cliënt en zijn netwerk mee aan de slag te gaan. We gunnen onze cliënten dat ze weten wie ze zijn, ze daarvoor uit durven komen en hulp kunnen vragen en accepteren. Pas dan kunnen ze volgens ons echt zelfredzaam zijn.

Arjen: *“Dat zal altijd blijven, dat je tegen je beperking aanloopt. Maar als je daar niet open over bent, lieg je eigenlijk tegen jezelf. Ik schaam me niet meer, dit is wie ik ben. Het is een soort van uit de kast komen.”*

BINNENGEKOMEN

In deze rubriek wordt naar recent verschenen publicaties verwezen.

Nouwens, P. (2018). *United by diversity: Identifying characteristics, profiles and support needs of people with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning* (Proefschrift Tilburg University). Te verkrijgen via <https://research.tilburguniversity.edu/en/publications/united-by-diversity-identifying-characteristics-profiles-and-supp>

Mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) of zwakbegaafdheid (ZB) doen in Nederland steeds meer een beroep op langdurige, professionele zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Er is echter weinig bekend over de mogelijke oorzaken hiervan en over de relevante achtergrondkenmerken van de mensen die een beroep doen op deze zorg. Peter Nouwens heeft promotie-onderzoek hiernaar gedaan met als doel om de ondersteuning en behandeling beter af te kunnen stemmen op hun persoonlijke wensen en behoeften. Zonder passende en tijdige zorg lopen mensen met een LVB of ZB namelijk een groot risico om bijkomende problemen te ontwikkelen, op onderbenutting van hun mogelijkheden en zelfs op maatschappelijke uitsluiting.

Het onderzoek bestond uit een kwantitatief en kwalitatief deel. Data werd verzameld van 250 mensen met een LVB of ZB die verwezen waren naar een representatieve zorgaanbieder in Noord-Brabant. Aanvullend werden de opinies inzake passende zorg voor mensen met een LVB of ZB van ouders, professionals en wetenschappers onderzocht. De resultaten zijn beschreven in zijn/dit proefschrift.

Uit het onderzoek blijkt dat de groeiende zorgvraag gerelateerd lijkt te zijn aan verschillende factoren. Zo zijn mensen met een LVB of ZB gevoeliger voor co-morbide problemen, zoals psychische problemen, en groeien ze relatief vaak op in kwetsbare gezinnen. Ze hebben weinig vrienden en krijgen in zeer beperkte

mate informele ondersteuning. De professionele hulpverlening in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking komt te laat op gang en is onvoldoende afgestemd op de achtergrondkenmerken. Tot slot wordt er onvoldoende rekening gehouden met de heterogeniteit van deze doelgroep.

Nouwens doet een aantal aanbevelingen, waarvan onderstaande de belangrijkste zijn:

- Een actieve, preventieve benadering binnen de publieke gezondheidszorg gericht op het vroegtijdig herkennen en beperken van condities die een negatieve invloed hebben op de ontwikkeling van mensen met een LVB of ZB.
- Meer aandacht voor het versterken van de sociale netwerken van mensen met een LVB of ZB.
- Ontwikkeling van tijdige, passende en gedifferentieerde ondersteuningsprogramma's.
- Herkenning en assessment van bijkomende problemen en een verbetering van de toegang tot noodzakelijke zorg (bv. geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg) die ook rekening houdt met de LVB of ZB.
- Meer aandacht voor de mogelijkheden voor mensen met een LVB of ZB en meer aandacht voor de relatie en dialoog tussen professionals en mensen met een LVB of ZB. Presentie naast of onder de interventie.

CURSUS N=1 ONDERZOEK

Achtergrond

Meer en meer krijgt men in de zorg en in het praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek oog voor de waarde van N=1 onderzoek, ook wel gevalstudie, casestudie of casuïstisch onderzoek genoemd (in deze tekst gebruiken we deze vier benamingen als synoniemen). Ook internationaal worden gevalstudies steeds meer gewaardeerd en is er consensus over hoe daarover gerapporteerd moet worden (<http://www.care-statement.org>). In ons land hebben de databanken van vijf instellingen gezamenlijk afgesproken dat ze een totaal van 10 goed uitgevoerde casestudies even zwaar laten wegen als wat als gouden standaard in het effectonderzoek wordt gezien: de randomized controlled trial. Daaruit blijkt het belang van casestudies in wetenschap en praktijk.

Kenmerkend voor N=1 onderzoek is dat de toestand van één onderzoeksobject - bijvoorbeeld een cliënt, een begeleider, leerkracht, school of wijk - op verschillende momenten wordt beschreven: vóór de interventie, tijdens de interventie en na de interventie. Vaak vinden metingen meermalen plaats, zodat het verloop van de veranderingen als gevolg van de interventie goed is te zien. Een variant van deze opzet is de herhaalde of meervoudige gevalstudie. Daarin toetst de onderzoeker de resultaten uit een eerdere studie door het onderzoek te herhalen bij nieuwe gevallen. Komen daar steeds weer dezelfde resultaten uit, dan is het steeds aannemelijker dat de interventie een rol speelt in de geconstateerde veranderingen. Een herhaalde of meervoudige gevalstudie kan in dat geval een krachtig bewijs leveren voor de effectiviteit.

Onder de leden van het Landelijk Kenniscentrum LVB een groeiende vraag naar scholing in en begeleiding bij het uitvoeren van gevalstudies, met name om op eenvoudig uitvoerbaar niveau de effecten van interventies te onderzoeken en daardoor bij te dragen aan empirische evidentie (evidence based practice). De

cursus staat ook open voor medewerkers van lidinstellingen van de VGN. Onderwerpen zijn niet beperkt tot het veld van de LVB; thema's uit het brede veld van de gehandicaptenzorg kunnen aan de orde komen.

Opzet

De cursus bestaat uit twee hele dagen, waarop vier plenaire presentaties van ieder ongeveer anderhalf tot twee uur en vier werkbijeenkomsten plaatsvinden. In deze twee dagen moet het onderzoeksvoorstel in grote lijnen klaar zijn. Daarna volgen vier aanvullende werkbijeenkomsten van ieder een halve dag, die gericht zijn op coaching en begeleiding bij de uitvoering van het N=1 onderzoek.

Docenten

De cursus wordt gegeven door dr. Joop Hoekman en dr. Albert Ponsioen.

Aanmelding

www.kenniscentrumlvb.nl/kennis-delen/cursus-aanbod/cursus-n-1-onderzoek

