

UNIVERSITEIT TWENTE.



Een analyse van hoe passend de toewijzing van
zorg is aan cliënten met LVB en een verslaving
binnen Aveleijn

Amber Bongaerts
s1111957

Bachelorthesis Psychologie
Vakgroep positieve psychologie en technologie

17-02-2016

Begeleiders Universiteit Twente
Dr. M.G. Postel
J.M. Goldberg, MSc

Begeleider Aveleijn
Drs. M. Kiewik - de Vries MBA

Inhoudsopgave

Inleiding	5
Licht Verstandelijke Beperking	5
Comorbiditeit	6
Middelengebruik bij mensen met een LVB	7
Zorgpaden	9
Onderzoeksvragen	11
Methode	12
Onderzoekspopulatie	12
(Aanmeld)procedure Aveleijn	14
Metingen	15
Meetinstrumenten	17
Data-analyse	19
Resultaten	21
Frequentie mate van LVB, Psychiatrie en Verslaving	21
Verschuiving T1 t.o.v. T0	22
Zorgtoewijzing passend	24
Enkelvoudige, Dubbele en Triple diagnostiek	24
Discussie & Conclusie	25
Bevindingen	25
Sterke en zwakke punten van het onderzoek	27
Aanbevelingen	28
Conclusie	29
Referenties	31
Bijlagen	34
Bijlage I	35

Bijlage II	38
Bijlage III	39
Bijlage IV	51
Bijlage V	52

Samenvatting

Het is niet bekend hoe goed zorg wordt toegewezen aan mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) en verslaving. Binnen Aveleijn (een zorginstelling in Oost-Nederland) bestaat het vermoeden dat deze cliënten vaak niet de goede zorg toegewezen krijgen. Daarom heeft Aveleijn in samenwerking met Tactus verslavingszorg zorgpaden ontwikkeld om de zorgtoewijzing voor deze doelgroep te standaardiseren. In dit onderzoek is door middel van dossieronderzoek (T0) en een zelfontworpen vragenlijst (T1) voor gedragswetenschappers, werkzaam bij Aveleijn, onderzocht hoe succesvol zorg wordt toegewezen bij mensen met een licht verstandelijke beperking (IQ 50-85) (n=31).

In 2013 en 2014 geplaatste cliënten binnen Aveleijn werden, op basis van informatie uit het intakeverslag, op T0 ingedeeld aan de hand van de drie criteria (LVB, Psychiatrie en Verslaving) van de kubus van VanDerNagel (2010). Vervolgens werd aan de betrokken gedragswetenschappers gevraagd hoe ze de cliënt, ruim een jaar na plaatsing, zouden indelen op basis van de criteria van de kubus van VanDerNagel (T1). Ook werd gevraagd of ze van mening waren dat de zorgtoewijzing passend was voor de cliënt ten tijde van de intake.

Gevonden werd dat in de meeste gevallen (n=19) de indeling in de categoriën van VanDerNagel op T1 hetzelfde was als op T0. Er werden vier verschillende redenen onderscheiden wanneer er een verschil was tussen T0 en T1; een verandering in het IQ, een nieuw ontwikkelde problematiek, een nieuw bekend geworden problematiek en een vooruitgang ten opzichte van T0. Ook gaven de gedragswetenschappers aan dat bijna altijd sprake was van een passende zorgtoewijzing voor de cliënt naar aanleiding van de intake. Wanneer er een problematiek gemist of onderschat werd bleek dit vaak verslaving te zijn (n=4). Om meer inzicht te krijgen in welke zorg is toegewezen en in hoeverre deze overeenkomt met de zorg die naar aanleiding van de zorgpaden zou moeten worden toegewezen is vervolgonderzoek nodig.

Sleutelwoorden: Licht verstandelijke beperking, verslaving, middelenmisbruik, zorgtoewijzing, zorgpaden, dubbele diagnose, triple diagnose

Inleiding

Aveleijn, een zorginstelling voor mensen met een verstandelijke beperking in Oost-Nederland, heeft gevraagd of een analyse gemaakt kan worden van in hoeverre passende zorg wordt toegewezen. Op dit moment zijn er namelijk geen cijfers beschikbaar over hoe succesvol de zorg naar aanleiding van de intake wordt toegewezen.

Daarbij bestaat binnen Aveleijn het vermoeden dat vaak verkeerde zorg wordt toegewezen aan mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) en verslavingsproblematiek. Tactus Verslavingszorg in Oost-Nederland vermeldt op haar site dat in toenemende mate wordt aangetoond dat bij een substantieel deel van de cliënten in de verslavingszorg ook sprake is van een licht verstandelijke beperking (*Tactus Verslavingszorg en LVB*, z. j.).

Om deze reden werken Tactus en Aveleijn steeds meer samen wanneer het gaat om mensen met LVB en verslavingsproblematiek. Dit gaf aanleiding voor het uitvoeren van deze studie.

Licht Verstandelijke Beperking

Op dit moment is de zorg in veel zorginstellingen gebaseerd op criteria uit de vierde editie van de *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV). In 2013 is een nieuwe editie verschenen (DSM-V) waarin aanpassingen zijn aangebracht, onder andere op het gebied van verstandelijke beperking. Daarom worden beide edities vermeld.

Er is sprake van een verstandelijke beperking wanneer er voor het achttiende levensjaar een achterstand in verstandelijke vermogens aanwezig is (APA, 2000). Volgens de DSM-IV worden op basis van het IQ vier niveaus van verstandelijke beperking (VB) onderscheiden: lichte verstandelijke beperking (IQ 50/55 - 70), matige verstandelijke beperking (IQ 35/40 - 50/55), ernstige verstandelijke beperking (IQ 20/25 - 35/40) en diepe verstandelijke beperking (IQ 20/25 of lager). Daarnaast bestaat er ook nog groep met een zwakbegaafd intelligentievermogen met een IQ tussen de 70 en 85 (VanDerNagel, Kiewik & Didden, 2013).

In de DSM-V wordt echter IQ niet meer als enige criterium gebruikt in het vaststellen van een verstandelijke beperking. Er moet minstens op drie domeinen een achterstand moet zijn, te weten: het conceptuele (onderwijs)domein (taal, lezen, schrijven, rekenen), het sociale domein (vriendschappen, functionele contacten etc.) en het praktische domein (persoonlijke verzorging, huishouden, werken etc.) (Kaldenbach, 2015; VanDerNagel et al., 2013). Hiermee hangt samen hoe goed de zelfredzaamheid van een persoon is. De beoordeling op welk intelligentieniveau een persoon functioneert wordt in de DSM-V overgelaten aan de clinicus.

Hoe groot de groep mensen met LVB in Nederland precies is is onduidelijk. Aangenomen dat het IQ normaal verdeeld is met $\mu=100$ en $\sigma=15$ (Cohen & Swerdlik, 2010) en dat in Nederland ongeveer 17 miljoen mensen wonen, (*CBS: Bevolkingsteller*, z. j.), kan worden berekend dat er ongeveer 2.5 miljoen mensen in Nederland wonen met een LVB ($\mu-2\sigma < \text{LVB} < \mu-\sigma$). Dit komt ongeveer overeen met cijfers die het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) vermeldt. Het SCP schat dat er ongeveer 142.000 mensen in Nederland zijn met een IQ onder de 70 en dat er ongeveer 2.2 miljoen mensen zijn met een IQ tussen de 70 en 85 (Woittiez, Putman, Eggink & Ras, 2014).

Het SCP schat echter, op basis van cijfers van CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg), dat slechts een klein aantal mensen met LVB hulp voor de verstandelijke beperking ontvangt. In 2011 waren er ruim 72.000 mensen met een licht verstandelijke beperking in zorg en 37.000 mensen met zwakbegaafdheid Woittiez et al. (2014).

Mensen met zwakbegaafdheid hebben vaak dezelfde problemen met betrekking tot sociale redzaamheid als mensen met LVB (VanDerNagel et al., 2013; Woittiez et al., 2014). Vanaf dit moment wordt in deze studie daarom ook de groep mensen met een zwakbegaafd intelligentieniveau bedoeld wanneer er wordt gesproken over mensen met LVB.

Comorbiditeit

Mensen met een verstandelijke beperking (VB) hebben vaak problemen op het gebied van psychiatrie en fysieke gezondheid. Dit wordt comorbiditeit genoemd (VanDerNagel

et al., 2013). In deze studie wordt niet gekeken naar de comorbiditeit aangaande lichamelijke gezondheid, maar op het gebied van psychiatrie.

Wanneer er sprake is van comorbiditeit, is er ook sprake van meerdere diagnoses. In dit onderzoek wordt er gesproken over enkelvoudige, dubbele en triple diagnose. Een enkelvoudige diagnose houdt in dat alleen sprake is van LVB. Een dubbele diagnose houdt in dat er sprake is van LVB tezamen met een psychiatrisch beeld of verslaving. Van een triple diagnose is sprake wanneer er op alle drie de gebieden een diagnose wordt gesteld. Er wordt gedacht dat bij de meeste mensen waarbij er sprake is van LVB en middelenmisbruik er ook sprake is van een psychiatrische diagnose (To, Neirynck, Vanderplasschen, Vanheule & Vandeveld, 2014; VanDerNagel et al., 2013). Ook Minkoff (2001) meent dat er wanneer er sprake is van middelenmisbruik er doorgaans ook sprake is van een psychiatrische diagnose.

Het stellen van een dubbele en/of triple diagnose is niet eenvoudig, omdat symptomen of gedragingen aan meerdere diagnoses kunnen worden toegewezen. Dit wordt *diagnostic overshadowing* genoemd (Reiss, Levitan & Szyszko, 1982). De schrijvers van deze studie introduceren dit begrip als het toewijzen van abnormaal gedrag aan een verstandelijke beperking in plaats van het stellen van een psychiatrische diagnose.

Middelengebruik bij mensen met een LVB

Wanneer er in de literatuur wordt gesproken over middelengebruik is dit een overkoepelend begrip voor het gebruik van verslavende middelen (tabak, alcohol en drugs). Van verslaving wordt gesproken wanneer de persoon in kwestie niet meer kan functioneren zonder verslavende stoffen (VanDerNagel et al., 2013). De DSM-IV spreekt echter niet van verslaving, maar “aan een middel gebonden stoornis” (APA, 2000). Omdat niet bij elke vorm van middelenmisbruik sprake is van verslaving (bingedrinken is bijvoorbeeld wel misbruik, maar niet noodzakelijk een verslaving) wordt er hier gesproken over middelengebruik en middelenmisbruik.

Het afgelopen decennium is veel onderzoek gedaan naar middelengebruik en

middelenmisbruik onder mensen met LVB. Er is echter nog steeds veel onbekend aangaande dit onderwerp (Van Duijvenbode et al., 2015); Bijvoorbeeld in welke mate er sprake is van middelengebruik en -misbruik. VanDerNagel et al. (2013) stellen dat de gebruikspatronen van mensen met LVB lijken te verschillen van de rest van de bevolking. Verschillende bronnen noemen dat het middelengebruik onder mensen met een LVB lager is dan onder de rest van de bevolking (Huang, 1981; McGillicuddy, 2006; Reis, Wetzel & Häßler, ter perse) maar dat het misbruik van middelen relatief hoog is (McGillicuddy, 2006; Reis et al., ter perse). Ook VanDerNagel et al. (2013) constateren dat middelengebruik onder mensen met een LVB wordt geassocieerd met een hoge frequentie van middelenmisbruik. Er lijkt dus consensus te zijn over dat middelenmisbruik vaker voorkomt onder mensen met LVB dan de rest van de bevolking.

Daarentegen is de leeftijd waarop jongeren met LVB beginnen met drinken een punt van discussie. Enkele studies melden dat mensen met een verstandelijke beperking (VB) later beginnen met drinken dan mensen zonder VB (Burgard, Donohue, Azrin & Teichner, 2000; Huang, 1981). Reis et al. (ter perse) constateerden echter in hun onderzoek onder ruim 600 middelbare scholieren dat de leeftijd waarop jongeren met LVB beginnen met drinken niet verschilt van jongeren zonder LVB. Andere bronnen melden weer dat het middelengebruik onder mensen met een LVB juist hoger is dan onder de rest van de bevolking. Gigi et al. (2014) beschrijven in hun studie dat mensen met een zwakbegaafd intelligentieniveau significant meer geneigd waren om drugs te gebruiken dan de controlegroep met een gemiddeld IQ van 97. Kiewik, VanDerNagel, Kemna, Engels en DeJong (2015) hebben een soortgelijke trend gevonden onder jongeren op het voortgezet praktijkonderwijs in Oost-Nederland. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat het percentage jongeren met LVB dat had gerookt en alcohol gedronken hoger lag dan het Nederlands gemiddelde. Daarbij lag de leeftijd waarop jongeren met LVB begonnen met roken en het drinken van alcohol ruim twee jaar onder het landelijke gemiddelde.

Verklaringen die worden genoemd voor de hoge mate van middelenmisbruik onder mensen met een LVB zijn: een verlaagde impulscontrole, een verhoogde

gevoeligheid voor verslaving (VanDerNagel et al., 2013) en moeite met het weerstaan van sociale druk en het overzien van negatieve gevolgen ten aanzien van middelengebruik (Burgard et al., 2000).

Hoe groot de populatie van mensen met een LVB en verslavingsproblematiek in Nederland is, is niet bekend. De schattingen lopen uiteen van enkele tienduizenden mensen, tot enkele honderdduizenden mensen (VanDerNagel et al., 2013).

Zorgpaden

In de lichamelijke gezondheidszorg wordt in toenemende mate gebruik gemaakt van zorgpaden om effectiever (multidisciplinaire) zorg aan te bieden (Atwal & Caldwell, 2002; Bragato & Jacobs, 2003). Zorgpaden zijn standaard beschrijvingen van hoe een patiënt met een bepaalde aandoening behandeld moet worden.

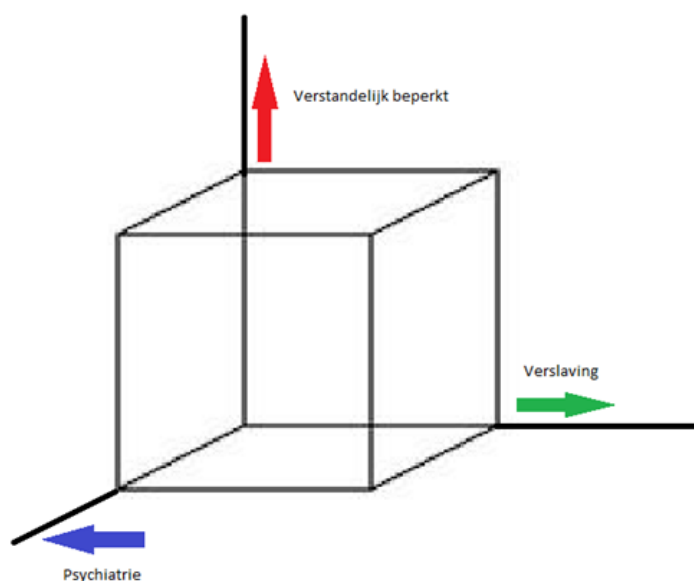
Het is belangrijk dat na een intake zo spoedig mogelijk goede zorg wordt toegewezen en dat, wanneer nodig, erkend wordt dat er sprake is van meerdere diagnoses bij één cliënt. Dit is niet alleen in het belang van de cliënt, maar ook om economische redenen. Atwal en Caldwell (2002) hebben een verbetering in het zorgmanagement gevonden door het invoeren van zorgpaden. Patiënten minder lang zorg nodig hadden, waardoor zowel de organisatie, als de professionals, als de patiënten hier baat bij hadden.

Minkoff (2001) heeft geconstateerd dat er nog weinig sprake is van geïntegreerde zorg voor mensen met psychiatrische diagnose en middelenmisbruik. Ondanks dat het verwacht kan worden dat er sprake is dat deze beide diagnoses spelen wanneer iemand zich aanmeldt voor verslavingszorg. Daarom heeft hij een model ontwikkeld dat voor standaardisering in de zorg moet zorgen. Deze zorgpaden zijn gebaseerd op de ernst van het middelenmisbruik (hoog/laag) en psychiatrie (hoog/laag). Minkhoff meent ook dat, wanneer er sprake is van een dubbele diagnose, beide stoornissen als primair gezien moeten worden en dat beide behandeld moeten worden.

In een onderzoek dat door Tactus en Aveleijn is uitgevoerd is geconstateerd dat er weinig cliënten, die voor zowel een licht verstandelijke beperking als verslaving zorg

ontvangen, bekend zijn bij beide zorginstellingen (VanDerNagel et al., 2014). Dit laat zien dat er nog veel verbeterd kan worden op het gebied van samenwerking tussen deze zorginstellingen.

Mede naar aanleiding van dit onderzoek is er door Aveleijn en Tactus besloten om zorgpaden op te stellen die beide zorginstellingen kunnen gebruiken (Van Dijk & Kiewik, 2015). Deze zorgpaden zijn gebaseerd op de kubus die VanDerNagel (psychiater bij Tactus Verslavingszorg) in 2010 heeft ontworpen op basis van het figuur van Minkhoff (Minkhoff, 2001). De kubus bestaat uit drie assen; LVB, Verslaving en Psychiatrie (zie Figuur 1). Aan het originele figuur van Minkhoff is de as “LVB” toegevoegd. Over de kubus van VanDerNagel is tot op heden nog geen artikel gepubliceerd. In het beleidsstuk geschreven door (Van Dijk & Kiewik, 2015) staat informatie over de inhoud van de kubus en staan de zorgpaden in detail beschreven (zie bijlage I). Tot op heden zijn de zorgpaden nog niet ingevoerd bij Aveleijn. Het voornemen van Aveleijn is om de zorgpaden in 2016 in te voeren.



Figuur 1. Kubus van VanDerNagel, 2010

Onderzoeksvragen

Op basis van de beschreven literatuur zijn de volgende onderzoeksvragen opgesteld.

Hoofdvraag:

Hoe succesvol gebeurt zorgtoewijzing van mensen met LVB en een verslaving bij Avelijn?

Waarbij onder “succesvol” wordt verstaan: was de zorg, achteraf gezien, passend voor de cliënt op dat moment?

Deelvragen:

1. Hoe worden de cliënten ingedeeld op het gebied van psychiatrie, LVB en verslaving naar aanleiding van het intakeverslag?
2. Hoe worden de cliënten meer dan een jaar na plaatsing ingedeeld op het gebied van psychiatrie, LVB en verslaving volgens de betrokken gedragswetenschapper?
3. Wanneer er een verandering is in de indeling die nu gemaakt wordt ten opzichte van de indeling n.a.v de intake, waarom is dat zo?

Methode

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie ($n=31$), bestaat uit 19 mannen (63%) en 12 vrouwen (37%). De leeftijd varieerde tussen de 19 en 77 jaar. De gemiddelde leeftijd ($n=30$) was 37 jaar. Van één persoon stond geen geboortedatum genoemd in het intakeverslag.

Er is een selectieproces doorlopen om tot de onderzoekspopulatie te komen (zie Figuur 2). Een overzicht van alle inclusie- en exclusiecriteria die werden gebruikt tijdens het selectieproces is te vinden in Tabel 1.

Eerst is via de medewerkers van Cliëntadvies toegang gekregen tot de gegevens van alle 383 cliënten die in 2013 en 2014 van de wachtlijst af zijn gegaan (zie Bijlage II). Een beschrijving van de werkzaamheden van Cliëntadvies is te vinden in de Procedure.

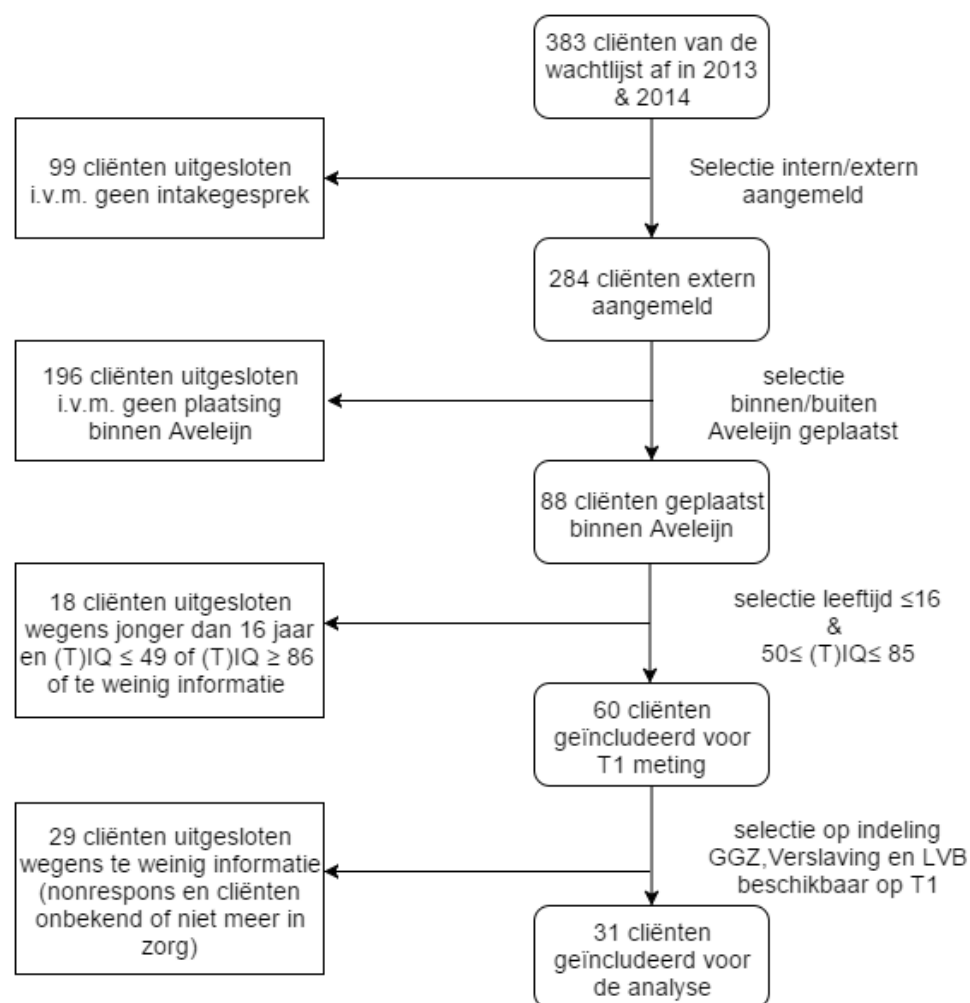
Daarna werd geselecteerd op interne en externe aanmeldingen. Alleen bij externe aanmeldingen wordt een intakegesprek gehouden. De gegevens van de intakegesprekken waren nodig voor deze studie. Daarom zijn alleen de externe aanmeldingen meegenomen in deze studie. In totaal waren 284 cliënten extern aangemeld.

Vervolgens werden alle cliënten die niet binnen Aveleijn geplaatst ($n=196$) waren uitgesloten uit deze studie. Er zijn verschillende van redenen waarom cliënten niet binnen Aveleijn geplaatst worden; de zorgvraag kwam niet overeen met de zorg die Aveleijn kan leveren, de cliënt is bij een andere instelling geplaatst, er is geen hulpvraag meer, de cliënt is onvindbaar of overleden, etc.

Tot slot werd geselecteerd op leeftijd en mate van verstandelijke beperking. De cliënten moesten op het moment van aanmelding ouder zijn dan 16 jaar. Tevens moest het Totaal IQ (TIQ) tussen de 50 en 85 zijn omdat er anders geen sprake was van LVB. Dit leidde tot 60 cliënten die werden meegenomen in de T1 meting (zie paragraaf “Metingen”).

Tijdens de T1 meting werd over 48 van de 60 cliënten informatie verzameld (non-respons 20%). Over 16 cliënten (26,7%) was bij de gedragswetenschappers te weinig informatie bekend om deze mee te nemen in de analyse. Deze cliënten zijn niet (meer) in zorg bij Aveleijn of zijn niet (meer) bekend bij de huidige

gedragswetenschappers. Dit leidde tot de uiteindelijke onderzoekspopulatie van 31 cliënten.



Figuur 2. Weergave selectieproces van cliënten

Tabel 1

Inclusie- & exclusiecriteria

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Eerste aanmelding bij Aveleijn (extern aangemeld)	Al bij Aveleijn in zorg (interne aanmelding)
Geplaatst binnen Aveleijn	Om een andere reden van de wachttijst af (ergens anders ge- plaatst, geen zorgvraag, overle- den, etc.)
Op datum afwachttijst ouder dan 16 jaar	Op datum afwachttijst jonger dan 16 jaar
$50 \leq (T)IQ \leq 85$	$(T)IQ \geq 86$ of $49 \leq (T)IQ$
Genoeg gegevens beschikbaar	Onvoldoende gegevens beschik- baar

(Aanmeld)procedure Aveleijn

Clïëntadvies is de afdeling binnen Aveleijn die alle externe aanmeldingen van cliënten ontvangt en verwerkt van aanmelding tot en met plaatsing. Op deze afdeling werken drie personen waarvan twee een verpleegkundige achtergrond hebben en één persoon is opgeleid tot maatschappelijk werker.

In de plaatsingsprocedure van Aveleijn (Clïëntadvies, 2015) staat het takenpakket van Clïëntadvies beschreven. Clïëntadvies heeft de taak om de wachttijst, voor mensen die willen wonen bij Aveleijn, te beheren en deel te nemen in intakegesprekken. Deze mensen melden zichzelf aan, of worden aangemeld, via een formulier dat op de website van Aveleijn te vinden is (*Aveleijn aanmelden*, z. j.). Vervolgens wordt dit formulier verwerkt door Clïëntadvies en wordt alle benodigde

informatie voor de intake verzameld en een cliënt uitgenodigd voor een intakegesprek.

Bij een intakegesprek zijn een gedragswetenschapper, een medewerker van Cliëntadvies, de cliënt, begeleiders en/of ouder van een cliënt en een locatiemanager aanwezig. Indien nodig zorgt Cliëntadvies ervoor dat medewerkers van andere zorgdisciplines (zoals verslavingszorg of geestelijke gezondheidszorg) aanwezig zijn bij het intakegesprek.

Na het intakegesprek wordt het gesprek samengevat in een intakeverslag. In dit verslag staat tevens een aanbeveling voor het al dan niet plaatsen van de cliënt op een bepaalde locatie. Ook de cliënt ontvangt een korte samenvatting van het gesprek. Wanneer het advies wordt gegeven om de cliënt te plaatsen wordt deze op de wachtlijst geplaatst. Als er dan een plek vrijkomt op een geschikte locatie wordt de cliënt uitgenodigd voor een plaatsingsgesprek. Na een zo'n gesprek kan de cliënt geplaatst worden.

Metingen

Het onderzoek bestaat uit twee meetmomenten, T0 en T1. De gegevens voor T0 zijn als volgt verzameld: er is toegang gekregen tot de harde schijven waarop alle cliëntgegevens staan die de gedragswetenschappers en Cliëntadvies beheren. Na de eerste selectie tussen interne/externe aanmeldingen en plaatsingen binnen/buiten Aveleijn is op deze data schijven gezocht naar intakeverslagen van de cliënten die binnen Aveleijn zijn geplaatst. Voor een voorbeeld van een intakeverslag zie Bijlage III. Uit het intakeverslag zijn onder andere de volgende gegevens gehaald: geboortedatum, verbaal IQ (VIQ), perfoormaal IQ (PIQ), totaal IQ (TIQ), mate van verslaving en psychiatrische problematiek. Voor een volledige lijst van variabelen zie Bijlage IV.

Vervolgens zijn alle cliënten, op basis van de gevonden informatie, in elk van de drie categorieën van de Kubus van VanDerNagel ingedeeld (zie Tabel 2), meer uitleg over hoe deze criteria zijn opgesteld is te vinden in de paragraaf Meetinstrumenten.

Na het uitsluiten van cliënten die niet voldeden aan de inclusiecriteria voor het onderzoek, zie (Tabel 1), werd per locatie werd een invulformulier (T1 formulier) (zie

Tabel 2

Inclusiecriteria categorieën kubus van VanDerNagel

Categorie	Hoog	Matig	Laag
LVB	$50 \leq (T)IQ \leq 69$ of "functionerend op licht verstandelijke beperkt niveau" ook bij disharmonisch intelligentieprofiel		$70 \leq (T)IQ \leq 85$ of "functionerend op zwakbegaafd niveau"
Psychiatrie	Veel ondersteuning nodig van GGZ; functioneert niet meer in dagelijks leven;	Wel ondersteuning nodig, maar stabiel	Geen psychiatrisch beeld
Verslaving	Van veel verschillende middelen afhankelijk; functioneert niet meer in dagelijks leven	Langer dan 3 maand abstinent; omgeving met drugsgebruik; bingedrinking; functioneert in het dagelijks leven	Alleen in het weekend; af en toe een alcoholische consumptie; geen middelengebruik; geen middelengebruik genoemd; alleen roken

Bijlage V) opgesteld. Deze formulieren werden naar de verantwoordelijke gedragswetenschappers gestuurd. Er zijn 23 gedragswetenschappers aangeschreven die verantwoordelijk zijn voor 29 locaties van Aveleijn waar de 60 cliënten geplaatst zijn.

Via het secretariaat van Aveleijn is een overzicht gekregen van welke gedragswetenschapper voor welke locatie verantwoordelijk is. Wanneer na drie weken nog geen reactie was ontvangen werd een herinnering verstuurd. De reacties op deze formulieren zijn gebruikt voor de T1 meting.

Meetinstrumenten

Er zijn verschillende meetinstrumenten gebruikt om de benodigde informatie te verzamelen: de zogenaamde “afwachtlIJst” waarin per jaar staat vermeld welke cliënten wel of niet op of van de wachtlijst zijn gegaan, het intakeverslag en het T1 formulier dat de gedragswetenschappers invulde.

In het T1 formulier (zie Bijlage V) staat in het kort het onderzoek beschreven. Vervolgens staat er per cliënt een overzicht met de naam, geboortedatum, de datum dat de cliënt van de wachtlijst af is gegaan (zodat ook in het geval dat de cliënt nu niet meer op de locatie woont de cliënt kan worden nagezocht), en in welke categorieën van *LVB*, *Psychiatrie en Verslaving* de cliënt werd geplaatst op T0. Er werd gevraagd of de gedragswetenschapper, op basis van hoe de cliënt nu functioneert, de cliënt in wil delen in de categorieën. Om de observer bias zo klein mogelijk te houden stond in dit formulier de tabel met de inclusie- en exclusiecriteria (zie Tabel 2) beschreven, zodat de gedragswetenschappers de cliënten op basis van dezelfde criteria als bij T0 gebruikt kunnen indelen in de categorieën. Ook werd er gevraagd of de gedragswetenschapper, indien de indeling is veranderd ten op zichte van T0, wil toelichten wat er veranderd is. Tot slot werd er gevraagd of de gedragswetenschapper kon inschatten of de toegewezen zorg naar aanleiding van de intake passend was op dat moment.

Inclusiecriteria categorieën kubus van VanDerNagel

Er is gekozen om een gestandaardiseerde indeling in categorieën te maken zodat deze op een tweede meetmoment vergeleken kan worden. In de kubus van VanDerNagel werd in elk van drie categorieën slechts onderscheid gemaakt tussen hoog en laag. Tijdens het indelen van de gegevens in de verschillende categorieën kwam echter naar voren dat deze indeling niet afdoende is. Daarom is er een categorie *matig* toegevoegd voor zowel

Verslaving als *Psychiatrie*. Voor *LVB* is dit niet gedaan omdat er slechts onderscheid wordt gemaakt tussen Zwakbegaafdheid en “echt” Licht Verstandelijke Beperking.

Om de herhaalbaarheid van dit onderzoek te waarborgen zijn inclusiecriteria voor elk van de categorieën opgesteld (zie Tabel 2). De selectiecriteria voor de categorie *LVB* zijn gemaakt op basis van DSM-IV. Wanneer er echter in het intakeverslag sprake was van een disharmonisch intelligentieprofiel of een discrepantie tussen de absolute IQ-score en de inschatting van de gedragswetenschapper is het oordeel van de gedragswetenschapper leidend. Doorgaans stond in zo’n situatie “functionerend op *LVB*/zwakbegaafd niveau” in het verslag vermeld.

Het opstellen van de criteria voor de categorieën *hoog*, *matig* en *laag* voor zowel *Psychiatrie* als *Verslaving* was niet eenvoudig. Er is geen literatuur beschikbaar over wat VanDerNagel exact verstaat onder de categorieën hoog en laag. In de praktijk wordt echter vaak gesproken of een cliënt nog functioneert in het dagelijks leven.

Het belangrijkste onderscheid tussen de categorieën *matig Verslaving* en *hoog Verslaving* is of iemand nog wel, of niet meer functioneert in het dagelijks leven. Een vraag die daarbij werd gesteld is: “Is de persoon nog in staat om naar dagbesteding of werk te gaan met de huidige problematiek?” Bij verslaving moest daarbij nog rekening gehouden worden met hoe lang iemand abstinent was.

Wanneer iemand slechts een paar weken abstinent is, is die persoon kwetsbaarder voor een terugval dan iemand die al enkele maanden abstinent is. Daarom is het minimum aantal maanden dat iemand abstinent moet zijn om in de categorie *matig Verslaving* te vallen vastgesteld op drie maanden. Dit is onder andere gebaseerd op een intakegesprek waarin werd genoemd dat een cliënt eerst drie maanden klinisch moest worden opgenomen bij Tactus alvorens hij geplaatst kon worden binnen Aveleijn. Op de website van Tactus staat geen standaard behandeltime genoemd bij een klinische opname, wel staat er genoemd dat de behandeling voor mensen met *LVB* 50-100% langer duurt dan voor mensen zonder *LVB* (*Tactus Verslavingszorg en LVb*, z. j.).

Bij de categorie *matig Verslaving* is daarnaast binge drinking opgenomen omdat dat middelenmisbruik is. Er hoeft dan echter geen sprake te zijn van verslaving of een

disfunctioneren in het dagelijks leven. Ook wanneer er sprake is van een omgeving met veel mensen die middelen gebruiken wordt er ingedeeld in de categorie *matig*. Dit omdat er een groot risico op middelengebruik van de cliënt bestaat (VanDerNagel et al., 2013).

Wanneer iemand niet, of een kortere periode dan drie maanden, abstinente is valt deze onder *hoog Verslaving*. Er is besloten om, wanneer er geen mate van middelengebruik of expliciet incidenteel middelengebruik genoemd werd in het intakeverslag, de cliënt in te delen in de categorie *laag Verslaving*. Omdat doorgaans bij alleen een rookverslaving geen verslavingshulp wordt aangeboden is er, wanneer expliciet genoemd werd dat dit het geval was, besloten om dit in de categorie *laag Verslaving* te plaatsen, evenals een expliciete vermelding van incidenteel alcoholgebruik (in het weekend of op feestjes).

Data-analyse

Alle data zijn verzameld en verwerkt in Microsoft Excel. Vervolgens is er op zowel een kwalitatieve als een kwantitatieve analyse uitgevoerd.

Bij de kwantitatieve analyse werd gekeken naar descriptieve statistieken van geslacht en leeftijd en naar hoe vaak de categorieën zijn ingedeeld op T0 en T1. Ook werd gekeken naar hoe vaak de gedragswetenschapper aangaf dat de zorg goed toegewezen was. Vervolgens werd gekeken naar de mate van overeenstemming tussen de verschillende categorieën op T0 en T1 en, wanneer er sprake was van een verandering, welke verandering heeft plaatsgevonden tussen T0 en T1. Tot slot werd gekeken naar hoe vaak er sprake was van enkelvoudige, dubbele- en triple diagnostiek. De criteria voor deze indeling zijn als volgt: bij enkelvoudige diagnostiek is alleen sprake van *LVB*, bij dubbele diagnostiek is er sprake van *LVB* en *Psychiatrie* (matig en hoog) of *LVB* en *Verslaving* (matig en hoog). Bij triple diagnostiek is er sprake van zowel *LVB* als *Psychiatrie* (matig en hoog) als *Verslaving* (matig en hoog).

Er werd geen statistische analyse uitgevoerd omdat er te weinig cases waren om mee te nemen in de analyse en te veel categorieën die ingedeeld konden worden. Een kleine verandering zou daarom al een grote statistische verandering weergeven. Dit had

een vertekende weergave van de resultaten kunnen geven.

Bij de kwalitatieve analyse werd geen gebruik gemaakt van kwalitatieve analyse software. Vanwege het geringe aantal cases waarbij er uitleg werd gegeven was het voldoende inzichtelijk om excel te gebruiken. De kwalitatieve analyse bestond uit het categoriseren van de antwoorden op de vraag waarom de indeling op T1 anders is dan op T0. Ook de antwoorden die uitleg geven over de vraag of de zorg passend was op T0 zijn in verschillende categorieën geplaatst. Aan de hand van de antwoorden die de gedragswetenschappers gaven is geprobeerd overkoepelende categorieën te vormen. Deze werden niet vooraf gemaakt. Voorbeeld: wanneer voor het eerst een cliënt werd gevonden waarbij de indeling van *LVB* was veranderd tussen T0 en T1 stond de motivatie “nieuwe IQ-test afgenomen” genoemd. In dit geval werd een nieuwe categorie toegevoegd: “IQ veranderd”.

Resultaten

Frequentie mate van LVB, Psychiatrie en Verslaving

Om inzicht te krijgen in hoe vaak en in welke categorieën wordt ingedeeld is er in Tabel 3 en Tabel 4 uiteengezet hoeveel mensen in welke categorie zijn ingedeeld op T0 en T1.

In Tabel 3 is te zien dat op T0 in 67,7% van de gevallen er sprake is van hoog LVB en in 29% van de gevallen sprake is van laag LVB. Verder is te zien dat in 18 gevallen sprake is van *matig Psychiatrie* en dat in 10 gevallen sprake is van een mate van verslaving (matig en hoog), rookverslaving is hier niet in meegenomen. Dit laat zien dat, zoals verwacht, in deze populatie het geen uitzondering is dat er minstens een dubbele diagnose gesteld wordt.

In Tabel 4 is te zien hoe de indeling op T1 is. Er zijn een aantal verschuivingen zichtbaar t.o.v. T0. Bij zowel *matig Verslaving* als *matig Psychiatrie* is een (relatief) grote verschuiving zichtbaar. In beide categorieën is een toename van 3 cliënten te zien. Een andere relatief grote verschuiving bestaat uit een afname van 2 personen van de categorie *hoog Psychiatrie* op T1. Uit deze aantallen kan echter niet opgemaakt worden wat de reden van de verschuiving in categorieën inhoudt. In de volgende paragraaf wordt hier op ingegaan.

Tabel 3

Frequentie indeling LVB, Psychiatrie en Verslaving T0 (n=31)

	Hoog	Matig	Laag	Anders*
LVB	21 (67,7%)	-	9 (29,0%)	1 (3,2%)
Psychiatrie	4 (12,9%)	18 (61,3%)	9 (29,0%)	-
Verslaving	5 (16,1%)	5 (16,1%)	21 (67,8%)	-

*IQ onbekend op T0

Tabel 4

Frequentie indeling LVB, Psychiatrie en Verslaving T1 (n=31)

	Hoog	Matig	Laag
LVB	19 (61,3%)	-	12 (38,7%)
Psychiatrie	2 (6,5%)	21 (67,7%)	8 (25,8%)
Verslaving	3 (9,7%)	8 (25,8%)	20 (64,5%)

Verschuiving T1 t.o.v. T0

Om een beeld te geven van de veranderingen die plaats gevonden hebben tussen de T0 en T1 meting is Figuur 3 opgesteld. In dit figuur is een weergave te zien van de onderzoekspopulatie. Deze is op te delen in twee delen. Enerzijds de cliënten waarbij de indeling in de kubus van VanDerNagel op T1 gelijk is aan T0 (n=19). Anderzijds de cliënten waarbij de indeling op T1 anders is dan op T0 (n=12).

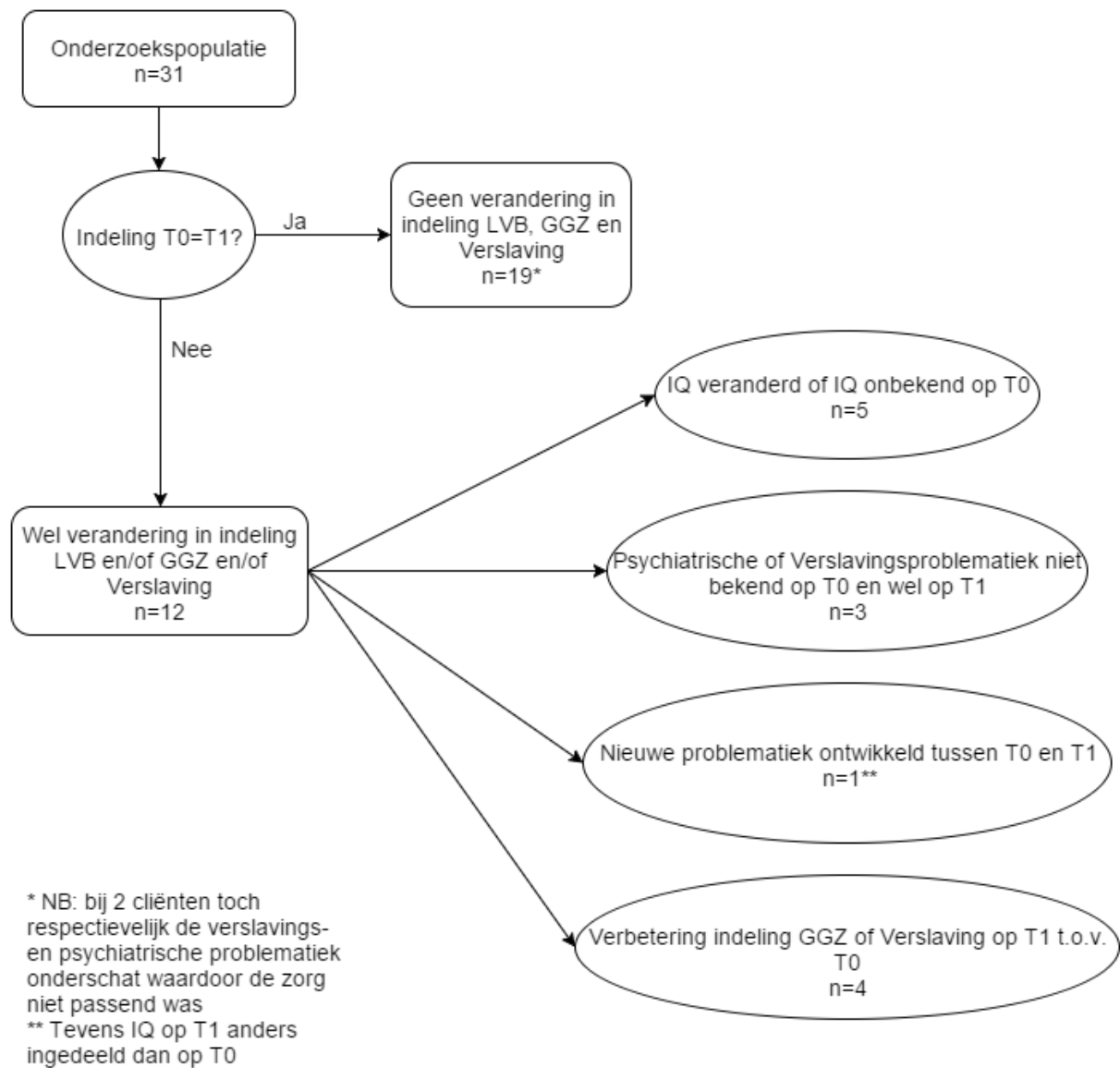
Deze 12 cliënten zijn op te delen in vier categorieën, gebaseerd op de antwoorden van de gedragswetenschappers. Ten eerste is er de categorie “IQ veranderd of IQ onbekend op T0”. Deze categorie bestaat uit één persoon waarvan er geen IQ genoemd stond in het intakeverslag. Daarnaast werd drie keer een nieuwe IQ test afgenomen, waarbij 2 cliënten een lager IQ hadden dan bekend was bij T0 en 1 cliënt veel hoger scoorde op de IQ test. Eén maal werd geen reden genoemd voor de hogere IQ score.

De tweede categorie “Pyschiatrische of Verslavingsproblematiek niet bekend op T0 en wel op T1” bestaat uit 3 cliënten. Eén maal werd zowel de mate van verslaving als de mate van psychiatrie onderschat. Ook was één keer onbekend dat bij een cliënt “(...) naast hechtingsproblematiek, ook veel angstproblematiek speelt” (gedragswetenschapper geciteerd uit een T1 formulier). Bij de derde cliënt was er niet bekend dat er sprake was van trauma’s.

Bij één persoon was op T0 geen sprake van verslaving. Deze persoon is niet gaan gebruiken tijdens zijn verblijf bij Aveleijn. Dit was de enige persoon waarbij expliciet vermeld stond dat er een nieuwe problematiek was ontwikkeld.

Verder zijn er vier cliënten waarbij de verandering een verbetering t.o.v. T0

inhoudt. Een cliënt gebruikt geen drugs meer en bij een andere cliënt is de alcoholverslaving onder controle. Bij de derde cliënt is de psychiatrie lager ingedeeld. De gedragswetenschapper gaf bij dit geval aan dat de begeleiding werkt. Bij de laatste cliënt was bij de huidige gedragswetenschapper geen psychiatrisch beeld bekend, terwijl in het intakeverslag wordt genoemd dat bij de cliënt sprake is van ADHD.



Figuur 3. Weergave onderzoekspopulatie

Zorgtoewijzing passend

In het formulier dat de gedragswetenschappers hebben ingevuld staat de vraag: “Denkt u dat de zorg passend was bij de hulpbehoefte van de cliënt ten tijde van de intake?”. In 26 gevallen werd op deze vraag “ja” geantwoord. Bij 5 cliënten was de zorg niet goed toegewezen en bij 1 persoon is deze vraag niet beantwoord. Opvallend is dat dit bij 2 cliënten werd genoemd waarbij de indeling op T0 en T1 hetzelfde was. In deze gevallen is respectievelijk de psychiatrische- en verslavingsproblematiek onderschat.

Dit laat zien dat, ondanks de verschuivingen in categorieën tussen T0 en T1, de zorgtoewijzing volgens de gedragswetenschappers in de meeste gevallen passend is bij de hulpbehoefte van de cliënt op het moment van intake.

Enkelvoudige, Dubbele en Triple diagnostiek

Om inzicht te krijgen in welke mate er sprake is van meerdere diagnoses per persoon is er een indeling gemaakt er op zowel T0 als T1 op basis van enkelvoudige, dubbele en triple diagnostiek (zie Tabel 5 voor een overzicht van de indeling). In deze tabel is te zien dat één persoon niet mee is genomen in de analyse, wegens het ontbreken van het IQ op T0. Daarnaast kan in de tabel worden afgelezen dat in totaal 6 personen op T1 anders zijn ingedeeld dan op T0.

Om inzicht te krijgen in welke verschuivingen die plaats hebben gevonden zijn deze uitgezet in Tabel 6. In deze tabel kan worden afgelezen dat er in 5 van de 6 cliënten een toename van ernst in de diagnose is. Waarbij 3 cliënten van een dubbele naar een triple diagnose zijn gegaan. Dit wilt zeggen dat er in 50% van de gevallen waarbij een verschuiving plaats vindt, deze verschuiving van een dubbele naar een triple diagnostiek is.

Tabel 5

Frequentie diagnostiek indeling T0 en T1 (n=31)

Diagnostiek	Aantal T0	Aantal T1
Enkelvoudig	7 (22,6%)	6 (19,4%)
Dubbel	19 (61,3%)	16 (51,6%)
Triple	4 (12,9%)	8 (25,8%)
Uitgesloten*	1 (3,2%)	1 (3,2%)

* Uitgesloten omdat IQ onbekend was op T0

Tabel 6

Verschuiving indeling T1 t.o.v. T0 (n=6)

Diagnostiek T0	Diagnostiek T1	Frequentie
Enkelvoudig	Dubbel	1
Enkelvoudig	Triple	1
Dubbel	Enkelvoudig	1
Dubbel	Triple	3

Discussie & Conclusie

Bevindingen

Het doel van deze studie was om antwoord te geven op de vraag hoe succesvol zorg wordt toegewezen aan mensen met LVB en verslaving binnen Aveleijn. Met dit onderzoek werd aangetoond dat, wanneer er afgegaan wordt op de mening van de gedragswetenschappers, zorg bij bijna alle cliënten goed werd toegewezen. Ook wanneer er sprake was van verslaving (volgens de criteria van de kubus van VanDerNagel). Dit wil zeggen dat de zorgtoewijzing in de meeste gevallen passend was bij de cliënt op het moment van intake.

Verder kan worden geconcludeerd dat bij een meerderheid van de cliënten sprake was van een dubbele of triple diagnose. Dit is in lijn met wat in de studies van Reiss et al. (1982) en VanDerNagel et al. (2013) wordt geschreven. Ook valt uit de resultaten af

te leiden dat in de meeste gevallen waarbij er sprake is van *Verslaving* er sprake is van een triple diagnose. Dit bevestigt wat Minkhoff (2001), To et al. (2015) en VanDerNagel et al. (2013) schrijven.

Daarnaast is te zien dat bij cliënten met een triple diagnose op T1 bijna altijd anders worden ingedeeld in de categorieën van de kubus van VanDerNagel op T1 t.o.v. T0. Deels kan dit verklaard worden doordat de zorg heeft gezorgd voor een stabiliteit bij bijvoorbeeld de *Verslaving* of *Psychiatrie*, waardoor problematieken minder speelden op T1 dan op T0. Een andere verklaring is *diagnostic overshadowing*, hierbij worden symptomen aan een verkeerde diagnose worden toegewezen (Reiss et al., 1982). Het kan echter ook voortkomen uit het feit dat er weinig geschikte middelen zijn om te screenen voor middelengebruik (Van Duijvenbode et al., 2015). Nog een andere verklaring zou kunnen zijn dat de cliënt tijdens de intake niet eerlijk is geweest over wat voor problematiek er speelt. Mensen met LVB zijn geneigd om vaak sociaal wenselijke antwoorden te geven (McGillicuddy, 2006; VanDerNagel, Kemna & Didden, 2013; Van Duijvenbode et al., 2015). Dit houdt in dat er vaak op directe vragen “ja” geantwoord wordt en wanneer het gaat om sociale taboes (zoals middelengebruik) wordt er vaak “nee” geantwoord. Dit kan leiden tot een onjuist beeld van de hulpbehoefte van de cliënt.

Verder is het opvallend dat een aantal keer het IQ op T1 anders wordt ingedeeld dan op T0. Er werd verwacht dat het IQ niet zou veranderen. Toch bleek dat de scores op de IQ testen die bij de intake bekend waren niet altijd klopten met hoe de cliënt functioneerde binnen Aveleijn. Dit zou kunnen komen doordat de cliënt op het moment van afname niet optimaal kon presteren (bijvoorbeeld door ziekte, zenuwen of een gebrek aan motivatie).

Naast bevindingen na analyse van de verzamelde data zijn er ook bevindingen gedaan tijdens het verzamelen van de data. Tijdens het doorzoeken van de dossiers van de cliënten bleek dat er regelmatig verslagen mistten of incompleet waren. Ook bleek dat er een grote doorloop van gedragswetenschappers binnen Aveleijn is. Hierdoor was het soms moeilijk om de gegevens van de juiste gedragswetenschapper van een locatie te

krijgen.

Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Er kan worden betwijfeld hoe betrouwbaar de antwoorden van de gedragswetenschappers zijn om te zeggen hoe succesvol zorg wordt toegewezen naar aanleiding van de intake. Ten eerste omdat niet alle gedragswetenschappers vanaf het moment van plaatsing bij de cliënten betrokken waren. Ten tweede omdat er in enkele gevallen een lange tijd (maximaal drie jaar) zit tussen het moment van plaatsing en het moment van de meting. Ook lijkt het erop dat de vraag: “Denkt u dat de zorgtoewijzing paste bij de hulpbehoefte van de cliënt ten tijde van de intake?” op meerdere manieren werd geïnterpreteerd. Wanneer op T0 een diagnose was onderschat, of onbekend was werd soms toch geantwoord dat de zorg goed was toegewezen met als reden dat de zorg naar aanleiding van de intake wel passend was en dat later pas bleek dat dit niet aansloot bij de cliënt. Door de onderzoeker zijn deze antwoorden niet veranderd, omdat daar het risico was dat de onderzoeker een andere interpretatie zou kunnen geven dan dat de gedragswetenschapper bedoelde. Er is niet bekend hoe de andere gedragswetenschappers deze vraag hebben geïnterpreteerd. Ook is er geen inzicht verkregen in welke zorg de cliënten precies toegewezen hebben gekregen.

Daarnaast bestaat de onderzoekspopulatie uit slechts 31 personen. Dit kwam onder andere doordat er vaak onvoldoende informatie bij de gedragswetenschappers bekend was over cliënten die niet meer bij Aveleijn woonden. Ook speelde mee dat er in 2013 en 2015 in totaal slechts 88 cliënten werden geplaatst. Dit maakt het vinden van een grote onderzoekspopulatie binnen één zorginstelling moeilijk.

Verder is het onduidelijk hoe goed de interbeoordelaarbetrouwbaarheid is. Hier is geen meting over uitgevoerd. Het leek echter wel dat de inclusie- en exclusiecriteria werkbaar waren voor de meeste gedragswetenschappers. Wanneer er vragen waren konden de gedragswetenschappers bij de onderzoeker terecht.

Een sterk punt van dit onderzoek is dat de verhouding tussen mensen met zwakbegaafdheid en mensen met een licht verstandelijke beperking (volgens de

DSM-IV) in de onderzoekspopulatie een afspiegeling is van de landelijke verdeling in zorginstellingen (Woittiez et al., 2014).

Een ander sterk punt is dat de verzamelde data overeen lijken te komen met recente literatuur. Ook vormen de data een goede basis voor vervolgonderzoek.

Aanbevelingen

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Voor vervolgonderzoek kan begonnen worden met het valideren van de inclusie- en exclusiecriteria van de kubus van VanDerNagel. Hier moet de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid in mee worden genomen. Dit kan gedaan worden door verschillende gedragswetenschappers een aantal dezelfde cases te laten beoordelen en dan te kijken in hoeverre deze beoordelingen overeen komen.

Verder is in deze studie roken in de categorie *laag Verslaving* ingedeeld. Ook wanneer er werd vermeld dat het een rookverslavig betrof. Er is echter aangetoond dat wanneer er sprake is van een verslaving aan één middel, dit de kans dat iemand verslaafd raakt aan een ander middel vergroot (VanDerNagel et al., 2013 p.75). Het is het heroverwegen waard om een rookverslaving op een andere manier, dan gebruikt in de huidige studie, mee te nemen in de inclusiecriteria van de kubus van VanDerNagel.

Wanneer deze criteria zijn geperfectioneerd kan er onderzocht worden in hoeverre deze een goed instrument zijn om zorg toe te wijzen. Er moet wel kritisch gekeken worden in hoeverre de zorgpaden nog aansluiten op de criteria. Wanneer dit niet meer op elkaar aansluit kunnen de criteria niet gebruikt worden in de toewijzing van zorgpaden.

Het zou tevens nuttig kunnen zijn om eenzelfde inventarisatie te maken van hoe passend zorg wordt toegewezen bij andere zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking. Dan kan vergeleken worden in hoeverre de gegevens die in dit onderzoek zijn gevonden overeen komen met andere vergelijkbare populaties. Zo'n onderzoek zou gepaard kunnen gaan met een onderzoek naar welke zorg is toegewezen. Hiermee wordt een inventarisatie van de betrokken hulpverleners bedoeld. Dit zou een

opstap kunnen zijn om te onderzoeken in hoeverre toegewezen zorg overeen komt met de zorg die aangeboden zou moeten worden volgens de zorgpaden.

Wanneer er onderzoek wordt gedaan waarop data verzameld moeten worden over twee meetmomenten wordt aanbevolen om de tijdsperiodes tussen de twee meetmomenten voor alle onderzochte cliënten gelijk te houden. Tevens zou het handig en goed voor de betrouwbaarheid zijn als de data *real-time* worden verzameld. Hiermee wordt bedoeld dat er geen dossieronderzoek wordt gedaan over cliënten die al geplaatst zijn. Maar dat een cliënt vanaf de intake wordt gevolgd. Dit is echter wel tijdsintensief.

Aanbevelingen voor Aveleijn

Uit de data bleek dat, wanneer een diagnose gemist werd, relatief vaak een mate van verslaving werd gemist. Er wordt daarom geadviseerd om bij elk intakegesprek expliciet te vragen naar middelengebruik. Er moet dan wel rekening gehouden worden met de neiging van cliënten met LVB om sociaal wenselijke antwoorden te geven.

Verder wordt er aanbevolen dat, wanneer vermoed wordt dat er sprake kan zijn van verslaving, een medewerker van Tactus bij het intakegesprek aanwezig is. Wanneer er diagnostici van meerdere disciplines betrokken zijn kan wellicht de *diagnostic overshadowing* worden verminderd.

Conclusie

In deze studie is aangetoond dat zorgtoewijzing, naar mening van de gedragswetenschappers, bij bijna alle cliënten paste bij de hulpbehoefte van de cliënt. Er is ook aangetoond dat niet alle cliënten op T1 hetzelfde werden ingedeeld als op T0. Dit kwam door verschillende factoren; het IQ werd anders ingedeeld, er was een vooruitgang in de klachten en ernst van de problematiek zichtbaar tussen T0 en T1, er was een nieuwe problematiek ontwikkeld en de psychiatrie of verslaving was niet bekend op T0 en wel op T1. Wanneer er iets werd gemist, bleek dit vaak een mate van verslaving te zijn. Er moet echter rekening gehouden worden met de zeer kleine aantallen waar in dit onderzoek over gesproken wordt. Om meer inzicht te krijgen in hoe sprekend deze getallen zijn voor een grotere populatie, welke zorg wordt toegewezen

en in hoeverre deze overeenkomt met de zorgpaden die ingevoerd gaan worden is vervolgonderzoek nodig.

Referenties

- APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th dr.). Text Revision.
- Atwal, A. & Caldwell, K. (2002). Do multidisciplinary integrated care pathways improve interprofessional collaboration? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(4), 360–367.
- Aveleijn aanmelden. (z. j.). <http://www.aveleijn.nl/contact/aanmelden/>.
(Geraadpleegd op: 2016-02-09)
- Bragato, L. & Jacobs, K. (2003). Care pathways: the road to better health services? *Journal of health organization and management*, 17(3), 164–180.
- Burgard, J. F., Donohue, B., Azrin, N. H. & Teichner, G. (2000). Prevalence and treatment of substance abuse in the mentally retarded population: An empirical review. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(3), 293–298.
- CBS: bevolkingsteller. (z. j.). <http://www.cbs.nl/nl-nl/menu/themas/bevolking/cijfers/extra/bevolkingsteller.htm>, note = Geraadpleegd op: 2015-12-11.
- Clïëntadvies. (2015). *Plaatsingsprocedure aveleijn*.
- Cohen, R. & Swerdlik, M. (2010). Psychological testing and assessment. In *An introduction to tests & measurement* (Seventh edition dr., p. 96-101).
- Gigi, K., Werbeloff, N., Goldberg, S., Portuguese, S., Reichenberg, A., Fruchter, E. & Weiser, M. (2014). Borderline intellectual functioning is associated with poor social functioning, increased rates of psychiatric diagnosis and drug use—a cross sectional population based study. *European Neuropsychopharmacology*, 24(11), 1793–1797.
- Huang, A. M. (1981). The drinking behavior of the educable mentally retarded and the nonretarded students. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 26(3), 41–50.
- Kiewik, M., VanDerNagel, J., Kemna, L., Engels, R. & DeJong, C. (2015). Substance use prevention program for adolescents with intellectual disabilities on special education schools: a cluster randomised control trial. *Journal of Intellectual Disability Research*.

- McGillicuddy, N. B. (2006). A review of substance use research among those with mental retardation. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12(1), 41–47.
- Minkoff, K. (2001). Best practices: Developing standards of care for individuals with co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 52(5), 597-599. Verkregen van <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.52.5.597> (PMID: 11331791) doi: 10.1176/appi.ps.52.5.597
- Reis, O., Wetzels, B. & Häßler, F. (ter perse). Mild or borderline intellectual disability as a risk for alcohol consumption in adolescents—a matched-pair study. *Research in developmental disabilities*. (verkregen van <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0891422215300019>)
- Reiss, S., Levitan, G. W. & Szyszko, J. (1982). Emotional disturbance and mental retardation: diagnostic overshadowing. *American journal of mental deficiency*. *Tactus verslavingszorg en lvb*. (z. j.). <http://http://tactuslvbenverslaving.nl/teksten/item/bekijk/id/1>. (Geraadpleegd op: 2016-01-23)
- To, W. T., Neirynck, S., Vanderplasschen, W., Vanheule, S. & Vandeveld, S. (2014). Substance use and misuse in persons with intellectual disabilities (id): Results of a survey in id and addiction services in flanders. *Research in developmental disabilities*, 35(1), 1–9.
- VanDerNagel, J., Kemna, L. & Didden, R. (2013). Substance use among persons with mild intellectual disability: Approaches to screening and interviewing. *The NADD Bulletin*, 16(5).
- VanDerNagel, J., Kiewik, M. & Didden, R. (2013). *Iedereen gebruikt toch? verslaving bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Uitgeverij Boom.
- VanDerNagel, J., Kiewik, M., Postel, M. G., Van Dijk, M., Didden, R., Buitelaar, J. K. & de Jong, C. A. (2014). Capture recapture estimation of the prevalence of mild intellectual disability and substance use disorder. *Research in developmental disabilities*, 35(4), 808–813.

- Van Dijk, M. & Kiewik, M. (2015, Maart). *Zorgpaden en financieringsstromen*.
- Van Duijvenbode, N., VanDerNagel, J. E., Didden, R., Engels, R. C., Buitelaar, J. K., Kiewik, M. & de Jong, C. A. (2015). Substance use disorders in individuals with mild to borderline intellectual disability: current status and future directions. *Research in developmental disabilities*, 38, 319–328.
- Woittiez, I., Putman, L., Eggink, E. & Ras, M. (2014). *Zorg beter begrepen*. Sociaal en Cultureel Planbureau. Verkregen van http://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2014/Zorg_beter_begrepen

Bijlagen

Bijlage I Beslisboom & zorgpaden

Bijlage II Verkorte, geanonimiseerde lijst afwachtlIJst

Bijlage III Geanonimiseerd intakeverslag

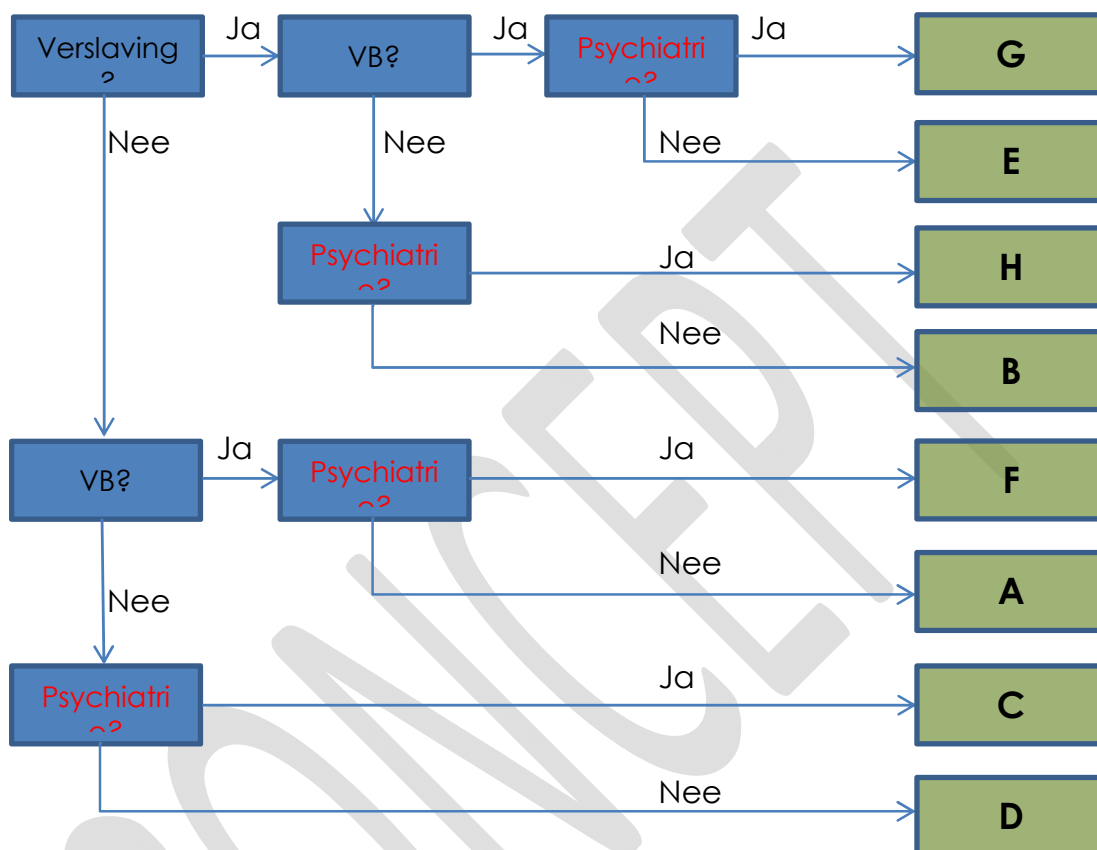
Bijlage IV Lijst meegenomen variabelen dataverzameling

Bijlage V T1 invulformulier gedragswetenschappers

Bijlage I

Profielen

Bij voorgaande definiëring van de elementen van de kubus moet vermeld worden, dat de klinische en professionele blik van de behandelaren leidend zijn in een doelgroep die in hoge mate heterogeen van karakter is. Ook past hier de opmerking, dat een indeling in profielen niet vaststaand is. De volgende profielen, of cliëntvignetten komen tot stand:



A Hoge Verstandelijke Beperking, lage verslaving, lage psychiatrische comorbiditeit (rode as)

De Gehandicaptensector zal het beste aansluiten met de problematiek van deze cliënt, als dan niet met consultatie vanuit Verslavingszorg of de GGZ. Hoofdaannemer is Aveleijn, die alle zorg voor deze cliënt organiseert. Binnen Aveleijn zal het Binnenplein betrokken worden, daar waar verslaving gerelateerde aspecten aan bod komen en zo nodig Tactus inschakelen.

- Bij WLZ: De zorg in aan Aveleijn toegewezen dmv een AWBZ-indicatie (ZZP 4 t/m ZZP 8). Consultatie vanuit Tactus of vanuit de psychiatrie wordt gefactureerd middels een DBC-financiering (door Tactus/GGZ zelf). Een onderaannemingsovereenkomst (in het geval van locaties "behandeling met verblijf") is alleen nodig bij een nazorgtraject.
- Bij Gemeente/WMO voor ambulante cliënten Aveleijn: Gemeente is regisseur en wijst de zorg toe aan Aveleijn/Tactus/GGZ afhankelijk van de hulpvraag. Los daarvan kan de cliënt middels de zorgverzekeringswet aanspraak doen op Tactus/GGZ via een doorverwijzing van zijn huisarts.

- c. Bij Gemeente/WMO in het geval van en GGZ-C indicatie: Gemeente verwijst door naar het CIMOT (Centrale Toegang Maatschappelijke Opvang Twente). Het CIMOT bepaalt vervolgens wie de zorg kan gaan leveren. Los daarvan kan de cliënt middels de zorgverzekeringswet aanspraak doen op Tactus/GGZ via een doorverwijzing van zijn huisarts.

B Lage Verstandelijke Beperking, hoge verslaving, lage psychiatrische comorbiditeit (groene as)

Voor deze groep cliënten wordt verslavingszorg geïndiceerd. Ambulante of klinische zorg is geïndiceerd, cliënt wordt ingeschreven bij Tactus en zal door de in het zorgpad LVB beschreven hulp geboden worden. Financiering door zorgverzekeringswet.

- a. Indien extra deskundigheid op het gebied van de verstandelijke beperking nodig blijkt (klinische les; aanvullende diagnostiek etc) dan wordt Aveleijn benaderd middels onderaanneming.

C Lage Verstandelijke Beperking, lage verslaving, hoge psychiatrische comorbiditeit (blauwe as)

Deze groep cliënten kan het beste terecht in de specialistische GGZ, die wordt gefinancierd vanuit de zorgverzekeringswet.

- a. Consultatie vanuit Gehandicaptenzorg of Verslavingszorg is mogelijk. Deze worden gefactureerd middels een onderaannemingsovereenkomst of verrekend met een wederdienst wanneer er een (F)ACT overeenkomst bestaat. Los daarvan kan de cliënt middels de zorgverzekeringswet aanspraak doen op Tactus/GGZ via een doorverwijzing van zijn huisarts.

D Lage Verstandelijke Beperking, lage verslaving, lage psychiatrische comorbiditeit (o-punt)

Kortdurende hulp vanuit de praktijkondersteuner GGZ/Verslavingszorg van de huisarts biedt de cliënt de meeste gepaste hulp. Afhankelijk van de hulpvraag kan de cliënt generalistische basis-GGZ terecht (behandeling tot 750 minuten inclusief intake). Financiering door zorgverzekeringswet.

E Hoge Verstandelijke Beperking, hoge verslaving, lage psychiatrische comorbiditeit

Integrale hulp vanuit Gehandicaptenzorg en verslavingszorg is nodig. Een verslavingsbehandeling van de LVB-client is noodzakelijk. Dit kan in de omgeving van de cliënt middels een ambulant traject bij Tactus, maar de cliënt kan ook uit zijn dagelijkse gang van zaken worden gehaald wanneer dit voordelen biedt (klinisch, opname binnen Tactus). Het kan zijn dat de cliënt al in zorg is bij Aveleijn, zo niet is het van belang dat hij/zij er wordt aangemeld. Ook zal de cliënt verwezen moeten worden naar Tactus, om te profiteren van een verslavingsbehandeling. Wanneer de cliënt al bij Aveleijn in beeld is, zullen de Aveleijn medewerkers worden begeleid door het Binnenplein als het gaat om verslavingsproblematiek in de dagelijkse situatie.

- a. Bij WLZ: De zorg in aan Aveleijn toegewezen dmv een AWBZ-indicatie (ZZP 4 t/m ZZP 8). Behandeling vanuit Tactus wordt gefactureerd middels een DBC-financiering

(door Tactus/GGZ zelf). Een onderaannemingsovereenkomst (in het geval van locaties “behandeling met verblijf”) is alleen nodig bij een nazorgtraject.

- a. Indien de cliënt een klinische behandeling bij Tactus gaat volgen (veelal > 6 weken), zal de cliënt bij Aveleijn worden uitgeschreven. Tactus kan voor de klinische behandeling een DBC openen. Indien na de behandeling LVB-zorg wederom geïndiceerd is, zal de cliënt opnieuw worden aangemeld bij Aveleijn. Geadviseerd wordt, de aanmelding van de cliënt maximaal twee weken voor overgang naar Aveleijn wordt aangekondigd zodat er gepaste woonruimte kan worden gezocht/kan worden gereserveerd.
- b. Bij Gemeente/WMO voor ambulante cliënten Aveleijn: Gemeente is regisseur en wijst de zorg toe aan Aveleijn/Tactus/GGZ afhankelijk van de hulpvraag. Los daarvan kan de cliënt middels de zorgverzekeringswet aanspraak doen op Tactus/GGZ via een doorverwijzing van zijn huisarts.
- c. Bij Gemeente/WMO in het geval van en GGZ-C indicatie: Gemeente verwijst door naar het CIMOT (Centrale Toegang Maatschappelijke Opvang Twente). Het CIMOT bepaalt vervolgens wie de zorg kan gaan leveren. Los daarvan kan de cliënt middels de zorgverzekeringswet aanspraak doen op Tactus/GGZ via een doorverwijzing van zijn huisarts.

F Hoge Verstandelijke Beperking, lage verslaving, hoge psychiatrische comorbiditeit

- a. Een specialistische VG-GGZ dubbeldiagnosevoorziening is gepast, Verslavingszorg mogelijk niet. Cliënt wordt aangemeld. Consultatie wordt gefactureerd middels een onderaannemingsovereenkomst of verrekend met een wederdienst wanneer er een (F)ACT overeenkomst bestaat. Los daarvan kan de cliënt middels de zorgverzekeringswet aanspraak doen op Tactus/GGZ via een doorverwijzing van zijn huisarts.

G Hoge Verstandelijke Beperking, hoge verslaving, hoge psychiatrische comorbiditeit

Een triple diagnosevoorziening is geadviseerd, waarin de cliënt kan profiteren van de expertise op het gebied van verslaving, LVB en psychiatrie. Een verblijf in de afdeling van de DD-kliniek van Tactus is mogelijk.

- a. Client wordt ingeschreven bij Tactus, waar zijn/haar verblijf wordt gefinancierd door de zorgverzekeringswet. Aan het einde van het traject wordt hulp van Aveleijn ingeschakeld en wordt de cliënt aangemeld/ingeschreven. Indien eerder extra deskundigheid op het gebied van de verstandelijke beperking nodig blijkt (klinische les; aanvullende diagnostiek etc) dan wordt Aveleijn benaderd middels onderaanneming.

H Lage Verstandelijke beperking, hoge verslaving, hoge psychiatrische comorbiditeit

Speciale VZ-GGZ dubbel-diagnosevoorzieningen zijn gepast, die worden gefinancierd door de zorgverzekeringswet.

- a. Indien extra deskundigheid op het gebied van de verstandelijke beperking nodig blijkt (klinische les; aanvullende diagnostiek etc) dan wordt Aveleijn benaderd middels onderaanneming.

Bijlage II

Achternaam	Voornaam	Datum 'afwachttijst'	Afgesproken met	Aanvullende informatie
		30-03-14	CA	externe cliënt geplaatst NHH
		30-05-14	Petra Stayen	geplaatst op Rohaan
		21-10-14	CA	geplaatst binnen Rohaan
		24-10-14	CA	geplaatst binnen Bernadettebos
		01-12-14	CA	geplaatst binnen Berflo Es
		01-11-14	CA	geplaatst binnen het brock
		08-04-14	Nick Rikhof mediant	heeft net een plek bij estinea
		25-04-14	CA	geplaatst binnen de Hunneborch
		10-03-14	Petra Stayen	hebben een woning gekregen in Glanerbrug (woningbouw)
		07-01-14	bemoeizorg	woont sinds een half jaar zelfstandig, hij wordt waarschijnlijk voor ambulant aangemeld.

Bijlage III**Intake verslag**

Na dossierstudie kunnen veel gegevens al ingevuld worden en een aantal gegevens staan ook in het aanmeldformulier, feitelijke informatie kan worden overgenomen.

In het intakegesprek worden alle items verder besproken en gecheckt of deze nog kloppen, waar mogelijk kan een toelichting gegeven worden.

Aanvullingen uit tussentijds contact met de cliënt s.v.p. toevoegen aan dit document vóór het plaatsingsgesprek.

Intakegesprek

Datum:

Locatie : locatie Aveleijn

Aanwezig/afwezig: Cliënt, medewerker RIBW, medewerker TACTUS,
locatiemanager Aveleijn, gedragswetenschapper Aveleijn en medewerker
cliëntadvies

De loketfunctionaris treedt tijdens het intakegesprek op als gespreksleider, hij/zij opent het gesprek en sluit het gesprek af.

1. Persoonsgegevens aan te melden cliënt

Achternaam:

Voornaam:

Geslacht:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

BSN nummer:

Telefoonnummer:

Naam dagbesteding, werk of school:

Wettelijk vertegenwoordiger:

2. Gegevens contactpersoon

Achternaam:

Voornaam:

Organisatie: (indien van toepassing) TACTUS

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

Relatie tot cliënt:

☐

Ouder / Verwant

☐

Cliënt ondersteuner

☐

Wettelijk vertegenwoordiger

☒

Anders, namelijk.... contactpersoon

vanuit tactus

(Eventueel) 2^e contactpersoon:

Achternaam:

Voornaam:

Organisatie: (indien van toepassing) RIBW

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

Relatie tot cliënt:

☐

Ouder

☐

Cliënt ondersteuner

☐

Wettelijk vertegenwoordiger

☒

Anders, namelijk.... persoonlijk

begeleider

3. Indicatie

- ☐ Zorgzwaartepakket (ZZP) : (soort invullen)
- ☐ Indien er sprake is van functies: (soort functies invullen)
- Geldigheidsduur indicatie: Geldig van tot
- ☐ Geen indicatie: (korte toelichting)

4. Levensloop

- ☐ Oorzaak handicap? Is er een diagnose? Beschrijf de beperkingen die de cliënt ervaart door de handicap. Beschrijf evt. bijzonder gedrag.

Geschiedenis wonen: gezins/ familie achtergrond, uithuisplaatsingen, bijzondere gebeurtenissen etc.

(...)

Hierdoor is hij in contact gekomen met drugsdealers, door hier in eerste instantie mee te handelen is hij zelf ook gaan gebruiken en verslaafd geraakt. Door de drugshandel is hij vaak in detentie gekomen (totaal bijna 20 jaar).Na zijn detentie periode heeft hij vaak rondgezworven of bij bekenden gewoond. (...) Hij is toen in een zeer slechte conditie opgenomen binnen Het locatie Tactus te 'stad in Twente'.

(...)

Sinds enkele maanden verblijft cliënt binnen een overbruggingshuis van het RIBW. Deze plek blijkt niet aan te sluiten bij hem. Er verblijven teveel mensen met heftige psychiatrische problematiek en verslavingsproblematiek. Cliënt heeft zelf aangegeven hier niet te willen blijven wonen. Uit de WAIS IV (2013) komt een TIQ van 75

☐ Geschiedenis school, dagbesteding, werk en huidige dag invulling
(...)

☐ Netwerk, vrije tijdsinvulling (hobby's, clubs)
(...)

☐ Gezondheid, medicijngebruik, roken, alcohol, drugs
(...)

Hij heeft vaak last van zijn rug. Rond zijn 30e levensjaar is hij drugs gaan gebruiken cocaine/ heroine en vervolgens Methadon. Bij vlagen was er ook alcohol gebruik. (...) Zijn gezondheidstoestand en de crisisopname hebben ertoe geleid dat cliënt is gaan afkicken. Hij is nu ongeveer 14 maanden van zijn verslaving af, op dit moment is het belangrijk dat hij geen terugval gaat ontwikkelen, vandaar dat TACTUS nog betrokken blijft bij hem. Vanuit TACTUS wordt aangegeven dat hij het wonderbaarlijk goed doet en dat hij zelfs van de methadon is afgekomen. Tijdens de afkick periode heeft cliënt hiervoor diazepam en dyclofenac gebruikt. In het verleden had hij een "waslijst aan medicatie". Op dit moment gebruikt hij alleen nog diazepam en zonodig dyclofenac. Hij heeft zelf zijn medicatie in beheer. Dit gaat in overleg met zijn huisarts. dit gaat goed, hij gebruikt niet meer dan er wordt voorgeschreven.

☐ Seksualiteit / relaties
(...)

- ☐ Veiligheidsrisico's in cliënt en of omgeving (welke incidenten hebben zich het laatste jaar voor gedaan?),
aanraking met politie/justitie

Het laatste jaar is cliënt niet meer in aanraking gekomen met politie /justitie. Hij heeft bijna 20 jaar van zijn leven in detentie gezeten vanwege handel in drugs. Hij wil zijn leven beteren, is afgekickt en wil niet meer met dit netwerk in aanraking komen. In het gesprek is het moeilijk voor hem om over deze periode te praten. Achteraf geeft hij aan er spijt van te hebben en hierin niet meer terecht te willen komen.

- ☐ Betrokkenheid andere deskundigen, welke?

Op dit moment zijn er geen andere deskundigen betrokken. Cliënt staat wel onder controle van een cardioloog. Hij vindt dit zelf niet zo nodig en is niet naar de laatste afspraak gegaan. Dit is wel iets om toch weer op te pakken, dit vanwege zijn hartproblemen in combinatie met zijn longemfyseem.

- ☐ Eventuele gedragsverandering (wat heeft bijgedragen,
wat werkt, wat werkt niet)

In het verleden (blijkt uit rapportage) kon cliënt enige agressie laten zien. Zijn begeleider van TACTUS en het RIBW herkennen dat gedrag totaal niet. Men ziet cliënt als een rustige man die zich correct gedraagt en voor rede vatbaar is. Hij staat open voor de begeleiding en houdt zich aan afspraken. Waarschijnlijk heeft de drugs verslaving zijn agressie veroorzaakt.

- ☐ Kan de cliënt zelf om hulp vragen, hulpvraag uitstellen,
probleemoplossend vermogen

Ja, cliënt zal zelf om hulp vragen als hem iets niet lukt, hij geeft aan het eerst zelf te proberen of om een oplossing te zoeken. lukt het niet dan zal hij een beroep doen op zijn begeleiding.

5. Hulpvraag

Zaken uit het aanmeldformulier kunnen hier verduidelijkt worden.

a) Wat wil de cliënt bij Aveleijn?

☒ Wonen

☐ Groepswonen

☐ Wonen en behandeling

☐ Kind plek

☐ Alleen begeleiding

☐ Ouder-kind plek

☐ Gezinsbegeleiding

☐ Kamertraining

☒ Anders, namelijk: dagbesteding, in eerste instantie vanuit zijn indicatie.

Vandaar uit moet verder gekeken worden of hij richting betaalde arbeid zou kunnen. Hij heeft een werkverleden (wel zwart) Hij blijkt handig te zijn op veler gebieden.

b) Heeft de cliënt wensen t.a.v. het wonen en begeleiding?

Bijv. eigen appartement, groepswonen, huisdieren, wilt u in een stad of in een dorp, nabijheid winkels, gebouwlijke eisen t.a.v. mobiliteit, centrale voordeur, nabijheid begeleiding?

Voor cliënt is het belangrijk een dak boven zijn hoofd te krijgen in een omgeving waar iets te doen is. Hij wil wonen in een stad, momenteel woont hij in een dorp maar hij geeft aan daar "gek te worden". Stad in Twente is de stad van zijn jeugd, hij wil terug en heeft het gevoel dat hij weerbaar genoeg is om tegen het "verkeerde netwerk"nee te kunnen zeggen. Hij wil in de toekomst graag doorgroeien naar zelf huren met evt ambulante ondersteuning. Op dit moment is hij daar nog niet aan toe.

c) Voorkeur voor stad(en) of dorp(en)? Voorkeur voor bepaalde wijk? Zo ja, welke voorkeuren, welke uitgesloten?

(...)

d) Accent begeleiding op toezicht, stimuleren, overname? (waar heeft de cliënt hulp bij nodig, wat biedt het netwerk)

cliënt kan zich t.a.v . van zijn persoonlijke verzorging wel redden als hij goed in zijn vel zit. Nu blijkt dat goed te gaan, op het moment hij een terugval krijgt dan is de aandacht voor zijn persoonlijke verzorging en welzijn een stuk minder en is de kans op verwaarlozing groot. Hij zal doordat hij jaren in detentie heeft gezeten ondersteuning nodig hebben op het gebied van koken/contacten leggen/ de balans maken tussen werken en rust. Als hij iets leuk vindt en er aan begint dan weet hij niet van ophouden. Zijn lichamelijke conditie laat dit eigenlijk niet toe. (...)

e) Komen de wensen van de cliënt en van de aanmelder overeen?

☒ Ja

☐ Nee

Korte toelichting:

f) Staat de hulpvraag in juiste relatie tot de zwaarte van de indicatie?

Indien twijfel dit bespreekbaar maken.

☒ Ja

☐ Nee

Korte toelichting: Op dit moment wel, hij heeft veel gezworven en in detentie gezeten. Hij zal veel ondersteuning nodig hebben om zijn leven weer op de rit te krijgen. Zelf zal hij deze stappen niet alleen kunnen maken.

g) Is er sprake van een urgente vraag? ☒ Ja

☐ Nee

Korte toelichting: (...)

h) Geef kort de huidige woonsituatie van de cliënt weer.

(...)

i) Wilt u ter overbrugging van de wachttijd ambulante begeleiding?

☐ Ja

☒ Nee

Korte toelichting:

j) Welke zorg is nu ingezet of op korte termijn noodzakelijk? Regievoering over de indicatie afspreken.

(...)

k) Voorkeur persoonlijk begeleider man of vrouw?

☐ Man

☐ Vrouw

☒ Geen voorkeur

Korte toelichting:

l) Wil de cliënt tijdens het wachten informatie ontvangen van Aveleijn [kijker, kalender, jaarverslag]

☐ Ja

☒ Nee

m) Wil de cliënt deelnemen aan activiteiten van Aveleijn?

☐ Ja

☒ Nee

n) Wil de cliënt een rondleiding op een of meerdere locaties?

☐ Ja, namelijk op: (...)

☒ Nee

o) Hoe wil de cliënt het tussentijdse contact? Frequentie, initiatief cliënt of loket.

6. Dagbesteding

Welke vorm van dagbesteding wilt u bij Aveleijn (voorkeur, sterke en zwakke punten, eventueel INVRA verwerken)?

Voorkeur stad / platte land / binnen / buiten / overige cliënten / ondersteuningsvraag / mobiliteit

dagbesteding moet opgestart gaan worden op het moment cliënt komt wonen. Hij geeft aan graag buitenwerk te willen doen of klus werkzaamheden.

7. Documenten aanwezig:

- ☒ Kopie ID bewijs
- ☒ Indicatie besluit
- ☒ Psychologische gegevens (eventueel opvragen)
- ☐ Schoolverslagen
- ☐ Hulpverleningsrapportage
- ☐ Informatie vanuit dagbesteding
- ☐ Anders, namelijk....
- ☐ N.a.v. het intakegesprek is er afgesproken dat de volgende documenten worden nagestuurd: (...)

8. Verkregen informatie buiten de intake om:

Datum:

Besproken met:

Inhoud gesprek:

9. Bevindingen loketfunctionaris bij intake

Cliënt komt binnen en is zeer gespannen voor het gesprek, in het gesprek merk ik dat hij regelmatig moet terug vallen op zijn begeleiders om een duidelijker antwoord te kunnen geven op de vragen die aan hem gesteld worden. Cliënt

functioneert op een TIQ van 75. Hij geeft aan dat hij de laatste jaren erg veel lijdt aan geheugenverlies, waarschijnlijk ten gevolge van zijn verleden met een fors middelen gebruik en een forse dosis aan medicatie (...) Vanuit zijn dossier analyse zou je verwachten dat hij niet thuis zou horen binnen de VG sector. Tijdens het gesprek blijkt dat hij past binnen Aveleijn. Cliënt heeft veel nabijheid nodig gezien het feit hij veel vergeet (korte termijngeheugen verlies) en hij zelf niet zijn structuur in de dag aan kan brengen.(...) Cliënt wil graag zijn leven weer op orde krijgen zodat hij in de toekomst kan door groeien naar een eigen huisje in de wijk met ambulante begeleiding. Op dit moment is deze stap nog veel te groot. (...) De psychiatrische problematiek heeft de overhand, (...) en waar hij goede begeleiding krijgt, zodat hij geen terugval krijgt t.av. middelengebruik. (...) Binnen locatie van Aveleijn kunnen we hem een goede plek bieden, (...) Cliënt heeft gezien zijn IQ / en slechter wordende korte termijn geheugen ondersteuning nodig op het gebied van, structureren van de dag, zijn post en financiën, het leggen van sociale contacten, opbouwen van familiecontacten en het zich weerbaar kunnen blijven opstellen t.o.v zijn "verkeerde netwerk". (...)

10. Advies gedragswetenschapper

Cliënt is een magere man, die er bij de intake verzorgd uitziet. Hij is duidelijk gespannen voor dit gesprek, toont zich regelmatig onzeker en zoekt steun bij zijn begeleider. Hij heeft in eerste instantie moeite om antwoord te geven op vragen over hemzelf.. Het lijkt dat dit al snel te moeilijk voor hem wordt. Bij hulp lukt het wel en breekt af en toe een lach door: waarmee zijn hele gezicht oplicht.

Cliënt is in 2009 en 2013 getest met de WAIS IV: beide uitslagen komen overeen: TIQ 85, VIQ 72 en PIQ 85. Wat opvalt is dat zijn werkgeheugen relatief laag is en dat hij moeite heeft verbaal auditieve informatie in te prenten.

Cliënt is rond zijn 30e jaar hard drugs gaan gebruiken; dit dealen deed hij al eerder.

In het onderzoeksverslag van Tactus uit 2013 wordt aangegeven dat er sprake is van onverwerkte rouw (...)

Daarnaast zijn er fysieke problemen als gevolg van de verslaving, o.a. sprake van een hartinfarct in 2008 en 2012.

In het onderzoeksverslag wordt gesproken over gedragsproblemen in het verleden, waaronder boosheid, snel in conflict komen, mensen onder druk zetten en zelfverwonding. Zoals hiervoor aangegeven wordt dit door zijn huidige hulpverleners niet herkend. (...)

Voorlopige conclusie is, dat de locatie Aveleijn een geschikte locatie is voor cliënt, die aansluit op zijn hulpvragen. op het gebied van het dagelijksleven, sociale contacten en weerbaarheid, hulp bij het voorkomen van terugval in middelengebruik en in de toekomst zo nodig behandeling t.a.v. trauma en onverwerkte rouw.

Maar gezien de levensgeschiedenis van cliënt met lange detentieperiodes is er heel weinig informatie beschikbaar om eventuele risico 's goed in te kunnen schatten. Met name de vraag of er sprake is van geweldsdelicten.

Mijn advies is om alsnog pogingen te doen meer informatie te verkrijgen, o.a. behandelverslagen van Tactus en informatie over betrokkenheid van reclassering . Daarnaast om in het vervolg van de procedure in een vervolggesprek in aanwezigheid van een begeleider en gw-er ook client zelf nader te bevragen op dit gebied.

11. Uiteindelijk advies

De volgende locaties sluiten aan bij bovenstaande informatie en advies:

Cliënt is op dit moment plaatsbaar binnen locatie Aveleijn, met die afspraak dat wanneer hij een terugval krijgt tav drugs gebruik / dealen en hierin niet begeleidbaar zou zijn de zorg dan wordt opgezegd. Op het moment het wonen erg goed gaat en blijft gaan dan zal een traject naar evt zelfstandig wonen met ambulante begeleiding uitgezet kunnen worden.

Bijlage IV**Lijst meegenomen variabelen dataverzameling**

1. Achternaam
2. Voornaam
3. Geslacht
4. Geboortedatum
5. Datum afwachttijdstip
6. Datum intake
7. Contactpersoon
8. Aanmeldende instantie
9. Geplaatst op
10. Verbaal IQ (VIQ)
11. Performaal IQ (PIQ)
12. Totaal IQ (TIQ)
13. Licht verstandelijke beperking (LVB)
14. Psychiatrie
15. Middelengebruik (ja/nee)
16. Verslaving

Bijlage V

Geachte heer/mevrouw,

Voor mijn onderzoek met de onderzoeksvraag: *“In hoeverre gebeurt zorgtoewijzing van mensen met LVB en een verslaving in overeenstemming met de in te voeren zorgpaden methode en in hoeverre sluit deze aan bij de hulpbehoefte van de cliënt?”* ben ik bezig met de dataverzameling. Ik ben bezig met dossieronderzoek naar de cliënten, met een zwakbegaafd intelligentieprofiel of licht verstandelijke beperking, die in 2013 en 2014 zijn geplaatst op een woonlocatie van Aveleijn.

Volgens de bij mij bekende gegevens zijn de volgende cliënten in die periode geplaatst op locatie **Locatie Aveleijn** waar u als gedragswetenschapper aan verbonden bent:

Naam	Geboortedatum	Datum van de wachtlijst af

Tijdens het zoeken naar gegevens van deze cliënten heb ik ze, naar aanleiding van het cliëntvignetten systeem op basis van de kubus van VanDerNagel (2010), ingedeeld in de categorieën LVB, psychiatrie en verslaving. Dit heb ik gedaan aan de hand van de informatie die te vinden was in de intakeverslagen of dergelijke verslagen die geschreven zijn het intakegesprek met de cliënt.

Wat ik van u graag, per cliënt, zou willen weten zijn een aantal zaken:

- Hoe zou u de cliënt nu indelen op de drie categorieën?
- Denkt u dat de inschatting van zorgtoewijzing n.a.v. de intake paste bij de hulpbehoefte van de cliënt? (Indien nee, waarom niet?)
- Indien er dingen veranderd zijn, licht dat alstublieft toe.

In de onderstaande tabel vindt u de inclusiecriteria die gebruikt zijn bij het indelen van de cliënten in de categorieën.

Categorie	LVB	Psychiatrie	Verslaving
Hoog	49 < (T)IQ < 71 of "functionerend op licht verstandelijke beperkt niveau" ook bij disharmonisch intelligentieprofiel	veel ondersteuning nodig van GGZ; functioneert niet meer in dagelijks leven	veel verschillende middelen afhankelijkheid; functioneert niet meer in dagelijks leven
Matig		wel ondersteuning nodig, maar stabiel	langer dan 3 maand clean; omgeving met drugsgebruik; bingedinking; functioneert in het dagelijks leven
Laag	70 < (T)IQ < 86 of "functionerend op zwakbegaafd intelligentie niveau"	geen psychiatrisch beeld	alleen in het weekend/ af en toe een alcoholische consumptie; geen middelengebruik; geen middelengebruik genoemd; alleen roken

Formulier categorie-indeling cliënten

Naam cliënt:		
Categorie	Indeling T0	Indeling T1
LVB	Hoog	Klik hier als u tekst wilt invoeren.
Psychiatrie	Laag	Klik hier als u tekst wilt invoeren.
Verslaving	Laag	Klik hier als u tekst wilt invoeren.
Vraag 1: Denkt u dat de zorgtoewijzing paste bij de hulpbehoefte van de cliënt ten tijde van de intake?		
Klik hier als u tekst wilt invoeren.		
Vraag 2: Indien er iets veranderd is in de indeling van de categoriën in T1 t.o.v. T0, kunt u aangeven wat er is veranderd?		
Klik hier als u tekst wilt invoeren.		