

(H)ERKEND EN JUIST BEHANDELD: EEN VERBETERDE TOEGANG TOT DE VERSLAVINGSZORG VOOR MENSEN MET EEN LICHTE VERSTANDELIJKE BEPERKING

Joanneke van der Nagel^{1 2 3}
Louise Kemna^{2 b}
Cas Barendregt^{3 d}
Elske Wits^{4 d}

Toegang tot verslavingszorg is ingewikkeld voor mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) en problematisch middelengebruik. Dit heeft verschillende oorzaken, waarbij de verwijzing naar de verslavingszorg, de intake en de samenwerking tussen instellingen voor verslavingszorg en gehandicaptenzorg een rol spelen. Om de verslavingszorg toegankelijker te maken werd een handreiking voor een 'LVB-vriendelijke voordeur' ontwikkeld en getest. In dit artikel beschrijven we knelpunten in de reguliere intake, oplossingen voor een LVB-vriendelijkere intake en de pilot met de handreiking. Met een gezamenlijke inspanning blijkt de toegang tot de verslavingszorg voor de groep mensen met een LVB eenvoudig te verbeteren.

Inleiding

Het gebruik van alcohol en drugs kan ernstige lichamelijke, psychische en/of sociale gevolgen hebben, die een bedreiging vormen voor de kwaliteit van leven. Dat geldt ook voor gebruikers met een lichte verstandelijke beperking (LVB). In de afgelopen jaren is er in Nederland daarom terecht meer aandacht gekomen voor problematisch middelengebruik bij men-

sen met een LVB (Hammink, Schrijvers, & Van de Mheen, 2014; Hammink, VanDerNagel, & Van de Mheen, 2014; VanDerNagel, Kiewik, & Didden, 2012). Instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg (VG-instellingen) spannen zich in om hun cliënten met problematisch gebruik te verwijzen voor behandeling. Verslavingszorginstellingen bieden bovendien steeds vaker gespecialiseerde behandelingen aan, zoals de CGT+ (VanDerNagel & Kiewik, 2016). De toeleiding tot deze zorg stagneert echter. Dit heeft verschillende oorzaken, waarbij de verwijzing naar en de intake bij de verslavingszorg, en de samenwerking tussen de verslavingszorg en VG-instellingen een cruciale rol spelen.

Problemen bij intake

Cliënten met een LVB en problematisch middelengebruik kunnen met ondersteuning van een VG-instelling bij een verslavingszorginstelling worden aangemeld, of zoeken onafhankelijk van LVB-zorgaanbieders hulp. In de laatste groep zijn ook mensen met een LVB die geen LVB-zorg ontvangen, en wellicht zichzelf niet als 'verstandelijk beperkt' zien of niet weten dat ze LVB zijn. In de intake bij de verslavingszorg is het daardoor niet bij alle cliënten met een LVB duidelijk dat er sprake is van een verstandelijke beperking. Hierdoor kan in de intakefase, maar ook in het indiceren voor vervolghandeling, onvoldoende rekening worden gehouden met de beperkingen van de cliënt. Ook als de beperking wel wordt onderkend, ontstaan er vaak problemen in de intake en indicatiestelling (VanDerNagel, Kiewik, & Didden, 2012). Door de verwijzer wordt voorafgaand niet altijd voldoende informatie over de cliënt, diens capaciteiten en beperkingen en eventuele co-morbiditeit beschikbaar gesteld. De intake zelf is voor cliënten met een LVB vaak erg belastend, onder meer omdat daarin in korte

¹ Joanneke van der Nagel is psychiater bij Tactus Verslavingszorg in Enschede, consulent bij Aveleijn in Borne en senior onderzoeker bij het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction van de Radboud Universiteit; correspondentieadres: Tactus Verslavingszorg, Raiffeisenstraat 75, 7514 AM Enschede.

² Louise Kemna is GZ-psycholoog bij Aveleijn in Borne.

³ Cas Barendregt is senior onderzoeker bij het IVO in Rotterdam.

⁴ Elske Wits is onderzoekscoördinator bij het IVO in Rotterdam.

tijd veel gegevens verzameld moeten worden. Veel professionals in de verslavingszorg vinden het ingewikkeld dat op een LVB-vriendelijke manier te doen. Daarbij zijn de standaard vragenlijsten in de verslavingszorg doorgaans qua taal- en abstractieniveau te complex voor mensen met een LVB. Het risico bestaat dat daardoor incomplete of zelfs foutieve informatie gebruikt wordt (VanDerNagel, Kemna, Trentelman, & Didden, 2013). Daarnaast maakt men in de intake onvoldoende gebruik van steunende krachten in het netwerk, zoals van de aanwezigheid van begeleiders of familieleden. De complexe intakeprocedure leidt daarbij tot demoralisatie van de cliënt en drop-out uit zorg (Slayter, 2010; VanDerNagel, Kiewik, & Didden, 2012). Er lijken drie factoren een rol te spelen die de intake in de verslavingszorg voor mensen met een LVB en problematisch middelengebruik bemoeilijken, namelijk:

- De cliënt ziet zichzelf niet als verstandelijk beperkt en/of loopt niet te koop met zijn beperking en/of is niet bekend met eigen beperking, waardoor hij onvoldoende aangeeft wanneer overbelasting/overvraging dreigt;
- De verslavingszorg is niet georiënteerd op deze cliënten, signaleert ze niet op tijd en beschikt niet over aangepaste intake-instrumenten;
- De VG-instelling (indien betrokken) beschikt over relevante informatie over de cliënt die niet altijd vooraf beschikbaar gesteld wordt bij verwijzing naar de verslavingszorg.

Door deze verschillende factoren stagneert de hulpverlening aan cliënten met een LVB en problematisch middelengebruik, is de ketenzorg onvoldoende geborgd en vallen cliënten tussen wal en schip. Op dit moment is echter onvoldoende onderzocht welke oplossingen er zijn voor de verschillende knelpunten in de intake in de verslavingszorg voor mensen met een LVB. In het project '(H)erkend en juist behandeld' werd daarom nader onderzoek

gedaan naar knelpunten en mogelijke oplossingen om de toegang tot de verslavingszorg voor deze doelgroep te verbeteren.

Het project richtte zich daarbij op het ontwikkelen en testen van een handreiking gericht op:

1. een betere (en tijdige) herkenning van problematisch gebruik (in de VG-zorg),
2. een betere (en tijdige) herkenning van LVB (in de verslavingszorg),
3. een betere intakeprocedure in de verslavingszorg die beter aansluit op de behoeften en kenmerken van cliënten met een LVB,
4. het verbeteren van de samenwerking tussen de verslavingszorg en VG-zorg.

Het uiteindelijke doel van dit project was om de intake bij de verslavingszorg efficiënter, doelmatiger en LVB-vriendelijker te laten verlopen. In dit artikel worden de voor de VG-zorg relevante bevindingen samengevat⁵.

Methodie

Projectopzet

De ontwikkeling van de handreiking LVB-vriendelijke intake vond in twee fasen plaats:

1. Probleemverkenning door a. literatuuronderzoek en b. focusgroepen. Op basis hiervan werd een conceptversie van de handreiking geschreven;
2. Pilots met de conceptversie van de handreiking met aandacht voor haalbaarheid en toepasbaarheid, efficiëntie en LVB-vriendelijkheid van de nieuwe werkwijze. Op basis van de ervaringen tijdens de pilot werd de definitieve handreiking samengesteld.

Deelnemers

Aan dit project namen vier grote Nederlands instellingen voor verslavingszorg met zeven van hun VG-ketenpartners deel. Veertien medewerkers uit de verslavingszorg, achttien medewerkers uit de gehandicaptenzorg en acht cliënten met een LVB en verslaving participeerden in de focusgroepen. Vijftien professionals

⁵ Een variant van dit artikel wordt ter publicatie aangeboden aan tijdschriften voor verslavingszorg.

werden geïnterviewd over hun ervaringen met de conceptversie van de handreiking: acht medewerkers van de verslavingszorg en zeven medewerkers van de VG-zorg. De projectpartners hebben tezamen 40 casusbeschrijvingen aangeleverd over het werken met de nieuwe handreiking.

1a. Literatuuronderzoek

In PsychINFO, PubMed en Google Scholar werd tussen 14 juli en 15 september 2015 gezocht naar Engelstalige en Nederlandstalige studies over:

1. De toegankelijkheid van de verslavingszorg voor mensen met een LVB,
2. Het screenen op middelengebruik onder mensen met een LVB,
3. Het screenen op LVB onder mensen met verslavingsproblemen.

Gebruikte (combinaties van) zoektermen waren onder meer: mild intellectual disability (MID); LVB; intake; screening; treatment access; substance abuse treatment; special needs; alcohol abuse treatment; verslaving; middelengebruik.

1b. Focusgroepen

Voor het inventariseren van knelpunten en oplossingen bij de reguliere intakeprocedure in de verslavingszorg in relatie tot LVB werd een zestal focusgroepen gehouden. Twee van de focusgroepen werden gehouden met organisaties die aan de pilot mee wilden doen: een met medewerkers van de verslavingszorg (n = 9) en een met medewerkers van VG-zorg (n = 6). Twee andere focusgroepen werden gehouden tijdens een training over LVB en verslaving, en bestonden uit medewerkers uit beide sectoren (n = 6, n = 14). De twee focusgroepen met cliënten met een LVB (n = 8) en hun begeleiders (n = 4) vonden plaats bij twee van de VG-projectpartners. De focusgroepen met cliënten met een LVB en hun begeleiders waren erop gericht de intakeprocedure vanuit cliëntperspectief te zien, als aanvulling op de meer procedurele benadering ('hoe kunnen we het praktisch en goed regelen') vanuit de professionals. Van deze bijeenkomsten zijn verslagen

op hoofdlijnen en thema's gemaakt. De informatie uit de focusgroepen werd telkens ter toetsing ingebracht in volgende focusgroepen.

Dataverzameling en analyse

Knelpunten en mogelijke oplossingen daarvoor uit zowel de literatuur als de focusgroepen vormden de basis voor de handreiking.

2. Pilots met de concept handreiking

De pilots vonden plaats van maart tot en met september 2016, op vijf locaties van vier instellingen voor verslavingszorg. Per locatie werd een startbijeenkomst gehouden, waarin met deelnemers de handreiking werd doorgenomen. Voor geïnteresseerden vond tevens een training plaats in zowel afname van de Substance use and misuse in Intellectual Disability-Questionnaire (SumID-Q; VanDerNagel, Kiewik, Van Dijk, De Jong, & Didden, 2011) als de Montreal Cognitive Assessment- Dutch version (MOCA-D, Buijnen, Kessels, Dijkstra, Walvoort, Wester, & De Jong, 2013). Gegevens over het verloop van de pilots en feedback op de handreiking is verzameld door:

- a. Het opvragen van, volgens een vast format gestructureerde, casusbeschrijvingen,
- b. Semi-gestructureerde interviews (telefonisch en face-to-face) met professionals, tijdens en na afloop van de pilots.

Dataverzameling en analyse

Casusbeschrijvingen en semi-gestructureerde interviews werden geanalyseerd en thematisch samengevat door een van de auteurs, en inhoudelijk getoetst door experts en de begeleidingscommissie van het project.

Resultaten

Literatuurstudie

De toegankelijkheid van (verslavings)zorg blijkt hooguit indirect onderwerp in wetenschappelijke publicaties te zijn, doorgaans in een beschrijving van hindernissen om in behandeling te gaan. Dergelijke publicaties bevestigen de knelpunten uit de Nederlandse praktijk, zoals in de introductie geschetst. Uit een Amerikaans onderzoek blijkt dat jongeren met een

LVB die middelen misbruiken minder vaak in verslavingsbehandeling gaan dan jongeren zonder beperking (Slayter, 2010). Aanbevelingen uit deze studie zijn gericht op betere samenwerking tussen verslavingszorg en gehandicaptenzorg (“integration and interdisciplinary collaboration”), waarbij aanpassing op de behoeften van deze doelgroep naar verwachting drop-out zal verminderen (Slayter, 2010).

Een Belgische kwalitatieve studie in het kader van een masterscriptie verzamelde informatie via focusgroepen in de Belgische en Nederlandse LVB-sector én verslavingszorg. De resultaten ondersteunen dat de intakeprocedure van de verslavingszorg “niet door te geraken” is, o. a. vanwege het gebruik van complexe formulieren. Voor mensen met een LVB zijn ook de in de GGZ gangbare wachtlijsten een reden om af te haken. Belangrijke aspecten van een succesvolle intake en behandeltraject zijn o. a. een vertrouwde begeleider en een aangepast tempo van interventies en aanbieden van nieuwe informatie. Samenwerking tussen de LVB-sector en verslavingszorg is soms lastig, omdat ze elkaar onvoldoende kennen en er wederzijds soms te hoge verwachtingen zijn (Rossey, 2012).

In een Brits adviesrapport over de toegang van de GGZ voor mensen met een licht verstandelijke beperking wordt benadrukt dat de LVB-zorg en de GGZ wederzijds goedgekeurde werkwijzen (“protocols and practices”) zouden moeten hebben om de best mogelijke zorg te kunnen bieden. Regelmatige face-to-face ontmoetingen tussen verslavingszorg en VG-zorg bevorderen daarbij het probleemoplossend vermogen binnen de samenwerking. Begeleiding vanuit de VG-zorg wordt gezien als een cruciale factor om daadwerkelijk binnen te komen in de reguliere GGZ, waaronder verslavingszorg (Royal College of Psychiatrists, 2012).

Ook publicaties over screeningsinstrumenten voor (problematisch) middelengebruik onder mensen met een LVB zijn schaars. Kouimtsidis et al. (2015) geven in hun study protocol aan de Alcohol Use Disorder Identification Test

(AUDIT; Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001) te gebruiken in een studie naar behandeling voor alcoholafhankelijkheid onder LVB, maar deze lijst is niet gevalideerd voor deze populatie. De Nederlandse Substance use and misuse in Intellectual Disability-Questionnaire SumID-Q; VanDerNagel, Kiewik, Van Dijk, De Jong, & Didden, 2011) is wel specifiek ontwikkeld voor deze doelgroep. Deze bleek in een vergelijking met rapportage van begeleiders en biomarkeronderzoek in urine- en haar-samples goed bruikbaar voor cliënten met een LVB (VanDerNagel, Kiewik et al., 2017).

Wat betreft screening op LVB bleken een drietal Nederlandstalige screeningsinstrumenten gebruikt te kunnen worden voor cognitieve screening in de intake in de verslavingszorg: de Hayes Ability Screening Index (HASI; Hayes, 2000), de Montreal Cognitive Assessment (MoCa; Nasreddine et al., 2005) en de Screener voor Intelligentie en Licht verstandelijke beperking (SCIL; Kaal, Nijman, & Moonen, 2013) (tabel 1). Voor het laatste instrument ontbreken studies onder verslaafden. De HASI is in Vlaanderen in een populatie problematische gebruikers gevalideerd ten opzichte van een WAIS-III totaal IQ < 70, en presteerde daarin goed. In Nederlands onderzoek onder patiënten in de verslavingszorg was de sensitiviteit voor een WAIS-III totaal IQ < 85 echter teleurstellend. In dit onderzoek presteerde de MoCa beter (Tabel 1).

Tabel 1. Screeningsinstrumenten voor cognitief functioneren.			
Instrument, auteur, aantal versies	Training, afname duur, kosten	Oorspronkelijke doelgroep	Onderzoek binnen verslavingszorg
HASI Hayes (2000) 1 Nederlandse versie	Kan worden afgenomen door getrainde leken 5-10 minuten Niet gratis	Screenen op LVB in forensische settings.	To et al. (2014) Vergelijking met WAIS- III IQ < 70 Cut-off 86: Sensitiviteit 100% Specificiteit 79% Van Dijk et al. (2016) Vergelijking met WAIS-III IQ<85 Cut-off 85: Sensitiviteit 48% Specificiteit 88%
MoCa Nasreddine et al. (2005) Beschikbaar in de meeste talen, 3 Nederlandse versies	Kan worden afgenomen door getrainde leken 5 – 10 minuten Gratis	Screenen op lichte cognitieve stoornissen.	Van Dijk et al. (2016) Vergelijking met WAIS-III IQ < 85 Cut-off 26: Sensitiviteit 86% Specificiteit 59%
SCIL Kaal et al. (2013) Beschikbaar in het Nederlands	Kan worden afgenomen door getrainde leken 10 minuten Niet gratis	Screenen op LVB in forensische settings.	Niet onderzocht in verslavingszorg

Focusgroepen

Deelnemers aan de focusgroepen uit zowel de verslavingszorg als de VG-zorg ervaren problemen in de reguliere intake in de verslavingszorg en zien mogelijkheden dit proces te verbeteren. Dat bleek dan ook een belangrijke motivatie voor participatie in dit project. In de eerste focusgroepen hebben deelnemers de problemen vooral vanuit hun eigen perspectief geschetst, maar vaak was er daarbij ook begrip voor de 'andere partij'. In latere focusgroepen was er meer aandacht voor het gezamenlijk (vanuit beide disciplines) denken over oplossingen.

Cultuurverschillen

Respondenten uit de VG-zorg en de verslavingszorg geven aan dat cultuurverschillen, visie op de problematiek en verwachtingen over en weer nogal eens voor wrijving zorgen.

Eenzijds wordt dan bijvoorbeeld de VG-zorg verweten dat men te lang "aanmoddert" met verslavingsproblemen. Verwijzing vindt soms pas plaats wanneer de problemen fors oplopen, bijvoorbeeld wanneer iemand (bijna) uit de VG-zorginstelling wordt gezet. Anderzijds klinkt het signaal dat de VG-zorg soms "voor drie keer niks" verwijst. De VG-zorg voelt zich op haar beurt nogal eens in de steek gelaten door het beperkte aanbod dat de verslavingszorg heeft voor cliënten met een LVB. Daarnaast zouden intakers in de verslavingszorg te veel op slechts het verhaal van de cliënt varen: "De verslavingszorg snapt het niet, ze zijn naïef. Ze geloven te gemakkelijk de cliënt." Deelnemers zien in wederzijdse laagdrempelige consultatie, deskundigheidsbevordering en implementatie van screeningsinstrumenten belangrijke startpunten voor verbetering van de samenwerking met daarmee een vergrote

(H)erkend en juist behandeld: Een verbeterde toegang tot de verslavingszorg voor mensen met een lichteverstandelijke beperking – van der Nagel, Kemna, Barendregt & Wits

kans op een succesvol behandeltraject voor de LVB-cliënt.

Vorbereiding van de intake

Praktische problemen in verwijzing voor de intake zijn bijvoorbeeld dat veelal van tevoren niet bekend is dat er sprake is van een cliënt met een LVB, laat staan welke bejegeningstijl gepast is. Andersom is bij de VG-zorgorganisatie vaak niet bekend wat men van een intake in de verslavingszorg kan verwachten. Veelal gaat de correspondentie over de intake rechtstreeks naar de cliënt, waardoor de VG-zorgbegeleiders niet altijd op de hoogte zijn van de planning en procedure van de intake. Wanneer dit vervolgens leidt tot no-show (omdat de cliënt post niet opent, de uitnodigingsbrief niet begrijpt of de intake vergeet) wordt een behandeltraject soms al afgebroken voor de intake gestart is.

Oplossingen voor deze knelpunten zijn onder meer het (laten) vermelden van de LVB in de verwijsbrief, het toesturen van aanvullende informatie over diagnostiek en passende bejegening, en het – mede – zenden van de uitnodiging voor de intake aan begeleiding.

Het intakegesprek

Wat betreft het intakegesprek zelf wordt opgemerkt dat er een discrepantie is tussen de geprotocolleerde werkwijze en de behoefte aan maatwerk bij mensen met een LVB. Standaard intake-instrumenten (zoals de MATE of de EuropASI) vormen een forse drempel in de intake, zowel door de lengte van de instrumenten als door de complexiteit van de vragen. Daarbij wordt de bejegening vaak als te formeel, te verbaal en te taakgericht ervaren: “Cliënten haken af omdat er geen behandelrelatie is.” De beschikbaarheid van voorinformatie (op basis waarvan een deel van de vragen al beantwoord kan worden) en de aanwezigheid van begeleiders uit de VG-zorg als ‘hulpbron’ kunnen dit proces in gunstige zin beïnvloeden. Soms blijkt de aanwezigheid van een VG-zorgbegeleider echter te leiden tot “een gesprek over het hoofd van de cliënt heen”. Dit speelt

vooral als de VG-zorg een andere ‘agenda’ heeft dan de cliënt of als in de verslavingszorg de vaardigheid om op de cliënt af te stemmen, of in de driehoeksrelatie cliënt - LVB-zorg - verslavingszorg te werken, onvoldoende is.

De beschikbaarheid van voorinformatie (op basis waarvan een deel van de vragen al beantwoord kan worden), het trainen van intakepersoneel in de verslavingszorg in communicatie met mensen met een LVB en de aanwezigheid van begeleiders uit de VG-zorg als ‘hulpbron’ kunnen het intakeproces in gunstige zin beïnvloeden.

Samenstelling van de handreiking

Organisatie, inhoud en bejegening in aanmeldings- en intakeprocedures verschillen tussen verslavingszorginstellingen. Daarmee verschillen – zo bleek uit de focusgroepen – ook de knelpunten en daarbij behorende oplossingen. Het bleek daardoor niet mogelijk om één uniforme werkwijze te beschrijven die in alle instellingen en samenwerkingsverbanden eenvoudig te implementeren zou zijn. Daarom werd de handreiking ingedeeld in een aantal processtappen van de intake (aanmelding & verwijzing; gegevensverzameling voor intake en voorbereiding van het gesprek; het intakegesprek zelf) en aandachtsgebieden (onder meer: collegiale samenwerking en taakverdeling, gebruik van instrumentaria in de intake, zorgzwaarte en indicatie). Voor elke processtap werd – gebruikmakend van de bevindingen uit literatuur en focusgroepen – de meest wenselijke situatie (namelijk, die optimaal recht doet aan de behoeften van de LVB-cliënt in de intake) geschetst. Daarbij werden – voor het geval de meest wenselijke situatie (nog) niet haalbaar is – suggesties opgenomen op basis waarvan het intakeproces stap voor stap LVB vriendelijker gemaakt kan worden.

De handreiking schetst ook hoe gehandeld kan worden als in de loop van een reguliere intake aan het licht komt dat de cliënt een LVB heeft. Daarnaast komen randvoorwaardelijke en organisatorische aspecten aan bod en worden praktische handvatten en voorbeelden (bijvoorbeeld van brieven aan cliënten met een LVB) gegeven.

Resultaten van de pilot met de handreiking

De samenwerking tussen verslavingszorg en VG-zorg blijkt vooral met twee onderdelen van een LVB-vriendelijke intake vorm gegeven te worden:

1. Het voorafgaand aan de intake aanleveren van informatie over de cliënt (voorinformatie) “Voorinformatie over een cliënt kan enorm helpen een gesprek in een goede flow te laten verlopen, dat staat in de handreiking maar weten we ook uit eigen ervaring. Je kunt veel beter inspelen op wie de persoon is en welke benaderingswijze hij of zij nodig heeft.” Het gaat bij dit soort informatie om diagnostische informatie (zowel over de beperking als over co-morbiditeit), maar ook om informatie over de bij deze cliënt geschikte bejegening.
2. Het vergezellen van de cliënt bij de intake door de persoonlijk begeleider: “...’ik heb begrepen dat je wil stoppen met drinken?!’ zei die mevrouw van de verslavingszorg. Ik zag toen onmiddellijk de paniek op het gezicht van mijn cliënt en greep in: ‘Ho, hij wil niet stoppen hij wil gewoon minderen’. Als ik er niet was geweest had hij gewoon het gesprek verbroken.” De samenwerking die in het kader van deze pilot is aangegaan tussen VG-zorg en verslavingszorg heeft in de meeste gevallen geleid tot “korte lijntjes”. Het is volgens de deelnemers daardoor meer vanzelfsprekend elkaar te bellen of te mailen en casussen voor te bespreken voordat de feitelijke aanmelding plaatsvindt. Daardoor worden volgens hen vergissingen of miscommunicaties ook sneller rechtgezet. Doordat de suggesties voor een LVB-vriendelijke intake zowel vanuit het perspectief van de reguliere intake, als vanuit intakes na aanmelding door VG-zorg worden beschreven, is er in de handreiking op onderdelen enige overlap. De algemene indruk is dat de tips en suggesties in de handreiking goed aansluiten op de praktijk van doorverwijzing naar de verslavingszorg en aansluitend de intake van mensen met een LVB. De conceptversie van de handreiking, zoals getest in

de pilot, lijkt echter vooral interessant voor gedragswetenschappers en teamleiders die de contacten met instellingen voor verslavingszorg onderhouden als het gaat om verwijzing, het leveren van relevante en actuele dossier- en bejegeninginformatie en terugkoppeling over de behandeling. De handreiking vormt een goede basis om met de verslavingszorg werkafspraken te maken. Het afnemen van de SumID-Q (screeningsinstrument middelengebruik) wordt voornamelijk door daarin getrainde gedragswetenschappers gedaan. Screening van alle regulier aangemelde patiënten in de verslavingszorg op een mogelijke LVB bleek helaas niet haalbaar binnen deze pilot. Daarmee komt casefinding van niet eerder (door bijvoorbeeld verwijzer) geïdentificeerde LVB in het gedrang. Deelnemers geven drie redenen aan waarom screening niet haalbaar is: 1. schroom om een dergelijke screening standaard af te nemen, 2. praktische problemen met het gebruik van instrumenten (waaronder noodzaak tot scholing en kosten), 3. het volle programma van de intake dat weinig ruimte voor extra screening overlaat.

Aanpassing van de handreiking

Vanwege de behoefte aan korte, overzichtelijke instructies zijn per onderdeel van de handreiking werkkaarten ontwikkeld. Deze zijn als bijlagen toegevoegd aan de definitieve handreiking (VanDerNagel, Van Dijk, Kemna, Barendregt, & Wits, 2017).

Discussie en conclusie

Voor zover bekend is dit het eerste project waarin de samenwerking tussen VG-zorg en verslavingszorg rondom de intake van cliënten met een LVB in de verslavingszorg werd onderzocht en verbeterd. In de focusgroepen kwamen aanzienlijke knelpunten aan het licht, maar werd ook constructief nagedacht over gezamenlijke oplossingsrichtingen. De handreiking kreeg door deze input een belangrijk ‘bottom-up’-karakter en bleek voor deelnemers aan de pilot goed toepasbaar in de dagelijkse praktijk. Op een aantal punten is de

uitvoerbaarheid echter lastiger: de screening op LVB onder cliënten in de reguliere intake kwam nauwelijks van de grond. Hierbij lijken zowel tijdsbeperkingen (een extra screener in een volle intake agenda) als attitude-aspecten (intakers vinden het niet passend om iedereen te screenen) een rol te spelen. Daarnaast blijken er veel deelaspecten aandacht te vergen in het LVB-vriendelijk maken van de intake. Voor een geslaagde implementatie is daarom ondersteuning op proces- en teamleidersniveau nodig. Daarnaast is het de vraag in hoeverre de resultaten uit deze pilot gegeneraliseerd kunnen worden naar andere instellingen voor verslavingszorg en VG-zorg. Deelnemers aan dit project zijn bij aanvang van het project al gemotiveerd het intakeproces LVB-vriendelijker te maken. Deze motivatie is – zowel volgens de deelnemers als volgens de projectleiding – niet vanzelfsprekend voor alle collega's in de verslavingszorg en VG-zorg. Een succesvolle implementatie van de LVB-vriendelijke intake in alle instellingen voor verslavingszorg is daarmee nog geen gelopen race.

Dit project toont echter wel aan dat een LVB-vriendelijkere intake een realistische mogelijkheid is. De verspreiding van de handreiking met concrete adviezen en aanbevelingen via onder meer Resultaten Scoren zorgt ervoor dat alle verslavingszorginstellingen kunnen beschikken over de kennis en ervaringen opgedaan in dit project. Daarnaast is met de ontwikkeling van deze handreiking in combinatie met de eerder ontwikkelde CGT+, een basisbehandeltraject uitgewerkt voor cliënten met een LVB en verslaving. Het project gericht op een aangepaste intake heeft daarnaast opnieuw de toegang tot goede GGZ-zorg voor mensen met een LVB op de agenda gezet. Voortbordurend op deze pilot in de verslavingszorg zal ook voor de algemene GGZ gewerkt worden aan een LVB-vriendelijkere voordeur. In de verslavingszorg wordt het onderzoek naar effectieve en goed ingerichte zorg voor cliënten met een LVB intussen vervolgd.

Literatuur

Babor, T., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., &

- Monteiro, M. G. (2001). *The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Guidelines for use in Primary Care (2nd edition)*. Geneva: World Health Organization.
- Bruijnen, C. J. W. H., Kessels, R. P., Dijkstra, B. A. G., Walvoort, S. J. W., Wester, A. J., & Jong, C. A. J. de (2016). *Montreal Cognitive Assessment - Dutch (MoCA-D): Een cognitieve screener in de Nederlandse reguliere verslavingszorg*. Nijmegen: NISPA.
- Dijk, M. van, VanDerNagel, J. E. L., Dijkstra, B. A. G., Didden, R., Haan, H. A. de, & Jong, C. A. J. de (2016). TactIQ: Lichte Verstandelijke Beperking bij mensen met een verslaving. In C. A. J. de Jong, H. A. de Haan, B. A. G. Dijkstra, & A. F. A. Schellekens (Red.), *Verslaving anders bekijken* (pp. 34–37). Nijmegen: NISPA.
- Hammink, A., Schrijvers, C., & Mheen, D. van de (2014). Alcohol en drugsgebruik onder mensen met een licht verstandelijke beperking. *Verslaving*, 10(2), 57-70.
- Hammink, A. B., VanDerNagel, J. E. L., & Mheen, D. van de (2014). Dual disorders: Mild intellectual disability and substance abuse. In G. Dom, & F. Moggi (Eds.), *Co-occurring addictive and psychiatric disorders: A practice-based handbook from a European perspective* (pp. 206-220). Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.
- Hayes, S. (2000). *Hayes Ability Screening Index: Manual*. Sydney: Faculty of Medicine, University of Sydney.
- Kaal, H. L., Nijman, H., & Moonen, X. (2013). *Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking*. Amsterdam: Hogrefe.
- Kouimtsidis, C., Fodor-Wynne, L., Scior, K., Hunter, R., Baio, G., Pezzoni, V., & Hassiotis, A. (2015). Extended brief intervention to address alcohol misuse in people with mild to moderate intellectual disabilities living in the community (EBI-ID): Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16, 114, 1-8.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., . . . Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695–699.
- Rossey, J. (2012). *Screening en behandeling van middelenmisbruik bij personen met een verstan-*

- delijke beperking : kwalitatief onderzoek naar de perceptie van hulpverleners*. Master scriptie, Gent: Universiteit Gent, faculteit psychologie en pedagogische wetenschappen.
- Royal College of Psychiatrists. (2012). *Enabling people with mild intellectual disability and mental health problems to access healthcare services*. London: Royal College of Psychiatrists.
- Slyter, E. M. (2010). Not immune: Access to substance abuse treatment among Medicaid-covered youth with mental retardation. *Journal of Disability Policy Studies*, 20, 195–204.
- To, W. T., Vanheule, S., & Vanderplasschen, W. (2014). Screening for intellectual disability in persons with a substance abuse problem : Exploring the validity of the Hayes Ability Screening Index in a Dutch-speaking sample. *Research in Developmental Disabilities*, 36, 498–504.
- VanDerNagel, J. E. L., Dijk, M. van, Kemna, L. E. M., Barendregt, C., & Wits, E. (2017). *(H)erkend en juist behandeld: Handreiking voor implementatie en uitvoering van een LVB-vriendelijke intake in de verslavingszorg*. Utrecht: Perspectief.
- VanDerNagel, J. E. L., Kemna, L., Trentelman, M. J., & Didden, R. (2013). Middelengebruik bij cliënten met een verstandelijke beperking: Methode voor het signaleren en bespreken. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 157, A5668.
- VanDerNagel, J. E. L., & Kiewik, M. (2016). *CGT+, Cognitieve gedragstherapeutische behandeling voor problematisch middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Utrecht: Perspectief.
- VanDerNagel, J., Kiewik, M., & Didden, R. (2012) *Iedereen gebruikt, toch? Handboek LVB en verslaving*, Amsterdam: BOOM.
- VanDerNagel, J. E. L., Kiewik, M., Dijk, M. van, Didden, R., Korzilius, H. P. L. M., Palen, J. van der, . . . Jong, C. A. J. de (2017). Substance use in individuals with mild to borderline intellectual disability: A comparison between self-report, collateral-report and biomarker analysis. *Research in Developmental Disabilities*, 63, 151-159.
- VanDerNagel, J. E. L., Kiewik, M., Dijk, M. van, Jong, C. A. J. de, & Didden, R. (2011). *Handleiding SumID-Q. Meetinstrument voor het in kaart brengen van middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Deventer: Tactus verslavingszorg.