

VERSLAG

Lerend netwerk LVB in de GGZ

5^e bijeenkomst - Dinsdag 18 juni 2024

Aanwezig: Margriet Cannegieter (Lentis), Hillegonda Bijker, Judith Rickelt (GGzE), Annemieke Lowijs (Lentis), Jacqueline Mulder, Angelique, Sanne, Eric Noorthoorn, Saskia Huinink, Hennie, Bianca Nieland, Reina Marchand, Jolanda Douma, Marlies van Walbeek, Jildou van Oosten, Esmay Haacke (ECM), Norbert Kuipers, Jinke Hoekstra, Jan, Ingeborg Berger, Rens Evers, Suzanne Zandberg, Lia Elenbaas (Extern), Lianne Sanders - van der Scheer (Extern), Femke Jonker (Extern), Wieland, J. (KJP), Jeanet Nieuwenhuis, Daniëlle van Duin

1. Welkom, verslag en agenda vaststellen

Er zijn geen opmerkingen op het verslag.

2. Voorstellen nieuwe leden (i.v.t.)

Hennie Tuinstra – Lentis teamleider beschermd wonen in Groningen, gekeken of mee kunnen doen in het DB project, kijken of we in 2^e schil mee kunnen doen. Dat we in elk geval bij het lerend netwerk aansluiten. We hebben in het cluster een werkgroep LVB gehad, die ook veel tools oplevert.

Samen met Hennie is een groep mensen vanuit Lentis aangesloten: Ties en Lisa – wonen in Delfzijl – Lisa heeft meegedaan aan de werkgroep LVB vanuit Lentis, Jacqueline Mulder, Bianca Nieland, manager op 2 locaties, Margriet Cannegieter, Lia Elenbaas, Jan en Suzanne Sandberg, werken als VPK en agoog, Lianne Sanders, senior onderzoeker in Zuid Laren, en Angelique, werk in activiteiten bij werkprojecten en dagbesteding.

Eric Noorthoorn – senior onderzoeker bij GGNet, begeleider promotieonderzoek van Jeanet

Reina Marchan – collega van Jeanet, orthopedagoog bij Warnsveld, GGNet

Esmee Haake – van GGZ Oost Brabant, hoog specialistisch centrum LVB en psychiatrie

Femke Jonker – gaat iets vertellen over de ADAPT

Marlies van Walbeek – Kwintes, beschermd wonen zijn nav de promotie flink bezig met LVB

Rens Evers – psychiater in Limburg voor KORAL als consulent voor instellingen in zuiden, oa CCE

Saskia Huinik - psychiater GGZ NHN

Jannelien Wieland: psychiater, gespecialiseerd in psychiatrie en verstandelijke beperking, gepromoveerd op zwakbegaafdheid.

3. Toelichting ADAPT – Introductie door Femke Jonker

Femke Jonker: klinisch psycholoog, heb 12 jaar bij WIER gewerkt, waar ook forensische zorg en reguliere zorg wordt geleverd, voor klinisch, nu werk ik bij MET-GGZ in Ermelo, psychologeninstelling van 70 mensen, daar ben ik leidinggevend en behandelaar, ook adviseur bij justitie, en ben aan het promoveren op de ADAPT.

In 2015 zat te ergeren dat er zo weinig lijsten waren voor het adaptief functioneren. Je had wel de Vineland, maar die is voor zo laag niveau dat die niet bruikbaar is voor de groep die ik veel zag. Toen ben ik zelf een instrument gaan maken, Henk Nijman hielp daarmee.

Adaptief functioneren gaat over vaardigheden die je nodig hebt om dagelijks in de maatschappij te kunnen functioneren. Achterliggend onderzoek ernaar onderscheidt 10 schalen: communicatie, maatschappelijke vaardigheden, schoolse vaardigheden, huishoudelijk, gezondheid, veiligheid, zelfverzorging, zelfsturing, sociale vaardigheden, motoriek. Die zijn geclusterd in 3 domeinen: een sociaal-, conceptueel- en praktisch domein.

Voordat IQ tests er waren werd LVB vastgesteld o.b.v. adaptief vermogen. Daarna ging het IQ cijfer een heel dominante rol spelen. Nu staat weer in de DSM dat het adaptief vermogen weer meer belang krijgt / voorop staat. Een waarde van de IQ test is eigenlijk een schijnwaarde: er zijn flinke verschillen in IQ-test-Waarden, een verschil van 10 punten is echt geen uitzondering. Terwijl we daar veel besluiten op baseren. Dat is volkomen onterecht. Ik ben daarom blij met de verandering dat je moet kijken naar adaptief gedrag, clinicus krijgt veel grotere rol in het vaststellen van de diagnose. Clinicus moet er dus wel verstand van hebben.

Verschil met IQ test: IQ geeft *potentie* aan, een adaptief test: wat kan iemand *waarmaken* in de praktijk. Dat is waar adaptieve vaardigheden over gaan. Het gaat er niet om je het kúnt maar ook of je je ertoe kan zetten om het daadwerkelijk te doen, kan hij of zij de verantwoordelijk aan en de flexibiliteit. Als iemand het niet doet, kijk je pas in tweede instantie waarom doet hij het niet. Adaptief gedrag is daarmee ook veranderlijk, hangt ook af van de context. We zien dat mensen met LVB boven hun IQ kunnen uitstijgen als ze zich in heel gunstige omstandigheden bevinden. Dan moet je daar wel rekening mee houden, en kijken: als de context verandert kan hij of zij dat dan volhouden? Iemand kan ook ónder zijn niveau functioneren. We kijken ook hoe kunnen we de context optimaliseren, zodat iemand zijn optimale functioneren kan bereiken.

Vraag: Binnen Kwintes zijn we bezig met screening: hoe verhoudt SCIL zich tot SCAF en ADAPT? Wat moet je waar afnemen?

Reactie: De SCIL is natuurlijk een screener naar intelligentie, is kort om af te nemen, je mag er nooit een diagnose op stellen. SCAF is ook een screener, en dan naar adaptief functioneren. Ook daarmee mag je geen diagnose geven. SCAF is vragenlijst, ADAPT is een observatie schaal. Dit is nodig omdat mensen zichzelf altijd overschatten. SCAF is 5 min korter om af te nemen dan de ADAPT. Voordeel is dat SCAF door iedereen kan worden afgenomen. Als je wel een referent hebt ben je sneller af met meteen de ADAPT afnemen. Referent is: iemand die de client kent in zijn functioneren, dat die er echt bij aanwezig is. Dat kan bijvoorbeeld een ouder zijn, of verzorger of groepsleider. Ben aan het kijken hoe kun je zonder referent achter adaptief functioneren komen? Bijvoorbeeld door: a) corrigeren voor overschatting; of b) interviewen/doorvragen over vaardigheden en daarbij eigen conclusies trekken. Dat invullen doet de behandelaar dan later alleen. Als samen: dan ook discussie/gesprek over score. Dat gesprek kun je ook inzetten in de behandeling.

Jeanet: na de SCIL zou je een IQ test moeten doen. Maar de praktijk in de GGZ is dat die mogelijkheid er vaak niet is. Wat wij doen: na het afnemen van de SCIL (en eventueel SCAF) eerst een ontwikkelingsanamnese afnemen: hoe was het vroeger thuis. Voordeel is dat je in dergelijke anamnese breed kijkt, terwijl IQ testen momentopname-gevoelig zijn en onderling nogal verschillende scores kunnen geven. ADAPT is in de praktijk ook vaak lastig omdat er vaak geen referenten zijn.

Femke: helemaal mee eens, zo'n ontwikkelingsanamnese geeft ook inhoudelijke informatie: waar heeft een persoon moeite mee en hoe liep dat in de levensloop? De SCAF staat nog aan het begin. De ABAS is top-down samengesteld: rond 10 vaardigheden zijn items bedacht en daarna is gemeten hoe items laden op schalen. ADAPT is andersom gegaan: wat zie ik typisch mis gaan bij cliënten, hoe kan

ik daar vragen bij maken, met wel de DSM-5 erbij met de 10 domeinen erbij, behalve die van motoriek. Dat zijn we gaan onderzoeken bij meer dan 200 instellingen in het hele land. Het is geen normering geworden, maar referentiegroepen, maar is zo breed uitgezet dat veel over kan zeggen.

Eric: om terug te komen op de vraag van net – ik denk dat de lijsten allemaal een ander doel hebben: SCIL is bedoeld om grof vast te stellen wat is er aan de hand? En de SCAF ook, maar dan op ander vlak. Bij ADAPT, ABAS, Vineland, en WAIS ga je meer de diepte in. Heeft ook mee te maken met wanneer zet je 'm in. Ik zou SCIL graag aan de voordeur inzetten.

Jeanet: mooie met de ADAPT dat je ook meteen handvatten hebt voor je behandeling. Is anders dan bij IQ test. Mijn ervaring is dat daar vaak weinig mee gedaan wordt in de behandeling en vaak niet goed wordt uitgelegd aan de client. Femke: ja de ADAPT geeft veel meer aan wat heeft een client nodig, waar kun je aan werken?

Instrumenten voor adaptief functioneren (zoals de Vineland, ADAPT) en instrumenten voor meten van de intelligentie (IQ test) hebben ook lage correlatie, is echt een ander construct.

Margriet: je zegt het is belangrijk om aan voordeur SCIL af te nemen. Bij ons wonen mensen die er lang zijn. Nu zien we LVB meer op de voorgrond staan, hoe gaan we daarmee om? SCIL heeft waarde op meerdere plekken/momenten in de zorg laten zien. Kan ook meer op het einde in zorgtraject.

Jeanet: misschien aardig om ook een getal bij te noemen: in begin van zorg 20%, ruim 40% in FACT en bijna 70% op long-stay behandelafdelingen. Blijkt ook goed overeen te komen met diagnostiek instrumenten. SCIL en SCAF is geen diagnostiek, maar het geeft wel een goede indruk.

Judith: intelligentie is niet veranderbaar, adaptief vermogen wel, daarmee is het een momentopname, kun je omdraaien; dat je het als uitkomstmaat van goede zorg afneemt? Sluiten we nu wel goed aan? Gaat het adaptief vermogen omhoog?

Femke: daar heb ik geen onderzoek naar gedaan. Zag het wel in de praktijk gebeuren, dat je bij beter passende zorg ook het functioneren zag veranderen. Dan zou je officieel de rest van de variabelen gelijk moeten houden, dat gebeurt in de praktijk meestal niet. Heb het niet onderzocht, kan dus niet zeggen moet je doen, merk dat ik het zelf in de praktijk wel doe.

Jeanet; ook al is er weinig correlatie tussen IQ test en tests voor adaptief vermogen, als ervaren clinicus weet je wel ongeveer wat je aan score van adaptief vermogen mag verwachten bij een bepaalde IQ score. Daarbij kan wel ook autisme en ADHD het adaptief vermogen beïnvloeden, en die laatste worden ook vaak gemist. Eigenlijk zijn er drie ringen die op elkaar ingrijpen: intelligentie, adaptief functioneren, en emotioneel functioneren. De praktijk vraagt daarom dat je ook nog kijkt naar het emotioneel functioneren.

Femke: als je de handleiding van de ADAPT leest staat ook: hoe maak je een classificatie? Daar staan ook een aantal voorbeelden in hoe je ADAPT kan toepassen in welke setting en context. Er is ook onderzoek gedaan naar psychiatrische stoornissen en adaptief functioneren. Mensen met schizofrenie en xxxxx (?) bleken ook problemen met adaptief functioneren te hebben. Mensen met autisme scoren beduidend lager, dat zien we niet terug bij mensen met ADHD en schizofrenie. Dat kan te maken hebben met de man-vrouw verschillen. Mannen scoren gemiddeld wat lager op adaptief functioneren. Bij schizofrenie denk ik dat zowel IQ als adaptief functioneren verlaagd is. Mensen met depressie komen hoger uit op adaptief functioneren.

Marlies: kan ik in contact komen met iemand uit deze groep die in *beschermd wonen* SCIL en SCAF in proces heeft doorgevoerd? Wanneer zet je deze in? Wie neemt het af?

Jannelein Wieland: Er loopt een project bij Cordaan in Amsterdam waar ze een proeftuin hebben gemaakt, ik kan je de naam laten weten.

5. Update Doorbraakproject LVB in de GGZ

Er doen nu 6 instellingen mee, met 10 teams: GGNet, GGZ-NHN, GGZ-Drenthe, RVA, Atrecht, Pro Persona. Op 15 mei vond de startbijeenkomst plaats. Op 11 juni was de eerste PL bijeenkomst. Van september tot en met december vinden de trainingen plaats.

We gaan kijken op welke momenten mensen uit de 2^e schil kunnen aanhaken bij onderdelen van het DB project. Bijvoorbeeld bij 2 PL bijeenkomsten en bij de fysieke tussen-conferentie in Utrecht.

We zijn ook aan het kijken of we een subsidie kunnen krijgen voor het doen van wetenschappelijk onderzoek naar de implementatie en de gegevens die ophalen in het DB project, zodat ook andere instellingen daar van kunnen profiteren.

Saskia: ik doe mee vanuit GGZ-NHN. Jammer dat de basis training is uitgesteld naar september. In september ben ik zelf weg, wordt dan oktober. Jeanet: wanneer nodig kijken we of we aan het einde van het project kunnen uitlopen.

12:25 uur 6. Rondvraag

Thema's volgende keer:

Jeanet: Yucel methode wordt inmiddels ook bij WMO ingezet en bij sollicitatiegesprekken. Ik kan Memeth vragen om voor volgende keer iets te vertellen over Yucel. Ingeborg: Yucel interessant, zeker als voor LVB specifiek. Ik zou ook graag aandacht besteden aan vaktherapie voor de LVB doelgroep. Wil daar dan graag vaktherapeuten van de afdeling uitnodigen. Eric zou ook Suzanne Haeye vragen, is gepromoveerd op vaktherapie.

Voorstel:

- Volgende keer: vaktherapie met Suzanne Haeye
- Keer erop: Yucel methode met Memeth en ervaringen in de GGZ en de Wijk (Miranda Meijer)
- Inzetten van positieve gezondheid / het spinnenweb bij LVB (vanuit GGZ NHN)

Over een jaar op de agenda: hoe zijn we omgegaan met LVB/ZB in beschermd wonen?

Volgende bijeenkomst: Dinsdag, 15 oktober 2024

De bijeenkomsten in 2025 zijn inmiddels bekend:

- Dinsdag 14 januari 2025, van 11.00-12.30 uur
- Dinsdag 15 april 2025, van 11.00-12.30 uur
- Dinsdag 1 juli 2025, van 11.00-12.30 uur
- Dinsdag 7 oktober, van 11.00-12.30 uur

Deze data worden ook op de website gezet en alle leden ontvangen een Outlook uitnodiging.