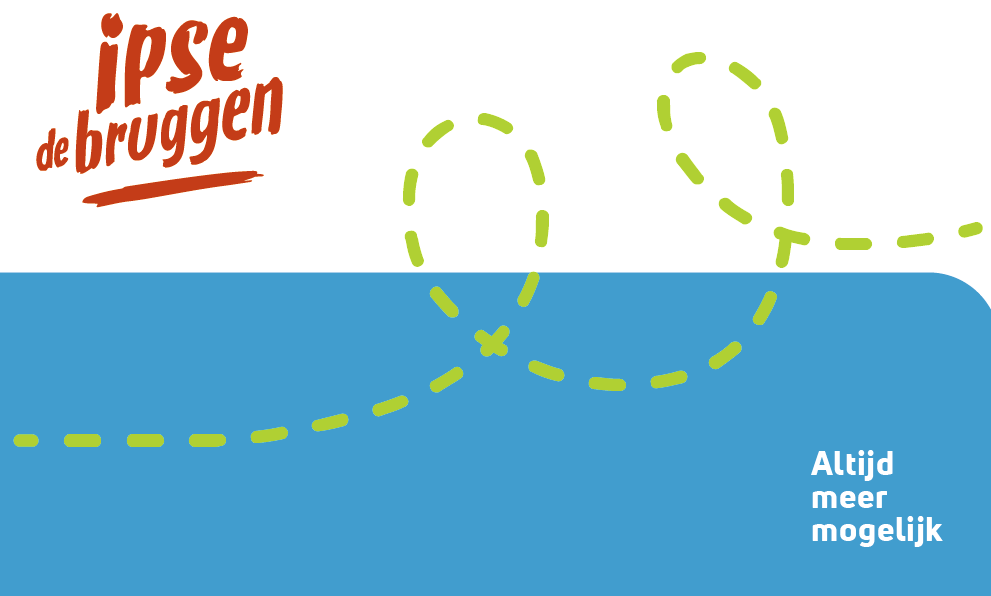
Psychiatrie in de gehandicaptenzorg

Een onderzoek naar verbetering in de veranderende zorg

Datum: 17-05-2020

Versie: Definitief

(IpsedeBruggen, 2019)

Student: Freeke de Vries

Studentnummer: 16122828

Opleidingsinstituut: De Haagsche Hogeschool

Faculteit: Sociaal werk & Educatie

Studie: Sociaal Pedagogische Hulpverlening

Vak: Bachelorproef

Opdrachtgever: Namens Stichting Ipse de Bruggen: Peter van Baalen (zorgmanager)

Afstudeerbegeleiders: Eefje van der Klauw, Evert van der Veen & Britt Fontaine

# Samenvatting

Binnen de gehandicaptenzorg zijn steeds meer cliënten met psychiatrische problematiek. Maar is niet altijd de kennis en expertise in huis om hiermee om te kunnen gaan. Begeleiders in de gehandicaptenzorg kunnen door het gebrek aan duidelijkheid over de omgang met deze specifieke cliëntengroep het gevoel hebben bij elke specifieke casus zelf het wiel uit te moeten vinden. Dit is ook het geval geweest op Waddenzee 60-Robbengat 1. Deze woonlocatie van Ipse de Bruggen (bestaande uit twee individuele woningen) kreeg in 2017 te maken met een cliënt met een psychotische stoornis. Het team van deze locatie wist niet wie precies benaderd zou moeten worden voor de verschillende problemen. Ook was de handelingswijze onduidelijk.

In dit onderzoek is gekeken naar welke problemen de begeleiders van Ipse de Bruggen ervaren bij de begeleiding van cliënten met de comorbiditeit LVB en Psychiatrische problematiek. Hierbij is vooral gekeken naar de problemen waar de begeleiders tegenaan lopen door het gebrek aan beleid en/of richtlijnen van de organisatie voor deze doelgroep. Dit onderzoek betreft een kwalitatief onderzoek waarbij gebruik gemaakt werd van fieldresearch. Om een antwoord te vinden op de hoofdvraag welke problemen begeleiders ervaren bij de begeleiding van cliënten met de comorbiditeit LVB en psychiatrische problematiek is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews met negen respondenten die allen gedurende de uitvoer van dit onderzoek werkzaam waren bij Ipse de Bruggen. Tijdens het analyseren van de resultaten is gebruik gemaakt van een topicboom (zoals in bijlage 2).

Uit dit onderzoek kwam naar voren dat alle respondenten een groei zien van het aantal cliënten met een dubbele of zelfs driedubbele diagnose. Ook kwam naar voren dat hiervoor specifieke kennis nodig is. De respondenten in dit onderzoek ervaren problemen bij het delen van kennis tussen mensen binnen Ipse de Bruggen onderling. Zowel vanuit Parnassia (geestelijke gezondheidszorg) als vanuit diverse andere disciplines wordt expertise niet gedeeld met andere (woon) locaties binnen Ipse de Bruggen. Over de kennis die nodig is gaf één van de respondenten een mooie vergelijking met bakken. Hij zegt: “*Kijk een simpel broodje bakken kunnen we allemaal wel, maar een goed gebakje maken, dat kan niet iedereen. En dat is deze jongen. En dat is prima, maar dan moeten daar wel de middelen voor zijn.”* Om de kennis te vergrotengeven respondenten aan graag meer praktijkgerichte scholing en training te willen krijgen. Ze willen deze echter alleen als het aansluit bij de problematiek die op de locatie wordt ervaren. Ook moet snel geschakeld kunnen worden in de trainingen, zodat de kennis niet achterloopt op het gedrag van de desbetreffende cliënt.

Verder geven de respondenten aan graag te willen weten wat gedaan moet worden als cliënten psychiatrische problematiek (blijken te) hebben. Dit zou kunnen met richtlijnen/beleid, zodat het gevoel van ‘maar wat te doen’ verminderd kan worden. Hiervoor is wel een voorwaarde dat bij de ontwikkeling van deze richtlijnen en of dit beleid veel contact is met de medewerkers van de vloer. Dit om ervoor te zorgen dat de richtlijnen niet alleen bekend zijn aan de medewerkers, maar ook daadwerkelijk toepasbaar zijn in individuele locaties.

Om aan te sluiten bij de vraag van de respondenten naar meer praktijkgerichte trainingen en kennisvergroting, is bij dit onderzoek een boek gemaakt met teaminterventies. Hiermee kan een praktijkgerichte teamdag georganiseerd worden. Door gebruik te maken van diverse opdrachten waarbij begeleiders zelf aan de slag gaan (eventueel met hulpmiddelen) wordt de kennis en expertise vergroot. Door als locatie zelf een teamdag te organiseren, wordt de kans dat kennis snel veroudert verminderd.

# Voorwoord

Graag wil ik mijzelf voorstellen. Mijn naam is Freeke de Vries en ik ben woonbegeleider D bij stichting Ipse de Bruggen en daarnaast vierdejaarsstudent van de deeltijdopleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening (SPH) aan de Haagsche Hogeschool. Deze bachelorproef is de afsluiting van deze opleiding.

Bijna mijn gehele studie ben ik werkzaam geweest bij Waddenzee 60-Robbengat 1, dit is een woonlocatie van Ipse de Bruggen in Nootdorp. Toen ik daar als begeleider D en persoonlijk begeleider te maken kreeg met een LVB-cliënt die psychiatrische problematiek ontwikkelde trok deze doelgroep mij heel erg aan. Ik merkte, dat ik de puzzel die deze cliënt was erg graag wilde oplossen. Ik merkte echter ook dat dit niet zo was voor de meeste van mijn directe collega’s. Eigenlijk is toen in 2017 het onderwerp voor deze bachelorproef bedacht. In de loop van de jaren is het door persoonlijke ervaringen op zowel het werk als tijdens de lessen op school bijgesteld. Toen ik aan mijn zorgmanager vroeg of ik mijn bachelorproef op de locatie mocht doen was hij gelukkig direct akkoord, waar ik hem erg dankbaar voor ben. Ik hoop dan ook dat deze bachelorproef van nut kan zijn voor zowel begeleiders (die in de toekomst te maken krijgen met vergelijkbare problematiek als ik destijds) alsook voor de beleidsmakers binnen Ipse de Bruggen.

Tussen het eerste idee en het eerste woord dat ik op papier zette zijn jaren verstreken. Inmiddels heb ik maanden gewerkt, naast mijn werk, gezin en studie om dit onderzoek te kunnen realiseren. Ik heb het schrijven van deze bachelorproef zelf niet als zwaar ervaren. Wel konden het uitzoekwerk en mijn eigen perfectionisme soms behoorlijk wat stress veroorzaken. Dat ik het schrijven van deze bachelorproef niet als zwaar heb ervaren kan verklaard worden door mijn affiniteit met het onderwerp. Door al het onderzoek heb ik mijzelf op mijn locatie neergezet als vraagbaak voor cliënten met psychiatrische problematiek. Hier ben ik boven alles erg trots op.

Uiteraard had ik deze bachelorproef niet helemaal alleen kunnen schrijven. Ik ben allereerst alle mensen die tijd hebben vrijgemaakt, zodat ik ze kon interviewen (en die zich in sommige gevallen over hun eigen ongemak heen hebben gezet) heel erg dankbaar. Daarnaast ook de mensen uit mijn persoonlijke netwerk die mij steeds bij elke hobbel moesten horen zuchten, die mij zonder weerwoord uit lieten razen als de stress soms te veel werd. Mijn man, kinderen en uiteraard ook de helden uit mijn klas met hun feedback en nuchterheid. Zij zijn geweldig! Ook bedank ik degene die mij heeft aangemoedigd en heeft voorzien van genoeg zelfvertrouwen om deze bachelorproef te schrijven, Els Pereira. Ze heeft mij het gevoel gegeven dat ik altijd met elke vraag bij haar terecht kon.

Als laatste wil ik de mensen bedanken die mij hebben ondersteund en regelmatig hebben verteld, dat er geen goede of foute manier is om een bachelorproef te schrijven. Hiermee bedoel ik natuurlijk Britt Fontaine, Evert van der Veen, maar vooral Eefje van der klauw. Ik bedank hen voor al hun adviezen bij het schrijven van deze bachelorproef.

Freeke de Vries

Nootdorp, 30 april 2020

Inhoudsopgave

[Samenvatting 3](#_Toc40613954)

[Voorwoord 5](#_Toc40613955)

[1. Probleembeschrijving 9](#_Toc40613956)

[§1.1 Aanleiding 9](#_Toc40613957)

[§1.2 Context 10](#_Toc40613958)

[1.2.1 Organisatie 10](#_Toc40613959)

[1.2.2 Belangrijke concepten 11](#_Toc40613960)

[1.2.3 Manifest 12](#_Toc40613961)

[1.2.4 Beleid 12](#_Toc40613962)

[1.2.5 Locatie Waddenzee 60-Robbengat 1 12](#_Toc40613963)

[2. Probleemanalyse 13](#_Toc40613964)

[3. Literatuuronderzoek 15](#_Toc40613965)

[4. Probleemdefinitie 18](#_Toc40613966)

[5. Doel, hoofdvraag en deelvragen 19](#_Toc40613967)

[§5.1 Het onderzoeksdoel 19](#_Toc40613968)

[§5.2 Hoofdvraag 19](#_Toc40613969)

[§5.3 Deelvragen 19](#_Toc40613970)

[6. Onderzoeksopzet 20](#_Toc40613971)

[§6.1 Type onderzoek 20](#_Toc40613972)

[§6.2 Eindproduct 20](#_Toc40613973)

[§6.3 Onderzoeksmethode 20](#_Toc40613974)

[§6.4 Selectie van de ondervraagde 20](#_Toc40613975)

[§6.5 Analyse 21](#_Toc40613976)

[§6.6 Betrouwbaarheid 21](#_Toc40613977)

[§6.7 Validiteit 21](#_Toc40613978)

[§6.8 Toestemming opdrachtgever 22](#_Toc40613979)

[§6.9 Uitvoering 22](#_Toc40613980)

[7. Analyseren en resultaten 24](#_Toc40613981)

[§7.1 Deelvraag 1: Hoe wordt er op dit moment omgegaan met cliënten met de comorbiditeit LVB en psychiatrische problematiek? 25](#_Toc40613982)

[§7.1.1 Deelconclusie bij deelvraag 1. 26](#_Toc40613983)

[§7.2 Deelvraag 2: Waar hebben begeleiders behoefte aan m.b.t. de ontwikkeling van richtlijnen en beleid bij de begeleiding van cliënten met de comorbiditeit LVB en psychiatrische problematiek? 27](#_Toc40613984)

[§7.2.1 Deelconclusie bij deelvraag 2. 29](#_Toc40613985)

[§7.3 Deelvraag 3: Wat is er vanuit de organisatie nodig met betrekking tot de ontwikkeling van beleid/richtlijnen voor de begeleiding van cliënten met LVB en psychiatrische problematiek? 30](#_Toc40613986)

[§7.3.1 Deelconclusie bij deelvraag 3. 31](#_Toc40613987)

[8. Conclusie 33](#_Toc40613988)

[§8.1 Deelvraag 1: Hoe wordt er op dit moment omgegaan met cliënten met de comorbiditeit LVB en psychiatrische problematiek? 33](#_Toc40613989)

[§8.2 Deelvraag 2: Waar hebben begeleiders behoefte aan m.b.t. de ontwikkeling van richtlijnen en beleid bij de begeleiding van cliënten met de comorbiditeit LVB en psychiatrische problematiek? 33](#_Toc40613990)

[§8.3 Deelvraag 3: Wat is er vanuit de organisatie nodig met betrekking tot de ontwikkeling van beleid/richtlijnen voor de begeleiding van cliënten met LVB en psychiatrische problematiek? 33](#_Toc40613991)

[§8.4 Beantwoording van de hoofdvraag 34](#_Toc40613992)

[9. Discussie 36](#_Toc40613993)

[Literatuurlijst 38](#_Toc40613994)

[Bijlage 1: Interviewleidraad 40](#_Toc40613995)

[Bijlage 2: Topicboom 41](#_Toc40613996)

[Bijlage 3: Manifest van Ipse de Bruggen 43](#_Toc40613997)

# 1. Probleembeschrijving

## §1.1 Aanleiding

De afstudeerorganisatie is Stichting Ipse de Bruggen (IDB). IDB krijgt steeds meer te maken met cliënten met psychische problematiek. Hierdoor verandert de doelgroep. Het lijkt lastig te zijn voor begeleiders om op de juiste manier te anticiperen op de nieuwe problematiek. Voorbeeldlocatie Waddenzee 60-Robbengat 1 kreeg in de zomer van 2017 te maken met een cliënt die een acute psychotische stoornis ontwikkelde.

Zodra de begeleiding merkte dat deze cliënt psychotisch gedrag vertoonde (waar ze nog niet eerder mee te maken had gehad) werden de problemen in rap tempo groter. De grootste problemen in de begeleiding van deze cliënt met een psychotische stoornis lagen bij het aansluiten bij de behoeftes van de cliënt. Het was niet duidelijk wat de oorzaak was van het probleemgedrag van de cliënt, waardoor het lastig was om de behoeftes in kaart te brengen. Door organisatorische problemen duurde het uiteindelijk tot maart 2018 voor de diagnose Psychotische stoornis gesteld werd door een psychiater. In de tussentijd is met diverse disciplines een plan bedacht om de begeleiding beter aan te laten sluiten bij de behoeftes van de cliënt. Daarvoor is onder andere ook contact geweest met het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE).

Uit het rapport van het CCE bleek dat het traject wat op de locatie was gelopen, in hun ogen zeer succesvol was. Waarna hetzelfde traject ook is gestart op vier andere locaties binnen IDB. Het traject duurde ongeveer een jaar met onder andere intensieve begeleiding door het Interne Expertise Team (IET) van IDB, beeldvorming dagen en Video Feedback Interventie.

Na dit traject werd een eenduidige begeleiding gehanteerd door het gehele team van de locatie. De kennisoverdracht op nieuwe teamleden verliep aanvankelijk soepel. Toen vijf vaste teamleden werden vervangen door nieuwe begeleiders bleek de begeleiding door deze nieuwe begeleiders niet te voldoen. Er was echter geen mogelijkheid om eenzelfde traject uit te voeren met nieuwe begeleiders. Dit bleek niet alleen zo te zijn op locatie Waddenzee 60-Robbengat 1, maar ook in meer of mindere mate op vier andere locaties die hetzelfde traject hadden doorlopen.

Wat opviel gedurende het gehele proces om de begeleiding te laten aansluiten op de behoeften van de cliënten met psychische problematiek, was het gebrek aan een richtlijn of informatie over hoe te handelen. Bij elk nieuw gesignaleerd gedrag vonden gesprekken plaats met alle betrokken disciplines om te kijken hoe we met dit specifieke stukje om konden gaan. Tijdens deze gesprekken met gedragsdeskundigen en andere disciplines viel het op dat iedere locatie op een bepaalde manier “het wiel uit heeft moeten vinden”. Tussen begeleiders werd regelmatig gesproken over manieren waarop dit makkelijker zou moeten kunnen. Ook veranderde het gedrag van cliënten zo snel (in sommige gevallen waren elke dag nieuwe uitingen van gedrag) dat het voor zowel de begeleiders als de disciplines niet bij te houden was.

## §1.2 Context

### 1.2.1 Organisatie

IDB is een organisatie die zorg biedt aan mensen met een handicap. IDB is met 390 locaties, 4445 cliënten en 5568 medewerkers één van de grootste zorgverleners in Zuid-Holland. Er zijn 3 landgoederen met 2500 bedden en 1000 plaatsen met dagbesteding (Ipse de Bruggen, z.j.-a en Ipse de Bruggen, z.j.-b). IDB biedt zorg aan op het gebied van wonen, werken, leren en recreatie. In het organogram (figuur 1) is te zien op welke manier IDB is opgebouwd.

Figuur 1: Organogram Stichting Ipse de Bruggen (2016)

Binnen IDB richt dit onderzoek zich op de locaties die zich bevinden op en rondom het buurtschap Craeyenburch in Nootdorp. Op en rondom dit buurtschap wonen ongeveer 350 mensen met een verstandelijke beperking in kleine groepen van gemiddeld zes cliënten. Op het buurtschap zijn diverse voorzieningen, waaronder: specialistische zorg en therapie (zoals fysiotherapie, ergotherapie en logopedie), zwembad, sportzaal, manege, sport- en hobbyclubs, belevingscentrum met kassen en tuinen en centra voor dagbesteding (Ipse de Bruggen, z.j.-c).

### 1.2.2 Belangrijke concepten

Definities van een verstandelijke beperking zijn niet eenduidig en ook de benaming is veranderlijk gebleken. Zo werd in het verleden gesproken over een verstandelijke handicap of zwakzinnigheid (Vandereyken, Hoogduin&Emmelkamp, 2008). Volgens de Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders vijfde editie (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2014) is bij het diagnosticeren van een verstandelijke beperking van belang dat niet te veel gekeken wordt naar uitkomsten van Intelligentiequotiënttesten. Hierbij wordt gesproken van een verstandelijke beperking bij een testscore (bij een test met een standaardafwijking van vijftien en een gemiddelde van 100) tussen 50 en 75 (70±). De DSM-5 onderscheidt vier niveaus van verstandelijke beperking: licht, matig, ernstig en zeer ernstig. Vervolgens wordt voor deze vier niveaus beschreven (op conceptueel, sociaal en praktisch vlak) wat de mate is waarin de betrokkene voldoet aan de standaarden van persoonlijke zelfstandigheid en sociale verantwoordelijkheden in vergelijking met anderen met dezelfde sociaal-culturele achtergrond en leeftijd. Om te kunnen bepalen of iemand een verstandelijke beperking heeft, is het van belang dat degene die de diagnose uitvoert alle facetten meeneemt. In dit stuk wordt vooral gekeken naar cliënten met een licht verstandelijke beperking (LVB), waarbij volgens de DSM-5 (2014) wordt gezegd dat het verstandelijk functioneren duidelijk onder het gemiddelde functioneert (een individueel toegepaste IQ-test geeft dan een score aan tussen de 50-55 tot ongeveer 70). Gelijktijdig zijn tekorten in of beperkingen van het huidige aanpassingsgedrag aanwezig op tenminste twee van de volgende terreinen: zelfverzorging, zelfstandig kunnen wonen, communicatie, gebruikmaken van gemeenschapsvoorzieningen, zelfstandig beslissingen nemen, sociale en rationele vaardigheden, ontspanning, werk, gezondheid en veiligheid. Ook is een voorwaarde dat het begin van de verstandelijke beperking ligt voor het achttiende jaar.

Bij een psychotische stoornis is sprake van een veranderde beleving van de werkelijkheid die het waarnemen, denken en de emoties beïnvloedt. Wanen, hallucinaties, problemen met samenhangend spreken, motivatieproblemen en gedesoriënteerd gedrag zijn daarbij de belangrijkste symptomen. Een psychose is het definiërende kenmerk van een groep psychische stoornissen die in de DSM-5 onder de term ‘schizofreniespectrum’ worden geordend en die in dit stuk psychotische stoornissen worden genoemd. De inhoud van psychotische stoornissen is vaak erg negatief, heeft een grote impact op mensen en heeft veel betekenis voor mensen. Bij een psychotische stoornis heeft een cliënt altijd één of meer psychotische symptomen (zoals hierboven beschreven). Niet iedereen met een psychotische stoornis heeft al deze symptomen, maar ze komen in elke combinatie voor. Psychotische stoornissen worden veroorzaakt door een complex samenspel van omgevingsfactoren en erfelijke factoren. Of en in welke mate genetische gevoeligheid leidt tot een psychose wordt mede bepaald door omgevingsfactoren (GGZ-standaarden, z.j.-a).

Mensen met een psychotische aandoening krijgen vaak ook last van bijkomende psychiatrische problemen. Zoals depressies (50%), obsessief-compulsieve klachten (23%), posttraumatische klachten (29%) en verslaving/problematisch gebruik van middelen (47%). De start van een psychotische stoornis kan zowel sluipend zijn als acuut. Het beloop is vervolgens wisselend. Hoewel bij twee derde van de mensen die voor het eerst een psychose krijgen, de symptomen helemaal verdwijnen, komt bij vier op de vijf cliënten de psychose vaker terug. Sommige cliënten hebben slechts een enkele terugval en functioneren daarna zonder symptomen, terwijl anderen symptomen blijven houden en regelmatig terugkerende psychotische episodes ervaren. Alles hier tussenin komt voor (GGZ-standaarden, z.j.-b).

### 1.2.3 Manifest

Binnen IDB is kwaliteit van zorg erg belangrijk. Er wordt gewerkt volgens de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Om te beschrijven wat voor IDB belangrijk is, is in 2016 het Manifest (Ipse de Bruggen, 2016) opgesteld. Voor dit onderzoek is het manifest relevant om te begrijpen hoe door de organisatie naar cliënten wordt gekeken. De ervaring leert dat in situaties, waarbij het gaat om psychotische stoornissen in de gehandicaptenzorg vaak terug wordt verwezen naar locaties voor GGZ-hulpverlening. Ook als dit niet in het belang van de cliënt is. IDB zegt in zijn manifest de cliënt centraal te zetten. In dit onderzoek zal dat ook het uitgangspunt zijn. Het manifest is te vinden in Bijlage 3.

### 1.2.4 Beleid

Na een uitgebreide zoektocht is binnen IDB geen informatie gevonden met betrekking tot beleid voor de combinatie met psychiatrische problematiek en LVB. Het dichtst in de buurt kwam een intern artikel over moeilijk verstaanbaar gedrag. Hierin werd gesteld (Ipse de Bruggen, z.j.-d) dat in 2018 een onderzoek zou starten, met als doel het komen tot een scholingsaanbod voor zorgprofessionals in de begeleiding van ernstig verstandelijk beperkten met moeilijk verstaanbaar gedrag. Dit onderzoek zal naar verwachting medio 2021 worden afgerond. Ook is er een intern document (Ipse de Bruggen, z.j.-e) dat beschrijft welke protocollen gevolgd dienen te worden bij incidenten rondom cliënten gelet op de diverse betrokken wetten. Verder zijn wel protocollen en beleidsstukken te vinden met betrekking tot agressie, bejegening en vergroting van kennis. Hieronder valt een beleidsnotitie: Anti-agressiebeleid voor medewerkers (Ipse de Bruggen, 2014) hierin staat de visie van IDB op agressie en geweld, de gedragscode van IDB, de taken van de medewerkers en de organisatie en de te volgen procedures bij agressie- en geweldsincidenten.

Naar aanleiding van het gevolgde traject is op de locatie Waddenzee 60-Robbengat 1 een aantal interventies ingezet om de begeleiding van de cliënt zo optimaal mogelijk te krijgen. Vanuit dit ‘plan’ kwam de vraag om ditzelfde in te zetten op onder andere de dagbestedings-locatie van cliënt. Dit is uiteindelijk gebeurd via informele overdracht. Het zou mogelijk een idee kunnen zijn om hier een formeel document van te maken.

### 1.2.5 Locatie Waddenzee 60-Robbengat 1

Deze woongroep bevindt zich aan de rand van landgoed Craeyenburch in Nootdorp. De woongroep bestaat uit één locatie met twaalf cliënten die verdeeld zijn over twee verschillende woningen, die gekoppeld zijn door middel van een gezamenlijke achtertuin en een tussendeur.

Op de locatie Waddenzee 60-Robbengat 1 werkt één team dat bestaat uit vijf begeleiders D, zeven begeleiders B, twee begeleiders A en twee leerlingen. Het team wordt geleid door een zorgmanager en ondersteund door een gedragsdeskundige en een arts verstandelijk gehandicapten (AVG-arts). Zo nodig beschikt het team over deskundigen in diverse disciplines waaronder logopedisten, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en specialistische begeleiders (vanuit IET) voor PAD-training en begeleidingsvragen.

In de eerste woning (Waddenzee 60) wonen drie vrouwen en drie mannen in de leeftijd van 26 tot en met 60 jaar. In de tweede woning (Robbengat 1) wonen één vrouw en vijf mannen in de leeftijd van 36 tot en met 72 jaar. Alle cliënten zijn licht tot matig verstandelijk beperkt en hebben een emotionele ontwikkeling tussen de achttien maanden en vijf jaar. Eén van onze cliënten is gediagnostiseerd met een psychotische stoornis en wordt begeleid door middel van één-op-één begeleiding. Verder hebben alle cliënten bijkomende problematiek, waaronder hechtingsproblemen, autisme en het fragiele X-syndroom.

# 2. Probleemanalyse

Er wordt door cliënten met psychiatrische problematiek steeds vaker aangeklopt bij gehandicaptenzorginstellingen. De gehandicaptensector heeft echter niet altijd de juiste kennis en kunde in huis om deze cliënten goed te kunnen begeleiden (Zorgvisie, 2018). Onder deze cliënten zijn ook enkele honderden die de combinatie licht verstandelijke beperking en psychische problemen hebben. Dit is echter een groep waar de gehandicaptenzorg niet op is toegerust, aangezien psychiatrische klachten geen regulier onderdeel zijn van de gehandicaptenzorg.

Ditzelfde is ook te merken in de voorbeeldlocatie. Hier kwam een cliënt binnen op de locatie die in 2017 een psychotische stoornis had ontwikkeld. Na een intensief traject met interventies en teamdagen (ter vergroting van de kennis en ervaring in het team) bleek dat door veranderende problematiek en het veranderen van de teamleden de zorg niet goed bleef aansluiten bij wat de cliënt nodig had. Het was voor het team niet duidelijk wat de oorzaak van de psychotische stoornis was. Het blijven anticiperen op en bedenken van oplossingen vroeg erg veel van het team.

De oorsprong van het probleem ligt volgens Zorgvisie (2018) bij de afbouw van de klinische capaciteit in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) zonder dat alternatieve opvang voor deze specifieke groep mensen is geregeld. Een gedeelte van dit probleem wordt opgelost door voorzieningen te starten waar professionals uit zowel de ggz als de gehandicaptenzorg werkzaam zijn. Binnen Ipse de Bruggen bestaat zo’n gezamenlijk behandelcentrum waar samen wordt gewerkt met de Parnassia Groep. Dit lijkt echter niet voldoende te zijn om de problematiek op te vangen. Hierdoor wordt met enige regelmaat een cliënt met o.a. een psychotische stoornis in de intramurale gehandicaptenzorg geplaatst. Bij die plaatsing blijkt vaak dat de begeleiding inhoudelijk niet altijd aansluit bij hetgeen de cliënt nodig heeft (Neijmeijer, Moerdijk, Veneberg, & Muusse, 2010).

Volgens Philip van der Poel (2019) is het percentage cliënten met een dubbele of zelfs driedubbele diagnose in de gehandicaptenzorg gegroeid van 32,5% in 2011 naar 44,5% in 2017. De verklaring voor die groei valt volgens Frank Bluiminck als directeur van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) vooral samen met de ambulantisering in de ggz: “Cliënten die voorheen in aanmerking kwamen voor een bed in de ggz uiten hun zorgvraag nu ergens anders”. De toename van psychische problematiek in de gehandicaptenzorg wordt ook door Bluiminck gezien. Hij zegt daarover: “Door de toename van deze complexe cliënten kost het steeds meer moeite om een passende plek voor ze te vinden. Met enige regelmaat blijkt dat na een crisissituatie (met betrekking tot psychische problematiek) een cliënt niet geplaatst kan worden binnen de ggz door een gebrek aan bedden. Op zo’n moment werd uit nood vaak gekozen om (in plaats van de psychische problematiek) de verstandelijke beperking centraal te zetten. De zorg werd dan overgenomen door de gehandicaptenzorg”. Die toestroom zorgt volgens Bluiminck voor de nodige problemen. Zo wil de gehandicaptenzorg deze zorg wel op zich nemen, omdat deze cliënten niet per se verkeerd zitten. Ook heeft de gehandicaptenzorg deze mensen ook echt iets te bieden. Door de psychiatrische achtergrond van deze cliënten is alleen ook kennis en kunde van de ggz nodig. Over het algemeen beschikt de gehandicaptenzorg niet over de psychiatrische kennis voor de behandeling van psychoses of depressies (Van der Poel, 2019).

Binnen de opleiding voor begeleider gehandicaptenzorg wordt op dit moment nauwelijks tot geen aandacht besteed aan kennis over psychotische stoornissen (Benschop, 2017). Medewerkers in de gehandicaptenzorg kunnen weliswaar aankloppen bij het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE), maar dan zijn de problemen op de werkvloer meestal al een behoorlijke tijd bezig (Zorgvisie, 2018). Op het moment dat begeleiders van een locatie tegen een gebrek aan expertise aanlopen, is het gebruikelijk om te kijken naar een richtlijn of beleid rondom dit onderwerp. Binnen IDB is over dit onderwerp geen richtlijn en/of beleid te vinden. Dit vergroot de verwarring die begeleiders voelen met betrekking tot wat de volgende stap is.

De zorgmanager (tevens opdrachtgever van dit onderzoek) (Persoonlijke communicatie, 13 oktober 2019) van de eerdergenoemde locatie ziet dat een probleem bestaat in de begeleiding van de eerdergenoemde specifieke cliënt en helpt actief mee naar het zoeken van een oplossing. Ook zou een mogelijk gevonden oplossing ervoor zorgen dat de locatie is voorbereid op nieuwe cliënten met vergelijkbare problematiek. Het gebrek aan richtlijnen en beleid is volgens de zorgmanager een goede focus om dit onderzoek richting te geven. Het is voor hem de vraag of dit mogelijk verlichting zou kunnen bieden in de begeleiding. Ook sluit dit aan bij de vraag van de zorgmanager om een structurele oplossing te vinden voor deze en eventuele volgende cliënten met dezelfde problematiek. Andere belanghebbenden zijn de betrokken gedragsdeskundigen en de arts verstandelijk gehandicapten (AVG). Door de directeur volwassenzorg (persoonlijke communicatie, 25 november 2019) is aangegeven dat de veranderingen in de zorg een groot aandachtspunt zijn. Hierbij zijn geen concrete uitspraken gedaan over de ontwikkeling van beleid/richtlijnen.

Er worden samenwerkingsverbanden genoemd tussen IDB met Rivierduinen, GGZ Delfland, Gemiva, MEE Zuid-Holland Noord, Steinmetz/De Compaan en de Parnassia Bavo Group. Deze samenwerkingsverbanden gelden echter alleen op een aantal vastgestelde locaties en de expertise wordt buiten deze locaties niet gedeeld (Ipse de Bruggen, 2018).

# 3. Literatuuronderzoek

**Zorg in transitie**

Men spreekt volgens Baart, Van Dijke, Ouwerkerk en Beurskens (2011) van een transitie indien de beoogde veranderingen verder reiken dan alleen aanpassingen van een organisatie aan veranderende omstandigheden. Er wordt slechts gesproken van een transitie als de veranderingen het effect hebben, dat alle andere aspecten over een langere periode mee veranderen. Transities gaan dus om complexe, zeer grote, langdurige omschakelingen met verstrekkende gevolgen in een heleboel gerelateerde en geïmpliceerde systemen.

De langdurige zorg is in transitie. Dit is voor een groot deel het gevolg van de invoering van de wet zorg en dwang (Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport, z.j.). Deze wet zal wordt ingevoerd op één januari 2020 en heeft als belangrijkste uitgangspunt “Nee, tenzij…”. Daarnaast zijn in de GGZ veel onduidelijkheden en bezuinigingen. Hierdoor zijn er steeds meer cliënten die, worden behandeld in de gehandicaptenzorg in plaats van in de GGZ. Door de wet zorg en dwang, is het voor begeleiders moeilijker geworden om vrijheidsbeperkende maatregelen door te voeren. Door het gebrek aan kennis en ervaring van de begeleiders die werkzaam zijn in de gehandicaptenzorg lopen de escalaties echter wel op.

Volgens Philip van der Poel (2019) is het percentage van cliënten met een dubbele en driedubbele diagnose in de gehandicaptenzorg gegroeid van 32,5% naar 44,5% tussen 2011 en 2017. De reden daarvoor valt volgens Frank Bluiminck (directeur VGN) samen met de ambulantisering in de GGZ. Immers moeten de cliënten die eerst in aanmerking kwamen voor een bed in de GGZ, nu op zoek naar een andere plek. Helaas hebben we over het algemeen niet de psychiatrische kennis voor de behandeling van psychoses of depressies (Van der Poel, 2019).

**Onderzoeken naar organisatievernieuwing en aansluiting bij veranderende doelgroep.**

Wim van Noort (2002) heeft voor zijn onderzoek naar organisatievernieuwing gekeken naar vijf verschillende onderzoeken. Eén van de conclusies die hij trekt is dat zorginstellingen een monopolypositie hebben. De cliënten kunnen niet kiezen waar ze terecht komen en de instellingen lopen niet het risico om cliënten kwijt te raken. Dit zou een kunnen verklaren waarom instellingen niet of te weinig prikkels krijgen om doelmatiger en klantgerichter te werken. Verder wordt aangegeven (Van Noort, 2002) dat de veranderingen in het overheidsbeleid ervoor hebben gezorgd dat instellingen moeten voldoen aan een grotere vraag naar zorg, terwijl ze ondertussen doelmatiger moeten gaan werken. Ook moet er vraaggestuurde en klantvriendelijke zorg worden geleverd, én moet de kwaliteit van de zorg worden verbeterd. Dit terwijl ondertussen ook rekening gehouden moet worden met de belangen, standpunten en wensen van de zorgverzekeraars en de cliënten met hun netwerk.

Vallenga en Goren (2018) vermelden dat begeleiders en behandelaren in de zorg voor mensen met LVB en in de GGZ worden geconfronteerd met cliënten met de combinatie van LVB en psychiatrische problemen. Begeleiders uit beide doelgroepen ervaren dat diagnostiek en behandeling van deze cliënten vraagt om specifieke kennis over beide doelgroepen. Dit zorgt voor complexiteit in de hulpverlening. Regelmatig lukt het niet om aan te sluiten op de behoeftes en wensen van de cliënt, waardoor gedragsproblemen op de voorgrond blijven staan. Het is volgens Vallenga en Goren (2018) nodig dat mensen met een verstandelijke beperking en psychiatrische problemen genieten van de zorg van beide specialismen: LVB-zorg en GGZ. Om die reden in het noodzakelijk dat hulpverleners uit beide sectoren samenwerken. Hierbij is het belangrijk om niet alleen inhoudelijk samen te werken; juist een organisatorische samenwerking tussen zorgaanbieders is onontbeerlijk. In het onderzoek van Vallenga en Goren (2018) bleek dat eerdere samenwerkingen bleven hangen op organisatorisch niveau en niet doorzetten naar cliëntniveau. Dit ten gevolge van een gebrek aan overzicht over de verschillende afspraken, tijdgebrek, beperkte motivatie en strubbelingen binnen de eigen organisaties. Nadat op initiatief van een psychiater een kennisteam werd gestart, is voor de organisaties die deelnamen aan de samenwerking een intern lesprogramma gestart waarbij het delen van kennis en het bevorderen van de samenwerking centraal stond. Eén van de deelnemers benoemde: “We zijn onbewust onbekwaam”. De huidige gespecialiseerde behandelcentra (waar dus al wel samen wordt gewerkt) hebben lange wachtlijsten, waardoor cliënten regelmatig via een achterdeur in de LVB-zorg terecht komen.

In het artikel van Vallenga en Goren (2018) wordt eenzelfde voorbeeld beschreven als de aanleiding voor dit onderzoek. Het laat zien dat er een tekort is aan kennis en ervaring, maar ook dat er gaten zitten in het beleid. Zo ontbreekt volgens Vallenga en Goren (2018) een goed crisisbeleid. Een crisisbeleid waarbij proactief crisisplannen worden opgesteld voor mensen die het risico lopen om psychiatrisch te ontregelen. Ook is volgens Vallenga en Goren (2018) behoefte aan een ‘crisisunit’, zodat cliënten buiten de vaste woonlocatie tot rust kunnen komen.

Ook Dekker en Groen (2018) vermelden dat een goede samenwerking tussen hulpverleners uit de GGZ en de LVB-zorg noodzakelijk is. Er is volgens hen nog onvoldoende aandacht voor en kennis over de psychische stoornissen in de LVB-zorg. Net als Vallenga en Goren (2018) werken ook Dekker en Groen (2018) in kennisteams aan de ontwikkeling van beleid en wordt gewerkt aan diverse methodes om de kennis en expertise bij hulpverleners uit beide doelgroepen te vergroten. Helaas wordt het niet duidelijk wat concreet is bereikt met deze kennisteams. Wel wordt vermeld dat de begeleiders die deelnemen erg tevreden zijn over de stappen die zijn gezet.

**Geschiedenis van het huidige beleid**

Volgens Putters (2015) moet bij het ontwikkelen van beleid stap voor stap gekeken worden of de geleverde voorzieningen ook de gezondheidsdoelen dichterbij brengen. Als dit niet het geval is, dan moet het beleid worden aangepast totdat dit wel het geval is.

Burm en de Kruijf (2007) zeggen dat het beleid van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) erop gericht is om voorwaarden te scheppen voor een kwalitatief goed, toegankelijk en ketengericht aanbod van zorg dat aansluit bij de zorgvraag van cliënten. Om dit te bereiken is het nodig dat de zorgverleners, zorgverzekeraars en de cliënten zelf een goede samenwerking organiseren. De minister ziet zichzelf daarin vooral een faciliterende en stimulerende rol hebben. Burm en Kruijf (2007) constateren dat hoewel betere afstemming in de zorg wenselijk wordt geacht, dit niet in meetbare doelen wordt vertaald. Het is de taak van de beleidsmakers om te onderzoeken of de instrumenten die worden ingezet toereikend zijn en of het huidige beleid voldoet aan de vraag. Om dit te bevorderen moeten heldere doelen worden gesteld en is het nodig dat wordt gedaan aan goede monitoring van het bereikte. Ook wordt door Burm en Kruijf (2007) gesignaleerd dat beleidsmakers nalaten om gemaakte beleidsstukken te evalueren, eventueel aan te passen én dat er te weinig wisselwerking plaatsvindt tussen beleidsmakers en de zorgverleners op de werkvloer.

**Ontwikkeling van beleid**

Beleid kan op veel verschillende manieren worden benaderd (Maarse, 2018). Hierbij worden de doelrationele, de constructivistische, de normatieve, de politieke en de institutionele benadering onderscheiden. Elke benadering correspondeert met een eigen type beleidsanalyse. Dat beleid en problemen nauw samenhangen lijkt logisch. Beleid wordt immers opgesteld in een poging om problemen te verhelpen of in ieder geval om die problemen minder te maken. Hoewel een probleem het volgens Maarse (2018) verdient om verholpen te worden, krijgen sommige problemen wel aandacht van de beleidsmakers en andere niet. Het belangrijkste probleem bij het aanpakken van een probleem met beleid ligt in de vraag wie als probleemeigenaar aangemerkt kan worden. Wie is of wie zijn verantwoordelijk? Wie moet dan vervolgens het probleem aanpakken. Ook kan vervolgens veel tijd verloren gaan waarin de beleidsmakers discussiëren over hoe het probleem gedefinieerd moet worden.

Volgens boom hoger onderwijs (z.j.) is beleid bedoeld om iets voor elkaar te krijgen. Ofwel om een oplossing te vinden voor een probleem, een beweging in gang te zetten of om een doel te bereiken. Het proces om beleid te schrijven verloopt in vijf verschillende fasen die samen de (PDCA) beleidscyclus vormen. In de eerste fase wordt bepaald of het onderwerp een plaats heeft op de beleidsagenda. In de tweede fase wordt het vraagstuk in kaart gebracht. In de derde fase worden beleidsmaatregelen gekozen. In de vierde fase worden de beleidsmaatregelen uitgevoerd en in de vijfde en laatste fase worden de beleidsmaatregelen geëvalueerd. Als blijkt in de vijfde fase dat het beleid zijn doelen niet (voldoende) heeft behaald, dan kan dat reden zijn om weer vanaf de eerste fase te beginnen. Deze cyclus is een continu proces. Hij wordt voortdurend bijgesteld op basis van de ervaringen en lessen uit de praktijk.

# 4. Probleemdefinitie

Uit de probleemanalyse is naar voren gekomen dat één van de grootste problemen waar tegenaan wordt gelopen het gebrek aan beleid en richtlijnen is. Dit vooral met betrekking tot de omgang met de veranderende doelgroep binnen IDB. Medewerkers missen de kennis en ervaring die nodig is om de begeleiding naar cliënten met psychische problematiek in combinatie met LVB optimaal te krijgen en te houden. Binnen IDB zijn weliswaar samenwerkingsverbanden aangegaan met GGZ-instellingen, maar de opgedane kennis wordt niet gedeeld met de rest van de organisatie. Hierdoor blijven woongroepen zoals de voorbeeldlocatie aanmodderen en worden ze gedwongen om zelf “het wiel uit te vinden”.

In het literatuuronderzoek is onder andere gekeken naar hoe andere organisaties omgaan met de huidige problemen bij IDB. Daaruit komt naar voren dat het noodzakelijk is dat samen wordt gewerkt door medewerkers uit zowel de GGZ als uit de GHZ. Dit wordt echter nog niet gedaan op de werkvloer, maar hoofdzakelijk door psychiaters, gedragsdeskundigen en artsen. Het blijft daarin zoeken wie de probleemeigenaar is. De vraag blijft hoe de medewerkers op de werkvloer dit zien. Hebben zij zelf het gevoel dat ze ronddwalen zonder richting en is het nodig om (zoals aanbevolen in het literatuuronderzoek) kennisteams, richtlijnen en beleid op te stellen?

# 5. Doel, hoofdvraag en deelvragen

## §5.1 Het onderzoeksdoel

De doelstelling van dit onderzoek is het in kaart brengen in hoeverre een verband is tussen de problemen die worden ervaren door begeleiders in de gehandicaptenzorg en het gebrek aan beleid/richtlijnen met betrekking tot de begeleiding van cliënten met de comorbiditeit LVB en psychiatrische problematiek. Hierbij zal met name aandacht worden besteed aan de ervaringen van begeleiders die werkzaam zijn in de gehandicaptenzorg bij IDB-locatie Nootdorp. Aan het einde van dit onderzoek zal een advies worden gegeven over het ontwikkelen van beleid en richtlijnen voor het omgaan met cliënten met de comorbiditeit LVB en psychiatrische problematiek. In overleg met de opdrachtgever is ervoor gekozen om bij dit onderzoek een product aan te leveren dat direct steun kan bieden aan (ten minste) de voorbeeldlocatie.

## §5.2 Hoofdvraag

Welke problemen ervaren begeleiders van IDB (locatie Nootdorp) bij de begeleiding van cliënten met de comorbiditeit LVB en psychiatrische problematiek door het ontbreken van richtlijnen voor begeleiding en beleid van de organisatie voor deze doelgroep?

## §5.3 Deelvragen

1. Hoe wordt er op dit moment omgegaan met cliënten met de comorbiditeit LVB en psychiatrische problematiek?
2. Waar hebben begeleiders behoefte aan m.b.t. de ontwikkeling van richtlijnen en beleid bij de begeleiding van cliënten met de comorbiditeit LVB en psychiatrische problematiek?
3. Wat is er vanuit de organisatie nodig met betrekking tot de ontwikkeling van beleid/richtlijnen voor de begeleiding van cliënten met LVB en psychiatrische problematiek?

# 6. Onderzoeksopzet

In dit onderzoek is volgens Van der Donk en Van Lanen (2019) beschrijvend praktijkonderzoek plaatsgevonden. In een beschrijvend praktijkonderzoek wordt een thema of praktijksituatie in kaart gebracht. Er wordt gekeken hoe iets in elkaar zit. In dit geval is onderzocht welke problemen begeleiders van IDB (locatie Nootdorp) ervaren bij de begeleiding van cliënten met de comorbiditeit LVB en psychiatrische problematiek door het ontbreken van richtlijnen voor begeleiding en beleid van de organisatie voor deze doelgroep.

## §6.1 Type onderzoek

Bij dit onderzoek is sprake van kwalitatief onderzoek. Kwalitatief onderzoek houdt in dat er onderzoek gedaan is in het veld (fieldresearch), waarbij de onderzoeker de onderzochte personen in de omgeving als geheel onderzoekt (Verhoeven, 2018). Bij kwalitatief onderzoek wil de onderzoeker gedetailleerde informatie krijgen van de individuele deelnemers aan het onderzoek. Daarbij gaat het om de betekenis die aan die informatie wordt gegeven (Van der Donk & Van Lanen, 2019).

## §6.2 Eindproduct

Er is bij dit onderzoek gekozen om een eindproduct te maken waar de voorbeeldlocatie direct gebaat bij is. In overleg met de opdrachtgever is gekozen om een boek met teaminterventies te ontwikkelen. De focus hiervan zal vooral zijn om teamdagen te kunnen organiseren, zodat de kennis en ervaring van de teamleden verhoogd kan worden. In het boek zullen verschillende interventies staan die zijn onderverdeeld in verschillende doelen, waarmee d.m.v. teamdagen de kennis en ervaring van teamleden kan worden verhoogd.

## §6.3 Onderzoeksmethode

Het onderzoek is uitgevoerd door gebruik te maken van semigestructureerde interviews. De topics voor deze interviews zijn van tevoren opgesteld aan de hand van de literatuur en de deelvragen. Als instrument is een interviewleidraad gemaakt (bijlage 1). In de interviewleidraad is een stappenplan beschreven waarmee richting werd gegeven aan de afgenomen interviews (Van der Donk & Van Lanen, 2015).

## §6.4 Selectie van de ondervraagde

De interviews in dit onderzoek zijn afgenomen bij in totaal negen respondenten. Er is gekozen voor vijf respondenten die werkzaam zijn bij de voorbeeld-locatie. Het gaat hierbij om:

* Twee begeleiders D
* Eén begeleider B
* Eén begeleider A
* Eén leerling MBO4 (PBGZ)

Er is gekozen voor deze respondenten, omdat de opleidingen en de ervaringen die ze hebben opgedaan vanuit hun takenpakket in de verschillende functies erg divers zijn. Ook is gekozen voor deze respondenten, omdat de onderzoeker van mening is dat deze respondenten verschillend aankijken tegen de problematiek, die de aanleiding vormde voor dit onderzoek. Deze respondenten zijn naar verwachting van de onderzoeker een representatie van een gemiddeld woonbegeleidingsteam.

Ook is gekozen om vier respondenten te interviewen vanuit andere plekken uit de organisatie. Hiervoor is gekozen voor:

* Twee begeleiders D dagbesteding
* Eén gedragsdeskundige
* Eén medewerker van het IET

Er is gekozen voor deze respondenten aangezien ze aantoonbaar ervaring hebben met psychiatrische problematiek in de LVB-zorg. Verder is voor deze respondenten gekozen vanwege hun verschillen in opleidingsniveau en ervaring in het werkveld.

## §6.5 Analyse

Tijdens het afnemen van de interviews is gebruik gemaakt van opnames. Vervolgens werden de interviews verbatim uitgewerkt. Hierbij is alleen gebruik gemaakt van gesproken tekst. Eventuele (mogelijk relevante) non-verbale signalen van de respondenten zijn uitgevraagd door de onderzoeker. Dit om te zorgen dat de antwoorden zo compleet mogelijk zijn. De resultaten werden vervolgens op topic samengevoegd en door middel van een topic boom (bijlage 2) geanalyseerd om antwoord te geven op de deelvragen. Vervolgens zijn de uitkomsten vergeleken met het eerder gedane literatuuronderzoek om een conclusie te kunnen trekken en een passende aanbeveling te schrijven.

## §6.6 Betrouwbaarheid

Het is tijdens elk onderzoek mogelijk dat toevallige fouten worden gemaakt. Het is nodig om te kijken hoe vrij het onderzoek is van toevallige fouten (en daarmee ook hoe betrouwbaar het onderzoek is). Een onderzoek kan pas als betrouwbaar worden aangemerkt, als het onderzoek in principe nogmaals uit te voeren is door een andere onderzoeker en dat dit dan vergelijkbare resultaten op zou leveren (Verhoeven, 2018).

In dit onderzoek was het de bedoeling om de betrouwbaarheid te verhogen door alle interviews af te nemen op dezelfde dag en in dezelfde ruimte in het hoofdgebouw. De betrouwbaarheid van het onderzoek is enigszins verminderd, doordat het door externe omstandigheden bij interview 5 niet mogelijk was om het interview plaats te laten vinden in levenden lijve. In plaats hiervan is ervoor gekozen om dit interview af te nemen door middel van beeldbellen.

Verder is voor elk interview gebruik gemaakt van dezelfde interviewleidraad (bijlage 1), waarbij werd gewerkt met topics als leidraad in plaats van vragen. Door een proefinterview te houden werd de betrouwbaarheid van de topiclijst verhoogd.

Tot slot is gebruik gemaakt van peerfeedback. Er hebben vanuit een peergroepje drie collega-onderzoekers meegekeken met het onderzoek en de verslaglegging.

## §6.7 Validiteit

Met validiteit wordt gekeken of de geldigheid van het gedane onderzoek oké is. Er wordt bepaald in welke mate het onderzoek vrij is van systematische fouten (Verhoeven, 2018).

Resultaten zijn intern valide als je met de resultaten de juiste conclusies kunt trekken. Om te zorgen dat dit onderzoek zo intern valide als mogelijk is, is ervoor gezorgd dat de interviews zoveel mogelijk plaatsvonden op dezelfde dag in dezelfde ruimte. Ook werden alle interviews afgenomen door één onderzoeker. Dit voorkomt maturation. Door te kiezen voor respondenten van verschillende niveaus en uit drie verschillende groepen (wonen, dagbesteding en disciplines) is ook de selectie zoveel mogelijk gewaarborgd. Verder is voor alle respondenten gebruik gemaakt van dezelfde interviewleidraad (bijlage 1) wat heeft voorkomen dat toevallige fouten plaatsvonden met het instrument (Verhoeven, 2018).

Bij een goede externe validiteit lijkt de steekproef op een bepaald aantal relevante kenmerken op de populatie (Verhoeven, 2018). In dit onderzoek is de voorbeeldlocatie met de situatie in de aanleiding het uitgangspunt. Om die reden is gekozen voor de respondenten in dit onderzoek. De resultaten van dit onderzoek zouden echter wel degelijk generaliseerbaar kunnen zijn naar andere locaties binnen de organisatie. Om de kans daarop groter te maken is gekozen voor begeleiders dagbesteding (die cliënten ontvangen vanuit meerdere locaties van Ipse de Bruggen), een medewerker van het intern expertiseteam en voor een gedragsdeskundige die werkzaam is op zowel dagbesteding- als woonlocaties binnen IDB (locatie Nootdorp).

## §6.8 Toestemming opdrachtgever

In overleg met de opdrachtgever heeft deze zijn akkoord gegeven voor de onderzoeksopzet. Hij vindt het onderzoek erg nuttig en is tevreden over de opzet van het eindproduct.

## §6.9 Uitvoering

In dit onderzoek zijn in totaal negen interviews met diverse respondenten gehouden. De algehele uitwerking van de interviews staan in bijlage 4 (losse bijlage) welke los is bijgevoegd bij dit onderzoek. Deze gegevens werden vervolgens in een ander word-document geanalyseerd door gebruik te maken van een soort topicboom (bijlage 2). Hierbij zijn de relevante uitspraken van de respondenten geordend per topic en onder de deelvragen van dit onderzoek gezet. Door de uitspraken van de respondenten te koppelen aan de eerder gebruikte literatuur zijn vervolgens de deelvragen beantwoord. De interviews waren semigestructureerd, wat wil zeggen dat gebruik gemaakt werd van dezelfde interviewleidraad, waarbij dezelfde topics werden gebruikt (bijlage 1). Door dezelfde topics te gebruiken kreeg het interview richting en werden geen belangrijke onderwerpen overgeslagen. Verder was er voldoende ruimte om de vragen zó te stellen, dat ze pasten bij de respondenten en om door te vragen. Door verbanden te leggen kon een duidelijker beeld ontstaan over wat de begeleiding nodig heeft bij de ontwikkeling van beleid/richtlijnen voor de omgang met cliënten met de comorbiditeit LVB en psychiatrische problematiek. Tenslotte werd in dit onderzoek getracht om triangulatie van onderzoeksmethoden in te bouwen, namelijk: semigestructureerde interviews (met verschillende respondenten) en literatuurstudie (door het bestuderen van tekstbronnen).

Verhoeven (2018) zegt dat het bij een kwalitatieve analyse gaat over de betekenis die aan bepaalde situaties en gedrag wordt gegeven door mensen. Omdat de interpretatie van de onderzoeker niet allesbepalend kan en mag zijn in dit onderzoek, is ervoor gekozen om zoveel mogelijk met een open benadering naar de informatie van de respondenten te kijken.

Braun en Clarke (2006) benadrukken dat als niet bekend is op welke manier onderzoekers hun analyse hebben verricht, of welke aannames hun analyses ondersteunen, het moeilijk is om het gedane onderzoek te evalueren en de uitkomsten te vergelijken met die van andere onderzoeken over hetzelfde onderwerp. Ook kan het ervoor zorgen dat andere onderzoekers problemen krijgen als ze het onderzoek zouden willen herhalen. Dit kan gevolgen hebben voor de betrouwbaarheid. Om deze reden is voor dit onderzoek als methode voor het analyseren gebruik gemaakt van de milde benadering van de GT-versie die thematic analysis (thematische analyse) wordt genoemd (Braun & Clarke, 2006).

De thematische analyse wordt door Verhoeven (2018) beschreven in een zestal stappen.

* In stap één is eerst een verkenning gemaakt van de gegevens. In dit onderzoek is daartoe de informatie gefilterd (uiteengerafeld) op de drie deelvragen, waarbij per deelvraag alleen de relevante informatie is meegenomen.
* Vervolgens is in stap twee de tekst verder verdeeld en van een woord voorzien dat past bij de uitspraak.
* In stap drie is door de onderzoeker de (van een nummer voorziene) tekst verder onderverdeeld onder de topics die ook zijn gebruikt voor de onderzoekleidraad (bijlage 1).
* In stap vier is daarna nogmaals gekeken of de benamingen van de topics relevant genoeg zijn en of er eventueel nog meer topics afvallen.
* Ook zijn de topics in stap vijf onderverdeeld (met bijpassende nummers van de uitspraken) bij de deelvragen (bijlage 2).
* In stap zes is de gevonden structuur in de gegevens beschreven. De onderlinge relaties tussen begrippen is blootgelegd en is een boomdiagram gemaakt (bijlage 2).

# 7. Analyseren en resultaten

Om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag van dit onderzoek is het van belang om in kaart te brengen hoe de begeleiders denken over de huidige situatie rondom beleid/richtlijnen bij IDB. In dit hoofdstuk zal ik de analyse per deelvraag presenteren.

In de komende drie paragrafen zal de informatie die relevant is voor de beantwoording van de deelvragen worden gepresenteerd. Tijdens de interviews zijn open vragen gesteld aan de hand van topics die beschreven staan in een onderzoekleidraad. Naar aanleiding van de topics is doorgevraagd om de mening van alle respondenten te krijgen over alle onderwerpen. Hierbij kon het voorkomen dat een respondent het antwoord op een vraag niet wist. Ook dit kan relevant zijn voor het onderzoek en zal indien van belang ook benoemd worden.

De presentatie van de voor een specifieke deelvraag relevante informatie zal gedaan worden aan de hand van vier topics die uit de eerdere stappen in de analyse naar voren zijn gekomen.

Vervolgens zullen in dit hoofdstuk antwoorden worden geformuleerd op de deelvragen van dit onderzoek. Deze deelconclusies zullen worden getrokken door de onderzoeksgegevens uit het vorige hoofdstuk te vergelijken met de literatuur. De deelconclusies zullen per vraag worden weergegeven.

De nummers achter de citaten verwijzen naar de regelnummers waar het citaat te vinden is in de verbatim van de interviews.

## §7.1 Deelvraag 1: Hoe wordt er op dit moment omgegaan met cliënten met de comorbiditeit LVB en psychiatrische problematiek?

**Veranderende doelgroep:**

Alle negen respondenten hebben aangegeven dat de doelgroep is veranderd in de afgelopen jaren. Zo wordt gezegd: *“Een paar jaar geleden toen ik hier kwam waren het eigenlijk vooral matig verstandelijk beperkten. Die waren wel wat ouder, waarbij ook psychiatrische problematiek kwam kijken, zoals dementie. (…). Er is vooral sprake van veel psychische problemen bij de jongeren.” (590-597)* Ook door een andere respondent werd dit bevestigd: *“Als ik terugblik, dan lijkt die groep met psychiatrische problematiek toe te nemen, ja!”* (737-737)

**Vraaggericht werken:**

Over de vraag hoe nu om te gaan met deze veranderende doelgroep werd door alle respondenten aangegeven dat de begeleiding van deze doelgroep meer aandacht en energie vraagt dan die van cliënten zonder psychiatrische problematiek. Zo zegt een respondent:

*“Psychiatrie hoeft niet continue te zijn, dat is een verschil met de z... De z. is continue. De psychiatrie kan je inkomen, kan je uitkomen, maar in ieder geval veranderen ze steeds, wat ook aanpassing van begeleiding vraagt.” (12-14)*

En een andere respondent:

”*Dat heeft te maken met de mensen met psychiatrische problematiek, dat vraagt wel echt iets andere deskundigheid en vaardigheid. Juist van de begeleiders.”* (765-767)

Toen werd doorgevraagd over hoe de respondenten omgaan met cliënten die LVB zijn en ook psychiatrische problematiek laten zien werd door drie respondenten gezegd dat er regelmatig (vaak) te laat wordt gehandeld:

*“Ik denk dat wij heel vaak te laat zijn. Te laat zijn in het signaleren en in het die signalen goed weg kunnen zetten met ook de ondersteunende diensten. Dus voordat je in de hele keten elkaar serieus hebt genomen en voordat je dan de begeleidingsstijl krijgt en de ondersteuning krijgt ben je echt heel veel verder.” (261-264)*

Hoewel alle respondenten aangeven, dat zij in een crisissituatie van een LVB-cliënt met psychiatrische problematiek eerst contact opnemen (ofwel dat eerst contact opgenomen dient te worden) met de betrokken gedragsdeskundige, benoemen drie respondenten ook dat vervolgens een traject gestart kan worden met het Intern expertise team (IET). Ook gaven vijf respondenten aan dat ze het gevoel hebben, dat ze het wiel moesten uitvinden. Zo werd gezegd: “*Nou over het algemeen, doe je natuurlijk roeien met de riemen die je hebt, je doet maar wat.” (472)*

**Vergroten kennis:**

Bij het begeleiden van de doelgroep LVB- cliënten met psychiatrische problematiek geven alle respondenten aan dat bij de begeleiding van de psychiatrische kant een gebrek is aan kennis.

Vijf van de respondenten geven aan zelf onvoldoende kennis te hebben met betrekking tot de psychiatrische problematiek van de LVB-cliënten. Hierover wordt onder andere gezegd:

*“Als we het dan hebben over kennis van de psychiatrische problematiek. Ja, die heb ik nauwelijks.”*  (622)

*“Doordat ik nog niet zoveel kennis heb en eigenlijk ook geen GGZ-kennis van school heb meegekregen. Is dat vooral leren op de werkvloer, dus elke keer als er wat voordoet, dan... collega’s raadplegen, op je eigen gevoel afgaan. Wat is goed? Wat denk je wat goed is.” (1177-1180)*

De overige vier respondenten geven aan dat ze zelf wel voldoende kennis hebben, maar dat meer kennis nodig is, gezien de complexiteit van de doelgroep.

*“Een simpel broodje bakken kunnen we allemaal wel, maar een goed gebakje maken, dat kan niet iedereen. En dat is deze jongen. En dat is prima, maar dan moeten daar wel de middelen voor zijn.*” (217-218)

*“Dat je dan dus ziet… dat dus diegene met die extra hulpvraag… Ja dat lukt dan niet. Dus ja, dan is de oplossing dat die moet gaan verhuizen. En als je naar meer specialisatie gaat, dan is het zo dat je ook als begeleider weet dat die boosheid of die agressie op die groep kan zijn.” (796-799)*

**Delen GGZ-kennis:**

Door vier respondenten wordt de samenwerking met de GGZ-instelling Parnassia genoemd. De andere respondenten noemen deze samenwerking niet. Alle vier zeggen hierbij dat de expertise en kennis daar aanwezig is, maar dat deze niet gedeeld wordt met andere locaties. Zo wordt onder andere gezegd:

*“Het is echt een gesloten wereld.”* (52)

### §7.1.1 Deelconclusie bij deelvraag 1.

Net zoals Philip van der Poel (2019) aangaf, vertellen ook de respondenten in dit onderzoek dat het percentage van LVB-cliënten met een dubbele (of zelfs driedubbele) diagnose is gegroeid. Om hiermee om te gaan is het nodig dat er specifieke kennis is. Dit zorgt voor een complexiteit in de hulpverlening waardoor het niet altijd lukt om aan te sluiten bij wat een specifieke cliënt nodig heeft (Vallenga & Goren, 2018). De respondenten die voor dit onderzoek zijn ondervraagd hebben allen aangegeven dat de cliënten in deze doelgroep meer aandacht en energie vragen dan cliënten zonder een psychiatrische achtergrond. Van de negen respondenten die voor dit onderzoek zijn benaderd, hebben vijf respondenten aangegeven dat zij bij het omgaan met cliënten met de comorbiditeit LVB en psychiatrische problematiek het gevoel hebben ‘maar wat te doen’. Er wordt geen kennis gedeeld vanuit de GGZ- locatie waarbij samen wordt gewerkt met Parnassia (Ipse de Bruggen, 2018).

## §7.2 Deelvraag 2: Waar hebben begeleiders behoefte aan m.b.t. de ontwikkeling van richtlijnen en beleid bij de begeleiding van cliënten met de comorbiditeit LVB en psychiatrische problematiek?

**Vraaggericht werken**

Bij de vraag hoe er op dit moment daadwerkelijk wordt gehandeld om te blijven aansluiten op de begeleidingsvraag van cliënten met de comorbiditeit LVB en psychiatrische problematiek, gaven alle respondenten aan dat er eerst contact op wordt genomen met de gedragsdeskundige. Daarna zou volgens drie respondenten een traject gestart kunnen worden bij het IET. Door vier respondenten werd ook het CCE benoemd als mogelijkheid om expertise in te schakelen. Ook gaven zes respondenten aan dat ze een expert vanuit preventieve agressie training (PAT) in zouden schakelen om aan te kunnen blijven sluiten bij de zorgvraag van een cliënt.

De resterende respondenten gaven over zowel het IET, het CCE als de PAT niets aan. Hierbij werd door vijf respondenten aangegeven dat ze het gevoel hebben het wiel uit te moeten vinden. Daarover zegt 1 respondent: *“Want nu word je steeds van het kastje naar de muur gestuurd en moet je het zelf allemaal uitzoeken.” (1098-1099)*

**Vergroten kennis**

Aan de respondenten is gevraagd waar volgens hen behoefte aan is om de kennis in teams te vergroten. Hierop vertelden drie respondenten meer gebruik te willen maken van de samenwerking met Parnassia (GGZ). Hierover wordt onder andere gezegd: “*Die expertise is in huis, maar je komt er niet bij.” (78)* En *“Ik denk echt wel dat er heel veel mensen zijn die daarmee om kunnen gaan, maar die hebben een andere caseload. Dus hoe mag je in je specialisme werken?” (104-105)*

Vier van de negen respondenten gaven aan dat ze het IET vaker in wilden schakelen om de kennis van een bepaalde casus te vergroten. Wel werd aangegeven dat het samenwerken met het IET niet altijd gemakkelijk verloopt. *“Dan moet je opzoeken IET en dan komt die uiteindelijk weer bij één iemand terecht en die gaat dan weer kijken.”* (145-146)

Door drie respondenten werd vervolgens aangegeven dat ze hun eigen kennis probeerden te vergroten door met collega’s te spreken. *“Ik heb vrij veel met collega’s besproken van wat zou jij doen en wat zou jij doen…” (493-494)*

Eén van de respondenten gaf aan over bepaalde casussen voldoende kennis te hebben, maar het lastig te vinden om deze kennis over te dragen aan minder ervaren collega’s. *“Ik zie ook wel dat mijn jongere collega’s dat allemaal heel lastig vinden. Maar ik vind het dan ook weer heel lastig om mijn kennis en ervaring over te brengen op hen. Dat kost heel veel energie.” (1368-1370)*

Alle respondenten geven aan dat er behoefte is aan meer scholing. Zeven van de respondenten gaven echter ook aan dat deze scholing dan wel goed aan moet sluiten op wat een team nodig heeft.

*“Als ik mij nu wil opgeven voor een cursus over kennisverbetering over hechting, dan moet ik dat per se in het eigen team doen. Want je kan niet een cursus hechting meer doen. (…) Wat was ook alweer het verschil tussen een waan en een hallucinatie en er was nog een dingetje, maar hoe zit het dan met deze ook alweer? Geen idee, maar heel die kennis is er allemaal uitbezuinigt. Dus je hebt hem niet meer, maar je krijgt hem ook niet. Je kan hem niet vergaren. ” (388-397)*

*“Kennis is nooit verkeerd om extra op te doen. Alleen als het natuurlijk de juiste is (…) Niet dat je cliënt straks in gang B zit en dat je kennis van gang A gaat ontdekken.” (664-666)*

Twee respondenten gaven expliciet aan behoefte te hebben aan de expertise die een kennisteam zou kunnen bieden. Daarover zeiden ze onder andere: *“Overal mis ik een soort, wat nu de kennisteams heet. Mensen met ervaring.” (284)* En *“maar wel een kennisteam dat inderdaad ervaringen heeft met dergelijke situaties.” (639-640)*

**Beleid/richtlijnen**

Vier respondenten gaven aan dat het uitmaakt welke gedragsdeskundige je hebt en dat ze graag zouden zien dat het niet van de specifieke gedragsdeskundige af moet hangen hoe wordt ingespeeld op de hulpvraag van een cliënt.

*“Zou je niet een soort protocol moeten hebben. Dat het dus niet afhankelijk is van welke …of degene die je als gedragsdeskundige hebt gehad en daar wel of niet iets aan hebt gehad, gezien de vraag die er lag en dat dus ongeacht van wie er staan. (953-956) Op zich is ons vak dat wij van alles een beetje weten, maar op het moment dat de vragen specifieker worden. Dan is het belangrijk dat je ook weet waar je eigen kennis ophoudt als gedragsdeskundige. En dat je weet, oké dit is de basiskennis en die heb ik, maar dit wordt zo specifiek en die kennis heb ik niet. Het is niet erg dat je dat niet hebt, maar dan is het wel aan jou als gedragsdeskundige dat je iemand raadpleegt die het dus wel weet.” (982-989)*

*“Ja zeker, ik denk dat de gedragsdeskundige wel echt heel veel verschil uitmaakt. Wie jij hebt. We hebben een hele lieve en aardige gedragsdeskundige, maar wel zonder ervaring.” (1339-1342)*

Zes van de respondenten geven aan behoefte te hebben aan richtlijnen of beleid in de omgang met cliënten met de comorbiditeit LVB en psychiatrische problematiek.

*“Ja, die is er. Want je zoekt je eigen helemaal de rambam. Het is niet dat mensen niet willen. Ze weten het alleen niet en dat is spannend.” (100-101)*

*“Ja… Ik denk wel inderdaad een soort protocol, maar dan over een handvat om te gaan handelen. In plaats van uit het niets ineens het op je bordje te krijgen en dat je dan zelf zoekende wordt, want dat duurt ook alleen maar langer.” (1216-1219)*

Wel geeft hierbij één van de respondenten aan dat mensen verder moeten kijken dan alleen naar richtlijnen en/of beleid.

*“Ja, ik denk dat als jij geen ervaring hebt als D’er en je hebt inderdaad niet de contacten hier, dat het zeker noodzakelijk is. Maar ik vind dat… sommige mensen zouden daar best baat bij hebben. Maar je kan wel heel mooi op een protocol hebben staan: punt één je signaleert dat en dan ga je die…, maar dan ben ik ook bang dat mensen gewoon dat lijstje af gaan werken. Je moet dan natuurlijk wel je oogkleppen afdoen.” (1429-1433)*

Twee van de respondenten geven aan geen behoefte te hebben aan beleid of richtlijnen. Beiden geven aan dat richtlijnen te algemeen zijn om toe te kunnen passen op een individuele casus.

*“Richtlijnen of beleid niet per se, want dat is niet altijd op de cliënt of op de casus zelf. Of altijd van toepassing zo zwart/wit.” (638-640)*

Toen aan de geïnterviewde gedragsdeskundige werd gevraagd wat haar idee was over het ontwikkelen van richtlijnen en/of beleid voor de doelgroep werd aangegeven: *“Nou volgens mij is dit een beetje de richtlijn. Dat je ten alle tijden je vragen aan het IET kan stellen. Alleen je bent er niet toe verplicht. (…) En dan is de vraag die je ook even stelt van in hoeverre is dat dan bij gedragsdeskundigen bekend. Dat is natuurlijk de volgende vraag…” (839-912)*

Wel geeft ze aan dat in sommige gevallen de begeleider samen met de gedragsdeskundige het wiel aan het uitvinden is: *“Ja, klopt. Terwijl dat niet hoeft (…) Ipse kiest heel bewust nog niet voor een specifieke methode als het gaat om de MVG-groep (moeilijk verstaanbaar gedrag), maar gaat daar wel over nadenken. En van daaruit zullen dan ook wat meer richtlijnen komen denk ik.” (1042-1051)*

### §7.2.1 Deelconclusie bij deelvraag 2.

Er is door de respondenten aangegeven dat er een gebrek is aan kennis en expertise. Er werd (in verschillende vormen) aangegeven dat alle respondenten dit graag zouden willen verbeteren. Over het hoe zijn de respondenten het niet eens met elkaar. Het kan ook zijn dat, omdat niet alle respondenten dezelfde kennis en expertise hadden, ze niet alle mogelijke opties kenden. Ofwel hoe deze vorm gegeven zouden kunnen worden. In ieder geval willen alle respondenten graag dat er meer kennis komt die aansluit bij wat op dat moment nodig is, maar die ook is aan te passen in een situatie die snel kan veranderen. Om de kennis en expertise te verhogen is het mogelijk een oplossing om een hulpmiddel te hebben bij het organiseren van teamdagen. Volgens Dekker en Groen (2018) is een goede samenwerking tussen de verschillende hulpverleners noodzakelijk. Dit wordt door drie van de respondenten ook benoemd. Zij vertellen dat de expertise die te vinden is bij de samenwerking met de GGZ op dit moment onvoldoende wordt benut.

Vallenga en Goren (2018) zeggen dat er een tekort is aan kennis en ervaring, maar dat er ook gaten zitten in het beleid. Dit komt ook naar voren bij de antwoorden van de respondenten. Het is eigenlijk niet duidelijk of er beleid is. Wel geeft het merendeel aan behoefte te hebben aan beleid/richtlijnen, zodat duidelijker is wat gedaan moet worden in een crisis. Eén van de respondenten is gedragsdeskundige en deze respondent geeft aan dat er op dit moment richtlijnen zijn binnen IDB in de vorm van het IET. Helaas kan niet worden bevestigd door deze respondent of dit ook ergens beschreven staat binnen IDB. Ook wordt door de eerdergenoemde respondent aangegeven dat IDB bezig is om een methodiek te ontwikkelen die aan zou kunnen sluiten bij de hulpvraag van cliënten met de comorbiditeit LVB en psychiatrische problematiek. Dit is echter niet bekend bij de andere acht respondenten.

## §7.3 Deelvraag 3: Wat is er vanuit de organisatie nodig met betrekking tot de ontwikkeling van beleid/richtlijnen voor de begeleiding van cliënten met LVB en psychiatrische problematiek?

**Vergroten kennis**

Er wordt door alle respondenten aangegeven dat er behoefte is aan scholing in de vorm van trainingen. Wel zeggen de respondenten dat ze willen dat de trainingen beter aansluiten bij wat op dat moment nodig is op de locatie. Er moet echter snel geschakeld kunnen worden, omdat volgens de respondenten de informatie snel veroudert. *“Dan word je ergens in geschoold en dan een half jaar later is het weer een hele andere… manier van agressie of hoe je het ook allemaal noemt.” (508-514)*

Eén respondent geeft aan dat er onvoldoende kennis is bij de ondersteunende diensten. Deze respondent zegt: “*Dus je kan niets borgen. Daar begint het al mee. Terwijl dat in deze situatie dus echt heel belangrijk is. Je borgt niets, maar de kennis en ervaring die bijvoorbeeld bij ondersteunende diensten vandaan komt, dus bij gedragsdeskundigen of bij een paramedische dienst, die is er ook niet.” (328-335)*

**Behoeftes**

Aan de respondenten is gevraagd door de onderzoeker waar behoefte aan is op de voorbeeldlocatie en binnen IDB met betrekking tot het omgaan met cliënten met de comorbiditeit LVB en psychiatrische problematiek. Hierover gaven drie van de negen respondenten aan dat ze graag zouden zien dat gedragsdeskundigen (en mogelijk deskundigen uit andere disciplines) worden ingezet op basis van hun expertise bij een bepaalde casus in plaats van op een locatie.

*“Maar al zou je tachtig procent vaste casus hebben en twintig procent expertise. En als dat veel meer bekend is, maar weet je hoeveel zorgmanagers, gedragsdeskundigen, maar natuurlijk ook op vloeren. Mensen die gewoon echt goed zijn, die je zou kunnen gebruiken.” (134-138)*

Twee van de negen respondenten geven aan dat ze graag zouden willen dat voor de doelgroep een eigen methodiek wordt ontwikkeld.

*“Maar ik weet ook dat er binnen het kennisteam MVG nagedacht is welke methodiek voor deze doelgroep passend zou zijn. En dat de voorkeur van Ipse is, om dat zelf te ontwikkelen. En ja, ik denk dat het klopt dat die er nog niet is.” (1047-1051)*

Zes van de negen respondenten geven aan dat specifieke leerstof voor locaties gemaakt zou moeten worden om beter te kunnen voldoen aan individuele hulpvragen van cliënten. Hierbij zijn twee van de zes ook wel kritisch op hoe dit op dit moment wordt aangepakt.

*“Die (woning) zijn ze nu aan het ombuigen, omdat daar heel veel behoefte aan is (…) Er is ook veel voor te zeggen om dat juist niet op het terrein te doen. Want je zet allemaal verschillende type cliënten bij elkaar en wat we met Kristal ook hebben gezien. Dat was ook LVB. Dat liep helemaal uit de hand. Dus daar hebben ze nu al twee keer ervaring mee, maar gaan we toch weer proberen. “(294308)*

**Organisatorische oplossingen**

Zes van de negen respondenten geven aan dat als ‘iets’ wordt ingezet door een bovenlaag van IDB, dit dan in goed overleg gedaan moet worden of in ieder geval in samenwerking met de medewerkers op de werkvloer.

*“Dan krijg je kantoorgezeur, dat is allemaal bureaucratie. Weet je, dan gaan er allemaal weer wijze mannen zitten aan een tafel en dan van: nou, nou…” (133-134)*

*“Ik wil heel graag. Wat ik heel graag wil is dat er goed geluisterd wordt naar de mensen op de werkvloer.” (266-267)*

*“Dus, dan kun je wel nog dossiers in gaan kijken, maar als er dan toch niet naar geluisterd wordt, dan denk ik ja. Het is nou niet echt goede zorg.” (571-572)*

### §7.3.1 Deelconclusie bij deelvraag 3.

Er wordt door alle respondenten aangegeven dat er meer kennis nodig is door scholing. Hierbij wordt ook aangegeven dat de kennis er niet altijd is bij alle ondersteunende diensten, zoals gedragsdeskundigen.

Vanuit de organisatie is volgens drie van de respondenten behoefte aan gedragsdeskundigen die specifieke kennis hebben. Deze kennis zou dan op een specifieke casus ingezet kunnen worden, in plaats van gedragsdeskundigen te koppelen aan een locatie waar ze mogelijk niet de specifieke kennis over hebben. Ook geven zes van de negen respondenten aan dat ze zouden willen dat specifieke locaties worden ingericht voor cliënten met de comorbiditeit LVB en psychiatrische problematiek. Wel geven daarbij twee van de respondenten aan dat ze kritisch zijn over de manier waarop dit nu wordt ingezet. Vooral aangezien dit bij eerdere pogingen niet succesvol was. Dekker en Groen (2018) vermelden dat een goede samenwerking tussen de GGZ en de LVB noodzakelijk is. Er is immers nog onvoldoende aandacht voor en kennis over psychische stoornissen in de LVB.

Een ander opvallend resultaat is dat één van de respondenten aangeeft dat binnen IDB op dit moment al sprake is van richtlijnen en beleid met betrekking tot cliënten met complexe problematiek (waar ook psychiatrische problematiek onder valt). Dit resultaat is niet in overeenstemming met de hypothese van dit onderzoek, waarin is gesteld dat er geen beleid is binnen IDB met betrekking tot de omgang met LVB-cliënten die psychische problematiek ervaren. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het beleid niet (voldoende) gecommuniceerd is met de begeleiders op de werkvloer. Burm en Kruijf (2007) suggereerden dat beleidsmakers nalaten om gemaakte beleidsstukken te evalueren, eventueel aan te passen én dat er te weinig wisselwerking plaatsvindt tussen beleidsmakers en de zorgverleners op de werkvloer. De resultaten van dit onderzoek bevestigen wat Burm en Kruijf (2007) hebben gesignaleerd.

Ook wordt door Burm en Kruijf (2007) gesignaleerd dat beleidsmakers nalaten om gemaakte beleidsstukken te evalueren en eventueel aan te passen. Er is te weinig wisselwerking tussen beleidsmakers en de zorgverleners op de werkvloer. Dit wordt ook aangegeven door zes van de negen respondenten. Putters (2015) zegt hierover dat bij het ontwikkelen van beleid stap voor stap gekeken moet worden of de geleverde voorzieningen ook de gezondheidsdoelen dichterbij brengen. Burm en Kruijf (2007) constateren dat hoewel betere afstemming in de zorg wenselijk wordt geacht, dit niet in meetbare doelen wordt vertaald. Het is de taak van de beleidsmakers om te onderzoeken of de instrumenten die worden ingezet toereikend zijn en of het huidige beleid voldoet aan de vraag. Om dit te bevorderen moeten heldere doelen worden gesteld en is het nodig dat wordt gedaan aan goede monitoring van het bereikte. Hierdoor sluiten beleidsstukken en richtlijnen niet op de juiste manier aan bij wat de medewerkers nodig hebben. Dit kan een oorzaak zijn waarom 8 van de respondenten niet op de hoogte zijn van de richtlijnen en de respondent die zeker van zijn zaak dacht te zijn, dit bij doorvragen niet bleek te zijn.

# 8. Conclusie

In dit hoofdstuk zullen conclusies worden getrokken op basis van de onderzoeksuitkomsten die in de analyse zijn beschreven. Door dit te doen zal worden voldaan aan de doelstelling van dit onderzoek, namelijk het in kaart brengen in hoeverre er een verband is tussen de problemen die worden ervaren door begeleiders in de gehandicaptenzorg en het gebrek aan beleid/richtlijnen met betrekking tot de begeleiding van cliënten met de comorbiditeit LVB en psychiatrische problematiek. Op basis van dit onderzoeksdoel werd een hoofdvraag geformuleerd. Bij deze hoofdvraag horen drie deelvragen. Deze zullen als onderdeel van het antwoord op de hoofdvraag kort beantwoord worden.

## §8.1 Deelvraag 1: Hoe wordt er op dit moment omgegaan met cliënten met de comorbiditeit LVB en psychiatrische problematiek?

Op de vraag hoe er op dit moment wordt omgegaan met cliënten met de comorbiditeit, is in dit onderzoek naar voren gekomen dat over het algemeen per situatie gekeken wordt. Bij iedere nieuwe situatie moet opnieuw overleg worden gepleegd met onder andere de gedragsdeskundige. Vijf respondenten geven aan het gevoel te hebben ‘maar wat te doen’. Ook het gebrek aan kennis is naar voren gekomen. Hierover werd de vergelijking gemaakt dat iedereen een simpel brood kan bakken, maar dat niet iedereen een goed gebakje kan maken. En dat zijn deze cliënten.

## §8.2 Deelvraag 2: Waar hebben begeleiders behoefte aan m.b.t. de ontwikkeling van richtlijnen en beleid bij de begeleiding van cliënten met de comorbiditeit LVB en psychiatrische problematiek?

Op de vraag waar begeleiders behoefte aan hebben m.b.t. de ontwikkeling van richtlijnen en beleid bij de begeleiding van cliënten met de comorbiditeit LVB en psychiatrische problematiek, geven de respondenten aan dat er vooral een gebrek is aan kennis en expertise. Ook wordt aangegeven dat het niet duidelijk is wat de richtlijnen (en of het beleid) in de begeleiding van deze doelgroep zijn. Volgens de respondent die gedragsdeskundige is, is er wel al een richtlijn. Dit is echter niet bekend bij de andere respondenten. Er is op dit moment bij de respondenten vooral behoefte aan duidelijkheid met betrekking tot richtlijnen en/of beleid. Ook komt uit het onderzoek naar voren dat men specifiek op de locatie gerichte kennisoverdracht wenst (en niet alleen overdracht van algemene kennis). Bij voorkeur wordt deze kennis gegeven door praktijkgerichte mensen en is het mogelijk om te kunnen schakelen tussen verschillende methodes (interventies). Dit zodat de methode van kennisoverdracht zoveel mogelijk aansluit bij de behoeftes van het team op het moment van de teamdag.

## §8.3 Deelvraag 3: Wat is er vanuit de organisatie nodig met betrekking tot de ontwikkeling van beleid/richtlijnen voor de begeleiding van cliënten met LVB en psychiatrische problematiek?

Uit dit onderzoek blijkt, dat vanuit de organisatie voor de werkvloer een aantal dingen nodig is met betrekking tot de ontwikkeling van beleid/richtlijnen voor de begeleiding van cliënten met LVB en psychiatrische problematiek. Allereerst geven de respondenten aan dat behoefte is aan gedragsdeskundigen met specifieke kennis van psychiatrische problematiek bij verstandelijk beperkte cliënten. Ook geven zes van de respondenten aan dat er te weinig wisselwerking is tussen de beleidsmakers en de werkvloer. Hierdoor sluiten huidige beleidsstukken en richtlijnen niet op de juiste manier aan.

## §8.4 Beantwoording van de hoofdvraag

De hoofdvraag van dit onderzoek is: welke problemen ervaren begeleiders van IDB (locatie Nootdorp) bij de begeleiding van cliënten met de comorbiditeit LVB en psychiatrische problematiek door het ontbreken van richtlijnen voor begeleiding en beleid van de organisatie voor deze doelgroep?

Duidelijk is geworden uit dit onderzoek dat de doelgroep LVB in combinatie met psychiatrische problematiek in de GHZ de afgelopen jaren is gegroeid. Dit zou zelfs van 32,5% in 2011 naar 44,5% in 2017 zijn gegaan. De oorsprong van deze groei ligt bij de ambulantisering in de GGZ. Hierdoor kwamen cliënten die eerst in aanmerking kwamen voor een bed in de GGZ, nu terecht in de gehandicaptenzorg (Van der Poel, 2019). De begeleiders die werkzaam zijn met cliënten uit deze doelgroep geven in dit onderzoek aan (nog) niet allemaal de specialistische kennis te hebben die nodig is. Eén van de respondenten in dit onderzoek maakt ter verduidelijking de vergelijking met een bakkerij.

In de dagelijkse begeleiding gaven vijf van de respondenten aan het gevoel te hebben ‘maar wat te doen’. Alle respondenten gaven aan dat ze in ieder geval contact op zouden nemen met de gedragsdeskundige. De gedragsdeskundige die voor dit onderzoek werd geïnterviewd vertelde, dat volgens haar de richtlijnen binnen IDB zijn, om eerst contact op te nemen met de gedragsdeskundige en daarna (indien niet voldaan kan worden aan de hulpvraag van de cliënt) eventueel met het IET. Zij kon echter niet bevestigen of dit ergens beschreven stond binnen IDB. Vallenga en Goren (2018) vermelden dat begeleiders en behandelaren in de zorg voor mensen met LVB en in de GGZ worden geconfronteerd met cliënten met de combinatie van LVB en psychiatrische problemen. Begeleiders uit beide doelgroepen ervaren dat diagnostiek en behandeling van deze cliënten vraagt om specifieke kennis over beide doelgroepen. Dit zorgt voor complexiteit in de hulpverlening. Regelmatig lukt het niet om aan te sluiten op de behoeftes en wensen van de cliënt, waardoor gedragsproblemen op de voorgrond blijven staan.

Zes van de negen respondenten van dit onderzoek hebben aangegeven behoefte te hebben aan richtlijnen en beleid om het gevoel van ‘het wiel uitvinden’ te verminderen. Hiervoor is het voorwaardelijk dat er op landelijk niveau over na is gedacht. Burm en de Kruijf (2007) zeggen dat het beleid van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) erop gericht is om voorwaarden te scheppen voor een kwalitatief goed, toegankelijk en ketengericht aanbod van zorg die aansluit bij de zorgvraag van cliënten. Om dit te bereiken is het nodig dat de zorgverleners, zorgverzekeraars en de cliënten zelf een goede samenwerking organiseren. Burm en Kruijf (2007) constateren dat hoewel betere afstemming in de zorg wenselijk wordt geacht, dit niet door instellingen in meetbare doelen wordt vertaald. Het is de taak van de beleidsmakers om te onderzoeken of de instrumenten die worden ingezet toereikend zijn en of het huidige beleid voldoet aan de vraag. Om dit te bevorderen moeten heldere doelen worden gesteld en is het nodig dat wordt gedaan aan goede monitoring van het bereikte. Ook wordt door Burm en Kruijf (2007) gesignaleerd dat beleidsmakers nalaten om gemaakte beleidsstukken te evalueren en eventueel aan te passen én dat te weinig wisselwerking plaatsvindt tussen beleidsmakers en de zorgverleners op de werkvloer. Dit wordt volgens zes van de respondenten in dit onderzoek ook door IDB te weinig gedaan.

Kort samengevat ervaren begeleiders van IDB (locatie Nootdorp) vooral problemen rondom het gebrek aan richtlijnen/beleid in de omgang van LVB-cliënten met psychiatrische problematiek in het delen en opdoen van kennis over de begeleiding van deze doelgroep en is een algemeen gevoel van ‘maar wat te doen’. Er is veel onduidelijkheid over of er beleid/richtlijnen zijn die specifiek genoeg zijn voor deze problematiek. De begeleiders op de werkvloer zijn in ieder geval niet (voldoende) bekend met wat gaande is in de organisatie. Ook hebben begeleiders het gevoel dat de beleidsmakers onvoldoende overleggen en evalueren met de medewerkers van de werkvloer over de gemaakte beleidsstukken of richtlijnen. Door de begeleiders op de werkvloer wordt gerichte ondersteuning voor specifieke casussen gemist.

# 9. Discussie

Uit dit onderzoek kwam naar voren dat steeds vaker sprake is van de comorbiditeit LVB met psychiatrische problematiek in de gehandicaptenzorg. Verder bleek dat er nog weinig onderzoek wordt gedaan naar de problemen die de begeleiders ervaren bij de begeleiding van deze complexe cliënten. Het beste aan dit onderzoek is dat duidelijk is geworden, waar de begeleiders op (in ieder geval) de voorbeeld locatie problemen mee hebben en op welke vlakken ze geholpen zouden kunnen worden.

Het huidige onderzoek is een aanvulling op de bestaande literatuur over de omgang met cliënten met een verstandelijke beperking in combinatie met psychiatrische problematiek. Met name de focus op het beleid en de ervaringen van begeleiders op de werkvloer past goed in de bestaande literatuur van onder andere Vallenga en Goren (2018), die stellen dat er een tekort is aan kennis en ervaring, maar ook dat er gaten zitten in het beleid. Zo zou onder andere een goed crisisbeleid ontbreken, waarbij proactief crisisplannen worden opgesteld voor mensen die het risico lopen om psychiatrisch te ontregelen.

In dit onderzoek was het de bedoeling om de betrouwbaarheid te verhogen door alle interviews af te nemen op dezelfde dag en in dezelfde ruimte in het hoofdgebouw. Voor interview 5 was het door omstandigheden niet mogelijk om het interview in levenden lijve af te nemen. Dit interview is een dag later afgenomen door gebruik te maken van beeldbellen. Gedurende de afname van het interview waren zowel de respondent als de onderzoeker thuis. Dit veroorzaakte storingen waardoor het interview regelmatig stopgezet en weer opgepakt moest worden. Op basis hiervan kan gesteld worden dat bij een herhaling van dit onderzoek, de resultaten mogelijk niet geheel hetzelfde kunnen zijn en dat daarmee de resultaten van dit onderzoek minder betrouwbaar zijn.

Bij een goede externe validiteit lijkt de steekproef op een bepaald aantal relevante kenmerken op de populatie (Verhoeven, 2018). In dit onderzoek is de voorbeeldlocatie met de situatie in de aanleiding het uitgangspunt. Om die reden is gekozen voor de respondenten in dit onderzoek. De resultaten van dit onderzoek zouden echter wel degelijk generaliseerbaar kunnen zijn naar andere locaties binnen de organisatie. Hierbij wordt vooral gedacht aan locaties waarvan de doelgroep oorspronkelijk geen cliënten met psychiatrische problematiek betrof. Om de kans op generalisatie groter te maken is gekozen voor begeleiders dagbesteding (die cliënten ontvangen vanuit meerdere locaties van Ipse de Bruggen), een medewerker van het intern expertiseteam en voor een gedragsdeskundige die werkzaam is op zowel dagbesteding- als woonlocaties binnen IDB (locatie Nootdorp).

Het bleek, dat niet alle respondenten in hun antwoorden ingingen op problemen die locatie-overstijgend waren. Drie van de respondenten konden weinig tot geen informatie geven over bestaande richtlijnen en vigerend beleid van IDB. Hierdoor kwam naar voren dat niet alle begeleiders (op de voorbeeldlocatie) problemen hebben met de huidige situatie bij het begeleiden van LVB-cliënten met psychiatrische problematiek. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat slechts een gedeelte van de begeleiders een probleem ervaart. Deze begeleiders leken onbewust onbekwaam te zijn op het gebied van het uitzetten van behandelplannen. Dit resultaat was niet in overeenstemming met de verwachting dat alle begeleiders van de voorbeeldlocatie op de hoogte waren van de problemen waar begeleiders in terecht komen bij het begeleiden van cliënten met LVB en psychiatrische problematiek. Deze bevinding zou aanleiding kunnen zijn voor aanvullend onderzoek naar kennis op het gebied van kennis over bestaande richtlijnen en vigerend beleid binnen de organisatie.

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van triangulatie van onderzoeksmethoden door semigestructureerde interviews te houden, van literatuurstudie en van het bestuderen van tekstbronnen. Door deze manier van onderzoeken kwam naar voren dat de antwoorden van de respondenten aansloten bij de bestudeerde bronnen in de literatuurstudie. Het advies voor een vervolgonderzoek zou zijn om eenzelfde onderzoek uit te voeren met meer respondenten. De focus zal in dat vervolgonderzoek meer moeten komen te liggen op de kennis van het vigerend beleid. Dit omdat blijkt dat niemand van de respondenten in dit onderzoek met zekerheid kon vertellen wat het vigerend beleid van IDB op het gebied van cliënten met psychiatrische problematiek is. In dit onderzoek is niet duidelijk geworden of het gebrek aan kennis komt door toeval of niet. Door een vervolgonderzoek te doen kan dit uitgesloten worden.

Verder zou het interessant zijn om te onderzoeken wat het vigerend beleid betekend voor de locaties van IDB en hoe het beleid geïmplementeerd zou kunnen worden op de verschillende locaties van IDB.

Vanuit de conclusie is duidelijk geworden dat IDB bij het ontwikkelen van beleid meer de medewerkers op de werkvloer moet consulteren. Dit om ervoor te zorgen dat de medewerkers niet alleen op de hoogte zijn van nieuwe richtlijnen en beleid, maar ook dat ze deze willen gebruiken in de dagelijkse praktijk. Ook kwam naar voren dat de respondenten in dit onderzoek meer training nodig zeggen te hebben. Het liefst willen ze deze trainingen zo praktijkgericht als mogelijk. Het zou (in ieder geval voor de voorbeeldlocatie) nuttig zijn om handvatten aan te reiken voor het ontwikkelen van teamdagen. Hierdoor kan ook worden voorkomen dat de geleerde kennis slecht toepasbaar is op de locatie, ofwel te snel verouderd is. In overleg met de opdrachtgever is gekozen voor het maken van een fysiek product die hier mogelijk een oplossing voor kan zijn.

Als product is bij dit onderzoek gekozen voor een boek waarin diverse interventies te vinden zijn, die gesorteerd zijn op verschillende doelen die behaald zouden kunnen worden met een interventie. Deze interventies zijn afkomstig uit de (ortho-)pedagogiek, groepsdynamica, trainingshandboeken, systeemtheorieën en muzisch agogische werkboeken. De interventies zijn aangepast, zodat ze beter passen bij de gehandicaptenzorg. De interventies zijn hoofdzakelijk gericht op teamdagen te vergroting van expertise op het gebied van psychiatrische problematiek.

# Literatuurlijst

American Psychiatric Association (2014). *Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders (Fifth Edition).* Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Baart, A., Van Dijke, J., Ouwerkerk, M., & Beurskens, E. (2011). *Buigzame zorg in een onbuigzame wereld; Presentie als transitiekracht.* Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Benschop, P. (2017). *GGZ en ouderenzorg krijgen dagen cliënt niet gevuld*. Geraadpleegd op 30 juni 2019 via <https://www.skipr.nl/actueel/id32431-ggz-en-ouderenzorg-krijgen-dagen-client-niet-gevuld.html>

Boom hoger onderwijs (z.j.). *Beleidscyclus.* Geraadpleegd op 14 december 2019 via <https://www.boomhogeronderwijs.nl/media/8/9789058757975.pdf>

Burm, M.E.J. & Kruijf, K. de (2007). Beleidsmakers vervallen dikwijls in herhaling; een voorbeeld uit de zorg. *Tijdschrift gezondheidswetenschappen*

*, 85*(6), 310-312.

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitatieve Research in Psychology, 3*(2), 77-101.

Dekker, M. & Groen, W. (2018). Professionals uit de LVB-zorg en de GGZ bouwen bruggen binnen de academische werkplaats Kajak. *LVB Onderzoek & Praktijk, 16*(2), 21-24.

GGZ Noord-Holland Noord (z.j.). *Psychische stoornissen.* Geraadpleegd op 29 juni 2019 via <https://www.ggz-nhn.nl/psychischestoornissen>

GGZ-standaarden (z.j.-a). *Specifieke omschrijving psychotische stoornis.* Geraadpleegd op 29 juni 2019 via <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychose/specifieke-omschrijving-psychotische-stoornissen>

GGZ-standaarden (z.j.-b).  *Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB) of lichte verstandelijke beperking (LVB).* Geraadpleegd op 29 juni 2019 via <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/psychische-stoornissen-en-zwakbegaafdheid-zb-of-lichte-verstandelijke-beperking-lvb/inleiding>

Ipse de Bruggen (z.j.-a). *Over ons*. Geraadpleegd op 9 februari 2019 via <https://www.linkedin.com/company/ipse-de-bruggen?originalSubdomain=nl>

Ipse de Bruggen (z.j.-b) *Feiten en cijfers*. Geraadpleegd op 10 februari 2019 via <https://www.ipsedebruggen.nl/onze-expertise/hoe-goed-is-de-zorg-bij-ipse-de-bruggen/cijfers-onderzoek>

Ipse de Bruggen (z.j.-c) *Buurtschap Craeyenburch.* Geraadpleegd op 25 maart 2019 via <https://www.ipsedebruggen.nl/zorglocatie/314/buurtschap-craeyenburch>

Ipse de Bruggen (z.j.-d) *EVB+ in beeld.* Geraadpleegd op 16 december 2019 via het intranet van Ipse de Bruggen.

Ipse de Bruggen (z.j.-e) *Behandelcentrum Middenweg; SGLVG (+) -kliniek. Handreiking wetgeving en calamiteiten.* Geraadpleegd op 16 december via het intranet van Ipse de bruggen.

Ipse de Bruggen (2014). *Anti-agressiebeleid voor medewerkers*. Geraadpleegd op 20 december 2019 via het intranet van Ipse de Bruggen.

Ipse de Bruggen (2016). *Manifest.* Geraadpleegd op 12 februari 2019 via <https://www.ipsedebruggen.nl/manifestoverzicht>

Ipse de Bruggen (2018). *Behandelcentrum Voorstraat en Parnassia bundelen hun krachten.* Geraadpleegd op 11 december 2019 via <https://www.ipsedebruggen.nl/nieuws/article/218/behandelcentrum-voorstraat-en-parnassia-bundelen-hun-krachten>

Maarse, H. (2018). *Beleid en besturing in de zorg.* Den Haag: SDU.

Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport (z.j.). *Wet zorg en dwang.* Geraadpleegd op 14 december 2019 via <https://www.dwangindezorg.nl/wzd>

Neijmeijer, L., Moerdijk, L., Veneberg, G., & Muusse, C. (2010). *Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ; een verkennend onderzoek.* Geraadpleegd op 25 maart 2019 via <https://www.trimbos.nl/docs/03ba0f96-2fe5-4e69-b891-4c910c6a5ff4.pdf>

Putters, K. (2015). Zorg en ondersteuning. *Tijdschrift gezondheidswetenschappen, 93*, 241-242.

Vallenga, D. & Goren, S. (2018). Samenwerken voor cliënten met een licht verstandelijke beperking en psychiatrische problemen. Een regionale zoektocht naar kansen voor de samenwerking tussen LVB-zorg en de GGZ. *LVB Onderzoek & Praktijk, 16*(2), 13-20.

Van der Donk, C. & Lanen, B. van (2015). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn.* Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Van der Donk, C. & Lanen, B. van (2019). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn.* Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Van der Poel, P. (2019). *Gehandicaptenzorg geconfronteerd met toestroom uit ggz.* Geraadpleegd op 30 juni 2019 via <https://www.skipr.nl/actueel/id37479-gehandicaptenzorg-geconfronteerd-met-toestroom-uit-ggz.html>

Vandereyken, W., Hoogduin, C.A.L. & Emmelkamp, P.M.G. (2008). *Handboek Psychopathologie: deel 1 Basisbegrippen.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum*.*

Van Noort, W. (2002). Organisatievernieuwing in de zorg. Veranderingen in een sector onder druk. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken, 18*(3), 180-194.

Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken.* Amsterdam: Boom uitgevers.

Zorgvisie (2018). *Ggz-cliënt klopt aan bij gehandicaptenzorg*. Geraadpleegd op 17 maart 2019 via <https://www.zorgvisie.nl/ggz-client-klopt-aan-bij-gehandicaptenzorg/>

# Bijlage 1: Interviewleidraad

In de onderstaande interviewleidraad staat beschreven welke topics behandeld zullen worden in het interview. De leidraad bestaat uit twee kolommen met in de eerste kolom het gebruikte topic en in de tweede kolom het bij de deelvraag passende cijfer.

1. Hoe wordt er op dit moment omgegaan met cliënten met de comorbiditeit LVB en psychiatrische problematiek?
2. Waar hebben begeleiders behoefte aan m.b.t. de ontwikkeling van richtlijnen en beleid bij de begeleiding van cliënten met de comorbiditeit LVB en psychiatrische problematiek?
3. Wat is er vanuit de organisatie nodig met betrekking tot de ontwikkeling van beleid/richtlijnen voor de begeleiding van cliënten met LVB en psychiatrische problematiek?

Bij elk interview zal de onderzoeker ervoor zorgen dat de in de leidraad beschreven topics worden behandeld.

Elk interview zal worden gestart met de uitleg dat het interview zal worden opgenomen voor eigen gebruik. Als de respondent dit wenst zal het verbatim volledig anoniem worden gemaakt. In de uiteindelijke verbatim uitgeschreven interviews zullen alle eventueel door de respondenten gebruikte namen van cliënten en anderen (die geen toestemming hebben gegeven) worden verwijderd, zodat de hun anonimiteit is gewaarborgd. Zodra de verbatim is geschreven zal de opname worden verwijderd.

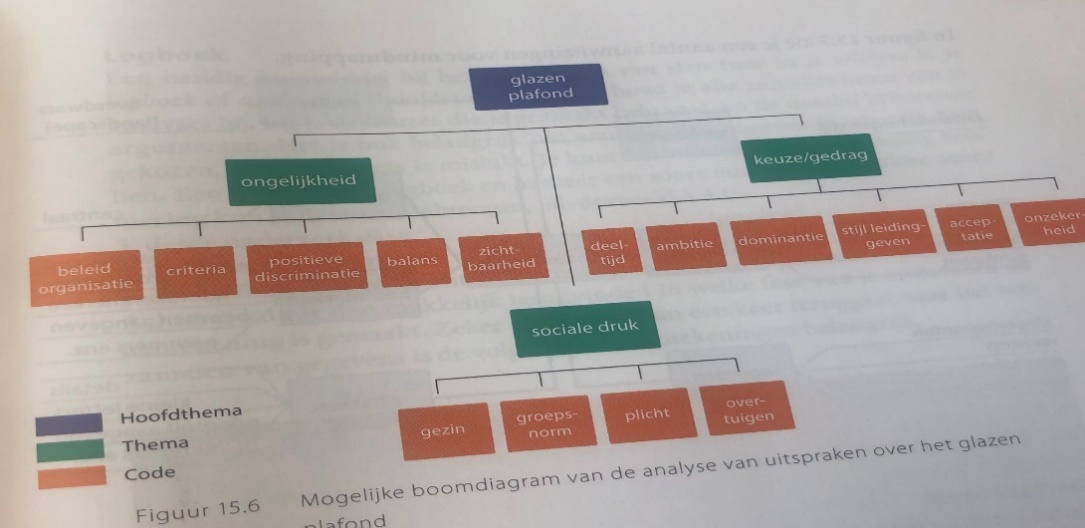
|  |  |
| --- | --- |
| Deelvraag | Topic |
|  | Voorstellen |
| 1 | Veranderende doelgroep |
| 1 | Hoe nu te handelen bij problemen? |
| 1,2 | Vraaggericht werken |
| 1,2 | Aansluiten bij de wensen en behoeftes van een cliënt. |
| 1.2,3 | Vergroten van kennis en expertise |
| 2,3 | Behoeftes.  Kennisteams, Richtlijnen/beleid, trainingen enz? |
| 3 | Organisatorische oplossingen |
|  | Heeft u aanvullingen die van toepassing zijn op dit onderzoek? |

# Bijlage 2: Topicboom

Onderstaande is een voorbeeld over hoe de analyse van dit onderzoek is gedaan. Aan de hand van de topics zijn de reacties van de verschillende respondenten geanalyseerd om de deelvragen en aan de hand van de deelvragen is de hoofdvraag beantwoord.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Topic** | **Relevante reactie (zinnummer vanuit zinvolle informatie)** | **Topic** | | | **Relevante reactie (zinnummer vanuit zinvolle informatie)** | |
| **Deelvraag 1:** Hoe wordt er op dit moment omgegaan met cliënten met de comorbiditeit LVB en psychiatrische problematiek? | | | | | | |
| **Veranderende doelgroep** | 44-46, 82-83, 140-141, 150-155, 157-172, 183-189, 193-200 | | **Vergroten kennis** | | | 95-98, 103-107, 119-121, 175-178, 182 |
| **Vraaggericht werken** | 18-23, 49-54, 59-62, 112-116, 134-137, 204-209 | | **Delen GGZ-kennis** | | | 10, 35-36 |
| **Deelvraag 2:** Waar hebben begeleiders behoefte aan m.b.t. de ontwikkeling van richtlijnen en beleid bij de begeleiding van cliënten met de comorbiditeit LVB en psychiatrische problematiek? | | | | | | |
| **Vraaggericht werken** | 235, 329-331, 346-352, 381-383, 415-421, 466-476, 538 | | | **Beleid/richtlijnen** | | 222-228, 241, 254-255, 282-284, 290-296, 304-307, 333-335, 354-356, 372-373, 408-412, 438-441, 443-445, 504-508, 513-514, 516-519, 600-608 |
| **Vergoten kennis** | 231-232, 307-310, 318-324, 397-402, 413-414, 493-496, 521, 529, 532, 540 | | |  | |  |
| **Deelvraag 3:** Wat is er vanuit de organisatie nodig met betrekking tot de ontwikkeling van beleid/richtlijnen voor de begeleiding van cliënten met LVB en psychiatrische problematiek? | | | | | | |
| **Vergroten kennis** | 573-580, 587-597, 645-650, 701-707, 719-721, 777-786, 801-805, 811-813, 835-841 | **Organisatorische oplossingen** | | | | 564-570, 581-586, 651-653, 660-671, 694-697,746-751, 820-827 |
| **Behoeftes** | 552-561, 581-586, 611-620, 624-643, 689-692, 726-729, 736-743, 759-773, 796-800, 844-845 |  | | | |  |

Voorbeeld boomdiagram (Verhoeven, 2018):



# Bijlage 3: Manifest van Ipse de Bruggen

**Goed leven**

Ieder mens is bijzonder en heeft het recht op een goed leven. Dat betekent zelf keuzes kunnen maken en bepalen wat belangrijk voor je is. Andere mensen om je heen hebben en volwaardig mee kunnen doen in de samenleving. Jezelf ontwikkelen, capaciteiten benutten en je wensen en dromen kunnen realiseren. Dat is onze visie, daar staan we voor bij Ipse de Bruggen.

**Eigen kracht en regie**

Wij ondersteunen mensen met een handicap. Alles wat we doen is gericht op het bevorderen van de kwaliteit van hun leven. We gaan uit van de eigen kracht en mogelijkheden van onze cliënten en hun netwerk. Dat betekent dat we niet voor hen bepalen, overnemen of betuttelen maar cliënten ondersteunen om de regie over hun eigen leven te voeren. We weten dat leven en leren gepaard gaan met risico’s. Met de cliënt, zijn (wettelijk) vertegenwoordiger en zijn familie bekijken we hoe we met die risico’s omgaan.

**In gesprek**

We willen echt in gesprek zijn met de cliënt, zijn (wettelijk) vertegenwoordiger en anderen die voor hem belangrijk zijn, om erachter te komen wat zijn vragen, wensen en behoeften zijn. Dat betekent nog vaker dan we nu doen zoeken naar de vraag achter de vraag. En ook nadrukkelijker bespreken of we op het goede spoor zitten, of de cliënt tevreden is en wat we kunnen verbeteren. Samen met hen maken we afspraken over hoe zorg of ondersteuning vorm krijgt. Soms schieten middelen of mogelijkheden te kort, dan zoeken we samen naar wat wél kan.

**Vakmanschap**

We staan voor deskundige en betrouwbare zorgprofessionals. Die hebben uiteraard vakinhoudelijke kennis en expertise maar het zijn vooral ook mensen die echt in gesprek gaan, persoonlijk initiatief nemen, hun gezond verstand gebruiken en verantwoorde risico’s durven te nemen in relatie tot de vraag van de cliënt. Mensen die kansen creëren, kunnen reflecteren en leren van fouten. Beperkingen leiden soms tot complexe vragen. Daarvoor zetten we specialistische kennis in en die blijven we ook steeds ontwikkelen.

**Dichtbij organiseren**

De duurzame relatie tussen cliënt, zijn netwerk en de zorgprofessional is ons vertrekpunt. Van daaruit bouwen we de organisatie verder op. Zorgprofessionals in teams krijgen de verantwoordelijkheid, regelruimte en de middelen om te doen wat nodig is voor de cliënt. Zij regelen met elkaar niet alleen de zorg maar organiseren ook hun eigen werk. We gaan naar een plattere organisatie met snelle besluitvorming, minder managers en minder staf.

**Van regels naar waarden**

We werken op basis van visie en vertrouwen en de waarden die daarin besloten liggen. We willen minder regels, procedures en lijstjes, alleen de minimaal noodzakelijke kaders en afspraken. We gaan terug naar de essentie en organiseren zo eenvoudig mogelijk. Onze opvattingen over goede zorg en de beleving van de cliënt zijn leidraad voor ons handelen en dat is voor ons de toets van kwaliteit. Daarover leggen we op een betekenisvolle manier verantwoording af aan elkaar en aan de buitenwereld.

**Kritisch bevragen**

Hier staan wij voor. Dit is onze richting. De visie echt waarmaken in de praktijk, daar gaat het ons om. Dat betekent dat we elkaar meer en kritischer gaan bevragen of het lukt onze visie te realiseren in de dagelijkse praktijk en of we daadwerkelijk alles doen om bij te dragen aan de tevredenheid van onze cliënten.