

Praktijkboek triple problematiek

Praktijkboek triple problematiek

Een psychische stoornis, verslaving en
een licht verstandelijke beperking

Neomi van Duijvenbode, Joanneke van der Nagel, Robert Didden



Praktijkboek triple problematiek

Een psychische stoornis, verslaving en een licht verstandelijke beperking

Neomi van Duijvenbode, Joanneke van der Nagel, Robert Didden

ISBN 978 90 8850 822 6

NUR 875/770

THEMA MKLD

BISAC MED105000

© 2020 Uitgeverij SWP Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met Uitgeverij SWP voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen door een onderwijsinstelling van een gedeelte uit deze uitgave, in papieren vorm of digitaal, (bijvoorbeeld voor plaatsing ervan op uw digitale leeromgeving of in een reader) kunt u zich richten tot: Stichting UvO, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, Tel. 023-8700212, www.stichting-uvo.nl UvO@cedar.nl.

INHOUD

Introductie	00
Leeswijzer	00
Belangrijke begrippen	00
 Deel 1: De doelgroep in beeld	 00
1. Triple problematiek	00
Drie soorten problemen	00
Een diverse doelgroep	00
Tussen wal en schip	00
2. Een veelvoorkomend verschijnsel	00
Comorbiditeit	00
Psychische stoornis en verslaving	00
Psychische stoornis bij mensen met een licht verstandelijke beperking	00
Verslaving bij mensen met een licht verstandelijke beperking	00
Triple problematiek	00
3. Drie met elkaar samenhangende problemen	00
Kip of ei?	00
Triple? Trouble!	00
 Deel 2: Triple problematiek in de praktijk	 00
4. Signaleren en screenen	00
Het belang van screening	00
Rode vlaggen en handige vragen	00
Signalen bespreken	00
Alles op een rijtje	00
5. Communicatie en bejegening	00
Communicatie	00
Opbouwen van een werkrelatie	00

Bejegening	00
Een ezelsbruggetje	00
6. Begeleiding als stevige basis	00
Methodieken	00
Is dat mijn taak?!	00
Verschillende petten	00
Deel 3:	00
Het inschakelen van extra hulp	00
7. Verwijzen: maar waarheen?	00
Safety first	00
Passende zorg volgens de patiënt	00
Passende zorg volgens de hulpverlener	00
Wáár vind je passende zorg?	00
Hoe regel je passende zorg?	00
8. Diagnostiek en behandeling	00
Diagnostiek	00
Je wilt veel weten!	00
Waar moet je beginnen?	00
Wat is er nodig om verder te komen?	00
Uitgangspunten in behandeling	00
Passende zorg	00
Psychotherapie bij triple problematiek	00
Medicamenteuze behandeling bij triple problematiek	00
De rol van de begeleider	00
9. Samenwerken: tobben of teamwork?	00
Uitgangspunten bij teamwork	00
Effectief teamwork	00
Samenwerking op steeds hoger niveau	00
Tegengif bij tobben over teamwork	00
We komen er samen gewoon niet uit...	00

Deel 4:	00
Bijlagen en achtergrondinformatie	00
Bijlage 1: Verstandelijke beperking	00
Een verstandelijke beperking gedefinieerd	00
Verschillende gradaties	00
Oorzaken van een verstandelijke beperking	00
Bijlage 2: Psychische stoornissen	00
Ziek en gezond; gek en normaal	00
Psychiatrie door de jaren heen	00
Classificatiesystemen	00
Bijlage 3: Middelengebruik en verslaving	00
Stadia van middelengebruik	00
Middelen en hun werking	00
Bijlage 4: Meer weten...?	00
Psychische stoornissen en verslaving	00
Psychische stoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking	00
Middelengebruik en verslaving bij mensen met een licht verstandelijke beperking	00
Triple problematiek	00
Signaleren en in kaart brengen	00
Verwijzen en samenwerken	00
Behandeling van psychische stoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking	00
Behandeling van verslaving bij mensen met een lichte verstandelijke beperking	00
Behandeling van triple problematiek	00
Aangehaalde literatuur	00
Index	00

INTRODUCTIE



Kevin (21 jaar) gaat na aandringen van zijn moeder naar de huisarts. Hij heeft een blauw oog en een gescheurde lip. Moeten er foto's worden gemaakt of zijn er hechtingen nodig? Gelukkig blijkt de lichamelijke schade mee te vallen. Maar hoe is dit nu gebeurd? Kevin laat niet veel los; hij is niet zo'n prater en vindt het lastig om dingen uit te leggen.

Maar bij doorvragen van de huisarts barst hij uiteindelijk in tranen uit. Kevin is door zijn dealer in elkaar geslagen. Hij blijkt een forse schuld te hebben vanwege de grote hoeveelheid cannabis die hij gebruikt. 'Rotspul,' vindt Kevin zelf, maar hij kan ook niet zonder, want 'dan komen die afschuwelijke dromen weer...'

Wat begon als een eenvoudige vraag op het spreekuur van de huisarts (moeten er foto's gemaakt worden of zijn er hechtingen nodig?) bleek na enig aandringen toch meer complex te zijn. Kevin vindt het lastig om hulp te vragen en zijn problemen te beschrijven. Hij gebruikt drugs, er zijn schulden en hij blijkt last te hebben van nachtmerries. Aan de huisarts de ingewikkelde taak om uit te zoeken wat er precies aan de hand is en wat er nodig is om Kevin verder te helpen. Moet hij naar de verslavingszorg? Of moeten eerst zijn 'afschuwelijke dromen' worden onderzocht? En hoe kan hij het best geholpen worden als hij zoveel moeite heeft om zich uit te drukken en om hulp te vragen?

Een dergelijke combinatie van problemen komt wel vaker voor. De problemen van patiënten passen zelden in één vakje. Net zoals bij Kevin. Er is bijvoorbeeld sprake van zowel verslaving als van een psychische stoornis. Of van een psychische stoornis en een licht verstandelijke beperking (vaak afgekort tot LVB). Gelukkig is er steeds meer aandacht voor deze zogenaamde 'dubbeldiagnose'-problematiek of comorbiditeit. Maar soms zijn de problemen nog complexer. Soms gaan zowel verslaving, een psychische stoornis en een licht verstandelijke beperking samen. In dat geval spreken we van 'triple problematiek'. Daarover gaat dit boek.

Vanwege de verschillende problemen hebben patiënten met triple problematiek vaak contact met diverse hulpverleners. Professionals in de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg, forensische zorg en maatschappelijke opvang kunnen daarom patiënten met triple problematiek tegenkomen. Maar ook huisartsen, praktijkondersteuners en sociale wijkteams hebben in toenemende mate met deze patiënten te maken. Zij vormen een belangrijke schakel in de indicatiestelling en verdere doorverwijzing naar specialistische hulpverlening. Voor al deze hulpverleners is dit boek bedoeld.

Leeswijzer

Het boek is opgedeeld in vier delen. Deel 1 beschrijft waar het om gaat bij triple problematiek. Wat kenmerkt patiënten met triple problematiek? Hoe vaak komt triple problematiek voor? En hoe hangen de verschillende problemen onderling samen? In deel 2 worden handvatten voor de praktijk beschreven. Deze zijn onder andere bedoeld om samenwerking te vergroten tussen hulpverleners uit de verschillende sectoren die nodig zijn bij triple problematiek. Daarbij wordt beschreven hoe in de begeleiding, communicatie en bejegening rekening gehouden kan worden met de behoeften, mogelijkheden en beperkingen van patiënten met triple problematiek. Je zult in dit deel van het boek veel tips voor de dagelijkse praktijk vinden. Deel 3 behandelt de organisatie van hulpverlening. Welke verwijsmogelijkheden zijn er? Hoe kunnen verschillende partijen in de keten samenwerken en afstemmen? En welke beleidsafspraken zijn er nodig om rekening te houden met deze complexe triple problematiek? Ook in dit deel weer veel tips voor de dagelijkse praktijk. Deel 4 bevat bijlagen, waarin een uitgebreide literatuurlijst, alsmede achtergrondinformatie over psychische stoornissen, verslavende middelen en een licht verstandelijke beperking zijn opgenomen.

Door het hele boek heen vind je boxen, praktijkopdrachten, citaten van patiënten en hulpverleners en casusbeschrijvingen. De boxen zijn bedoeld voor mensen die meer informatie willen over een thema dat in de tekst is aangehaald. De praktijkopdrachten toetsen kennis (wat weet je van dit onderwerp af?), zetten aan tot reflectie (wat vind je van dit onderwerp?), bieden oefenmogelijkheden (hoe ervaar je dit onderwerp zelf?) en verbinden de theorie met de praktijk (hoe zit dat in jouw eigen caseload?). Ze kunnen ingezet worden in formele scholingsactiviteiten, maar ook toegepast worden voor zelftoetsing of als manier om de theorie te verbinden aan je eigen werk. De antwoorden op kennisvragen zijn te vinden op de website van Uitgeverij SWP: swpbook.com/2071 (**button Extra materiaal**). De citaten zijn deels afkomstig uit het project 'Complexe zorg leer je van elkaar'. Dit project is gefinancierd door het RadboudCSW Innovatiefonds. Patiënten en hulpverleners van Tactus Verslavingszorg, Trajectum, GGNet en Pluryn hebben hieraan bijgedragen. De casusbeschrijvingen zijn gebaseerd op bestaande patiënten. Hun namen zijn gefingeerd om de privacy te bewaken.

Belangrijke begrippen

Voordat je verder gaat met lezen, willen we toelichten hoe we een aantal begrippen gebruiken. Een aantal termen hebben namelijk in verschillende sectoren ook verschillende betekenissen.

In dit boek gebruiken we de term **patiënt** voor personen met triple problematiek die hiervoor begeleiding ontvangen vanuit de verstandelijk gehandicaptenzorg of maatschappelijke zorg en/of voor hun problematiek in behandeling zijn binnen de geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg. We hebben voor deze term gekozen vanwege de per definitie

complexe problematiek van deze personen en de noodzaak voor behandeling ervan. Die behandeling kan verschillende vormen aannemen (bijvoorbeeld ambulant of klinisch) en in verschillende sectoren plaatsvinden, waaronder huisartsenzorg, verslavingszorg of geestelijke gezondheidszorg (ggz). Onder **behandelaar** verstaan we iedereen die voor zijn beroep patiënten indiceert, diagnosticeert of behandelt. In dit boek gebruiken we de term zowel voor professionals in de verstandelijk gehandicaptenzorg als de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg of huisartsenzorg. De term **behandeling** wordt op een vergelijkbaar brede wijze gebruikt: het omvat zowel medische behandeling als orthopedagogische, psychologische en vaktherapeutische behandeling. Het begrip **begeleider** gebruiken we voor de professionals die patiënten ondersteunen in het dagelijks functioneren. Het kan gaan om bijvoorbeeld het sociaal functioneren, zelfzorg, dag- en vrijetijdsbesteding, leefstijl, et cetera. In dit boek gebruiken we deze term voor alle ondersteuning die patiënten met triple problematiek krijgen in het dagelijks functioneren, zowel die vanuit de verstandelijk gehandicaptenzorg, verslavingszorg als vanuit sociaal-maatschappelijke zorg (**begeleiding**). Je zult merken dat sommige delen specifiek gaan over behandeling en andere over begeleiding. Alhoewel ze nauw samenwerken, hebben behandelaars en begeleiders deels verschillende taken en verantwoordelijkheden. Soms is het daarom nodig om dit onderscheid te maken. Maar het meeste is voor iedereen van toepassing. In dit boek gebruiken we de term **hulpverlener** daarom als overkoepelende term voor iedere professional die als behandelaar of begeleider te maken krijgt met patiënten met triple problematiek.

DEEL 1:

DE DOELGROEP IN BEELD



1. TRIPLE PROBLEMATIEK



Albert, behandelaar in de geestelijke gezondheidszorg: 'Het lijkt wel alsof de problematiek van patiënten steeds ernstiger en gecompliceerder wordt. Er is steeds vaker een combinatie van problemen: middelengebruik, psychische klachten, schulden, contact met politie of justitie, een licht verstandelijke beperking. Het loopt allemaal door elkaar heen, als één grote warboel van ellende. Misschien heeft dat te maken met de veranderingen in de zorg. Of misschien letten we er nu gewoon beter op. Dat kan natuurlijk ook.'

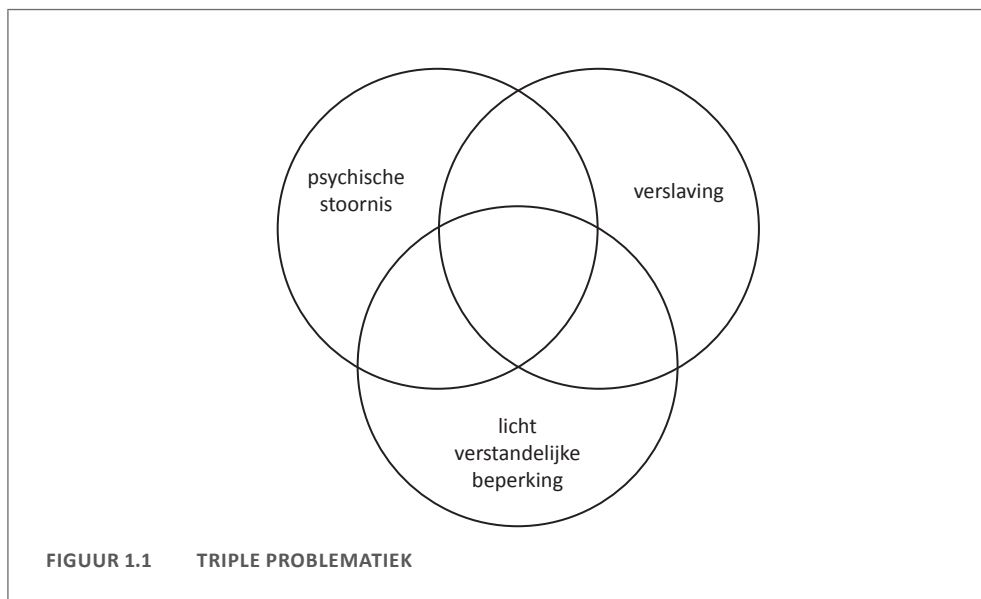
Een ongeluk komt zelden alleen. Oftewel: als er iets misgaat, gaat er vaak nog meer mis. Binnen de hulpverlening noemen we dat ook wel comorbiditeit: een patiënt heeft verschillende aandoeningen of problemen tegelijkertijd. Er is bijvoorbeeld sprake van zowel verslaving als van een psychische stoornis. Of van een psychische stoornis en een licht verstandelijke beperking (een LVB). Dit wordt ook wel 'dubbeldiagnose' genoemd. Soms gaan zowel verslaving, een psychische stoornis en een licht verstandelijke beperking samen. We spreken dan van 'triple problematiek'. In dit hoofdstuk bespreken we wat triple problematiek nu eigenlijk is. We beantwoorden de volgende vragen:

- Wat is triple problematiek?
- Hoe vaak komen psychische stoornissen, verslavingsproblematiek en een licht verstandelijke beperking voor?
- Wat hebben patiënten met triple problematiek met elkaar gemeen?

Drie soorten problemen

Triple problematiek is het samengaan van drie soorten problemen (figuur 1.1):

- een psychische stoornis;
- verslavingsproblemen;
- een licht verstandelijke beperking.



PRAKTIJKOPDRACHT 1.1

Psychische stoornissen, verslavingsproblemen en een licht verstandelijke beperking komen – afzonderlijk van elkaar – regelmatig voor. Hoe vaak denk jij dat ze voorkomen in Nederland? Zou dat in het buitenland anders zijn?

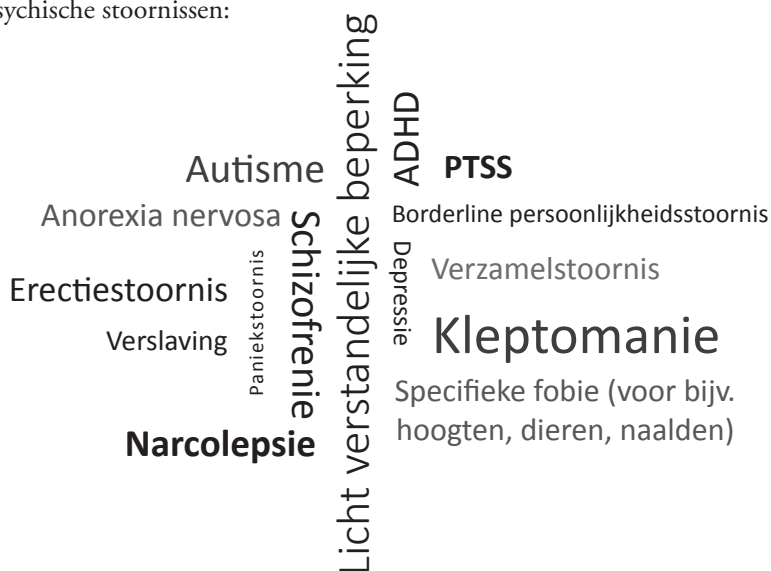
Wat er met die drie termen bedoeld wordt en hoe ze worden gedefinieerd, staat in de *DSM*. Dit is het classificatiesysteem dat wereldwijd door behandelaars gebruikt wordt en waarin afspraken staan over welke klachten bij welke stoornis voorkomen.

Bij een psychische stoornis is er sprake van een ontregeling in hoe iemand denkt, voelt of zich gedraagt. Psychische stoornissen zijn er in allerlei soorten en maten (zie figuur 1.2). Behandelaars kijken niet alleen naar *welke* stoornis er speelt, maar ook naar *hoe erg* de klachten zijn en *hoeveel last* iemand ervan heeft. Iedereen heeft namelijk weleens psychische klachten. Je voelt je een tijdje somber en futloos, je bent bang voor spinnen, je hebt een dierbare verloren en daar moet je nog vaak aan terugdenken. Dat is heel normaal. Pas wanneer iemand gedurende een aantal maanden daaronder lijdt en niet goed meer kan functioneren op het werk, school of binnen het gezin spreken we van een psychische stoornis.

Uit onderzoek blijkt dat ruim veertig procent van alle volwassenen ooit in zijn of haar leven een psychische stoornis heeft gehad (De Graaf, Ten Have & Van Dorsselaer, 2010). Angst- en stemmingsstoornissen komen het vaakst voor. Ongeveer twintig procent van de Nederlandse volwassenen heeft ooit in zijn of haar leven te maken gehad met een stemmingsstoornis, zoals een depressie. Een vergelijkbaar percentage heeft te kampen gehad met een angststoornis, zoals een sociale angst (angst om in het middelpunt van de belangstelling

te staan of om vernederd te worden) of een specifieke angst voor bijvoorbeeld dieren, hoogten, naalden of bloed. Dus: de kans is groot dat iemand een stoornis krijgt in zijn leven en dat veel mensen nu (tijdens het lezen van dit hoofdstuk) last hebben van een psychische stoornis.

Er zijn meer dan honderd verschillende psychische stoornissen. De *Diagnostic and Statistical Manual* – oftewel de *DSM-5* (American Psychiatric Association, 2013) – bevat afspraken over de termen die behandelaars gebruiken voor deze verschillende stoornissen en welke klachten (of symptomen) erbij horen. Een aantal voorbeelden van psychische stoornissen:



FIGUUR 1.2 VERSCHILLENDE SOORTEN PSYCHISCHE STOORNISSEN

Verslaving is ook een psychische stoornis. We spreken van een verslaving wanneer iemand niet meer goed kan functioneren zonder het gebruik van alcohol of drugs of ander verslavend gedrag, zoals gamen, gokken of internetten. Ook een verslaving heb je in allerlei soorten en maten (zie tabel 1.1). Kenmerkend voor een verslaving is dat er sprake is van herhaaldelijk en drangmatig gedrag, ondanks dat de persoon zich bewust is van de negatieve gevolgen ervan. De controle over het gedrag neemt met andere woorden na verloop van tijd af. Andere kenmerken van verslaving zijn: alcohol of drugs gebruiken in situaties waarin dat gevaarlijk kan zijn, steeds meer nodig hebben om hetzelfde effect te krijgen en lichamelijke of psychische klachten wanneer het middel niet wordt gebruikt.

Verslavingsproblematiek behoort samen met angst- en stemmingsstoornissen tot de top drie van de meest voorkomende problemen. In Nederland heeft ongeveer twintig procent van de volwassen bevolking gedurende zijn of haar leven te kampen met verslavingsproblematiek. De meesten zijn verslaafd aan legale middelen, zoals tabak, alcohol en slaap- en kalmeringsmiddelen. Ook verslavingen aan cannabis en andere drugs (zoals cocaïne, XTC, GHB of heroïne) komen echter regelmatig voor. Mensen kunnen bovendien niet alleen verslaafd raken aan middelen, maar ook aan bepaalde activiteiten. Gamen, gokken en seks zijn hier de meest bekende voorbeelden van.

Mensen kunnen verslaafd raken aan het gebruik van middelen. Er zijn verschillende soorten middelen, met elk hun eigen werking. Mensen kunnen ook verslaafd raken aan bepaald gedrag. In deze tabel staan een aantal voorbeelden van middelen en gedragingen waaraan mensen verslaafd kunnen raken.*

TABEL 1.1 VERSCHILLENDE SOORTEN MIDDELEN

<i>Verdovende middelen</i>	<i>Stimulerende middelen</i>	<i>Hallucinogene middelen</i>	<i>Verslavend gedrag</i>
Alcohol	Tabak	LSD	Gokken
Cannabis	Cocaïne	Paddo's	Gamen
GHB	Speed		Internetten
Heroïne	XTC		Seks

* De indeling in verdovende, stimulerende en hallucinogene middelen is niet zo strikt als het lijkt. Sommige middelen hebben verschillende soorten effecten en vallen dus in meerdere categorieën.

Met uitzondering van gokken wordt verslavend gedrag als zodanig nog niet erkend als een 'verslaving' in de DSM-5. In de praktijk komt dit echter wel vaak voor.

Bij een verstandelijke beperking zijn er beperkingen in het intellectueel en adaptief functioneren die al vroeg in de ontwikkeling zichtbaar zijn. In dit hoofdstuk leggen we kort uit wat hiermee wordt bedoeld. Meer informatie hierover is ook te vinden in bijlage 1. Intellectueel functioneren is een breed begrip. Redeneren, plannen, problemen oplossen, oordelen en abstract denken vallen er bijvoorbeeld onder. Deze vaardigheden worden gemeten met IQ-tests. Adaptief functioneren verwijst naar vaardigheden die nodig zijn om zelfstandig te kunnen functioneren in het dagelijks leven. Denk hierbij aan kunnen lezen, schrijven en rekenen, met

geld om kunnen gaan, jezelf kunnen verzorgen, vriendschappen kunnen aangaan en met anderen kunnen communiceren. Hoe ernstig een verstandelijke beperking is, wordt vooral bepaald op basis van (de beperkingen in) het adaptief functioneren (zie tabel 1.2).

Beperkingen in het intellectueel en adaptief functioneren kunnen meer of minder ernstig zijn. Iemand kan meer of minder begeleiding nodig hebben. In de praktijk wordt – net als in de *DSM-5* – de ernst van de verstandelijke beperking ingedeeld in vier gradaties.

TABEL 1.2 ERNST VAN EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING

Mate van ernst:	
Licht	<ul style="list-style-type: none">• <i>Conceptuele vaardigheden</i>: problemen met lezen, schrijven, rekenen, klokken en geldbeheer waarbij ondersteuning nodig is.• <i>Sociale vaardigheden</i>: beperkingen in communicatie (bijvoorbeeld woordenschat of taalbegrip) en sociaal verkeer (bijvoorbeeld inzicht in sociale situaties, oppikken van sociale signalen).• <i>Praktische vaardigheden</i>: beperkingen in vaardigheden (zelfzorg, schoonmaak, vrijetijdsinvulling) waarbij ondersteuning nodig is.
Matig	<ul style="list-style-type: none">• <i>Conceptuele vaardigheden</i>: schoolse vaardigheden zijn basaal ontwikkeld; er is dagelijkse, structurele ondersteuning op dit gebied nodig van anderen.• <i>Sociale vaardigheden</i>: ondersteuning op communicatief en sociaal gebied is noodzakelijk.• <i>Praktische vaardigheden</i>: zelfstandig uitvoeren van praktische vaardigheden (zoals zelfzorg of schoonmaken) is mogelijk, maar duurt langer om aan te leren en vraagt langdurige begeleiding daarin.
Ernstig	<ul style="list-style-type: none">• <i>Conceptuele vaardigheden</i>: weinig begrip van getallen, hoeveelheden, tijd en geld.• <i>Sociale vaardigheden</i>: gesproken taal is beperkt tot korte zinnen of woorden; sociale relaties beperken zich tot familie of andere bekenden.• <i>Praktische vaardigheden</i>: zelfstandig uitvoeren van praktische vaardigheden (zoals zelfzorg of schoonmaken) is vaak niet mogelijk; dagelijkse ondersteuning op dit gebied is noodzakelijk.
Zeernstig	<ul style="list-style-type: none">• <i>Conceptuele vaardigheden</i>: schoolse vaardigheden zijn afwezig.• <i>Sociale vaardigheden</i>: communicatie vindt hoofdzakelijk non-verbaal plaats; het begrip van gesproken taal is zeer minimaal.• <i>Praktische vaardigheden</i>: op alle aspecten van de lichamelijke verzorging, gezondheid en veiligheid is dagelijkse ondersteuning nodig.

Omdat triple problematiek vooral voorkomt bij mensen met een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid, richten we ons in dit boek op deze groep. We nemen mensen met een licht verstandelijke beperking en zwakbegaafdheid samen onder de noemer 'LVB'. LVB en zwakbegaafdheid wordt in Nederland vaak samengenomen in één doelgroep. Dat komt omdat zij veel overeenkomsten hebben met elkaar in problemen waar zij tegenaan lopen in het dagelijks leven en in zorgbehoeften. Mensen met zwakbegaafdheid kunnen daarom ook aanspraak maken op verstandelijk gehandicaptenzorg, mits er sprake is van ernstige bijkomende psychische of sociaal-maatschappelijke problematiek waarvoor begeleiding noodzakelijk is.

Een inschatting van hoe vaak een licht verstandelijke beperking voorkomt, wordt vaak gedaan aan de hand van het IQ. We spreken van een licht verstandelijke beperking als iemand een IQ heeft tussen de 50 en 70. Dit is bij ongeveer twee procent van de Nederlandse bevolking het geval. Omgerekend komt dit neer op zo'n 74.000 mensen. Daarnaast is ongeveer dertien procent van de Nederlanders zwakbegaafd. Hiermee bedoelen we een IQ tussen de 70 en 85. In Nederland komt dit neer op ongeveer 2,2 miljoen mensen (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 2016). Dit betekent dat ongeveer één op de acht mensen een licht verstandelijke beperking heeft volgens de IQ-criteria. Maar: veel mensen zijn goed redzaam of krijgen ondersteuning vanuit hun eigen netwerk. Zij hebben met andere woorden geen beperkingen in het adaptief functioneren en ontvangen dan ook geen zorg vanuit de verstandelijk gehandicaptenzorg.

Een diverse doelgroep

Uit de omschrijving van triple problematiek blijkt al dat de doelgroep heel divers is. Er zijn namelijk veel verschillende combinaties van psychische stoornissen en verslaving mogelijk. Ook de beperkingen bij mensen met een licht verstandelijke beperking verschillen onderling. Vergelijk bijvoorbeeld de volgende drie casussen eens met elkaar.



Tim is 27 jaar. Vroeger kon hij niet goed leren en heeft hij speciaal onderwijs gevolgd. Inmiddels woont hij zelfstandig en werkt hij twee dagen per week als vakkenvuller in de supermarkt. Een paar maanden geleden is de supermarkt overvallen. Tim is hier ontzettend van geschrokken en heeft sindsdien last van nachtmerries. Ook durft hij niet meer naar zijn werk. Hij is bang dat het nog een keer zal gebeuren. Maar omdat hij zijn baan niet wil verliezen, gaat hij toch! Om dit vol te kunnen houden, drinkt hij voordat hij naar het werk gaat stiekem een paar glazen bier. Hierdoor is hij niet steeds zo gespannen en denkt hij tijdens het werk niet steeds maar weer aan die overval.



Jasper is 25 jaar. Hij woont in een trainingshuis, waar hij leert op eigen benen te staan. Omdat hij erg verlegen is, heeft hij weinig contact met anderen. Hij is bang dat ze hem niet aardig zullen vinden of belachelijk zullen maken. Jasper vindt het leuker om online te gamen. Daarbij leert hij ook mensen kennen. Samen met hen speelt hij tegen andere teams. Hij kan hier zo in opgaan dat hij soms de halve nacht wakker is. 's Ochtends komt hij dan maar moeilijk op gang. Hij is ook wel een paar keer te laat op de dagbesteding gekomen, waardoor hij in de problemen kwam met zijn begeleider.



Merel is 26 jaar. Al vanaf jonge leeftijd is er sprake van problemen. Ze kon niet goed meekomen op school, wat haar baldadig maakte. Ze kon niet goed overweg met de andere kinderen, deed haar huiswerk niet en had vaak ruzie met de leraren. Ze werd uit huis geplaatst en kwam terecht in een 24-uursvoorziening. Hier kwam ze voor het eerst in aanraking met alcohol en drugs. Het begon met een sigaret, maar al snel stapte Merel over naar een joint. Nu rookt zij dagelijks vier joints. Haar begeleiders maken zich zorgen: Merel heeft steeds minder contact met haar familie, is niet te motiveren voor dagbesteding en laat haar administratie steeds verder versloffen. Ook lijkt het wel alsof zij steeds achterdochtiger wordt en dingen ziet of hoort die anderen niet zien of horen.

Deze drie casussen laten zien hoe uiteenlopend de problematiek van patiënten met triple problematiek kan zijn. Toch vallen al deze klachten onder dezelfde noemer, namelijk 'triple problematiek'. De diversiteit maakt het moeilijk om te spreken over één doelgroep of om triple problematiek te herkennen. Want je ziet haast altijd wel één van die drie aspecten (of misschien wel meer) over het hoofd.

Toch hebben patiënten met triple problematiek iets gemeenschappelijks: er is bij hen per definitie sprake van meerdere, complexe problemen tegelijkertijd. Vaak hebben zij bovendien bijkomende sociaal-maatschappelijke problemen: ze zijn werkloos, zijn dak- of thuisloos, hebben weinig contact met andere mensen, hebben schulden of komen in aanraking met politie en justitie. Merel komt door haar cannabisgebruik bijvoorbeeld nauwelijks meer tot actie, waardoor haar sociaal netwerk steeds kleiner wordt. Jasper is in de problemen gekomen op zijn dagbesteding doordat hij zoveel gamet en daardoor meerdere keren te laat kwam.

Maar patiënten als Jasper en Merel hebben ook sterke en gezonde kanten. Dat lijken we soms uit het oog te verliezen. Alhoewel de problemen vaak wel op de voorgrond staan in de hulpverlening, moeten we ook vaststellen dat veel patiënten met triple problematiek veerkrachtig zijn, gemotiveerd zijn om een zo gewoon mogelijk leven te leiden en mee te doen in de maatschappij. Ondanks de complexe problematiek weten zij zich op de een of andere manier te handhaven in de samenleving. Alleen lukt hen dat vaak niet (meer)

vanwege allerlei problemen waar ze tegenaan gelopen zijn. In de hulpverlening moeten we ons daarom niet alleen richten op de complexe problematiek, maar ook telkens kijken naar wat de sterke kanten van patiënten zijn. Het is onze ervaring dat die sterke kanten altijd aanwezig zijn, maar dat veronderstelt dat je hier nadrukkelijk bij stilstaat.



PRAKTIJKOPDRACHT 1.2

Lees de casussen van Tim, Jasper en Merel nog eens goed door. Welke van de drie problemen (psychische stoornis, verslaving, licht verstandelijke beperking) zie je bij hen terug? Welke aanwijzingen heb je daarvoor? En kun je een volgorde zien in de ontwikkeling van de problemen? Dus: wat kwam eerst, wat daarna? En waarom gebeurde dat zo?

Tussen wal en schip

Een tweede gemeenschappelijk kenmerk van patiënten met triple problematiek is dat zij vaak tussen wal en schip vallen. Voor een deel komt dat door de manier waarop in Nederland de zorg is georganiseerd. De geestelijke gezondheidszorg, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de verslavingszorg vormen drie gescheiden sectoren, die gespecialiseerde zorg leveren op één gebied. Dat bepaalt ook de bril waarmee je naar patiënten kijkt.



De geestelijke gezondheidszorg: 'Trudeke heeft een psychotische stoornis. Ze is in het verleden ernstig in de war geweest en hoorde stemmen. Die zijn inmiddels met medicijnen goed onder controle. Trudeke heeft daarnaast trekken van een afhankelijke persoonlijkheid: ze doet een enorm claimend beroep op zowel haar man als haar hulpverleners.'



De verslavingszorg: 'Trudeke is verslaafd aan alcohol. Als ze daar zomaar mee stopt, krijgt ze gevaarlijke afkickverschijnselen. Haar verslavingsproblemen zijn ontstaan toen ze zonder werk thuis kwam te zitten. Haar alcoholgebruik heeft een belangrijke rol in het verdrijven van verveling en het dempen van psychische klachten.'



De verstandelijk gehandicaptenzorg: 'Trudeke functioneert op het niveau van een licht verstandelijke beperking. Het is zoeken naar een evenwicht in enerzijds het bieden van ondersteuning die ze nodig heeft en anderzijds ruimte geven in haar wens om zelf als volwassen vrouw met een gezin haar eigen keuzes te maken.'



De wijkcoach: 'Trudeke raakte overspannen toen het bedrijf waarvoor ze werkte steeds meer ging digitaliseren. Sindsdien leeft ze een teruggetrokken bestaan in een rustige middenklasse-wijk. Haar maatschappelijke participatie is ondanks verschillende pogingen tot re-integratie erg laag.'



De huisarts: 'Trudeke heeft verschillende lichamelijke problemen. Ze hoort minder goed en is als kind geopereerd aan haar hart en gehemelte. Dat heeft blijkbaar te maken met een genetische afwijking. Op dit moment is ze fysiek redelijk gezond. Toch trekt ze vaak bij ons aan de bel: ze komt paniekerig en overbelast over. De laatste jaren zien we dat haar bloeddruk wat oploopt. Wellicht komt dat van de stress. Ook ziet ze er wat minder fit uit.'



Haar man Peter: 'Trudeke is een zorgzame, lieve vrouw, die enorm van huiselijkheid houdt. Ik heb haar ooit op het werk ontmoet en het was liefde op het eerste gezicht! Trudeke zorgt ervoor dat het huishouden op rolletjes loopt. Ik doe de administratie en de financiën. Als we samen zijn, genieten we van een lange wandeling of een avondje voor de buis met een goed glas wijn erbij. Soms heb ik het idee dat ze ongelukkig is als ik veel op mijn werk ben. Volgens mij drinkt ze dan weleens een glaasje extra. Daar hebben we weleens woorden over.'



Trudeke: 'Vroeger zeiden mijn ouders altijd: 'Dat kan je toch niet!' Alleen maar omdat ik moeite met leren had. Ik was gewoon wat langzamer. Ik ben ook een paar keer overspannen geweest, omdat alles me te veel werd. Toen hoorde ik stemmen die nare dingen tegen me zeiden. Nu zouden mijn ouders trots op me zijn, zo goed als ik het voor elkaar heb. Ik vind het wel jammer dat ik veel alleen thuis ben. Maar ik kan niet autorijden en het openbaar vervoer vind ik met die chipkaart erg ingewikkeld. Mijn man en de verslavingszorg zeuren dat ik te veel drink. Maar ik voel me daar prima bij. Bovendien ben ik een volwassen vrouw die best haar eigen keuzes kan maken!'

De bril waarmee naar Trudeke gekeken wordt verschilt per hulpverlener, afhankelijk van de sector waarin deze werkt. Bij triple problematiek gaat het daarom vaak mis. In deze gevallen is het verhaal over de blinden en de olifant van toepassing (zie box 1.1).



PRAKTIJKOPDRACHT 1.3

Lees het verhaal *De blinde mannen en de olifant* in box 1.1. Wat leert jou dit over (de hulpverlening aan patiënten met) triple problematiek? Wat is jouw ervaring hiermee?

Omdat hulpverleners vaak vanuit hun eigen bril en perspectief naar de casus kijken, wordt het totaalbeeld gemist. Hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg herkennen een licht verstandelijke beperking bijvoorbeeld niet. Patiënten lijken bijvoorbeeld zelfredzaam, maken keuzes, hebben een duidelijke mening of wijzen hulp zelfs af. Of patiënten missen de woorden en vaardigheden om aan anderen uit te leggen wat ze voelen en denken en of dat ‘anders’ is dan hoe anderen voelen en denken. Allemaal redenen waarom een licht verstandelijke beperking over het hoofd kan worden gezien.

Andersom worden in de verstandelijk gehandicaptenzorg psychische klachten van patiënten soms ten onrechte toegeschreven aan de licht verstandelijke beperking of lagere ontwikkelingsleeftijd. Patiënten kunnen hun klachten bijvoorbeeld moeilijk verwoorden en hulpverleners weten niet altijd waar ze op moeten letten. Klachten worden geïnterpreteerd als horend bij de al gestelde diagnose (in dit geval de licht verstandelijke beperking) en eventuele andere verklaringen worden over het hoofd gezien. Dit wordt ook wel ‘diagnostic overshadowing’ genoemd. Bijvoorbeeld het vermijden van sociaal contact zien hulpverleners als een tekort aan sociale vaardigheden en niet (meteen) als een symptoom van een posttraumatische stressstoornis.

Bij comorbiditeit komen dit soort zaken relatief vaak voor. Patiënten met triple problematiek vallen hierdoor tussen wal en schip. Daar komt nog bij dat patiënten met triple problematiek vaak ook veel wisselende DSM-classificaties hebben die door de tijd zijn veranderd, afhankelijk van de sector waarin de patiënt op dat moment hulp ontvangt. Ze horen hierdoor in geen enkele sector écht thuis; er zijn maar weinig mensen die het totaalbeeld zien. Maar het geheel is meer dan de som der delen.



Trudeke is geboren met het 22q11 deletiesyndroom, een genetische afwijking. Zowel haar licht verstandelijke beperking, gevoeligheid voor psychoses, als haar hart-, gehemelte- en gehoorproblemen passen daarbij. Door haar leerproblemen en haar gehoorproblemen heeft Trudeke een geïsoleerde jeugd gehad en kreeg ze vaak de (impliciete) boodschap dat ze faalde. Dit maakt haar gevoelig voor opmerkingen van anderen.

Nadat ze een fijne werkplek vond in een familiebedrijf, verliefd werd en trouwde met Peter, ging het een tijd beter. De veranderingen in haar werkplek en maatschappij (zoals de toenemende digitalisering) maakten echter dat ze steeds meer op haar tenen moest lopen. Enkele jaren geleden raakte ze daardoor in een psychose: ze werd steeds achterdochtiger en hoorde stemmen die haar opdrachten gaven. Met medicatie functioneert ze inmiddels

stabiel, maar verschillende re-integratiepogingen strandden omdat ze hierin werd overvraagd.

Trudeke heeft moeite haar dag zelf te structureren en voelt zich vaak onplezierig als ze alleen is. Ze vindt het echter ook lastig om zelfstandig de deur uit te gaan of bezigheden met anderen op te zoeken. De afgelopen jaren heeft ze het drinken van alcohol ontdekt als een manier om haar spanningen tijdelijk te verminderen. Vanuit het perspectief van Trudeke heeft het drinken vooral voordelen. Daarnaast vindt ze het lastig als anderen zich met haar drinken bemoeien. Mogelijk heeft dit ook met haar gevoeligheid voor kritiek te maken.

Trudeke geniet ervan als ze voor anderen kan zorgen en floreert in haar rol als huisvrouw. Samen met partner Peter vormt ze een gelukkig koppel, ondanks de spanningen die er soms zijn door haar alcoholgebruik.

Box 1.1: De blinde mannen en de olifant

Het verhaal *De blinde mannen en de olifant* is een oud, filosofisch verhaal. Het wordt al honderden jaren van generatie op generatie overgeleverd en er bestaan inmiddels meerdere varianten op. John Saxe (1816-1887) heeft er een gedicht van gemaakt. In het Nederlands vertaald, luidt dit als volgt:

*Zes blinde wijze Indiërs
vonden een olifant.
Ze wilden weten wat het was
en voelden met hun hand.*

*De eerste voelde aan een tand
en zei: 'Ik zeg u thans,
dit monster van een olifant
lijkt sprekend op een lans!'*

*De tweede voelde aan een zij,
dat duurde wel een uur.
En na dat uur riep hij blij:
'Aha, dit beest lijkt op een muur!'*

*De derde voelde aan een voet,
en zei: 'Doe niet zo sloom.*

*Er is geen twijfel mogelijk,
dit beest is als een boom!"*

*De vierde kneep eens in de slurf,
en werd opeens doodsbang.
'Die zogenaamde olifant,
dat is een slang!"*

*De vijfde voelde aan een oor
en zei: 'Dat is niet mis.
Dit dier is werkelijk uniek,
omdat het waaiervormig is!"*

*De zesde kreeg het staartje beet
en zei nog even gauw:
'Wat kletsen jullie allemaal,
dit beest lijkt op een touw!"*



PRAKTIJKOPDRACHT 1.4

Welke les neem jij mee na het lezen van dit hoofdstuk?

2. EEN VEELVOORKOMEND VERSCHIJSSEL



Ella, begeleider in de verstandelijk gehandicaptenzorg: 'De problematiek loopt veel meer door elkaar heen dan men denkt. Als ik het achteraf bekijk, denk ik dat ik veel gevallen van triple problematiek over het hoofd heb gezien.'

Bij triple problematiek speelt er zoveel, en zoveel tegelijk, dat je als hulpverlener soms door de bomen het bos niet meer ziet. De verschillende elementen van triple problematiek kunnen hierdoor over het hoofd worden gezien. Maar hoe vaak komt het nu voor? Het is moeilijk om op deze vraag een goed antwoord te geven. In de wetenschap is er nog heel weinig over bekend. Met één muisklik verschijnen er duizenden resultaten over 'triple problematiek' in online zoeksystemen. Maar slechts een handvol ervan gaat over psychische stoornissen en verslaving bij mensen met een licht verstandelijke beperking.

Gelukkig is er wel meer informatie over de verschillende combinaties van problemen. Bijvoorbeeld over het voorkomen – oftewel de prevalentie – van psychische stoornissen of verslaving bij mensen met een licht verstandelijke beperking. Op basis van de verschillende combinaties van stoornissen kunnen we daarom een schatting geven over de prevalentie van triple problematiek. In dit hoofdstuk beantwoorden we de volgende vragen:

- Wat is comorbiditeit?
- Hoe vaak komt comorbiditeit of dubbeldiagnose voor?
- Hoe vaak komt triple problematiek voor?

Comorbiditeit

Het woord 'comorbiditeit' betekent letterlijk 'een ziekte erbij'. Het wordt in 1967 voor het eerst beschreven door de Amerikaanse arts Alvan Feinstein. Hij omschreef dit toen als het tegelijkertijd voorkomen van twee of meer (lichamelijke) ziektes of aandoeningen bij één persoon. Vanaf begin jaren negentig van de vorige eeuw wordt het woord ook binnen de geestelijke gezondheidszorg gebruikt. Binnen deze context betekent comorbiditeit het samengaan van twee of meer psychische stoornissen bij één persoon.

Comorbiditeit is een veelvoorkomend verschijnsel. Waarschijnlijk komt dit doordat veel psychische stoornissen op dezelfde hersenstructuren aangrijpen, waardoor iemand kwetsbaarder wordt voor psychische stoornissen. De ene stoornis lokt als het ware de volgende uit. Door de jaren heen lijkt comorbiditeit zelfs steeds vaker voor te komen. Dit heeft verschillende oorzaken. Enerzijds wordt het steeds gebruikelijker om meerdere diagnoses naast

elkaar te stellen in plaats van alleen de meest opvallende of ernstige diagnose. Behandelaars zijn zich er steeds meer van bewust dat comorbiditeit bestaat en herkennen het dus beter. Anderzijds neemt de kans op het ontwikkelen van ernstige en comorbide problematiek toe door maatschappelijke veranderingen. De maatschappij gaat steeds sneller en vraagt steeds meer van mensen, waardoor ook de kans op uitval toeneemt.

Maar met het toenemen van comorbiditeit is er ook steeds meer kritiek op deze tendens gekomen. De belangrijkste kritiek is dat comorbiditeit niet echt zou bestaan, maar het resultaat is van onduidelijke definities en overlappende criteria in het classificatiesysteem. In het classificatiesysteem dat wij gebruiken (de *DSM*) worden psychische stoornissen namelijk omschreven aan de hand van een lijst van criteria of klachten. Deze lijst is het resultaat van wereldwijde afspraken tussen deskundigen. Een psychische stoornis wordt vastgesteld als er aan een bepaald aantal criteria wordt voldaan. Maar: dezelfde criteria komen bij meerdere stoornissen voor. Impulsiviteit is hier een voorbeeld van. Dat is een criterium behorende bij ADHD, maar ook bijvoorbeeld bij een borderline persoonlijkheidsstoornis en een manische episode van een bipolaire stoornis. Zo zijn er nog meer factoren die niet stoornis-specifiek zijn, maar voorkomen bij verschillende stoornissen. We noemen dat ook wel ‘transdiagnostische factoren’. Hierdoor kan een patiënt dus verschillende diagnoses (stoornissen) krijgen, terwijl dat in feite niet het geval is.

Alhoewel de kritiek terecht is, is dit maar een deel van het verhaal. De heersende opvatting is daarom dat comorbiditeit een realiteit is, waar in de praktijk rekening mee gehouden moet worden. Ondanks de overlap in symptomen kunnen verschillende stoornissen goed van elkaar onderscheiden worden en tegelijkertijd voorkomen bij dezelfde persoon. Dus ondanks dat impulsiviteit kan voorkomen bij patiënten met ADHD en patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis, zijn dit twee typen stoornissen die redelijk goed van elkaar onderscheiden kunnen worden.

Maar waarom zijn we zo geïnteresseerd in comorbiditeit? Dat heeft met name te maken met de gevolgen ervan. Comorbiditeit verergert namelijk de klachten voor de patiënt in kwestie; patiënten ervaren over het algemeen meer en ernstiger klachten en lopen een hoger risico op bijvoorbeeld somberheid, suïcide en agressie dan patiënten met een enkelvoudige stoornis. Ook sociaal-maatschappelijke problemen komen vaker voor bij patiënten met comorbiditeit. Zij zijn vaker dakloos en werkloos en hebben meer problemen in het contact met vrienden en familie. Comorbiditeit verslechtert tot slot de prognose van een behandeling. Patiënten met comorbiditeit hebben een lagere therapietrouw, vallen vaker uit (hogere drop-out), moeten vaker klinisch worden opgenomen en boeken minder goede behandelresultaten (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2015).

Daarnaast is de hulpverlening minder goed ingericht op comorbiditeit. Zorginstellingen en behandelteams behandelen vaak specifieke problemen. Mensen met meerdere pro-

blemen tegelijkertijd kunnen daarom bij meerdere teams terechtkomen. De psychotische stoornis wordt bijvoorbeeld behandeld binnen de geestelijke gezondheidszorg en de verslaving binnen de verslavingszorg. Of patiënten worden juist vaak doorverwezen omdat een probleem niet zou passen bij de expertise van het team; elk team vindt dan dat de comorbiditeit een reden is om de patiënt niet in zorg te nemen. De geestelijke gezondheidszorg neemt de patiënt niet in behandeling vanwege de verslaving en bij de verslavingszorg is de psychotische stoornis een contra-indicatie voor behandeling. Comorbiditeit heeft dus twee mogelijke gevolgen: patiënten komen of in meerdere teams terecht of in geen enkele. Dat heeft te maken met de manier waarop wij de zorg hebben georganiseerd (zie figuur 2.1). Meer hierover is te lezen in deel 3 van dit boek.



PRAKTIJKOPDRACHT 2.1

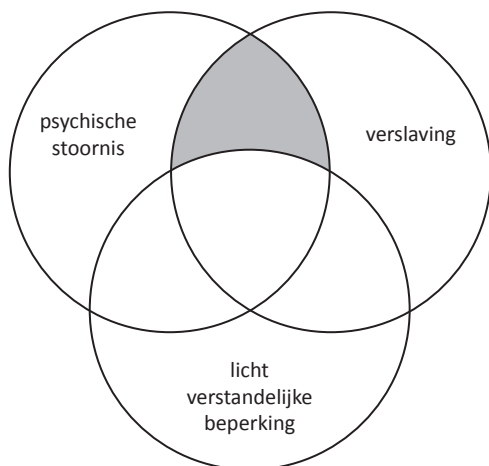
Veel hulpverleners krijgen te maken met patiënten met comorbiditeit. Comorbiditeit verergert de klachten en verslechtert de prognose van een behandeling. Wat merk je daarvan bij jouw patiënten? En hoe zit het met de toegang tot zorg voor jouw patiënten? Is jouw zorg goed toegesneden op patiënten met comorbiditeit?

Psychische stoornis en verslaving

Gezien de gevolgen is het niet verwonderlijk dat comorbiditeit al langere tijd op het netvlies staat van hulpverleners, wetenschappers en beleidsmakers. Er wordt veel onderzoek naar gedaan, aanvankelijk vooral naar het tegelijkertijd voorkomen van een psychische stoornis en verslavingsproblematiek (figuur 2.2).

Hoe vaak comorbiditeit precies voorkomt, is moeilijk te zeggen. Wel zijn er schattingen over hoe vaak verslaving en psychische stoornissen samen voorkomen. Uit Europees onder-

zoek komt naar voren dat bij ongeveer tien tot twintig procent van de volwassenen in de algemene bevolking sprake is van comorbiditeit (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2015). Bij patiënten die in zorg zijn binnen de verslavingszorg heeft zestig tot tachtig procent waarschijnlijk een psychische stoornis naast de verslaving. Andersom, bij patiënten die in zorg zijn binnen de geestelijke gezondheidszorg, heeft twintig tot vijftig procent waarschijnlijk een verslavingsprobleem naast de psychische stoornis (Dom et al., 2013).



FIGUUR 2.2 COMORBIDITEIT TUSSEN EEN PSYCHISCHE STOORNIS EN VERSLAVING



PRAKTIJKOPDRACHT 2.2

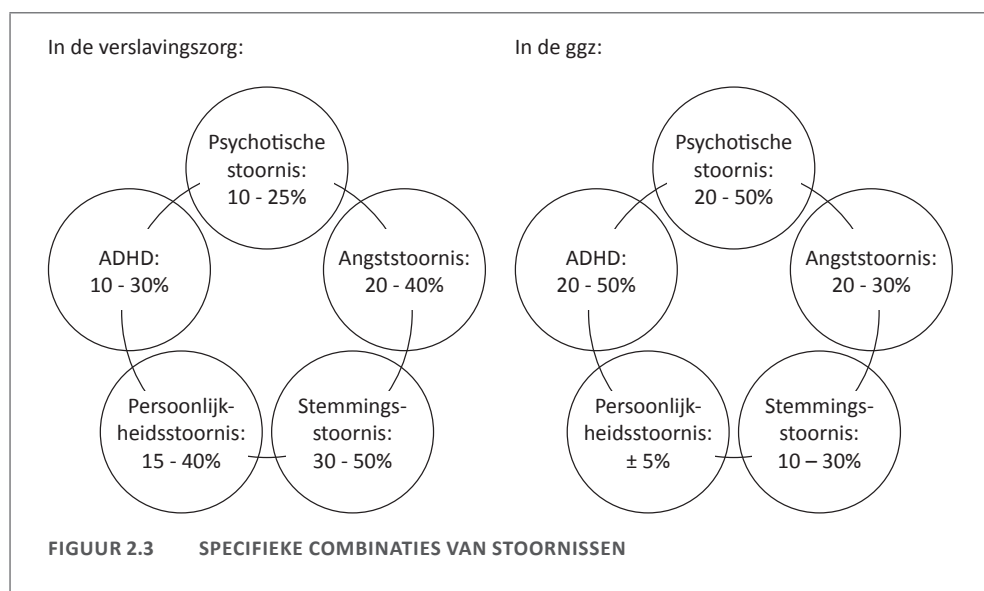
De schattingen over hoe vaak comorbiditeit van psychische stoornissen en verslavingsproblematiek voorkomt, lopen nogal uiteen. Voordat je verder leest: hoe zou je dat kunnen verklaren?

Hoe kunnen die grote verschillen in cijfers verklaard worden? Dat heeft verschillende redenen. Ten eerste is er een groot aantal combinaties mogelijk van verschillende soorten verslavingen en verschillende soorten psychische stoornissen. De groep 'patiënten bij wie sprake is van comorbiditeit' is heterogeen en divers samengesteld (zie figuur 2.3). Met name angststoornissen, stemmingsstoornissen, posttraumatische stressstoornis, psychotische stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en ADHD lijken vaak voor te komen in combinatie met verslavingsproblematiek (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2015).

Ten tweede spelen persoonsfactoren mee in de prevalentie van comorbiditeit. Denk hierbij aan geslacht, culturele achtergrond of leeftijd. Bij vrouwelijke patiënten komen bijvoorbeeld relatief vaak angst- en stemmingsstoornissen voor in combinatie met versla-

vingsproblematiek. Bij mannelijke patiënten is er juist vaker sprake van een bijkomende antisociale persoonlijkheidsstoornis. Dit soort verschillen kleuren ook het wetenschappelijk onderzoek naar hoe vaak comorbiditeit voorkomt. Het type patiënten dat wordt onderzocht, bepaalt mede de resultaten van het onderzoek.

Tot slot speelt ook de setting of plaats waar het onderzoek wordt gedaan een rol. Onder patiënten die 24-uurszorg ontvangen (klinische zorg) is het percentage comorbiditeit hoger dan onder patiënten die ambulante zorg ontvangen en op zichzelf of begeleid wonen. Dit geldt zowel voor de verslavingszorg als voor de geestelijke gezondheidszorg. Vaak is de problematiek van patiënten die klinisch zijn opgenomen namelijk ernstiger dan die van patiënten die ambulante begeleiding en behandeling ontvangen.



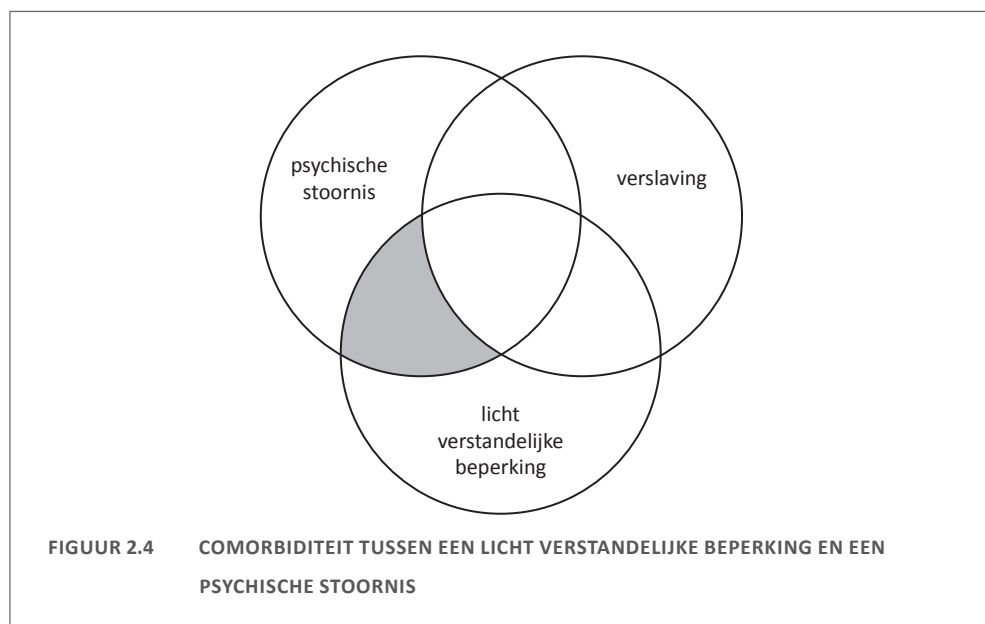
PRAKTIJKOPDRACHT 2.3

Mensen met een licht verstandelijke beperking lopen steeds vaker vast in het dagelijks leven. Zij worden gezien als een risicogroep voor het ontwikkelen van een verslaving of psychische stoornis. Hoe zou je dat kunnen verklaren?

Psychische stoornis bij mensen met een licht verstandelijke beperking

De aandacht voor psychische stoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking is relatief jong. Tot zo'n veertig jaar geleden werd namelijk gedacht dat mensen met een (met name matige tot ernstige) verstandelijke beperking geen psychische stoornissen konden hebben. Men dacht dat psychische klachten voortkwamen uit de verstandelijke beperking zelf. Mensen met een verstandelijke beperking zouden bijvoorbeeld niet goed in

de gaten hebben dat zij angstig of somber waren of waarmee dat zou kunnen samenhangen. Ook was de inschatting dat ingrijpende gebeurtenissen maar weinig impact zouden hebben op hun psychisch functioneren, omdat zij de ernst van de situatie niet goed zouden kunnen inschatten. Daarnaast dacht men dat de persoonlijkheid zodanig onrijp was, dat zij bijvoorbeeld geen persoonlijkheidsproblematiek zouden kunnen hebben. Inmiddels zijn deze opvattingen achterhaald. We weten nu dat ook mensen met een licht verstandelijke beperking een psychische stoornis kunnen hebben (zie figuur 2.4). Sterker nog: uit onderzoek blijkt dat mensen met een licht verstandelijke beperking juist een groter risico lopen op een psychische stoornis (Didden, Troost, Moonen & Groen, 2016).



In de afgelopen decennia is er dan ook veel aandacht gekomen voor psychische stoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking. En dat is terecht. Er wordt geschat dat gemiddeld zo'n dertig tot vijftig procent van de mensen met een licht verstandelijke beperking een psychische stoornis heeft (Došen, 2014). Dit cijfer is aanzienlijk hoger dan dat onder de algemene bevolking in Nederland (zie box 2.1). Bij bepaalde subgroepen van mensen met een licht verstandelijke beperking lopen deze percentages zelfs nog verder op, zoals bij mensen die verblijven binnen de maatschappelijke opvang of binnen het justitiële domein (gevangenis, forensische klinieken, reclassering). Hoge prevalenties van psychische stoornissen worden ook aangetroffen bij mensen bij wie een genetische afwijking is vastgesteld, zoals bijvoorbeeld het fragiele X-syndroom en het Prader-Willi-syndroom. Ook is duidelijk dat ongeveer alle psychische stoornissen voorkomen onder mensen met een

licht verstandelijke beperking. Net als in de algemene bevolking lijken stemmingsproblemen het vaakst voor te komen onder mensen met een licht verstandelijke beperking. Maar ook autismespectrumstoornis, posttraumatische stressstoornis, ADHD en gedragsstoornissen komen relatief vaak voor (Didden et al., 2016).

Dat er in de geestelijke gezondheidszorg ook veel patiënten zijn met een licht verstandelijke beperking staat sinds een aantal jaren meer in de belangstelling. Uit wetenschappelijk onderzoek (Wieland, Van den Brink & Zitman, 2015; Nieuwenhuis, Noorthoorn, Nijman, Naarding & Mulder, 2017) blijkt dat zowel onder ambulante als onder klinisch opgenomen patiënten in de geestelijke gezondheidszorg een groot aandeel een licht verstandelijke beperking heeft. Van velen bleek deze beperking eerder nog niet onderkend. Het is aannemelijk dat deze patiënten hierdoor veelal zorg hebben gekregen die onvoldoende op hun mogelijkheden en behoeften was afgestemd. Zo lopen patiënten met een licht verstandelijke beperking in de geestelijke gezondheidszorg een hoger risico om met gedwongen zorg in aanraking te komen (Nieuwenhuis et al., 2017). Vroegtijdige herkenning van een licht verstandelijke beperking is daarom essentieel.

Box 2.1: Psychische stoornissen in Nederland

Op gezette tijden wordt er onderzoek gedaan naar het voorkomen van psychische stoornissen en verslaving onder de Nederlandse bevolking (De Graaf et al., 2010). Een groot aantal volwassenen in Nederland wordt dan om de drie jaar gevraagd vragenlijsten in te vullen over hun welzijn, psychische gezondheid en middelengebruik. Op deze manier wordt het voorkomen van psychische stoornissen en verslaving en het beloop ervan onderzocht.

Uit dit soort onderzoek blijkt dat psychische stoornissen frequent voorkomen. Ruim veertig procent van alle volwassenen heeft ooit in zijn of haar leven een psychische stoornis of verslaving gehad. De meest voorkomende psychische stoornissen zijn angst- en stemmingsstoornissen. Ongeveer twintig procent van de Nederlandse volwassenen heeft ooit in zijn of haar leven te maken gehad met een stemmingsstoornis, zoals een depressie. Een vergelijkbaar percentage heeft te kampen gehad met een angststoornis, zoals een sociale angst (angst om in het middelpunt van de belangstelling te staan of om vernederd te worden) of een specifieke angst voor bijvoorbeeld dieren, hoogten, naalden of bloed. Ook verslaving aan alcohol of drugs komt bij zo'n twintig procent van alle Nederlandse volwassenen voor.

De kans op het ontwikkelen van een psychische stoornis of verslaving hangt af van factoren als geslacht, leeftijd en opleidingsniveau. Jonge mensen en

mensen met een laag opleidingsniveau hebben vaker een psychische stoornis of verslaving dan oudere mensen of mensen met een hoog opleidingsniveau. Mannen en vrouwen verschillen niet zozeer in het lijden aan psychische stoornissen: ongeveer evenveel mannen als vrouwen krijgen hier ooit in hun leven mee te maken. Wel verschillen zij in het soort klachten en stoornissen die zij ontwikkelen. Bij vrouwen komen angst- en stemmingsstoornissen relatief vaak voor, terwijl mannen over het algemeen vaker verslaafd zijn (zie ook Van Amelsvoort, Bekker, Van Mens-Verhulst & Olff, 2019).



Anouk is doorverwezen naar een psycholoog in verband met stemmingsklachten. Ze is vaak verdrietig, slaapt slecht en sluit zich op in haar huis. Sinds zes maanden is het eigenlijk alleen maar erger geworden. Want toen ging haar persoonlijk begeleider met zwangerschapsverlof. Wéér iemand die haar verliet.

En een klik met de vervanger, die is er niet. ‘Eddie heet hij,’ vertelt Anouk, ‘en hij is veel te streng!’ Bij doorvragen blijkt dat Eddie aan Anouk het advies heeft gegeven om meer activiteiten te ondernemen om zich beter te gaan voelen. ‘Doe dit, doe dat, je moet dit, je moet dat... Maar ik weet gewoon niet hoe ik dat moet doen! Dat maakt me verdrietig. Ik kan ook niks, denk ik dan.’

Maar dat is niet het enige probleem. Anouk wil best wat meer mensen om zich heen hebben, zodat ze zich minder eenzaam voelt. Maar hoe moet ze dit doen? Waar kan ze nieuwe vrienden maken? En zouden ze haar niet gek of stom vinden omdat ze ‘anders’ is? Want daar is Anouk stiekem bang voor. Dat andere mensen haar weer zullen pesten omdat ze moeite heeft om dingen te begrijpen, net zoals vroeger.

Hoe komt het dat mensen met een licht verstandelijke beperking een hoger risico lopen op het ontwikkelen van een psychische stoornis? Op de eerste plaats komt dit doordat bekende biologische, psychische en sociaal-maatschappelijke risicofactoren voor psychische stoornissen vaker voorkomen bij mensen met een licht verstandelijke beperking dan bij mensen zonder een licht verstandelijke beperking. Op de tweede plaats bestaan er zogenoemde specifieke risicofactoren voor psychische stoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking. Dit zijn factoren die samenhangen met de licht verstandelijke beperking zelf. Ook hier gaat het weer om een combinatie van kenmerken van patiënten en omgevingsfactoren. Een aantal van dit soort risicofactoren staat samengevat in tabel 2.1. Op de laatste plaats komen genetische en lichamelijke aandoeningen of afwijkingen vaker voor bij mensen met een licht verstandelijke beperking. Bekend is dat deze aandoeningen of afwijkingen vaak ook samenhangen met het risico op het ontwikkelen van psychische stoornissen (zie box 2.2).

Er zijn verschillende biologische, psychologische en sociale risicofactoren voor het ontwikkelen van een psychische stoornis. Sommige, algemene risicofactoren gelden voor de hele bevolking. Er zijn echter ook specifieke risicofactoren voor mensen met een licht verstandelijke beperking.

TABEL 2.1 RISICOFACTOREN VOOR HET ONTWIKKELEN VAN EEN PSYCHISCHE STOORNIS

	Algemeen	Specifiek
Biologisch	<ul style="list-style-type: none"> • Genetische kwetsbaarheid • Lichamelijke aandoeningen of afwijkingen • Bijwerkingen van medicatie • Ongezonde leefstijl 	<ul style="list-style-type: none"> • Genetische afwijkingen • Biologische oorzaken van de licht verstandelijke beperking • Lichamelijke beperkingen
Psychologisch	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatische ervaringen • Negatieve levensgebeurtenissen • Verminderd zelfvertrouwen 	<ul style="list-style-type: none"> • Verminderde vaardigheden (executief, adaptief, sociaal, probleemoplossend) • Vaker slachtoffer van pesten, mishandeling of misbruik • Vaker sprake van scheiding van ouders of opvoeders, waardoor sprake kan zijn van hechtingsproblematiek • Moeite met het herkennen en reguleren van emoties • Overvraging • Het besef een licht verstandelijke beperking te hebben (of ‘anders’ te zijn)
Sociaal	<ul style="list-style-type: none"> • Armoede • Werkloosheid • Beperkt sociaal netwerk 	<ul style="list-style-type: none"> • Sociale uitsluiting • Beperkte keuzes en mogelijkheden • Stigma en discriminatie • Beperkte maatschappelijke betrokkenheid en activiteit • Beperkte communicatieve vaardigheden • Moeite met het begrijpen van sociale regels en interacties • Moeite hebben zich staande te houden in een complexe samenleving

Box 2.2: Psychische stoornissen bij genetische syndromen

Tot niet zo lang geleden werd er maar bij weinig mensen met een verstandelijke beperking gezocht naar een specifieke genetische oorzaak voor de beperkingen. Laat staan dat die oorzaak gevonden werd! De wetenschap op dat gebied heeft in de laatste jaren grote sprongen gemaakt, waardoor dat inmiddels is veranderd. Genetische afwijkingen worden nu gezien als een van de meest belangrijke oorzaken van een verstandelijke beperking (Vermeulen & Willemsen, 2016).

Afwijkingen in de genen komen niet alleen tot uiting in intellectueel functioneren (de verstandelijke beperking), maar ook in gedrag, stemming en ontwikkeling. Afwijkingen in de genen hebben dus hun weerslag op het gehele functioneren. Dit verklaart ook waarom psychische stoornissen vaker voorkomen bij mensen bij wie sprake is van een genetisch syndroom. Het syndroom en de psychische klachten hebben dezelfde onderliggende biologische of genetische oorzaak.

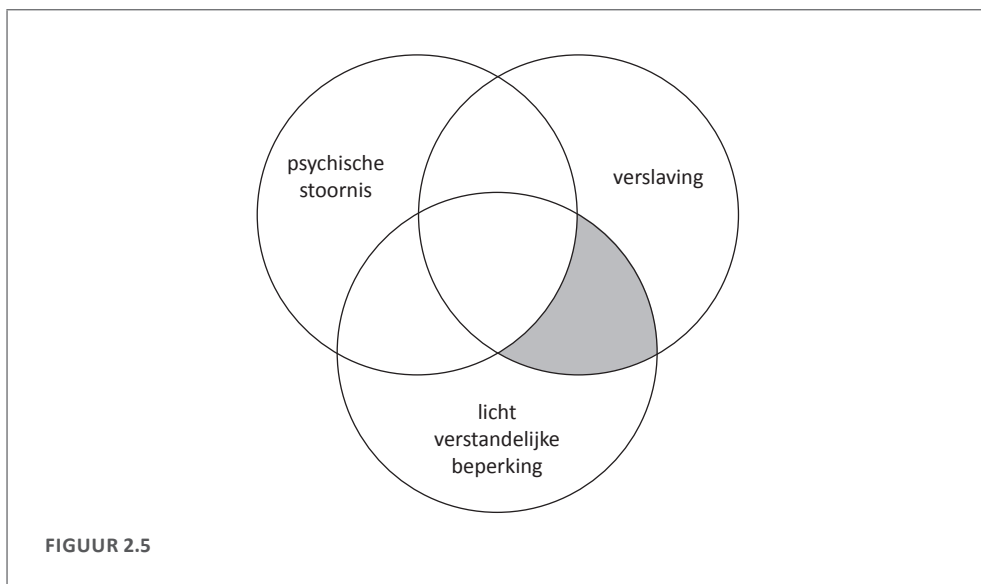
Een paar voorbeelden. Bij mensen met het syndroom van Down komt in de kindertijd regelmatig ADHD of gedragsproblematiek voor. In de volwassenheid hebben zij een verhoogd risico op het ontwikkelen van stemmingsstoornissen en dementie. Angststoornissen en autismespectrumstoornissen komen juist opvallend vaak voor in combinatie met het fragiele X-syndroom. Ook impulsief gedrag en hyperactiviteit komt vaak voor bij dit syndroom. Het Prader-Willi-syndroom wordt tot slot in verband gebracht met een verhoogd risico op psychotische kwetsbaarheid en slaapstoornissen.

Binnen de klinische genetica wordt daarom ook veel onderzoek gedaan naar welke psychische stoornissen samenhangen met welke genetische syndromen. Zo kan er in de behandeling rekening gehouden worden met de verhoogde kans op psychische stoornissen. Dat er een verhoogd risico is op het ontwikkelen van een psychische stoornis betekent namelijk niet dat dit ook automatisch zal optreden. Door klinisch genetisch onderzoek kunnen dus ook sneller beschermende factoren ingezet worden, die de kans verkleinen dat de psychische stoornis tot uiting komt.

Verslaving bij mensen met een licht verstandelijke beperking

Het wetenschappelijk onderzoek naar verslaving bij mensen met een licht verstandelijke beperking heeft een vergelijkbare ontwikkeling doorgemaakt (figuur 2.5). Net als bij psychische stoornissen werd lang gedacht dat verslavingsproblematiek niet of nauwelijks zou voorkomen bij mensen met een licht verstandelijke beperking. In 2007 werden door leden

van de Tweede Kamer vragen over dit onderwerp gesteld aan de toenmalige minister. De minister gaf toen aan dat er in Nederland slechts 'enkele honderden' jongeren met een licht verstandelijke beperking verslavingsproblematiek zouden hebben. Inmiddels is ook deze opvatting achterhaald. Mensen met een licht verstandelijke beperking worden nu juist gezien als een risicogroep voor het ontwikkelen van verslavingsproblematiek (voor recente overzichten, zie Didden, VanDerNagel, Delforterie & Van Duijvenbode, in druk; Van Duijvenbode & VanDerNagel, 2019).



Het middelengebruik onder mensen met een licht verstandelijke beperking is steeds meer gaan lijken op dat van de algehele bevolking. Van Duijvenbode en VanDerNagel (2019) maakten een overzicht van de prevalentie van middelengebruik en verslaving bij mensen met een licht verstandelijke beperking. Zij hebben alle studies op dit gebied tussen 2000 en 2019 verzameld en met elkaar vergeleken. In tabel 2.2 staan de resultaten hiervan samengevat. Overigens is in dit overzicht alleen het gebruik van alcohol en drugs opgenomen. Het wetenschappelijk onderzoek naar gedragsverslavingen, zoals gamen, gokken of internetten onder mensen met een licht verstandelijke beperking staat nog in de kinderschoenen.

Middelengebruik en verslaving komt bij jongeren en volwassenen met een licht verstandelijke beperking regelmatig voor. Van Duijvenbode & VanDerNagel (2019) vatten het wetenschappelijk onderzoek tussen 2000 en 2019 samen. Zij gaven onder andere een overzicht van hoe vaak middelengebruik en verslaving voorkomt.

TABEL 2.2 **MIDDELENGBRUIK EN VERSLAVING BIJ JONGEREN EN VOLWASSENEN MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING**

	Jongeren	Volwassenen
<i>Middelengebruik</i>		
Nicotine	0,0 – 49,8%	6,0 – 98,4%
Alcohol	15,6 – 75,4%	2,5 – 97,3%
Cannabis	2,4 – 13,0%	± 50%
Stimulantia		± 19,2%
<i>Verslaving</i>	0,1 – 2,7%	0,5 – 46,0%



PRAKTIJKOPDRACHT 2.4

Voordat je verder leest: kijk eens naar de percentages in tabel 2.2. Wat valt je op? Staan er ‘verrassingen’ in of komt het overeen met jouw eigen inschatting over middelengebruik en verslaving binnen de organisatie waarin je werkt?

Wat opvalt, is dat de percentages van middelengebruik erg uiteenlopen. Dit heeft bijvoorbeeld te maken met verschillen tussen studies in doelgroep of setting. Over het algemeen lijkt het gebruik van tabak en alcohol bij jongeren met een licht verstandelijke beperking vaker voor te komen dan bij jongeren zonder een licht verstandelijke beperking. Cannabisgebruik komt daarentegen minder vaak voor. Ook verslaving komt minder vaak voor bij jongeren met een licht verstandelijke beperking. Bij volwassenen is dit omgedraaid: tabaks- en alcoholgebruik lijken minder vaak voor te komen onder volwassenen met een licht verstandelijke beperking dan in de algehele bevolking en het gebruik van cannabis en andere drugs juist vaker. Verslaving komt gemiddeld ongeveer even vaak voor bij volwassenen met een licht verstandelijke beperking als bij volwassenen uit de algehele bevolking.



Gerrit is 38 jaar als hij voor een intake komt bij de verslavingszorg. Spannend vindt hij het niet meer; hij heeft al zoveel gesprekken met hulpverleners gehad! Er is nogal wat met hem aan de hand. ‘Niet goed in elkaar gezet,’ noemt hij het zelf. Hij heeft een licht verstandelijke beperking, autisme en epilepsie. Voor de epilepsie krijgt hij medicatie, waardoor hij nu al een aantal jaren geen aanvallen heeft gehad.

De intake is vanwege zijn alcoholgebruik. Dit begon zo’n tien jaar geleden, samen met vrienden in de kroeg. Maar het nam al snel toe. Nu drinkt hij elke dag drie flesjes bier. Zoveel is dat niet, vindt hij zelf. Gerrit snapt dus ook niet waarom iedereen zich zo druk maakt. Zijn vrienden maken zich zorgen om hem en raadden hem aan er iets aan te doen. Gerrit is na drie flesjes bier namelijk zó dronken dat hij niet meer weet wat hij doet.

Ook zijn werkgever vindt dat Gerrit minder zou moeten drinken. Het komt namelijk weleens voor dat Gerrit te laat komt of afbelt omdat hij een kater heeft. Dat kan zo niet langer. Gerrit snapt wel dat het vervelend is als hij niet komt opdagen. Hij heeft een laatste waarschuwing gekregen en wil zijn baan niet kwijt. Met frisse tegenzin zit Gerrit daarom nu in de wachtkamer.

Als middelengebruik of verslaving niet veel vaker voorkomt onder mensen met een licht verstandelijke beperking, waarom worden zij dan toch als een risicogroep gezien? Dat heeft verschillende redenen. Allereerst omdat mensen met een licht verstandelijke beperking meer en ernstiger negatieve consequenties van middelengebruik ervaren dan mensen zonder een licht verstandelijke beperking. Middelengebruik leidt bij hen dus vaker tot problemen. Bijvoorbeeld doordat ze verschillende middelen naast of door elkaar gebruiken of omdat ze gevoeliger zijn voor de effecten van alcohol en drugs. De casus van Gerrit is hier een voorbeeld van. Ook lijkt het risico op verslaving na initieel middelengebruik hoger te zijn. Wat begint als middelengebruik, lijkt dus al snel door te schieten in problematisch middelengebruik of zelfs verslaving. Dit heeft ermee te maken dat bekende risicofactoren voor het ontwikkelen van een verslaving vaker voorkomen bij mensen met een licht verstandelijke beperking. Bovendien zijn er specifieke risicofactoren die samenhangen met de licht verstandelijke beperking zelf (zie tabel 2.1). Het risico op verslaving lijkt bovendien hoger bij bepaalde subgroepen waarbinnen middelengebruik en verslaving bijzonder vaak voorkomt. Mensen met comorbide psychische stoornissen, contact met politie en justitie of ernstige gedrags- en emotionele problemen lijken vooral risico te lopen op het ontwikkelen van een verslaving.

Dit lijkt ook aan te sluiten bij de bevindingen van het schaarse wetenschappelijke onderzoek naar het aantal patiënten met een licht verstandelijke beperking binnen de verslavingszorg. In tegenstelling tot de aannames van veel behandelaars in de verslavingszorg, blijkt een aanzienlijk percentage van de patiënten een licht verstandelijke beperking te hebben. Zo bleek in een forensische verslavingskliniek maar liefst 39% van de patiënten een IQ onder de 85 te hebben (Luteijn, Didden & VanDerNagel, 2017).

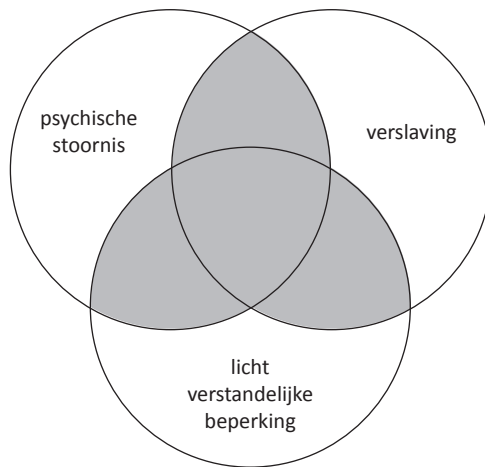


PRAKTIJKOPDRACHT 2.5

Neem een patiënt met een licht verstandelijke beperking in gedachten bij wie sprake is van een psychische stoornis of verslaving. Welke risicofactoren zijn er bij deze patiënt aanwezig? Zijn dit algemene risicofactoren of specifieke risicofactoren?

Triple problematiek

In de afgelopen jaren zijn er steeds meer wetenschappelijke studies verschenen over verslaving *of* psychische stoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking. In sommige studies komen zowel psychische stoornissen als verslaving aan bod. In een Brits onderzoek onder gedetineerden met een licht verstandelijke beperking werd bijvoorbeeld gevonden dat er bij 44% van hen sprake was van een psychische stoornis en bij 38% van een verslaving (Chaplin et al., 2017). Dit suggereert ten minste enige overlap tussen verslaving *en* psychische stoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking (figuur 2.6). Maar hoe groot die overlap is – en dus: hoe vaak triple problematiek precies voorkomt – blijft onduidelijk.

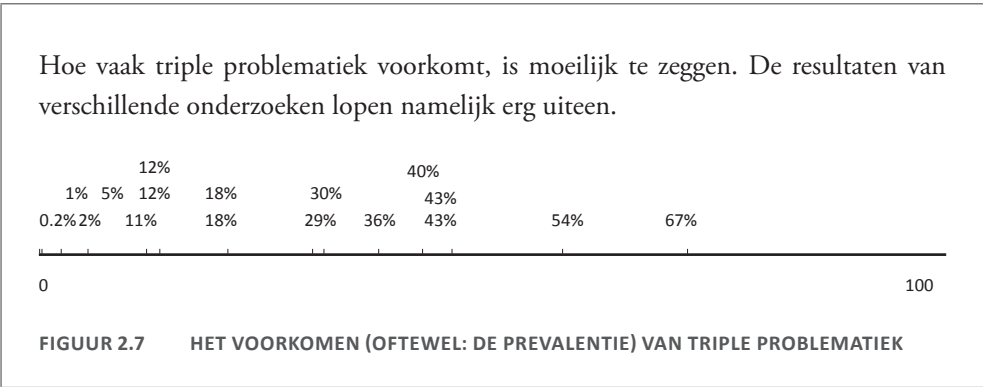


FIGUUR 2.6 TRIPLE PROBLEMATIEK

Er zijn maar weinig wetenschappelijke studies waarin informatie staat over triple problematiek. Hoewel verslaving *en* psychische stoornissen soms wel genoemd worden, beschrijven de onderzoekers niet altijd hoe vaak die twee problemen samen voorkomen bij mensen met een licht verstandelijke beperking. En de studies die er wel zijn, verschillen onderling zo sterk dat ze moeilijk met elkaar te vergelijken zijn. Waar de ene onderzoeker bijvoorbeeld een willekeurige groep mensen neemt die in een bepaalde regio staan ingeschreven bij de

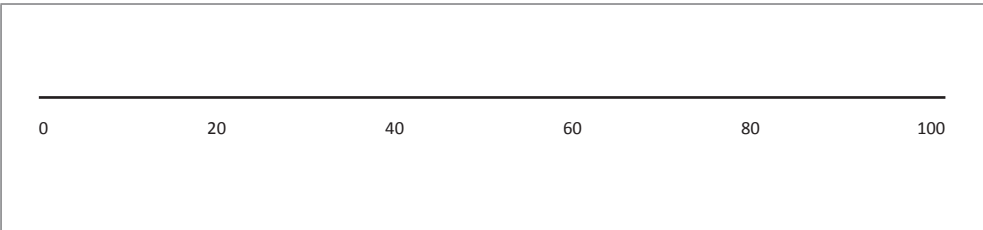
huisarts, onderzoekt de andere onderzoeker gedetineerden op een intensieve 24-uurszorgafdeling. Deze groepen zijn op een groot aantal punten niet te vergelijken met elkaar. Het is als appels met peren vergelijken.

De onderlinge verschillen zijn ook terug te zien in de prevalentie van triple problematiek. Kijk maar eens naar figuur 2.7 Hierin staan de resultaten van verschillende onderzoeken over het voorkomen van triple problematiek samengevat. Het komt erop neer dat de prevalentie van triple problematiek varieert tussen 11% en 54%. Hoe hoog het percentage is, hangt onder andere af van de doelgroep en de setting. Met name binnen de (langdurige) 24-uurszorg en in het justitiële domein is triple problematiek eerder regel dan uitzondering (Van Duijvenbode, VanDerNagel, Janssen van Raay & Didden, 2019).



PRAKTIJKOPDRACHT 2.6

Triple problematiek komt regelmatig voor. Hoe hoog schat je het percentage triple problematiek in jouw eigen caseload?



PRAKTIJKOPDRACHT 2.7

Welke les neem jij mee na het lezen van dit hoofdstuk?

3. DRIE MET ELKAAR SAMENHANGENDE PROBLEMEN

Patrick is 25 jaar als hij wordt opgenomen op de psychiatrische afdeling van het ziekenhuis. Dit is niet zijn eerste hulpverleningscontact. Patrick is al vanaf 6-jarige leeftijd bekend bij de hulpverlening. Zijn moeder omschreef hem als druk en impulsief en op school kwam hij in de problemen omdat hij snel afgeleid was. Hij werd gediagnosticeerd met ADHD. Ook bleek hij een licht verstandelijke beperking te hebben, veroorzaakt door een genetisch syndroom (het fragiele X-syndroom).

Onlangs medicatie hielden de problemen aan. Patrick ging met verkeerde vrienden om en kwam in aanraking met alcohol en drugs. Tijdens het uitgaan dronk hij flink. Om langer door te gaan, snoof hij cocaïne. Hij merkte dat cocaïne ook de onrust in zijn hoofd verminderde. 'Eindelijk even rust,' zoals hij zelf zei. Gesprekken hierover met behandelaars mochten niet baten. Zo erg vond Patrick het allemaal niet. Bovendien: hij was geen alcoholist. Hij dronk ten slotte alleen maar bier en geen sterke drank.

Door de jaren heen gebruikte hij steeds meer alcohol en drugs. Het speelde een steeds grotere rol in zijn leven, waardoor hij zijn huis en baan kwijtraakte en schulden kreeg. Om aan geld te komen, stal hij uit winkels waardoor hij in aanraking kwam met politie en justitie. Voor de opname sliep hij op straat of bij vrienden. Hij zag het leven niet meer zitten. Hij had zoveel problemen; die kon hij toch nooit oplossen? Patrick deed een suïcidepoging, die leidde tot de huidige opname.

Bij Patrick is er sprake van triple problematiek. Er wordt gesproken over een licht verstandelijke beperking, ADHD en een verslaving aan alcohol en cocaïne. Ook de sociaal-maatschappelijke problemen zijn aanzienlijk: werkloosheid, dak- en thuisloosheid, financiële problemen, justitiële contacten. Het beeld ontstaat van een kluwen wol, met een warboel aan verschillende draden die op het eerste gezicht niet te ontrafelen zijn.

Er wordt van comorbiditeit gesproken wanneer iemand tegelijkertijd lijdt onder twee of meer stoornissen. Soms staan de stoornissen los van elkaar. Een griep kan immers ook tegelijkertijd voorkomen met een migraineaanval of een ontstoken vinger; dat kan toeval zijn. Maar bij comorbiditeit speelt toeval vaak maar een kleine rol. De stoornissen staan zelden los van elkaar. Sterker nog: in de regel versterken de verslaving en psychische stoornis elkaar en houden ze elkaar in stand. Dit leidt al snel tot de vraag hoe de stoornissen met

elkaar samenhangen. Wat was er eerder: de kip of het ei? In dit hoofdstuk beantwoorden we de volgende vragen:

- Hoe hangen de problemen met elkaar samen bij comorbiditeit of dubbeldiagnose?
- Hoe hangen de problemen met elkaar samen bij triple problematiek?

Kip of ei?

Er zijn in wetenschappelijk onderzoek vier verschillende onderlinge verbanden gevonden tussen psychische stoornissen en verslaving (Noordsy, Mishra & Mueser, 2013). De vier verbanden vatten we hier kort samen.

psychische stoornis → verslaving

FIGUUR 3.1 PSYCHISCHE STOORNIS VEROORZAAKT VERSLAVING

Psychische stoornis veroorzaakt verslaving

Ten eerste kan een psychische stoornis een verslaving veroorzaken (figuur 3.1). De psychische stoornis gaat vooraf aan of is er eerder dan de verslaving. De verslaving is dus een gevolg van de psychische stoornis. Alcohol en drugs (maar ook: gamen, gokken of internetten) worden bijvoorbeeld gebruikt om de symptomen van een psychische stoornis te dempen. Verslaving wordt dan gezien als een vorm van zelfmedicatie. Psychische klachten worden tijdelijk minder of worden zelfs helemaal niet meer gevoeld. Lees het volgende citaat van Gerda.



Gerda: 'Ik was vaak verdrietig en had nergens zin in. Ik zat helemaal niet lekker in m'n vel. Ik ben toen steeds vaker pillen gaan slikken. Dan voelde ik me tenminste weer even blij.'

Een andere manier waarop een psychische stoornis een verslaving kan veroorzaken, is volgens het zogenaamde sensitiviteitsmodel. Dit model gaat ervan uit dat patiënten met psychische stoornissen door allerlei biologische factoren gevoeliger zijn voor de (belonende) effecten van alcohol en drugs. Hierdoor leveren al kleine hoeveelheden alcohol en drugs relatief grote problemen op.



Kelly: 'Mijn moeder dronk wijn tijdens haar zwangerschap. Daardoor heb ik foetaal alcoholyndroom. FAS noemen ze dat ook wel. Toen ik kind was, merkten ze dat al. Ik heb een laag IQ en autisme. En toen ik was begonnen met alcohol drinken, ben ik ook al snel verslaafd geraakt. De dokter vertelde me dat dat ook bij FAS kan horen.'

Sommige psychische stoornissen kunnen ook het risico vergroten op middelengebruik. Bijvoorbeeld omdat die stoornissen als kenmerk hebben dat mensen eerder geneigd zijn om risico's te nemen en te experimenteren met middelengebruik. In het Engels wordt dit ook wel 'sensation seeking' genoemd. Mensen met ADHD nemen bijvoorbeeld vaker risico's en kunnen vanuit het experimenteren met alcohol en drugs ook een verslaving ontwikkelen. Dit lijkt het geval bij Alex.



Alex: 'Mijn moeder zegt weleens dat ik niet goed nadenk over wat ik doe. Maar zo zie ik het niet. Living on the edge noem ik het. Je leeft maar één keer, toch? Je moet dingen uitproberen! Zo ging het ook met cocaïne. Een vriend nam het mee en ik wilde het weleens proberen. Voor ik het wist, was ik verslaafd.'



PRAKTIJKOPDRACHT 3.1

Lees de casus van Patrick aan het begin van dit hoofdstuk nog eens door. Zie je dit eerste verband tussen psychische stoornissen en verslaving ook bij hem terug? Beschrijf in je eigen woorden hoe je dit verband terugziet.

verslaving → psychische stoornis

FIGUUR 3.2 VERSLAVING VEROOorzaakt PSYCHISCHE STOORNIS

Verslaving veroorzaakt psychische stoornis

Ten tweede kan verslaving voorafgaan aan een psychische stoornis (figuur 3.2). De verslaving veroorzaakt dan als het ware de psychische stoornis. Middelengebruik is in deze gevallen een trigger voor het ontstaan van een psychische stoornis. Cannabisgebruik als risicofactor voor psychotische stoornissen is hier een bekend voorbeeld van. Bij Kees lijkt dit het geval te zijn.



Kees: 'Het ging helemaal niet goed met me. Ik blowde steeds meer. Op een gegeven moment dacht ik dat ze me wilden vergiften! Dat zeiden de stemmen in mijn hoofd. Ze hebben me toen opgenomen. Daar weet ik niet zoveel meer van. Ik was in de war.'

Hierbij is het belangrijk te onthouden dat de psychische klachten niet alleen kunnen ontstaan wanneer iemand onder invloed is van alcohol of drugs, maar ook wanneer iemand aan het afkicken of ontwennen is. Mensen die proberen te stoppen met alcoholgebruik kunnen tijdens de ontwenning bijvoorbeeld (tijdelijk) somber of angstig worden.



Pien: 'Toen ik stopte met drinken, voelde ik me steeds somberder. Het was alsof er een zware, zwarte deken over de wereld lag. Ik had nergens meer plezier in. Terwijl ik zo had gehoopt dat alles beter zou worden als ik zou stoppen met drinken! Mijn psychiater vertelde dat het normaal was dat ik me zo voelde. Gelukkig werd het na een paar weken steeds beter.'

PRAKTIJKOPDRACHT 3.2

Lees de casus van Patrick aan het begin van dit hoofdstuk nog eens door. Zie je dit tweede verband tussen psychische stoornissen en verslaving ook bij hem terug? Beschrijf in je eigen woorden hoe je dit verband terugziet.

X-factor → psychische stoornis + verslaving

FIGUUR 3.3 DE X-FACTOR

De X-factor

De derde manier waarop psychische stoornissen en verslaving kunnen samenhangen, gaat uit van een zogenaamde 'X-factor' (figuur 3.3). De X-factor is een risicofactor die zowel de kans op een verslaving als op een psychische stoornis vergroot. Hierbij kun je denken aan een lage sociaaleconomische status, schooluitval, psychische of verslavingsproblemen bij de ouder(s), impulsiviteit en tekorten in probleemoplossende vaardigheden. Lees onderstaand citaat van Dylan.



Dylan: 'Op de basisschool zeiden ze dat ik "lastig" was. Ik kon niet goed stilzitten, haalde kattenkwaad uit. Toen ik iets ouder was, ging ik drinken en blowen. Waar ik ben opgegroeid, was dat heel normaal. Iedereen zat in de zomer met een krat bier in de voortuin! Maar mijn vader dronk wel écht te veel. Hij kwam er door in de problemen, raakte zijn baan kwijt en zo. Daardoor hadden we vroeger weinig geld. Te weinig om leuke dingen te doen. Na school ging ik altijd naar vrienden. We zaten dan in het parkje, een beetje te praten en te chillen met elkaar. Zo begon het blowen.'

Overigens vergroten X-factoren niet alleen de kans op psychische stoornissen en verslaving, maar ook op bijkomende sociaal-maatschappelijke problemen, zoals delinquent gedrag en dak- en thuisloosheid (zie box 3.1). Er ontstaat een neerwaartse spiraal.



Dylan: 'Het ging van kwaad tot erger. Ik spijbelde veel of kwam stoned op school. Na een tijdje ben ik van school gestuurd. En toen? Ik verveelde me, had niks meer te doen overdag! Ik wilde spanning voelen. Stelen gaf mij die kick. Me steeds maar afvragen of ik gepakt zou worden of niet. Maar ja, nu zit ik dus vast.'



PRAKTIJKOPDRACHT 3.3

Lees de casus van Patrick aan het begin van dit hoofdstuk nog eens door. Zie je dit derde verband tussen psychische stoornissen en verslaving ook bij hem terug? Beschrijf in je eigen woorden hoe je dit verband terugziet.

Box 3.1: X-factor

In 2010 verscheen er een rapport van Resultaten Scoren (Snoek, Wits, Van der Stel & Van de Mheen, 2010) met daarin een overzicht van belangrijke risicofactoren voor verslavingsproblematiek. Uit dit onderzoek blijkt dat veel van de risicofactoren voor verslavingsproblematiek ook het risico op psychische klachten, delinquent gedrag en dak- en thuisloosheid vergroten.

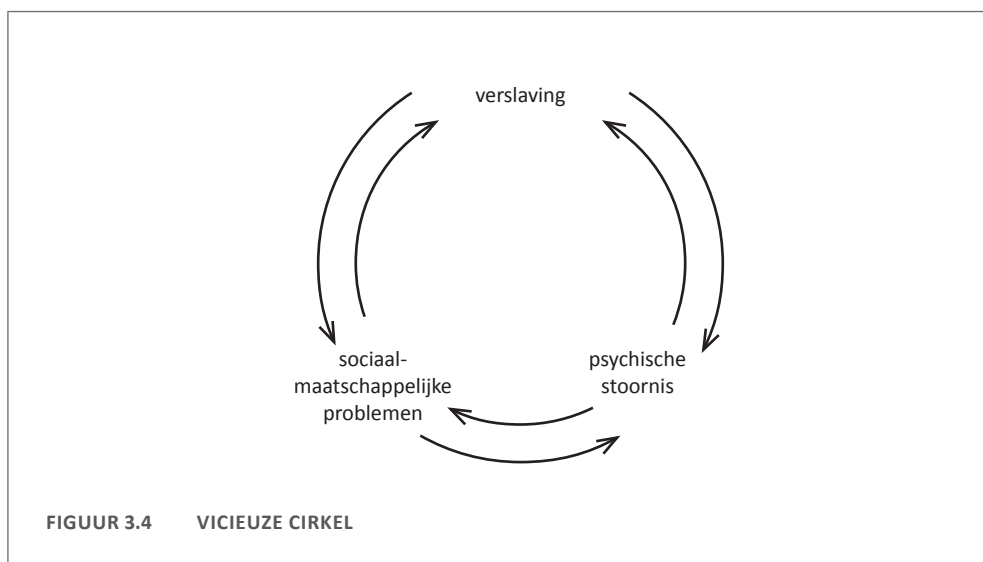
Bijvoorbeeld: armoede, ongunstige buurtkenmerken, lage sociaaleconomische status, slechte schoolprestaties, gescheiden/alleenstaande ouders, middelengebruik bij ouders, mishandeling en verwaarlozing in de jeugd. Allemaal risicofactoren die zowel de kans op het ontstaan van verslavingsproblematiek als op psychische stoornissen vergroten.

Geconcludeerd wordt dat verslavingsproblematiek en psychische stoornissen het resultaat zijn van verschillende risicofactoren en dat één risicofactor tot meerdere problemen kan leiden. En: hoe meer risicofactoren er aanwezig zijn, hoe groter de kans op problemen.



PRAKTIJKOPDRACHT 3.4

Neem eens drie patiënten uit je eigen caseload in gedachten. Welke biologische, psychologische en sociaal-maatschappelijke risicofactoren voor verslaving of psychische stoornissen heb je bij hen gezien?



Vicieuze cirkel

Bij lang niet elke patiënt is duidelijk hoe de verschillende problemen precies met elkaar samenhangen, hoe deze in de loop van de tijd zijn ontstaan en in welke volgorde ze zijn ontstaan. Vaak heeft een patiënt een wirwar van klachten die als een bol wol met elkaar samenhangen. Met andere woorden: lang niet altijd kan de vraag van de kip of het ei worden beantwoord.

De vierde verklaring voor comorbiditeit is dan ook dat de psychische stoornis en verslaving elkaar in een vicieuze cirkel in stand houden (figuur 3.4). Waar in de eerste drie verklaringen de problemen redelijk goed van elkaar te onderscheiden zijn en onderlinge verbanden kunnen worden vastgesteld, is dat bij de vierde verklaring niet zo. Er lopen verschillende verbanden door elkaar heen. Psychische klachten leiden tot middelengebruik of verslavend gedrag (of andersom), wat vervolgens weer leidt tot nog meer psychische en sociaal-maatschappelijke problemen, die tot slot weer aanleiding geven om alcohol of drugs te gebruiken, te gamen of te gokken. Dit leidt dan weer tot (een toename van) psychische klachten, enzovoorts.



Anja: 'Het was als een moeras waar ik niet meer zelf uit kon komen. Ik ben gaan drinken vanwege de dingen die ik heb meegemaakt in mijn leven. Alcohol hielp tijdelijk; dan dacht ik er tenminste even niet meer aan. Maar ik kreeg er ook steeds meer problemen door. Ruzie met mijn man en kinderen bijvoorbeeld. Ik dronk ook zoveel dat ik soms niet meer wist wat ik zei of deed. Daar hebben mensen weleens misbruik van gemaakt. Ik maakte dan nóg meer nare dingen mee, die er weer voor zorgden dat ik bleef drinken.'



PRAKTIJKOPDRACHT 3.5

Lees de casus van Patrick aan het begin van dit hoofdstuk nog eens door. Zie je dit vierde verband tussen psychische stoornissen en verslaving ook bij hem terug? Beschrijf in je eigen woorden hoe je dit verband terugziet.

Triple? Trouble!

Bij triple problematiek kan de licht verstandelijke beperking het best als een ‘gegeven’ worden gezien. Deze ontstaat al vroeg in het leven van de patiënt, lang voordat er sprake is van middelengebruik of een psychische stoornis. We weten bovendien dat mensen met een licht verstandelijke beperking een groter risico lopen om verslaafd te raken of een psychische stoornis te krijgen dan mensen zonder een licht verstandelijke beperking. Dit komt waarschijnlijk doordat er sprake is van een opeenstapeling van risicofactoren. Zij groeien bijvoorbeeld vaker op in een gezin met een lage sociaaleconomische status, vallen eerder uit op school, maken vaker ingrijpende gebeurtenissen mee en hebben minder goede vaardigheden om met problemen of stress om te gaan. Een licht verstandelijke beperking is dus een ‘X-factor’ die de kans groter maakt om verslaafd te raken of een psychische stoornis te ontwikkelen.

Vervolgens kunnen de psychische stoornis en verslaving bij mensen met een licht verstandelijke beperking op verschillende manieren samenhangen. Zo is bekend dat veel mensen met een licht verstandelijke beperking alcohol of drugs gebruiken om met nare gevoelens of gebeurtenissen om te gaan. Met andere woorden: de psychische klachten of stoornis veroorzaken in dit geval de verslaving. Zo ook bij Barbara.



Barbara noemt zichzelf een ‘piekeraar’. Zij maakt zich snel zorgen, vaak over de meest uiteenlopende zaken. Maar toch wel het meest over wat andere mensen van haar vinden. Barbara is bang dat anderen haar saai vinden. Ze is zo bang dat ze sociale situaties zoals feestjes of verjaardagen het liefst uit de weg gaat. Maar dit kan natuurlijk niet altijd. Om ‘de scherpe randjes eraf te halen’ drinkt zij daarom voordat ze weggaat een paar glazen wijn. Dit helpt haar om zich niet zo angstig en gespannen te voelen.

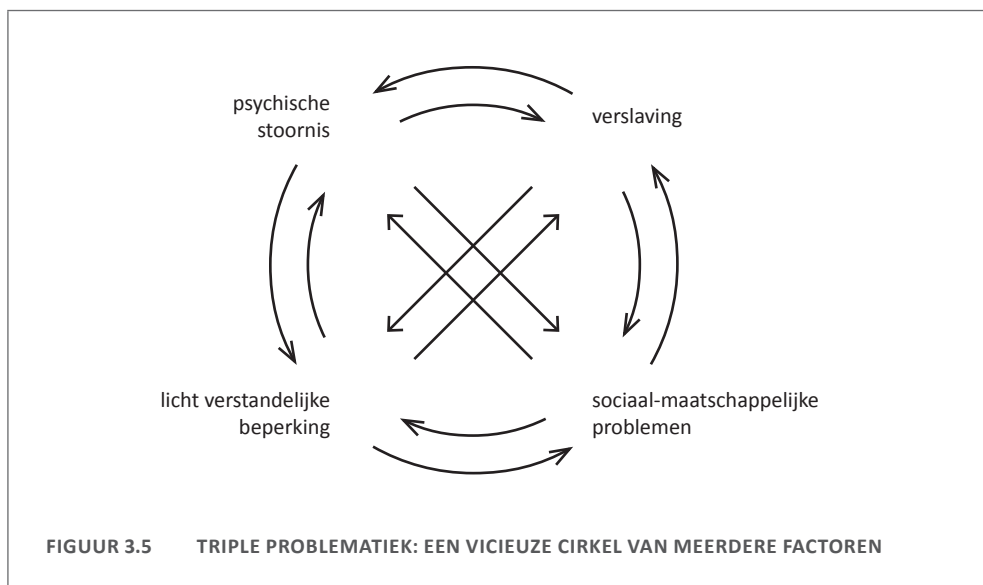
Ook zijn mensen met een licht verstandelijke beperking gevoeliger voor de effecten van alcohol en drugs. Zelfs kleine hoeveelheden ervan kunnen tot grote problemen leiden, waaronder somberheid, angst of psychoses. In dit voorbeeld leidt de verslaving dus tot een psychische stoornis. Dit lijkt het geval te zijn bij Henk.



Henk komt samen met zijn persoonlijk begeleider op de intake bij de verslavingszorg vanwege overmatig cocaïnegebruik. Hierdoor gaat hij niet meer naar de dagbesteding en zijn er schulden ontstaan. Zijn persoonlijk begeleider heeft aan de bel getrokken. Zij maakt zich

zorgen om hem, omdat hij steeds slechter in zijn vel lijkt te zitten. Ook Henk maakt zich eigenlijk wel zorgen. Hij is de laatste tijd steeds zo paniekerig en schrikachtig. Zou dit met zijn gebruik te maken kunnen hebben...?

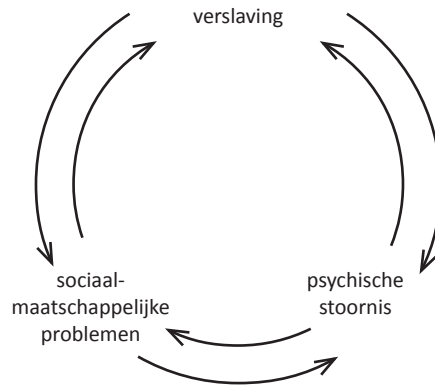
Bij triple problematiek is het misschien zelfs nóg moeilijker om precies te achterhalen hoe de problemen met elkaar samenhangen. Er speelt zoveel, en zoveel tegelijk, dat het moeilijk is om te bepalen wat nu wat veroorzaakt en in welke volgorde de problemen zijn ontstaan. Met andere woorden: triple problematiek kun je het best zien als een vicieuze cirkel van meerdere factoren (psychische stoornis, verslaving, licht verstandelijke beperking) die elkaar versterken en in stand houden, en gezamenlijk leiden tot bijkomende sociaal-maatschappelijke problemen (figuur 3.5). Verlies van werk, huis en sociale contacten, oplopende schulden, noem het maar op. De sociaal-maatschappelijke problemen zorgen er bovendien voor dat de situatie nog verder verslechtert: psychische klachten worden erger, middelengebruik neemt toe, de intellectuele en adaptieve vaardigheden (plannen, logisch denken, overzicht bewaren) nemen af en het functioneren van de persoon in het dagelijks leven gaat achteruit.



Laten we nog eens naar de casus van Patrick kijken. We hebben de casus uitgeplozen om de verschillende verbanden tussen de psychische stoornis, verslaving, licht verstandelijke beperking en bijkomende sociaal-maatschappelijke problemen te identificeren.



Patrick is een 25-jarige, alleenstaande man bij wie sprake is van ADHD, een licht verstandelijke beperking, een stoornis in het gebruik van alcohol en cocaïne en een middelen-geïnduceerde stemmingsstoornis. Zijn problematiek hangt op verschillende manieren met elkaar samen.



X-factor → psychische stoornis + verslaving

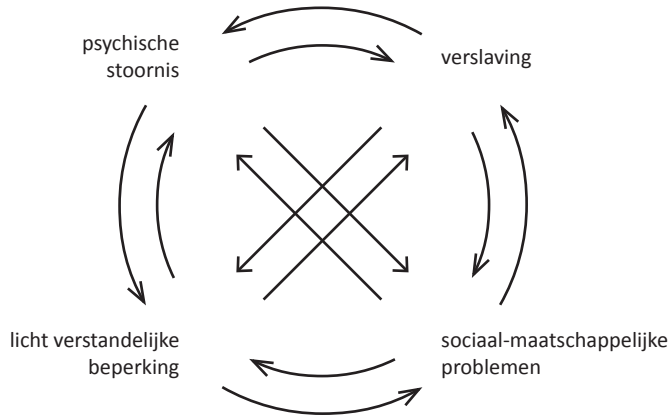
Het gebruik van cocaïne werkt rustgevend bij mensen met ADHD. Het kan dus worden gezien als een vorm van zelfmedicatie tegen de symptomen van ADHD (psychische stoornis leidt tot verslaving).

verslaving → psychische stoornis

Als gevolg van langdurig overmatig middelengebruik verslechterde de stemming van Patrick. Hij had met name last van somberheid wanneer hij onder invloed was van alcohol of bij onthouding van cocaïne (verslaving leidt tot psychische stoornis).

X-factor → psychische stoornis + verslaving

De licht verstandelijke beperking wordt veroorzaakt door een genetische afwijking, in dit geval het fragiele X-syndroom. Bij dit syndroom komen impulsief gedrag en hyperactiviteit vaak voor, en mogelijk ook verslaving (X-factor).



De combinatie van problematiek zorgde tot slot voor een afname van het sociaal-maatschappelijk functioneren. Patrick raakte dakloos en werkloos, bouwde een schuldenlast op en kwam in aanraking met politie en justitie. Deze problemen hielden het middelengebruik verder in stand en zijn intellectueel en psychisch functioneren verslechterde verder (vici-euze cirkel).



PRAKTIJKOPDRACHT 3.6

Neem een patiënt in gedachten bij wie sprake is van triple problematiek. Welke problemen spelen er bij deze patiënt? En hoe hangen die met elkaar samen? Welke verklaring voor triple problematiek past het best in deze casus?



PRAKTIJKOPDRACHT 3.7

Een psychische stoornis, verslaving en een licht verstandelijke beperking kunnen op verschillende manieren met elkaar samenhangen. Lees onderstaande casussen eens door. Welke verklaring past het best bij elk van onderstaande casussen?

- Pascal is een 23-jarige jongeman, gediagnosticeerd met ADHD. Hij meldt zich bij de huisarts omdat hij in de afgelopen jaren steeds meer cannabis is gaan gebruiken. Hij vertelt erover dat het hem rustig maakt: zijn gedachtestroom neemt af, waardoor hij zich rustiger voelt en beter kan slapen.

- b. Samantha is opgegroeid in de stad. Haar vader was verslaafd en haar moeder was gediagnosticeerd met een borderline persoonlijkheidsstoornis. In haar jeugd spijbelde ze veel en kwam ze in aanraking met politie en justitie. Momenteel ontvangt zij begeleiding vanuit de verstandelijk gehandicaptenzorg. Het valt haar begeleiders op dat zij veel drinkt: tot wel acht halve liters per dag.
- c. Erik gebruikt al langere tijd regelmatig cocaïne. De laatste keer dat hij dat deed, zag hij overal kakkerlakken en was hij ervan overtuigd dat hij gevolgd werd op straat. Hij meldt zich in paniek bij de huisarts en is bang om 'gek' te worden.
- d. Karen is een jonge vrouw met een licht verstandelijke beperking. In het verleden is zij meerdere malen seksueel misbruikt. Om daar niet aan te hoeven denken, drinkt zij dagelijks een tot twee flessen wijn. Onder invloed van alcohol weet zij niet altijd meer wat ze doet en vertoont ze risicovol gedrag. Afgelopen weekend werd zij wakker naast een onbekende man.



PRAKTIJKOPDRACHT 3.8

Welke les neem jij mee na het lezen van dit hoofdstuk?

DEEL 2:

TRIPLE PROBLEMATIEK IN DE PRAKTIJK



4. SIGNALEREN EN SCREENEN



Kevin (21 jaar) gaat na aandringen van zijn moeder naar de huisarts. Hij is door zijn dealer in elkaar geslagen en heeft een blauw oog en een gescheurde lip. In het eerste gesprek blijkt er veel meer aan de hand. Kevin gebruikt vaak cannabis, heeft een forse schuld, en vertelt over ‘afschuwelijke dromen’ die hij regelmatig heeft.

Samen met de huisarts maakt Kevin een afspraak bij de praktijkondersteuner ggz (POH-ggz). Volgens de huisarts kan hij bij haar vertellen wat er aan de hand is. Ook zal ze met hem meedenken hoe hij verder geholpen kan worden. Spannend vindt hij het wel. Hij is niet zo’n prater.

Hoewel Kevin zich aanvankelijk bij de huisarts meldde met lichamelijke verwondingen, lijkt er meer aan de hand. Verslaving, psychische klachten, schulden – om maar een paar problemen te noemen. Kevin is ook lang niet de enige die zich bij een hulpverlener meldt met psychische klachten. Zoals ook beschreven in hoofdstuk 2, krijgen veel mensen in hun leven last van een psychische stoornis of verslaving. De huisarts is de belangrijkste verwijzer naar de geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg. Ongeveer twee derde van de mensen die hulp krijgen voor een psychische stoornis of verslavingsproblematiek, wordt verwezen via de huisarts (GGZ Nederland, 2016). Maar ook andere hulpverleners kunnen te maken krijgen met mensen met een psychische stoornis, verslaving of licht verstandelijke beperking: sociale wijkteams, reclassering, gevangenismedewerkers, maatschappelijk werkers.

Hoe iemand in zorg komt, is in dit hoofdstuk minder van belang. In alle gevallen zal de eerste taak namelijk dezelfde zijn: het verhelderen van het probleem. Wat is hier precies aan de hand? Welke klachten spelen er? Hoe ernstig zijn die klachten en waardoor worden ze veroorzaakt? Op basis daarvan kan bepaald worden welke vervolgstappen nodig zijn: betreft het problematiek die de hulpverlener zelf kan behandelen of is een verwijzing naar meer specialistische hulp op zijn plaats?

De eerste stap is het signaleren van mogelijke problematiek en het inventariseren van de klachten. We noemen dit ook wel screening van de klachten. Daarover gaat dit hoofdstuk. We beantwoorden de volgende vragen:

- Waarom is screening van de problematiek belangrijk?
- Waar moet ik op letten en welke vragen kan ik stellen?
- Hoe maak ik de signalen die ik zie bespreekbaar met de patiënt?



PRAKTIJKOPDRACHT 4.1

Screening heeft een aantal voordelen. Voordat je verder leest: welke voordelen van screening zie jij in je eigen werk?

Het belang van screening

Het belangrijkste doel van screening is het maken van een eerste grove inschatting van de situatie. Niet alles hoeft direct al tot in de puntjes uitgewerkt en duidelijk te zijn. Vaak kan dat ook helemaal niet. Het is voldoende om een eerste antwoord te kunnen geven op de vragen:

- 1) Wat zijn de belangrijkste klachten?
- 2) Hoe erg zijn de klachten?
- 3) Zijn er eventuele spoedeisende klachten die direct om actie vragen?
- 4) Wat speelt er nog meer?



Ellen: 'Ik had de verkeerde diagnose en daardoor kreeg ik niet de hulp die ik nodig had. Ze dachten dat ik borderline had, maar dat bleek helemaal niet zo te zijn. Ik ging van crisis naar crisis en ben meer dan tien keer opgenomen geweest bij verschillende organisaties. Dan kreeg ik medicatie om rustig te blijven. Maar het ging van kwaad tot erger, omdat het niet de juiste hulp was.

Ik heb trauma's meegemaakt en ik heb PTSS. Ook heb ik een licht verstandelijke beperking. Maar dat wisten ze helemaal niet! Pas veel later hebben ze een keer een IQ-test gedaan. Maar daar werd niks mee gedaan. Ik voelde me aan mijn lot overgelaten, omdat niemand me leek te begrijpen. Ik had het gevoel alsof er niet écht naar mij omgekeken werd.

Als ze goed hadden gekeken wat er met mij aan de hand was, was ik nu misschien wel veel verder geweest. Het is nu elf jaar later. Elf jaar van ellende, ellende en nog meer ellende. Opnames, medicaties, therapie, hulpverleners... En nu pas weten ze wat er met mij aan de hand is en krijg ik de hulp die ik nodig heb. Na elf jaar gaat het eindelijk weer beter met me.'

Screening is om een aantal redenen belangrijk. Een aantal voordelen op een rij:

Patiënten krijgen de hulp die bij hen past

Door goed te kijken wat er precies speelt, voelen patiënten zich gehoord en gesteund. Er is sneller duidelijk wat er nodig is. Zij krijgen de hulp die bij hen past. Hierdoor zijn zij meer tevreden met de hulp die zij krijgen en hebben ze meer vertrouwen in de kans van slagen ervan.

Ernstiger klachten kunnen worden voorkomen

Zonder de juiste hulp kunnen klachten steeds erger en complexer worden. Vooral bij triple problematiek bestaat dit gevaar. Door te screenen kan dit worden voorkomen. Dit is belangrijk omdat lichte of eenvoudige klachten nu eenmaal makkelijker ‘op te lossen’ zijn dan ernstige of complexe klachten. Door te screenen neemt de kans op herstel toe en voelen patiënten zich sneller weer beter.

Patiënten krijgen eerder de juiste hulp

Klachten kunnen gemakkelijk over het hoofd worden gezien of onderschat. Met name een licht verstandelijke beperking wordt lang niet altijd herkend (zie box 4.1). Andersom kan ook: klachten worden overschat, waardoor een patiënt (onterecht) verwezen wordt voor specialistische hulp. In beide gevallen sluit het plan van aanpak dan niet aan bij de hulp die de patiënt nodig heeft. Patiënten moeten dan langer wachten totdat zij wel de juiste hulp krijgen.

Er wordt sneller gedaan wat nodig is

Een goede screening zorgt ervoor dat een patiënt sneller bij de juiste hulpverlener terechtkomt. Het zorgt er ook voor dat deze hulpverlener sneller tot de juiste behandeling of begeleiding over kan gaan. Door de screening zijn de klachten namelijk al gedeeltelijk in kaart gebracht. Er wordt sneller gedaan wat nodig is om de patiënt zich beter te laten voelen.

Hulpverlening wordt goedkoper

In twijfelgevallen worden patiënten nu vaak ‘voor de zekerheid’ verwezen naar specialistische hulp. Terwijl dat misschien lang niet altijd nodig is. Door de klachten goed te screenen kan er een betere inschatting worden gemaakt welke hulp een patiënt nodig heeft. Uit onderzoek blijkt dat er dan ook minder mensen worden doorverwezen naar specialistische hulp (Meewissen, Otten & Van Deurzen, 2016). Door een goede screening wordt de hulpverlening goedkoper.



Erica, behandelaar in de verslavingszorg: ‘Triple problematiek wordt niet altijd erkend of goed gesignaleerd. Patiënten krijgen dan niet de zorg die ze nodig hebben. Ze worden bestempeld als niet gemotiveerd en vallen uit in de behandeling.’



PRAKTIJKOPDRACHT 4.2

Screening heeft een aantal voordelen. Lees deze nog eens door. Welke vind jij het meest van belang voor jouw eigen werk? Waarom juist deze?

Rode vlaggen en handige vragen

Aan de buitenkant is het vaak niet zichtbaar dat iemand een psychische stoornis, verslaving of licht verstandelijke beperking heeft. Mensen lopen er doorgaans ook niet mee te koop. Ze vinden het moeilijk om toe te geven of ze zijn heel goed geworden in het verbergen of verbloemen van hun problemen. Ze zijn als het ware ‘streetwise’. Toch zijn er signalen – rode vlaggen – die kunnen opvallen in het contact met patiënten met triple problematiek. ‘Er is iets...’ zeggen hulpverleners dan vaak, soms zonder te kunnen vertellen wat dat ‘iets’ dan precies is. Ze hebben een onderbuikgevoel, vaak gebaseerd op observaties, door vallen en opstaan, en de nodige oefening en ervaring.

Signaleren van een psychische stoornis

Er zijn zoveel verschillende psychische stoornissen dat het bijna onmogelijk is om in het algemeen te spreken over signalen van een psychische stoornis. Iemand met een depressie gedraagt zich bijvoorbeeld anders dan iemand met ADHD. En dat is niet het enige, want ook patiënten met dezelfde stoornis kunnen verschillende klachten hebben. De ene patiënt met een depressie zal bijvoorbeeld veel slapen en weinig eetlust hebben, terwijl de andere patiënt met een depressie juist weinig slaapt en veel eetlust heeft.

Bij het signaleren van een psychische stoornis is het daarom belangrijk om goed te observeren. Bij een psychische stoornis is er sprake van een ontregeling in hoe iemand denkt, voelt en/of zich gedraagt (lees hierover meer in bijlage 2). Let bijvoorbeeld op denkpatronen of overtuigingen (denken), gezichtsuitdrukkingen of zichtbare emoties (voelen), motoriek of zelfverzorging (gedrag). Vervolgens kun je deze observaties en indrukken bespreken met de patiënt: ‘Ik zie dat je ..., herken je dat bij jezelf? Heb je daar vaker last van?’ Dit geeft vaak een opening om gericht door te vragen naar klachten. Voor zover patiënten niet zelf psychische klachten benoemen – bijvoorbeeld omdat ze die op een andere manier typeren, ‘normaal’ vinden, of omdat die hunzelf nog niet waren opgevallen – kunnen observaties en eerste indrukken een goed startpunt zijn.

Een andere categorie signalen van een psychische stoornis vraagt een zekere kennis van de patiënt. Het gaat hier om veranderingen in bijvoorbeeld stemming, denkwijze, gedrag of functioneren, ten opzichte van wat gebruikelijk is voor deze persoon. Iemand die normaal gesproken rustig is, is nu steeds vaker geïrriteerd of zelfs agressief. Iemand die normaal gesproken veel sociale contacten heeft, zit nu steeds vaker alleen thuis. Dit gedrag is de patiënt – of diens omgeving – niet van zichzelf gewend; dingen zijn anders dan normaal. Juist dat aspect maakt het moeilijk voor de hulpverlener om te signaleren; de hulpverlener weet soms niet hoe het ‘normaal gesproken’ was. Hiernaar vragen in het contact met de patiënt of diens omgeving is daarom belangrijk.

Tot slot kan op hoofdlijnen gevraagd worden naar veelvoorkomende psychische stoornissen. Dit vraagt wel enige kennis van de verschillende psychische stoornissen en van de

DSM-5-criteria en kan daarom het best in overleg met een behandelaar gedaan worden. Aangeraden wordt om in deze gevallen eerst een screeningsvraag te stellen. Herkent de patiënt zich erin of geeft hij aan hier weleens last van te hebben, dan kan er op doorgevraagd worden. De volgende vragen kunnen helpen om psychische stoornissen te signaleren:

- Hoe voel je je over het algemeen? Ben je weleens heel erg somber geweest? Zo somber dat je nergens meer zin in had, zelfs niet in de dingen die je vroeger wel leuk vond?
- Heb je weleens last van angst- of paniekaanvallen? Vind je dat je een 'piekeraar' bent, iemand die zich over veel dingen zorgen maakt?
- Heb je weleens een hele nare gebeurtenis meegemaakt? Had je daar in de afgelopen periode nog steeds last van?
- Hoor of zie je weleens dingen die andere mensen niet zien of horen? Vinden andere mensen weleens dat je je 'vreemd' of verward gedraagt?

Deze signalen kunnen doorgaans moeilijk betrouwbaar en systematisch in kaart worden gebracht. Veel hangt af van wat de hulpverlener vraagt, waar zijn kennis en voorkeuren liggen, welke ervaringen hij heeft en hoe de patiënt zich in het contact opstelt. Dat betekent ook dat de uitkomst van een dergelijk gesprek kan verschillen tussen hulpverleners. Het gebruik van een (korte) screeningsvragenlijst kan dan uitkomst bieden. Er bestaat een groot aantal vragenlijsten waarmee gescreend kan worden op psychische stoornissen. Ze kennen echter twee belangrijke problemen.

Het eerste probleem is dat veel van deze vragenlijsten screenen op een specifieke, enkelvoudige psychische stoornis. Bijvoorbeeld een vragenlijst die screent op stemmingsproblematiek, ADHD of een autismespectrumstoornis. Hulpverleners zouden in die gevallen meerdere vragenlijsten moeten afnemen, wat extra tijd vraagt van de patiënt en hulpverlener. Het tweede probleem is dat veel van deze vragenlijsten niet geschikt zijn voor mensen met een licht verstandelijke beperking. Bijvoorbeeld omdat het taalniveau te hoog is voor hen. Dit betekent dat de uitkomsten van dit soort vragenlijsten alsnog twijfelachtig zouden zijn. Ze zouden alsnog mogelijk geen goed beeld geven van wat er aan de hand is.

Helaas bestaan er nog geen vragenlijsten die breed screenen op psychische klachten bij mensen met een licht verstandelijke beperking. Wel bestaan er enkele meer specifieke screeningslijsten, gericht op één specifieke psychische stoornis, die geschikt zijn voor mensen met een licht verstandelijke beperking.



Een paar dagen later zit Kevin bij de praktijkondersteuner. Volgens de huisarts kan hij bij haar vertellen wat er aan de hand is. Hij is er echter nog niet zo zeker van: mensen beloven wel meer dingen. Zul je zien dat het ook nog eens zo'n nieuwsgierig mens is, die van alles wil weten over hoe het gaat en wat er speelt! Maar aan de andere kant kan het zo ook niet langer doorgaan.

De praktijkondersteuner vraagt hoe het met Kevin gaat. De wond op zijn hoofd geneest goed, maar verder gaat het nog niet zo goed. Kevin is bang dat hij opnieuw in elkaar geslagen wordt en komt het huis bijna niet meer uit. Hij houdt de gordijnen dicht en kijkt via het slaapkamerraam of hij niets ‘geks’ in de straat ziet. De nachtmerries zijn ook erger geworden. Eerst gingen ze over die keer dat hij tijdens het uitgaan met een glas in zijn gezicht was geslagen. Nu gaan ze ook weleens over de dealer. Ze zijn zo naar dat Kevin eigenlijk niet meer durft te gaan slapen. Ook merkt Kevin dat hij snel boos wordt. Zo heeft hij zijn moeder uitgescholden toen ze naar zijn hoofdwond wilde kijken. Dat is niet iets dat hij normaal gesproken doet.



PRAKTIJKOPDRACHT 4.3

Heb je – na het lezen van deze paragraaf – patiënten in gedachten bij wie je achteraf een psychische stoornis vermoedt terwijl je daar eerder niet aan hebt gedacht? Op basis van welke signalen heb je dat vermoeden?

Signaleren van middelengebruik of een verslaving

Voor het signaleren van middelengebruik of een verslaving geldt eigenlijk hetzelfde als voor het signaleren van een psychische stoornis. Je kunt letten op lichamelijke, psychische en gedragsmatige signalen. Ook deze signalen verschillen vaak per middel. In bijlage 3 staat een overzicht van mogelijke signalen die erop kunnen duiden dat iemand onder invloed van alcohol of drugs is, uitgesplitst per middel. Deze signalen zijn geen *bewijs* van middelengebruik of verslaving. Het zijn signalen die *kunnen wijzen* op middelengebruik. Het zijn observaties waarmee middelengebruik bespreekbaar gemaakt kan worden.

Ook middelengebruik en verslaving gaan vaak gepaard met veranderingen in het functioneren. Mensen verzorgen zichzelf minder goed, hebben vaker last van kwaaltjes, zien er onverzorgd en ongezond uit, hebben moeite zich te concentreren of hebben hun emoties bijvoorbeeld minder goed in de hand. Ook (plotselinge) veranderingen op werk of school (verzuim, afnemende prestaties, verplichtingen niet nakomen), financiële problemen of relatieproblemen (verlies van vrienden, verandering van vriendengroep, sociaal isolement) kunnen signalen zijn. Het is daarom belangrijk om in het contact met de patiënt of zijn omgeving hiernaar te vragen.

Middelengebruik kan ook besproken worden met de patiënt. Wees erop bedacht dat dit vaak een gevoelig onderwerp is, zeker voor iemand met een licht verstandelijke beperking. Naast de gebruikelijke onwil en schaamte om over middelengebruik te praten, kunnen er ook problemen zijn in de communicatie hierover. Begripsverwarring kan er bijvoorbeeld voor zorgen dat een gesprek vreemde wendingen neemt. De twee gesprekspartners kunnen langs elkaar heen praten, wat vervolgens alleen maar weer voor meer verwarring zorgt.

Om dit te voorkomen, kan bij het signaleren van een verslaving de SumID-Q (VanDerNagel, Kiewik, Van Dijk, De Jong & Didden, 2011) gebruikt worden. SumID-Q staat voor 'Substance use and misuse in Intellectual Disability – Questionnaire'. Het is een instrument dat ontwikkeld is om middelengebruik (en de risicofactoren en gevolgen ervan) in kaart te brengen bij mensen met een licht verstandelijke beperking. Met name het eerste onderdeel – waarbij een plaatje wordt getoond met de vraag 'Wat is dit?' – kan helpen om middelengebruik en een verslaving beter te signaleren (zie figuur 4.1).

Direct vragen naar middelengebruik levert niet altijd de gewenste resultaten op. Zeker niet bij mensen met een licht verstandelijke beperking. De SumID-Q (VanDerNagel et al., 2011) kan uitkomst bieden. Hieronder staan een aantal plaatjes en pictogrammen die in de SumID-Q gebruikt worden.



FIGUUR 4.1 PLAATJES UIT DE SUMID-Q

Uiteindelijk wil je door middel van screeningsvragen iets meer te weten komen over frequentie, hoeveelheid, gevolgen en functie van het middelengebruik van de patiënt. Net als bij psychische stoornissen kan een patiënt bij voorkeur eerst gevraagd worden of hij een bepaald middel (tabak, alcohol, cannabis, andere drugs) gebruikt. Dus:

- Rook je?
- Drink je weleens bier, wijn of sterke drank?
- Gebruik je weleens wat anders? Wat gebruik je dan?

Als de patiënt aangeeft dat hij een of meer middelen gebruikt, kun je verder informeren. Deze vragen kunnen je hierbij helpen:

- Hoe noem je [het middel]? Hoe vaak gebruik je [het middel]? En hoeveel gebruik je er ongeveer van? (bijvoorbeeld: Hoe noem jij wiet? En hoe vaak gebruik je wiet?)
- Gebruik je [het middel] ook weleens in situaties waarin het gevaarlijk zou kunnen zijn? Bijvoorbeeld in het verkeer of tijdens je werk?
- Wat vind je fijn aan het gebruik van [het middel]?
- Wat zijn voor jou de nadelen aan het gebruik van [het middel]?



PRAKTIJKOPDRACHT 4.4

In een onderzoek naar middelengebruik bij mensen met een licht verstandelijke beperking werden meer dan dertig benamingen voor een ‘joint’ gevonden. Hoeveel ken jij er?

Kevin begint te huilen. Het praten over de nachtmerries maakt hem verdrietig en bang. De praktijkondersteuner vraagt Kevin hoe hij ermee omgaat. Eigenlijk wil Kevin liever niet vertellen over het blowen. Hij schaamt zich ervoor en is bang om weer op z’n kop te krijgen, net als laatst van zijn moeder en vriendin. Maar de praktijkondersteuner lijkt wel te snappen hoeveel last Kevin van de nachtmerries heeft.

Mondjesmaat vertelt hij over het blowen. Het begon vijf jaar geleden, samen met vrienden na schooltijd. Ze deelden dan samen een joint en hadden de grootste lol samen. Na die klap in de discotheek, twee jaar terug, is het meer geworden. Nu blowt hij elke dag, soms wel vier of vijf joints op een avond. Het kost hem erg veel geld en hij voelt zich er overdag lusteloos door. Kevin zou daarom wel willen stoppen, maar dat lukt niet omdat dan die dromen weer terugkomen.



PRAKTIJKOPDRACHT 4.5

Heb je – na het lezen van deze paragraaf – patiënten in gedachten bij wie je achteraf een verslaving vermoedt terwijl je daar eerder niet aan hebt gedacht? Op basis van welke signalen heb je dat vermoeden?

Box 4.1: Het herkennen van een licht verstandelijke beperking is niet altijd eenvoudig

Als hulpverlener krijg je te maken met mensen met een verstandelijke beperking. Met name een licht verstandelijke beperking is lastig te herkennen. Aan het uiterlijk van mensen met een licht verstandelijke beperking valt niets op, ze

kunnen zich vaak redelijk goed verbaal uitdrukken en zijn daarnaast niet zelden bedreven in het verbergen of verbloemen van hun beperking.

Hulpverleners die werken in de verstandelijk gehandicaptenzorg hebben een getraind oog voor het oppikken van signalen van een licht verstandelijke beperking, maar hulpverleners in de verslavingszorg of geestelijke gezondheidszorg, huisartsen en hulpverleners in sociale wijkteams vaak niet. Het is dan ook niet verwonderlijk dat een licht verstandelijke beperking vaak onopgemerkt blijft. Men denkt niet zo gauw aan de mogelijkheid van het bestaan van een licht verstandelijke beperking of interpreteert signalen op een andere manier. Als iemand bijvoorbeeld medische adviezen niet goed opvolgt, wordt dit gezien als teken van desinteresse of gebrek aan motivatie. Terwijl het ook kan zijn dat de patiënt de adviezen niet goed begrijpt of uitvoert.

Zowel in Nederland als in Engeland is hier onderzoek naar gedaan onder huisartsen (Glover, Williams, Heslop, Oyinlola & Grey, 2017; Straetmans, Van Schrojenstein Lantman-de Valk, Schellevis & Dinant, 2007). In een gemiddelde Nederlandse huisartspraktijk van 2350 patiënten konden via het huisartsendossier slechts tien tot vijftien patiënten met een licht verstandelijke beperking (IQ < 70) worden opgespoord. Dit zijn er erg weinig, aangezien het verwachte aantal patiënten met een licht verstandelijke beperking in zo'n praktijk door het Sociaal Cultureel Planbureau wordt geschat op 23. Een nog veel groter aantal patiënten zou op basis van deze schattingen zwakbegaafd (IQ 70 – 85) moeten zijn. Een licht verstandelijke beperking wordt dus lang niet altijd (h)erkend.

Signaleren van een licht verstandelijke beperking

Voor veel hulpverleners is het signaleren van een licht verstandelijke beperking moeilijk (zie box 4.1). Er wordt niet aan deze mogelijkheid gedacht of signalen die passen bij een licht verstandelijke beperking worden over het hoofd gezien. Ook aan het uiterlijk van mensen met een licht verstandelijke beperking valt vaak niets op. Bovendien hebben ze hun woordje meestal wel klaar en zijn ze erg goed in het verbergen of verbloemen van hun beperking. Ze zijn 'streetwise'.

Er is nog een andere reden waarom het moeilijk is om een licht verstandelijke beperking te signaleren, met name bij patiënten met triple problematiek. Dat is dat psychische klachten en middelengebruik ook van invloed kunnen zijn op hoe iemand (intellectueel én adaptief) functioneert. Zaken als aandacht, concentratie en zelfzorg nemen namelijk vaak af als iemand last heeft van een psychische stoornis of verslaving.



Willeke is een 55-jarige vrouw die zich meldt op het spreekuur van de huisarts. Zij voelt zich naar eigen zeggen niet lekker in haar vel zitten. De huisarts ziet een patiënte die haar aandacht moeilijk bij het gesprek kan houden, snel afgeleid is en moeite heeft om de belangrijkste boodschappen te onthouden. Zijn dit mogelijk signalen van een licht verstandelijke beperking? Of zou dit komen omdat Willeke zo somber is?

Toch is het belangrijk om een licht verstandelijke beperking in een zo vroeg mogelijk stadium te herkennen, óók als er sprake is van psychische klachten of middelengebruik. Dit voorkomt dat je te veel van patiënten gaat vragen of verwachten; meer dan dat ze kunnen of aankunnen. Dit noemen we ook wel overvraging. Overvraging kan leiden tot frustratie en verdriet. Frustratie dat dingen niet lukken, verdriet omdat men niet kan voldoen aan de vragen en verwachtingen van anderen. Als gevolg hiervan kunnen faalervaringen ontstaan, kan het zelfbeeld en het zelfvertrouwen afnemen en wordt de drempel verhoogd om (nieuwe) dingen te proberen.

Ook voor de hulpverlener is het belangrijk om een licht verstandelijke beperking snel te herkennen. Psychische klachten kunnen zich bij mensen met een licht verstandelijke beperking namelijk anders uiten dan bij mensen zonder een licht verstandelijke beperking. Alcohol en drugs kunnen bij mensen met een licht verstandelijke beperking ook ernstiger consequenties hebben. Om een goed beeld te krijgen van de klachten en de ernst ervan, is het dus belangrijk om te weten of de patiënt een licht verstandelijke beperking heeft.

Voor signalen van een licht verstandelijke beperking kun je letten op hoe het gesprek verloopt. Je kunt bijvoorbeeld letten op het taalgebruik en -begrip van de patiënt. Een beperkte woordenschat, verkeerd gebruik van woorden of uitdrukkingen, het niet kennen van moeilijke woorden en het verkeerd begrijpen van woordspelingen of beeldspraak kunnen wijzen op een licht verstandelijke beperking. Ook problemen in de informatieverwerking kunnen een signaal zijn voor een licht verstandelijke beperking, zoals moeite hebben met het scheiden van hoofd- en bijzaken en het onthouden van wat er is gezegd, en een lage verwerkingssnelheid (tijd nodig hebben om de dingen die gezegd worden te kunnen verwerken en erop te kunnen reageren).

De hulpverlener kan ook (direct of indirect) naar enkele signalen van een mogelijke licht verstandelijke beperking vragen. Er kan bijvoorbeeld gevraagd worden naar de schoolopleiding. Het volgen van speciaal onderwijs, wisselingen van school, of doublures kunnen wijzen op een licht verstandelijke beperking. Ook problemen met schrijven (spelling, handschrift), rekenen en klok kijken kunnen nagevraagd worden. Tot slot kan de hulpverlener vragen naar hobby's en voorkeuren. Met name kinderlijke hobby's en voorkeuren (zoals televisieprogramma's of bezigheden) kunnen opvallen.

Er bestaan inmiddels ook verschillende screeningsinstrumenten voor een licht verstandelijke beperking. De meest bekende ervan is de SCIL: 'Screener voor intelligentie en licht

verstandelijke beperking' (Kaal, Nijman & Moonen, 2015). Dit is een screeningsinstrument om snel en betrouwbaar te onderzoeken of er mogelijk sprake is van een licht verstandelijke beperking. De SCIL is inmiddels uitgebreid onderzocht en blijkt in negen van de tien gevallen een juiste voorspelling te doen (dus: wel of geen mogelijke licht verstandelijke beperking). Het instrument is gemakkelijk en snel af te nemen en het is inzetbaar binnen verschillende sectoren.

Maar: de SCIL is geen diagnostische test. Op basis van de uitkomsten van de SCIL kan dus niet worden geconcludeerd dat iemand een licht verstandelijke beperking heeft. Het geeft slechts aanwijzingen dat er mogelijk sprake is van een licht verstandelijke beperking, op basis waarvan vervolgdagnostiek kan plaatsvinden.



Na een half uur is Kevin moe. De praktijkondersteuner heeft veel lastige vragen gesteld. Sommige ervan snapte hij ook niet zo goed. Bijvoorbeeld toen ze vroeg of hij weleens 'cannabis had gebruikt'. Wat is dat? Cannabis? Soms praatte ze ook zo snel en lang achter elkaar dat Kevin het moeilijk vond om te onthouden wat ze precies had gezegd of gevraagd. De praktijkondersteuner merkte dat gelukkig en vroeg of Kevin daar vaker last van had. Kevin vertelde dat hij kaartjes had willen kopen voor een concert. Aan de telefoon kreeg hij een keuzemenu, voor wel tien dingen! Musicals, comedy, theater... Hij heeft het menu wel twee keer moeten beluisteren voordat hij het goed begreep, maar uiteindelijk is het gelukt.



PRAKTIJKOPDRACHT 4.6

Heb je – na het lezen van deze paragraaf – patiënten in gedachten bij wie je achteraf een licht verstandelijke beperking vermoedt terwijl je daar eerder niet aan hebt gedacht? Op basis van welke signalen heb je dat vermoeden?

Algemeen functioneren

Overigens is niet alleen het signaleren van een psychische stoornis, verslaving en/of een licht verstandelijke beperking van belang. Het is ook goed om (globaal) zicht te hebben op het algemeen functioneren van de patiënt. Dit heeft twee redenen.

Ten eerste hebben patiënten met triple problematiek vaak nog bijkomende sociaal-maatschappelijke problemen of lichamelijke klachten. Ze zijn werkloos, hebben weinig contact met andere mensen, hebben schulden, hebben een ongezonde levensstijl, of hebben last van lichamelijke aandoeningen of ziektes. Deze kunnen van invloed zijn op het verdere plan van aanpak. Ten tweede is het goed om niet alleen in kaart te brengen wat er *fout* gaat, maar ook wat er *goed* gaat. Wat zijn de beschermende factoren? Wat gaat er nog goed in het leven van de patiënt? Dit brengt de problematiek weer in een goed perspectief en biedt hoop. Ook biedt het aanknopingspunten voor de behandeling. Bijvoorbeeld over factoren die verder versterkt kunnen worden of personen die steunend (kunnen) zijn in de behandeling.

Daarom is het advies om verschillende levensgebieden in kaart te brengen. Movisie (2016) onderscheidt zeven levensgebieden:

1. Zingeving

Met zingeving wordt bedoeld dat wat voor de patiënt belangrijk is. Denk hierbij aan dromen, verlangens, motivatie en drijfveren. Ook religie en geloofsovertuigingen passen binnen dit leefgebied.

2. Wonen

Binnen dit leefgebied gaat het niet alleen om de huisvesting van de patiënt, maar ook om buurtkenmerken en het huishouden.

3. Financiën

Inkomsten, uitgaven, administratie en verzekeringen staan binnen dit leefgebied centraal.

4. Sociale relaties

Waar bij het leefgebied zingeving gevraagd wordt naar *wat* voor de patiënt belangrijk is, gaat het bij sociale relaties over *wie* er voor de patiënt belangrijk zijn (familie, vrienden, buurtgenoten, et cetera).

5. Lichamelijke gezondheid

Dit leefgebied omvat eventuele lichamelijke ziektes of aandoeningen, maar ook leefstijl (eten, drinken, sporten) en zelfzorg. Ook middelengebruik past binnen dit leefgebied.

6. Psychische gezondheid

Binnen dit leefgebied passen de psychische klachten en de licht verstandelijke beperking. Maar hier draait het ook om welbevinden en zelfzorg.

7. Werk en activiteiten

Met dit leefgebied wordt de daginvulling in de meest brede zin van het woord bedoeld, zowel (betaald of onbetaald) werk en scholing als vrijetijdsinvulling.

Ook hierbij geldt dat het niet nodig is om de levensgebieden tot in de puntjes uit te werken. Een globaal beeld van het functioneren van de patiënt op de verschillende gebieden is voor nu voldoende. Het werkt het best door hier in een gesprek met de patiënt (en eventuele belangrijke anderen) direct naar te vragen. Deze vragen kunnen je bijvoorbeeld helpen (zie ook Movisie, 2016):

- Wat vind je belangrijk in het leven? Waar word je blij van? Wat helpt jou om door te zetten als het even moeilijk is voor je?
- Hoe woon je? Hoe vind je het om daar te wonen? Hoe ziet het er bij jou thuis uit?
- Wat doe je zoal overdag? Wat vind je leuk om te doen; heb je hobby's?
- Wie zijn er belangrijk voor jou? Wie steunen jou? Bij wie voel je je prettig?

Signalen bespreken

Het signaleren van psychische stoornissen, verslaving of een licht verstandelijke beperking gaat hand in hand met het bespreken van die signalen. Belangrijk hierbij is de houding van de hulpverlener: een confronterende houding zal minder bruikbare informatie opleveren dan een open, nieuwsgierige en niet-veroordelende houding. Dus: informeren en vragen in plaats van ondervragen en (ver)oordelen. Vergelijk de volgende aanpakken eens:



AANPAK 1:

De praktijkondersteuner gaat tegenover Kevin zitten. Met strenge blik kijkt ze hem aan. 'Kevin, klopt het dat jij weleens drugs gebruikt?' Kevin slikt. De praktijkondersteuner kijkt net zo boos als zijn moeder toen ze erachter kwam dat hij blowde. Hij heeft toen ontzettend op z'n kop gekregen! Ze noemde hem een junkie. Dat moet hij zien te voorkomen. 'Nee,' zegt Kevin, 'ik gebruik geen drugs.'



AANPAK 2:

De praktijkondersteuner gaat bij Kevin aan tafel zitten. Ze kijkt hem vriendelijk aan. 'Kevin, ik hoor dat je veel last hebt van nachtmerries. Wat vervelend voor je zeg. Ik kan me voorstellen dat je daarvan af wilt! Sommige mensen gebruiken dan weleens drugs, zodat ze even niets meer hoeven te voelen of denken. Doe jij dat ook weleens?' Kevin slikt. De praktijkondersteuner kijkt hem geïnteresseerd aan. Het lijkt alsof ze hem begrijpt en hem écht wil helpen om van zijn klachten af te komen. Voorzichtig knikt hij. 'Ja,' zegt Kevin, 'ik gebruik ook weleens drugs.'

Deze twee voorbeelden laten zien hoe belangrijk de houding van de hulpverlener is bij het bespreekbaar maken van signalen of gevoelige onderwerpen. Niemand loopt nu eenmaal graag te koop met zijn problemen. Ook patiënten met triple problematiek niet. Een confronterende, ondervragende of (ver)oordelende houding kan ervoor zorgen dat iemand niet open durft te praten over zijn klachten, uit schaamte of zelfs uit angst voor de consequenties. Meer hierover is te lezen in hoofdstuk 6.



PRAKTIJKOPDRACHT 4.7

Lees onderstaande instructie:

Denk aan een probleem waar je mee zit. Misschien schaam je je zelfs wel voor je situatie. Eigenlijk wil je het probleem niet delen, maar je komt er alleen niet uit. Er móét iets veranderen! Je besluit je probleem aan iemand voor te leggen.

Welke eigenschappen moet zo iemand hebben zodat je het aandurft om je probleem aan hem/haar voor te leggen? Wat doet die persoon waardoor je genoeg vertrouwen hebt om je verhaal te vertellen?

Hoe verhoudt zich dit tot de houding van de hulpverlener bij het signaleren en bespreekbaar maken van het probleem?

Alles op een rijtje

De fase van screening wordt afgerond wanneer in grote lijnen zicht is op de problemen. Er wordt met andere woorden een eerste antwoord geformuleerd op de vraag: wat is hier nu eigenlijk aan de hand? Het is niet nodig om alle details te kennen, maar wel om verschillende probleemgebieden globaal in kaart te hebben gebracht. Bij Kevin lijkt het volgende te spelen:



Kevin is een 21-jarige man. De praktijkondersteuner vermoedt dat hij een licht verstandelijke beperking heeft. Kevin heeft verteld speciaal onderwijs te hebben gevolgd en heeft moeite om het gesprek goed te volgen.

Twee jaar geleden is hij tijdens het uitgaan met een glas in het gezicht geslagen. Hij heeft last van nachtmerries, gaat plekken uit de weg die hem eraan herinneren en is in zijn dagelijks leven waakzaam en angstig. Deze klachten zijn toegenomen sinds hij mishandeld is door zijn dealer.

Om minder last te hebben van zijn psychische klachten gebruikt hij dagelijks cannabis. Dit helpt tijdelijk, maar levert ook problemen op voor Kevin. Hij heeft er ruzie door met zijn moeder en vriendin en heeft schulden. De schulden en daarmee samenhangende mishandeling door zijn dealer zijn de reden waarom Kevin in contact is gekomen met de huisarts. Een beschermende factor is dat Kevin een stabiele woon- en werksituatie heeft. Ook krijgt hij steun van zijn moeder en een aantal goede vrienden die zelf geen middelen gebruiken. Modeltreinen zijn een hobby van Kevin; hier beleeft hij in zijn vrije tijd veel plezier aan.

Zo'n samenvatting geeft richting. Aan diagnostiek: welke signalen zijn belangrijk om verder uit te zoeken? Maar ook aan verwijzing: waar kan een patiënt het best geholpen worden? En aan behandeling: waar gaan we beginnen? Screening vormt dus het startsein van verdere hulpverlening en vergroot de kans dat deze succesvol verloopt.



PRAKTIJKOPDRACHT 4.8

Welke les neem jij mee na het lezen van dit hoofdstuk?

5. COMMUNICATIE EN BEJEGENING



Bert: 'Ik heb in mijn leven al veel mensen gehad die mij hebben geprobeerd te helpen. Wat mij écht heeft geholpen, is dat er eindelijk naar mij geluisterd werd. Dat was elke keer weer de grote vraag: of ze me goed konden begeleiden in mijn problematiek, op een manier die bij mij past. Ik werd niet meer gezien als een klein kind of als een gek. Ik werd echt als mens gezien. Meer als mens dan als patiënt.'

Patiënten met triple problematiek hebben waarschijnlijk al meerdere hulpverleners gehad. Soms verliep dat goed, maar vaak ook niet. Het succes van hulpverlening hangt niet alleen af van de inhoud ervan. Met andere woorden: niet alleen de keuze voor een interventie is van belang voor een effectieve behandeling. Ook de houding en bejegening van de hulpverlener, oftewel de manier waarop de patiënt wordt begeleid of behandeld, is van belang. Uit wetenschappelijk onderzoek weten we dat juist deze laatste factoren grote invloed hebben op de uitkomsten en het welslagen van een interventie.

Voor de goede verstaander vertelt de patiënt vaak zelf al wat hij nodig heeft of prettig vindt in de omgang met hulpverleners. Dit werd ook duidelijk in een onderzoek naar de hulpverleningservaringen van patiënten met triple problematiek (Van Duijvenbode et al., 2019). In een interview werden deze patiënten onder andere gevraagd naar hun positieve en negatieve ervaringen met de hulpverlening. Ook gaven zij tips en suggesties voor hulpverleners: wat moesten zij vooral doen en wat moesten zij vooral niet doen? Veel van de voorbeelden uit dit hoofdstuk komen voort uit dat onderzoek. We beantwoorden de volgende vragen:

- Waar moet ik op letten in de communicatie met patiënten met triple problematiek?
- Wat zijn aspecten in communicatie en bejegening die volgens patiënten met triple problematiek van belang zijn?
- Hoe kan ik patiënten met triple problematiek het best bejegenen?



PRAKTIJKOPDRACHT 5.1

Stel je de volgende situatie voor. Je zit in een restaurant, waar je een prima maaltijd voorgeschoteld krijgt. Het eten smaakt je goed. Goed gekruid, precies gaar, lekker op smaak gebracht. Kortom, niets op aan te merken. Op de ober helaas wel. Wat een onvriendelijke man! Zijn gezicht staat op onweer, hij heeft een barse stem en hij kwakt het bord zonder enige elegantie op tafel neer.

Wat blijft je bij van dit restaurantbezoek? Zou je je vrienden of familie aanraden om dit restaurant te bezoeken? En wat betekent dit in het licht van goed hulpverlenerschap?

Communicatie



Bert: 'Ze vertelden wat ik moest doen, gaven me opdrachten. Maar ik wist gewoon niet hoe ik dat moest doen. Dan dacht ik: ja, dat is makkelijk praten! Maar ik moet het doen en ik weet het soms niet. Ik kon er niks mee en dat is ook wel frustrerend.'

Niets is zo frustrerend als luisteren naar iemand die je niet begrijpt. Er zijn maar weinig mensen die dat lang kunnen volhouden. Als er op een manier gepraat wordt die je niet begrijpt – bijvoorbeeld omdat kennis verondersteld wordt die je niet hebt, of door de moeilijke woorden die gebruikt worden – haak je al snel af. Je verliest je aandacht, gaat aan jezelf twifelen ('Ben ik nou zo dom...?'), of doet misschien zelfs alsof je het wél begrijpt om niet op te vallen. Begrijpelijke taal is dus voor iedereen prettig.



PRAKTIJKOPDRACHT 5.2

Edward Witten is een theoretisch fysicus en wordt gezien als dé opvolger van Albert Einstein. Hij heeft al veel prijzen in ontvangst mogen nemen voor zijn werk. Op YouTube staat een van zijn bekende colleges over de Seiberg-Witten-theorie.

Kijk naar het college en probeer zo goed mogelijk te begrijpen waar het over gaat. Het helpt als je ernaar kijkt alsof je er straks enkele examenvragen over moet beantwoorden. Wat gebeurt er tijdens het kijken? Wat merk je bij jezelf?

Aanpassingen in de communicatie gaan onder andere over taalgebruik. Patiënten met triple problematiek kunnen zich (op het eerste gezicht) vaak redelijk goed uitdrukken, maar hebben een minder groot taalbegrip. Ze begrijpen minder dan het op het eerste gezicht lijkt. Dit kan een valkuil zijn in de communicatie. De woorden die iemand gebruikt en de manier waarop hij die gebruikt, zijn namelijk het 'visitekaartje' waarmee die persoon zich presenteert. Zo ook patiënten met triple problematiek. Trap je in deze valkuil, dan zul je de patiënt overvragen. Door korte zinnen, concreet taalgebruik en makkelijke (maar geen kinderachtige) woorden te gebruiken, kun je hier rekening mee houden. Ook het (laten) herhalen van belangrijke boodschappen kan helpend zijn om te controleren of iemand het begrepen en onthouden heeft.

Het kan helpen om de verbale communicatie te ondersteunen met het laten zien van plaatjes, pictogrammen of voorwerpen of het actief oefenen en ervaren van nieuwe vaardigheden of handelingen. Neem het gezegde: 'A picture is worth a thousand words.' Plaat-

jes, pictogrammen of foto's beelden iets uit. Ze zijn geen vervanging van de gesproken of geschreven taal, maar een aanvulling erop. In één oogopslag wordt duidelijk wat er wordt bedoeld. Plaatjes van middelen kunnen helpen om duidelijk te krijgen over welk soort middelengebruik het gaat, emoticons en foto's kunnen helpen om te communiceren over gevoelens, en schema's en tekeningen kunnen helpen om uit te leggen hoe zaken samenhangen. Daarnaast kunnen plaatjes en voorbeelden een sfeerverhogend effect hebben, doordat ze de gesprekssituatie verlevendigen. Hetzelfde geldt voor het voordoen van een bepaalde handeling of het samen oefenen ervan. Op deze manier worden verschillende zintuigen aangesproken, waardoor informatie gemakkelijker kan worden verwerkt en onthouden.

Vergelijk onderstaande aanpakken bijvoorbeeld eens met elkaar:



AANPAK 1:

Ellen: 'De dokter vroeg naar mijn stemming. Die vraag snapte ik niet. Bij een stemming moet je toch aankruisen wie de baas van het land mag worden? Het is privé waarop ik stem!'



AANPAK 2:

Ellen: 'De dokter vroeg hoe het met me ging. Ze liet daarbij drie duimen zien. Een groene duim omhoog, een oranje duim opzij en een rode duim omlaag. Ze vroeg hoe ik me voelde op goede dagen en op slechte dagen. En hoeveel goede dagen en slechte dagen ik een beetje heb in een week.'



Voor hulpverleners zit hierin een belangrijke uitdaging: communicatie moet eenvoudig, maar niet té eenvoudig zijn. Ook al zijn de woordenschat en het taalbegrip beperkt of zijn er beperkingen in de informatieverwerking, het blijven volwassen mensen die ook op een volwassen manier aangesproken willen worden. Waar de grens precies ligt, is lastig te zeggen. Dat verschilt per persoon. Hier volgen vijf tips voor de communicatie met patiënten met triple problematiek.

Tip 1: Gebruik alledaagse taal

Hulpverleners hebben het lang niet altijd door, maar 'onze' taal zit vol met vakjargon. Termen en woorden die wij als hulpverleners wel snappen, maar die zelden worden gebruikt door andere mensen. Laat staan dat die woorden door patiënten begrepen worden. Woor-

den zoals: acuut, diagnose, cognitie, symptoom, zucht of trek. Probeer dit soort woorden te vermijden en ze te vervangen door of uit te leggen in gewone-mensen-taal.



Ellen: 'De dokter gebruikte veel woorden die ik niet begreep. Ik heb maar gewoon wat gegokt. Dat deed ik vroeger met huiswerk maken ook als ik het niet begreep.'



PRAKTIJKOPDRACHT 5.3

Niet alle vragenlijsten zijn geschikt voor mensen met een licht verstandelijke beperking. Bijvoorbeeld omdat de instructies of bewoordingen van vragen te complex zijn. De onderstaande vragen zijn afkomstig uit de Nederlandse versie van de MATE 2.1 (Schippers, Broekman & Buchholz, 2011). Het zijn slechts voorbeelden. 'Vertaal' onderstaande vragen in een meer patiëntvriendelijke versie:

- a) Ik ga u vragen naar middelen die u zou kunnen gebruiken. Voor de laatste dertig dagen wil ik weten hoeveel dagen u het middel gebruikte en hoeveel u dan gebruikte. Ik begin met alcohol. Heeft u de laatste dertig dagen alcohol gedronken? Zo ja, hoe vaak en hoeveel dronk u op een dag?
- b) Heeft u in de afgelopen twaalf maanden gemerkt dat u veel meer alcohol nodig begon te hebben om hetzelfde effect te bereiken of dat dezelfde hoeveelheid minder effect had dan voorheen?
- c) Als u niet gebruikt, hoeveel van uw tijd wordt in beslag genomen door gedachten, ideeën, impulsen of beelden die met gebruiken te maken hebben?
- d) Heeft u in de afgelopen maand weleens gedacht dat mensen tegen u samenspannen?
- e) Zou u zichzelf als een typische eenling beschouwen?
- f) In hoeverre merkte u in de afgelopen week dat u volstrekt geen geduld had met dingen die u hinderden bij iets wat u wilde doen?

Tip 2: Stel geen suggestieve vragen

Een suggestieve vraag wordt ook wel een leidende of sturende vraag genoemd. Een vraag waarin er gehint wordt naar het antwoord, bijvoorbeeld omdat er een bepaalde veronderstelling of mening in verborgen zit. Je kent ze wel, toch? Met name bij mensen met een licht verstandelijke beperking zijn dergelijke vragen problematisch, omdat suggestieve vragen doorgaans een bevestigend antwoord uitlokken. Het risico bestaat dus dat patiënten door dit soort vragen dingen toegeven of bevestigen die in werkelijkheid niet kloppen. Het is daarom beter om open vragen te stellen, en deze waar nodig uit te breiden met gesloten vragen of controlevragen.



Ellen: 'De dokter vroeg: "Daar heb jij ook last van, toch?" Ik heb maar ja gezegd, volgens mij was dat het goede antwoord.'

Tip 3: Betuttel een patiënt niet

Betuttelen is het tegenovergestelde van overvragen. De patiënt wordt onderschat in zijn mogelijkheden en vaardigheden. Vaak gebeurt dit vanuit de wens om de patiënt te willen beschermen of helpen. Maar het pakt minder positief uit dan gehoopt. Patiënten kunnen betutteling namelijk ervaren als een poging van de hulpverlener om 'de baas' over hen te spelen of ze voelen zich behandeld als een kind. Ondersteunen en hulp bieden is prima, betuttelen niet. Probeer daarom de patiënt verantwoordelijkheden te geven die passen bij zijn mogelijkheden. Niet te veel en niet te weinig. Dit sterkt het zelfvertrouwen en doet recht aan de autonomie van de patiënt.



Ellen: 'De dokter nam allemaal beslissingen over mij, zonder met mij te overleggen. Daar werd ik zo boos van! Ik dacht: ja hallo, ik ben geen klein kind meer, ik kan toch zeker zelf wel beslissen.'

Tip 4: Let op met figuurlijk taalgebruik

Bij figuurlijk taalgebruik gaat het om woorden of zinnen die je niet letterlijk moet nemen. Het zijn uitdrukkingen waarmee je iets duidelijk wilt maken. Ook gezegden, beeldspraak en woordspelingen zijn voorbeelden van dit soort taalgebruik. Daar is op zich niets mis mee. Maar pas er wel mee op: mensen met een licht verstandelijke beperking kunnen moeite hebben om figuurlijk taalgebruik te begrijpen. Zij nemen deze uitdrukkingen vaak letterlijk, waardoor een misverstand kan ontstaan.



Ellen: 'De dokter zei dat de gemeente een keukentafelgesprek met mij wilde doen. Toen raakte ik in paniek. Dat kon niet, want ik heb helemaal geen keukentafel.'

Tip 5: Verlaag het tempo

Bij patiënten met triple problematiek zijn er – naast en door de triple problematiek – ook problemen op verschillende levensgebieden. Patiënten hebben daar last van. Ze zijn vaak gespannen en gestrest. Dit vertaalt zich ook in beperkingen in de informatieverwerking. Ze zijn sneller afgeleid, kunnen zich moeilijker concentreren en vergeten bijvoorbeeld meer. Hun hoofd zit als het ware al vol met klachten, waardoor het moeilijk is om zich te concentreren op het gesprek. In een gesprek is het belangrijk om hier rekening mee te houden en de communicatie aan te passen.

Dit betekent dat het tempo omlaag moet. Geef patiënten met triple problematiek de tijd en ruimte om informatie te verwerken en tot een reactie te komen. Bespreek daarnaast

bij voorkeur steeds maar één onderwerp per gesprek en deel een lang gesprek waar nodig op in verschillende kortere gesprekken. Belangrijk is ook om de hoofdpunten te herhalen en na te gaan of deze ook begrepen zijn.

Het helpt ook om belangrijke delen van het gesprek (zoals de afspraken die zijn gemaakt) te herhalen, te controleren of de boodschap is begrepen en stiltes in te bouwen tijdens het gesprek. Hiermee wordt het tempo verlaagd en krijgt de patiënt de tijd om informatie beter te verwerken. Als hulpverlener voorkom je hiermee dat de patiënt na het gesprek vergeet of niet snapt wat er is gezegd of afgesproken.



Ellen: 'De dokter zei dat ze maar tien minuten had voor het gesprek. Alles ging zo snel dat ik de helft alweer vergeten was toen ik buiten stond. Ik weet niet meer precies wat we nou eigenlijk hebben afgesproken.'



PRAKTIJKOPDRACHT 5.4

'De wereld draait door' is een praatprogramma waarin nieuws, informatie en amusement wordt besproken. Henry van Loon maakte daar op het Amsterdam Comedy Festival een parodie op.

Bekijk op YouTube het filmpje 'De wereld draait door in 3 minuten' en probeer zo goed mogelijk te volgen waar het over gaat. Wat gebeurt er tijdens het kijken? Wat merk je bij jezelf?

Opbouwen van een werkrelatie



Bert: 'Ik kreeg het gevoel dat ik meer een nummer was dan een patiënt. Ik kwam binnen en er werd direct al op de klok gekeken. Zo van: "Nou, we hebben 45 minuten. Wat wil je bespreken?"'

Niemand loopt graag met zijn of haar problemen te koop. En al helemaal niet met problemen waar je je voor schaamt, zoals psychische klachten of een verslaving. Er heerst nu eenmaal nog steeds het idee dat je niet je vuile was buiten hangt. Bij patiënten met triple problematiek komt hier nog een extra complicatie bij. Zij hebben vaak namelijk een forse hulpverleningsgeschiedenis en eerdere negatieve ervaringen met hulpverleners. Dit betekent dat hun vertrouwen in hulpverlening vaak laag is en ze een grotere drempel ervaren om opnieuw een hulpverleningscontact aan te gaan.

Toch is dat een centraal onderdeel van werken als hulpverlener: praten over die dingen waar de patiënt tegenaan loopt of last van heeft. Hoe doe je dat? Hoe zorg je ervoor dat patiënten jou voldoende vertrouwen om met je te praten over dingen waar ze last van hebben?

Het antwoord op die vraag klinkt eenvoudiger dan het is. Namelijk door te investeren in het contact en het opbouwen van een werkrelatie. Door contact te maken met de patiënt, ontstaat er mogelijk vertrouwen. Dat vertrouwen is nodig om open te zijn en te kunnen samenwerken.

Het opbouwen van een werkrelatie vergt tijd en aandacht. Als hulpverlener ben je er actief mee aan de slag. Er volgen nu vijf tips die je daarbij kunnen helpen.

Tip 1: Ga een stapje verder

Het belangrijkste in het opbouwen van een werkrelatie is dat de patiënt het gevoel heeft dat hij ertoe doet. Dat hij belangrijk is en dat de hulpverlener betrokken bij hem is. In dat kader helpt het om *nét* een stapje verder te gaan. *Nét* iets meer te doen dan wat je formeel verplicht bent te doen. Natuurlijk zitten daar ook grenzen aan. Je moet hierbij letten op je persoonlijke en professionele grenzen. Maar het zijn vaak de dingen die een kleine moeite zijn voor jou als hulpverlener, die het grootste verschil maken voor de patiënt.



Daphne: 'Wat ik fijn vind is dat mijn persoonlijk begeleider meegaat naar afspraken die ik spannend vind. Dat hoeft ze niet per se te doen, het is niet haar werk. Ze doet het om mij te steunen.'

Tip 2: Toon interesse

Interesse tonen heeft verschillende aspecten. Allereerst is het belangrijk om te luisteren naar het verhaal van de patiënt. Dit kan met woorden en verbaal, door bijvoorbeeld het stellen van vragen of het verhaal in eigen woorden samen te vatten. Maar ook non-verbaal, door bijvoorbeeld oogcontact te maken en te knikken.

Interesse tonen heeft ook betrekking op geïnteresseerd zijn in alle aspecten van de persoon. De problemen en lasten, maar zeker ook de dingen die goed gaan. Patiënten met triple problematiek hebben wensen, dromen, ideeën, opvattingen en relaties met belangrijke anderen. Het bevordert de werkrelatie door ook hier aandacht aan te besteden en interesse in te tonen. Maak dus eens een praatje met de patiënt.



Daphne: 'Mijn behandelaar kwam weleens lunchen op de afdeling, samen met de patiënten. Dat vond ik leuk! We kletsten gewoon wat, over wat we wilden worden toen we vroeger klein waren. Ik wilde balletjuffrouw worden. Zij wilde vroeger clown worden, daar moest ik zo om lachen.'

Tip 3: Vier successen

Herstellen is niet makkelijk. Herstellen betekent namelijk niet alleen maar 'beter worden' of genezen van de psychische klachten of verslavingsproblematiek. Herstellen houdt ook in

het opnieuw vinden van een balans, betekenis geven aan de dingen die er zijn gebeurd en weer regie nemen over je eigen leven.

Herstellen is een lange weg met ups en downs. Het vieren van successen werkt motiveerend en stimulerend. Je laat er ook mee zien dat je trots bent op de prestaties van de patiënt. Dit draagt bij aan een gevoel van saamhorigheid: er samen tegenaan gaan, als het goed gaat, maar ook als het tegenzit.

Een grappig weetje: uit onderzoek blijkt dat het vieren van een penalty tijdens een voetbalwedstrijd de kans vergroot op het winnen van die wedstrijd. Successen vieren creëert dus nieuwe successen.



Daphne: 'Toen ik een maand clean was van speed kreeg ik een kaart van mijn begeleider. Een aap met een feesthoedje op. Ze had erop geschreven: "Gefeliciteerd! Ga zo door, je doet het super." Dat motiveerde me om door te zetten.'

Tip 4: Heb respect

Een professionele hulpverlener heeft respect voor de patiënt, bijvoorbeeld als het gaat om keuzevrijheid. De patiënt staat aan het roer, niet de hulpverlener. Een moraliserende of veroordelende houding past hier dus niet bij. Samenwerken en in gesprek zijn over voor- en nadelen van bepaalde keuzes wel.

Respect heeft ook betrekking op de persoon van de patiënt. De patiënt is geen nummer, maar een mens. Een uniek mens, die gehoord en gezien wil worden door de hulpverlener. Het tonen van interesse en het hebben van een niet-veroordelende houding helpt daarbij.



Daphne: 'Mijn persoonlijk begeleider denkt met me mee. Ze vraagt aan me wat ik ervan vind of hoe ik vind dat het gaat. Dat heb ik nog nooit meegemaakt in andere klinieken. Ik voel me nu geen nummer. Dat doet me zo goed!'

Tip 5: Wees jezelf

Doen alsof werkt niet. Patiënten prikken daar feilloos doorheen en dat schaadt het vertrouwen. Doen alsof is immers in feite een vorm van liegen. Een band opbouwen kan dus alleen als je als hulpverlener jezelf bent. Dan ben je eerlijk, betrouwbaar en authentiek.



Daphne: 'Ik voel een klik met mijn persoonlijk begeleider. Over sommige dingen denken we hetzelfde, maar over andere dingen niet. Dat zegt ze dan ook eerlijk, dat ze het niet met mij eens is. Dat is niet erg, ik vind dat juist wel fijn. Ze is in ieder geval eerlijk.'



PRAKTIJKOPDRACHT 5.5

Denk eens terug aan de afgelopen maand. Wat ging er allemaal fout? Waar ging je de mist in of waar kreeg je commentaar op? Waar baal je van?

Hoe voelt het om daarover na te denken?

Denk nog eens terug aan de afgelopen maand. Wat ging er allemaal goed? Wat was jouw beste prestatie of waar kreeg je complimenten over? Waar ben je trots op?

Hoe voelt dat om over na te denken?

Wat leer je van deze opdracht over het vieren van successen? Hoe helpt het patiënten in hun herstel?

Bejegening

Bejegening heeft betrekking op de houding die hulpverleners aannemen. Letterlijk betekent het: de manier waarop je je tegenover iemand gedraagt – in dit geval tegen patiënten. Je zou het kunnen omschrijven als de omgangsvormen die we met elkaar hanteren.

Goed hulpverlenerschap is mensenwerk. Het is dan ook logisch dat een juiste bejegening belangrijk gevonden wordt. Sterker nog: uit onderzoek blijkt dat een goede bejegening en werkrelatie met de patiënt bepalend is voor het effect van de hulpverlening (Beutler et al., 2003; Wampold & Imel, 2015). Patiënten beoordelen de kwaliteit van de hulpverlening namelijk niet alleen vanuit de vraag of zij daadwerkelijk geholpen zijn. Ze beoordelen de kwaliteit van de hulpverlening ook (en misschien wel vooral) aan de manier waarop zij zijn geholpen en waarop er met hen is omgegaan. Voelden zij zich serieus genomen? Werden zij gezien en gehoord? Werden zij betrokken in de gang van zaken? Werd er naar hen geluisterd?



PRAKTIJKOPDRACHT 5.6

Beschrijf een van jouw eigen ervaringen met hulpverlening. Dat kan een ervaring met een psycholoog zijn, maar bijvoorbeeld ook een arts, verpleegkundige, maatschappelijk werker of fysiotherapeut. Welke kwaliteiten van deze hulpverlener hebben jou toen geholpen? En welke niet?

Om op een goede manier in gesprek te kunnen gaan met patiënten met triple problematiek is het ook belangrijk om stil te staan bij jezelf. Hoe kijk je aan tegen mensen met een licht verstandelijke beperking? Wat vind je van verslaafde mensen? Wat roept iemand met een depressie bij je op als hulpverlener? Iemand die zelf ervaring heeft met psychische klachten zal mogelijk op een andere manier tegen de problematiek van patiënten aankijken dan

mensen die deze ervaring niet hebben. Net zoals iemand die zelf regelmatig alcohol drinkt wellicht andere standaarden heeft dan iemand die zelden of nooit drinkt.

Dit betekent dat je in het contact met patiënten met triple problematiek ook iets van je eigen achtergrond meeneemt. Je eigen ervaringen, overtuigingen, denkwijzen, allergieën, wensen, hopen, dromen. Alles wat je zegt, doet, denkt en uitstraalt – en ook alles wat je *niet* zegt, doet, denkt en uitstraalt – roept een reactie op bij de ander. Waar een timmerman een hamer en spijkers als instrumenten gebruikt, is een hulpverlener als het ware zijn eigen instrument. Voor hulpverleners met patiënten met triple problematiek is het een kunst om die bron aan te boren. Het gaat om hulpverlenerschap vanuit het medemens-zijn.



Bert: 'Kijk, natuurlijk word je ervoor betaald; het is je werk. Maar doe het ook vanuit je mens-zijn. Neem de tijd, luister naar wat mensen nodig hebben en probeer daarbij te helpen.'

Maar hoe doe je dat, hulpverlenen vanuit je (mede)mens-zijn? Welke kwaliteiten horen daarbij? Patiënten zijn mensen. Dat betekent dat de dingen die jij als mens belangrijk vindt in de omgang met anderen, hoogstwaarschijnlijk ook belangrijk gevonden worden door patiënten. Kernwoorden zijn betrouwbaarheid, deskundigheid, betrokkenheid, warmte, flexibiliteit en persoonlijk contact. Hier volgen vijf tips.

Tip 1: Wees betrouwbaar

Zeg wat je doet en doe wat je zegt. Betrouwbaarheid is een voorwaarde voor openheid en een goede werkrelatie met de patiënt. Als de patiënt zijn hulpverlener niet vertrouwt, zal hij minder geneigd zijn om open en eerlijk te zijn over de dingen die hem bezighouden. Betrouwbaarheid houdt in dat hulpverleners duidelijke, concrete afspraken maken, doen wat zij beloven en eerlijk zijn in de dingen die zij zeggen.



Säida: 'Dat wil ik als tip meegeven: wat je zegt, doe het ook. Maak mensen niet blij met een dode mus.'

Tip 2: Geef authentieke aandacht

Patiënten willen gehoord en gezien voelen. Zij willen dat er naar hen geluisterd wordt en dat zij serieus genomen worden. Maar zij willen bovenal dat die aandacht en betrokkenheid écht is. Niet gespeeld of omdat het moet, maar omdat de hulpverlener oprecht geïnteresseerd is in de persoon van de patiënt. Hierbij past ook je als hulpverlener willen en kunnen verplaatsen in de ander, je interesseren voor iemands opvattingen en ervaringen en de ander kunnen accepteren zoals hij is.



Saïda: 'Ik had het gevoel dat er niet écht naar me geluisterd werd. Het was net alsof ik er niet toe deed. Soms schreeuwde ik weleens in mijn hoofd: zien jullie mij eigenlijk wel?!'

Tip 3: Neem de tijd voor de ander

De tijd nemen is niet zo vanzelfsprekend als het klinkt. De werkdruk is vaak hoog, je hebt waarschijnlijk nog meer (belangrijke) dingen te doen en er zijn verschillende mensen en zaken die om jouw aandacht vragen. Het risico bestaat dat je van het een naar het ander vliegt. Begrijpelijk, maar niet wenselijk. Door de tijd voor iemand te nemen, laat je namelijk zien dat diegene belangrijk is. Dit wordt gewaardeerd door patiënten. Plan daarom voldoende tijd en doe de dingen met volledige aandacht.



Saïda: 'Soms als ik in gesprek met mijn behandelaar was, dan beantwoordde hij zijn telefoon. Ik voelde me daardoor niet gezien. Blijkbaar waren er andere, belangrijker dingen die hij te doen had.'

Tip 4: Wees betrokken

Werken vanuit je mens-zijn betekent betrokkenheid tonen bij de patiënt. Oftewel hart hebben voor het werk en hart hebben voor de patiënt. Het betekent de wens te hebben om jezelf als hulpverlener met de patiënt te verbinden, zodat er contact ontstaat. Meeleven, meedenken en meevoelen is waar het om draait.



Saïda: 'Ik was zo ontzettend verdrietig toen mijn konijn doodging. Witje heette hij, omdat hij overal witte vlekjes in zijn vacht had. Ik vond het lief dat mijn behandelaar zei dat ze het verdrietig voor me vond. We hebben naar foto's van Witje gekeken en ik mocht mijn verhaal vertellen. Hoe lief Witje was en dat ik hem miste.'

Tip 5: Let op je lichaamshouding

Wees je ervan bewust dat communicatie en bejegening niet alleen gaan over *wat* je zegt, maar ook *hoe* je iets zegt. Ook met je uitstraling, de toon van je stem, lichaamshouding en gezichtsuitdrukking geef je een boodschap. Uit onderzoek blijkt dat communicatie slechts voor een klein deel bestaat uit dat wat er gezegd wordt. Veel meer belang gaat uit naar de manier waarop iets gezegd wordt en de lichaamshouding.

Dat maakt lichaamshouding tot een belangrijk deel van communicatie en bejegening. Patiënten letten er ook vaak op. Ze merken het wanneer iemand gestrest, niet geïnteresseerd of gehaast is. Het zal geen verrassing zijn dat dit niet bijdraagt en zelfs schadelijk kan zijn voor het hulpverleningstraject. Zorg daarom voor een rustige en vriendelijke uitstraling die interesse uitstraalt. Dit kan bijvoorbeeld door je armen open te houden, de ander regelmatig aan te kijken en zogenaamde 'luistersignalen' af te geven (knikken, hummen). Vergeet ook niet te glimlachen!



Säida: 'Mijn behandelaar heeft een fijne uitstraling. Ze kijkt me aan op een manier die zegt dat ze me écht wil begrijpen.'



PRAKTIJKOPDRACHT 5.7

Ook in de verschillende beroepscode is aandacht voor houding en bejegening. Kijk eens in de beroepscode van jouw eigen beroepsgroep (bijvoorbeeld verpleegkundige, maatschappelijk werker, psycholoog of arts). Wat wordt daarin beschreven over houding en bejegening?

Een ezelsbruggetje

In een interview met patiënten met triple problematiek werd hun gevraagd naar hun positieve en negatieve ervaringen met de hulpverlening. Ook gaven zij tips en suggesties voor hulpverleners: wat moesten zij vooral doen en wat moesten zij vooral laten? Hun conclusie:



Oma Anna was een oen.
Zij smeerde zich onder invloed van LSD dik in met Nivea.
En riep: 'Kiss me, koel'

Oma = Oordelen, Meningen en Adviezen

Laat oordelen, meningen en adviezen in eerste instantie achterwege en luister met een open houding.

Anna = Altijd Navragen, Nooit Aannemen

Neem niet zomaar aan dat je het verhaal van de patiënt wel begrijpt. Herhaal en vraag na of je het goed hebt begrepen.

Oen = Open, Eerlijk en Nieuwsgierig

Een open houding, nieuwsgierig en oprecht bereid zijn om te luisteren en de ander zijn verhaal te laten doen. Sta open voor een andere mening, wees eerlijk in wat je er zelf van vindt en wees nieuwsgierig naar de motivatie van de ander.

LSD = Luisteren, Samenvatten en Doorvragen

Herhaal en vat samen wat de ander heeft gezegd; vraag of je het zo goed hebt begrepen en vraag daarna verduidelijking waar nodig. Let bij het luisteren niet alleen op de woorden die worden gebruikt, maar ook op de lichaamshouding. Let ook op dingen die eventueel niet worden gezegd; zaken die achterwege worden gelaten, weggemoffeld of verzwegen. Door deze technieken krijg je meer informatie, begrijp je de ander beter en verbeter je de samenwerking.

Dik = Denk In Kwaliteiten

Bij patiënten met triple problematiek zijn er veel problemen. Maar er gaan ook dingen goed. Kijk als hulpverlener niet alleen maar naar wat er fout gaat, maar juist ook naar wat er goed gaat en welke kwaliteiten de patiënt heeft.

Nivea = Niet Invullen Voor Een Ander

Vraag na wat de ander bedoelt, zonder zelf andermans zinnen in te vullen en betekenis te geven aan het gedrag van een ander. Je kunt als hulpverlener nu eenmaal niet in het hoofd van de patiënt kijken.

Kiss = Keep It Short and Simple

Houd de boodschap zo kort en simpel mogelijk. Hoe korter de boodschap, hoe duidelijker deze overkomt bij de ander.

Koe = Kaken Op Elkaar

Communicatie bestaat niet alleen uit praten – ook al doen we dat als hulpverleners graag! Luisteren is een essentieel onderdeel. Wees dus ook eens stil en luister naar de standpunten en ervaringen van de patiënt (zie ook box 5.1).

Box 5.1: Luisteren

Luisteren is een kunst. Het lijkt makkelijk, maar valt in de praktijk vaak niet mee. Dr. Leo Buscaglia (1924-1998), een Amerikaanse psycholoog, schreef er een gedicht over. Het gedicht werd gepubliceerd in zijn boek *Loving each other*. Hier volgt de Nederlandse vertaling.

Als ik je vraag naar mij te luisteren
en jij begint mij adviezen te geven,
dan doe je niet wat ik je vraag.

Als ik je vraag naar mij te luisteren
en jij begint mij te vertellen
waarom ik iets niet zo moet voelen als ik voel,
dan neem je mijn gevoelens niet serieus.

Als ik je vraag naar mij te luisteren
en jij denkt dat jij iets moet doen
om mijn problemen op te lossen,
dan laat je mij in de steek,
hoe vreemd dat ook mag lijken.

Misschien is dat de reden waarom
voor sommige mensen bidden werkt.
Omdat God niets terugzegt en geen adviezen geeft
of probeert dingen voor je te regelen.
Hij luistert alleen maar en vertrouwt erop
dat je er zelf wel uitkomt.

Dus, alsjeblieft,
luister alleen maar naar me
en probeer me te begrijpen.

En als je wilt praten,
wacht dan even en ik beloof je
dat ik op mijn beurt naar jou zal luisteren.



PRAKTIJKOPDRACHT 5.8

Oefen met een nietsvermoedende collega, vriend of familielid eens met LSD (luisteren, samenvatten en doorvragen). Vraag hem een verhaal te vertellen over iets waar hij enthousiast over is. Dit kan een hobby of vakantie zijn, maar ook een nieuwe liefde of een zojuist aangeschafte auto.

Toon géén interesse tijdens het gesprek (bijvoorbeeld door op je horloge te kijken of overdreven te gapen) en neem het gesprek over ('oh ja, mijn buurman spaart ook postzegels en hij vertelde dat...').

Observeer ondertussen wat er bij je gesprekspartner gebeurt. Wat zie je? Bijvoorbeeld in zijn houding of gezichtsuitdrukking? Wat hoor je? Zegt je gesprekspartner er iets van? Bespreek de oefening na. Hoe vond je gesprekspartner het om op deze manier een gesprek met je te hebben?



PRAKTIJKOPDRACHT 5.9

Welke les neem jij mee na het lezen van dit hoofdstuk?

6. BEGELEIDING ALS STEVIGE BASIS



Becky: 'Vroeger moest ik het alleen uitzoeken. Brieven lezen, afspraken maken, rekeningen betalen. Dat vond ik moeilijk. Door mijn middelengebruik werd ik... welk woord gebruikten ze daar toch voor... passief? Is dat het goede woord? Ik deed niks meer. Opende de brieven niet meer, betaalde mijn rekeningen niet meer.

Het werd één groot zootje. Ik kreeg schulden, ging door al die ellende alleen nog maar weer meer gebruiken en werd toen opgenomen in het ziekenhuis met een overdosis. Wat een puinhoop, als ik zo achteraf bekijk.

Nu is Paul er! Paul komt twee keer in de week. Hij helpt me met de boodschappen en gaat mee naar belangrijke afspraken. Als ik iets niet begrijp, dan legt hij het makkelijker uit. Het gaat eindelijk weer ietsje beter met me. Stapje voor stapje.'

Begeleiders zijn een onmisbare schakel in de hulpverlening aan patiënten met triple problematiek. Zij ondersteunen patiënten in het dagelijks functioneren, bijvoorbeeld op het gebied van zelfzorg, daginvulling, sociaal functioneren of leefstijl. Zij zorgen daarmee voor een stevige basis. Begeleiders staan daarnaast veel vaker naast de patiënt dan de behandelaar en zien hoe patiënten zaken in het dagelijks leven aanpakken. De begeleider is met andere woorden simpelweg meer aanwezig en staat meer nabij dan een (gemiddelde) behandelaar. Het is dan ook niet voor niets dat patiënten hun begeleider vaak als een steunfiguur zien. Reden genoeg om een apart hoofdstuk te wijden aan begeleiding van patiënten met triple problematiek. In dit hoofdstuk beantwoorden we de volgende vragen:

- Welke methodieken zijn behulpzaam in de begeleiding van patiënten met triple problematiek?
- Wat zijn de taken van een begeleider in de hulpverlening aan patiënten met triple problematiek?
- Welke rollen heeft een begeleider in de hulpverlening aan patiënten met triple problematiek?

Methodieken

In de hulpverlening bestaat er een oerwoud aan verschillende methodieken; theoretische onderleggers die onder andere richting geven aan houding en werkwijze van begeleiders en de prioriteiten in de begeleiding. Het voert te ver om deze allemaal in dit hoofdstuk aan bod te laten komen. In plaats daarvan richten wij ons primair op een aantal methodieken die

naar onze mening centraal staan in de begeleiding van patiënten met triple problematiek, namelijk: competentiegericht werken, oplossingsgericht werken en motiverende gespreksvoering. Deze drie methodieken hebben met elkaar gemeenschappelijk dat zij zich richten op het motiveren voor en begeleiden van gedragsverandering (zie box 6.1).

Competentiegericht werken

Het woord ‘competentie’ betekent het vermogen om iets te kunnen doen. Dat ‘iets’ kan verschillende dingen zijn: een taak, opdracht of handeling. Iemand wordt competent genoemd als hij de juiste kennis, capaciteiten en vaardigheden bezit om een bepaalde taak met succes te kunnen uitvoeren. De moeilijkheidsgraad van de taak of handeling en de competenties die iemand bezit om die taak of handeling uit te voeren, zijn dan met andere woorden in balans. Als dat niet het geval is, kunnen er problemen ontstaan. Bijvoorbeeld omdat de taak of handeling te moeilijk is om succesvol uit te kunnen voeren. Of juist omdat het veel te gemakkelijk is. De persoon wordt overvraagd of juist betutteld.

Competentiegericht werken houdt in dat begeleiders aansluiten bij wat iemand kan en aankan. Wat gaat er goed? Waar zitten eventuele tekorten die gecompenseerd moeten worden? Waar is ondersteuning bij nodig? Dit voorkomt overvraging of betutteling. Vaak gaat het dan om competenties op het gebied van adaptief functioneren, oftewel de vaardigheden die nodig zijn om je in het dagelijks leven zelfstandig te kunnen redden. Als dat nodig is, worden er haalbare en realistische doelen opgesteld om de competenties te vergroten. Begeleiders ondersteunen de patiënt hierin, bijvoorbeeld door hulp te bieden, te coachen of sturen, feedback te geven of te fungeren als rolmodel.

Het helpt daarbij om de competenties zo concreet mogelijk te maken en het liefst te omschrijven in observeerbaar gedrag – zonder dat het hierdoor onwerkbaar of onoverzichtelijk wordt. Neem het voorbeeld ‘communicatie’. Communicatie is een begrip dat in zichzelf weinig richting geeft aan het opstellen en evalueren van doelen. Want hoe zie je dan of iemand beter is geworden in communicatie? Binnen competentiegericht werken worden dit soort thema's dus opgesplitst in concrete competenties, waarop gerichte begeleiding kan plaatsvinden. In het voorbeeld van communicatie kan de begeleiding zich dus bijvoorbeeld richten op elkaar uit laten praten of anderen aankijken wanneer zij praten.



Ella werkt als begeleider in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Zij ziet dat veel klachten of problemen ontstaan door een disbalans tussen wat een patiënt kan of aankan en wat er vanuit de omgeving wordt gevraagd. ‘Door in de begeleiding af te stemmen op wat iemand kan, wordt overvraging voorkomen en lossen problemen of klachten in dit soort gevallen soms ook op,’ aldus Ella.

Dit leek het geval bij Leonie. Leonie woont samen met haar partner in een eengezinswoning en werkt in een dierenasiel. Maar de laatste tijd heeft ze er steeds meer moeite mee om dit

vol te blijven houden. Er ontstaan stressgerelateerde klachten, zoals somberheid, piekeren, hoofdpijn en buikpijn.

Door alle stress gaat Leonie steeds meer drinken. Drinken ontspant haar: het piekeren stopt en de alcohol verdrijft die nare spanning en somberheid. Maar het levert ook veel problemen op. Leonie krijgt steeds vaker ruzie met haar partner en wordt zelfs een keer opgenomen in het ziekenhuis in verband met een ontsteking van haar lever.

Ella denkt dat Leonie overvraagd wordt in het zelfstandig wonen. Ze vindt het moeilijk om het huishouden op orde te houden. Stofzuigen, de kattenbakken schoonmaken, stoffen, afwassen – en dat allemaal ook nog in een logische volgorde. Het vraagt veel energie van Leonie. Samen met Ella heeft zij daarom nu een schema gemaakt met welke taken ze wanneer doet. Dit geeft meer rust, waardoor de klachten langzaam afnemen.

Belangrijke vaardigheden voor begeleiders die passen binnen het competentiegericht werken zijn ondersteunen en complimenteren. Ondersteunen met dingen die moeilijk zijn, complimenteren met dingen die juist al goed gaan. Denk bijvoorbeeld aan het ondersteunen bij het omgaan met nare gevoelens of in het weerstaan van trek of zucht. En het vieren van die momenten waarop een patiënt niet heeft gebruikt, ondanks trek. Hierdoor vindt de begeleider aansluiting bij de patiënt, kan hij deze motiveren en stimuleren om nieuwe dingen te proberen en vergroten de competenties van de patiënt. Een proactieve, hoopvolle en positieve houding helpt hierbij.



PRAKTIJKOPDRACHT 6.1

Hulpverleners zijn ook gewoon mensen. Ook zij hebben competenties waarin zij zouden willen groeien. Neem eens een werkgerelateerd competentiegebied in gedachten waarin jij zou willen groeien. Bijvoorbeeld timemanagement of samenwerken. Uit welke concrete competenties bestaat dit competentiegebied? En in welke van deze competenties zou je jezelf willen verbeteren?

Neem vervolgens een collega in gedachten die die specifieke competentie volgens jou wel heeft. Wat doet die collega anders dan jij? Wat zou je van hem kunnen leren? En: welke (deel)stap kun jij zetten om jouw competentie op dat gebied te vergroten?

Oplossingsgericht werken

Kenmerkend voor patiënten met complexe problematiek (zoals triple problematiek) is dat zij het gevoel kunnen hebben dat de problemen hun boven het hoofd groeien. De klachten beheersen een steeds groter deel van hun leven en patiënten verliezen de hoop dat zij deze weer kunnen laten verminderen of dat zij zelfstandig ‘beter’ kunnen worden. Het doel van oplossingsgericht werken is dat patiënten dat gevoel van controle over hun klachten weer

terugkrijgen en zich weer vaardig voelen deze het hoofd te bieden (zie ook De Jong & Kim Berg, 2015; Roeden & Bannink, 2007).

Met oplossingsgericht werken onderzoeken hulpverlener en patiënt samen wat de gewenste situatie is. Wat wil de patiënt bereiken? Waar wordt naartoe gewerkt? En, niet onbelangrijk: *hoe* wordt daarnaartoe gewerkt? Wat zou kunnen helpen om het doel te bereiken? Om op die vraag een antwoord te vinden, wordt gekeken naar belangrijke hulpbronnen van de patiënt. Die hulpbronnen kunnen zowel in de patiënt zelf liggen (persoonlijke kwaliteiten en vaardigheden), maar ook in de omgeving (belangrijke anderen, beschermende factoren vanuit de omgeving).

Naast het inventariseren en inzetten van hulpbronnen is het zoeken naar positieve uitzonderingen een tweede belangrijke strategie in oplossingsgericht werken. In de analyse van de problemen wordt expliciet gezocht naar voorbeelden waarin het *wel* goed ging. Wanneer lukte het de patiënt om ondanks zijn angst toch de deur uit te gaan? Wat werkte voor de patiënt om bij trek of zucht toch geen middelen te gebruiken? Dit zijn namelijk aanwijzingen over wat werkt, en dus wat helpt om een positieve verandering tot stand te brengen.



Janneke zit samen met haar begeleider aan de keukentafel. Ze ziet het niet meer zitten. Haar zoon kan toch zo ontzettend vervelend zijn soms! Zoals hij daar vanochtend lag te krijzen op de grond van de supermarkt. Janneke kon wel door de grond zakken. En nu heeft de school ook nog opgebeld. De problemen lijken zich alleen maar op te stapelen; daar komt ze toch nooit meer uit? Door al die stress gaat ze alleen nog maar meer blowen!

Mathilde, haar begeleider, kreeg Janneke huilend aan de telefoon en is langsgedaan voor een kop thee. Huilend doet Janneke haar verhaal. Wanneer ze weer wat tot rust is gekomen, vraagt Mathilde haar hoe het in de afgelopen week is gegaan. 'Ik dacht wel ietsje beter. Hij kwam eergisteren thuis uit school, is rustig met de buurjongen gaan spelen en heeft alles ook weer zelf netjes opgeruimd. Zonder dat ik dat hoefde te vragen!'

Mathilde reageert enthousiast. Dat is een hele vooruitgang. Ze vraagt aan Janneke hoe zij dat voor elkaar heeft gekregen en wat die specifieke situatie anders maakt dan de vorige keren, waarin het misging. Janneke vertelt dat zij haar zoon zelf heeft gevraagd wat hij wilde doen op zijn vrije middag. Ook heeft zij voordat hij met de buurjongen ging spelen met hem afgesproken dat hij daarna alles zelf zou opruimen.

De kern van oplossingsgericht werken ligt in het kijken naar de toekomst. Patiënten wordt daarmee een vooruitzicht en hoop geboden, als tegenwicht tegen het hopeloze en zware gevoel van de klachten. De boodschap die afgegeven wordt door de hulpverlener is dat de toekomst maakbaar is. Patiënten kunnen invloed uitoefenen op hun toekomst. Geen enkel probleem is er voor altijd; je kunt er wat aan doen. Kleine stapjes kunnen immers al tot grote veranderingen leiden. De sleutel tot die kleine stapjes ligt in het vaker doen van wat

werkt en het inzetten van de hulpbronnen die er zijn. Niet het probleem, maar de oplossing staat centraal.



PRAKTIJKOPDRACHT 6.2

Patiënten met triple problematiek worden soms in beslag genomen door hun klachten. Om te ervaren hoe dat is, volgt deze oefening. Lees onderstaande instructie:

Kijk eens om je heen in de ruimte waarin je nu bent en zoek vijf blauwe dingen. Als je ze hebt gevonden, beantwoord dan de volgende vraag: hoeveel witte dingen heb je gezien?

Wat leert deze oefening jou over de begeleiding aan patiënten met triple problematiek? En over jouw rol als begeleider in het richten van de aandacht op de uitzondering (de witte dingen)?

Motiverende gespreksvoering

Het woord motivatie stamt af van het Latijnse woord ‘movere’, dat ‘in beweging brengen’ betekent. Dit is ook precies waar het om gaat bij motiverende gespreksvoering (zie ook Miller & Rollnick, 2014): de patiënt in beweging krijgen om veranderingen in zijn manier van leven aan te brengen. Dit kan bijvoorbeeld gaan om het minderen of stoppen met middelengebruik, maar ook om gezonder te gaan eten, meer te gaan bewegen of op een adequatere manier om te gaan met klachten. Motiverende gespreksvoering is een methodiek die patiënten ondersteunt in het realiseren van deze veranderingen in hun leven.

Dat klinkt makkelijk. Veel probleemgedrag van patiënten is namelijk niet logisch als je er van een afstand naar kijkt. Er is voor zover wij weten bijvoorbeeld nog nooit iemand wakker geworden met de gedachte: vandaag wil ik verslaafd raken. En er is ook nog nooit iemand geweest die het eigenlijk wel prettig vond om depressief te zijn. Op het eerste gezicht zou het dus heel makkelijk moeten zijn om een patiënt te laten veranderen. Hoe het nu gaat is niet handig of gezond, de patiënt komt er niet mee verder in zijn leven (en dat weet hij toch zeker zelf ook wel?!). Dus verandering is op zijn plaats.

Was het maar zo eenvoudig. Verandering is namelijk helemaal niet zo makkelijk en ook gedrag dat op het eerste gezicht onlogisch lijkt, heeft voor de patiënt een belangrijke functie. Juist die functie kan het moeilijk maken om te veranderen. De taak van de hulpverlener is dus enerzijds om erachter te komen waarin de twijfel zit om te veranderen. Vaak zit die twijfel in de belonende functie van het gedrag, oftewel wat het gedrag de patiënt oplevert. Anderzijds is het de taak van de hulpverlener om erachter te komen wat voor de patiënt belangrijke beweegredenen zijn om toch te veranderen. Dit zijn vaak de nadelen van het gedrag; de negatieve, ongewenste gevolgen ervan.



[Rob is 33 jaar als hij wordt doorverwezen naar de verslavingszorg. Hij drinkt te veel en wil daar eindelijk verandering in brengen. Eindelijk, omdat zijn ouders en vriendin hem al jaren proberen te overtuigen dat het moet. Rob vond het altijd wel meevallen. Er waren nog geen grote ongelukken gebeurd; hij kon nog steeds naar zijn werk... Stiekem vond hij het maar gezeur om niks.

Dat is nu wel anders. Zijn ouders hebben gezegd dat hij niet meer welkom is bij hen thuis als hij blijft drinken en ook zijn vriendin dreigt nu een punt achter hun relatie te zetten. Bovendien: hij was laatst nog onder invloed toen hij begon met werken en heeft toen bijna iemand overreden met de shovel. Rob is hier zo van geschrokken dat hij de huisarts om hulp heeft gevraagd.

En nu is hij in behandeling. Samen met zijn behandelaar maakt Rob een balans met de voor- en nadelen van zijn alcoholgebruik. Zo had hij er nog nooit over nagedacht. Als het zo op papier staat, zijn er toch een stuk meer nadelen dan voordelen. Maar ja, als hij stopt met drinken dan komt die angst weer terug. Dat zenuwachtige gevoel dat hij niks goed doet.

Kenmerkend voor motiverende gespreksvoering is een empathische houding. Overtuigen, discussies en dingen opleggen hoort niet bij deze methodiek. In plaats daarvan is de boodschap van de hulpverlener dat twijfel normaal is. Hij onderzoekt samen met de patiënt wat die twijfel precies is en hoe die overwonnen kan worden. Vaardigheden die hierbij passen, zijn luisteren, vragen stellen, reflecteren, motiveren en stimuleren. De hulpverlener luistert naar de patiënt en probeert deze écht te begrijpen. In een gezamenlijke zoektocht ontdekken zij belangrijke beweegredenen om te veranderen en stimuleert en motiveert de hulpverlener de patiënt in dat proces.



PRAKTIJKOPDRACHT 6.3

Niemand is perfect. Dat betekent ook dat veel mensen op enig moment in hun leven wel bepaald gedrag hebben laten zien waar zij verandering in wilden brengen. Ongezonder eten, te hard rijden, roken.

Probeer eens terug te denken aan problematisch gedrag dat jij hebt willen veranderen in jouw leven. Beantwoord voor jezelf de volgende vragen:

- 1. Hoe lang duurde het voordat je je realiseerde dat dit gedrag problematisch of schadelijk voor je was? Met andere woorden: dat dit gedrag negatieve consequenties voor je had?**
- 2. Hoe lang duurde het vervolgens voordat je de beslissing nam verandering aan te brengen in dat gedrag?**
- 3. Hoe verliep dat veranderproces? Ging het in één keer goed of zijn er momenten geweest waarop je terugviel of moeite had om de verandering vol te houden?**

4. Zijn er mensen geweest die jou hebben geprobeerd te helpen in dat veranderproces? Wat deden zij wat jou absoluut niet heeft geholpen? En: wat deden zij wat jou juist wel heeft geholpen?

Reflecteer op je eigen ervaringen in het licht van hulpverlening aan patiënten met triple problematiek. Wat leert jou dit?

Box 6.1: Gedragsverandering

De mens is een gewoontedier. Mensen houden ervan als dingen duidelijk en overzichtelijk zijn. Dat scheelt een hoop nadenkwerk. Dat houdt ook in dat de meeste mensen niet zomaar veranderen. Er moet een bepaalde reden zijn om gedrag te veranderen. Bijvoorbeeld omdat het gedrag schadelijk is, het de desbetreffende persoon in de problemen brengt of diegene weghoudt van belangrijke doelen of wensen.

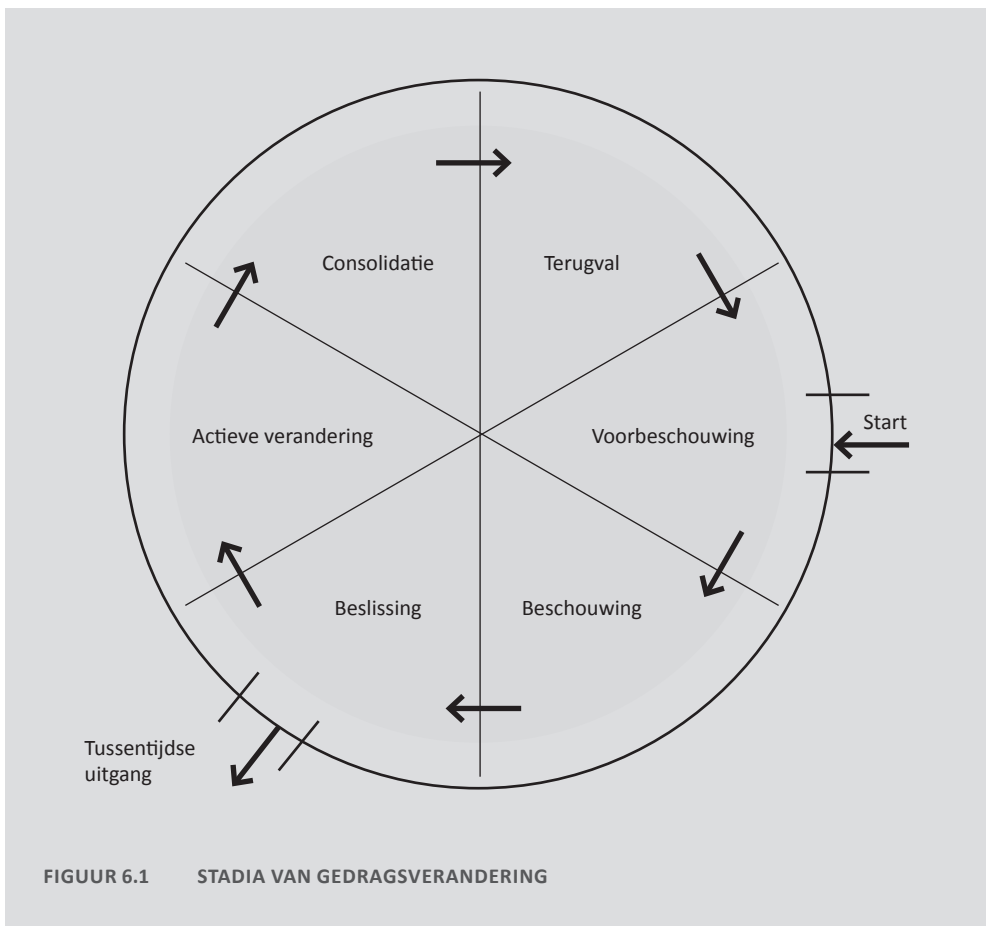
Met andere woorden: gedrag verandert pas als aan de randvoorwaarden wordt voldaan. Die randvoorwaarden zijn willen, kunnen en er klaar voor zijn. Iemand moet willen veranderen en de benodigde vaardigheden hebben om verandering in te zetten (en daar zelf ook vertrouwen in hebben). Er moeten bovendien geen andere belemmeringen zijn die gedragsverandering in de weg staan en die aandacht verdienen.

Om deze reden wordt ook wel gezegd dat gedragsverandering een proces is dat uit een aantal stappen bestaat. Ze worden de fasen van gedragsverandering genoemd, gebaseerd op het 'transtheoretische veranderingsmodel' van Prochaska en DiClemente (1982). In dit model worden zes fasen van gedragsverandering onderscheiden (zie figuur 6.1):

- *Voorbeschouwing*: in deze fase van gedragsverandering is er nog geen intentie om te veranderen. Het gedrag wordt nog niet beschouwd als schadelijk of problematisch; er worden nog geen nadelen aan gekoppeld. Anderen kunnen die nadelen al wel ervaren.
- *Overpeinzing*: in deze fase van gedragsverandering zijn er naast de voordelen van het gedrag ook nadelen aan verbonden. Er ontstaat een balans waarop de voor- en nadelen tegen elkaar afgewogen worden.
- *Beslissing*: de beslissingsfase betekent dat er een keuze is gemaakt om het gedrag wel of niet te veranderen. Indien er gekozen wordt voor gedragsverandering, wordt in deze fase ook een plan gemaakt om iets aan het gedrag te doen.

- *Actieve verandering:* in deze fase is de gedragsverandering daadwerkelijk ingezet. Het kost nog moeite, iemand is er nog actief mee bezig. Vergelijk het met het leren autorijden. Bij de eerste lessen moet je nog actief nadenken over de stappen van inhalen, of het knipperlicht omhoog of omlaag bewogen moet worden als je linksaf wilt slaan, welke pedaal de rem is en met welke pedaal gas gegeven wordt.
- *Volhouden of consolidatie:* na verloop van tijd is de verandering doorgemaakt en is het nieuwe gedrag geïntegreerd in het leven van de persoon. Het nieuwe gedrag kost geen moeite meer, maar is een automatisme geworden. Vergelijk dit weer met het leren autorijden. Na verloop van tijd en met voldoende oefening kost dit minder energie en denkwerk.
- *Terugval:* gedragsverandering is zelden direct succesvol. Bij stress, vermoeidheid of hoog oplopende emoties kan iemand terugvallen in 'oud gedrag', het gedrag dat juist is veranderd.

In de praktijk doorlopen mensen zelden het proces stap voor stap. Veel vaker wisselen ze van stadium of worden er stadia overgeslagen in het veranderproces. Desondanks leert dit model ons dat motivatie geen alles-of-niets-begrip is. Het is niet iets wat 'aan' of 'uit' staat, maar kan wisselen. Daarnaast kent ieder stadium specifieke aandachtspunten voor behandeling en begeleiding van patiënten, waardoor het model hulpverleners handvatten geeft voor de praktijk.



Is dat mijn taak?!

Een van de moeilijkste aspecten van teamwork is het afstemmen van de taken. Wie doet nu eigenlijk wat? In hoofdstuk 9 gaan we hier verder op in. Belangrijk voor nu is om te vermelden dat het takenpakket van begeleiders vaak het meest veelzijdig is. De behandelaar behandelt verslavingsproblematiek of psychische stoornis en zet de behandellijnen uit; de psychiater schrijft medicatie voor en monitort hoe de patiënt daarop reageert; de jobcoach houdt zicht op de daginvulling van de patiënt.

Maar wat doet een begeleider? De begeleider kan binnen het multidisciplinaire team gezien worden als een 'manusje van alles'. De begeleider observeert, intervenieert, evalueert, organiseert, rapporteert, volgt, anticipeert, bespreekt, confronteert, modelleert, ondersteunt, motiveert, ontmoedigt, signaleert... Een lange lijst aan werkwoorden die alle behoren bij het takenpakket van de begeleider. Precies dat maakt de begeleider tot een belangrijke schakel binnen het multidisciplinaire team.

Een aantal taken willen wij eruit pikken. Ten eerste het belang van begeleiders als de ‘ogen en oren’ voor behandelaars. Begeleiders zien de patiënt meer dan wie ook in het multidisciplinaire team en vaak ook nog in diens eigen woonomgeving. Dit maakt dat begeleiders een unieke kijk hebben op de situatie en het functioneren van de patiënt en daarmee ook waardevolle kennis bijdragen voor het behandelplan. Daarmee samenhangend zijn begeleiders vaak de eersten die specifieke problemen kunnen signaleren en in een vroeg stadium kunnen interveniëren. Ernstiger problemen kunnen hierdoor in de kiem gesmoord worden.

Een tweede belangrijke taak is die van verbindende schakel. Multidisciplinair werken bij triple problematiek betekent per definitie dat iedere betrokken hulpverlener slechts een deel van de puzzel ziet. Afstemming is nodig om goed samen te kunnen werken met elkaar. Begeleiders spelen daarin een belangrijke rol. Bijvoorbeeld als de verbindende schakel tussen de behandelkamer en het dagelijks leven. Of als de schakel tussen behandelaar en patiënt. Of als de schakel tussen twee organisaties of twee sectoren. Dergelijke schakels zijn van cruciaal belang voor het laten slagen van hulpverleningstrajecten.

Een derde en laatste taak is die van het houden van de balans. In behandeling zijn betekent vaak dat er veel aandacht geschonken wordt aan al die dingen die fout gaan in het leven. Dat is gezien de ernst van de problematiek logisch, maar het is tegelijkertijd erg eenzijdig. Begeleiders kunnen in dat geval een belangrijke taak hebben in het zorgen voor een evenwicht tussen problemen en oplossingen, tussen aandacht hebben voor alles wat fout gaat en het vieren van successen.



PRAKTIJKOPDRACHT 6.4

Kijkend naar jouw eigen organisatie en werksetting, wat zie jij als de top 3 van belangrijkste taken van begeleiders? Waarom deze taken?

Verschillende petten

Bij uiteenlopende taken horen ook diverse rollen. Begeleiders hebben verschillende spreekwoordelijke petten die zij moeten leren dragen – afhankelijk van de patiënt en afhankelijk van de situatie. Op basis van theorieën uit de groepsdynamica over leiderschap en groepsrollen beschrijven we enkele belangrijke petten die begeleiders in hun werk opzetten.

[cartoon 3] De leidinggevende

De rol van leidinggevende bestaat eruit dat de begeleider de patiënt tegelijkertijd stuurt en ondersteunt. De begeleider neemt de leiding en coördineert, maar neemt de patiënt daarin uitdrukkelijk mee in het proces. Deze pet is bijvoorbeeld van belang bij (dreigende) crisissituaties, grensoverschrijdend gedrag, of wanneer de patiënt ernstig overvraagd wordt in een situatie.

De coach

De coach heeft een minder sturende en een meer ondersteunende rol dan de leidinggevende. Hulp bieden en raad geven zijn vaardigheden die bij deze rol passen. De patiënt staat aan het roer en neemt zelf beslissingen, zo nodig met hulp en ondersteuning van de begeleider. Deze pet is bijvoorbeeld van belang bij het aanleren van nieuwe vaardigheden.

De advocaat

Bij triple problematiek zijn vaak veel hulpverleners betrokken, die elk met hun eigen bril op naar de klachten kijken en hun eigen ideeën hebben over wat passende hulpverlening is. In een dergelijke situatie is het van belang dat de patiënt ook een stem heeft in het proces. Soms zelf, soms in de vorm van een begeleider als zijn advocaat of belangenbehartiger.

De teamplayer

De begeleider heeft niet alleen verschillende petten op in het contact met de patiënt, maar speelt ook een rol in het multidisciplinaire team. Binnen dit team is het van belang dat de begeleider zijn eigen expertise inbrengt en de begeleiding en behandeling in gezamenlijkheid met zijn collega's vormgeeft. Dit komt de kwaliteit van het hulpverleningstraject ten goede – en daarmee ook het welzijn van de patiënt.

De adviseur

De begeleider brengt eigen deskundigheid en expertise in, zowel in de begeleiding van de patiënt als in de multidisciplinaire samenwerking. Voorlichting geven en adviseren zijn vaardigheden die passen bij deze rol. Een valkuil in deze rol is dat de begeleider een te autoritaire houding aanneemt, waardoor aan het doel van voorlichting en advies geven voorbij geschoten wordt. Een houding van bevriende deskundige past beter.

Het rolmodel

Een pet die begeleiders doorlopend op zouden moeten hebben, is die van rolmodel. Mensen leren via verschillende wegen, waaronder vanuit observatie en imitatie. Voor patiënten zijn begeleiders daarom belangrijke rolmodellen, die laten zien 'hoe het hoort'. Begeleiders laten zien wat wel en niet gepast is of hoe vaardigheden uitgevoerd kunnen worden. Het is belangrijk dat begeleiders zich hiervan bewust zijn.



Chris is opgenomen in een forensische verslavingszorgkliniek. Hij is al jarenlang verslaafd aan cocaïne en heroïne. Om in zijn middelengebruik te kunnen voorzien, pleegde hij diefstallen. Na een korte periode van detentie is hij nu in behandeling om zijn verslaving de baas te worden.

Chris doet zijn best. Hij is gemotiveerd voor behandeling, is bij alle behandelmodules aanwezig en zet zich actief in. Maar dan gaat het mis. Tijdens verlof valt hij terug in middelengebruik. Met lood in de schoenen keert hij terug naar de kliniek en in de avond rookt hij op zijn kamer een laatste joint.

Bij een urinecontrole valt Chris door de mand. Zijn persoonlijk begeleider bespreekt de situatie met hem. Chris heeft de behandeling inmiddels weer positief opgepakt en heeft grote stappen gezet in het opbouwen van een leven zonder middelengebruik en criminaliteit. Wat nu? Enerzijds heeft Chris de draad weer goed opgepakt. Maar regels zijn regels: middelengebruik in de kliniek betekent onmiddellijke overplaatsing naar een andere setting voor een herstart.

Het vervelende aan het hebben van meerdere rollen, is dat die soms ook met elkaar kunnen conflicteren. Bijvoorbeeld wanneer het beeld van de patiënt over wat passende zorg is mijlenver af ligt van die van het hulpverleningsteam. Of wanneer het belang van de patiënt lijnrecht tegenover het belang van medepatiënten staat, zoals het geval kan zijn bij klinische behandeling. Begeleiders (maar zeker ook behandelars) kunnen in dat geval het gevoel hebben klem te zitten.

Wat kun je doen bij conflicterende rollen? Maak een keuze. Onderken dat er sprake is van tegenstrijdige of conflicterende belangen, bespreek deze binnen het multidisciplinaire team, bepaal de koers voor het hulpverleningstraject van de patiënt, en kies vervolgens welke rol daarbij het meest passend is. Wanneer dat niet kan, probeer de rollen dan door twee verschillende personen te laten uitvoeren. Denk hierbij aan de methode van ‘the good cop and the bad cop’. Eén van de twee betrokken behandelaren levert de slechte boodschap of neemt een strenge rol aan, terwijl de andere naast de patiënt blijft staan. Dit voorkomt verwarring bij de patiënt (‘ik dacht dat hij aan mijn kant stond!’) en vergroot de kans dat de werkrelatie (in ieder geval met één van de twee betrokken hulpverleners) intact blijft. Als dat ook niet mogelijk is, monitor het proces dan zorgvuldig binnen het multidisciplinaire team en draag zorg voor de desbetreffende begeleider door er aandacht aan te besteden in supervisie en intervisie.



PRAKTIJKOPDRACHT 6.5

Elke hulpverlener krijgt weleens te maken met conflicterende rollen. Kijk eens terug op een van jouw eigen ervaringen hiermee. Wat was de situatie? Welke rollen kwamen met elkaar in conflict? En hoe is dat rollenconflict uiteindelijk opgelost? Hoe denk je daar achteraf over?



PRAKTIJKOPDRACHT 6.6

Welke les neem jij mee na het lezen van dit hoofdstuk?

DEEL 3:

HET INSCHAKELEN VAN EXTRA HULP



7. VERWIJZEN: MAAR WAARHEEN?



De praktijkondersteuner zit er een beetje mee in haar maag: waar vind ik extra hulp voor Kevin? Hij meldde zich vanwege lichamelijke klachten na een mishandeling. Daar is inmiddels geen zorg meer voor nodig. Maar er bleek nog meer aan de hand... Die nachtmerries, is dat wat voor de algemene geestelijke gezondheidszorg? Maar zullen die hem niet afwijzen vanwege het blowen? Verslavingszorg inschakelen dan? Maar gaat Kevin daar aanhaken, gezien zijn licht verstandelijke beperking? Een beetje ondersteuning vanuit de verstandelijk gehandicaptenzorg zou waarschijnlijk ook wel goed zijn, ook voor de moeder van Kevin. Maar hoe zou dat vallen? En kan hij daar wel aanspraak op maken?

In sommige gevallen kunnen triple problemen verholpen worden met hulp van de huisarts of praktijkondersteuner zelf, maar ook met hulp van bijvoorbeeld het sociale wijkteam of een maatschappelijk werker. Dit is met name het geval bij lichte of eenvoudige klachten, chronische klachten die al enige tijd stabiel zijn en klachten die een laag risico met zich meebrengen.

Wanneer een verwijzing voor specialistische of meer intensieve hulpverlening wél nodig is, komt onmiddellijk de vraag naar boven waarheen de patiënt verwezen kan worden. Triple problematiek vormt daarmee een uitdaging voor hulpverleners. De problemen van patiënten met triple problematiek passen namelijk niet in één vakje. Dus: wat is de meest geschikte hulpverlening voor patiënten met triple problematiek? Verslavingszorg? Geestelijke gezondheidszorg? Verstandelijk gehandicaptenzorg?

Daar is niet een-twee-drie een antwoord op te geven. Gelukkig zijn er een aantal uitgangspunten en richtlijnen die kunnen helpen bij de verwijzing. In dit hoofdstuk beschrijven we enkele uitgangspunten en richtlijnen. We beantwoorden in dit hoofdstuk de volgende vragen:

- Waar moet ik als eerste op letten bij een mogelijke verwijzing?
- Wat is passende zorg?
- Wat zijn de mogelijkheden voor verwijzing?

Safety first



Toen er rook onder de kamerdeur van Chantal vandaan kwam, was het alle hens aan dek. Politie en brandweer waren nodig om de gebarricadeerde deur te forceren, de smeulende deken te blussen, en de veiligheid te garanderen van Chantal, haar medepatiënten in de instelling voor mensen met een verstandelijke beperking en de staf. Via de crisisdienst werd

ze geplaatst op een gesloten opnameafdeling in de geestelijke gezondheidszorg. Dat was nodig voor het regelen van een acute veilige plek, maar niet echt passend gezien haar hulpvraag. Gelukkig kon ze binnen een week naar een gesloten behandelplek in de verstandelijk gehandicaptenzorg, waar door de samenwerking met verslavingszorg voldoende hulp voor haar problematisch middelengebruik kon worden gerealiseerd.

Wanneer er een calamiteit of dreigende situatie is, staat het borgen van de veiligheid van alle betrokkenen voorop. Dat kan betekenen dat er acuut ingegrepen moet worden. Bijvoorbeeld bij situaties waarin brand of ernstig brandgevaar is, fysieke agressie of dreiging hiermee, ernstige suïcidaliteit of een zeer slechte lichamelijke conditie. In dit soort situaties geldt: veiligheid staat voorop. Uiteraard kan er in een dergelijke situatie ook rekening gehouden worden met de kwetsbaarheid van de patiënt. In tabel 7.1 staan de aandachtspunten voor acute situaties.

TABEL 7.1 AANDACHTSPUNTEN BIJ ACUTE SITUATIES MET TRIPLE ZORG-PATIËNTEN

Acute veiligheidsmaatregelen	<ul style="list-style-type: none"> • Voorop staat je eigen veiligheid. Neem maatregelen om die te borgen (neem bijvoorbeeld afstand van een onveilige situatie). • Denk aan de veiligheid van anderen. Help en ondersteun hen voor zover dit kan binnen de zorg voor jouw eigen veiligheid.
Informereren hulpdiensten	<ul style="list-style-type: none"> • Alarmeer hulpdiensten, met passende spoed: 112 bij acute situaties, bij minder acute situaties kan ook een route via andere nummers passend zijn (bijvoorbeeld via de huisarts, crisisdienst, wijkagent). • Doe melding van de acute situatie waarvoor je hulp nodig hebt. Vertel zo nodig wat je binnen jouw mogelijkheden al geprobeerd hebt, en waarom dit niet voldoet. • Geef waar nodig en relevant voor het handelen van de hulpdiensten informatie over de achtergrond van de patiënt. Het delen van informatie over de diagnose mag niet zomaar vanwege je beroepsgeheim; vertellen waar de diensten rekening mee moeten houden is zowel patiëntvriendelijk als nodig voor het herstellen van de veiligheid ('deze patiënt reageert beter op mannen dan op vrouwen', 'het zou kunnen dat er een wapen in huis is', 'deze persoon kan heel angstig zijn').

Ondersteunen van de patiënt	<ul style="list-style-type: none"> • Probeer ook tijdens acuut ingrijpen contact te houden met de patiënt. Blijf als dat veilig kan binnen gespreksafstand, en geef uitleg over wat er gebeurt. Een vertrouwd contact kan voor de patiënt een belangrijke tussenpersoon zijn in het contact met acute hulpdiensten. • Leg waar nodig en mogelijk ook tijdens het acute handelen aan hulpdiensten uit wat een passende en helpende bejegening is; geef hierin door houding en gedrag ook het voorbeeld. • Bied continuïteit van zorg en begeleiding, ook als de patiënt naar een andere plek gebracht wordt. Geef in elk geval contactgegevens door (liefst die 24/7 bereikbaar zijn), en overweeg mee te gaan met de patiënt.
Opvang en ondersteuning van betrokkenen	<ul style="list-style-type: none"> • Bespreek het gebeuren na met collega's, omstanders en de patiënt. Hierbij gaat het primair om de opvang van betrokkenen. In een later stadium kan nabespreking belangrijke informatie opleveren over de achtergrond van het incident. • Houd bij een overgeplaatste patiënt actief contact met zowel de persoon zelf als eventuele andere hulpverleners: bel na hoe het gaat, ga indien mogelijk op bezoek.
Na de acute fase	<ul style="list-style-type: none"> • Zorg voor passende vervolgzorg, door middel van een inhoudelijke analyse van het gebeuren en zo nodig een gerichte verwijzing. • Deel na de acute fase zo snel mogelijk inhoudelijke informatie met nieuw betrokken hulpverleners. Houd hierbij in de gaten welke informatie nodig is om die hulpverlening te garanderen vanuit goed hulpverlenerschap. Voor het delen van meer informatie is toestemming van de patiënt nodig.



PRAKTIJKOPDRACHT 7.1

Veel organisaties kennen richtlijnen en procedures voor acute zorg, bijvoorbeeld wat te doen bij brand. Of met wie er contact opgenomen moet worden in geval van (dreigende) agressie of suïcidaliteit. Hoe zien die richtlijnen en procedures er binnen jouw organisatie uit?

Passende zorg volgens de patiënt



Maarten: 'Dat gezeur over stoppen met gebruik, daar was ik gewoon nog niet aan toe! Ik wilde eerst aan de gang met het herstel van contact met mijn kinderen. Maar mijn begeleider vond dat ik per se naar een verslavingskliniek moest. Nou, toen heb ik haar de deur uit gezet.'

Het is belangrijk om een patiënt passende zorg aan te bieden. Zorg die bij de patiënt aansluit, zowel op het niveau van klachten en hulpvraag als op het niveau van de wensen en

behoeften van de persoon. Maar wie bepaalt dat eigenlijk? De huisarts? De hulpverlener? De patiënt? Wiens opvatting of mening over 'passende zorg' is leidend? En wat doe je als de meningen over 'passende zorg' uiteenlopen?

Hulpverleners hebben vaak op basis van wat zij zien en horen een duidelijk idee van wat er in de situatie van de patiënt moet veranderen. Maar de patiënt kan daar heel anders over denken. Niet zelden leiden deze verschillen van inzicht tot het verbreken van de hulpverleningsrelatie. De patiënt voelt zich niet gehoord in zijn vraag en kiest zijn eigen weg, of de hulpverlener ziet het voortzetten van het traject als zinloos. Maar het kan ook anders. Aansluiten bij de behoefte en zorgvraag van de patiënt werkt vaak het best om het hulpverleningsproces op gang te krijgen en te houden. Vaak ontstaat er dan later in het proces ruimte om ook andere zaken aan te pakken; zaken die in het begin van het traject nog geen prioriteit hebben voor de patiënt.



Maarten: 'Dat gezeur over stoppen met gebruiken, daar was ik gewoon nog niet aan toe! Ik wilde eerst aan de gang met het herstel van het contact met mijn kinderen. Mijn begeleider begreep wel dat ik dat belangrijk vond. Maar ze vond het ook niet kunnen dat mijn kinderen mij dronken zouden zien. We hebben toen samen bedacht hoe we dat konden oplossen. Ik heb eerst een paar keer mijn kinderen samen met mijn begeleidster gezien. We mochten 's ochtends op school langskomen. Dat werkte goed, want 's ochtends drink ik nog niet. Toen mijn dochter vroeg of ik ook een keer na school met haar naar de kinderboerderij wilde, begreep ik dat ik echt moest stoppen met drinken. Ik wilde alleen niet naar een kliniek. Gelukkig zijn we er achter gekomen dat je met ambulante verslavingszorg ook thuis kunt afkicken. Mijn begeleider is super trots dat dat gelukt is. En ik stiekem ook!'

Erachter komen wat voor de patiënt passende zorg is, kan op verschillende manieren. Er kan gevraagd worden naar wat de patiënt graag zou willen bereiken of welke problemen er opgelost moeten worden om zich weer beter te voelen en beter te functioneren. De zogenaamde 'wondervraag' helpt hierbij.



Hulpverlener: 'Maarten, ik ben nog wel benieuwd naar iets... Namelijk wat nou écht belangrijk is voor jou. Mag ik je daar een gekke vraag over stellen?'

Maarten: 'Jawel, vraag maar.'

Hulpverlener: 'Stel je eens voor: straks ga je hier weg. Je doet je ding de rest van de dag en vanavond ga je naar bed. Een dag zoals altijd. En terwijl jij slaapt, gebeurt er een wonder. Het probleem waarmee jij hier kwam, is plotseling verdwenen. Dat merk je natuurlijk niet direct, want je slaapt! Maar als je wakker wordt, wat zou er dan anders zijn in jouw leven?'

Maarten: 'Ehm... ja, dan zou ik gewoon mijn dochter kunnen zien. Zonder gedoe en toestanden. Gewoon, normaal.'

Hulpverlener: 'Oké, dan zou je weer contact hebben met je dochter. Wat zou jij dan anders doen?'

Maarten: 'Ik zou dan niet meer drinken. Ik wil niet dat mijn dochter ziet dat ik drink. Dat hoort niet bij een goede vader.'

Hulpverlener: 'Oh, wat goed dat je dat zo zegt! Maar wat zou je dan anders kunnen doen? In plaats van drinken?'

Maarten: 'Ehm... tsja... dat weet ik zo niet hoor.'

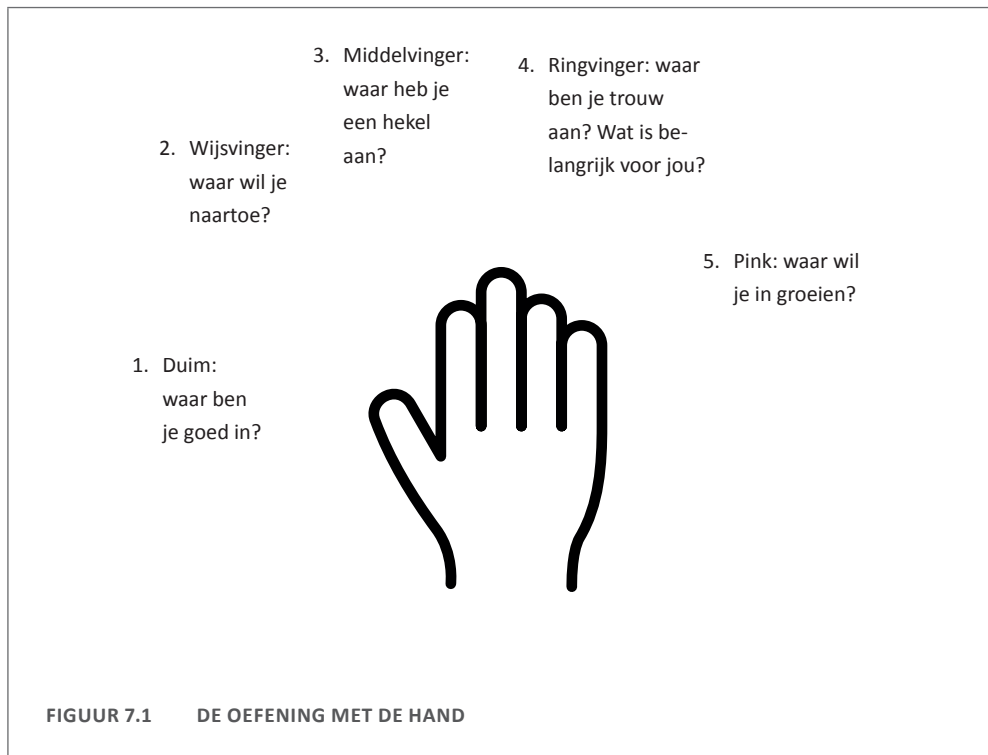
Hulpverlener: 'Zijn er bijvoorbeeld dingen die je dan zou moeten leren? Of vaker zou moeten doen? Of juist niet meer zou moeten doen?'

Maarten: 'Ik denk dat ik moet leren om anders met mijn problemen om te gaan. Nu drink ik vaak als ik me rot voel of stress heb. Dat moet dan natuurlijk anders.'

De vier beroemde vragen van Van Os (2017) sluiten hierbij aan. Jim van Os is een psychiater die ervoor pleit om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de patiënt. Niet door het afnemen van standaardvragenlijsten, maar juist door vragen te stellen aan de patiënt. Deze vragen worden aanbevolen:

1. Hoe gaat het met je?
2. Wat zijn jouw sterke kanten? Wat zijn jouw verbeterkanten?
3. Waar wil je naartoe? Wat zou je willen bereiken?
4. Wat heb je nodig?

Een andere, meer visuele manier om erachter te komen wat voor patiënten belangrijke doelen zijn, is de oefening met de hand. De hand is een lichaamsdeel met veel symboliek en betekenissen. Handen worden namelijk gebruikt om dingen aan te duiden, zoals in gebaren of door te wijzen. Elke vinger heeft wel een bepaalde betekenis. Deze betekenissen kunnen helpen om op een snelle, visuele manier de patiënt aan de hand van vijf vragen beter te leren kennen (figuur 7.1).



Passende zorg volgens de hulpverlener

Uiteraard heeft ook de hulpverlener ideeën over wat passende zorg is voor een bepaalde patiënt, bijvoorbeeld op basis van de specifieke combinatie van problemen of de ernst van de problematiek. Om hier een inschatting van te maken, wordt soms gebruikgemaakt van de begrippen ‘stepped care’ en ‘matched care’. Deze termen worden nogal eens door elkaar gebruikt. Of ze worden beschreven als twee tegenstrijdige uitgangspunten die elkaar uitsluiten. Dat klopt niet helemaal. Stepped care en matched care komen meer overeen dan soms wordt gedacht (zie box 7.1).

De principes van stepped care en matched care hebben als doel een patiënt zo snel mogelijk de juiste hulp te bieden. Niet te licht, maar ook niet te zwaar. En waar kan, afgestemd op de persoon zelf. Dat betekent ook dat signalering en screening belangrijk zijn. Zonder eerst goed in kaart te brengen wat er speelt (door middel van screening en/of diagnostiek), kan er namelijk geen inschatting worden gemaakt welke vorm van hulpverlening aangewezen is. Maar de principes van stepped care en matched care zijn niet voldoende voor het beantwoorden van de vraag: ‘Wat is passende zorg voor deze patiënt?’ Ze geven namelijk wel een richting aan de *intensiteit* van de hulpverlening, maar laten de vraag onbeantwoord *waar of in welke sector* die hulp geboden zou moeten worden.

Box 7.1: Stepped care en matched care

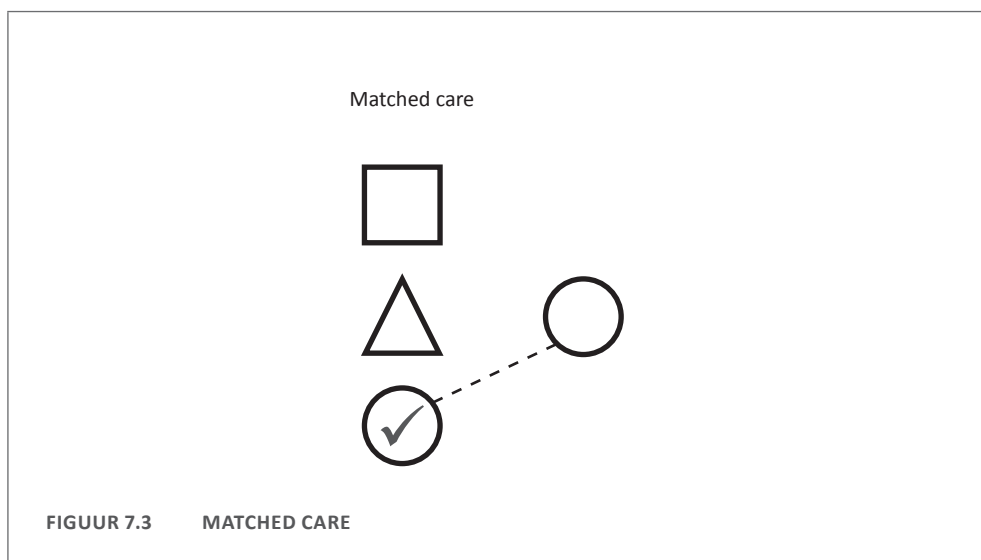
Stepped care betekent dat de hulpverlening start met de lichtst mogelijke interventie die past bij de klachten (figuur 7.2). Er wordt ook weleens gezegd: zo licht als kan, zo zwaar als nodig. Hulpverlening wordt ingedeeld in 'trap treden' van lichte tot intensieve hulp. Het inzetten van interventies wordt voorafgegaan door een periode van afwachten. Er wordt gekeken of er mogelijk spontaan herstel optreedt, zonder dat verder ingrijpen noodzakelijk is. De meest lichte vormen van hulpverlening bestaan vervolgens uit het geven van adviezen of kortdurende ondersteuning of begeleiding. Die kortdurende ondersteuning kan gegeven worden door de huisarts of praktijkondersteuner, maar ook bijvoorbeeld door het sociale wijkteam of het algemeen maatschappelijk werk. Als dat nodig is, wordt de overgang van begeleiding naar behandeling gemaakt. De meest intensieve vorm van hulpverlening is een combinatie van psychologische behandeling en medicatie.

Stepped care



FIGUUR 7.2 STEPPED CARE

Ook bij *matched care* wordt de hulpverlening afgestemd op de ernst van de klachten van de patiënt. Maar *matched care* gaat nog een stap verder. Niet alleen de klachten zijn belangrijk, maar ook de persoon van de patiënt zelf (figuur 7.3). Er wordt bij *matched care* dan ook gekeken welke vorm van hulpverlening het best bij iemand past. De hulp wordt dus afgestemd op de kenmerken, vaardigheden, omgeving, wensen en behoeften van de patiënt. In de forensische zorg wordt dit 'responsiviteit' genoemd. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de keuze tussen groepsbehandeling of individuele behandeling. Of het aanpassen van interventies voor psychische stoornissen of verslaving aan de mogelijkheden van patiënten met een licht verstandelijke beperking. Ook hier gaat het er dus om de patiënt zo snel mogelijk de juiste hulp te bieden.



PRAKTIJKOPDRACHT 7.2

De principes van stepped care en matched care zijn belangrijke uitgangspunten in de hulpverlening, ook voor patiënten met triple problematiek. Ze worden op verschillende manieren binnen organisaties toegepast. Kijk eens naar jouw eigen organisatie: welke traptreden van hulpverlening bieden jullie aan? En op welke manier wordt matched care toegepast?

Wáár vind je passende zorg?

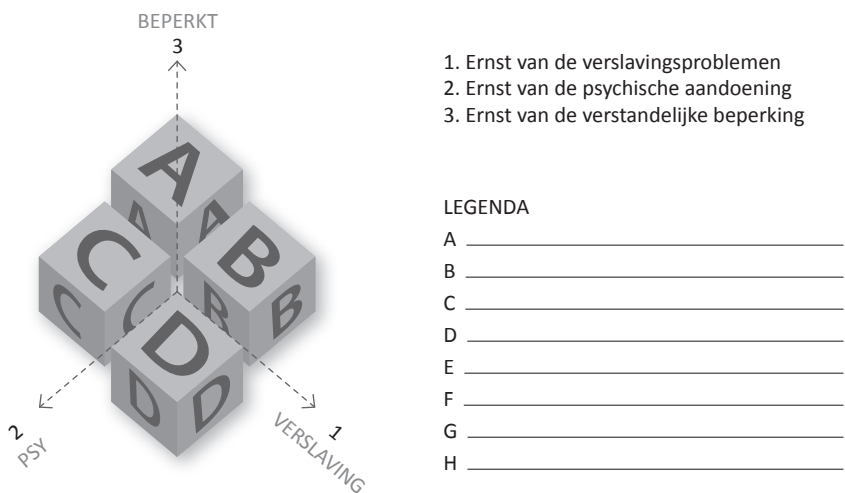


Erica, behandelaar in de verslavingszorg: 'Het zorgsysteem in Nederland maakt het soms willekeurig waar iemand met complexe problematiek terecht komt: de verstandelijk gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg? Want waar leg je het accent bij mensen die eigenlijk op het snijvlak van verschillende sectoren vallen?'

[einde citaat]

Een richtlijn die nuttig kan zijn bij de verwijzing van patiënten met 'dubbel diagnose' of comorbiditeit is het model van Minkoff. Minkoff beschreef in 2001 dat de groep patiënten met comorbiditeit – in dit geval: het samengaan van een psychische stoornis en verslaving – onderverdeeld kan worden in vier groepen of kwadranten. De onderverdeling in kwadranten wordt gemaakt aan de hand van de ernst van de psychische stoornis en de verslaving (zie figuur 7.4).

Minkoff (2001) heeft geprobeerd de vraag te beantwoorden waar passende hulp gevonden kan worden bij comorbiditeit. Hij ontwierp daarvoor een model met vier kwadranten.



FIGUUR 7.4 DE KWADRANTEN VAN MINKOFF (2000)

In het eerste kwadrant gaat het om patiënten met milde psychische klachten en een lichte tot matige verslaving. Bijvoorbeeld iemand die na een ingrijpende gebeurtenis (scheiding, overlijden van een dierbare) zich slecht in zijn vel voelt, somber is en sinds korte tijd langzaam steeds meer alcohol is gaan drinken om hiermee om te gaan. Deze groep patiënten functioneert over het algemeen vaak nog goed. Kortdurende begeleiding of behandeling is vaak voldoende.

In het tweede kwadrant bevinden zich patiënten met een ernstige en/of blijvende psychische stoornis en een lichte tot matige verslaving. Het kan bijvoorbeeld gaan om patiënten met een psychotische stoornis die dagelijks cannabis gebruiken om beter te kunnen slapen. Het middelengebruik is in deze gevallen beperkt, waardoor de behandeling het best kan plaatsvinden in de geestelijke gezondheidszorg. Maar deze patiënten zijn door hun psychische stoornis vaak wel kwetsbaar voor een verslaving en gevoelig voor de gevolgen van middelengebruik. Middelengebruik moet daarom wel een aandachtspunt zijn in de behandeling.

In het derde kwadrant gaat het om patiënten bij wie sprake is van milde psychische klachten en een matige tot ernstige verslaving. Dit zijn bijvoorbeeld patiënten die als gevolg van hun middelengebruik psychische klachten zoals angst of somberheid ontwikkelen. Ook patiënten bij wie de psychische stoornis als gevolg van het middelengebruik verergert, vallen binnen dit kwadrant. Behandeling van de verslaving zorgt er dan ook vaak voor dat ze zich beter gaan voelen en dat psychische klachten verminderen of zelfs verdwijnen. Deze patiënten worden daarom doorgaans behandeld in de verslavingszorg.

In het laatste kwadrant gaat het om patiënten met een ernstige en blijvende psychische stoornis en een matige tot ernstige verslaving. Psychotische stoornissen, bipolaire stoornissen of persoonlijkheidsstoornissen in combinatie met langdurig problematisch middelengebruik passen bijvoorbeeld in dit kwadrant. In deze gevallen is het belangrijk dat er in de behandeling aandacht is voor beide stoornissen. FACT-teams of dubbeldiagnose-klinieken in de geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg bieden dit soort specialistische hulp.

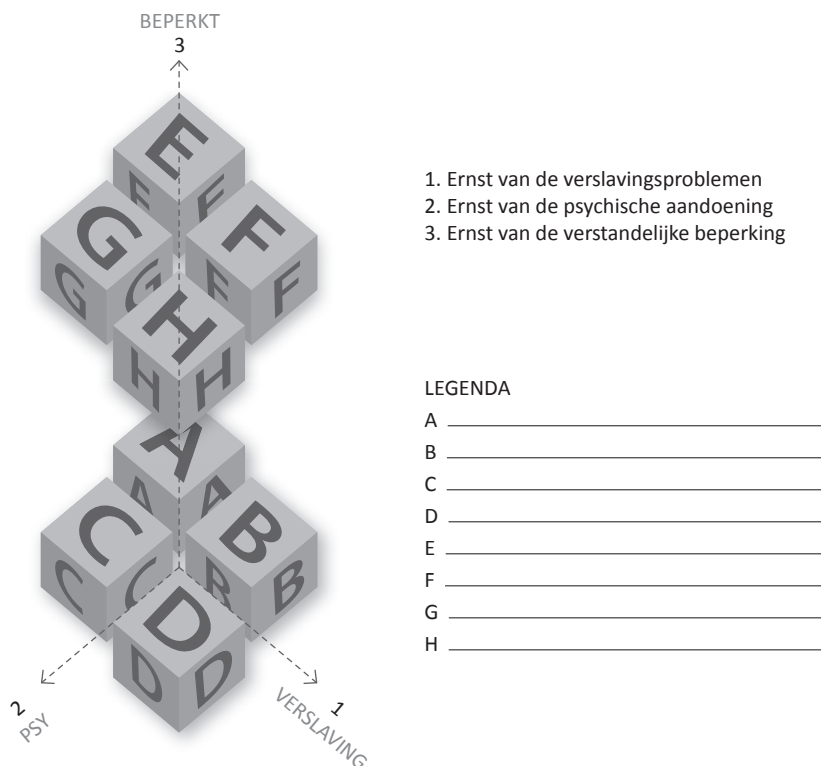


PRAKTIJKOPDRACHT 7.3

Verwijzing van patiënten met triple problematiek is lastig. De problemen passen immers niet in één vakje. Wat zijn jouw positieve en negatieve ervaringen met de verwijzing van patiënten met dergelijke problematiek? Welke tips en suggesties heb je om de verwijzing van patiënten met triple problematiek gemakkelijker te maken?

De richtlijnen voor verwijzing bij dubbele problemen vragen om een vertaalslag in het geval van triple problematiek. De kwadranten zoals die zijn ontwikkeld door Minkoff, houden namelijk geen rekening met de bijkomende licht verstandelijke beperking. Net zoals de psychische stoornis of verslaving kan ook de licht verstandelijke beperking meer of minder ernstig en relevant voor het hulpverleningskader zijn. En net zoals bij de psychische stoornis of verslaving, moet er dan in meer of mindere mate rekening mee worden gehouden in de begeleiding en behandeling. De tweedimensionale kwadranten van Minkoff werden door VanDerNagel et al. (2012) daarom veranderd naar een driedimensionale kubus (zie figuur 7.5). Boven op de oorspronkelijke vier kwadranten worden nog eens vier kwadranten geplaatst. Er ontstaat een kubus met acht kwadranten.

Als er naast een psychische stoornis en verslavingsproblematiek ook een licht verstandelijke beperking is, volstaat het model van Minkoff (2001) niet. VanDerNagel (zie: VanDerNagel et al., 2012) ontwikkelde daarom deze kubus met acht kwadranten.



FIGUUR 7.5 DE KUBUS VAN VANDERNAGEL ET AL. (2012)

De onderste vier kwadranten komen overeen met het model van Minkoff. Deze patiënten hebben weliswaar een licht verstandelijke beperking, maar functioneren relatief goed. Zij kunnen zich met begeleiding (grotendeels) zelfstandig redden in de maatschappij. Zij kunnen naar verwachting ook goed profiteren van reguliere behandelingen voor een dubbeldiagnose (al dan niet met kleine aanpassingen).

In de bovenste vier kwadranten moet er in de begeleiding en behandeling wél rekening worden gehouden met de licht verstandelijke beperking. De behandeling moet in die gevallen ingrijpend worden aangepast om aan te kunnen sluiten bij wat iemand kan en aankan. Het gaat hierbij om aanpassingen in de vorm, de wijze van bejegening, de inhoud, het traject en de duur van behandeling, maar ook om intensieve(re) samenwerking met het informele en professionele systeem rondom de patiënt.

Het vijfde kwadrant betreft patiënten met een licht verstandelijke beperking met milde psychische klachten en een lichte tot matige verslaving. Behandeling kan in deze gevallen plaatsvinden binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg. Aan hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg kan eventueel om advies gevraagd worden.

In het zesde kwadrant gaat het om patiënten met een licht verstandelijke beperking met een ernstige en/of blijvende psychische stoornis en een lichte tot matige verslaving. Zij worden bij voorkeur behandeld binnen de zogenaamde specialistische VG-GGZ. Dit zijn instellingen of teams binnen een instelling voor geestelijke gezondheidszorg die zich hebben gespecialiseerd in psychische stoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking.

In het zevende kwadrant gaat het om patiënten met een licht verstandelijke beperking bij wie sprake is van milde psychische klachten en een matige tot ernstige verslaving. De behandeling kan in deze gevallen het best plaatsvinden binnen de specialistische VG-verslavingszorg: teams binnen de verslavingszorg die zich hebben gespecialiseerd in verslaving bij mensen met een licht verstandelijke beperking.

Het achtste kwadrant beschrijft patiënten bij wie er sprake is van een licht verstandelijke beperking, een ernstige en/of blijvende psychische stoornis en een matige tot ernstige verslaving. Deze patiënten zijn gebaat bij een gespecialiseerd aanbod voor triple problematiek. Binnen dit zorgaanbod worden kennis en vaardigheden op het gebied van (de behandeling van) een licht verstandelijke beperking, psychische stoornissen en verslaving gecombineerd. Helaas is het aantal instellingen die deze vorm van begeleiding en behandeling van patiënten met triple problematiek kan bieden, nog zeer beperkt. Gezien de vereiste deskundigheid van drie vakgebieden en de brede en wisselende zorgvraag van de patiënten (met soms primair een veilige woonplek, soms een crisisopnamevraag en soms een behandelvraag) kunnen zowel de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg als de verstandelijk gehandicaptenzorg regiehouder zijn. Alle drie de sectoren zijn dus aan zet om samen met hun ketenpartners verantwoordelijkheid te nemen in de begeleiding en behandeling van patiënten met triple problematiek.



PRAKTIJKOPDRACHT 7.4

Voor patiënten met triple problematiek zijn de kwadranten van Minkoff (2001) door VanDerNagel et al. (2012) uitgebreid naar een driedimensionale kubus. Lees onderstaande casussen eens door. Naar welke sector (geestelijke gezondheidszorg,

verslavingszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg) zouden deze patiënten het best verwezen kunnen worden?

- a. Pascal is een 23-jarige jongeman, gediagnosticeerd met ADHD. Hij meldt zich bij de huisarts omdat hij in de afgelopen jaren steeds meer cannabis is gaan gebruiken. Hij vertelt erover dat het hem rustig maakt: zijn gedachtestroom neemt af, waardoor hij zich rustiger voelt en beter kan slapen.
- b. Samantha is opgegroeid in een volksbuurt in Almelo. Haar vader was verslaafd en haar moeder was gediagnosticeerd met een borderline persoonlijkheidsstoornis. In haar jeugd spijbelde Samantha veel en kwam ze in aanraking met politie en justitie. Momenteel ontvangt zij begeleiding vanuit de verstandelijk gehandicaptenzorg. Het valt haar begeleiders op dat zij veel drinkt: tot wel acht halve liters per dag.
- c. Erik gebruikt al langere tijd regelmatig cocaïne. De laatste keer dat hij dat deed, zag hij overal kakkerlakken en was hij ervan overtuigd dat hij gevolgd werd op straat. Hij meldt zich in paniek bij de huisarts en is bang om 'gek' te worden.
- d. Karen is een jonge vrouw met een licht verstandelijke beperking. In het verleden is zij meerdere malen seksueel misbruikt. Om daar niet aan te hoeven denken, drinkt zij dagelijks een tot twee flessen wijn. Onder invloed van alcohol weet zij niet altijd meer wat ze doet en vertoont ze risicovol gedrag. Afgelopen weekend werd zij wakker naast een onbekende man.

Hoe regel je passende zorg?

Weten welke hulpverlening iemand (waarschijnlijk) nodig heeft is één. Het voor elkaar krijgen dat die hulpverlening er ook komt, is nog wat anders. Vaak gaat de samenwerking tussen sectoren prima, maar soms zijn er ook de nodige drempels: procedures voor verwijzingen, financiering van hulpverlening, maar ook moeite van hulpverleners in het multidisciplinair samenwerken. Omdat teamwork een vak apart is, lees je er meer over in een apart hoofdstuk: hoofdstuk 9?



PRAKTIJKOPDRACHT 7.5

Welke les neem jij mee na het lezen van dit hoofdstuk?

8. DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING



Ella, begeleider in de verstandelijk gehandicaptenzorg: 'De problematiek loopt veel meer door elkaar heen dan men denkt. Als ik het achteraf bekijk, denk ik dat ik veel gevallen van triple problematiek over het hoofd heb gezien.'



Albert, behandelaar in de geestelijke gezondheidszorg: 'Het is een puzzel om erachter te komen hoe je bepaald gedrag kunt interpreteren. Past het bij de licht verstandelijke beperking, verslaving of psychische klachten? Dat maakt het werken met deze doelgroep ingewikkeld, maar ook leuk en uitdagend.'



Erica, behandelaar in de verslavingszorg: 'Mijn motto is: niemand is voor zijn plezier een klier. Dus kijk goed wat er aan de hand is. Probeer te begrijpen waarom iemand doet zoals hij doet. Dat is cruciaal om aan te kunnen sluiten bij wat iemand nodig heeft.'

Deze citaten illustreren goed wat we in de eerste hoofdstukken van dit boek beschreven: triple problematiek komt vaak voor, maar wordt ook vaak over het hoofd gezien. Op basis van een goede, brede screening en signalering kan er een eerste inventarisatie gemaakt worden van wat er speelt, zodat er gericht verwezen kan worden voor verdere diagnostiek en behandeling. Maar screening is tegelijkertijd pas het begin. Het vormt slechts de aanzet tot het verdere traject. Alhoewel er op basis van de screening een eerste beeld is ontstaan van wat er mogelijk speelt, moet nog goed uitgezocht worden wat er *precies* speelt. Kortom, er is diagnostiek nodig. Diagnostiek is het proces waarin wordt vastgesteld wat er aan de hand is, zodat er vervolgens (indien nodig) gerichte begeleiding of behandeling ingezet kan worden. In dit hoofdstuk beantwoorden we de volgende vragen:

- Wat wordt er bedoeld met diagnostiek?
- Welke richtlijnen zijn er voor diagnostiek bij triple problematiek?
- Welke richtlijnen zijn er voor behandeling van triple problematiek?

Diagnostiek

Diagnostiek verwijst naar het proces waarin wordt vastgesteld wat er aan de hand is, zodat er vervolgens (indien nodig) gerichte begeleiding of behandeling ingezet kan worden. Er wordt onderzoek gedaan om te achterhalen welke klachten iemand heeft, hoe deze klachten het best te begrijpen of te verklaren zijn en wat kan helpen om de klachten te verminderen

(Derksen & Immens, 2016). Een behandelaar heeft daarbij verschillende middelen om dat onderzoek uit te voeren, zoals observatie, gesprekken voeren met de patiënt (en diens omgeving) of het afnemen van testen of vragenlijsten.

Soms wordt het woord diagnostiek gezien als synoniem voor ‘het vaststellen welke ziekte of stoornis er speelt’. Classificatie wordt dat genoemd. Dit klopt niet helemaal: diagnostiek is iets anders dan classificatie. Diagnostiek is namelijk veelomvattender dan ‘alleen maar’ vaststellen welk etiket er op de patiënt geplakt kan worden. Hoewel het voor de patiënt, diens omgeving, begeleiders en behandelaars vaak wel belangrijk is om te weten welke ziekte of stoornis er speelt, zegt zo’n etiket vaak weinig over wat er aan de hand is en waardoor de klachten of stoornis worden veroorzaakt. Bij één stoornis kunnen immers verschillende uitingvormen voorkomen. Met andere woorden kan een classificatie bestaan uit verschillende combinaties van klachten en symptomen. Ter vergelijking volgen twee casussen.



Floris is 35 jaar. Hij meldt zich bij de huisarts omdat het niet goed met hem gaat. Hij voelt zich al enkele maanden somber. Hij vindt het leven soms een opgave en heeft weinig hoop dat dat in de toekomst beter zal worden. Ook klaagt hij over slaapproblemen. Het duurt uren voordat Floris in slaap valt en hij wordt ‘s nachts regelmatig wakker. Overdag is hij moe en futloos. Zijn schouders hangen en hij beweegt traag, alsof hij door het water loopt. Floris is in korte tijd vijf kilo afgevallen, omdat hij weinig eetlust heeft. De huisarts vermoedt dat er sprake is van een depressie.



Sarah is 55 jaar. Zij meldt zich bij de huisarts omdat het niet goed met haar gaat. Ze voelt zich al enkele maanden overwegend somber. Alleen bij het zien van haar kleinkinderen fleurt zij enigszins op, maar dat effect is vaak van korte duur. Overdag is zij erg vermoeid en het liefst slaapt zij de hele dag door. Haar armen en benen voelen zwaar aan, alsof ze van lood zijn. Ook heeft zij constant honger, waardoor zij in korte tijd vijf kilo is aangekomen. De huisarts vermoedt dat er sprake is van een depressie.

Een andere reden waarom diagnostiek niet gelijk staat aan ‘het vaststellen welke ziekte of stoornis er speelt’, is dat voor de persoon, diens omgeving en hulpverleners veel meer zaken relevant zijn dan alleen de stoornis of ziekte. De patiënt is geen lopende stoornis en valt daar niet mee samen; hij heeft ook sterke kanten en kwaliteiten. In diagnostiek wordt ook daar naar gekeken: welke sterke kanten heeft de persoon, welke hulp is er mogelijk, waar moet nog meer rekening mee gehouden worden voor een geslaagde behandeling? Al dit soort zaken zijn van belang bij diagnostiek.

Een laatste reden waarom diagnostiek niet gelijk staat aan classificatie is dat de kern van diagnostiek bestaat uit het maken van een holistische theorie over die ene persoon. Waar classificatie juist over grote groepen mensen gaat (‘Bij de meeste mensen met deze stoornis

zien we deze klachten’), gaat diagnostiek juist over één specifieke persoon. Met verschillende diagnostische methoden wordt uitgezocht waarom juist *deze* persoon juist *deze* klachten heeft, wat ze heeft doen ontstaan en wat ze in stand houdt, en wat er zoal nog meer aan de hand is dat kan samenhangen met de klachten. Er wordt met diagnostiek dus een theorie gemaakt die alleen toepasbaar is op één persoon.

Er wordt om deze redenen dan ook een onderscheid gemaakt tussen een beschrijvende diagnose en een diagnostische classificatie. Een beschrijvende diagnose is een korte samenvatting van de problemen én de sterke kanten van de patiënt, hun onderlinge samenhang en de betekenis ervan voor de patiënt. Een goede beschrijvende diagnose geeft inzicht in wat er speelt en welke mogelijke oplossingen hierbij passen. Op basis van de aanwezige symptomen kan vervolgens nagegaan worden aan welke diagnostische classificatie(s) er wordt voldaan. Oftewel: welke overkoepelende term we geven aan de klachten. Een overzicht van dit soort termen is de *DSM* en de *DM-ID* (Fletcher, Barnhill & Cooper, 2016), specifiek voor mensen met een (licht) verstandelijke beperking. Daarin staan veel classificaties met bijbehorende criteria, klachten en symptomen.

Ondanks de beperkingen kan een classificatie voor zowel de patiënt als de behandelaar wel helpend zijn. Het biedt houvast. Patiënten zeggen bijvoorbeeld dat het fijn is dat zij ‘eindelijk weten wat er met hen aan de hand is’. Maar dat is niet helemaal terecht. Zo’n overkoepelende term zegt immers maar weinig over wat er aan de hand is en waarom dit aan de hand is bij een patiënt. In dit hoofdstuk zullen we daarom vooral ingaan op diagnostiek en minder op classificatie bij patiënten met triple problematiek.

Je wilt veel weten!

In het diagnostisch proces wil de behandelaar heel veel weten. Hij wil zicht krijgen op welke problemen er zijn op elk van de drie elementen van de triple problematiek: psychische stoornis, verslavingsproblematiek en een licht verstandelijke beperking. Er wordt waar kan voortgeborduurd op de signalering en screening, waarbij de problematiek globaal in kaart is gebracht (zie hoofdstuk 4). Je wilt weten:

- welke problemen er op welke terreinen zijn (cognitief, psychisch, lichamelijk, sociaal, gedragsmatig);
- hoe ernstig die problemen zijn;
- waardoor en hoe die problemen zijn ontstaan;
- hoe de problemen met elkaar samenhangen en elkaar beïnvloeden;
- hoe de problemen in stand gehouden worden;
- welke belangrijke zaken er op andere levensgebieden nog spelen;
- wat zou kunnen helpen om de klachten te verminderen.

Al met al een pittige klus. Zeker in het geval van triple problematiek, waarbij er sprake is van meervoudige problematiek die veelal met elkaar samenhangt en maar moeilijk te ont-rafelen is. Laten we nog eens terugkijken naar Kevin. Op basis van de screening door de huisarts en praktijkondersteuner is het volgende beeld ontstaan:

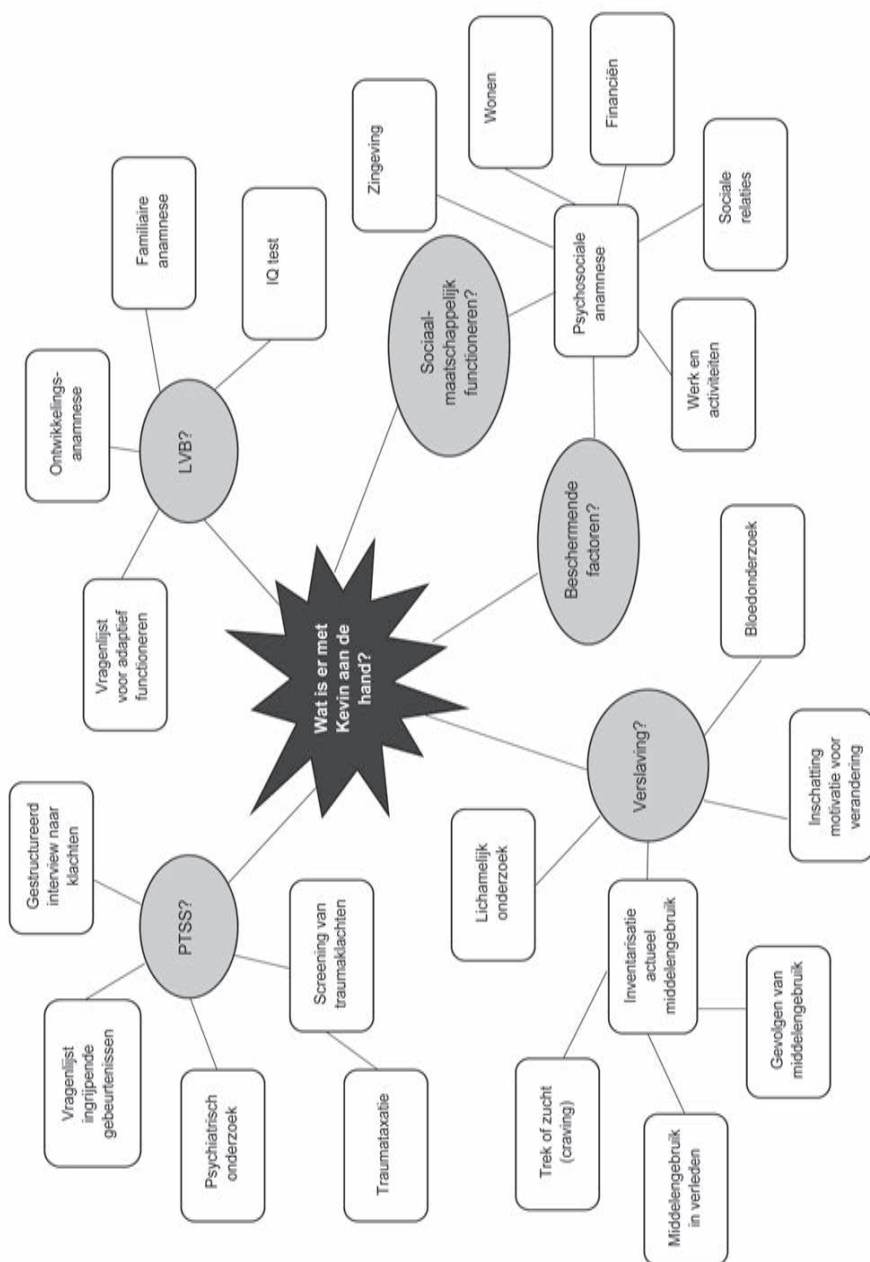


Kevin is een 21-jarige man. De praktijkondersteuner vermoedt dat hij een licht verstandelijke beperking heeft. Kevin vertelde dat hij speciaal onderwijs heeft gevolgd en hij heeft moeite om het gesprek te volgen.

Twee jaar geleden is hij tijdens het uitgaan met een glas in het gezicht geslagen. Hij heeft last van nachtmerries, gaat plaatsen en situaties uit de weg die hem eraan herinneren en is in zijn dagelijks leven waakzaam en angstig. Deze klachten zijn toegenomen sinds hij mishandeld is door zijn dealer.

Om minder last te hebben van zijn psychische klachten gebruikt hij dagelijks cannabis. Dit helpt tijdelijk, maar levert ook problemen op voor Kevin. Hij heeft er ruzie door met zijn moeder en vriendin en heeft schulden. De schulden en daarmee samenhangende mishandeling door zijn dealer, zijn de redenen waarom Kevin hulp heeft gevraagd bij de huisarts. Beschermende factoren zijn dat Kevin een stabiele woon- en werksituatie heeft. Ook krijgt hij steun van zijn moeder en een aantal goede vrienden, die zelf geen middelen gebruiken. Modeltreinen zijn een hobby van Kevin; hier beleeft hij in zijn vrije tijd veel plezier aan.

Hoe nu verder? Welke verdiepende diagnostiek zou er kunnen plaatsvinden op basis van deze probleemschets?



FIGUUR 8.1

MOGELIJKE DIAGNOSTISCHE ACTIVITEITEN

TABEL 8.1 **MOGELIJKE DIAGNOSTISCHE ACTIVITEITEN**

Screening	Mogelijke diagnostiek	Waarom?
<p><i>De praktijk-ondersteuner vermoedt dat Kevin (21 jaar oud) een licht verstandelijke beperking heeft. Kevin heeft verteld speciaal onderwijs te hebben gevolgd en heeft moeite om het gesprek goed te volgen.</i></p>	Vervolgdagnostiek bij vermoeden van een verstandelijke beperking	
	# Ontwikkelingsanamnese met de ouders van Kevin, over zijn ontwikkeling van babytijd tot nu. Bijzondere aandacht voor het moment waarop hij mijlpalen zoals eerste woordjes, lopen, zindelijkheid etc. haalde. Aandacht voor ziekten, ongevallen, vergiftigingen en andere problemen tijdens de ontwikkeling.	<p>Vaststellen of de problemen voor het 18^e jaar zijn ontstaan.</p> <p>Nagaan of er een specifieke oorzaak is voor de ontwikkelingsproblemen.</p>
	# Familiaire anamnese: zijn er meer familieleden met problemen zoals Kevin?	<p>Nagaan of er een specifieke oorzaak is voor de ontwikkelingsproblemen.</p> <p>Zijn er aanwijzingen voor een genetische aandoening?</p>
	# Intelligentietest bij Kevin	Vaststellen van de cognitieve vermogens
	# In kaart brengen van adaptieve vaardigheden van Kevin, door vragenlijst of interview met ouders	Vaststellen van (beperkingen in) adaptieve vaardigheden
<p><i>Hij heeft last van nachtmerries, gaat plekken uit de weg die hem eraan doen herinneren en is in zijn dagelijks leven waakzaam en angstig. Deze klachten zijn toegenomen sinds hij mishandeld is door zijn dealer.</i></p>	Vervolgdagnostiek bij vermoeden van een posttraumatische stressstoornis (PTSS)	
	# Gestructureerd interview of algemene vragenlijst naar psychische klachten	In kaart brengen van psychische klachten en lijdensdruk ervan
	# Psychiatrisch onderzoek	In kaart brengen van psychische klachten en lijdensdruk ervan
	# Vragenlijst ingrijpende gebeurtenissen en screening van trauma-gerelateerde klachten	Analyseren van mogelijke ingrijpende gebeurtenissen en klachten daarvan in het hier en nu
	# Traumataxatie, met bijzondere aandacht voor de impact van de ingrijpende gebeurtenissen op het functioneren in het hier en nu	Analyseren van de aard en ernst van de trauma-gerelateerde klachten

<i>Om minder last te hebben van zijn psychische klachten, gebruikt hij dagelijks cannabis. Dit helpt tijdelijk, maar levert ook problemen op voor Kevin. Hij heeft er ruzie door met zijn moeder en vriendin en heeft schulden.</i>	Vervolgdiagnostiek bij vermoeden van verslavingsproblematiek	
	# Gestructureerde inventarisatie actueel middelengebruik (alcohol, tabak, drugs) en verslavende gewoonten (gokken, gamen), middelengebruik en verslavende gewoonten in het verleden, gevolgen van het middelengebruik, craving ('trek' in gebruik)	<p>Onderscheid maken tussen middelengebruik en problematisch middelengebruik.</p> <p>Inschatting van de ernst van het middelengebruik, óók van eventuele andere middelen</p>
	# Lichamelijk onderzoek en bloedonderzoek	Vaststellen van de gevolgen van middelengebruik op de lichamelijke gezondheid
	# Taxatie voor motivatie voor verandering van middelengebruik en/of verslavend gedrag	Inschatten van de motivatie voor behandeling

Op basis van de triple problematiek van Kevin kunnen er verdere diagnostische activiteiten ingezet worden om de klachten goed in kaart te brengen en te onderzoeken wat er aan de hand is (zie figuur 8.1 en tabel 8.1). Daarnaast lijken er op zijn minst wat sociaal-maatschappelijke problemen te zijn, waaronder schulden en problemen met dealers. Dit kan een aanknopingspunt zijn om ook nadere diagnostiek te doen op deze en andere levensgebieden (tabel 8.2). Hier kan de lijst van Movisie (2016) weer van pas komen. Met uitzondering van de lichamelijke en psychische gezondheid – die al aan bod zijn gekomen bij het inventariseren van de klachten – onderscheiden zij de volgende gebieden waarop nadere diagnostiek kan plaatsvinden:

1. Zingeving

Met zingeving wordt bedoeld dat wat voor de patiënt belangrijk is. Denk hierbij aan dromen, verlangens, motivatie en drijfveren. Ook religie en geloofsovertuigingen passen binnen dit leefgebied.

2. Wonen

Binnen dit leefgebied valt niet alleen de huisvesting van de patiënt, maar gaat het ook om buurtkenmerken en het huishouden.

3. Financiën

Inkomsten, uitgaven, administratie en verzekeringen staan binnen dit leefgebied centraal.

4. Sociale relaties

Waar bij het leefgebied zingeving gevraagd wordt naar *wat* voor de patiënt belangrijk is, gaat het bij sociale relaties over *wie* er voor de patiënt belangrijk zijn (familie, vrienden, buurtgenoten, et cetera).

5. Werk en activiteiten

Met dit leefgebied wordt de daginvulling in de meest brede zin van het woord bedoeld, zowel werk (betaald of onbetaald) en scholing als vrijetijdsinvulling.

TABEL 8.2 MOGELIJKE DIAGNOSTISCHE ACTIVITEITEN

Screening	Mogelijke diagnostiek		Waarom?
<i>Kevin heeft door zijn middelengebruik ruzie met zijn moeder en vriendin en heeft schulden opgebouwd.</i>		Vervolgdiagnostiek naar andere levensgebieden	
	# Psychosociale anamnese met Kevin, over levensgebieden zoals wonen, werken, vrijetijdsinvulling, financiën en sociale contacten.	Vaststellen van eventuele bijkomende sociaal-maatschappelijke problematiek.	

Een flinke klui. Maar zelfs dan ben je er niet. Al deze voorgaande dingen geven namelijk alleen nog maar informatie over de problemen van de patiënt. De klachten of dingen die mislopen in het leven. Voor een evenwichtig plaatje is ook zicht nodig op de sterke kanten van de patiënt en diens omgeving. Die zijn er ongetwijfeld. Er is een buurvrouw die veel voor de patiënt betekent en hem ondersteunt; de patiënt heeft een bewindvoerder die de financiën regelt waardoor er geen nieuwe schulden ontstaan; de patiënt heeft eerdere periodes van psychische klachten op een goede manier doorstaan. Dergelijke beschermende factoren of succesfactoren zijn belangrijk, omdat ze aanknopingspunten geven over wat werkt én de situatie van de patiënt weer in perspectief zetten. Belangrijk dus om ook die bij diagnostiek in kaart te brengen (tabel 8.3). Welke krachten en talenten heeft Kevin en welke bronnen en kansen zijn er in zijn omgeving?

TABEL 8.3 MOGELIJKE DIAGNOSTISCHE ACTIVITEITEN

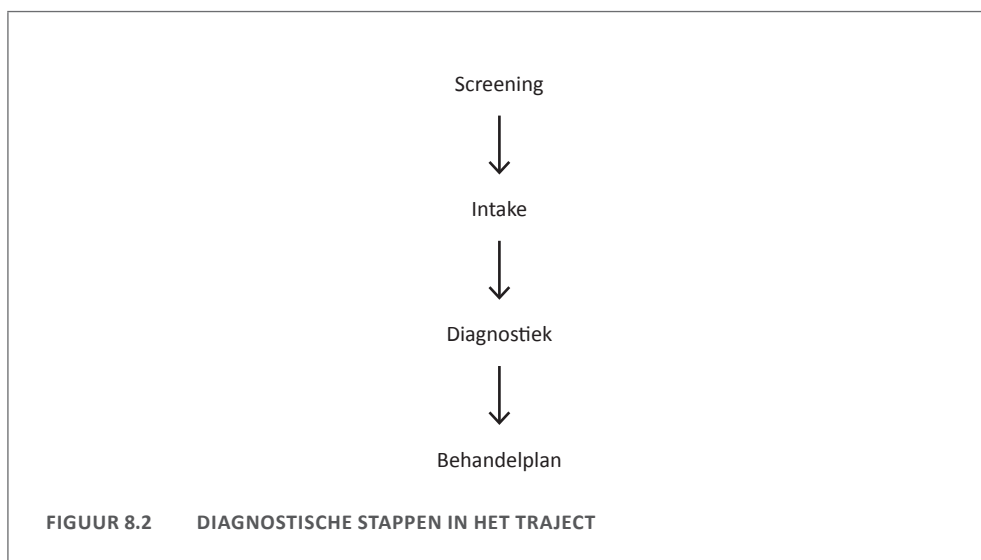
Screening	Mogelijke diagnostiek		Waarom?
Beschermende factoren zijn dat Kevin een stabiele woon- en werksituatie heeft. Ook krijgt hij steun van moeder en een aantal goede vrienden, die zelf geen middelen gebruiken. Modeltreinen zijn een hobby van Kevin, hier beleeft hij in zijn vrije tijd veel plezier aan.		Vervolgdiagnostiek naar andere levensgebieden	
	# Psychosociale anamnese met Kevin, over levensgebieden zoals wonen, werken, vrijetijdsinvolving, financiën en sociale contacten.	Vaststellen van beschermende factoren, krachten en bestaande hulpbronnen.	



PRAKTIJKOPDRACHT 8.1

Schat in hoeveel tijd Kevin en zijn familie kwijt zijn aan diagnostiek zoals in figuur 8.1 (en in de tabellen 8.1 t/m 8.3) weergegeven. Om hoeveel afspraken met hoeveel verschillende mensen zou het kunnen gaan? Wat zou Kevin ervan vinden als dit volledige diagnostische traject wordt ingezet, voordat er hulp kan starten?

Goede hulpverlening vereist goede diagnostiek. In het ideale geval doorloopt de hulpverlener het traject in stappen: na de screening volgt verwijzing; de patiënt wordt uitgenodigd voor intake; door middel van diagnostiek wordt gekeken wat er precies aan de hand is; en op basis daarvan wordt een behandelplan opgesteld (figuur 8.2).



Het is echter vaak niet haalbaar om eerst alle diagnostische stappen te doorlopen; de patiënt moet dan te lang wachten op hulp en sommige zaken zijn zonder die hulp niet eens goed uit te zoeken. Denk bijvoorbeeld aan het meten van de cognitieve vaardigheden. Dit is pas goed mogelijk als iemand langere tijd geen alcohol of drugs heeft gebruikt. Tot slot moet men niet onderschatten hoe moeilijk en belastend het diagnostische proces voor een patiënt kan zijn.



Lonneke: 'Ze vertelden wat ik moest doen, gaven me opdrachten. Maar ik wist gewoon niet hoe ik dat moest doen. Dan dacht ik: ja, dat is makkelijk zeggen, maar ik moet het doen en ik weet het soms niet. Ik kon er niks mee en dat is ook wel frustrerend.'



Tariq: 'Ik heb nog nooit met een psycholoog of psychiater gepraat; die heb ik altijd weggestuurd. Die weten altijd alles beter. Ze vragen altijd dingen waar ik niet eens antwoord op wil geven. Net als de politie, die vraagt ook zoveel. Het lijkt wel een kruisverhoor!'

In de praktijk is het daarom vaak schipperen tussen wat er in diagnostisch opzicht gewenst of noodzakelijk is, wat kan (en soms vanuit richtlijnen is voorgeschreven) en wat haalbaar is.



PRAKTIJKOPDRACHT 8.2

Ga bij een patiënt met triple problematiek op basis van het dossier na welke diagnostiek er afgelopen jaar gedaan is. Op welke aspecten van de problemen richtte deze diagnostiek zich? Hoeveel tijd was ermee gemoeid? En hoe compleet was de diagnostiek? Maak ook een inschatting van de diagnostiek die er in de voorgeschie-

denis van de patiënt gedaan is. Praat eens met de patiënt over deze diagnostiek. Hoe vond hij de onderzoeken? Wat heeft hij eraan gehad?

Waar moet je beginnen?

In de praktijk gaat het vaak om het vinden van een evenwicht tussen wat er in diagnostiek mogelijk is, nodig is, en wat er haalbaar is (voor patiënt én hulpverlener). Dit betekent dat er in de praktijk haast altijd keuzes gemaakt moeten worden. Hierin zijn de principes ‘safety first’ en ‘passende zorg’ voor zowel patiënt als behandelaar uit hoofdstuk 7 weer aan de orde.

In het kader van safety first is het belangrijk om na te gaan welke diagnostiek er nodig is om veilig verder te gaan in de behandeling. Dit kan betekenen dat lichamelijk onderzoek prioriteit heeft, bijvoorbeeld om mogelijk gevaarlijke gezondheidsproblemen op te sporen. Een psychiatrisch onderzoek of inschatting van risico op suïcide kan prioriteit hebben bij aanwijzingen van een depressie, ernstige somberheid of hopeloosheid over de toekomst. Het kan ook betekenen dat er eerst een risicotaxatie gedaan moet worden om in te schatten of een huisbezoek veilig kan worden uitgevoerd als een patiënt agressief kan worden of dreigt zichzelf wat aan te doen.

Met passende diagnostiek volgens de patiënt wordt bedoeld dat er rekening gehouden moet worden met het perspectief van de patiënt en diens belastbaarheid. In de praktijk betekent dat vaak dat het resultaat en de meerwaarde van diagnostiek voor de patiënt duidelijk moet zijn. Het betekent ook dat er rekening moet worden gehouden met de impact van de diagnostiek voor de patiënt.



Sammy: ‘ADHD, dat had ik niet verwacht. En IQ, dat was voor mij wel een klap in het gezicht. Toen was ik wel geschrokken. Toen zeiden ze ook nog dat ik dom was.’

Soms heeft de behandelaar zelf ook belangrijke vragen die beantwoord moeten worden om verder te kunnen komen in de behandeling. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer eerdere hulpverleningstrajecten om onduidelijke redenen niet tot een vermindering van de klachten hebben geleid. Of omdat er signalen zijn dat er sprake is van onderliggende problematiek die nog onvoldoende in beeld is, maar die wel erg belangrijk is voor de invulling van het (verdere) hulpverleningstraject.

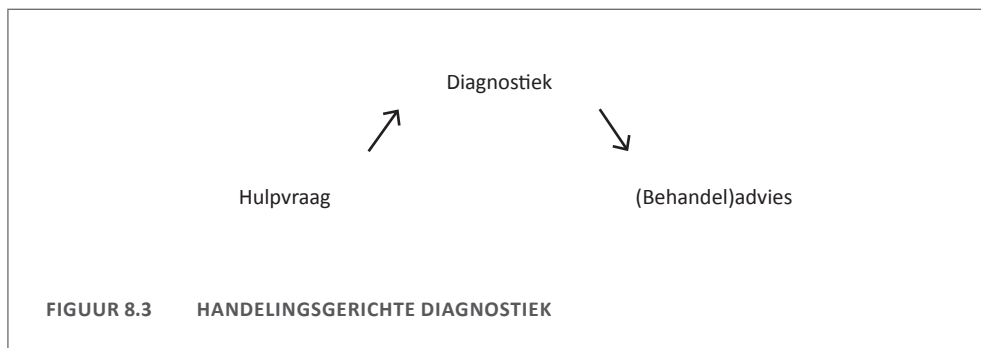
Een voorbeeld: een patiënt krijgt traumabehandeling na het meemaken van een ingrijpende en traumatische gebeurtenis. Na tien behandelsessies is er nog maar weinig vooruitgang geboekt; de klachten blijven onverminderd aanhouden. De behandelaar is verbaasd; heeft hij wellicht iets over het hoofd gezien? Bij navraag blijkt de patiënt dagelijks benzodiazepinen te gebruiken, zowel voor als na de traumabehandeling. Hierdoor kan hij de traumatische gebeurtenis niet goed verwerken, waardoor de behandeling onvoldoende aanslaat. Aanvullende diagnostiek naar middelen- en medicatiegebruik was in dit geval dus noodzakelijk om passende en effectieve behandeling te kunnen bieden.

Wat is er nodig om verder te komen?

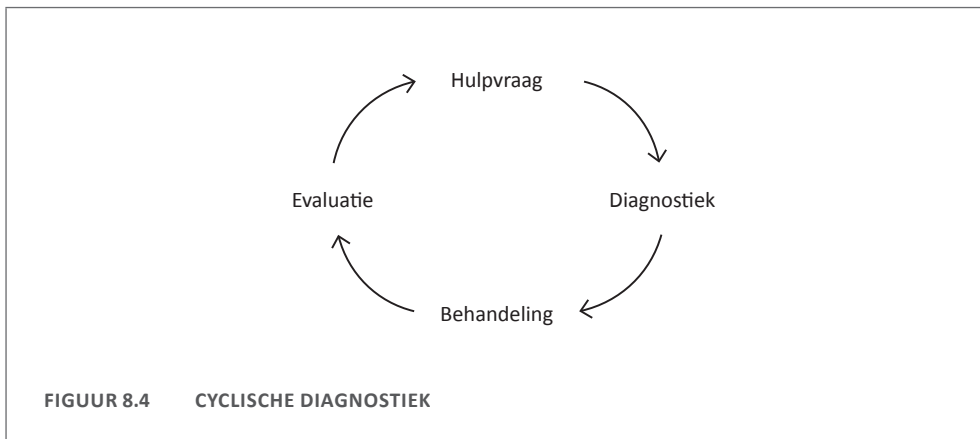
Voor zowel de patiënt als de behandelaar is het proces van diagnostiek belangrijk om daarmee tot een goede behandeling te komen. Er wordt niet ‘zomaar’ diagnostiek verricht. Daarvoor is de tijdsinvestering van alle betrokkenen te groot. Je kunt niet álles onderzoeken, en dat is ook vaak niet nodig. Diagnostiek moet leiden naar hulpverlening waarmee klachten en symptomen verminderen of zelfs verdwijnen. Het moet aanknopingspunten bieden voor behandeling en begeleiding. Dit wordt ook wel ‘handelingsgerichte diagnostiek’ genoemd (figuur 8.3).

Handelingsgerichte diagnostiek is een systematisch proces van diagnostiek als schakel tussen hulpvraag en (behandel)advies (Pameijer & Van Laar-Bijman, 2007). Belangrijke uitgangspunten hierbij zijn onder meer:

- *Er wordt doelgericht gewerkt:* de vraag wat de patiënt nodig heeft om verder te kunnen komen staat centraal. Het ‘etiketje plakken’ is niet het belangrijkste deel van diagnostiek.
- *De context is belangrijk:* de patiënt leeft niet in een vacuüm. De patiënt en diens omgeving beïnvloeden elkaar, wat betekent dat de problemen van de patiënt niet los kunnen worden gezien van de wisselwerking met de context.
- *Samenwerking met de patiënt en omgeving staat centraal:* de diagnostiek sluit aan bij de patiënt (zie ook vorige punt) en wordt op maat ingezet. Het perspectief van de patiënt op de problemen en mogelijke oplossingen is essentieel.
- *Aandacht voor wat er goed gaat:* positieve kenmerken en kwaliteiten van de patiënt en diens omgeving zijn belangrijk voor een evenwichtig beeld van de persoon en voor het zicht op oplossingsrichtingen.



Bij de hulpverlening aan patiënten met triple problematiek is het daarnaast vaak nodig om na een periode van behandeling opnieuw diagnostiek in te zetten. Dit wordt ook wel ‘cyclische diagnostiek en behandeling’ genoemd (figuur 8.4).



Bij triple problematiek kunnen sommige klachten namelijk zodanig op de voorgrond staan, dat andere klachten moeilijk te herkennen of te onderzoeken zijn. Een intelligentietest levert bijvoorbeeld onbetrouwbare resultaten op bij iemand die onder invloed is van alcohol of drugs, of bij een patiënt die zeer achterdochtig is. Andersom kan een gebrek aan zelfvertrouwen, vertrouwen in anderen én gebrek aan inzicht in de problemen ertoe leiden dat diagnostiek moeilijk uitvoerbaar is.

In dit soort gevallen kan diagnostiek dus pas plaatsvinden als er eerst een deel van de behandeling is uitgevoerd. Dit betekent daarom dat diagnostiek en behandeling elkaar vaak in een cyclus afwisselen, of deels parallel lopen. Daarnaast betekent het dat het proces van diagnostiek vaak lang duurt en dat de diagnostische overwegingen gedurende het behandelproces regelmatig moeten worden bijgesteld.



Een goede inschatting van Kevins ondersteuningsbehoefte op langere termijn is bij verwijzing naar de poli VG-GGZ nog niet mogelijk. Kevin gebruikt op dat moment nog volop cannabis en is vaak erg angstig door zijn herbelevingen. Hij functioneert op dit moment waarschijnlijk op een veel lager niveau dan hij in werkelijkheid heeft. Daarom wordt besloten een korte analyse te maken van zijn actuele ondersteuningsvragen en in de hulpverlening daarbij aan te sluiten. Op deze manier kan Kevin zich weer iets veiliger en zekerder voelen. Dat is zeker nodig met het oog op wat de behandeling van hem gaat vragen. Als de behandeling voor zijn middelengebruik en trauma's resultaat oplevert, kan opnieuw gekeken worden welke ondersteuning Kevin nodig heeft om zich verder te ontwikkelen.

Box 8.1: Help, ik verzuip in de richtlijnen!

In de hulpverlening geven richtlijnen handvatten aan signalering en screening, diagnostiek en behandeling van stoornissen. Ze zijn als professionele standaard een belangrijk hulpmiddel bij het bieden van goede zorg. De meeste richtlijnen zijn echter geschreven voor enkelvoudige of specifieke meervoudige problematiek. Bij complexe triple problematiek zijn er daarom weliswaar vaak verschillende richtlijnen voor de deelproblemen, maar is het niet altijd mogelijk om deze richtlijnen te volgen. Richtlijnen kunnen bijvoorbeeld onderling tegenstrijdig zijn en het volgen van alle richtlijnen tegelijk kan een te grote investering vragen van patiënt en hulpverleners. Daarnaast hebben verschillende beroepsgroepen bovendien vaak allemaal hun eigen richtlijnen.

Wat nu? Een aantal tips bij een veelvoud aan richtlijnen:

- Zorg dat je op de hoogte bent van de verschillende richtlijnen en dat je weet waar je ze kunt vinden. Je moet ze als het ware paraat hebben.
- Zoek naar de gezamenlijke uitgangspunten in de richtlijnen.
- Bij tegenstrijdigheden: bespreek multidisciplinair welke keuzes je zou willen maken. Mogelijk geven richtlijnen voor comorbiditeit betere handvatten dan de richtlijnen voor de 'losse' onderdelen. Daarnaast is het goed om mee te wegen welke richtlijnen de nieuwste inzichten geven.
- Sluit bij meerdere opties voor diagnostiek en behandeling zoveel mogelijk aan bij de individuele patiënt.
- Leg belangrijke afwijkingen van richtlijnen vast in het dossier. Onderbouw daarbij ook de keuze waarom er wordt afgeweken van de richtlijnen.

Uitgangspunten in behandeling

Bij de behandeling van triple problematiek zijn inzichten, kennis en vaardigheden uit drie (of meer!) sectoren nodig. Richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling sluiten vaak onvoldoende aan bij deze complexiteit en combinatie aan problemen (zie box 8.1). Ook hier zijn dus weer keuzes op maat nodig. De uitgangspunten zijn hierbij opnieuw: eerst safety first en passende zorg. Daarnaast kunnen hulpverleners houvast ontleen aan richtlijnen voor dubbeldiagnostiek en -behandeling.

Safety first

Bij dreigend gevaar zal eerst moeten worden gehandeld om het gevaar te verminderen. Het kan gaan om gevaar dat samenhangt met de lichamelijke of geestelijke toestand van de patiënt of met diens gedrag.



Karel heeft in de afgelopen maanden dusdanig veel alcohol gedronken en slecht gegeten, dat hij in een zeer slechte lichamelijke conditie is. Zijn lichamelijke gezondheid moet eerst verbeterd worden door het geven van vitamines en mineralen en het detoxificeren (of afkicken) van de alcohol. Daarna kan er eventueel verdere behandeling worden ingezet voor de ADHD die al eerder bij hem werd vastgesteld.

Voor het leveren van goede zorg is een opname in een verslavingskliniek noodzakelijk. Als Karel wat is opgeknapt, kan worden gekeken naar een passende behandeling en setting voor de langere termijn, waarin voldoende zicht is op zijn middelengebruik én eetpatroon.



Marit hoort onder invloed van speed stemmen, die haar opdracht geven om zichzelf iets aan te doen. Ze is daarbij ook agressief tegen haar begeleiders in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Opname in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg is nodig om haar een veilige plek te geven zolang de psychotische verschijnselen haar gedrag bepalen. Omdat Marit niet akkoord gaat met opname, wordt na een psychiatrische crisisbeoordeling de procedure voor een gedwongen opname in gang gezet.

Passende zorg



Ella, begeleider in de verstandelijk gehandicaptenzorg: 'Patiënten met triple problematiek zijn geen lopende stoornissen. Iedereen wil wel iets bereiken in zijn leven. Iedereen heeft wel kwaliteiten. Daar steek ik op in.'

Bij passende zorg gaat het over het aansluiten bij de hulp die een patiënt nodig heeft én die hem al op korte termijn kan helpen. Vanuit de protocollen voor dubbeldiagnosebehandelingen (zie volgende paragraaf) kan en moet een hulpverlener uiteraard wel adviseren met betrekking tot de vraag welke hulp het meest passend is. Dit betekent soms ook dat er grenzen gesteld moeten worden aan de keuzes die de patiënt wil maken. Passende zorg in de ogen van de patiënt en in die van de hulpverlener moeten hierin samenkomen. Het blijft dus zoeken naar een evenwicht tussen wat de best passende zorg is volgens professionele richtlijnen en anderzijds de behoefte aan autonomie en eigen regie van de patiënt.



Niek: 'Dat gezeur de hele tijd over mijn alcoholgebruik, dat kwam me helemaal de keel uit. Ik wilde vooral geholpen worden voor mijn depressiviteit. En denk je dat ze dat deden? No way! Ik werd daar telkens erg boos over. Maar afgelopen week had ik een goed gesprek met mijn behandelaar. Hij legde uit dat alcoholgebruik ook de oorzaak van somberheid kan zijn. En dat therapie voor depressie pas kan als je nuchter bent. Ja, als je het zo zegt... dan snap ik dat ik eerst moet afkicken! We hebben wel afgesproken dat we niet alleen met het drinken aan de gang gaan. Want ik heb echt hulp nodig bij mijn depressie.'

Richtlijnen voor dubbeldiagnose

Richtlijnen voor begeleiding, diagnostiek en behandeling bij een dubbele diagnose geven handvatten hoe behandeling van verschillende combinaties van verslaving en psychische stoornissen kan worden uitgevoerd. Er bestaan veel van dit soort richtlijnen. Er zijn immers veel verschillende combinaties mogelijk van psychische stoornissen en verslavingsproblematiek. Een paar voorbeelden van dit soort handvatten uit de *Handreiking geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose cliënten* (Van Wamel, Muusse & Van Rooijen, 2012) staan samengevat in tabel 8.4.

Er bestaan veel verschillende combinaties van psychische stoornissen en verslavingsproblematiek. Voor sommige combinaties is er een dubbeldiagnoserichtlijn ontwikkeld. In deze tabel staan hier enkele voorbeelden van (bron: Van Wamel et al., 2012).

TABEL 8.4 HANDVATTEN VOOR BEGELEIDING, DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING VAN COMORBIDITEIT

Algemeen	Bij comorbiditeit van verslaving en andere psychische stoornissen bepaalt de ernst van de twee problemen de keuze voor de behandelsetting (volgens de kwadranten van Minkoff).
Depressie en verslaving	Omdat het middelengebruik (zeker bij alcohol) een belangrijke oorzaak kan zijn van de stemmingsproblemen staat eerst het minderen (of eigenlijk het liefst stoppen) van middelengebruik centraal. Daarbij kan cognitieve gedragstherapie worden aangeboden, gericht op zowel het middelengebruik als de stemmingsproblemen. Wanneer de depressieve klachten blijven bestaan, is aanvullende medicamenteuze behandeling aangewezen.
PTSS en verslaving	Gelijktijdige behandeling van beide stoornissen wordt aanbevolen, bij voorkeur door middel van een geïntegreerde behandelmodule.
Psychose en verslaving	Bij milde en kortdurende psychotische symptomen tijdens middelengebruik is het belangrijk om te zorgen voor een veilige detoxificatie en te monitoren of de symptomen van de psychose verdwijnen. In andere gevallen is een gelijktijdige behandeling van beide stoornissen geboden, bij voorkeur door middel van een geïntegreerde behandelmodule.

Richtlijnen voor triple problematiek?

De richtlijnen bij dubbeldiagnose houden geen rekening met de bijkomende licht verstandelijke beperking. Wat betekent dit voor de behandelaar? Dat deze maar wat moet uitproberen? Nee, gelukkig niet. Patiënten met een licht verstandelijke beperking kunnen doorgaans namelijk van dezelfde behandelingen profiteren als patiënten zonder een licht verstandelijke beperking. De dubbeldiagnoserichtlijnen zijn daarom ook voor de behandeltrajecten van patiënten met triple problematiek relevant. Er zijn echter voor patiënten met een licht verstandelijke beperking wel aanpassingen nodig. Deze aanpassingen zijn met name nodig op het gebied van:

- communicatie en bejegening (zie ook hoofdstuk 5);
- het betrekken van het professionele en informele netwerk, het werken in teamverband (zie ook hoofdstuk 9), en het zorgen voor een passende context waarbinnen de patiënt voldoende steun en ontplooiingsmogelijkheden heeft;
- de planning van de behandeling (het aantal afspraken is doorgaans hoger, afspraken moeten soms korter of langer);
- de materialen en werkvormen die in de behandeling worden gebruikt (meer plaatjes, meer herhaling van stof, meer oefening van vaardigheden, meer afwisseling in werkvormen).

Daarnaast kan er soms gebruikgemaakt worden van behandelprogramma's die ontwikkeld zijn voor patiënten met de combinatie van een verslaving en een licht verstandelijke beperking, of een psychische stoornis en een licht verstandelijke beperking. Deze interventies kunnen ook als uitgangspunt dienen voor patiënten met triple problematiek. Bijvoorbeeld door de interventies verder te personaliseren of aan te passen, afgestemd op de problematiek van de patiënt.

Bij het tot stand komen van dit boek worden er ook protocollen ontwikkeld voor specifieke combinaties van triple problematiek, bijvoorbeeld voor de behandeling van trauma en verslaving bij mensen met een licht verstandelijke beperking, delictpreventie bij patiënten met triple problematiek, en de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek en verslaving bij mensen met een licht verstandelijke beperking. Het is echter onwaarschijnlijk dat (op korte termijn) voor alle mogelijke triple-problemen specifieke richtlijnen en protocollen beschikbaar zijn. Evenals bij de richtlijnen voor dubbeldiagnose zou dat namelijk betekenen dat er een veelvoud aan richtlijnen ontwikkeld zou moeten worden, afhankelijk van de specifieke combinatie van problematiek en ernst van de verstandelijke beperking. Dit zou niet meer werkbaar zijn voor hulpverleners; zij zouden door de bomen het bos niet meer zien. Het blijft dus een kwestie van in multidisciplinair verband samenwerken en op basis van de richtlijnen zoeken naar de best geschikte behandeling.



Erica, behandelaar in de verslavingszorg: 'Behandeling van triple problematiek vraagt out of the box-denken en creativiteit. Het is hussel- en knutselwerk.'



PRAKTIJKOPDRACHT 8.3

Behandeling van triple problematiek betekent in de praktijk vaak: zelf iets ontwikkelen. Neem een specifieke patiënt met triple problematiek in gedachten en ga na welke behandelmethodieken, richtlijnen, informatie, materialen, oefeningen en/of handvatten je in deze casus mist. Ontwikkel hier één deelstap van, bijvoorbeeld een werkvorm of informatieblad. Presenteer dit ook aan je team.

Psychotherapie bij triple problematiek

Voor veel psychische stoornissen (waaronder verslavingsproblematiek) bestaan goed uitgewerkte psychotherapeutische interventies. Dit geldt ook voor een aantal dubbeldiagnoseprotocollen. In tegenstelling tot wat veel behandelaars denken, is psychotherapie (en in het bijzonder cognitieve gedragstherapie) ook geschikt voor mensen met een licht verstandelijke beperking. Er zijn cognitief gedragstherapeutische protocollen voor mensen met een licht verstandelijke beperking en angststoornissen, stemmingsstoornissen, trauma, verslaving en vele andere stoornissen (zie ook bijlage 4).

Uiteraard zijn er ook met betrekking tot psychotherapeutische behandeling aspecten waar terdege rekening mee gehouden moet worden bij mensen met een licht verstandelijke beperking. In het algemeen zijn er een aantal aspecten, bijvoorbeeld als het gaat om cognitieve gedragstherapie, die goed en minder goed aansluiten bij mensen met een licht verstandelijke beperking (VanDerNagel, Kiewik & Didden, 2014). Een aantal daarvan staan samengevat in tabel 8.5. In de psychotherapeutische behandeling kan rekening gehouden worden met de behoeften en mogelijkheden van de patiënt door bijvoorbeeld:

- meer aandacht te besteden aan de opbouw van het contact;
- samen te werken met begeleiders en naasten, zowel binnen als buiten de behandelafspraken;
- een herkenbare opbouw van elke behandelafpraak te hanteren;
- een rustig tempo te hanteren in het aanbieden van stof en opdrachten;
- meer herhaling in te bouwen en kleinere stappen te zetten in de behandeling;
- te helpen met de 'vertaling' naar het dagelijks leven, door het uitwerken van scenario's, gebruiken van rollenspellen, oefenen in aanwezigheid van de begeleider of naaste, geven van concrete huiswerkopdrachten, et cetera;
- naast verbale strategieën vooral ook non-verbale technieken in te zetten;
- eenvoudige taal te gebruiken en deze indien mogelijk (en passend) visueel te ondersteunen.

TABEL 8.5 ASPECTEN VAN COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE (CGT) DIE GOED EN MINDER GOED AANSLUITEN BIJ MENSEN MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING (VANDERNAGEL, KIEWIK & DIDDEN, 2014).

<i>Goed</i>	<i>Minder goed</i>
CGT is doelgericht en gestructureerd.	Verbaliseren van gedachten en gevoelens.
CGT legt de nadruk op samenwerken.	Differentiëren tussen de verschillende G's.
CGT is gericht op het hier-en-nu.	Uitdagen van dysfunctionele gedachten en gebruik van hypothetische situaties.
CGT is educatief.	Generaliseren en toepassen van het geleerde in de praktijk.
CGT is gericht op factoren die de cliënt kan (leren) veranderen.	



'Ik vind het makkelijk overkomen. Niet moeilijk, maar makkelijk. Duidelijk. Niet van dat dure gedoe. Geen dure woorden. Dat is wel wat anders dan bij mijn eerdere behandelingen.'

(BRON: SCHOEBER, 2013, P. 7)

Medicamenteuze behandeling bij triple problematiek

Patiënten met triple problematiek lopen een hoger risico op medicamenteuze overbehandeling (zie ook De Kuijper, 2016). Medicijnen worden dan meer of langer voorgeschreven dan volgens de richtlijnen noodzakelijk is. Ook krijgen veel patiënten medicijnen die niet voor dat doel zijn geïndiceerd: zogenaamd 'off-label'-gebruik. Overbehandeling kan ongemerkt erin sluipen als medicatie door verschillende artsen wordt voorgeschreven. Overbehandeling treedt ook vaak op bij 'handelingsverlegenheid': hulpverleners, de omgeving, maar ook vaak de patiënt weten niet hoe ze anders met de problemen om moeten gaan. Medicatie wordt bijvoorbeeld in een crisissituatie ingezet, maar naderhand niet gemonitord en afgebouwd. Dit is niet onbegrijpelijk vanuit de angst voor een terugkeer van de problemen, maar wel onwenselijk in verband met de bijwerkingen, waaronder de risico's op afhankelijkheid van medicatie, en het op termijn verergeren van de problematiek.

Medicamenteuze onderbehandeling komt ook voor bij patiënten met triple problemen. Dit kan gebaseerd zijn op onderdiagnostiek (een deel van de problemen wordt niet gezien), de betrokkenheid van verschillende artsen soms bij verschillende sectoren, maar ook vanuit de angst dat medicatie voor de ene stoornis een andere stoornis zal verergeren.



Ella, begeleider in de verstandelijk gehandicaptenzorg: 'Ik twijfel dan dus, hè: moet ik die medicijnen tegen een psychose wel geven als Henk dronken is? Kan hij ze wel veilig doorslikken? En wat als hij naast zijn dronkenschap door de medicijnen nog suffer wordt?'

Het risico op zowel over- als onderbehandeling kan worden verkleind door een kritisch voorschrijfbeleid met regelmatige evaluaties. Het is van belang daarbij een overzicht te maken van de laatste diagnostische bevindingen, de actuele toestand van de patiënt (inclusief recent middelengebruik), en het gebruik van alle medicatie, dus ook van medicijnen van de apotheker en van illegaal verkregen medicatie. Belangrijk is ook om na te gaan of de patiënt de voorgeschreven medicatie ook daadwerkelijk gebruikt volgens het voorschrift, wie de medicatie voorschrijft en of het gebruik ervan nog steeds geïndiceerd is. Wanneer een afbouw van medicatie wenselijk is, is het van belang dat hier een gedegen en breed gedragen plan voor is. Vaak is multidisciplinair overleg nodig om een medicatieafbouw goed te begeleiden.



PRAKTIJKOPDRACHT 8.4

Veel patiënten met triple problematiek gebruiken medicatie. Daarin schuilen risico's op overbehandeling én onderbehandeling. Hoe zit dat binnen jouw organisatie? Wie schrijft medicatie voor? Worden de effecten en bijwerkingen geregistreerd? Wordt er regelmatig geëvalueerd of de voorgeschreven medicatie nog noodzakelijk is?

De rol van de begeleider

Dit is een hoofdstuk dat meer voor behandelaars van toepassing lijkt dan voor begeleiders. Dat zou je in ieder geval op het eerste gezicht verwachten. Voor een deel klopt dat natuurlijk ook: diagnostiek en behandeling worden doorgaans uitgevoerd door behandelaars. Maar ook begeleiders spelen een belangrijke rol in de diagnostiek en behandeling van triple problematiek.

Voor de diagnostiek is het van belang dat begeleiders vaak andere kanten zien van de patiënt dan behandelaars. Behandelaars staan vaker op afstand en hebben andere soorten gesprekken met de patiënt dan begeleiders. Die gesprekken gaan bijvoorbeeld vaker over dingen waar de patiënt in het dagelijks leven tegenaan loopt. Begeleiders zien patiënten ook vaker functioneren in het dagelijks leven. Zij komen bijvoorbeeld bij patiënten thuis of gaan mee naar belangrijke afspraken. Zij zien vaker hoe patiënten omgaan met het regelen van praktische zaken, wat zij doen in onverwachte situaties en hoe zij zich gedragen in het verkeer of bij (het maken van) afspraken met instanties. Dit betekent dat begeleiders vanuit hun rol ook een puzzelstuk aandragen in de diagnostiek van bijvoorbeeld de adaptieve vaardigheden en het sociaal-maatschappelijk functioneren van de patiënt. Het is aan de begeleiders om die informatie – met toestemming van de patiënt – ook in te brengen in het diagnostisch proces.



Ella, begeleider in de verstandelijk gehandicaptenzorg: 'Ik ga mee naar afspraken en kom bij de mensen thuis. Ik zie hoe zij dingen aanpakken en oplossen. Hoe ze omgaan met officiële brieven, hoe ze reageren bij verrassingen of onverwachte wendingen. Dat geeft handvatten voor begeleiding, maar ook voor behandeling. Patiënten zien niet altijd waar ze tegenaan lopen of waar ze moeite mee hebben. Of ze vinden het moeilijk om dat te zeggen. Ik kan daarbij helpen, zodat het wel boven tafel komt.'



Omar: 'Ik vind het goed dat er iemand bij is bij afspraken met mijn behandelaar. Heel goed zelfs! Want als er moeilijke dingen zijn die ik niet snap ofzo, dan is er iemand bij die je gewoon direct begrijpt.'

Voor de behandeling van triple problematiek geldt iets vergelijkbaars. Een van de lastige dingen in de behandeling voor mensen met een licht verstandelijke beperking is namelijk dat zij moeite hebben om de koppeling te maken tussen datgene wat zij leren in de behandelkamer en de toepassing daarvan in het dagelijks leven. Zij hebben met andere woorden moeite met generaliseren en het maken van de transfer van wat zij leren. Begeleiders kunnen dus een belangrijke rol spelen als brug tussen de behandelkamer en het dagelijks leven. Door mee te gaan naar de behandelaafspraken, patiënten (en behandelaars) te helpen in het vertalen van de theorie naar het dagelijks leven van de patiënt, te fungeren als rolmodel, patiënten te helpen met het oefenen van nieuwe vaardigheden en het maken van de huiswerkopdrachten zijn zij een belangrijke spil in de behandeling. Sterker nog: het betrekken van een steunfiguur of vertrouwenspersoon in de behandeling wordt gezien als een voorwaarde voor het succesvol behandelen van mensen met een licht verstandelijke beperking (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2018). Meer informatie over de rollen van begeleiders in het hulpverleningstraject heb je ook kunnen lezen in hoofdstuk 6.



Ella, begeleider in de verstandelijk gehandicaptenzorg: 'De hulpverlening is niet altijd goed op elkaar aangesloten. Een patiënt krijgt een behandeling voor verslaving of een psychische stoornis en komt vervolgens weer terug in de woonvoorziening van de verstandelijk gehandicaptenzorg. Maar niemand weet daar hoe de behandeling eruit heeft gezien. Dat is jammer, want daardoor heeft de behandeling ook minder kans van slagen. Daarom ga ik als persoonlijk begeleider wanneer mogelijk mee naar behandelaafspraken.'



'Toen legde de dokter me uit over de hersenen, tekende die allemaal, toen zei die tegen mij van dit is de X, dat is de Y, dat is de 0, dat is de 1, ik begreep er geen zak van wat die zei en ben ik naar Lisanne gegaan (...) Ik zeg tegen haar, ik zeg, moet je luisteren, want ik ben bij mijn psychiater geweest, maar ik snap er geen reet van wat die zegt (...) en

toen heeft zij in het, in het Nederlands, ik bedoel dus dat ze dat in een begrijpelijke taal (...) heeft ze dat op papier gezet voor mij en uitgeprint en dat heb ik op de deur geplakt.'

(BRON: VREUGDENHIL, 2015, P. 8)



PRAKTIJKOPDRACHT 8.5

Welke les neem jij mee na het lezen van dit hoofdstuk?

9. SAMENWERKEN: TOBBEN OF TEAMWORK?



Albert, behandelaar in de geestelijke gezondheidszorg: 'Er zijn nog veel eilandjes in de hulpverlening. Als je die met elkaar kunt verbinden, los je een hoop problemen op.'



Erica, behandelaar in de verslavingszorg: 'Bij deze doelgroep zul je moeten investeren in samenwerking met ketenpartners. Je alleen richten op de patiënt is als dweilen met de kraan open.'

In de behandeling van triple problematiek is vaak dusdanig veel expertise nodig dat er meerdere partijen betrokken moeten zijn. Er moet samengewerkt worden, binnen één team en tussen organisaties en zelfs sectoren. Behandeling van triple problematiek is namelijk niet eenvoudig te organiseren. In hoofdstuk 7 kwam aan bod naar welke soort hulpverlening er bij verschillende combinaties van problemen verwezen zou moeten worden. Bij een ernstige psychische stoornis en ernstige verslavingsproblematiek in combinatie met een licht verstandelijke beperking is bijvoorbeeld een instelling met een geïntegreerd triple zorgaanbod passend. Maar wat als een dergelijk hulpaanbod in de regio niet voorhanden is? En zelfs als dat soort voorzieningen aanwezig zijn, kunnen zij nog niet alles oplossen. Samenwerking blijft dus nodig.

Dat klinkt makkelijk. Toch blijkt het in de praktijk vaak tegen te vallen. Er ontstaat 'gedoe' over taken, rollen en verantwoordelijkheden. Of over de financiering van de hulpverlening. Er kunnen dus hobbels op de weg ontstaan. Vandaar dat samenwerken een vak apart is. In dit hoofdstuk beantwoorden we de volgende vragen:

- Wat zijn de uitgangspunten van effectieve samenwerking?
- Wat zijn oplossingen bij problemen in de samenwerking?

Uitgangspunten bij teamwork



Voor Kevin zou een triple hulpaanbod met aandacht voor zijn trauma, verslaving en licht verstandelijke beperking ideaal zijn. Helaas is dat in de regio niet voorhanden. De huisarts heeft echter goede ervaringen met de poli VG-GGZ. Dit is een samenwerkingsverband tussen een instelling voor geestelijke gezondheidszorg en de verstandelijk gehandicaptenzorg, met gezamenlijke diagnostiek en behandeling. De praktijkondersteuner overlegt in hoeverre deze poli ook over voldoende kennis en mogelijkheden beschikt om de verslavingspro-

blemen van Kevin te behandelen. 'Die hebben we nauwelijks,' vertelt de coördinator van de poli. 'Maar als we er niet uit komen, dan vragen we de verslavingszorg erbij. Die zit ook bij ons in het pand, dus dat is makkelijk geregeld.'

Het belangrijkste uitgangspunt bij teamwork in de hulpverlening voor triple problematiek is dat de taken verdeeld worden, terwijl er tegelijkertijd een samenhangend en haalbaar plan is. Dat betekent het volgende:

- Alle hulpverleners zijn aan zet: iedereen draagt verantwoordelijkheid voor zijn eigen kerntaken. Het is geen óf/óf, maar én/én.
- In gezamenlijk overleg wordt een gezamenlijk plan gemaakt. In principe zijn ook de patiënt en diens naasten (of wettelijk vertegenwoordiger) bij dit overleg aanwezig.
- In het plan staan naast taakverdelingen ook afspraken over de volgorde van interventies. Hierin zijn opnieuw de criteria van 'safety first' en 'passende zorg' (hoofdstuk 7) leidend.
- Het is niet nodig meteen alle problemen in het plan op te nemen. Houd het eenvoudig en overzichtelijk en stel prioriteiten. Stap voor stap aan de gang gaan en resultaten boeken geeft zowel de patiënt als hulpverleners vertrouwen in het teamwork.
- Zorg voor een laagdrempelig aanspreekpunt voor de patiënt, die intensief contact onderhoudt en ondersteunt bij het overzicht houden en nakomen van afspraken. Doorgaans kunnen dit soort taken goed worden uitgevoerd door een begeleider.
- Evaluer regelmatig. Besteed dan minstens de helft van de tijd aan wat er goed gaat en wat er werkt. Successen vieren creëert nieuwe successen.



Ella, begeleider in de verstandelijk gehandicaptenzorg: 'Samenwerken werkt! Het combineren van verschillende disciplines uit verschillende sectoren zorgt ervoor dat je meerdere invalshoeken hebt van waaruit je de patiënt kunt benaderen. Je leert van elkaar en maakt gebruik van elkaars kennis en expertise.'



PRAKTIJKOPDRACHT 9.1

In figuur 9.1 vind je een aantal taken en verantwoordelijkheden in de hulpverlening aan Kevin. Maak een onderverdeling van wat bij welke sector (verslavingszorg, geestelijke gezondheidszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg) thuishoort. Geef waar mogelijk ook aan bij welke (soort) hulpverlener of discipline dit thuishoort. Begeleider? Behandelaar? Arts? Zijn er ook zaken die niet bij de hulpverlening thuishoren? Of waar je misschien nog wel andere sectoren of personen bij moet betrekken? Bespreek de grensgevallen met je collega's. Lukt het in de praktijk om de taakverdeling te maken?



FIGUUR 9.1

Effectief teamwork

Teamwork is het meest effectief als iedereen doet waar hij goed in is en als er goede onderlinge afstemming en ondersteuning is. In de handreiking *(H)erkend en juist behandeld* (VanDerNagel, Van Dijk, Kemna, Barendregt & Wits, 2017) staat bijvoorbeeld beschreven hoe de samenwerking tussen gehandicaptenzorg en verslavingszorg vormgegeven kan worden. Deze principes kunnen ook worden toegepast ten aanzien van de samenwerking tussen geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg (of het sociaal domein). En vaak ook met andere ketenpartners. Een aantal tips uit deze handreiking staan samengevat in box 9.1.



Albert, behandelaar in de geestelijke gezondheidszorg: 'Afstemming met het gehele team om de patiënt heen (over sectoren heen, inclusief Wmo, UWV, bewindvoerder, noem het maar op) is belangrijk om ruis te voorkomen. Als dat eenmaal staat, dan staat het. Maar doe je dat niet, dan kan het geheel ook heel makkelijk weer in elkaar kletteren. Bij deze doelgroep zul je meer moeten investeren in samenwerking met ketenpartners om ergens goed uit te komen.'

Box 9.1: Tips voor samenwerking tussen verschillende sectoren

(bron: VanDerNagel et al., 2019)

- Zorg voor intercollegiale uitwisseling en ondersteuning
 - Maak afspraken op casusniveau over taakverdeling en verantwoordelijkheden.
 - Zorg voor de mogelijkheid tot laagdrempelig overleg en duidelijkheid wie voor welke patiënten beschikbaar zijn.
 - Borg de samenwerking door facilitering van hulpverleners in het samen vormen van de begeleiding en behandeling.
 - Evalueer regelmatig.
- Zorg voor goede informatie-uitwisseling
 - Voor de start van een nieuw traject worden nieuwe hulpverleners voldoende ingelicht over de hulpvraag en achtergrond van de patiënt.
 - Het gaat hierbij niet alleen om de problematiek, maar ook over de sterke kanten van de patiënt, de wijze van bejegening die het best werkt, steunsystemen, et cetera.
 - Feitelijke informatie wordt zoveel mogelijk vóór het eerste contact gedeeld en zo nodig mondeling toegelicht. Dit maakt een goede voorbereiding en een vlot kennismakingsgesprek mogelijk.
- Ondersteun elkaar in de uitvoering van de behandeling

- De begeleider wordt mede uitgenodigd voor afspraken en ondersteunt de patiënt in het nakomen hiervan.
- Voor de start van een nieuw behandeltraject is er contact tussen de behandelaar en de begeleider. Hierin wordt doorgenomen wat er in het eerste gesprek gaat gebeuren, zodat de patiënt daarop kan worden voorbereid. De nieuwe behandelaar en begeleider bespreken vooraf hun rollen en wederzijdse verwachtingen.
- De begeleider gaat mee naar het eerste gesprek in een nieuw traject. In dit gesprek kunnen verdere afspraken gemaakt worden over ondersteuning tijdens het verdere traject.

PRAKTIJKOPDRACHT 9.2



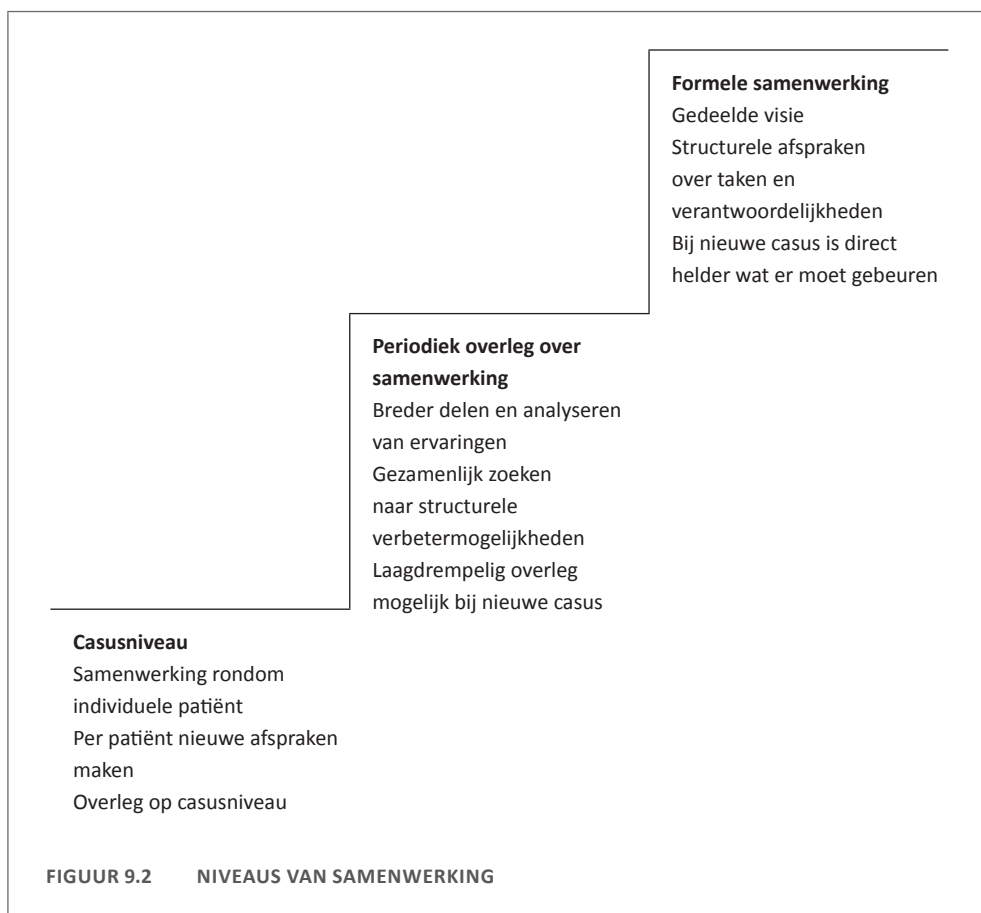
Download de handreiking (*H*)*erkend en juist behandeld* van de website van Resultaten Scoren (resultatenscoren.nl). Bestudeer met name de aandachtspunten aan het eind van elk hoofdstuk, waarin belangrijke aandachtspunten naar voren komen over effectieve samenwerking. Beantwoord daarna de volgende vragen:

- Wat gaat er goed in jouw organisatie?
- Wat kan er beter?
- Hoe zou je de aangepaste intake kunnen implementeren binnen jouw organisatie?

Bespreek deze vragen ook binnen jouw team. Zouden er al stappen gezet kunnen worden om de samenwerking met andere hulpverleners, instellingen en sectoren te verbeteren?

Samenwerking op steeds hoger niveau

Als hulpverleners van verschillende organisaties elkaar weten te vinden, lukt het vaak goed om op casusniveau samen te werken met elkaar. Door van deze casuïstiek te leren, kan de samenwerking ook trede voor trede op een hoger niveau binnen de organisatie worden geregeld. Er ontstaat een trap, waarbij aan de samenwerking op een steeds hoger niveau vorm en inhoud wordt gegeven (figuur 9.2).

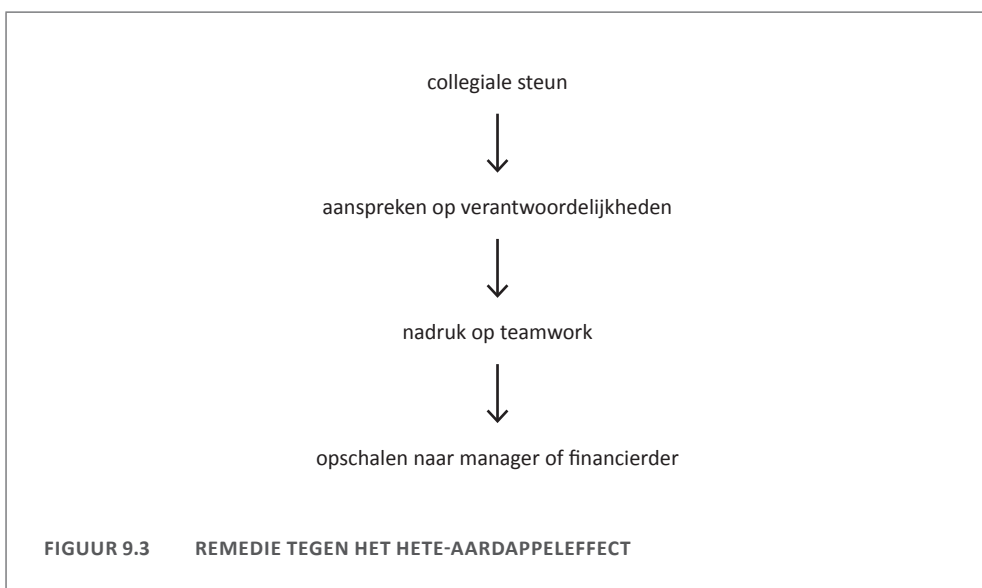
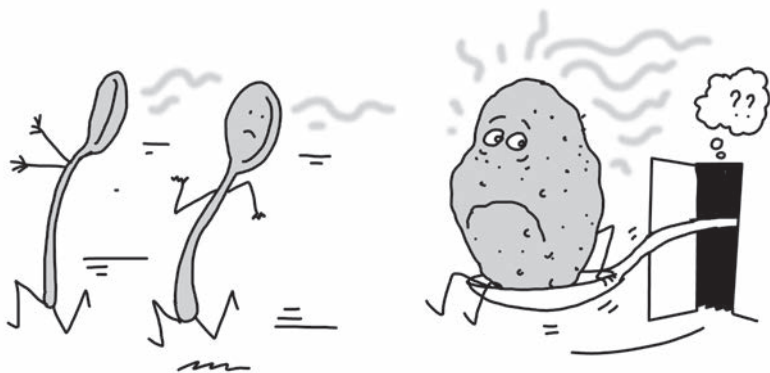


Tegengif bij tobben over teamwork

Helaas loopt teamwork niet altijd goed. Er kunnen hobbels ontstaan in de samenwerking. Hieronder beschrijven we een aantal knelpunten én mogelijke bijbehorende oplossingen.

Het hete-aardappeleffect

Discussies over ‘deze patiënt past niet in ons behandelprogramma’, of ‘we denken dat een andere instelling misschien beter past’ komen vaak voor bij triple problematiek. Vaak speelt er handelingsverlegenheid. Hiermee wordt bedoeld dat hulpverleners niet goed weten wat zij aan moeten met complexe problematiek. Ook de vrees dat men voor alle problemen verantwoordelijk gehouden gaat worden, kan hierin meespelen. Het gevolg is dat patiënten worden afgewezen vanwege hun problematiek en als een hete aardappel tussen instellingen worden doorgegeven.



De belangrijkste remedie hiertegen is om de samenwerkingspartner aan te spreken als partner in het proces, met een eigen deskundigheid die onmisbaar is (figuur 9.3). Terwijl je de collega steun biedt in het vormgeven van die taken (collegiale ondersteuning), spreek je hem aan op diens professionele taken en verantwoordelijkheden, en op het delen van verantwoordelijkheden en taken (teamwork). Benadruk zo nodig dat er geen instellingen zijn die álles kunnen en dat dat ook niet van collega's gevraagd wordt.

Lukt het dan nog steeds niet om verder te komen? Dan wordt het een kwestie van opschalen naar een hoger niveau. Overleg met een manager en vraag, als je er nog niet uitkomt, om een schriftelijke bevestiging van de afwijzing vanwege de comorbiditeit. Met deze afwijzing kun je contact opnemen met de zorgverzekering of het zorgkantoor

met de vraag waar je de expertise die je mist dan wél kunt halen. Immers: zorgverzekering en zorgkantoor zijn verantwoordelijk voor het ‘inkopen’ van voldoende zorg. Bij knelpunten kunnen zij dus meedenken.

Patiënt (of naaste) wil geen samenwerking

Soms zijn hulpverleners wel bereid tot samenwerking, maar aarzelt, twijfelt of weigert de persoon om wie het gaat. Bijvoorbeeld omdat de visie van de patiënt op passende hulpverlening anders is dan de visie van de hulpverlener. Hulpverleners kunnen daardoor in een lastige situatie komen.

Vanuit het ‘safety first’-principe is het belangrijk te beoordelen of er toch snel moet worden ingegrepen. Ongeacht of de patiënt dat wil of niet. Soms is dan bemoeizorg of zorg onder dwang nodig. Dit soort afwegingen worden het best gemaakt in multidisciplinair verband, met collega’s vanuit meerdere disciplines. Op deze manier kan er goed gekeken worden of er geen alternatieve ingangen zijn om toch tot samenwerking te komen. Hulpvragen van de patiënt op andere terreinen kunnen bijvoorbeeld een ingang zijn tot passende hulpverlening. In deze analyse moet ook goed gekeken worden naar de reden waarom de patiënt hulpverlening afhoudt. Soms spelen er nare ervaringen met eerdere hulpverlening, soms is de patiënt bang voor wat een behandeling inhoudt en soms is het voor de patiënt niet duidelijk wat een behandeling kan opleveren. Als er geen acuut gevaar is dat meteen ingrijpen nodig maakt, kan er vanuit de multidisciplinaire samenwerking gewerkt worden aan het wegnemen van misverstanden en het overwinnen van angsten. Zo kan samenwerking dan alsnog vormgegeven worden.



Erica, behandelaar in de verslavingszorg: ‘Je hebt ook een lange adem nodig. Voor het kennismaken en afstemmen met de patiënt, het opbouwen van het contact en een band, het creëren van stabiliteit en rust in de chaos van verslaving, schulden, werkloosheid. Het duurt langer om daar grip op te krijgen. Je hebt echt heel veel tijd nodig om te stabiliseren.’

Gedoe over financiering

Soms zijn er financiële drempels in het realiseren van de hulpverlening. Voor beschermd wonen zijn indicaties vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) nodig; voor behandeling in de geestelijke gezondheidszorg of de verslavingszorg is er financiering vanuit de zorgverzekeringswet. Vaak is er over en weer slechts beperkte kennis over de financiering van andere types van zorg, waardoor misverstanden kunnen ontstaan.



Ella, begeleider in de verstandelijk gehandicaptenzorg: 'Je hoort soms van andere behandelaars: "Wij doen geen patiënten met een IQ beneden de 70, dat moet de Wlz-instelling doen." Razend word ik daarvan! Natuurlijk kunnen we als verstandelijk gehandicaptenzorg basisbehandelingen prima uitvoeren. Maar voor ernstige stoornissen heb je specialistische hulp nodig. Een chirurg zegt toch ook niet dat hij geen blindedarmoperaties doet bij mensen uit een instelling?'

Een eerste knelpunt op dit gebied kan zijn dat de instelling voor geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg aangeeft geen Wlz-patiënten in zorg te nemen omdat 'behandeling' ook binnen de Wlz kan worden uitgevoerd. De belangrijkste oplossing van dit knelpunt ligt in de uitleg over wat er binnen de verschillende kaders wordt bedoeld met 'behandeling'. Behandeling binnen de Wlz betekent specialistische ondersteuning bij de uitvoering van de zorg waarvoor de patiënt in de instelling geplaatst is. Je kunt hierbij denken aan tips en adviezen die door de behandelaar aan de begeleider gegeven worden, bijvoorbeeld over bejegening of (gedrags)afspraken. Binnen de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg wordt met 'behandeling' bedoeld een specialistische behandeling op een medisch deelgebied, in dit geval behandeling van psychische stoornissen of verslavingsproblematiek. Deze twee vormen van behandeling kunnen gecombineerd worden (elk vanuit hun eigen financiering).

Een tweede knelpunt op het gebied van financiering is dat er geen indicatie is voor ondersteuning vanuit de Wmo of Wlz, waardoor er geen woonplek gezocht kan worden of begeleiding aangevraagd kan worden om mee te denken in de behandeling. Overleg met de woonzorgaanbieder en/of financier (gemeente voor de Wmo, Centrum Indicatiestelling Zorg voor de Wlz) over welke mogelijkheden er zijn voor een tijdelijke indicatie voor het opstarten van de hulpverlening biedt dan uitkomst. Belangrijk is wel dat hierin voldoende duidelijk wordt gemaakt *waarom* begeleiding zo'n belangrijke aanvulling (of soms zelfs noodzakelijke voorwaarde) is voor effectieve hulpverlening.

Een derde knelpunt kan zijn dat er behoefte is aan samenwerking tussen meerdere partijen, maar dat de patiënt nog niet openstaat voor een behandeltraject binnen de verslavingszorg of geestelijke gezondheidszorg. Er kan dan ook (nog) geen behandeling worden opgestart, ondanks dat daar wel een indicatie voor is. In die gevallen zijn er soms mogelijkheden voor intercollegiaal meedenken en ondersteuning vanuit preventiebudgetten of bemoeizorg. Hierdoor kan er meegedacht worden en laagdrempelig contact gezocht worden.

Een vierde en laatste mogelijk knelpunt rondom financiering is dat de patiënt niet openstaat voor een behandeltraject binnen de verslavingszorg of geestelijke gezondheidszorg omdat hij hiervoor betaalt door middel van het eigen risico van de zorgverzekering. In principe klopt dit. Behandeling binnen de geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg wordt namelijk betaald vanuit de zorgverzekering. Toch is het raadzaam om het nog eens na

te gaan. Als de patiënt al andere specialistische zorg krijgt of medicatie gebruikt, is het eigen risico namelijk vaak al op. Dan zijn er geen extra kosten verbonden aan doorverwijzing. Zijn deze er wel, overweeg dan of de kosten voor eigen risico vanuit de woonbegeleiding kunnen worden gedragen. Voor de instelling is het een relatief beperkte investering, die zich terugverdient door de extra ondersteuning die er komt.



PRAKTIJKOPDRACHT 9.3

Welk knelpunt in de zorg voor patiënten met triple problematiek frustreert jou het meest? Deel je ervaringen met anderen. Herkennen zij zich hier ook in? Welke lessen vallen hieruit te leren?



PRAKTIJKOPDRACHT 9.4

Welke oplossingen voor (dreigende) knelpunten hebben je het meeste werkplezier verschaft? Deel je ervaringen met anderen. Welke andere oplossingen dragen zij nog aan? Welke lessen vallen hieruit te leren?

We komen er samen gewoon niet uit...

Bij zeer complexe of vastgelopen casussen zitten ook goed samenwerkende partijen soms met de handen in het haar. Het kan dan nuttig zijn om een externe partij te vragen mee te denken. Dit kan een collega vanuit een van de betrokken organisaties zijn, maar ook een medewerker vanuit het sociaal domein van de gemeente (wijkcoach), vanuit een externe partij voor patiëntondersteuning (MEE, onafhankelijk cliëntondersteuners voor de Wlz), of vanuit het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE). Het CCE heeft daarbij ook de mogelijkheid om landelijk werkende specialisten op het terrein van complexe zorg als consultant bij de casus te betrekken.



PRAKTIJKOPDRACHT 9.5

Welke les neem jij mee na het lezen van dit hoofdstuk?

DEEL 4:

BIJLAGEN EN ACHTER- GRONDINFORMATIE



BIJLAGE 1: VERSTANDELIJKE BEPERKING

Mensen met een verstandelijke beperking hebben door de jaren heen verschillende benamingen gekregen. Achterlijk, debiel, imbeciel, mentaal geretardeerd, geestelijk gehandicapt, zwakzinnig – om er maar een paar te noemen. Tijden veranderen gelukkig. Inmiddels hanteren behandelaars over het algemeen de term ‘verstandelijke beperking’. Een verstandelijke beperking wordt gekenmerkt door beperkingen in het intellectueel en adaptief functioneren, die beginnen in de ontwikkelingsperiode. Abstracte termen, die bovendien nogal eens verschillend worden gehanteerd en door de tijd heen veranderen. In deze bijlage wordt uitgelegd wat met deze termen wordt bedoeld. Je vindt hierin meer informatie over:

- de definitie van een verstandelijke beperking;
- verschillende gradaties van een verstandelijke beperking;
- oorzaken van een verstandelijke beperking.

Een verstandelijke beperking gedefinieerd

De definitie van een verstandelijke beperking bestaat uit drie centrale begrippen:

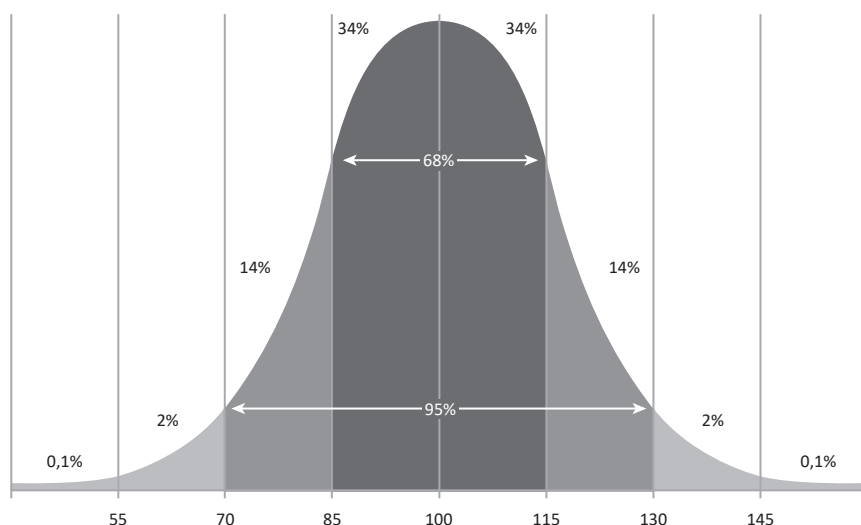
1. intellectueel functioneren;
2. adaptief functioneren;
3. ontwikkelingsperiode.

Met **intellectueel functioneren** wordt een grote verzameling aan mentale vaardigheden bedoeld. Vaardigheden die voornamelijk plaatsvinden in het hoofd, mentaal dus. Denk hierbij bijvoorbeeld aan planning, problemen kunnen oplossen, redeneren, abstract kunnen denken, oordelen, leren uit ervaring en praktisch inzicht. Deze mentale vaardigheden worden gemeten met intelligentietests. Deze IQ-tests bestaan uit een groot aantal opdrachten en vragen. Ze laten zien hoe goed iemand kan leren en wat iemand weet, begrijpt en onthoudt.

Er bestaat niet zoiets als ‘de’ intelligentie. Intelligentie bestaat uit verschillende onderdelen, zoals verbaal begrip (woordenschat, redentie), werkgeheugen (aandacht, concentratie), verwerkingssnelheid (scannen en ordenen van informatie uit de omgeving) en perceptueel redeneren (ruimtelijk inzicht, aandacht voor detail). Deze onderdelen kunnen onderling ook weer verschillen. Iemand kan bijvoorbeeld verbaal heel sterk zijn, maar visuele informatie (plaatjes, beelden) minder goed kunnen verwerken. Binnen intelligentietests worden deze onderdelen dan ook vaak apart gemeten. Zo ontstaat er een profiel van iemands sterktes en zwaktes.

Zoals mensen onderling verschillen in lengte en gewicht, zo verschillen ze ook in IQ. Wanneer de uitkomsten van intelligentietests van heel veel verschillende mensen onder elkaar worden gezet en met elkaar vergeleken, dan zijn ze ‘normaal verdeeld’ (zie figuur 1). Het gemiddelde IQ in de samenleving is 100. Ongeveer 68% van de samenleving functioneert op een intelligentieniveau rond het gemiddelde (85-115). Volgens deze verdeling heeft ongeveer 2% van de samenleving een IQ onder de 70, wat een ‘beperking in het intellectueel functioneren’ inhoudt. Niet al deze mensen hebben echter een verstandelijke beperking. Dat hangt namelijk ook af van het adaptief functioneren en wanneer deze beperkingen zijn ontstaan.

Als de IQ-scores van een grote groep mensen bij elkaar worden gevoegd, krijgt dit geheel de vorm van een ‘normaalverdeling’. Volgens deze normaalverdeling heeft ongeveer 2% van de samenleving een IQ onder de 70, wat een ‘beperking in het intellectueel functioneren’ inhoudt.



FIGUUR 1. NORMAALVERDELING VAN IQ-SCORES

Adaptief functioneren verwijst naar vaardigheden die nodig zijn om zelfstandig te functioneren in het dagelijks leven. Dit is vervolgens onderverdeeld in drie verschillende domeinen. Het eerste domein betreft de conceptuele vaardigheden. Hiermee worden ‘schoolse vaardigheden’ bedoeld, zoals rekenen, schrijven, lezen en problemen oplossen. Het tweede domein betreft de sociale vaardigheden. Hieronder vallen communicatieve vaardigheden (woordenschat, taalbegrip), maar vooral ook interpersoonlijke vaardigheden, zoals inzicht

in sociale situaties, het kunnen sluiten en onderhouden van vriendschappen en het kunnen oppikken van sociale signalen. Het derde en laatste domein betreft de praktische vaardigheden. Deze vaardigheden hebben te maken met zelfmanagement, zoals planning, zelfverzorging, geldbeheer en het kunnen invullen van vrije tijd.

Om te kunnen spreken van een verstandelijke beperking moeten er beperkingen bestaan in ten minste één van de drie domeinen. Hierin zit een belangrijk punt, omdat dit direct de vraag oproept: wanneer spreken we van een beperking? Heeft iemand die sociaal wat onhandig is direct een beperking in het sociale domein? Spreken we van een beperking in het praktische domein bij iemand 'met een gat in zijn hand'? Nee, dat gaat te ver. Er wordt gesproken van een 'beperking in het adaptief functioneren' wanneer iemand in de problemen raakt en (doorlopend) ondersteuning of begeleiding nodig heeft op dat gebied.

Door de jaren heen is er steeds meer aandacht komen te liggen op het adaptief functioneren. Waar eerder vooral sterk de nadruk lag op het intellectueel functioneren (en dan met name de IQ-score), is nu juist het adaptief functioneren belangrijker. En daarmee ook de vraag hoe goed iemand zich in het dagelijks leven kan redden en of – en zo ja hoeveel – ondersteuning hierbij nodig is. Heeft iemand wel een laag IQ (< 85), maar is er geen ondersteuning nodig in het dagelijks functioneren, dan is er dus geen sprake van een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid.

Het intellectueel functioneren en adaptief functioneren hangen natuurlijk met elkaar samen; het zijn geen losstaande gebieden. Maar ze hangen ook niet perfect met elkaar samen. Vanuit een IQ-score kun je niet altijd goed voorspellen hoe zelfredzaam iemand is en omgekeerd. Intellectueel functioneren en adaptief functioneren zullen dus allebei onderzocht moeten worden om te kunnen spreken van een verstandelijke beperking.

De beperkingen in intellectueel en adaptief functioneren moeten zijn ontstaan in de **ontwikkelingsperiode**. Alhoewel er geen leeftijds grenzen worden aangegeven, wordt hiermee bedoeld dat de beperkingen hun aanvang vinden in de kindertijd. Dit betekent dat een verstandelijke beperking aangeboren kan zijn, bijvoorbeeld als gevolg van zuurstofgebrek bij de geboorte of een genetische afwijking. Maar een verstandelijke beperking kan ook verworven zijn, bijvoorbeeld door een ziekte of hoofdtrauma vroeg in de ontwikkeling.

Overigens wil dit niet zeggen dat de verstandelijke beperking ook daadwerkelijk opgemerkt is in de ontwikkelingsperiode. Met name een licht verstandelijke beperking en zwakbegaafdheid worden namelijk gemakkelijk over het hoofd gezien. Soms 'vallen ze pas op' in de volwassenheid, wanneer van iemand verwacht wordt op eigen benen te staan. Wanneer een verstandelijke beperking opgemerkt wordt, is dan ook lastig te zeggen. Dit hangt onder andere af van de oorzaak en de mate van de verstandelijke beperking en de steun die iemand krijgt vanuit de omgeving.

Verschillende gradaties

De mate of ernst van de verstandelijke beperking wordt vooral bepaald op basis van (de beperkingen in) het adaptief functioneren. Dat wil zeggen dat de ernst van de verstandelijke beperking wordt bepaald op basis van de vraag hoeveel begeleiding of ondersteuning iemand nodig heeft om zich in het dagelijks leven te kunnen redden. Hoe meer begeleiding er nodig is, hoe ernstiger de verstandelijke beperking. Er worden vier verschillende gradaties onderscheiden: licht, matig, ernstig en zeer ernstig (tabel 1).

Beperkingen in het intellectueel en adaptief functioneren kunnen meer of minder erg zijn. Iemand kan meer of minder begeleiding nodig hebben. In de praktijk wordt – net als in de *DSM-5* – de ernst van de verstandelijke beperking ingedeeld in vier gradaties.

TABEL 1. ERNST VAN EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING

Mate van ernst:	
Licht	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Conceptuele vaardigheden</i>: problemen met lezen, schrijven, rekenen, klokkijken en geldbeheer, waarbij ondersteuning nodig is. • <i>Sociale vaardigheden</i>: beperkingen in communicatie (bijvoorbeeld woordenschat of taalbegrip) en sociaal verkeer (bijvoorbeeld inzicht in sociale situaties, oppikken van sociale signalen). • <i>Praktische vaardigheden</i>: beperkingen in vaardigheden (zelfzorg, schoonmaak, vrijetijdsinvulling) waarbij ondersteuning nodig is.
Matig	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Conceptuele vaardigheden</i>: schoolse vaardigheden zijn basaal ontwikkeld; er is dagelijkse, structurele ondersteuning op dit gebied nodig van anderen. • <i>Sociale vaardigheden</i>: ondersteuning op communicatief en sociaal gebied is noodzakelijk. • <i>Praktische vaardigheden</i>: zelfstandig uitvoeren van praktische vaardigheden (zoals zelfzorg of schoonmaken) is mogelijk, maar duurt langer om aan te leren en vraagt langdurige begeleiding.
Ernstig	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Conceptuele vaardigheden</i>: weinig begrip van getallen, hoeveelheden, tijd en geld. • <i>Sociale vaardigheden</i>: gesproken taal is beperkt tot korte zinnen of woorden; sociale relaties beperken zich tot familie of andere bekenden. • <i>Praktische vaardigheden</i>: zelfstandig uitvoeren van praktische vaardigheden (zoals zelfzorg of schoonmaken) is vaak niet mogelijk; dagelijkse ondersteuning op dit gebied is noodzakelijk.

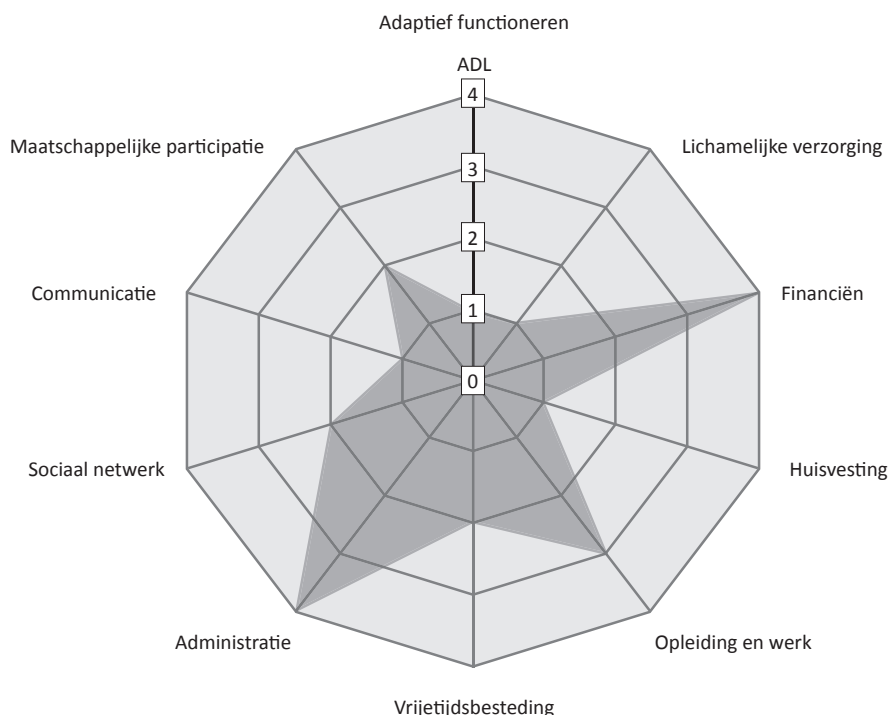
Zeer ernstig

- *Conceptuele vaardigheden*: schoolse vaardigheden zijn afwezig.
- *Sociale vaardigheden*: communicatie vindt hoofdzakelijk non-verbaal plaats; het begrip van gesproken taal is zeer minimaal.
- *Praktische vaardigheden*: bij alle aspecten van lichamelijke verzorging, gezondheid en veiligheid is dagelijkse ondersteuning nodig.

Het is belangrijk om je te realiseren dat er onderlinge verschillen kunnen zijn tussen de verschillende domeinen. Iemand kan op praktisch gebied (zoals zelfzorg en lichamelijke gezondheid) bijvoorbeeld zelfstandig functioneren, maar wel begeleiding nodig hebben op conceptueel gebied (bijvoorbeeld met het lezen van brieven of geldbeheer). Belangrijk is dus om alle drie de domeinen adequaat in kaart te brengen om zo tot een algemeen beeld te komen van het adaptief functioneren.

Kijk bijvoorbeeld eens naar onderstaand profiel (figuur 2). In dit profiel zijn verschillende aspecten van adaptief functioneren opgenomen, op zowel het conceptuele als het sociale en praktische domein. De score geeft weer hoe ernstig de beperking is op een specifiek gebied, corresponderend met de indeling van licht tot zeer ernstig. In dit geval heeft de patiënt dus een lichte beperking op het praktische domein (lichamelijke verzorging, ADL, huisvesting), maar een matige beperking op het sociale domein (maatschappelijke participatie, communicatie, sociaal netwerk) en een zeer ernstige beperking op het conceptuele domein (financiën, administratie, opleiding en werk).

Adaptief functioneren is een verzamelterm voor verschillende concrete vaardigheden. Die vaardigheden kunnen bij een persoon in verschillende mate zijn ontwikkeld. Zo ontstaat er een disharmonisch profiel.



FIGUUR 2. PROFIEL VAN ADAPTIEF FUNCTIONEREN

Oorzaken van een verstandelijke beperking

Een onderwerp waaraan in dit boek weinig tot geen aandacht is besteed, is de oorzaak (oftewel: etiologie) van de verstandelijke beperking. Er is niet zoiets als ‘de’ oorzaak van een verstandelijke beperking. Er bestaan veel verschillende factoren die de kans op het ontstaan ervan kunnen vergroten; factoren die bovendien zowel voor, tijdens als na de geboorte kunnen optreden. In ongeveer de helft van de gevallen is de oorzaak van de verstandelijke beperking bekend.

Factoren die vóór de geboorte meespelen zijn bijvoorbeeld erfelijkheid en genetische afwijkingen, zoals een chromosoomafwijking of een afwijking in een specifiek gen. Het syndroom van Down is hier een bekend voorbeeld van. Ook ziektes, blootstelling aan giftige stoffen, of het gebruik van alcohol of drugs tijdens de zwangerschap kan een verstandelijke

beperking tot gevolg hebben. Tijdens de bevalling kunnen er complicaties ontstaan die een hersenbeschadiging tot gevolg hebben. Bijvoorbeeld doordat het kindje te vroeg geboren wordt of door zuurstofgebrek of een hersenbloeding tijdens de bevalling. Ook na de bevalling – tijdens de ontwikkelingsperiode – kan een hersenbeschadiging ontstaan, bijvoorbeeld als gevolg van een ongeluk of hersenvliesontsteking. In deze gevallen raken de hersenen dusdanig beschadigd dat een verstandelijke beperking het gevolg ervan is.

Inmiddels wordt ook aangenomen dat sociaal-maatschappelijke factoren meespelen in het ontwikkelen van een verstandelijke beperking. Het gaat hier bijvoorbeeld om opgroeien in armoede, extreme verwaarlozing of traumatisering. Beperkte financiële middelen of onvoldoende opvoedvaardigheden kunnen ervoor zorgen dat kinderen niet genoeg worden gestimuleerd in hun ontwikkeling. Er wordt bijvoorbeeld thuis niet of nauwelijks (voor) gelezen, waardoor de ontwikkeling achterblijft. Of er wordt te weinig aandacht besteed aan het zelfstandig kunnen functioneren in de maatschappij, waardoor iemand op latere leeftijd kan vastlopen in het dagelijks leven. Ook het omgekeerde is mogelijk: dat iemand juist opgroeit in een omgeving met (te) veel bescherming. In sommige gevallen functioneert iemand daardoor op het niveau van een verstandelijke beperking.

Waarom is het belangrijk om de oorzaak van de verstandelijke beperking te achterhalen? De belangrijkste reden is dat wanneer de oorzaak bekend is, het functioneren en gedrag ook beter begrepen kunnen worden. Met name bij genetische oorzaken (genafwijkingen, syndromen) is er namelijk vaak sprake van een karakteristiek patroon. Dit wordt ook wel het ‘fenotype’ genoemd: dat wat je aan de buitenkant ziet van de afwijking, zoals uiterlijke kenmerken, lichamelijk functioneren, persoonlijkheidseigenschappen of gedragingen. Het herkennen van genetische afwijkingen helpt dus om het gedrag en de problematiek van de patiënt te kunnen verklaren.

Dit betekent ook dat er rekening gehouden kan worden met specifieke risico's. Genetische syndromen kunnen bijvoorbeeld samengaan met lichamelijke klachten. Bij het syndroom van Down komen luchtweginfecties of epilepsie relatief vaak voor. En zuurstofgebrek tijdens de bevalling kan schade aan verschillende organen opleveren, met slikproblemen, slaapproblemen, scheelzien of slechthorendheid als mogelijke gevolgen op latere leeftijd. Kennis hebben van het risico op het ontstaan van dergelijke lichamelijke klachten, kan dus helpen om ze te voorkomen of vroegtijdig te signaleren. Dit gebeurt onder andere door frequent te monitoren op dergelijke risico's en vroegtijdig in te grijpen bij beginnende klachten.

Tot slot kan kennis over de oorzaak van de verstandelijke beperking er ook voor zorgen dat het functioneren en gedrag in positieve zin kunnen worden beïnvloed. Het gaat dan bijvoorbeeld om het goed kunnen afstemmen van medicatie, zodat deze optimaal werkt. Of het afstemmen van de omgeving op wat iemand nodig heeft, waardoor probleemgedrag

verminderd of voorkomen kan worden. In sommige gevallen kan het functioneren zelf ook verbeterd worden. Bijvoorbeeld door iemand meer te stimuleren, waardoor beperkingen in het adaptief functioneren verminderen of zelfs verdwijnen.

Er wordt dan ook veel onderzoek gedaan naar de oorzaken van een verstandelijke beperking en dit onderzoek staat niet stil. Door nieuwe technieken komt er steeds meer zicht op genetische of andere biologische oorzaken van een verstandelijke beperking. Het komt dus ook regelmatig voor dat er bij hernieuwd onderzoek alsnog een oorzaak voor de verstandelijke beperking wordt gevonden.

BIJLAGE 2: PSYCHISCHE STOORNISSEN



‘Ooit een normaal mens ontmoet? En... beviel het?’

Bovenstaand citaat is een beroemde quote van Stichting Pandora uit het jaar 1964. Het schetst hoe vaak psychische stoornissen voorkomen. Psychologie en psychiatrie zijn niet voor niets al eeuwenoude studies en de geestelijke gezondheidszorg in de meest brede zin van het woord (inclusief verslavingszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg, forensische zorg en maatschappelijke begeleiding en opvang) is niet voor niets een belangrijk onderwerp voor wetenschappelijk onderzoekers, beleidsmakers en politici.

In deze bijlage over psychische stoornissen vind je informatie over:

- wat er wordt verstaan onder een ‘psychische stoornis’;
- oorzaken van psychische stoornissen;
- bekende classificatiesystemen.

Ziek en gezond; gek en normaal

De (klinische) psychologie en psychiatrie zijn erop gestoeld. Ziekte en gezondheid, normaal en afwijkend. En dan met name de vraag: wat is dat precies? Wanneer gaat somberheid over in depressie? Wanneer is iemand energiek, en wanneer is er sprake van hyperactiviteit of ADHD? Spreek je van een gedragsstoornis als een kind van drie jaar oud krijsend op de vloer van de supermarkt ligt, of kun je dat scharen onder een ‘normale’ driftbui? Oftewel: wanneer spreken we van een psychische stoornis?

In het kort gezegd spreken we van een psychische stoornis als er sprake is van een **verstoring** in hoe iemand denkt, zich voelt en/of zich gedraagt. Bijvoorbeeld omdat hoe iemand denkt niet klopt met de werkelijkheid (denk aan psychotische stoornissen); omdat iemand emotioneel te heftig reageert (denk aan angststoornissen of traumagerelateerde stoornissen); of omdat zijn gedrag niet passend is bij de situatie (denk aan gedragsstoornissen).

Die verstoring weerspiegelt bovendien een **onderliggend probleem** in iemands biologische, psychische en ontwikkelingsprocessen. Dit betekent dat de oorzaak van de klachten in de patiënt zelf ligt of in zijn interactie met de omgeving, maar niet in (kenmerken van) de omgeving of gebeurtenissen zelf. Normale processen – zoals emotieregulatie, stofwisseling, aandacht, concentratie – raken met andere woorden verstoord, waardoor er klachten ontstaan. Ook kan het zijn dat de ontwikkeling verstoord raakt of stagneert, waardoor er klachten ontstaan. Dit is bijvoorbeeld het geval bij een licht verstandelijke beperking en bij

persoonlijkheidsstoornissen. Normale reacties op abnormale situaties worden niet gezien als een psychische stoornis.

De verstoring in denken, voelen en/of gedrag zorgt voor **lijdensdruk of beperkingen** in het dagelijks functioneren. De lijdensdruk, en daarmee de ernst van de psychische stoornis, kan tussen mensen verschillen. Hierin schuilt een belangrijk onderscheid tussen 'gewone' klachten die bij het leven horen en een psychische stoornis. Ieder mens kent somberheid en angst, maar doorgaans leiden deze emoties niet direct tot lijdensdruk of beperkingen. Ze horen bij het leven en worden niet direct 'psychische stoornissen' genoemd.

Doorgaans spreekt men van een stoornis wanneer er sprake is van psychische klachten. Iemands mentale gezondheid of welbevinden is aangetast. Het woord ziekte wordt meestal gebruikt voor lichamelijke klachten en aantasting van de fysieke gezondheid. Ziekte wordt overigens wel op een vergelijkbare manier omschreven. Ook bij ziekte is er namelijk sprake van klachten, van een onderliggend probleem, van lijden en van beperkingen in het dagelijks functioneren.

De invloed van tijd

Belangrijk om je te realiseren is dat de vraag wat 'ziek en gezond', wat 'gek en normaal' is, door de jaren heen verschillend is beantwoord. Wij als hulpverleners spreken namelijk met elkaar af wat wij 'normaal' en wat wij 'afwijkend' vinden. En dat verschilt door de tijd. Met andere woorden: wat we precies beschouwen als een psychische stoornis is onderhevig aan de tijdsgeest.

Een van de bekendste voorbeelden hiervan is de stoornis 'drapetomania'. Een woord dat maar weinigen zullen herkennen. Het werd in 1951 voor het eerst omschreven door de Amerikaanse arts Samuel A. Cartwright in zijn artikel 'Report on the diseases and physical peculiarities of the negro race'. Het zou volgens hem een psychische stoornis zijn die uitsluitend bij Afro-Amerikaanse slaven voor zou komen. Volgens Cartwright lag het namelijk in hun aard om te gehoorzamen. In dit geval om te gehoorzamen en zich te onderwerpen aan een meester. Dat was volgens hem hun 'normale staat van doen'. Hiertegen ingaan zou daarom een teken zijn dat er iets mis was, dat het afwijkend was. Drapetomania werd dan ook omschreven als een 'ziekelijke zucht van een slaaf om weg te lopen'. De stoornis is overigens door geen van de officiële classificatiesystemen overgenomen.

Een tweede voorbeeld in dit verband is homoseksualiteit. Lange tijd werd homoseksualiteit gezien als onnatuurlijk en afwijkend. Het werd gezien als een stoornis en als zodanig ook opgenomen in de *DSM*, naast andere seksuele stoornissen zoals pedofilie en parafilie. Hypnose, hormoontherapie, elektroshocktherapie en aversietherapie waren veelvoorkomende en geaccepteerde behandelingen voor homoseksualiteit. Pas in 1973 verdween het als stoornis uit de *DSM*.

Door de tijd heen vallen er niet alleen stoornissen af, maar er komen ook stoornissen bij. Een burn-out bijvoorbeeld is iets dat steeds meer aandacht krijgt en iets lijkt te zijn van ‘deze tijd’. Je kunt dit zien als een langdurige, werkgerelateerde overbelasting, met forse psychische, cognitieve en fysieke symptomen. Emotionele uitputting, verminderde aandacht en concentratie, vermoeidheid en spanningsklachten staan op de voorgrond. Ook gameverslaving is iets dat er eerder niet was. Iemand is verslaafd aan gamen wanneer dit steeds meer tijd in beslag neemt, ten koste van andere activiteiten. Evenals andere verslavingen kan een gameverslaving ernstige lichamelijke, psychische en sociaal-maatschappelijke gevolgen hebben.

Dit alles betekent dat er voortdurend reflectie plaatsvindt op de vraag wat wij als hulpverleners als afwijkend zien. Wanneer noemen we iets een psychische stoornis? Die reflectie gaat gepaard met wetenschappelijk onderzoek. Bijvoorbeeld naar hoe vaak het voorkomt en welke kenmerken (of symptomen) samenhangen met ‘nieuwe’ fenomenen zoals een burn-out of een gameverslaving. Bij voldoende wetenschappelijk bewijs voor het bestaan ervan, worden nieuwe stoornissen uiteindelijk ook opgenomen in de classificatiesystemen, zoals de *DSM*.

De invloed van cultuur

Op een vergelijkbare manier is niet alleen de tijd, maar ook de cultuur van invloed (zie ook Kortmann, 2016). Cultuur verwijst in dit geval naar de achtergrond waarbinnen mensen opgroeien en leven, die van invloed is op wat belangrijk wordt gevonden, welke betekenis er aan gebeurtenissen wordt gegeven, welke gewoonten er heersen en welke normen en waarden er aangehangen worden (Griffioen & Tennekkes, 2002).

Cultuur heeft een sterke invloed op wat als normaal en afwijkend wordt beschouwd. Homoseksualiteit is hier weer zo’n voorbeeld van. Een minder in het oog springend voorbeeld is wellicht de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis. Kenmerkend voor deze stoornis is het sterk op anderen leunen voor advies en maar zeer moeilijk zelf beslissingen kunnen nemen. Dat komt niet overeen met belangrijke waarden binnen onze westerse, individualistische cultuur (‘ik-cultuur’), zoals autonomie en onafhankelijkheid. Het wordt ‘dus’ gezien als een symptoom van een psychische stoornis. In een collectivistische cultuur (‘wij-cultuur’) is dat heel anders. Harmonie en afhankelijkheid zijn daar juist de standaard, waardoor advies vragen en aanpassing aan anderen juist gezien wordt als ‘normaal’ in plaats van als een uiting van een psychische stoornis.

Cultuur heeft daarnaast invloed op hoe er tegen een stoornis aangekeken wordt. Oftewel: hoe een stoornis verklaard wordt; wat wordt gezien als de oorzaak van de klachten en wat (aan de hand van deze verklaring) wordt gezien als een passende behandeling. Zo kunnen dezelfde klachten door verschillende mensen aan verschillende factoren toegeschreven worden. Pech, uiting van een lichamelijke ziekte of psychische stoornis, veroorzaakt door

magie of geesten – verschillende verklaringen voor dezelfde klachten. En wat daar logisch op volgt: wie veronderstelt dat de klachten worden veroorzaakt door een lichamelijke ziekte of psychische stoornis zal een arts, psycholoog of psychiater raadplegen, maar wie veronderstelt dat de klachten worden veroorzaakt door magie of geesten zal eerder een spiritueel genezer, priester of imam raadplegen voor verlichting van de klachten.

Tot slot heeft cultuur invloed op de uitingvormen van stoornissen. Dit betekent dat stoornissen verschillende klachten kunnen hebben bij patiënten uit verschillende culturen. Dit betekent ook dat je als hulpverlener op het verkeerde been kunt worden gezet of in verwarring kunt raken. Depressie is daar zo'n voorbeeld van. Een depressie wordt gekenmerkt door een overwegend sombere stemming. In het Nederlands (maar ook in het Engels bijvoorbeeld) is het een inmiddels veelvoorkomend woord dat gebruikt wordt om aan te geven dat iemand niet lekker in zijn vel zit ('ik voel me depressief', wordt dan weleens gezegd). In het Turks bestaat er geen woord voor depressie. Patiënten uit de Turkse cultuur zullen dan ook veel minder geneigd zijn om dit woord te gebruiken. Zij uiten hun klachten veel vaker lichamenlijk of brengen het onder woorden als lichamenlijk en geestelijke vermoeidheid.

Psychiatrie door de jaren heen

De hulpverlening aan mensen met psychische stoornissen heeft door de jaren heen enorme veranderingen doorgemaakt. Deze veranderingen hangen samen met hoe er werd gedacht over de oorzaak van psychische stoornissen. Niet alleen *wat* we beschouwen als ziek en gezond, gek en normaal is dus onderhevig aan de tijdsgeest, maar ook *hoe we ermee omgaan* en wat wordt gezien als *de oorzaak van de klachten* is door de jaren heen veranderd (zie ook Shorter, 1998; Stockman, 2000). In deze paragraaf geven we een tijdlijn met enkele 'be-roemde' verklaringen voor psychische stoornissen.

800 voor Christus In het oude Griekenland worden de fundamenteën gelegd voor de moderne, westerse geneeskunde. De arts Hippocrates is de eerste die beweerde dat ziekte en psychische stoornissen voort zouden komen uit natuurlijke in plaats van bovennatuurlijke oorzaken. Niet geesten of demonen, maar een disbalans tussen vier lichaamssappen (bloed, slijm, gele gal en zwarte gal) zou de oorzaak van psychische stoornissen zijn. Populaire behandelingen waren aderlatingen en braaktherapieën, om die balans weer te herstellen.

1100 – 1500 We maken een grote sprong naar de Middeleeuwen. Het gedachtegoed van Hippocrates is op de achtergrond geraakt en vervangen door de visie dat psychische stoornissen veroorzaakt zouden worden door bovennatuurlijke krachten. De patiënt zou een pact met de duivel hebben gesloten en daardoor bezeten zijn geraakt, wat leidde tot exorcisme, vervolging en sociale uitsluiting als belangrijkste reacties.

Johannes Wier kwam hiertegen in opstand. In zijn visie werd bezetenheid door de duivel veroorzaakt door een lichamelijke oorzaak, zoals een ziekte. Hij pleitte daarom voor een medische behandeling van psychische stoornissen en wordt daarmee beschouwd als de eerste psychiater.

1800 – 1900 Pas in de negentiende eeuw kreeg het gedachtegoed van Johannes Wier (en zijn medestanders) meer voet aan de grond. De oorzaak voor psychische stoornissen werd vooral gezocht in lichamelijke oorzaken, waar medische verzorging en opname in een ‘krankzinnigengesticht’ voor nodig werd geacht.

Er waren verschillende theorieën over de precieze oorzaak van psychische stoornissen, zoals masturbatie of de aanwezigheid van te veel bloed in de hersenen. De behandelingen in deze instellingen lagen in het verlengde van deze theorieën. Men liet patiënten bijvoorbeeld heel snel ronddraaien om de hoeveelheid bloed in de hersenen te verminderen.

1900 – nu Vanaf 1900 gaan de ontwikkelingen razendsnel. Er komt steeds meer wetenschappelijk onderzoek naar de oorzaken van psychische stoornissen en de kwaliteit van de hulpverlening aan patiënten met psychische stoornissen neemt sterk toe.

Hedendaagse oorzaken voor psychische stoornissen worden vooral gevonden in het bio-psycho-sociale model. Volgens dit model worden psychische stoornissen veroorzaakt door een samenspel van biologische, psychologische en sociaal-maatschappelijke factoren. Voorbeelden zijn onder andere genetische aanleg, temperament en persoonlijkheidskenmerken, stress en ongunstige sociaal-maatschappelijke omstandigheden.

Classificatiesystemen

Zoals ook al uit de vorige paragraaf blijkt, is de studie naar psychische stoornissen al eeuwenoud. Vanaf de negentiende eeuw kwam er ook steeds meer aandacht voor de oorzaak van psychische stoornissen. Onderzoekers stelden echter vaak hun eigen verklaringssystemen op, die leidden tot een toenemend aantal stoornissen. Stoornissen met vaak vage en onsamenhangende klachten, die bovendien niet door iedereen werden gedeeld. De behoefte aan gezamenlijke afspraken werd dan ook steeds groter.

Er werden twee soorten afspraken gemaakt. Allereerst afspraken over welke psychische stoornissen er onderscheiden kunnen worden. Met andere woorden: hulpverleners spraken af wat zij verstaan onder een 'psychische stoornis'. Daarnaast werden er afspraken gemaakt over welke naam die stoornissen zouden krijgen, dit om spraakverwarring te voorkomen. Op die manier werd er wereldwijd dezelfde taal gesproken en werden stoornissen overal op dezelfde manier omschreven en benoemd.

Dit betekende de opkomst van classificatiesystemen. In 1952 werd de eerste versie van de *DSM* gepubliceerd door de American Psychiatric Association. *DSM* staat voor *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Door de jaren heen is de inhoud veranderd, naargelang de tijdsgeest en nieuw onderzoek (zie eerder in deze bijlage). Inmiddels zijn we toe aan de vijfde versie (American Psychiatric Association, 2013). Deze beschrijft welke symptomen horen bij welke stoornis en geeft ook aan wanneer we spreken van een psychische stoornis. Met andere woorden: hoeveel symptomen er aanwezig moeten zijn voordat we het een stoornis noemen.

In Nederland wordt de *DSM* door behandelaars als belangrijkste classificatiesysteem gebruikt. Maar de *DSM* is niet het enige classificatiesysteem. De Amerikaanse associatie voor dubbeldiagnose (de NADD) heeft bijvoorbeeld een afgeleide versie van de *DSM* ontwikkeld voor mensen met een (licht) verstandelijke beperking. Deze versie heet de *Diagnostic Manual – Intellectual Disability (DM-ID)*. Hierin staan tips waar hulpverleners op moeten letten bij de diagnostiek en classificatie van stoornissen bij mensen met een verstandelijke beperking. Bij deze doelgroep blijkt dat gemiddeld genomen dezelfde criteria kunnen worden gehanteerd als in de gewone *DSM*, maar dat meer nadruk moet worden gelegd op de invloed van de omgeving op het functioneren van de patiënt. Ook de Wereldgezondheidsorganisatie heeft een classificatiesysteem ontwikkeld, genaamd de *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems (ICD)*.

Overigens is het belangrijk om te vermelden dat er op classificatiesystemen het nodige aan te merken valt. Een van de belangrijkste kritiekpunten is bijvoorbeeld dat de classificatiesystemen een categoriaal systeem hanteren voor veel stoornissen. Dat wil zeggen: je hebt de stoornis of je hebt hem niet. Inmiddels is dat deels opgelost en hanteert de *DSM-5* een meer dimensioneel systeem, waarbij de ernst van psychische stoornissen kan variëren tussen licht en ernstig, afhankelijk van het aantal symptomen dat de patiënt heeft. Een tweede

punt van kritiek is dat de beschrijving van de stoornissen bestaat uit kenmerkende en minder kenmerkende symptomen. Oftewel: klachten die de kern van de stoornis weergeven en daarnaast klachten die wel belangrijk, maar niet ‘wezenlijk’ zijn voor de betreffende stoornis. Om een stoornis te kunnen classificeren, moet aan een X aantal symptomen worden voldaan, maar er staat nergens dat dat per se één van de kenmerkende symptomen moet zijn. Een stoornis kan dus ook geclassificeerd worden zonder dat er aan één van de wezenlijke, kenmerkende symptomen is voldaan.

Op basis van dergelijke kritiekpunten, klinische ervaringen en voortschrijdend wetenschappelijk inzicht, blijven classificatiesystemen zich daarom voortdurend ontwikkelen. Zo is er in de *DSM-5* meer dan voorheen aandacht voor de dimensionele kant van stoornissen. Dat wil zeggen dat er steeds meer gekeken wordt naar de ernst van de stoornissen. Die wordt bepaald aan de hand van de mate waarin klachten aanwezig zijn. Hoe meer klachten, hoe ernstiger de stoornis.

Tegelijkertijd wordt volop nagedacht over aanpassingen en alternatieven van dit soort classificatiesystemen. Zo komt er ook steeds meer aandacht voor ‘transdiagnostische factoren’. Dit zijn factoren die niet stoornis-specifiek zijn, maar voorkomen bij verschillende stoornissen. Slaapproblemen, impulsiviteit en een laag zelfbeeld zijn hier voorbeelden van. In de praktijk richten we ons in de begeleiding en behandeling al vaak op transdiagnostische factoren zonder dat we ons hiervan altijd bewust zijn, ongeacht de diagnose van een patiënt. Het wetenschappelijk onderzoek bij patiënten met triple problematiek staat nog in de kinderschoenen (zie Didden, Troost, Moonen & Groen, 2016).

BIJLAGE 3: MIDDELENGEBRUIK EN VERSLAVING

Binnen de Nederlandse samenleving is het gebruik van tabak, alcohol en drugs een veelvoorkomend en deels geaccepteerd verschijnsel. Veel mensen in Nederland roken sigaretten bijvoorbeeld, of drinken alcohol. Veel mensen zijn vaak al op jonge leeftijd nieuwsgierig naar deze middelen en gaan er vervolgens mee experimenteren. Lang niet altijd ontwikkelt middelengebruik zich tot een verslaving. Sterker nog, vaak levert dit geen (sociaal-maatschappelijke) problemen op en past het binnen de normen en waarden van de persoon zelf en diens omgeving. Middelengebruik wordt problematisch wanneer de controle over het gebruik minder wordt, of wanneer er schade door het gebruik ontstaat. Iemand gebruikt bijvoorbeeld steeds meer en/of vaker. Of het gebruik heeft negatieve lichamelijke, psychische of sociaal-maatschappelijke gevolgen.

Deze bijlage bevat informatie over:

- stadia van middelengebruik;
- verschillende middelen en hun werking;
- achtergrondinformatie over verschillende middelen (bijvoorbeeld werkingsduur, signalen van gebruik en risico's).

Stadia van middelengebruik¹

Niet iedere vorm van middelengebruik is direct een probleem. Er zitten verschillende stadia tussen géén middelengebruik en verslaving. Omdat niet alle vormen van middelengebruik even ernstig zijn, werd door Tactus Verslavingszorg en Aveleijn het 'stoplichtmodel' ontwikkeld (zie figuur 1). Het beschrijft de verschillende stadia van middelengebruik.

Middelengebruik start meestal in de adolescentie, alhoewel het gebruik van tabak en alcohol soms ook op jongere leeftijd al voorkomt. De gemiddelde leeftijd waarop jongeren beginnen met experimenteren ligt op dertien jaar voor roken en alcohol drinken en op veertien jaar voor het gebruiken van cannabis (Van Dorsselaer et al., 2016). Opvallend is dat het 'genotsaspect' dan nog nauwelijks een rol speelt. Bijna niemand vindt de eerste sigaret, het eerste glas bier of de eerste joint lekker. Middelen worden in deze levensfase uitgeprobeerd, vaak vooral uit nieuwsgierigheid. Dit kan worden gezien in het licht van een groeiende autonomie en het ontwikkelen van een eigen identiteit, passend bij de adolescentie. Jongeren zoeken uit wat zij lekker vinden, wanneer zij iets willen gebruiken en hoeveel zij aankunnen.

1 Deze tekst is overgenomen van Van Duijvenbode et al. (2019), pp. 5 – 6.

Op basis van de ervaring met het middel, kan experimenteel middelengebruik overgaan in herhaaldelijk, sociaal geïntegreerd middelengebruik. Frequent middelengebruik komt regelmatig voor onder Nederlandse jongeren. Ongeveer drie procent van de jongeren tussen de 12 en 16 jaar rookt, vijftwintig procent drinkt alcohol en vijf procent rookt cannabis. Ook op volwassen leeftijd komt middelengebruik regelmatig voor. Ongeveer zesentwintig procent van de volwassen Nederlanders rookt, tachtig procent drinkt alcohol en vier procent rookt cannabis (Van Laar & Van Ooyen-Houben, 2016). Dergelijk middelengebruik levert doorgaans geen (sociaal-maatschappelijke) problemen op en past binnen de normen en waarden van de persoon zelf en diens sociale omgeving (VanDerNagel, Didden, Van Duijvenbode, Kemna & Trentelman, 2016). Het heeft, naast de eigen voorkeur, ook te maken met regels en gewoonten die in een cultuur en in de eigen sociale omgeving (gezin, school, werk, vriendenkring) gelden. Denk bijvoorbeeld aan samen koffiedrinken, een rookpauze nemen of drinken tijdens het uitgaan.

Wanneer het middelengebruik vastere vormen aanneemt of leidt tot problemen voor de gebruiker zelf of diens omgeving, wordt gesproken van problematisch middelengebruik. Het middel en het gebruik ervan heeft in deze fase een grotere rol in het leven gekregen en wordt vaak automatisch gekoppeld aan bepaalde situaties of gevoelens (functioneel gebruik). Ook de frequentie en hoeveelheid van het middelengebruik nemen toe (excessief gebruik). Wanneer er precies sprake is van problematisch middelengebruik hangt onder andere af van de frequentie, reden en gevolgen van het gebruik, de hoeveelheid die gebruikt wordt, de context waarin gebruikt wordt en de persoon zelf (denk bijvoorbeeld aan erfelijke factoren, persoonlijkheidskenmerken en leeftijd) (Rutten & De Haan, 2009).

Wanneer de persoon niet meer kan functioneren zonder (gebruik van) het middel, spreekt men in de volksmond van verslaving. Verslavingsproblematiek is een psychische stoornis. In de *DSM-5* is verslaving terug te vinden in het hoofdstuk 'Middelengerelateerde stoornissen' en wordt het een 'stoornis in het gebruik van een middel' genoemd (American Psychiatric Association, 2013). Het wordt geclassificeerd op basis van elf criteria, waaronder beperkte controle over middelengebruik, sociaal disfunctioneren, riskant middelengebruik en tolerantie en onthouding. Verslavingsproblematiek gaat gepaard met ernstige gevolgen op alle levensgebieden: de kans op ziekte of sterfte neemt toe, het psychisch welbevinden neemt af, en de persoon kan belangrijke sociale rollen (op school of het werk, binnen de familie en bij vrienden) niet of nauwelijks meer vervullen. Kenmerkend voor verslavingsproblematiek is dat er sprake is van een chronisch, recidiverend en drangmatig middelengebruik, ondanks (kennis van) al deze negatieve consequenties. Deels kan dit worden verklaard door structurele veranderingen die als gevolg van langdurig en/of overmatig middelengebruik optreden in het belonings- en informatieverwerkingssysteem van de hersenen (Van Duijvenbode, 2016). Deze veranderingen maken dat verslavingsproblematiek een hardnekkige stoornis is, met een min of meer chronisch karakter.

Niet elke vorm van middelengebruik is even ernstig. Het stoplichtmodel, ontwikkeld door Aveleijn en Tactus Verslavingszorg, onderscheidt verschillende stadia van middelengebruik.

Geen gebruik	Eerste kennismaking	Experimenteel gebruik	Geïntegreerd gebruik	Lichte stoornis in het gebruik van een middel	Matige of ernstige stoornis in het gebruik van een middel
--------------	---------------------	-----------------------	----------------------	---	---

FIGUUR 3. HET STOPLICHTMODEL

Middelen en hun werking

Er zijn verschillende soorten middelen, elk met hun eigen werking (zie tabel 2). Ze hebben met elkaar gemeen dat ze een psychoactieve werking hebben, wat betekent dat ze het lichaam en de geest beïnvloeden en vaak ook om die reden worden gebruikt. De psychoactieve werking wordt veroorzaakt door de werkzame stof(fen) die het middel bevat. Belangrijk om je te realiseren is dat veel illegale middelen echter worden gemengd of ‘versneden’ met andere (al dan niet psychoactieve) stoffen en dus meerdere werkzame stoffen kunnen bevatten.

Middelen worden vaak ingedeeld op basis van de effecten en werking. Deze werking kan stimulerend, verdovend of hallucinerend zijn. Stimulerende middelen zetten het lichaam in een staat van paraatheid (spieren spannen zich aan en de ademhaling en hartslag versnellen) en hebben een oppeppende werking: je wordt energiever, alerter en voelt vermoeidheid minder goed aan. Verdovende middelen hebben juist een ontspannende en kalmerende werking. Je voelt je slaperig en sloom, spieren ontspannen zich en de hartslag en ademhaling vertragen. Hallucinogene middelen versterken de zintuiglijke waarneming en stemming en kunnen tot wanen en hallucinaties leiden.

Die indeling is niet strikt. Er zijn bijvoorbeeld middelen waarvan de (ervaren) werking afhankelijk is van de dosis. Alcohol is daar zo’n voorbeeld van: bij kleine hoeveelheden werkt het ogenschijnlijk ontremmend en stimulerend, terwijl het bij grotere hoeveelheden verdovend werkt. Ook zijn er middelen die verschillende soorten effecten hebben.

Middelen hebben een verschillende werking. Die werking kan stimulerend, dempend of hallucinogeen zijn. In deze tabel zie je welk middel welk soort werking heeft.

TABEL 2. WERKING VAN VERSCHILLENDE MIDDELEN

Middel	Stimulerende werking	Dempende werking	Hallucinogene werking
Alcohol		X	
Benzodiazepinen (slaap- en kalmeringsmiddelen)		X	
Cannabis		X	X
Cocaïne	X		
Energiedrankjes	X		
GHB		X	
Lachgas		X	X
LSD			X
Methylfenidaat (Ritalin®)	X		
Opiaten		X	
Paddo's			X
Qat	X		
Speed	X		
XTC	X		X

TABAK	
Andere benamingen	Sigaret, peuk, shaggie
Werkzame stof	Nicotine
Uiterlijk	Bruine, gedroogde bladeren van de tabaksplant
Wijze van gebruik	Roken
Prijs	Ongeveer € 10 per pakje sigaretten
Werking	Stimulerend
Werkingsduur	De effecten zijn direct voelbaar. De werkingsduur is ongeveer 30 minuten tot een uur
Effecten	<ul style="list-style-type: none"> • Lichamelijke effecten: verhoogde hartslag en bloeddruk, afname van eetlust, vernauwing van bloedvaten • Psychische effecten: rust en ontspanning, toename van zelfvertrouwen en concentratie
Signalen van gebruik	<ul style="list-style-type: none"> • Lichamelijk: nicotinegeur, hoesten, verminderde conditie • Psychisch: onrust, chagrijnig-zijn wanneer niet gerookt wordt • Gedragmatig: vaker pauze nemen of naar plaatsen gaan waar gerookt kan worden, rookwaren in bezit hebben
Risico's	<ul style="list-style-type: none"> • Korte termijn: hoofdpijn, schade aan huid en tanden, slechte adem, slechte conditie • Lange termijn: schade aan stembanden en longen, verhoogd risico op verschillende typen kanker, kans op hart-, long- en vaatziektes
Bijzonderheden	<ul style="list-style-type: none"> • Het verslavingsrisico is hoog • De koop en verkoop aan jongeren onder de 18 jaar is wettelijk vastgelegd

ALCOHOL	
Andere benamingen	Drank, borrel, bakkie, sappie
Werkzame stof	Ethanol
Uiterlijk	Vloeistof (bier, wijn, sterke drank en mixdrankjes)
Wijze van gebruik	Drinken
Prijs	Verschilt per soort
Werking	Verdovend
Effecten	<ul style="list-style-type: none"> • Lichamelijke effecten: hartslag en ademhaling vertragen, reactievermogen gaat omlaag, zintuigen gaan minder goed werken, pupillen verwijden, uitdroging, risico op duizeligheid, misselijkheid, overgeven, black-out en geheugenverlies • Psychische effecten: vrolijk, ontremd, ontspannen, makkelijker in sociaal contact, emotioneel labiel, risico op agressie en verwardheid
Werkingsduur	Het effect is na enkele minuten voelbaar. De lever doet ongeveer 1 tot 1,5 uur over de afbraak van één standaardglas (10 g alcohol)
Signalen van gebruik	<ul style="list-style-type: none"> • Lichamelijk: naar drank ruiken, dubbel zien • Psychisch: stemmingsveranderingen, ontspannen indruk maken, black-out en geheugenverlies • Gedragmatig: ontremd of roekeloos gedrag, regelmatig kleine ongelukjes, veel praten over alcohol, waggelen, met dubbele tong praten
Risico's	<ul style="list-style-type: none"> • Korte termijn: kater, alcoholvergiftiging, agressie, black-out, onveilig gedrag of ongelukken • Lange termijn: schade aan hart, lever, maag en hersenen, depressie, psychose
Bijzonderheden	<ul style="list-style-type: none"> • Het verslavingsrisico is hoog • Werking is dosisafhankelijk: bij kleine hoeveelheden (1-2 glazen) werkt het ontspannend en ontremmend. Bij grotere hoeveelheden werkt alcohol verdovend • De koop en verkoop aan jongeren onder de 18 jaar is wettelijk vastgelegd • In bezit hebben en gebruik van alcohol in publieke ruimtes en in het verkeer is wettelijk vastgelegd

CANNABIS	
Andere benamingen	Hash, wiet, marihuana, joint, stuff, gras, skunk, dope, blowtje, stick, jonko
Werkzame stof	O.a. tetrahydrocannabinol (THC) en cannabidiol (CBD)
Uiterlijk	Hash: bruine, kruimelige of kleverige plak. Wiet: bruin/groen gedroogde bloemtoppen
Wijze van gebruik	Roken, eten, drinken of inhaleren
Prijs	€ 6-14 per gram
Werking	Verdovend en (licht) hallucinerend
Werkingsduur	Afhankelijk van de wijze van gebruik zijn de effecten direct tot 1,5 uur na inname voelbaar. De werkingsduur is ongeveer 1-4 uur, maar de effecten kunnen langere tijd aanhouden
Effecten	<ul style="list-style-type: none"> • Lichamelijke effecten: versnelde hartslag, verlaagde bloeddruk, versterkte eetlust, sloomheid en vermoeidheid, rode ogen en droge mond • Psychische effecten: ontspanning, versterkte zintuigelijke waarneming, lachkick, soms angst/paranoia/paniek, moeite met concentreren
Signalen van gebruik	<ul style="list-style-type: none"> • Lichamelijk: rode ogen, grote pupillen, droge mond, misselijkheid, geur • Psychisch: verminderde concentratie en geheugen, stemmingsveranderingen, emotioneel worden, traag in handelen en communicatie • Gedragmatig: gedragsveranderingen (druk of juist loom), slappe lach, eetbuiten, in bezit van rookwaren (zoals een aansteker op zak hebben)
Risico's	<ul style="list-style-type: none"> • Korte termijn: misselijkheid, duizeligheid, bad trip (angst, paniek, paranoia), kans op ongelukken door lage concentratie en laag reactievermogen • Lange termijn: verminderde concentratie, geheugen en reactievermogen, schade aan luchtwegen, verhoogd risico op psychose
Bijzonderheden	<ul style="list-style-type: none"> • Bezit, koop en verkoop is wettelijk vastgelegd • Extra schadelijk in combinatie met tabak door verhoogd teergehalte

ENERGIEDRANKJES	
Andere benamingen	Merkenamen, zoals Monster, Bullit of RedBull
Werkzame stof	Afhankelijk van het product een combinatie van cafeïne, taurine en glucoronolacton
Uiterlijk	Vloeistof
Wijze van gebruik	Drinken
Prijs	€ 1 tot € 4
Werking	Stimulerend
Werkingsduur	De effecten zijn na zo'n 15 minuten voelbaar en houden ongeveer een uur aan
Effecten	<ul style="list-style-type: none"> • Lichamelijke effecten: verhoogde hartslag en bloeddruk • Psychische effecten: energiek gevoel, vermindering van honger en vermoeidheid, alertheid, concentratie
Signalen van gebruik	<ul style="list-style-type: none"> • Lichamelijk: mogelijk versnelde/onregelmatige hartslag, beven en zweten • Psychisch: mogelijk rusteloos of nerveus zijn • Gedragmatig: energiek, zowel lichamelijk als geestelijk beter presteren
Risico's	<ul style="list-style-type: none"> • Korte termijn: hartkloppingen, hoge bloeddruk, uitdroging, misselijkheid en braken, vermoeidheid • Lange termijn: slaapproblemen, concentratiestoornissen, nierfalen, schade aan tanden (tanderosie)
Bijzonderheden	<ul style="list-style-type: none"> • De gezondheidsrisico's lijken vooral samen te hangen met hoge doseringen. Het Voedingscentrum adviseert jongeren tussen de 13 en 18 jaar daarom niet meer dan één blikje energiedrank per dag te drinken. Volwassenen wordt geadviseerd niet meer dan vier blikjes energiedrank per dag te drinken • Er bestaan ook energiedrankjes met toegevoegde alcohol

COCAÏNE	
Andere benamingen	Coke, coca, wit, crack, sosa, sneeuw, lala
Werkzame stof	Cocaïnehydrochloride
Uiterlijk	Wit, kristalachtig poeder
Wijze van gebruik	Snuiven of spuiten
Prijs	€ 50 per gram
Werking	Stimulerend
Werkingsduur	De effecten zijn direct voelbaar en duren ongeveer 10 minuten tot een uur, afhankelijk van de wijze van gebruik
Effecten	<ul style="list-style-type: none"> • Lichamelijke effecten: verhoogde hartslag en bloeddruk, versnelde ademhaling, verhoogde alertheid, energiek gevoel, minder honger • Psychische effecten: minder angst en remmingen, zelfverzekerd, opgewekt en energiek gevoel, minder gevoel van vermoeidheid en honger
Signalen van gebruik	<ul style="list-style-type: none"> • Lichamelijk: geprikkeld neusslijmvlies, droge mond, uitputting • Psychisch: rusteloos, meer zelfvertrouwen en energie • Gedragmatig: agressie, opgefokt gedrag, geldproblemen
Risico's	<ul style="list-style-type: none"> • Korte termijn: uitputting, oververmoeidheid, hartkloppingen, ontsteking in het neusslijmvlies • Lange termijn: hart- en vaataandoeningen, chronische verkoudheid, verandering in persoonlijkheid, agressief en paranoïde gedrag
Bijzonderheden	<ul style="list-style-type: none"> • Door de korte, heftige effecten heeft cocaïne een groot verslavingsrisico • Basecoke of crack is chemisch bewerkte cocaïne. Het zijn meestal witte of gele brokjes die gerookt kunnen worden

SPEED	
Andere benamingen	Amfetamine, S, pep, spit, rappe, stuifzand, spek, snel, dreft, snelheid/snelle, snats
Werkzame stof	Amfetamine
Uiterlijk	Pil of poeder (vuilwit/gelige poeder met vaak sterke geur)
Wijze van gebruik	Snuiven, slikken of spuiten
Prijs	€ 7 per gram
Werking	Stimulerend
Werkingsduur	De effecten zijn na een paar minuten (snuiven) tot 30 minuten (slikken) voelbaar en duren zo'n 5 tot 8 uur
Effecten	<ul style="list-style-type: none"> • Lichamelijke effecten: stijging van hartslag, bloeddruk en lichaamstemperatuur, spieren spannen zich aan, stijve kaken en knarsetanden, kans op zweten, duizeligheid, misselijkheid en hoofdpijn • Psychische effecten: euforie, vermoeidheid en slaap worden onderdrukt, verhoogde alertheid, rusteloosheid, energiek, zelfverzekerd
Signalen van gebruik	<ul style="list-style-type: none"> • Lichamelijk: grote pupillen, droge mond, stijve kaken en knarsetanden, motorische onrust • Psychisch: gespannen, alert, energiek en rusteloos • Gedragmatig: zelfoverschatting, sneller praten, soms opgefokt, snel geïrriteerd en agressief, hyperactief
Risico's	<ul style="list-style-type: none"> • Korte termijn: angst, paranoia, oververhitting, hallucinaties (beestjes onder de huid), epileptische aanval, serotoninesyndroom • Lange termijn: hart- en vaatproblemen, leverschade, hersenschade, uitputting, verminderde weerstand, psychische klachten
Bijzonderheden	<ul style="list-style-type: none"> • Speed is vaak vermengd met andere stoffen (cafeïne, paracetamol) • Een speciale vorm is methamfetamine (crystal meth of ice): dit werkt 1,5 tot 2 keer zo sterk, werkt langer (6 tot 12 uur) en heeft ernstige gevolgen (herschade, groot risico op verslaving) • Het verslavingsrisico van speed is groot

XTC	
Andere benamingen	X, E, pil, snoepje, smartie, knakker, of specifieke merknamen zoals Dol-fijn, Sky of Mitsubishi
Werkzame stof	MDMA (methyleendioxyethylamfetamine)
Uiterlijk	Pillen in verschillende vormen en kleuren, vaak voorzien van een logo
Wijze van gebruik	Slikken
Prijs	€ 3 per pil
Werking	Stimulerend en hallucineerend
Werkingsduur	De effecten zijn na 15-60 minuten voelbaar en houden zo'n 4-6 uur aan
Effecten	<ul style="list-style-type: none"> Lichamelijke effecten: verhoging van bloeddruk en hartslag, verhoging van lichaamstemperatuur, droge mond, grote pupillen en rollende ogen, gespannen spieren, stijve kaken Psychische effecten: euforisch, verliefd gevoel, je voelt je vrij, behoefte aan contact, praten en intimiteit, verhoogde alertheid, energiek gevoel
Signalen van gebruik	<ul style="list-style-type: none"> Lichamenlijk: trekkende kaakspieren, veel slikbewegingen maken, 'strak staan', grote pupillen Psychisch: euforisch of verliefd gevoel Gedragmatig: energiever, sneller intiem en vertrouwelijk met anderen
Risico's	<ul style="list-style-type: none"> Korte termijn: uitdroging, oververhitting, uitputting, watervergiftiging, misselijkheid, epileptische aanval, kater (verdrietig/down, slechtgehu-meurd, lichtgeraakt), serotoninesyndroom Lange termijn: mogelijke verandering in de hersenen, aantasting van geheugen en concentratie, risico op depressie, hart- en vaatziekten, schade aan het gebit
Bijzonderheden	<ul style="list-style-type: none"> Het uiterlijk van de pil zegt niets over de samenstelling ervan. De dosis MDMA in pillen kan daarom erg variëren Varianten zijn onder andere MDEA en MDA. MDA is meer hallucineerend, MDEA is meer stimulerend Mensen raken niet snel verslaafd aan XTC, alhoewel je wel geestelijk afhankelijk kunt worden en tolerantie kunt ontwikkelen voor de effecten

GHB	
Andere benamingen	G, dopje, buisje, vloeibare xtc, van de afkorting afgeleide namen (geil hemels bronwater; gehaktbal)
Werkzame stof	GHB (gammahydroxybutyraat)
Uiterlijk	Kleur- en geurloze vloeistof met zoutige smaak
Wijze van gebruik	Drinken
Prijs	Ongeveer € 5 voor een buisje van 5 ml
Werking	Verdovend
Werkingsduur	De effecten zijn na 10-45 minuten voelbaar en houden ongeveer 3 uur aan
Effecten	<ul style="list-style-type: none"> • Lichamelijke effecten: vertraagde hartslag, verlaagde lichaamstemperatuur, slap gevoel in spieren, suf voelen, soms bewustzijnsverlies • Psychische effecten: kalm en ontspannen, vrolijk, seksueel gestimuleerd, soms verward of sprake van geheugenverlies
Signalen van gebruik	<ul style="list-style-type: none"> • Lichamelijk: duizelig, misselijkheid en braken, spierspasmen • Psychisch: hallucinaties, (seksueel) ontremd, verward • Gedragmatig: slaperig en suf, bewustzijnsstoornissen ('out' gaan)
Risico's	<ul style="list-style-type: none"> • Korte termijn: 'out' gaan of bewustzijn verliezen (door overdosering of combinatiegebruik), ademstilstand, misselijkheid en duizeligheid, (seksuele) ontremming, verwardheid • Lange termijn: mogelijke hersenschade, geheugenverlies, slaapstoornis
Bijzonderheden	<ul style="list-style-type: none"> • De dosering komt nauw en is snel te hoog, met name wanneer gecombineerd met andere (verdovende) middelen • Het verslavingsrisico is zeer hoog, onder andere vanwege tolerantie en de ernstige ontwenningsverschijnselen. Afkicken van GHB is riskant en moet onder medische begeleiding gebeuren

OPIATEN	
Andere benamingen	Bruin, smack, hero, H, brown sugar, china white
Werkzame stof	Heroïne, morfine, codeïne, methadon
Uiterlijk	Grofwit of bruin korrelig poeder
Wijze van gebruik	Chinezen (opzuigen van vrijgekomen damp na verhitting) of spuiten
Prijs	€ 30 per gram
Werking	Verdovend
Werkingsduur	De effecten zijn direct voelbaar en houden zo'n 4 uur aan
Effecten	<ul style="list-style-type: none"> • Lichamelijke effecten: vertraagde hartslag en ademhaling, verlaging van de lichaamstemperatuur, suf, slaperig, geen pijn meer voelen • Psychische effecten: gelukzalig, warm, volledige ontspanning, onverschilligheid en emotionele vervlakking
Signalen van gebruik	<ul style="list-style-type: none"> • Lichamelijk: vernauwde pupillen, suf en slaperig, langzame hartslag en ademhaling • Psychisch: zich vrij voelen van pijn en zorgen, ontspannen • Gedragmatig: traag, onverschillig, sterk in zichzelf gekeerd
Risico's	<ul style="list-style-type: none"> • Korte termijn: overdosis • Lange termijn: ontstekingen en besmetting met hiv/hepatitis
Bijzonderheden	<ul style="list-style-type: none"> • Het verslavingsrisico van heroïne is hoog, er wordt gebruikgemaakt van gebruikersruimte waarin veilig heroïne gebruikt kan worden of de persoon wordt ingesteld op methadon die via verstrekpunten bij verslavingszorg verkrijgbaar is

PADDO'S	
Andere benamingen	Magic mushrooms, paddenstoelen, stones, tripknollen, psilo, truffels, sclerotia (truffels)
Werkzame stof	O.a. psilocine en psilocybine
Uiterlijk	Paddenstoelen
Wijze van gebruik	Slikken of drinken (als thee)
Prijs	€ 10 per portie
Werking	Hallucinogeen
Werkingsduur	De effecten zijn na 30-60 minuten voelbaar en houden 3 tot 6 uur aan
Effecten	<ul style="list-style-type: none"> • Lichamelijke effecten: verwijde pupillen, transpireren, duizeligheid, misselijkheid • Psychische effecten: hallucinaties, verandering in zintuigelijke waarneming, stemming, tijdperceptie en denkprocessen
Signalen van gebruik	<ul style="list-style-type: none"> • Lichamelijk: verwijde pupillen, transpireren • Psychisch: hallucinaties, mogelijk angst, verwarring en paniek • Gedragmatig: verlies van contact met de werkelijkheid
Risico's	<ul style="list-style-type: none"> • Korte termijn: misselijkheid, bad trip (paniek, angst, verwarring), vergiftiging door de verkeerde paddenstoelen te eten, psychose bij kwetsbare mensen • Lange termijn: onbekend
Bijzonderheden	<ul style="list-style-type: none"> • De effecten van paddo's hangen af van de genomen hoeveelheid, de geestelijke en lichamelijke gesteldheid van de gebruiker en de situatie/omgeving waarin ze worden gebruikt • Paddo's zijn bij wet verboden. In smartshops worden setjes verkocht om paddo's zelf te kweken

LSD	
Andere benamingen	Papertrip, microdot, acid, tripje, zegeltje, suiker, liquid
Werkzame stof	LSD (lyserginezuurdi-ethylamide)
Uiterlijk	Kleur-, geur- en smaakloze vloeistof
Wijze van gebruik	Slikken
Prijs	€ 5 per zegeltje
Werking	Hallucinogeen
Werkingsduur	De effecten zijn na 20 tot 30 minuten voelbaar en houden zo'n 6 tot 12 uur aan
Effecten	<ul style="list-style-type: none"> • Lichamelijke effecten: verwijde pupillen, transpireren • Psychische effecten: hallucinaties, verandering in zintuigelijke waarneming, stemming, tijdperceptie en denkprocessen, synesthesie (horen van kleuren en zien van geluid)
Signalen van gebruik	<ul style="list-style-type: none"> • Lichamelijk: grote pupillen, duizeligheid en misselijkheid, zweten • Psychisch: verandering in bewustzijnstoestand, verlies van grip op de werkelijkheid, moeite met focussen, verwarring, mogelijk spanning, angst en paniek • Gedragmatig: verlies van contact met de werkelijkheid
Risico's	<ul style="list-style-type: none"> • Korte termijn: bad trip (paniek, angst, verwarring), psychose bij kwetsbare mensen • Lange termijn: flashbacks
Bijzonderheden	<ul style="list-style-type: none"> • De effecten van LSD hangen af van de genomen hoeveelheid, de geestelijke en lichamelijke gesteldheid van de gebruiker en de situatie/omgeving waarin het wordt gebruikt

BIJLAGE 4: MEER WETEN...?

In dit boek is al veel literatuur en onderzoek aangehaald en zijn praktische handvatten gegeven rondom triple problematiek. Voor mensen die meer willen weten over specifieke onderwerpen, bevat deze bijlage een selectie van interessante Nederlandstalige boeken, artikelen, rapporten en websites. Niet alle bronnen gaan over patiënten met een licht verstandelijke beperking, maar ze leveren veel achtergrondinformatie over een bepaald onderwerp.

Psychische stoornissen en verslaving

Dom, G., Dijkhuizen, A., Hoorn, B. van der, Kroon, H., Muusse, C., et al. (2013). *Handboek dubbele diagnose*. Utrecht: De Tijdstroom.

Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2018). *Generieke module: Comorbiditeit*. Te verkrijgen via <https://tinyurl.com/comorbiditeit>

Meer, C. van der, Hendriks, V., Posthuma, T., Vos, R., Kerkmeer, M., Blanken, P., & De Klerk, C. (2003). *Dubbele diagnose, dubbele hulp. Richtlijnen voor behandeling*. Utrecht: GGZ Nederland.

VanDerNagel, J. (2014). Psychiatrische comorbiditeit. In C. Loth, R. Rutten & B. van der Putten (Red.), *Verslavingszorg in de praktijk voor verpleegkundigen* (pp. 41 – 57). Amsterdam: Reed Business Education.

Wamel, A. van, Muusse, C., & Rooijen, S. van (2012). *Handreiking geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose cliënten*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Psychische stoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking

Didden, R., Troost, P., Moonen, X., & Groen, W. (2016). *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking*. Utrecht: De Tijdstroom.

Fletcher, R., Barnhill, J., & Cooper, S.A. (2016). *Diagnostic manual – intellectual disability - 2. A textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability*. Washington, DC: NADD.

Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2018). *Generieke module: Psychische stoornissen en een lichte verstandelijke beperking*. Te verkrijgen via <https://tinyurl.com/psychische-stoornissen-en-lvb>

Wieland, J., Aldenkamp, E., & Brink, A. van den (2017). *Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Middelengebruik en verslaving bij mensen met een licht verstandelijke beperking

- Duijvenbode, N. van, & VanDerNagel, J. (2016). Van hete aardappel naar hot topic: Verslavingsproblematiek bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. *De Psycholoog*, 51, 10-18.
- Duijvenbode, N. van, VanDerNagel, J., Poelen, E., Kiewik, M., Kemna, L., & Bierman, K. (2019). *Handreiking middelengebruik en verslaving bij mensen met een LVB. Een praktijk-theoretische beschrijving van beschikbare methodieken en interventies voor jeugdigen en volwassenen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Academische Werkplaats Kajak.
- Hilderink, I., & Bransen, E. (2010). *Voorkomen van problematisch middelengebruik door jongeren met een licht verstandelijke beperking. Een interventieprogramma*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- VanDerNagel, J., & Kea, R. (2013). *Literatuurstudie jonge delinquenten met een lichte verstandelijke beperking en problematisch middelengebruik*. Deventer/Utrecht: Tactus Verslavingszorg/William SchrikkerGroep.
- VanDerNagel, J., Kiewik, M., & Didden, R. (2017). *Casusboek LVB en verslaving*. Amsterdam: Boom Uitgeverij.
- VanDerNagel, J., Kiewik, M., & Didden, R. (2017). *Handboek LVB en verslaving*. Amsterdam: Boom Uitgeverij.

Triple problematiek

- Duijvenbode, N. van, VanDerNagel, J., Janssen van Raay, M., & Didden, R. (2019). Triple trouble: tobben of teamwork? *De Psycholoog*, 54, 10-19.
- Kaal, H., Ooyen-Houben, M. van, Ganpat, S., & Wits, E. (2009). *Een complex probleem. Passende zorg voor verslaafde justitiabelen met co-morbide psychiatrische problematiek en een lichte verstandelijke handicap*. Den Haag: Ministerie van Justitie.

Signaleren en in kaart brengen

- Kaal, H., Nijman, H., & Moonen, X. (2015). *SCIL, screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking*. Amsterdam: Hogrefe.
- Kraijer, D., & Plas, J. (2014). *Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid*. Amsterdam: Pearson.
- VanDerNagel, J., Kemna, L., Trentelman, M., & Didden, R. (2013). Middelengebruik bij cliënten met een verstandelijke beperking: Methode voor het signaleren en bespreken. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 157, A5668.

- VanDerNagel, J., Kiewik, M., Dijk, M. van, Jong, C. 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.
- Wieland, J., Kapitein, S., Otter, M., & Baas, R.W.J. (2014). Diagnostiek van psychiatrische stoornissen bij mensen met een (zeer) lichte verstandelijke beperking. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56, 463-470.

Verwijzen en samenwerken

- VanDerNagel, J., Dijk, M. van, Kemna, L., 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 Uitgeverij.

Behandeling van psychische stoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking

- Berger, I., Hout, M. van der, Hoogenboom, A.M.C.H., Berger, E., & Mulden, C.L. (2019). Aanpassingen in behandeling van patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen en een lichte verstandelijke beperking: Een kwalitatief onderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 61, 375-383.
- GGZ Rivierduinen Kristal (2018). *Aanpakken. CGT behandelmodule voor het overwinnen van een depressie*. Leiden: GGZ Rivierduinen Kristal.
- GGZ Rivierduinen Kristal (2018). *Baas over mijn dwang! CGT behandelmodule om een dwangstoornis te overwinnen*. Leiden: GGZ Rivierduinen Kristal.
- GGZ Rivierduinen Kristal (2018). *Handleiding controle over emoties*. Leiden: GGZ Rivierduinen Kristal.
- GGZ Rivierduinen Kristal (2018). *Omgaan met sociale angst. CGT behandelmodule gericht op het overwinnen van sociale angst*. Leiden: GGZ Rivierduinen Kristal.
- GGZ Rivierduinen Kristal (2018). *Paniek overwinnen. CGT behandelmodule om paniek te overwinnen*. Leiden: GGZ Rivierduinen Kristal.
- GGZ Rivierduinen Kristal (2018). *Psycho-educatie psychose. Voor patiënten met een verstandelijke beperking*. Leiden: GGZ Rivierduinen Kristal.
- GGZ Rivierduinen Kristal (2018). *Verbeter je zelfbeeld. CGT behandelmodule voor het verbeteren van je zelfbeeld*. Leiden: GGZ Rivierduinen Kristal.

Behandeling van verslaving bij mensen met een lichte verstandelijke beperking

- Kroon, A.C.C., Frielink, N., & Embregts, P.J.C.M. (2016). *Sterker dan de kick. Een handleiding voor trainers*. Gennep: Dichterbij.

- Trentelman, M. (2019). *Trainershandleiding Ge-zonder leven!, leven zonder drugs en alcohol*. Zwolle: Trajectum.
- Trimbos-instituut (2011). *Bekijk 't nuchter!* Utrecht: Trimbos-instituut.
- VanDerNagel, J., & Kiewik, M. (2016). *CGT+: Cognitieve gedragstherapeutische behandeling voor problematisch middelengebruik bij mensen met een Lichte Verstandelijke Beperking*. Utrecht: Perspectief Uitgeverij.
- VanDerNagel, J., Westendorp, H., Dijk, M. van, & Kiewik, M. (2016). *Minder Drank of Drugs 2.0*. Deventer: Tactus Verslavingszorg.

Behandeling van triple problematiek

- Duijvenbode, N. van, Klein Snakenborg, J., VanDerNagel, J., Nieuwold, M., & Haan, H. de (in ontwikkeling). *Seeking safety plus. Addendum bij Seeking Safety voor de toepassing bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*.
- Gosens, L., VanDerNagel, J.E.L., Poelen, E.A.P., & Jonge, J.M. de (2019). *Handleiding Take it Personal!+: Gepersonaliseerde behandeling voor cliënten met een lichte verstandelijke beperking en problematisch middelengebruik*. Nijmegen: Pluryn.
- Schijven, E., VanDerNagel, J., Lammers, J., & Poelen, E. (2014). *Trainershandleiding Take it personal! Een interventie voor middelengebruik en comorbide gedragsproblemen voor jongeren met een licht verstandelijke beperking*. Nijmegen: Pluryn.
- VanDerNagel, J., Kiewik, M., & Didden, R. (2014). Cognitieve gedragstherapie bij problematisch middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. In G. Schipper, M. Smeerdijk & M. Merckx (Red.), *Handboek cognitieve gedragstherapie bij problematisch middelengebruik en gokken* (pp. 337 – 352). Amersfoort: Resultaten Scoren.

AANGEHAALDE LITERATUUR

- Amelsvoort, T. van, Bekker, M., Mens-Verhulst, J. van, & Olff, M. (2019). *Handboek psychopathologie bij vrouwen en mannen*. Amsterdam: Boom Uitgeverij.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Beutler, L.E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., ..., & Wong, E. (2003). Therapist variables. In M.J. Lambert, J. Bergin & S. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 5th edition* (pp. 227 – 307). New York: John Wiley & Sons.
- Cartwright, S.A. (1851). The report on the diseases and physical peculiarities of the negro race. *New Orleans Medical and Surgical Journal*, 7, 691-715.
- Chaplin, E., McCarthy, J., Underwood, L., Forrester, A., Hayward, H., ..., & Murphy, D. (2017). Characteristics of prisoners with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 61, 1185-1195.
- Derksen, J., & Immens, L. (2016). *Psychologische diagnostiek in de GGZ*. Nijmegen: PEN Test Publisher.
- Didden, R., Troost, P., Moonen, X., & Groen, W. (2016). *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Didden, R., VanDerNagel, J., Delforterie, M., & Duijvenbode, N. van (in druk). Substance use disorders in people with intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry*.
- Dom, G., Dijkhuizen, A., Hoorn, B. van der, Kroon, H., Muusse, C., ..., & Wamel, A. van (2013). *Handboek dubbele diagnose*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Dorsselaer, S. van, Tuithof, M., Verdurmen, J., Spit, M., Laar, M. van, & Monshouwer, K. (2016). *Jeugd en riskant gedrag 2015. Kerntegevens uit het Peilstationonderzoek Scholieren*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Došen, A. (2014). *Psychische stoornissen, probleemgedrag en verstandelijke beperking*. Assen: Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum.
- Duijvenbode, N. van (2016). *'It's all between my ears!' Deficiencies in information processing in problematic drinkers with mild to borderline intellectual disability*. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Duijvenbode, N. van, & VanDerNagel, J.E.L. (2019). A systematic review of substance use (disorder) in individuals with mild to borderline intellectual disability. *European Addiction Research*, 25, 263 – 282.
- Duijvenbode, N. van, VanDerNagel, J.E.L., Janssen van Raay, M., & Didden, R. (2019). Triple trouble: Tobben of teamwork? *De Psycholoog*, 54, 10-19.

- Duijvenbode, N. van, VanDerNagel, J.E.L., Poelen, E., Kiewik, M., Kemna, L., & Bierman, K. (2019). *Handreiking middelengebruik en verslaving bij mensen met een LVB. Een praktijk-theoretische beschrijving van beschikbare methodieken en interventies voor jeugdigen en volwassenen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Academische Werkplaats Kajak.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2015). *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- GGZ Nederland (2016). *Sectorrapport GGZ 2013. Feiten en cijfers over een sector in beweging*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Glover, G., Williams, R., Heslop, P., Oyinlola, J., & Grey, J. (2017). Mortality in people with intellectual disabilities in England. *Journal of Intellectual Disability Research*, 61, 62-74.
- Graaf, R. de, Have, M. ten, & Dorsselaer, S. van (2010). *NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Griffioen, S., & Tennekens, J. (2002). Culturele universalis en multicultureel samenleven. In J. Lucassen & A. de Ruijter (Red.), *Nederland multicultureel en pluriform? Een aantal conceptuele studies* (pp. 85 – 140). Amsterdam: Askant.
- Jong, P. de, & Kim Berg, I. (2015). *De kracht van oplossingen. Handboek oplossingsgericht werken*. Amsterdam: Pearson.
- Kaal, H., Nijman, H., & Moonen, X. (2015). *SCIL. Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking*. Amsterdam: Hogrefe.
- Kortmann, F. (2016). *Culturele competenties in psychiatrie en psychologie. Theorie en praktijk*. Assen: Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum.
- Kuijper, G. de (2016). Farmacotherapie. In R. Didden, P. Troost, X. Moonen, & W. Groen (Red.), *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (pp. 383 – 396). Utrecht: De Tijdstroom.
- Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2018). *Generieke module: Psychische stoornissen en een lichte verstandelijke beperking*. Te verkrijgen via <https://tinyurl.com/generieke-module>
- Laar, M.W. van, & Ooyen-Houben, M.M.J. van (2016). *Nationale drug monitor. Jaarbericht 2016*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Luteijn, I., Didden, R., & VanDerNagel, J. (2017). Individuals with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning in a forensic addiction treatment center: Prevalence and clinical characteristics. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 1, 240-251.
- Meewissen, M., Otten, E., & Deurzen, P. van (2016). *Specialistische ondersteuning kinderen en jeugdpsychiatrie voor de huisarts*. Presentatie op het congres Van Wijk tot Wetenschap, Utrecht.

- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2014). *Motiverende gespreksvoering. Mensen helpen veranderen*. Amsterdam: Ekklesia.
- Minkoff, K. (2001). Level of care determination for individuals with co-occurring psychiatric and substance disorders. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 5, 163-196.
- Movisie (2016). *Leefgebiedenwijzer. Versterken van eigen kracht van cliënten*. Utrecht: Movisie.
- Nieuwenhuis, J.G., Noorthoorn, E.O., Nijman, H.L., Naarding, P., & Mulder, C.L. (2017). A blind spot? Screening for mild intellectual disability and borderline intellectual functioning in admitted psychiatric patients: Prevalence and associations with coercive measures. *PLoS One*, 12, e0168847.
- Noordsy, D.L., Mishra, M.K., & Mueser, K.T. (2013). Models of relationships between substance use and mental disorders. In P.M. Miller (Ed.), *Principles of addiction. Comprehensive addictive behaviors and disorders, volume 1* (pp. 489 – 495). Cambridge, MS: Academic Press.
- Os, J. van (2017). *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Pameijer, N., & Laar-Bijman, E. van (2007). *Handelingsgerichte diagnostiek. Een handreiking voor orthopedagogen en psychologen werkzaam in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Den Haag: LEMMA.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19, 276-288.
- Roeden, J., & Bannink, F. (2007). *Handboek oplossingsgericht werken met licht verstandelijk beperkte cliënten*. Amsterdam: Harcourt.
- Rutten, R., & Haan, H. de (2009). Verslaving. In R. Rutten, C. Loth & A. Hulshoff (Red.), *Verslaving. Handboek voor zorg, begeleiding en preventie* (pp. 21 – 46). Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg.
- Schippers, G., Broekman, T., & Buchholz, A. (2011). *Handleiding en protocol voor afname, scoring en gebruik van de MATE 2.1*. Nijmegen: Bèta boeken.
- Schoeber, H. (2013). *Minder drank of drugs? Een fenomenologisch onderzoek naar leerervaringen van patiënten met triple problematiek bij de module 'Minder Drank of Drugs'*. Utrecht: Hogeschool Utrecht.
- Shorter, E. (1998). *Een geschiedenis van de psychiatrie. Van gesticht tot Prozac*. Amsterdam: Uitgeverij Ambo Anthos.
- Stockman, R. (2000). *Van nar tot patiënt. Een geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*. Leuven: Davidsfonds.
- Snoek, A., Wits, E., Stel, J. van der, & Mheen, D. van de (2010). *Kwetsbare groepen jeugdigen en (problematisch) middelengebruik: Visie en interventiematrix*. Amersfoort: Resultaten Scoren.

- Straetmans, J.M., Schrojenstein Lantman-de Valk, H.M. van, Schellevis, F.G., & Dinant, G.J. (2007). Health problems of people with intellectual disabilities: The impact for general practice. *British Journal of General Practice*, 57, 64-66.
- VanDerNagel, J.E.L., Didden, R., Duijvenbode, N. van, Kemna, L., & Trentelman, M. (2016). Middelengebruik en verslaving. In R. Didden, P. Troost, X. Moonen & W. Groen (Red.), *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (pp. 157 – 170). Utrecht: De Tijdstroom.
- 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., Kiewik, M., & Didden, R. (2012). *Iedereen gebruikt toch? Verslaving bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Amsterdam: Boom uitgevers.
- VanDerNagel, J., Kiewik, M., & Didden, R. (2014). Cognitieve gedragstherapie bij problematisch middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. In G.M. Schipper, M. Smeerdijk, & M.J.M. Merckx (Red.), *Handboek cognitieve gedragstherapie bij problematisch middelengebruik en gokken* (pp. 337 – 352). Amersfoort: Resultaten Scoren.
- 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.
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2016). *Jaarbericht 2016*. Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.
- Vermeulen, K., & Willemsen, M. (2016). Klinische genetica. In R. Didden, P. Troost, X. Moonen & W. Groen (Red.), *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (pp. 309 – 330). Utrecht: De Tijdstroom.
- Vreugdenhil, R. (2015). *De mens achter de verslaving*. Nijmegen: Pro Persona.
- Wamel, A. van, Muusse, C., & Rooijen, S. van (2012). *Handreiking geïntegreerde behandeling van dubbel diagnose cliënten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Wampold, B.E., & Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate. The evidence for what makes psychotherapy work*. London / New York: Routledge.
- Wieland, J., Brink, A. van den, & Zitman, F.G. (2015). The prevalence of personality disorders in psychiatric outpatients with borderline intellectual functioning: Comparison with outpatients from regular mental health care and outpatients with mild intellectual disabilities. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69, 599-604.

INDEX



A

Adaptief functioneren	152
adaptieve functioneren	20

B

Begrijpelijke taal	74
bejegening	73, 133
beperking in het intellectuele functioneren	152
bio-psycho-sociale model	163
brug	137

C

Centrum voor Consultatie en Expertise	148
communicatie	73
Communicatie	133
co-morbiditeit	17, 29
conceptuele vaardigheden	152
contact	79
context	133
cyclische diagnostiek en behandeling	128

D

Diagnostical Manual – Intellectual Disability	164
diagnostic overshadowing	26
Diagnostiek	117
DM-ID	164
DSM	164
dubbeldiagnose	17

E

emoticons	75
ernst van de verstandelijke beperking	21, 154
experimenteel middelengebruik	168
experimenteren	167

Colofon

Praktijkboek triple problematiek

Een psychische stoornis, verslaving en een licht verstandelijke beperking

Neomi van Duijvenbode, Joanneke van der Nagel, Robert Didden

ISBN 978 90 8850 822 6

NUR 875/770

THEMA MKLD

BISAC MED105000

Omslagontwerp: Blikgoed, Haarlem

Lay-out: Merel van Dam, Uitgeverij SWP

Vormgeving binnenwerk: LenShape, Den Haag

Uitgever: Ingrid de Jong

Voor informatie over overige uitgaven van Uitgeverij SWP:

Postbus 12010, 1100 AA Amsterdam-Zuidoost

Telefoon: (020) 330 72 00

E-mail: contact@mailswp.com

Internet: www.swpbook.com