

5 juni 2023

The illustration features a large, light orange circle in the background. A hand in the top right corner holds a green watering can, pouring water (represented by dashed lines) onto a plant. The plant, with green leaves and red-orange flowers, grows out of a stylized orange head profile at the bottom. The title 'PASSENDE ZORG VOOR LVB IN DE GGZ' is centered in bold orange text.

PASSENDE ZORG VOOR LVB IN DE GGZ

Een onderzoek naar hoe passende zorg voor mensen met psychische problematiek en een LVB aangeboden kan worden, binnen het cluster Langdurige zorg en wonen van Lentis.

Yvon Neerhof

Passende zorg voor LVB in de ggz

Een onderzoek naar hoe passende zorg voor mensen met psychische problematiek en een LVB aangeboden kan worden, binnen het cluster Langdurige zorg en wonen van Lentis.



Yvon Neerhof
400719

Bachelorscriptie

Toegepaste Psychologie
Academie voor sociale studies
Hanzehogeschool Groningen
Begeleider: J. Beeksma

In opdracht van Lentis
Begeleider: H. Tuinstra

Groningen, 5 juni 2023

Omslagillustraties: Freepik

Voorwoord

Voor u ligt de bachelorscriptie “Passende zorg voor LVB in de ggz: Een onderzoek naar hoe passende zorg voor mensen met psychische problematiek en een LVB aangeboden kan worden, binnen het cluster Langdurige zorg en wonen van Lentis”. Deze scriptie is geschreven om de opleiding Toegepaste Psychologie aan de Hanzehogeschool in Groningen, af te ronden. Van februari tot juni 2023 is gewerkt aan dit onderzoek en is deze scriptie geschreven.

Ik ben ontzettend dankbaar dat ik degene ben die dit onderzoek heeft mogen uitvoeren. Ik heb gemerkt dat dit onderwerp en met name de cliëntengroep mij heeft geprikkeld en mij enthousiast heeft gemaakt. Dat heeft ervoor gezorgd dat ik deze scriptie met veel plezier en veel motivatie heb geschreven. De afronding van de opleiding heb ik ervaren als een ontzettend leuk half jaar en deze periode is daarmee voorbij gevlogen.

Graag bedank ik mijn begeleider Jildert Beeksma voor zijn betrokkenheid en de ondersteuning die ik heb gehad gedurende deze afstudeerperiode. Ik heb veel waardevolle feedback mogen ontvangen, waardoor ik mijn onderzoek en dit rapport mede dankzij hem tot een beter resultaat heb kunnen brengen.

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Lentis en is geschreven voor het cluster Langdurige zorg en wonen. Mijn dank gaat uit naar Hennie Tuinstra, die mij vanuit Lentis heeft ondersteund en begeleid. Ik ben ontzettend blij dat ik de kans en het vertrouwen heb gekregen om dit onderzoek uit te voeren.

Tot slot wil ik alle andere betrokken personen en de respondenten bedanken voor hun tijd en het delen van hun kennis en perspectief, dit is ontzettend waardevol geweest.

Ik wens u net zoveel leesplezier als het plezier dat ik heb gehad tijdens uitvoeren van dit onderzoek en het schrijven van deze scriptie.

Yvon Neerhof

Groningen, 5 juni 2023

Samenvatting

De afgelopen jaren komt er steeds meer aandacht voor cliënten met een licht verstandelijke beperking (LVB) in de ggz. Door de beperkingen waarmee mensen met een LVB kampen, vormen zij een bijzonder kwetsbare groep. Mensen met een LVB hebben een verhoogde kans op het ontwikkelen van psychische problematiek (KenniscentrumLVB, z.d.). Mensen met een LVB zijn dan ook oververtegenwoordigd in de psychiatrie (Didden et al., 2016).

De zorg voor cliënten met een LVB kan moeilijkheden met zich meebrengen omdat ggz-trajecten niet altijd rekening houden met de LVB, waardoor passende zorg voor deze cliëntengroep vaak uitblijft. Ggz-instelling Lentis, en specifiek het cluster Langdurige zorg en wonen, ervaart deze moeilijkheden en ziet de noodzaak om deze cliëntengroep onder de aandacht te brengen binnen de organisatie en onder de medewerkers zodat er stappen ondernomen kunnen worden om in de toekomst passende zorg aan te bieden. Lentis vraagt zich af hoe passende zorg voor deze cliëntengroep eruit ziet en hoe dat aangeboden kan worden binnen het cluster. Naar aanleiding daarvan is de onderzoeksvraag ‘Hoe kan passende zorg voor mensen met een LVB aangeboden worden binnen het cluster Langdurige zorg en wonen van Lentis?’ geformuleerd.

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag is in kaart gebracht hoe de zorg voor de cliënten met een LVB er op dit moment uit ziet binnen Lentis. Daarnaast zijn de belemmerende en bevorderende factoren bij het aanbieden van passende zorg aan cliënten met een LVB in de ggz onderzocht. In beginsel is er uitvoerig literatuuronderzoek gedaan en aansluitend zijn er semi-gestructureerde interviews afgenomen bij experts op het gebied van LVB (in de ggz) en medewerkers uit het cluster, die in de dagelijkse praktijk te maken hebben met de cliëntengroep.

Uit de resultaten van het onderzoek zijn acht hoofdcategorieën naar voren gekomen die belangrijk zijn voor het aanbieden van passende zorg. De hoofdcategorieën zijn: aansluiting op het niveau van de cliënt, diagnostiek en screening, herkenning, kennis en expertise, multidimensionale blik, fysieke en sociale omgeving, organisatie van zorg en samenwerking. De belemmerende en bevorderende factoren vallen vaak binnen dezelfde hoofdcategorie. Zo komt er naar voren dat het in de zorg vaak lastig is om aan te sluiten bij een cliënt met een LVB. Veel faciliteiten, maar ook de omgeving en behandelingen van Lentis sluiten niet altijd aan. Binnen het cluster Langdurige zorg en wonen komt het vaak voor dat medewerkers de benadering als spannend en ingewikkeld ervaren, echter proberen zij al wel zoveel mogelijk rekening te houden met de LVB. Daarnaast blijkt dat er een achterstand is in de diagnostiek en dat diagnostiek en screeningsinstrumenten te weinig worden ingezet. Volgens de medewerkers kan dit te maken hebben met het feit dat daar te weinig geschikt personeel voor is. Verder komt naar voren dat er te weinig kennis en expertise bij de medewerkers is om een (mogelijke) LVB te herkennen en om daarop in te spelen. Wat in de weg staat voor het aanbieden van passende zorg. Het inzetten op samenwerking met andere organisaties en instellingen, het goed inrichten en organiseren van de zorg rondom deze cliëntengroep en het gebruik van een multidimensionale blik kunnen de zorg voor de cliënten met een LVB ten goede komen.

Op basis van de onderzoeksresultaten zijn er aanbevelingen gedaan voor de praktijk van Lentis. Om passende zorg aan te kunnen bieden dient het cluster Langdurige zorg en wonen beleidsmatige keuzes te maken over hoe zij de zorg rondom de cliëntengroep met een LVB willen organiseren. Verder zou Lentis meer in moeten zetten op samenwerkingen met andere instellingen en organisaties, het versterken van de kennis en expertise van de medewerkers en het gebruik van diagnostiek en screeningsinstrumenten. Zodra Lentis deze aanbevelingen oppakt, kan er passende zorg aangeboden worden aan cliënten met een LVB binnen het cluster Langdurige zorg en wonen.

Abstract

In recent years, increasing attention is being paid to clients with mild intellectual disabilities (MID) in the mental health system. Because of the limitations people with MID face, they are a particularly vulnerable group. People with MID have an increased chance of ending up in the mental health system at some point in their lives. Consequently, people with MID are overrepresented in psychiatry (Didden et al., 2016).

Mental health care for clients with MID can present difficulties because pathways in mental health care do not always take the MID into account, often preventing appropriate care for clients with MID. Mental health institution Lentis experiences these difficulties and sees the need to bring clients with MID to the attention of the organization and staff so that Lentis can work toward providing appropriate mental health care in the future. Lentis wonders what appropriate care for clients with MID looks like and how that can be offered in their organization. As a result of that, the research question “How can appropriate mental health care for people with MID be offered within Lentis?” was formulated.

To be able to answer the research question, the current care for clients with MID has been mapped out within Lentis. In addition, the hindering and facilitating factors in providing appropriate mental health care to clients with MID in the mental health system were examined. In principle, extensive literature research was conducted, followed by semi-structured interviews with experts in the field of MID (in the mental health system) and staff of Lentis who take care of clients with MID in daily practice.

The results of the study revealed eight main categories which are important for providing appropriate care. The main categories are: matching a client’s level of functioning, diagnostics and screening, recognition, knowledge and expertise, multidimensional view, physical and social environment, organization of care and cooperation. The hindering and facilitating factors often occur within the same main category. For example, it emerges that in care it is often difficult to match with a client with MID. Many facilities, but also the environment and treatments of Lentis do not always match. Within Lentis it often occurs that staff experience the approach as exciting and complicated, but they do try to take the MID into account as much as possible. It also appears that there is a backlog in diagnostics and that diagnostics and screening instruments are rarely used. According to the staff, this may have to do with the fact that there is too little staff who are qualified to carry out the diagnostics and screening. It also emerges that there is too little knowledge and expertise among staff to recognize and respond to a (possible) MID. What makes offering appropriate care impossible. The use of collaboration with other organizations and institutions, the proper design and organization of care around clients with MID and the use of a multidimensional view can benefit the care of clients with MID.

Based on the research findings, several recommendations were made for Lentis. To offer appropriate care, Lentis should make policy choices about how they want to organize care around the clients with MID. Furthermore, Lentis should put more effort into collaborations with other institutions and organizations, strengthening the knowledge and expertise of staff and the use of diagnostics and screening tools. Once Lentis gets to work on these recommendations, appropriate care can be offered to clients with MID within Lentis.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	7
1.1 <i>Aanleiding en relevantie</i>	7
1.1.1 De term LVB	7
1.1.2 De kwetsbaarheid van LVB'ers	7
1.1.3 De term 'passende zorg'	8
1.1.4 LVB in de ggz	8
1.2 <i>De opdrachtgever</i>	9
1.3 <i>Doelstelling</i>	10
1.4 <i>Onderzoeksvraag en deelvragen</i>	10
2. Theoretische verdieping.....	11
3. Methodologie	13
3.1 <i>Opzet</i>	13
3.1.1 Meetinstrument en dataverzameling.....	13
3.1.2 Respondenten	13
3.2 <i>Ethische aspecten.....</i>	14
3.3 <i>Data-analyse en verslaglegging</i>	14
3.4 <i>Validiteit en betrouwbaarheid</i>	15
4. Resultaten.....	16
4.1 <i>Aansluiting op het niveau van de cliënt</i>	16
4.2 <i>Diagnostiek en screening</i>	17
4.3 <i>Herkenning.....</i>	18
4.4 <i>Kennis en expertise</i>	18
4.5 <i>Multidimensionale blik</i>	19
4.6 <i>Fysieke en sociale omgeving.....</i>	19
4.7 <i>Organisatie van zorg</i>	20
4.8 <i>Samenwerking</i>	21
5. Conclusie, aanbevelingen en discussie	22
5.1 <i>Conclusie en aanbevelingen</i>	22
5.2 <i>Discussie</i>	25
Literatuurlijst	26
Bijlagen.....	28
Bijlage 1	28
Interviewschema expert.....	28
Bijlage 2	30
Interviewschema medewerker	30
Bijlage 3	31
Toestemmingsformulier expert	31
Bijlage 4	32
Toestemmingsformulier medewerker.....	32
Bijlage 5	33
Hutter-Hennink Qualitative Research Cycle	33

1. Inleiding

1.1 Aanleiding en relevantie

De afgelopen jaren komt er steeds meer aandacht voor de cliëntenroep LVB in de ggz. Dit is positief omdat deze cliëntengroep lang een ondergeschoven kindje in de ggz is geweest en dus niet de aandacht heeft gehad die het verdient (Mijn Gezondheidsgids, z.d.). In de ggz vormen de cliënten met een LVB een minderheid, maar wel een grote minderheid. Zo blijkt uit recent onderzoek van Jeanet Nieuwenhuis (2022) dat bij gemiddeld één op de vijf van de cliënten in de ggz een vermoeden is van een LVB. Mensen met een LVB hebben een verhoogde kans om in de ggz terecht te komen. Echter kan de zorg voor cliënten met een LVB in de ggz moeilijkheden met zich meebrengen omdat ggz-trajecten niet altijd rekening houden met de LVB. Ggz-instelling Lentis ervaart deze moeilijkheden.

1.1.1 De term LVB

LVB is een afkorting van de term 'licht verstandelijke beperking'. Volgens de meest recente versie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, de DSM-V, is er sprake van een LVB wanneer een persoon beperkingen heeft in adaptieve en in het intellectueel functioneren waarbij deze beperkingen zijn ontstaan in de ontwikkelingsperiode. In de regel is dat tot het 22^{ste} jaar, volgens Kenniscentrum LVB.

Een beperking in het adaptieve functioneren betekent dat een persoon moeite heeft om zich aan te passen aan de dagelijkse levensomstandigheden en de omgeving (Trimbos, 2016). Bij een beperking in het adaptieve functioneren is er sprake van een achterstand in conceptuele vaardigheden zoals lezen en schrijven, sociale vaardigheden zoals communiceren en probleemoplossing en praktische vaardigheden zoals persoonlijke verzorging en het vermogen zich te verplaatsen door middel van bijvoorbeeld openbaar vervoer.

Beperkingen in het intellectueel vermogen houdt in dat een persoon beperkingen heeft in intellectuele functies, zoals redenering, probleemoplossing, planning, abstract denken, oordelen, leren en praktisch inzicht. Het intellectueel functioneren wordt veelal gemeten met IQ-tests. Wanneer er sprake is van een LVB uit zich dat in een IQ-score tussen de 50 en de 70 (De Beer, 2018; KenniscentrumLVB, z.d.; Wieland et al., 2022).

Mensen met een LVB hebben dus een beperking in hun intellectueel en adaptieve functioneren. Dit betekent dat zij over het algemeen minder goed zijn in het begrijpen en interpreteren van situaties, dat zij meer moeite hebben met het reguleren van hun emoties en kunnen ze moeilijkheden ervaren in het zelfstandig uitvoeren van taken.

1.1.2 De kwetsbaarheid van LVB'ers

Door de beperkingen waarmee mensen met een LVB kampen, zijn zij een bijzonder kwetsbare groep. Mensen met een LVB zijn extra kwetsbaar voor het ontwikkelen van psychische problematiek. Daarbij spelen biologische en psychosociale factoren een belangrijke rol. Zo blijkt dat bij mensen met een LVB somatische en genetische afwijkingen, die samenhangen met psychiatrische stoornissen, vaker voorkomen (Didden et al., 2016). Daarnaast komt er in een onderzoek van Trimbos naar voren dat mensen met een LVB een grote hoeveelheid stress in hun leven ervaren doordat zij enerzijds te hoge eisen stellen aan zichzelf en anderzijds worden er te hoge eisen aan hen gesteld. Het verminderde vermogen om met stress om te gaan verhoogt daarbij het risico op het ontwikkelen van problematiek (Neijmeijer et al., 2010).

Mensen met een LVB moeten leven in een toenemend ingewikkelde maatschappij die veel vraagt van hun adaptieve en intellectuele vaardigheden, een voorbeeld hiervan is de zelfredzaamheid waar in de huidige samenleving veel meer naar gestreefd wordt. Vanuit de opvoeding en bejegening wordt er volgens Dosen (2008) ook vaak te weinig rekening gehouden met de vertraagde ontwikkeling van mensen met een LVB en de daarmee gepaard gaande behoeften, als het überhaupt bekend is dat er sprake is van een LVB (Didden et al., 2016; Dosen et al., 2008).

Omdat mensen met een LVB bedreven zijn in het verbloemen van hun beperking en omdat zij aan uiterlijke kenmerken en aan hun presentatie of gedrag niet meteen te herkennen zijn, wordt niet altijd even goed door de omgeving opgemerkt dat er mogelijk een LVB speelt (Akwa GGZ, 2018; Smith, 2017).

Mensen met een LVB laten vaak aangeleerd gedrag zien, waardoor het voor de omgeving kan lijken alsof zij op normaal niveau functioneren maar in werkelijkheid is dat niet het geval.

Het leven in een toenemend ingewikkelde maatschappij en het niet herkennen van de LVB kunnen bijdragen aan langdurige overvraging van mensen met een LVB met als gevolg veel stress, faalervaringen en een negatief zelfbeeld. Deze negatieve gevolgen kunnen zich uiten in emotionele en gedragsproblemen, wat op hun beurt belangrijke voorspellers zijn van psychiatrische stoornissen (De Beer, 2018; Dosen et al., 2008; Kenniscentrum LVB, z.d.; Neijmeijer et al., 2010). De problematiek lijkt daarmee het gevolg te zijn van een wederzijdse beïnvloeding met aan de ene kant de beperkingen van de persoon en aan de andere kant de verwachtingen, eisen en prikkels vanuit de omgeving (Neijmeijer et al., 2010). Met deze informatie in ons achterhoofd is het dan ook niet onaannemelijk dat mensen met een LVB oververtegenwoordigd zijn in de psychiatrie (Didden et al., 2016). Het blijkt dat rond de 40% van de cliënten in de ggz functioneert op het niveau van een LVB en daarmee komt het vaker voor dan over het algemeen in de ggz wordt gedacht (Douma & Nieuwenhuis, 2021). Dit kan ertoe leiden dat ggz-instellingen cliënten onbedoeld langdurig overvragen en dat een passende vorm van behandeling en begeleiding tot op heden vaak uitblijft.

1.1.3 De term ‘passende zorg’

De term ‘passende zorg’ voor de cliëntengroep LVB in de ggz is een brede term die verschillend geïnterpreteerd kan worden. Om ambiguïteit omtrent de term ‘passende zorg’ te voorkomen wordt er een specifieke definitie aan gekoppeld in dit onderzoek. In dit onderzoek wordt onder de term ‘passende zorg’ verstaan: zorg die afgestemd is op en aansluit bij de individuele kenmerken en het niveau van de cliënt.

1.1.4 LVB in de ggz

Als er wordt gekeken naar de cliëntengroep LVB in de ggz, blijkt dat zij vaak geen passende zorg aangeboden krijgen. Een van de voornaamste redenen is dat ook in de ggz in eerste instantie de LVB vaak gemist wordt. Uit een onderzoek van Trimbos blijkt dat de meeste hulpverleners in de ggz weinig bekend zijn met LVB en LVB-problematiek. Zij hebben niet altijd oog voor een eventuele LVB bij cliënten en missen vaak de kennis om een LVB te herkennen (Neijmeijer et al., 2010). Een LVB wordt daardoor vaak niet of te laat herkend met als gevolg dat de behandeling en begeleiding die plaatsvindt, niet aansluit (Didden et al., 2016; KenniscentrumLVB, z.d.). Herkenning van de LVB is noodzakelijk voor passende behandeling. Pas wanneer een LVB herkend wordt, kunnen hulpverleners hun bejegening en communicatie afstemmen op de cliënt. Dat is een voorwaarde voor het goed kunnen uitvragen van de klachten, het correct interpreteren van de klachten en het voorstellen van een effectieve en passende behandeling, die aansluit bij de mogelijkheden van de cliënt (Akwa GGZ, 2018; Wieland et al., 2022).

Naast het feit dat een LVB vaak niet of te laat herkend wordt, is er vaak sprake van onderdiagnostiek in de ggz. Adequate diagnostiek is nodig voor passende zorg en daarom lijkt er in de praktijk behoefte te zijn aan betere diagnostiek om het gevaar van overvraging van cliënten te voorkomen. Zodra er signalen zijn van een LVB, verdient het aanbeveling om deze signalen nader te verkennen en te screenen op een LVB. Inzicht in alleen het IQ is daarin niet voldoende. Het toepassen van testen die het niveau van sociaal-emotioneel functioneren meten zou een goede aanvulling zijn (Akwa GGZ, 2018; Neijmeijer et al., 2010).

Zelfs wanneer wel rekening gehouden wordt met een mogelijke LVB of wanneer wél bekend is dat er sprake is van een LVB, krijgt deze cliëntengroep nog lang niet altijd passende zorg. Om goede zorg te kunnen bieden aan cliënten met een LVB, dienen behandelprotocollen aangepast te zijn aan de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. Er is geen reden om aan te nemen dat interventies die gebruikt worden in de ggz, bij deze cliëntengroep niet of minder effectief zijn. Bij het aanpassen aan het niveau van de cliënt is het cognitieve, sociaal-emotionele en adaptieve niveau van functioneren het uitgangspunt. Het aansluiten bij het niveau van de cliënt in behandeling en begeleiding, vraagt kennis en expertise van betrokken hulpverleners (Akwa GGZ, 2018; Neijmeijer et al., 2010). Veelal hebben instellingen expertise op het gebied van de VG óf op het gebied van de ggz maar meestal niet op beide (Smith, 2017). Reguliere instrumenten en methoden in de ggz zijn daardoor niet aangepast aan het niveau van de cliëntengroep LVB en in de bejegening en behandeling wordt onvoldoende rekening gehouden met de implicaties van de LVB (Didden et al., 2016). Een cruciaal gevolg hiervan is dat de problematiek zelfs kan verergeren omdat de cliënt dan al gauw overvraagd wordt.

Dat psychische problematiek kan verergeren wanneer passende zorg uitblijft, formuleert al een van de belangrijkste redenen waarom het van belang is dat passende zorg wordt aangeboden aan cliënten met een LVB. Zonder passende zorg kunnen cliënten met een LVB in de ggz als chronisch psychiatrisch patiënt eindigen (VGN, 2023).

Door passende zorg kan inefficiënte zorg voorkomen worden en dat zal leiden tot betere kwaliteit van zorg en daarmee ook een betere kwaliteit van leven van de cliënt. Verder voorkomt passende zorg leed en langdurige afhankelijkheid van de zorg (De Haan, 2021; Van Elst, 2022).

1.2 De opdrachtgever

Zoals eerder benoemd, wordt dit adviesrapport opgesteld in opdracht van Lentis. Lentis is een instelling voor de ggz en biedt zorg aan op verschillende gebieden. Het rapport wordt opgesteld voor het cluster Langdurige zorg en wonen. Het onderdeel Langdurige zorg en wonen is voor mensen die vanwege hun psychische klachten (tijdelijk) niet zelfstandig kunnen wonen. Er wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen langdurige zorg en wonen met begeleiding (Lentis, z.d.).

De langdurige zorglocaties bieden psychiatrische zorg en zijn gericht op mensen met ernstige psychiatrische kwetsbaarheden en daarmee samenhangende problemen. Deze afdelingen bieden behandeling en begeleiding, met als doel herstel en de regie terug te krijgen over het eigen leven van de cliënt. Wonen met begeleiding is voor mensen met langdurige en complexe psychiatrische problematiek, die (nog) niet voldoende zelfredzaam zijn om zelfstandig te kunnen wonen. Er wordt ondersteuning geboden op meerdere leefgebieden. Cliënten en begeleiders in deze woonvormen werken samen toe naar meer zelfstandigheid op het gebied van wonen, activiteiten en het sociale netwerk (Lentis, z.d.).

Wat in de literatuur naar voren komt over de cliëntengroep LVB is erg herkenbaar voor Lentis. Het is bij Lentis algemeen bekend dat er binnen het cluster Langdurige zorg en wonen cliënten in zorg zijn waarbij sprake is van een LVB, echter is het vaak niet expliciet bekend bij welke cliënten dit het geval is omdat het niet is vastgelegd in het dossier. Voor de medewerkers is het herkennen van een LVB lastig, omdat zij vaak vanuit de 'psychiatriebril' naar problematiek kijken en de ervaring met een LVB niet hebben. In de zorg voor deze cliëntengroep ontstaan vaak lastige situaties. Zo lopen de behandeling en de begeleiding vaak spaak en zijn deze cliënten daardoor langer afhankelijk van de zorg. Onder de medewerkers bestaat er onwetendheid over hoe zij om moeten gaan met deze situaties, maar ook met de cliëntengroep LVB in het algemeen waardoor passende zorg tot op heden vaak uitblijft.

Lentis en specifiek het cluster Langdurige zorg en wonen ervaart moeilijkheden in het aanbieden van passende zorg voor de cliëntengroep LVB. Lentis ziet de noodzaak om deze cliëntengroep onder de aandacht te brengen, binnen de organisatie en onder de medewerkers en ziet de noodzaak om stappen te ondernemen het passende zorg aan te kunnen bieden.

In 2022 heeft Lentis een aantal besluiten genomen die als basis gelden voor het verder en beter inrichten van het cluster Langdurige zorg en wonen. Vanuit deze besluiten zijn een aantal vragen gevormd waar antwoord op moet komen. Naar aanleiding van de toenemende aandacht voor de cliëntengroep LVB in de ggz, het feit dat dit een enorm grote groep betreft en het zelf ervaren van de nodige moeilijkheden in de zorg voor deze cliëntengroep, heeft een van deze vragen betrekking op de cliëntengroep LVB.

Het cluster heeft besloten om de antwoorden op deze vragen op te halen door middel van het vormen van werkgroepen. Een van deze werkgroepen betreft de 'werkgroep LVB'. De vraag die bij deze werkgroep centraal staat is: 'Hoe ziet passende zorg voor de cliëntengroep LVB eruit en hoe kunnen wij dat aanbieden binnen ons cluster?'

De werkgroep is een samenstelling van verschillende medewerkers uit het cluster. Zo is er van bijna elke locatie een medewerker aangesloten. Daarnaast zijn er ook medewerkers uit andere instellingen of organisaties aanwezig, die ervaring hebben met de betreffende cliëntengroep en die hier educatief en informatief op kunnen aanhaken.

Naar aanleiding van de start van de werkgroep, leek het Lentis waardevol om een aanvullend, breder onderzoek te doen met als gevolg dat dit onderzoek is uitgevoerd. De activiteiten van de werkgroep en dit onderzoek staan in verband met elkaar en vullen elkaar aan.

1.3 Doelstelling

Door middel van dit onderzoek worden aanbevelingen aangereikt aan het cluster Langdurige zorg en wonen van Lentis over hoe zij passende zorg aan kunnen bieden aan de cliëntengroep LVB in de ggz. De aanbevelingen dienen bij te dragen aan het verbeteren (van de kwaliteit) en verder inrichten van de zorg voor deze cliëntengroep binnen het cluster.

1.4 Onderzoeksvraag en deelvragen

Om te onderzoeken hoe passende zorg aangeboden kan worden binnen het cluster Langdurige zorg en wonen van Lentis, wordt er in dit onderzoek antwoord gegeven op de volgende hoofd- en deelvragen:

Hoofdvraag:

‘Hoe kan passende zorg voor mensen met een LVB aangeboden worden binnen het cluster Langdurige zorg en wonen van Lentis?’

Deelvragen:

‘Hoe ziet de zorg voor mensen met een LVB, binnen het cluster Langdurige zorg en wonen van Lentis er op dit moment uit?’

‘Wat zijn bevorderende factoren in het aanbieden van goede zorg voor mensen met een LVB in de ggz?’

‘Wat zijn belemmerende factoren in het aanbieden van goede zorg voor mensen met een LVB in de ggz?’

Op basis van de antwoorden op de bovenstaande deelvragen wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag en worden concrete aanbevelingen gedaan.

2. Theoretische verdieping

In de literatuur naar de zorg voor de cliëntengroep LVB in de ggz en de belemmerende en bevorderende factoren daarin, komen een aantal verschillende hoofdcategorieën herhaaldelijk naar voren. Zoals in de inleiding al naar voren komt is het herkennen, het diagnosticeren en kennis en expertise van een LVB van belang om passende zorg aan te kunnen bieden. Naast deze categorieën, komen uit de literatuur nog meer categorieën naar voren. Onderstaand wordt een beknopt overzicht weergegeven van deze categorieën met aanvullend een toelichting.

Multidisciplinaire samenwerking

Goede zorg vereist dat bij de cliënten betrokken zorgverleners en sectoren samenwerken en profiteren van elkaars kennis en expertise, hoewel de afstemming daarvan in de praktijk vaak lastig is (Akwa GGZ, 2018). De zorg voor LVB met psychische problematiek in het huidige zorgstelsel is verdeeld in de VG, de verstandelijke gehandicaptenzorg, en de ggz, waardoor cliënten met een LVB en psychische problematiek het risico lopen tussen wal en schip te raken. Binnen de VG, is er namelijk geen goede behandeling van de psychische problematiek en binnen de ggz wordt onvoldoende rekening gehouden met de beperkingen waarmee deze cliëntengroep kampt. Het is belangrijk dat er goed gebruik wordt gemaakt van elkaars expertise en dat de verantwoordelijkheid voor deze cliënten wordt gedeeld. De ggz behandelt namelijk de psychiatrische problematiek en de VG heeft kennis van algemene dagelijkse levensverrichtingen, dagbesteding, praktische aanpak en bejegening (Neijmeijer et al., 2010). Op dit moment wordt er helaas onvoldoende geprofiteerd van elkaars kennis.

Multidimensionale benadering

Uit de literatuur komt naar voren dat een multidimensionale benadering van belang is voor goede zorg. Het is namelijk belangrijk dat zowel de LVB als de psychische stoornis herkend wordt en dat er aandacht is voor de interferentie tussen deze twee, wat een multidimensionale blik vergt (Akwa GGZ, 2018).

Het biopsychosociaal model is een veelgebruikt model om klachten van cliënten te begrijpen tegen de achtergrond van de context, de ontwikkeling en de impact ervan op het functioneren. De multidimensionale blik helpt om de verschillende elementen van dit model en hun samenhang in kaart te brengen. Een belangrijk voordeel van het gebruik van de multidimensionale blik is dat het diagnostische overschaduwings helpt te voorkomen. Dit is een valkuil bij de diagnostiek van klachten bij cliënten met een zwakbegaafdheid en een LVB. Van diagnostische overschaduwings is sprake wanneer symptomen van een psychische stoornis ten onrechte worden toegeschreven aan de gevolgen van een zwakbegaafdheid of andersom (Wieland et al., 2022). Een passende verklaring voor de klachten is een eerste stap in het vinden van een passende behandeling en passende zorg.

Omgeving

Factoren als een goede daginvulling, deelname aan maatschappelijke activiteiten en een stevig sociaal en professioneel netwerk zijn belangrijke beschermende factoren voor de cliëntengroep LVB (Akwa GGZ, 2018), waardoor het belangrijk is om deze factoren mee te nemen bij het aanbieden van passende zorg in de ggz. Het bieden van een veilige omgeving wordt in een onderzoek van Trimbos benoemd als een van de uitgangspunten in de zorg voor LVB'ers. Daarbij wordt beschreven dat psychiatrische en gedragsproblematiek bij LVB'ers vaak het resultaat zijn van een ongunstige interactie tussen henzelf en de fysieke en sociale omgeving (Neijmeijer et al., 2010). Om die reden is het van groot belang om oog te hebben voor de interactie tussen het individu en de sociale context, maar ook omdat het scheppen van gunstige omgevingscondities een voorwaarde is voor passende behandeling van de cliënt (Dosen et al., 2008; Neijmeijer et al., 2010).

Organisatie van de zorg

Volgens Wieland, Aldenkamp en Van den Brink (2022) zijn de kennis en ervaring als behandelaar een essentiële sleutel tot het verkrijgen van de juiste zorg, maar is dat alleen niet voldoende om passende zorg te garanderen. De manier waarop de ggz op dit moment is georganiseerd, bevat verschillende mechanismen die allemaal als doel hebben om mensen van goede hulp te voorzien.

Tegelijkertijd kunnen die mechanismen, zoals de toegangspoorten, belemmeringen vormen voor het krijgen van passende zorg. Met name bij gestapelde en niet-gemiddelde zorgvragen. Deze belemmeringen leiden vervolgens tot structurele vormen van uitsluiting van zorg met heftige langetermijneffecten. Een van de belangrijkste succesfactoren voor passende zorg is het hebben van een duidelijke en toekomstbestendige visie over de wijze waarop de zorg voor cliënten met een LVB en bijkomende psychiatrische problematiek verleend moet worden (IGJ, 2019).

Wieland, Aldenkamp en Van den Brink (2022) hebben een 'Monitor Plus' ontwikkeld. Deze Monitor Plus is een implementatie tool voor organisaties om de zorg voor cliënten met een zwakbegaafdheid en een LVB toegankelijk te maken. In het boek, en in de implementatie tool, komt naar voren dat het toegankelijk maken van passende zorg begint met een visie en het inzien van het belang. Er moeten veranderdoelen opgesteld worden en er moeten concrete plannen gemaakt worden.

Naast de categorieën herkennen, diagnostiek en kennis en expertise van een LVB, blijken ook multidisciplinaire samenwerking, de multidimensionale benadering, de omgeving en de organisatie van de zorg van belang bij het aanbieden van passende zorg.

3. Methodologie

3.1 Opzet

Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. De keuze voor het uitvoeren van kwalitatief onderzoek is gemaakt omdat op die manier veelzijdige informatie verzameld kan worden. Kwalitatief onderzoek zorgt namelijk voor een breed inzicht in de perspectieven en ervaringen van de respondenten (Baarda, 2019). Voor dit onderzoek is inzicht in de belangrijke aspecten rondom de zorg voor cliënten met een LVB in combinatie met de psychiatrie en inzicht in de verschillende perspectieven en ervaringen over wat er goed gaat en wat de verbeterpunten zijn bij het aanbieden van zorg voor cliënten met een LVB, cruciaal om waardevolle en toepasbare aanbevelingen te kunnen schrijven voor Lentis. Voor het opzetten van dit kwalitatieve onderzoek is gebruikgemaakt van het Hutter-Hennink. Dit model is toegevoegd in de bijlagen (zie bijlage 5).

3.1.1 Meetinstrument en dataverzameling

De aanbevelingen die voortgevloeid zijn uit dit onderzoek zijn tot stand gekomen na het uitvoeren van een aantal onderzoekstappen. In beginsel is uitvoerig literatuuronderzoek gedaan voor de theoretische verdieping. Vervolgens zijn interviews afgenomen met experts op het gebied van LVB (in de ggz) en medewerkers die werkzaam zijn binnen het cluster Langdurige zorg en wonen van Lentis, die in de dagelijkse praktijk te maken hebben met de cliëntengroep.

In dit onderzoek zijn semi-gestructureerde interviews afgenomen. Van tevoren zijn beginvragen geformuleerd en zijn tijdens de interviews een aantal thema's aan de orde gebracht. Hier is een open gesprek over gevoerd. De inhoud, formulering, volgorde en antwoordkeuze waren deels afhankelijk van het verloop van het interview. Deze werkwijze is beschreven door Boeije & Bleijenbergh (2019) en Merkus (2021). Voor de afname van de interviews zijn twee verschillende interviewschema's opgesteld, namelijk één voor de experts en één voor de medewerkers. De opbouw en de topics van deze interviewschema's waren namelijk identiek, alleen de vraagstelling en benadering van de topics waren anders. Bij de experts is bijvoorbeeld de topic belemmerende factoren/knelpunten uitgevraagd door de open vraag te stellen: "Wat zijn volgens u de uitdagingen voor hulpverleners bij het aanbieden van passende zorg aan mensen met een LVB in de ggz?". Terwijl deze topic bij de medewerkers is uitgevraagd door de volgende vragen te stellen: "Wat zijn de uitdagingen die u ervaart bij het bieden van goede zorg aan mensen met een LVB?" en "Wat komt u tekort bij het bieden van goede zorg aan mensen met een LVB?". De interviewschema's zijn toegevoegd in de bijlagen (zie bijlage 1 en 2).

3.1.2 Respondenten

De respondenten voor de interviews zijn verworven door middel van doelgerichte steekproeftrekking. Dit houdt in dat vanuit de populatie doelgericht personen zijn gekozen, die bepaalde kenmerken vertegenwoordigen of representeren, zodat de onderzoeksvraag goed bestudeerd kon worden (Boeije & Bleijenbergh, 2019). Bij het werven van de experts is gezocht naar professionals uit het werkveld die ervaring hebben met de cliëntengroep LVB en de cliëntengroep LVB in de ggz. Er is contact gezocht met professionals uit organisaties die zorg aanbieden op het snijvlak LVB en psychiatrie, maar ook met professionals uit organisaties die enkel ervaring hebben met de zorg voor cliënten met een verstandelijke beperking of een LVB. Voor het werven van de medewerkers uit het cluster is er voornamelijk gelet op de werklocatie van de medewerker. Er is gestreefd naar het interviewen van medewerkers van zoveel mogelijk verschillende locaties en waarbij variëteit zat in de periode die zij werkzaam zijn binnen Lentis, zodat de informatie die opgehaald is vanuit de verschillende locaties belicht kon worden en er daarmee een completer beeld van de zorg binnen het cluster kon worden geschetst.

Om zo veel mogelijk en zo volledig mogelijke informatie te verkrijgen over de zorg voor de cliëntengroep LVB zijn experts uit verschillende organisaties geïnterviewd. Deze organisaties zijn: Forint AFDN, Jonx, het CVBP, VGGNet en Cosis. De experts zijn werkzaam als GZ-psycholoog, orthopedagoog, gedragswetenschapper, ggz-agoog of als ambulante behandelaar. De experts wisten informatie te bieden over wat belemmerend en bevorderend werkt in het aanbieden van passende zorg voor de cliëntengroep en konden daarnaast vertellen hoe het aanbieden van deze zorg in hun eigen organisatie verloopt.

Naast de interviews met experts, zijn er interviews gehouden met een aantal medewerkers uit het cluster. Ook zij hebben informatie kunnen bieden over belemmerende en bevorderende factoren, maar hebben meer informatie kunnen bieden over hoe de zorg voor de cliëntengroep er op dit moment uit ziet binnen Lentis en wat zij mogelijk tekortkomen om passende zorg aan te kunnen bieden in hun dagelijkse werkzaamheden. Uiteindelijk zijn er negen interviews afgenomen, waarbij vijf experts en vier medewerkers zijn geïnterviewd.

3.2 Ethische aspecten

Om de veiligheid van de respondenten in dit onderzoek te waarborgen, zijn een aantal maatregelen genomen. Zo is ervoor gezorgd dat de respondenten voor aanvang van het onderzoek volledig en juist geïnformeerd zijn over de werkwijze en inhoud van het onderzoek en de rol die zij daarin spelen.

Alle respondenten zijn op de hoogte gebracht dat het onderzoek uitgevoerd wordt in opdracht van ggz-instelling Lentis. Hen is verteld dat Lentis benieuwd is naar hoe passende zorg eruit ziet en hoe dit aangeboden kan worden binnen het cluster Langdurige zorg en wonen. Ook weten de respondenten dat de informatie die opgehaald is door middel van de interviews gebruikt is voor een onderzoeks/adviesrapport. In het contact met de respondenten hebben zij gelegenheid gehad om vragen te stellen over het doel en de opzet van het onderzoek.

Verder hebben de respondenten voorafgaand aan het onderzoek nadrukkelijk toestemming moeten geven om deel te nemen aan het onderzoek. De respondenten hebben allen een toestemmingsformulier ondertekend. Voor de experts was dit formulier anders dan voor de medewerkers. Belangrijk voor de bescherming van de medewerkers als respondenten van dit onderzoek is namelijk dat zij te allen tijde anoniem blijven. In het toestemmingsformulier van de medewerkers is daarom aangegeven dat de data die is opgehaald in de interviews geheel anoniem verwerkt wordt zodat dit niet traceerbaar is naar de betreffende persoon. De experts daarentegen hebben in het toestemmingsformulier aan kunnen geven of hun naam, functie en organisatie benoemd mogen worden of niet. De keuze om de experts daarin vrij te laten is gemaakt omdat het mogelijk de betrouwbaarheid van data verhoogt wanneer transparant wordt gerapporteerd van wie en waar de informatie vandaan komt. Anderzijds is het ook aannemelijk dat zij anoniem willen blijven. Daarom is besloten dat de experts vrijgelaten worden in hun keuze. Beide toestemmingsformulieren zijn opgenomen in de bijlagen (zie bijlage 3 en 4). Door de medewerkers te garanderen dat zij anoniem blijven en door de respondenten volledig en juist te informeren over het onderzoek is een veilige sfeer gecreëerd en gewaarborgd voor het afnemen van de interviews.

Om de betrouwbaarheid van de data uit de interviews te verhogen, zijn de interviews opgenomen (Baarda, 2020). De respondenten zijn hier voorafgaand van op de hoogte gebracht en er is om toestemming gevraagd voor het opnemen van de interviews. Dit is ook verwerkt in het toestemmingsformulier.

3.3 Data-analyse en verslaglegging

Na afloop van de interviews zijn elk van deze interviews afzonderlijk getranscribeerd. Hierbij is alle gesproken tekst, woord voor woord, uitgeschreven zodat uiteindelijk alle interviews in tekst als data gebruikt kon worden. Naderhand zijn de getranscribeerde interviews gecodeerd aan de hand van de volgende stappen (Baarda, 2019):

- Open coderen
- Axiaal coderen
- Selectief coderen

Allereerst zijn de transcripten open gecodeerd door alle relevante fragmenten samen te vatten in codes. Dit resulteerde in een groot aantal codes, waarvan de codes die hetzelfde initiëren samengevoegd konden worden. Vervolgens zijn deze codes axiaal gecodeerd, wat betekent dat alle codes die bij elkaar passen zijn geordend waardoor er hoofdcategorieën tot stand zijn gekomen. Uiteindelijk zijn de codes binnen de hoofdcategorieën uitgewerkt in de resultaten om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden, wat het proces van selectief coderen omvat.

Voor het beschreven proces van coderen is gebruikgemaakt van het computerprogramma Atlas.ti. Met dit programma is het mogelijk om op systematische wijze kwalitatieve gegevens te analyseren. Met Atlas.ti zijn alle transcripten gecodeerd en zijn hoofdcategorieën tot stand gekomen. De resultaten worden aan de hand van deze hoofdcategorieën beschreven. Omdat de hoofdcategorieën met alle bijbehorende subcodes systematisch en overzichtelijk waren weggezet in Atlas.ti, is er een codeboom gemaakt om te illustreren hoe de resultaten zich tot elkaar verhouden. Gezamenlijk kon dit gebruikt worden bij het schrijven, analyseren en interpreteren van de resultaten.

3.4 Validiteit en betrouwbaarheid

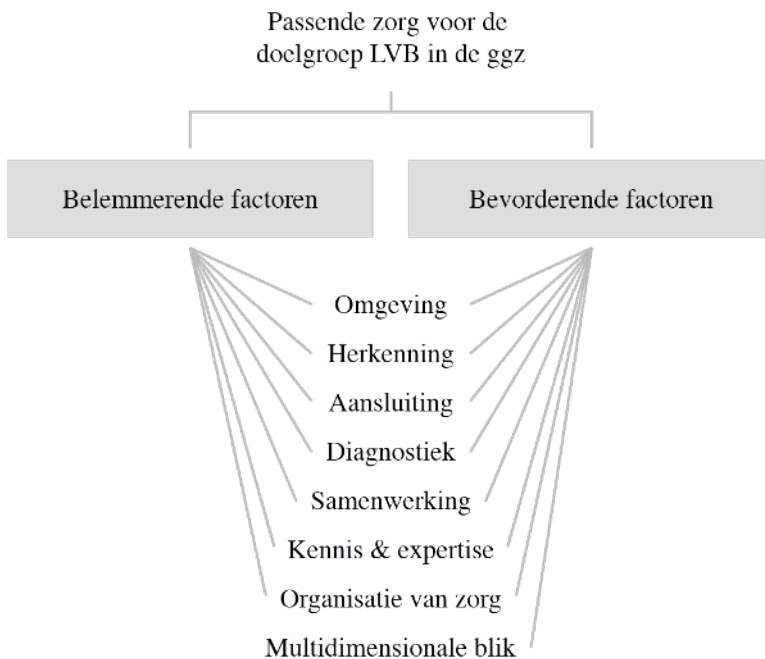
In dit onderzoek is er op verschillende manieren rekening gehouden met het waarborgen van de betrouwbaarheid en validiteit. Zo zijn alle interviews in een voor de respondent betrouwbare en bekende omgeving afgenomen en dus allemaal in eenzelfde soort setting. Voorafgaand aan de interviews is van beide interviewschema's een proefinterview afgenomen om er zeker van te zijn dat de interviews bruikbare data op zouden leveren.

Zoals eerder benoemd, is er gebruikgemaakt van opnameapparatuur tijdens de interviews. De opnames konden te allen tijde teruggeluisterd worden, wat voorkomt dat belangrijke data gemist, verkeerd verwerkt of verkeerd geïnterpreteerd is (Baarda, 2020).

Na afloop van de interviews en het transcriberen hiervan, is gebruikgemaakt van 'terugkoppeling aan respondenten'. Dit houdt in dat elk uitgeschreven interview teruggekoppeld is aan de geïnterviewde. Pas wanneer de geïnterviewde akkoord was met de uitgeschreven tekst, is dit gebruikt voor de uiteindelijke verslaglegging. Het transcript van het interview en dus de opgehaalde data kon op deze manier als volledig en betrouwbaar worden aangenomen.

4. Resultaten

Uit de interviews met de experts en medewerkers zijn een aantal hoofdcategorieën naar voren gekomen. Om te illustreren hoe deze hoofdcategorieën tot stand zijn gekomen en hoe zij zich tot elkaar verhouden is onderstaande codeboom gemaakt.



Figuur 1.1 codeboom hoofdcategorieën

Aan de hand van de bovenstaande hoofdcategorieën zullen de resultaten gepresenteerd worden in dit hoofdstuk. De belemmerende en bevorderende factoren vallen vaak binnen dezelfde hoofdcategorie. Er is daarom gekozen om per hoofdcategorie de belemmerende en bevorderende factoren te bespreken van zowel de experts als van de medewerkers.

4.1 Aansluiting op het niveau van de cliënt

Medewerkers benoemen dat op dit moment de informatievoorziening te ingewikkeld is voor de cliënten met LVB en dat het aansluiten moeilijk is bij het leveren van passende zorg. Er wordt benoemd dat het soms voorkomt dat zij denken dat de cliënten hen begrijpen terwijl dat niet zo blijkt te zijn *“Je spreekt niet dezelfde taal”* omschrijft een medewerker het tijdens het interview. Als de aansluiting er niet is, wordt de cliënt verkeerd ingeschat en daardoor overschat. Hierbij wordt ook aangegeven dat de benadering van cliënten als spannend en ingewikkeld wordt ervaren. *“In deze ontdekkingstocht experimenteren met de beperkte kennis van de LVB maakt het interessant en spannend of het beoogde effect van de interventie wordt bereikt”* noemt één medewerker hierover.

Ook experts benoemen concreet het onvoldoende aansluiten van de ggz op de cliëntengroep LVB als belemmering. Zij vrezen daarbij onder andere voor onnodig lange behandeltrajecten omdat er onvoldoende aangesloten wordt in de bejegening bij iemand met een LVB of omdat er niet goed gesignaleerd wordt dat iemand een LVB zou kunnen hebben.

Volgens de experts zijn op dit moment veel factoren in de ggz nog niet aangesloten op cliënten met een LVB. Een voorbeeld hiervan is de complexiteit van brieven en documenten die cliënten moeten lezen. Een expert zegt daarover:

“Ik krab mijzelf af en toe ook achter de oren, wat voor taalgebruik daar eigenlijk in staat; die waarschijnlijk veel te veel is qua informatiedichtheid, maar ook te complex qua woorden. Ook daarin is denk ik een heel groot stuk waarin wij als ggz-sector nog een heleboel kunnen aanpassen en moeten aanpassen.”

Als bevorderende factoren in de dagelijkse begeleiding noemen experts dat de behandelprotocollen die er zijn binnen de psychiatrie, ook van toepassing zijn op mensen met een LVB, mits er goed gekeken wordt wat de cliënt nodig heeft in aanpassing van communicatie en hoe je de behandeling aanbiedt. Een aanpassing van de behandelprotocollen is dus niet nodig, maar afstemming op het niveau van de cliënt is zeer belangrijk. Met andere woorden behoud je de kern van de zorg, maar bied je het anders aan.

“Je hoeft inhoudelijk niet aan het protocol te sleutelen. Meer dat je in je bejegening als behandelaar richting de cliënt aanpassing kan doen, waardoor je dan heel effectief kan zijn in je behandeling.”

Eén medewerker benoemt op dit moment al beter aan te kunnen sluiten door aanpassingen te doen die passen bij de cliënt, zoals het gebruikmaken van pictogrammen.

Een andere bevorderende factor is dat een aantal medewerkers op dit moment in de dagelijkse begeleiding al rekening houdt met de (mogelijke) LVB bij een cliënt. Concreet doen zij dat door het geven van passende reacties op het moment dat dat nodig is, bijvoorbeeld als de cliënt een medewerker niet begrijpt en in weerstand komt, legt de medewerker hetzelfde nog een keer uit maar dan op een andere manier. Ook proberen de medewerkers in het algemeen rekening te houden met hun taalgebruik en de opdrachten.

4.2 Diagnostiek en screening

De experts benoemen dat het een belemmering is dat diagnostiek en screeningsinstrumenten tot nu toe te weinig worden ingezet voor de cliëntengroep LVB. Volgens hen komt dit doordat medewerkers in de ggz zich er onvoldoende bewust van zijn hoe vaak een LVB voorkomt bij cliënten in de ggz. Medewerkers benoemen dit zelf niet, maar geven wel aan dat er binnen Lentis een achterstand is in het vaststellen van een LVB. In sommige gevallen is er een NPO, een neuropsychologisch onderzoek, afgenomen in het verleden maar in veel gevallen is dit nooit gedaan. Daarbij komt het vaak voor dat mensen met een normale intelligentie binnenkomen bij Lentis, maar dat het IQ in de loop van de tijd afzakt naar een LVB-niveau door andere factoren zoals medicatie of alcohol- en drugsgebruik. Dus zelfs als er in het verleden een NPO is afgenomen en er geen LVB naar voren is gekomen, kan het zijn dat er inmiddels toch wel sprake is van een LVB.

Verder heeft het cluster op dit moment te weinig mensen die geschoold zijn in het afnemen van diagnostiek of in het gebruik van screeningsinstrumenten. Een psycholoog en orthopedagoog zijn daarom wenselijk.

Geen kennis hebben van het niveau van de cliënt is een belemmering voor het aanbieden van passende zorg. Volgens de experts is het belangrijk voor passende zorg om te weten wat het niveau van de cliënt is, zowel intellectueel als sociaal-emotioneel, maar ook ten aanzien van de praktische vaardigheden en het adaptief functioneren. Het is belangrijk om te weten wat iemand kan en aankan, zodat daar in de zorg voor de cliënt naar gehandeld kan worden. Een screenend onderzoek kan hierbij helpend zijn. Dit brengt in kaart op welk niveau iemand functioneert waaruit concrete adviezen voor een benaderingswijze kunnen voortkomen.

“We proberen dat in kaart te brengen omdat het heel helder weergeeft aan een team als je vertelt; iemand functioneert tussen de 3 en 7 jaar. Dan hebben ze ineens een beeld van een kleiner of jonger kind, dat ook zulk gedrag laat zien. Dan is het ook vaak makkelijker te begrijpen en te vertalen naar hoe je daarmee om moet gaan.”

Op dit moment wordt een screenend onderzoek niet standaard ingezet door Lentis. Soms wordt er een screenend onderzoek gedaan als de zorg van een cliënt spaak loopt of als er een vermoeden is van een LVB.

Het inzetten van diagnostiek en screeningsinstrumenten zorgt er ook voor dat hulpverleners het herkennen van een LVB onder de knie krijgen. Het kan bijdragen aan het in kaart brengen van de grote groep die anders niet gezien wordt.

Ook de medewerkers kaarten het belang van inzicht in het niveau van de cliënt aan. Zij benoemen dat er bij iedere cliënt een indicatie moet zijn vanuit een NPO of vanuit de SCIL, de screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking. Om passende zorg aan te kunnen bieden is het van belang dat bij de intake van de cliënt al duidelijk is hoe het zit met de verstandelijke vermogens. Een medewerker benoemd hierover: *“Het is wel een belangrijk onderdeel. In hoeverre begrijpt iemand je, in hoeverre begrijpen wij elkaar.”*

4.3 Herkenning

Volgens de experts overschatten medewerkers zichzelf vaak in het herkennen van een LVB, waardoor zij juist heel veel signalen missen. De medewerkers weten namelijk niet altijd door het gedrag van de cliënten heen te prikken. Een gevolg van het niet herkennen dat iemand een LVB kan hebben, is dat medewerkers niet goed kunnen aansluiten bij de cliënt. Als medewerker speel je dan namelijk niet in op het emotionele niveau. Het inspelen op het emotionele niveau is juist wat zo belangrijk is bij deze cliëntengroep.

De medewerkers benoemen niet zozeer het overschatten maar geven allen aan dat het herkennen van een LVB lastig is. Een medewerker benoemd hierover: *“We hebben ook cliënten die het heel goed kunnen verbloemen, dat vind ik lastig, dat vind ik moeilijk. Iedereen stelt zich zodanig op en zij hebben dat aangeleerd.”*

Het gevolg hiervan is dat de cliënt overschat wordt en dat hulpverlener en cliënt niet op één “level” zitten. De medewerkers merken dat zij daarin af en toe te laat zijn en dat het herkennen veel eerder had gekund om de schade door overvraging te voorkomen. Op dit moment komen zij er vaak per toeval achter dat er iets niet klopt.

Een bevorderende factor is dat het herkennen van een LVB te leren is. Het is van belang om bewustwording rondom de cliëntengroep LVB binnen de ggz te creëren. *“Als je getraind raakt in het herkennen van een LVB, dan zie je het echt overal terug”* noemt één van de experts hierover. Op het moment dat medewerkers zich bewust worden van het feit dat een LVB in de ggz vaak voorkomt en dat de problematieken vaak samen spelen, kunnen medewerkers het beter gaan herkennen. Volgens een aantal experts begint passende zorg bij het zien van de signalen die doen vermoeden dat er (mogelijk) sprake is van een LVB.

Volgens de medewerkers is het niet noodzakelijk om alles rondom de LVB te weten, maar dat het vooral belangrijk is om een LVB te herkennen zodat er in een vroeg stadium ingespeeld en goed gereageerd kan worden op de cliënt met een LVB. Zo noemt een medewerker: *“Je hoeft niet overal verstand van te hebben, dat kan ook niet. Het is meer het stuk signaleren, het begin.”*

4.4 Kennis en expertise

Een belemmerende factor volgens de experts is het kennistekort rondom de LVB bij de medewerkers in de ggz. Het tekort aan kennis over LVB kan te maken hebben met het feit dat de zorg specifiek is ingericht op VG, ggz of medische zorg. De experts benoemen dat dit de expertise in de ggz versterkt, dus de medewerkers in de ggz zijn meer gespecialiseerd in de psychiatrie. Aan de andere kant hebben mensen die in de ggz gaan werken daardoor misschien ook een voorsortering gemaakt.

“Ik ga alleen met psychiatrie werken, maar dan krijg je ineens iemand met een licht verstandelijke beperking tegenover je.”

Het is dan ook een uitdaging om mensen te vinden die bereid zijn om de cliëntengroep te behandelen en dit aandurven. Medewerkers vinden dat namelijk spannend bij cliënten met een LVB.

“Behandelaren denken dat ze het niet kunnen of dat een cliënt niet kan leren.”

Dit wordt onderschreven door de medewerkers. Zij geven aan dat zij de kennis en expertise van LVB niet hebben. Mede omdat zij psychiatrisch geschoold worden en niet geschoold zijn om LVB te begeleiden. Daarbij missen de medewerkers concrete handvatten en tools om met deze cliëntengroep om te gaan. Zij benoemen dat meer kennis over de LVB bevorderlijk is en dat er behoefte is aan handvatten, tools en scholing om goed om te kunnen gaan met de cliëntengroep.

LVB is een expertisegebied net zoals verslaving een expertisegebied is. Volgens de experts is het daarom belangrijk dat hulpverleners kennis hebben en weten om te gaan met een cliënt met LVB. Een bevorderende factor die daarom veel wordt genoemd is het scholen van de hulpverleners. Eén expert benoemt dat de meeste hulpverleners onbewust al bekwaam zijn om passende zorg te kunnen bieden aan de cliëntengroep LVB, maar dat zij bewust bekwaam moeten worden.

“Het weghalen van de koudwatervrees: iemand heeft een LVB maar ik werk binnen de psychiatrie, dat kan ik helemaal niet.”

Hierbij maken respondenten duidelijk dat het niet alleen een e-learning moet zijn, maar dat het gaat om serieuze, verdiepende scholing omdat de basis eerst gelegd moet worden. Volgens de experts moeten de medewerkers hier enthousiast voor gemaakt worden. Zij moeten zelf het belang van de scholing inzien zodat zij vanuit eigen motivatie willen leren.

“Je moet mensen hebben die het zien zitten om op een voor hen andere manier naar zorg te kijken dan ze gedaan hebben, daarvoor open staan, er nieuwsgierig naar zijn, intrinsiek gemotiveerd en het ook leuk vinden om toe te passen.”

Manieren en voorbeelden die worden genoemd door de experts die bevorderend werken om de kennis en expertise te versterken binnen een organisatie zijn onder andere het clusteren van de kennis en expertise in een specifiek team of op een specifieke LVB-afdeling. Op die manier is daar zowel kennis op het gebied van de psychische problematiek als op het gebied van de LVB. In andere organisaties wordt gewerkt met een aandachtsfunctionaris, wat ook een goede manier is. Een aandachtsfunctionaris zorgt ervoor dat de kennis binnen de teams op peil blijft en waar nodig bijvoorbeeld klinische lessen worden aangeboden *“het steeds weer op de kaart zetten van de LVB.”*

Verder benoemen de experts het bespreken van casuïstiek en daarmee het meteen toepassen van de scholing in de praktijk en het inzetten van ervaringsdeskundigen als bevorderende factoren.

4.5 Multidimensionale blik

Voor passende zorg voor de cliëntengroep LVB in de ggz wordt het belang van de multidimensionale blik op de cliënt benadrukt door de experts. Het is belangrijk dat er oog is voor alle aspecten van de cliënt. Deze aspecten moeten in kaart gebracht worden om de klachten te snappen en om effectief iets aan de vraag van de cliënt te kunnen doen.

“Anders begin je misschien aan een behandeling, zonder dat je precies weet waar je aan begint en dat is heel ingewikkeld.”

Omdat het in de ggz niet altijd duidelijk is of er sprake is van een LVB, is het gebruiken van de multidimensionale blik waardevol zegt één van de experts. Hulpverleners kunnen door het inzetten van de multidimensionale blik inzicht krijgen in de cliënt en al zijn aspecten. Bijvoorbeeld wat voor strategieën hij heeft ontwikkeld en hoe de cliënt zich in het verleden staande heeft gehouden. Als er met een multidimensionale blik naar een cliënt gekeken wordt, kan er bijvoorbeeld naar voren komen dat iemand altijd al achterliep op school. Dit zou richting kunnen geven om te denken aan een LVB. Als daar meer oog voor is, is de kans groter dat een LVB herkend wordt, dat er beter aangesloten kan worden op de cliënt en dat passende zorg mogelijk is.

4.6 Fysieke en sociale omgeving

Veel van de medewerkers noemen als belemmering dat zij geen passende faciliteiten en tools voor een goede bejegening hebben voor de cliënten met een LVB. Als voorbeeld benoemen zij de activiteiten die aangeboden worden binnen Lentis. Volgens hen is er maar weinig aanbod in passende dagbesteding voor de cliënten met een LVB en zijn de activiteiten op dit moment niet afgestemd op deze mensen. *“Het is niet gecreëerd voor mensen met een LVB”* zegt één van de geïnterviewde medewerkers hierover.

Als voorbeeld benoemt één medewerker dat het een cliënt met een LVB niet lukt om een fiets uit elkaar te halen en deze vervolgens weer in elkaar te zetten. Daarnaast hebben cliënten met een LVB zorg en nabijheid nodig. De medewerkers geven aan dat hun woonvorm daar niet op ingericht is. Volgens de medewerkers is het belemmerend dat zij niet de structuur en de één op één begeleiding kunnen bieden die de cliëntengroep LVB nodig heeft.

In de zorg voor cliënten met een LVB is het belangrijk om de hele context van de cliënt mee te nemen. De fysieke en de sociale omgeving. In de fysieke omgeving is het volgens de experts van belang dat de woonvorm aansluit bij de behoefte en mogelijkheden van de cliënt, wat op dit moment volgens de medewerkers bij Lentis nog niet het geval is. Een goede context verschilt per cliënt. Binnen de cliëntengroep met een LVB bestaat er veel variatie. Volgens de experts begint de zorg bij een goede context, dan pas kun je beginnen met de behandeling.

De sociale omgeving moet betrokken zijn bij de zorg voor de cliënt met een LVB. Eén expert benoemt daarover: *“Als je naasten en familie niet betreft, dan heeft de behandeling niet veel zin.”* Wat in de behandeling wordt besproken, zal ook besproken moeten worden met de omgeving omdat zij kunnen ondersteunen op de plek waar het uiteindelijk toegepast moet worden. Volgens de experts is het daarom bevorderend om te ondersteunen bij het opbouwen van een positief netwerk. Een aantal medewerkers geven aan dat waar mogelijk zij de sociale omgeving al meenemen. Zo worden naasten en familie, als die er zijn, altijd uitgenodigd bij het zorgafstemmingsgesprek.

4.7 Organisatie van zorg

Binnen veel ggz-instellingen wordt de contra-indicatie van een verstandelijke beperking gehanteerd, wat volgens de experts een belemmering is voor het aanbieden van passende zorg. Zij benoemen dat de ggz vaak juist wél een passende plek is voor mensen met een LVB en psychische problematiek, bijvoorbeeld wanneer de psychiatrie hetgeen is dat het zwaarst weegt in de problematiek die iemand laat zien. Eén expert benoemt hierover: *“Dan zijn wij als psychiatrische instelling de aangewezen plek om daar de zorg voor te bieden.”* Door van tevoren een hard exclusie criterium te hanteren wordt een groot deel van de cliëntengroep met een LVB uitgesloten van passende zorg, die zij in de ggz zouden kunnen vinden.

Daarnaast wordt het door één van de experts benoemd dat er vaak overlegmomenten of ontwikkelingen worden aangedragen, maar dat dit vervolgens ergens blijft hangen en dat het besprokene niet terug te zien is in de praktijk. Wanneer er bijvoorbeeld oplossingen of ideeën aangedragen worden, worden deze niet of niet goed geïmplementeerd. Het is van belang dat besluiten ook daadwerkelijk vertaald worden naar de werkvloer, echter vraagt één van de experts zich af of daar altijd de ruimte voor is.

Volgens de experts zou het bevorderend zijn voor het aanbieden van passende zorg als er beleidsmatige keuzes gemaakt worden. Beleidsmatig moet er bewustwording zijn van de noodzaak om iets te veranderen en moet het exclusie criterium volgens de experts *“opnieuw onder de loep genomen worden”*. Daarbij moet vanuit de organisatie van de zorg goed nagedacht worden over hoe de zorg ingericht dient te worden, waarbij Lentis moet werken aan een visie en het stellen van doelen.

Het feit dat er op dit moment al meer aandacht is voor de cliëntengroep met een LVB binnen Lentis, is positief volgens één medewerker. Verder benoemen de medewerkers dat de zorg voor cliënten met een LVB op dit moment niet anders is dan de zorg voor de andere cliënten. Volgens een aantal medewerkers is dat belemmerend, omdat de cliënten met een LVB duidelijk andere zorg nodig hebben. Volgens één van de medewerkers komen de problemen van cliënten heel erg overeen en is de zorg wellicht passend zoals het is. Iedereen die binnenkomt, kan niet zelf zijn dagelijks leven organiseren. Eén medewerker benoemt hierover: *“In die zin is het de taak voor de verpleegkundigen en agogen om te begeleiden bij het dagelijks leven en aan te sluiten bij de cliënt, bij wat zij zien gebeuren.”* Zodra er een vermoeden is van een LVB wordt dit ingebracht in het wekelijks overleg waarin alle cliënten worden besproken. Op dat moment wordt er besloten hoe de verdere aanpak eruit moet zien.

4.8 Samenwerking

Momenteel zijn er duidelijke schotten in de zorg, tussen de verschillende zorgsectoren. Volgens de experts is dat een belemmering voor het aanbieden van passende zorg. Eén expert benoemt dat de schotten in de zorg ervoor hebben gezorgd dat medewerkers tussen twee schotten werken, voor hen voelt het daar veilig en daar wijken zij liever niet vanaf.

“Ik werk tussen twee schotjes en dat ben ik al jaren zo gewend, daar ben ik goed in. Kom maar niet aan met meer problemen, daar zit ik niet op te wachten, het gaat goed zo.”

Wat volgens de experts ook vaak in de weg staat voor het aanbieden van passende zorg is dat medewerkers uit de ggz soms geen advies of hulp durven te vragen. Zo benoemt één van de experts dat medewerkers liever zelf “aanrommelen” en dan misschien een cliënt uitschrijven of heel lang “aanrommelen” zonder dat ze hulp van specialisten uit de VG daarbij vragen.

Volgens één expert valt en staat de zorg met het proactief opzoeken van elkaar vanuit de ggz en vanuit de VG. Alle experts benadrukken dat samenwerking met andere instellingen belangrijk is en dat instellingen elkaar moeten betrekken als ze de behandeling op een goede manier willen aanpakken. Met andere woorden zijn samenwerkingsverbanden met andere organisaties noodzakelijk en zijn constructies waarbij externe zorginstellingen elkaar kunnen betrekken bevorderend voor het aanbieden van passende zorg.

“Je hoeft het wiel niet steeds opnieuw uit te vinden.”

Meerdere experts benoemen dat er binnen hun organisatie altijd samen wordt gewerkt met andere instellingen. Er bestaan langdurige contacten en de kanalen staan open. Dit werkt de samenwerking in de hand. De instellingen zijn op de hoogte van elkaars werkwijze en specialismen, zodat ze elkaar kunnen aanvullen.

Niet alleen de samenwerking met andere instellingen is belangrijk voor passende zorg, ook goede samenwerking binnen de begeleidingsteams is bevorderend voor het aanbieden van passende zorg. De experts benoemen dat het belangrijk is dat binnen een team de begeleiders op één lijn liggen met elkaar en dat iedereen hetzelfde doet en hetzelfde uitdraagt. Hierbij kan een bejegeningsplan helpend zijn. Volgens de experts en medewerkers zijn bejegeningsplannen vaak niet actueel.

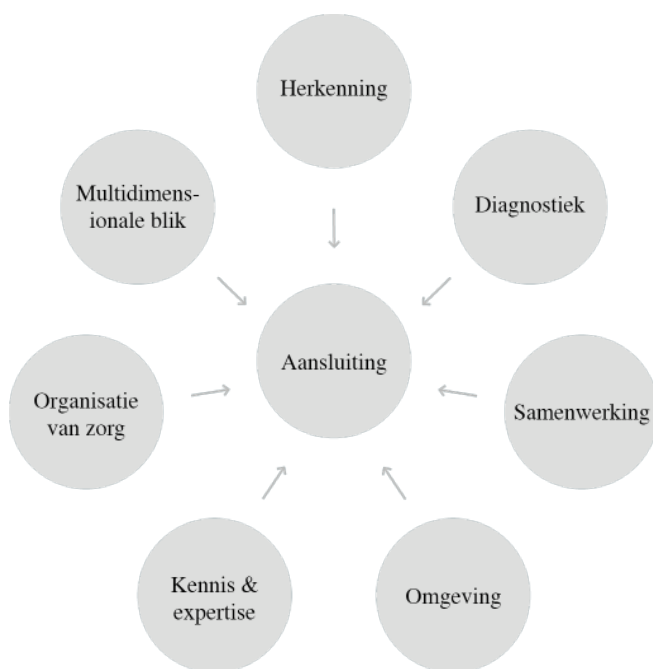
De medewerkers benoemen ook als bevorderende factor het samenwerken met andere instellingen. Eén medewerker benoemt dat er op dit moment al een samenwerking is met een VG-instelling, waarbij zij bij elkaar ‘in de keuken’ mogen kijken. Deze medewerker zegt hierover: *“Mijn collega’s zijn daar geweest om in de keuken te kijken, X komt hier, om de psychiatrische kant te bekijken. Dus het krijgt meer aandacht merken we nu en dat is goed”*.

5. Conclusie, aanbevelingen en discussie

5.1 Conclusie en aanbevelingen

Dit onderzoek is uitgevoerd om antwoord te kunnen geven op de vraag: ‘Hoe kan passende zorg voor mensen met een LVB aangeboden worden binnen het cluster Langdurige zorg en wonen van Lentis?’ Hiervoor is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd met de volgende deelvragen: ‘Hoe ziet de zorg voor mensen met een LVB, binnen het cluster Langdurige zorg en wonen van Lentis er op dit moment uit?’, ‘Wat zijn bevorderende factoren in het aanbieden van goede zorg voor mensen met een LVB in de ggz?’ en ‘Wat zijn belemmerende factoren in het aanbieden van goede zorg voor mensen met een LVB in de ggz?’

Uit zowel de literatuur als uit dit onderzoek zijn overeenkomende hoofdcategorieën naar voren gekomen die belangrijk zijn bij het aanbieden van passende zorg. Het lijkt erop dat deze hoofdcategorieën onderling met elkaar samenhangen en verband houden met elkaar. Om dit nader te kunnen toelichten en om dit te illustreren is het onderstaande schema gemaakt.



Figuur 1.2 cirkelmodel verbanden tussen hoofdcategorieën

Passende zorg voor cliënten met een LVB is zorg die afgestemd is op en aansluit bij de individuele kenmerken en het niveau van de cliënt. De hoofdcategorie aansluiting staat daarom in het midden, dit is de kern van passende zorg. De overige hoofdcategorieën zijn daaromheen gepresenteerd. Om aan te kunnen sluiten is het belangrijk dat een LVB bij een cliënt herkend wordt, pas dan kan actie ondernomen worden om uiteindelijk passende zorg te kunnen aanbieden. Dit geldt voor alle categorieën rondom de categorie “aansluiting”. Wanneer diagnostiek wordt ingezet en het niveau van de cliënt daarmee in kaart wordt gebracht, kunnen aanpassingen gedaan worden om de behandeling en begeleiding aan te laten sluiten op het niveau van de cliënt.

De hoofdcategorieën houden niet alleen verband met de hoofdcategorie “aansluiting”, een aantal hoofdcategorieën houden ook onderling verband met elkaar. Bijvoorbeeld door het inzetten van een multidimensionale blik, zal een LVB sneller herkend kunnen worden en andersom, als een LVB herkend wordt kan de multidimensionale blik gebruikt worden om klachten goed te interpreteren en een passende behandeling te bewerkstelligen.

Om passende zorg aan te kunnen bieden is het belangrijk dat de hoofdcategorieën worden toegepast binnen Lentis. De belemmerende en bevorderende factoren voor het aanbieden van passende zorg vallen vaak binnen dezelfde hoofdcategorie. Hieronder zullen deze belemmeringen en bevorderingen besproken worden. Op basis daarvan zullen aansluitend aanbevelingen gedaan worden voor de praktijk van Lentis.

Uit de resultaten blijkt dat er op dit moment steeds meer aandacht is voor de cliëntengroep met een LVB binnen Lentis. De medewerkers benoemen dat de zorg voor cliënten met een LVB op dit moment niet anders is dan de zorg voor de andere cliënten, wat volgens een aantal van hen wel zou moeten. Uit de literatuur blijkt dat een duidelijke en toekomstbestendige visie over de wijze waarop de zorg voor cliënten met een LVB en bijkomende psychiatrische problematiek verleend moet worden, één van de belangrijkste succesfactoren voor passende zorg is (IGJ, 2019). Dit wordt onderschreven door de experts. Zij geven aan dat er goed nagedacht moet worden over hoe de zorg voor deze cliëntengroep ingericht dient te worden, waarbij gewerkt moet worden aan een visie en het stellen van doelen. De ontwikkelingen en de besluiten die worden genomen moeten daadwerkelijk vertaald worden naar de werkvloer. Verder stellen de experts dat het hanteren van de contra-indicatie van een verstandelijke beperking passende zorg voor mensen met een LVB en psychische problematiek belemmert. De contra-indicatie en het exclusie criterium dienen daarom heroverwogen te worden.

Als Lentis passende zorg wil aanbieden aan de cliëntengroep LVB, is het van belang om beleidsmatige keuzes te maken. De cliëntengroep is zodanig groot dat het aanbevolen is om een duidelijke visie te hebben over wat Lentis met deze cliëntengroep wil en hoe zij de zorg rondom deze cliëntengroep gaan faciliteren zodat hier een eenduidig beleid in komt. Hierbij kan vervolgonderzoek naar het exclusie criterium van toepassing zijn.

Het missen van een LVB in de ggz, is één van de voornaamste redenen dat de cliëntengroep LVB vaak geen passende zorg aangeboden krijgt. Zoals beschreven in de theoretische verdieping, blijkt uit een onderzoek van Trimbos dat de meeste hulpverleners in de ggz weinig bekend zijn met LVB en LVB-problematiek. Zij hebben niet altijd oog voor een eventuele LVB bij cliënten en missen vaak de kennis om een LVB te herkennen (Neijmeijer et al., 2010). Ook uit dit onderzoek komt dat duidelijk naar voren. Volgens de experts overschatten hulpverleners vaak hun vermogen om een LVB te herkennen, wat leidt tot het missen van belangrijke signalen. Verder geven de experts aan dat er een kennistekort heerst bij medewerkers als het gaat om een LVB bij cliënten. Medewerkers voelen zich vaak onbekwaam om deze cliëntengroep te behandelen en de begeleiden. Ze missen concrete handvatten en tools om effectief met cliënten met een LVB om te gaan. Volgens de medewerkers en experts is het aansluiten op de cliëntengroep ingewikkeld. Op dit moment zijn factoren zoals de informatievoorziening ook niet aangesloten op cliënten met een LVB, wat een belemmering vormt voor het aanbieden van passende zorg. De behandelprotocollen die er zijn binnen de psychiatrie zijn daarentegen wel aansluitend en passend voor cliënten met een LVB, mits er gekeken wordt wat de cliënt nodig heeft in aanpassing van communicatie en hoe de behandeling aangeboden wordt.

Om een LVB te leren herkennen en om daadwerkelijk te kunnen aansluiten in de behandeling en begeleiding is het van belang dat Lentis ervoor zorgdraagt dat medewerkers kennis en expertise hebben van een LVB en dat zij weten hoe zij om moeten gaan met cliënten met een LVB. Volgens de experts zou Lentis in moeten zetten op scholing van de medewerkers. Dit kan op verschillende manieren. Het is waarschijnlijk niet nodig en wederom ook niet bevorderlijk om alle medewerkers verdiepende scholing te geven. Het kan voldoende zijn om expertise teams of een aandachtsfunctionaris aan te stellen die de kennis en kunde op verschillende afdelingen op peil houdt. Wel is het van belang dat deze expertise teams of deze aandachtsfunctionaris zichtbaar en bereikbaar zijn voor de medewerkers.

Omdat de medewerkers aangeven dat zij op dit moment ook tools voor een goede bejegening missen, kan Lentis er aanvullend voor kiezen om bestaande en bruikbare tools voor deze cliëntengroep te delen op één plek. Er zijn ontzettend veel beschikbare tools zoals de toolkit “Blik op LVB” van Kenniscentrum LVB, waar de medewerkers nu al goed gebruik van kunnen maken. Ook voor deze tools geldt dat deze zichtbaar en bereikbaar moeten zijn voor de medewerkers. Een voorbeeld van hoe Lentis dit kan doen, is het aanmaken van een LVB-map op Lentisnet, zodat iedere medewerker toegang heeft tot de bestaande tools.

Volgens de experts worden diagnostiek en screeningsinstrumenten te weinig gebruikt voor cliënten met een LVB in de ggz. Het onvoldoende bewustzijn van hoe vaak een LVB voorkomt bij cliënten in de ggz speelt daarbij een rol. Het gebruik van diagnostiek en screeningsinstrumenten is nodig voor het aanbieden van passende zorg, omdat het helpt bij het bepalen van het niveau van de cliënt, zodat daarop aangesloten kan worden in de behandeling en begeleiding. Zodra er signalen zijn van een LVB, verdient het aanbeveling om deze signalen nader te verkennen en te screenen op een LVB, waarbij naast inzicht in het IQ ook inzicht in het niveau van sociaal-emotioneel functioneren wenselijk is (Akwa GGZ, 2018, Neijmeijer et al., 2010). Momenteel is er binnen Lentis een achterstand in de diagnostiek van een LVB. Volgens de medewerkers is het belangrijk om van iedere cliënt in kaart te hebben wat hun niveau is. Echter wordt er door hen genoemd dat er een gebrek is aan mensen die geschoold zijn in het afnemen van diagnostiek.

Om passende zorg te kunnen aanbieden aan de cliëntengroep LVB binnen het cluster Langdurige zorg en wonen van Lentis, zou Lentis moeten inzetten op het screenen of diagnosticeren van een LVB. In ieder geval wanneer er een vermoeden is dat er mogelijk een LVB speelt, is het aan te raden om gebruik te maken van een screeningsinstrument om dit nader te verkennen. Ook zou Lentis kunnen overwegen om standaard bij een nieuwe opname te screenen op een LVB, zodat vanaf de start het niveau van functioneren van de cliënt duidelijk is en zodat daarop aangesloten kan worden. Op die manier kunnen onnodig lange behandeltrajecten mogelijk voorkomen worden omdat een behandeling meteen aansluit.

Uit de literatuur komt naar voren dat goede zorg vereist dat de bij de cliënten betrokken zorgverleners en sectoren samenwerken en profiteren van elkaars kennis en expertise (Akwa GGZ, 2018). Volgens de experts bestaan er duidelijke schotten tussen deze zorgsectoren, wat het aanbieden van passende zorg belemmert. Medewerkers voelen zich veilig tussen deze schotten, waardoor zij daar liever niet vanaf wijken en terughoudend zijn in het zoeken van samenwerking. Bovendien weerhoudt het niet om hulp durven vragen de medewerkers in de ggz ervan om passende zorg te bieden, waardoor ze soms zelf blijven “aanrommelen”. Samenwerking met andere instellingen en goede samenwerking binnen teams zijn bevorderend voor passende zorg. Langdurige contacten en open kanalen tussen instellingen dragen hieraan bij.

Het wordt aanbevolen om samenwerkingsverbanden op te bouwen met andere organisaties en instellingen die zorg bieden aan mensen met een verstandelijke beperking of zorg aanbieden op het snijvlak van een verstandelijke beperking en de psychiatrie zoals Vanboeijen, De Zijlen, Cosis of het CVBP. Een voorwaarde om dit goed te kunnen doen is dat de lijnen in deze samenwerkingsverbanden kort zijn, bijvoorbeeld dat er letterlijk namen en nummers gekoppeld en vindbaar zijn zodat de contacten laagdrempelig zijn. Samenwerkingsverbanden kunnen ook de vorm aannemen van het organiseren van casuïstiekbesprekingen met een bepaalde groep waarbij verschillende expertises aanwezig zijn. Het is gebleken dat dit in andere organisaties en rondom andere problematiek erg goed werkt.

Als laatst is gebleken dat factoren als een goede daginvulling, deelname aan maatschappelijke activiteiten en een stevig sociaal en professioneel netwerk belangrijke beschermende factoren zijn voor de cliëntengroep LVB (Akwa GGZ, 2018). De medewerkers geven echter aan dat hier een gebrek aan is binnen Lentis. De huidige dagbesteding is niet voldoende afgestemd op de cliënten met een LVB en de woonvorm is niet ingericht op de zorg en nabijheid die de cliëntengroep nodig heeft. Medewerkers kunnen de structuur en één op één begeleiding die deze cliënten nodig hebben, op dit moment niet bieden. Verder komt naar voren dat de context en de sociale omgeving belangrijk zijn voor het aanbieden van passende zorg. Hierbij is de betrokkenheid van naasten en familie essentieel. De medewerkers betrekken daarom waar mogelijk de sociale omgeving van de cliënt al actief.

Het wordt aanbevolen om vervolgonderzoek te doen naar de fysieke en sociale omgeving. Uit dit onderzoek is duidelijk naar voren gekomen dat dit belangrijke aspecten zijn in de zorg voor de cliëntengroep. De fysieke omgeving van Lentis is op dit moment niet altijd passend voor cliënten met een LVB. Als Lentis in de toekomst passende zorg wil aanbieden aan de cliënten met een LVB is het raadzaam om te onderzoeken hoe dit verbeterd zou kunnen worden.

5.2 Discussie

Naar aanleiding van dit uitgevoerde onderzoek, zijn er een aantal discussiepunten die in ogenschouw genomen dienen te worden.

Om te beginnen is het uitgevoerde onderzoek een kwalitatief onderzoek. Kwalitatief onderzoek is subjectief, wat betekent dat het onderzoek en de verslaglegging ervan vanuit persoonlijk oogpunt van de onderzoeker is uitgevoerd. De onderzoeker speelt de hoofdrol bij het analyseren en interpreteren van de data. Dit maakt dat dit onderzoek lastig replicateerbaar is. Om er voor te zorgen dat het onderzoek in een bepaalde mate replicateerbaar is, zijn er duidelijke keuzes gemaakt over onder andere de respondenten die in dit onderzoek hebben meegewerkt en de interviewschema's die zijn gebruikt. Deze aspecten zijn zo zorgvuldig mogelijk in de methode uitgewerkt. Er is in dit onderzoek ook geen gebruik gemaakt van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bij het analyseren van de uitgeschreven interviews. Het wordt voor vervolgonderzoek aangeraden om dit wel te doen, omdat daarmee de betrouwbaarheid van het onderzoek kan worden verhoogd.

Verder zijn er in dit onderzoek vijf experts en vier medewerkers van het cluster Langdurige zorg en wonen van Lentis geïnterviewd. Omdat het cluster Langdurige zorg en wonen van Lentis veel verschillende locaties omvat en dus groot is, kan in twijfel worden getrokken hoe verzadigd de informatie is die tijdens de interviews met medewerkers aan bod is gekomen. Om dit zoveel mogelijk te beperken, is ervoor gezorgd dat er veel variëteit was in de respondenten met betrekking tot de werklocatie en de periode die zij werkzaam zijn binnen Lentis.

Verder is er in de loop van dit onderzoek ontdekt dat de term LVB in de ggz vaak te breed gebruikt wordt. In de inleiding is geschreven over de term LVB, maar in de praktijk blijkt het vaak voor te komen dat de term LVB ook gebruikt wordt voor de groep cliënten met een zwakbegaafdheid. Om deze reden is het niet duidelijk hoe de term LVB bij de respondenten van het onderzoek is geïnterpreteerd. In het vervolg zou voorafgaand concreet gemaakt moeten worden over welke groep exact gesproken wordt.

Allerlaatst is er in dit onderzoek en bij het genereren van de aanbevelingen geen rekening gehouden met de randvoorwaarden met betrekking tot de financiering van de opdrachtgever. In beginsel zijn er geen randvoorwaarden gesteld en is het onderzoek dus volledig open uitgevoerd.

Literatuurlijst

- Akwa GGZ. (2018). *Generieke module. Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB) of lichte verstandelijke beperking (LVB)*. Geraadpleegd op 22 februari 2023, van <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/psychische-stoornissen-en-zwakbegaafdheid-zb-of-lichte-verstandelijke-beperking-lvb/zorg-rondom-psychische-stoornissen-zb-en-lvb>
- Baarda, B. (2020). *Basisboek Interviewen: Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews*. Noordhoff.
- Baarda, B. (2019). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Noordhoff.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, F., Julsing, M., Kostelijk, E., & Van der Velden, T. (2021). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Noordhoff.
- Boeije, H., & Bleijenbergh, I. (2019). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Boom Lemma.
- De Beer, Y. (2018). *Kompas licht verstandelijke beperking; definitie, aspecten en ondersteuning*. Uitgeverij SWP.
- De Haan, K. (2021). *Herken mensen met licht verstandelijke beperkingen*. TVZ - verpleegkunde in praktijk en wetenschap, 131, 33–35. <https://doi.org/10.1007/s41184-021-1026-4>
- Didden, R., Troost, P., Moonen, X., & Groen, W. (2016). *Handboek Psychiatrie en lichte verstandelijke beperking*. De Tijdstroom.
- Doorewaard, H., Kil, A., & Van de Ven, A. (2019). *Praktijkgericht kwalitatief onderzoek: een praktische handleiding*. Boom.
- Dosen, A., Gardner, W.I., Griffiths, D.M., King, R. en Lapointe, A. (2008). *Richtlijnen en principes voor de praktijk. Beoordeling, diagnose, behandeling en bijbehorende ondersteuning voor mensen met verstandelijke beperkingen en probleemgedrag*. Utrecht: Vilans/LKNG.
- Freepik. (z.d.). *Mental health landing page template*. Premium license: unlimited use without attribution.
- IGJ. (2019). *Passende zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek*. Geraadpleegd op 14 maart 2023, van <https://www.igi.nl/publicaties/publicaties/2019/07/09/passende-zorg-voor-mensen-met-een-licht-verstandelijke-beperking-en-psychiatrische-problematiek>
- KenniscentrumLVB. (z.d.). *GGZ & LVb*. Geraadpleegd op 23 februari, via <https://www.kenniscentrumlvb.nl/ggz-lvb>
- KenniscentrumLVB. (z.d.). *Over een LVb*. Geraadpleegd op 23 februari, via <https://www.kenniscentrumlvb.nl/over-lvb/>
- KenniscentrumLVB. (z.d.). *Psychische problemen & LVb*. Geraadpleegd op 23 februari, via <https://www.kenniscentrumlvb.nl/psychische-problemen-en-lvb/>
- Lentis (z.d.). *Langdurige zorg en wonen*. Geraadpleegd op 17 februari, via <https://www.lentis.nl/beschermd-wonen-en-langdurige-zorg/>
- Merkus, J. (2021). *Semigestructureerd of half-gestructureerd interview*. Scribbr. Geraadpleegd op 22 februari 2023, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/semigestructureerd-interview/>

Mijn Gezondheidsgids. (z.d.). *Licht verstandelijke beperkten tussen wal en schip*. Geraadpleegd op 17 februari, via <https://www.mijngezondheidsgids.nl/neurologie/brein/licht-verstandelijk-beperkten-tussen-wal-en-schip/>

Niemeijer, L., Moerdijk, L., Veneberg, G. & Muusse, C. (2010). *Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ. Een verkennend onderzoek*. Trimbos instituut.

Nieuwenhuis, J. (2022). *A blind spot?* [Proefschrift]. Erasmus University.

Smith, B. (2017, 3 januari). *Patiënten met meervoudige problemen lopen vast in de zorg*. Geraadpleegd op 22 februari 2023, via <https://www.ggznieuws.nl/patienten-meervoudige-problemen-lopen-vast-zorg/>

Trimbos. (2016). *Verstandelijke beperking en psychische klachten bij ouderen*. Geraadpleegd op 14 maart 2023, via <https://www.trimbos.nl/kennis/ouderenpsychiatrie-nkop/verstandelijke-beperkte-ouderen/#:~:text=Met%20adaptief%20functioneren%20bedoelen%20we,ondersteuningsbehoefte%20in%20het%20dagelijks%20leven>

Van Elst, L. (2022). *LVB IN DE GGZ*. Zorgvisie, 52(8), 32–34. <https://doi.org/10.1007/s41187-022-1856-x>

VGN (2023, 24 januari). *Jeanet Nieuwenhuis: 'Mensen met een lvb worden te weinig gezien in de ggz'*. Geraadpleegd op 14 maart 2023, via <https://www.vgn.nl/gepromoveerd/jeanet-nieuwenhuis-mensen-met-een-lvb-worden-te-weinig-gezien-de-ggz>

Wieland, J., Aldenkamp, E. & Van den Brink, A. (2022). *Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ. Theorie en praktijk*. (2e druk). Bohn Stafleu van Loghum.

Bijlagen

Bijlage 1

Interviewschema expert

	Wat wil ik zeggen	Wat wil ik weten
Introductie/Kennismaking	• Voorstellen • Aard, methode en doel van het onderzoek • Duur interview • Opname • Informed consent	
Topic	Algemeen	
Vraag	Kunt u mij wat meer vertellen over de organisatie waar u werkzaam in bent? Wat is precies uw functie? Wat is uw ervaring met de cliëntengroep LVB in de ggz?	<i>Wat ziet deze persoon als het gaat om LVB in de ggz?</i>
Topic	Belemmerende factoren/Knelpunten	
Vraag	Wat zijn volgens u de uitdagingen voor hulpverleners bij het aanbieden van passende zorg aan mensen met een LVB in de ggz? <i>Doelvragen op deze factoren.</i> <i>Waarom deze factoren?</i> <i>Hoe kan dit?</i> <i>Hoe kan dit beter?</i> <i>Wat moet daarvoor gebeuren?</i> <i>Heeft u een idee hoe dit eruit zou kunnen zien?</i> Uit de literatuur komt naar voren: • Hulpverleners zijn onvoldoende alert op mogelijkheid LVB • De LVB wordt niet herkend en erkend • Onvoldoende samenwerking tussen VG en ggz (ketenzorg) • Onvoldoende multidisciplinaire samenwerking • Geen adequate diagnostiek	<i>Van alle genoemde factoren wil ik weten:</i> • <i>Waarom zijn deze factoren belemmerend?</i> • <i>Hoe kan het dat deze factoren belemmerend werken?</i> • <i>Hoe kan dit beter? Hoe ziet het ideaalbeeld eruit?</i> • <i>Wat moet daarvoor gebeuren (om dat te realiseren)?</i>
Topic	Bevorderende factoren/Wenselijke ontwikkelingen	
Vraag	Welke factoren dragen volgens u bij aan het bieden van passende zorg aan mensen met een LVB in de GGZ? <i>Doelvragen op deze factoren.</i> <i>Wat zijn dingen die juist wel werken?</i> <i>Waar zou meer op ingezet moeten worden?</i> <i>Wat zijn wenselijke ontwikkelingen?</i> <i>Waarom deze factoren?</i> <i>Hoe kan dit toegepast/aangeboden worden?</i> <i>Wat moet daarvoor gebeuren?</i> Uit de literatuur komt naar voren: • Scholing • Meer bewustzijn over LVB in de ggz onder medewerkers • Passende bejegening en communicatie op niveau van cliënt • Herdiagnostiek bij opname • Integratieve benadering/multidimensionale blik • Kennis uitwisselen met andere zorgaanbieders • Betrek familie en naasten intensief • Meer wetenschappelijk onderzoek (bijvoorbeeld naar effectiviteit van behandelmethoden)	<i>Van alle genoemde factoren wil ik weten:</i> • <i>Waarom zijn deze factoren bevorderend?</i> • <i>Hoe kan het dat deze factoren bevorderend werken?</i> • <i>Hoe ziet het ideaalbeeld eruit?</i> • <i>Wat maakt het lastig dit te implementeren?</i> • <i>Wat moet er gebeuren, om dat te kunnen realiseren?</i>

Afsluiting	• <i>Bedanken</i> • <i>Bespreken: terugkoppeling aan respondent</i> • <i>Interesse in het teruglezen van uiteindelijk verslag?</i> • <i>Nogmaals bedanken</i>	
------------	--	--

Bijlage 2

Interviewschema medewerker

	Wat wil ik zeggen	Wat wil ik weten
Introductie/Kennismaking	• Voorstellen • Doel van het onderzoek/interview • Duur interview • Informed consent • Opname • Voorstellen respondent	
Topic	Algemeen	
Vraag	Wat is uw functie bij/binnen Lentis?	
Vraag	Wat is uw ervaring met de cliëntengroep LVB in de ggz?	<i>Wat ziet deze persoon als het gaat om LVB in de ggz?</i> <i>Wat is de werkervaring van deze persoon met cliënten met LVB?</i>
Topic	Zorg voor de cliëntengroep	
Vraag	Hoe ziet is de zorg voor mensen met een LVB momenteel georganiseerd in de organisatie?	<i>Hoe ziet de zorg voor de cliëntengroep er op dit moment uit?</i> <i>Hoe gaan medewerkers te werk als zij een vermoeden hebben van een LVB?</i> <i>Wat wordt er nu gedaan aan de zorg voor deze cliëntengroep?</i>
Topic	Belemmerende factoren/Knelpunten	
Vraag	Wat zijn de uitdagingen die u ervaart bij het bieden van goede zorg aan mensen met een LVB?	<i>Waar lopen medewerkers tegenaan?</i>
Vraag	Wat komt u tekort bij het bieden van goede zorg aan mensen met een LVB?	<i>Wat missen medewerkers om goede zorg aan te kunnen bieden?</i>
Topic	Bevorderende factoren/Wenselijke ontwikkelingen	
Vraag	Welke factoren werken volgens u goed in het aanbieden van zorg aan mensen met een LVB?	<i>In welke situatie hebben zij bijvoorbeeld meegemaakt dat iets goed werkte?</i> <i>Wat werkt prettig en bevorderend?</i>
Vraag	Wat heeft u nodig om goede zorg aan te kunnen bieden aan mensen met een LVB?	<i>Welke handvaten hebben medewerkers nodig om goede zorg aan te kunnen bieden?</i> <i>Wat hebben medewerkers vanuit de organisatie nodig?</i>
Afsluiting	• Bedanken • Bespreken gang van zaken	

Bijlage 3

Toestemmingsformulier expert

Informed consent

Toestemmingsformulier

Betreft: onderzoek naar het aanbieden van passende zorg voor mensen met een LVB in de ggz.

Ik verklaar hierbij op voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en doel van het onderzoek.

Ik begrijp dat:

ik mijn medewerking aan dit onderzoek kan stoppen op ieder moment en zonder opgave van reden. de opname vernietigd wordt na uitwerking van het interview.

Ik verklaar dat:

ik geheel vrijwillig bereid ben aan dit onderzoek mee te doen.

- *ik toestemming geef voor het anoniem verwerken van gegevens.*
- *ik toestemming geef voor het verwerken van gegevens, waarbij mijn functie en de organisatie waar ik voor werk benoemd mogen worden.*
- *ik toestemming geef voor het verwerken van gegevens, waarbij mijn naam, functie en de organisatie waar ik voor werk benoemd mogen worden.*

de uitkomsten van dit interview verwerkt mogen worden in een verslag of wetenschappelijke publicatie. toestemming geef om het interview op te laten nemen door middel van een voice-recorder.

Naam:

Datum:

Handtekening:

Onderzoeker

Ik heb mondeling toelichting verstrekt over de aard, methode en doel van het onderzoek. Ik verklaar mij bereid nog opkomende vragen over het onderzoek naar vermogen te beantwoorden.

Naam:

Datum:

Handtekening:

Bijlage 4

Toestemmingsformulier medewerker

Informed consent

Toestemmingsformulier

Betreft: onderzoek naar het aanbieden van passende zorg voor mensen met een LVB in de ggz.

Ik verklaar hierbij op voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en doel van het onderzoek.

Ik begrijp dat:

*ik mijn medewerking aan dit onderzoek kan stoppen op ieder moment en zonder opgave van reden.
de opname vernietigd wordt na uitwerking van het interview.*

Ik verklaar dat ik:

*geheel vrijwillig bereid ben aan dit onderzoek mee te doen.
toestemming geef voor het anoniem verwerking van gegevens.
de uitkomsten van dit interview verwerkt mogen worden in een verslag of wetenschappelijke publicatie.
toestemming geef om het interview op te laten nemen door middel van een voice-recorder.*

Naam:

Datum:

Handtekening:

Onderzoeker

Ik heb mondeling toelichting verstrekt over de aard, methode en doel van het onderzoek. Ik verklaar mij bereid nog opkomende vragen over het onderzoek naar vermogen te beantwoorden.

Naam:

Datum:

Handtekening:

Bijlage 5
Hutter-Hennink Qualitative Research Cycle

