

Zorgprogramma GZSP

Multidisciplinaire behandeling voor mensen met een verstandelijke beperking

Auteurs	dr. Patrick Jansen drs. Louise Pansier Moniek Rolleman MSc.
Opdrachtgever	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
Kenmerk	LP/23/1914/gzsp
Publicatiedatum	19 december 2023 © Bureau HHM

ONTWIKKELDOCUMENT

Dit zorgprogramma is in opdracht van de VGN ontwikkeld in de periode september tot en met december 2023 met medewerking van professionals en beroepsverenigingen. Dit document is een eerste versie; verdere doorontwikkeling is nodig. Nader bericht hierover volgt vanuit de VGN.

Inhoud

1.	Introductie	3	6.	Doorontwikkeling zorgprogramma.....	21
1.1	Omschrijving GZSP volgens beleidsregel.....	3	6.1	Prestatie-indicatoren.....	21
1.2	GZSP in gehandicaptenzorg	3	6.2	Onderbouwing met evidence.....	21
2.	Doelgroep	5			
2.1	Mensen met een VB	5			
2.2	In- en exclusiecriteria	6			
3.	Doel	7			
3.1	Diagnostiek	7			
3.2	Behandeling.....	8			
4.	Zorgtraject.....	10			
4.1	Aanmelding en triage	10			
4.2	Dossieronderzoek.....	10			
4.3	Intake.....	11			
4.4	Diagnostiek	11			
4.5	Adviesgesprek	13			
4.6	Behandeling.....	13			
4.7	Evaluatie en MDO.....	14			
4.8	Afsluiting.....	15			
5.	Disciplines en borging	16			
5.1	Voortraject	16			
5.2	Diagnostiek	17			
5.2	Behandeling.....	17			
5.4	Borging deskundigheid	19			
5.5	Borging randvoorwaarden	19			

1. Introductie

In 2021 is de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) ondergebracht in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze zorg werd voorheen vergoed vanuit de Tijdelijke subsidieregeling Extramurale behandeling en daarvoor (tot 2015) uit de AWBZ. GZSP kan in de gehandicaptenzorg onder andere worden ingezet voor mensen met een (vermoeden van een) verstandelijke beperking (VB). Dit zorgprogramma beschrijft de multidisciplinaire diagnostiek en behandeling voor mensen met een VB. Voorafgaand aan de inhoudelijke beschrijving geven we een korte introductie van GZSP in de gehandicaptenzorg.

Dit zorgprogramma is in opdracht van de VGN ontwikkeld in de periode september tot en met december 2023 met medewerking van professionals en beroepsverenigingen. Dit document is een eerste versie; verdere doorontwikkeling is nodig. Nader bericht hierover volgt vanuit de VGN.

1.1 Omschrijving GZSP volgens beleidsregel¹

GZSP betreft generalistische geneeskundige zorg gericht op kwetsbare cliënten (zoals mensen met een VB). Daarnaast omvat GZSP ook zorg die niet meer op genezing is gericht, maar op het omgaan met de problemen en beperkingen die uit de aandoening voortvloeien. De problemen en beperkingen manifesteren zich op alle levensdomeinen. De problemen en beperkingen limiteren de cliënt in zijn zelfredzaamheid en vermogen tot eigen regie. De zorgvraag kan in de verschillende fases van de aandoening variëren. De zorgvraag is veelzijdig en kan liggen op het somatische, het psychische, het communicatieve, het cognitieve, en/of op het gedragsmatige gebied; de zorg is dan ook multidisciplinair door de tijd heen. Ook het systeem van de cliënt kan bij de behandeling worden betrokken voor zover dit ten goede komt aan de cliënt. De behandeling is dan gericht op het aanleren van vaardigheden of gedrag aan het systeem over hoe om te gaan met de gevolgen van de aandoening, stoornis of beperking van de cliënt.

1.2 GZSP in gehandicaptenzorg

In aanvulling op de omschrijvingen in de Beleidsregel GZSP zijn vanuit de visie op behandeling binnen de gehandicaptenzorg de volgende aspecten typerend voor GZSP:

- De zorgvragen:
 - variëren van licht tot zwaar,
 - zijn te complex voor reguliere generalistische zorg.
- De behandeling is:
 - kennisintensief en contextgebonden,
 - gebaseerd op specifieke kennis over de doelgroep,
 - mede gericht op preventie, signalering en ontwikkeling,
 - gelaagd op niveaus van individuele behandeling tot beïnvloeding van de omgeving,

¹ Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen - BR/REG-23126

- vaak multi- of interdisciplinair²,
- eventueel mediërend en langdurend,
- onlosmakelijk verbonden met begeleiding in het dagelijks leven.

GZSP kan een medische component hebben, maar dit is niet altijd het geval. Ook de zorg van specifiek gedragswetenschappelijke en specifiek paramedische aard behoort tot de GZSP. Deze zorg wordt uitgevoerd door of onder regie van de gedragswetenschapper (GZ-psycholoog of orthopedagoog-generalist). In principe kunnen alle cliënten die in aanmerking komen voor GZSP zonder tussenkomst van de arts VG terecht bij de gedragswetenschapper. In de praktijk gaat het om dié cliënten waarbij geen sprake is van (zwaarwegende) medische aspecten en waarbij de psychische, psychiatrische en/of gedragsproblemen zich nadrukkelijk manifesteren binnen de beantwoording van de hulpvraag. Door de sterke multidisciplinaire verbinding met de arts VG kan deze desgewenst eenvoudig ingeschakeld of geconsulteerd worden.

Afbakening met geneeskundige GGZ

Mensen met een VB of NAH kunnen psychische klachten ervaren waarvoor behandeling nodig is. Vaak is sprake van verwevenheid tussen hun specifieke aandoening of beperking en de psychische klachten. Dit vraagt om specifieke kennis en vaardigheden bij de behandelaar. Ook vraagt het werken met deze cliënten om een wezenlijk andere bejegening en aanpak dan het werken met mensen zonder deze beperking. De verstandelijke beperking of het niet-aangeboren hersenletsel noodzaakt de behandelaar tot aanpassingen in de uitvoering van de behandeling. Bijvoorbeeld meer tijd nemen voor uitleg en toepassen van mediërende behandeling (behandeling die wordt vormgegeven via

(het team van) begeleiders en sociaal netwerk). Dat zijn redenen dat mensen met een VB of NAH voor psychische problemen zorg ontvangen vanuit de GZSP. Dit staat ook beschreven in de Beleidsregel GZSP: *“Wat betreft de afbakening met de GGZ geldt dat niet zozeer de aard van de zorg geleverd binnen GZSP verschilt van de GGZ, maar dat de patiëntkenmerken vragen om een andere bejegening en/of andere opzet van zorg. (...) Hierbij is 'herstel of genezing' (zoals in de GGZ als doelstelling geldt) niet het behandeldoel. Juist deze complexe of chronische vraag van GZSP-cliënten heeft standaard een multidisciplinaire aanpak nodig waarbij de aandoening een specifieke benadering vereist die binnen de GGZ onvoldoende geboden kan worden.”*

De psychische of psychiatrische problematiek kan ook zo specifiek zijn dat de expertise binnen de GZSP ontoereikend is en dat aanvullende specialistische zorg nodig is, zoals bij antisociale persoonlijkheidsproblematiek, klinische behandelingen met opname en forensische zorgvragen. In dat geval wordt de persoon voor dat deel van de zorgvraag verwezen naar de specialistische GGZ. De regiebehandelaar vanuit de GZSP stemt hierover af met de regiebehandelaar vanuit de GGZ.

Afbakening met begeleiding

GZSP is een vorm van behandeling en verschilt in aard van begeleiding. Behandeling is (onder andere) gericht op het aanleren van vaardigheden en gedrag en is meestal tijdelijk van aard, terwijl begeleiding gericht is op het inslijpen van het geleerde door het (herhaald) toepassen in de praktijk en vaak structureel/chronisch nodig blijft. Behandelaars vanuit de GZSP stemmen tijdens en bij afronding van de behandeling af met betrokken begeleiders, zodat zij de cliënt kunnen helpen de behandeladviezen goed in praktijk te brengen.

² Bij multidisciplinaire samenwerking is er aandacht voor alle relevante aspecten en kan de problematiek vanuit meerdere brillen geduid worden (cognitief, gedragsmatig, psychiatrisch, medisch, vaktherapeutisch, systemisch, et cetera). Bij interdisciplinaire samenwerking integreren de professionals samen de verschillende brillen, om te komen tot een vakoverstijgend inzicht op de problematiek en mogelijke interventies.

2. Doelgroep

De doelgroep die in aanmerking komt voor het zorgprogramma zijn mensen met een verstandelijke beperking (VB). Er kan ook sprake zijn van een vermoeden van een verstandelijke beperking, waarbij diagnostisch onderzoek inzicht geeft in het functioneren van de persoon, zodat (waar nodig) passende behandeling kan volgen. Het betreft cliënten die (nog) thuis wonen (bij familie of (begeleid) zelfstandig wonen) en geen Wlz-indicatie hebben. We beschrijven eerst de specifieke kenmerken van mensen met een VB en in welke situaties GZSP een passend antwoord kan bieden. Daarna geven we de in- en exclusiecriteria voor dit zorgprogramma.

2.1 Mensen met een VB

Volgens het American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) gaat het bij een VB om mensen met beperkingen in zowel het verstandelijk functioneren als in adaptief gedrag. Deze beperkingen zijn aanwezig tijdens de ontwikkelingsperiode, vóór de leeftijd van 22 jaar³. *Verstandelijk functioneren* (ook wel intellectueel functioneren genoemd) omvat verschillende vaardigheden, zoals leren, redeneren en problemen oplossen. *Adaptief gedrag* is een geheel aan vaardigheden die mensen in hun dagelijks leven leren en uitvoeren. Het gaat om conceptuele vaardigheden (zoals taal, tijdbesef en getalsconcepten), sociale vaardigheden en praktische vaardigheden (zoals activiteiten van het dagelijks leven, werk gerelateerde activiteiten, gebruik van geld, telefoon, vervoer et cetera). Er is sprake van een adaptieve beperking als iemand niet kan voldoen aan wat bij de kalenderleeftijd en binnen de sociaal-culturele standaard in het algemeen verwacht wordt.

De doelgroep van dit zorgprogramma heeft een hulpvraag op het gebied van zijn psychische of lichamelijke gezondheid die door de complexiteit niet afdoende door huisarts of specialist onderzocht en behandeld kan worden. Bij mensen met een verstandelijke beperking komen gedragsproblemen⁴ en psychiatrische problematiek regelmatig voor⁵. De onderlinge verwevenheid van verstandelijke beperking en bijkomende problematiek kan tot complexe vraagstukken leiden. Deze complexiteit maakt dat diagnostiek en behandeling vanuit verschillende invalshoeken nodig kan zijn en dat specifieke deskundigheid vereist is. Ook vraagt het werken met cliënten met een verstandelijke beperking om een wezenlijk andere bejegening en aanpak dan het werken

³ Dat iemand deze beperkingen heeft, kan ook later in het leven voor het eerst in een hulpvraag duidelijk worden, maar er moeten aanwijzingen zijn dat de beperkingen tijdens de ontwikkelingsleeftijd al aanwezig waren.

⁴ Multidisciplinaire Richtlijn Probleemgedrag bij volwassenen met een VB. NVAVG (2019)

⁵ Zie voor meer informatie de [Zorgstandaard Psychische stoornissen en ZB/LVB](#)

met mensen zonder deze beperking. De verstandelijke beperking noodzaakt de behandelaar tot aanpassingen in de uitvoering van de behandeling. Bijvoorbeeld meer tijd nemen voor uitleg en toepassen van mediërende behandeling (dat wil zeggen behandeling die wordt vormgegeven via (het team van) begeleiders en sociaal netwerk). Daarnaast kunnen ervaringsgerichte behandelinterventies (waarin het verbale en cognitieve aspect minder op de voorgrond staan) waardevol zijn om aan te sluiten bij het cognitief en emotioneel functioneren van mensen met een VB⁶.

2.2 In- en exclusiecriteria

Voor dit zorgprogramma gelden de volgende in- en exclusiecriteria.

Inclusiecriteria:

- Mensen die zich met een geldige verwijzing aanmelden bij een arts VG, specialist ouderengeneeskunde of GZ-psycholoog/orthopedagoog-generalist (of andere bekwame zelfstandige professional in het kader van taakherschikking zoals verpleegkundig specialist (AGZ/GGZ)/physician assistent) voor diagnostiek en/of behandeling uit de Zorgverzekeringswet binnen de aanspraak GZSP.
- Er is sprake van een behandelvraag en de behandelaars verwachten dat hun behandeling kan leiden tot vermindering van de klachten, het voorkomen of vertragen van verergering, het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag of herstel en behoud van functies en leren omgaan met problemen en beperkingen die uit de aandoening voortvloeien (behandelperspectief).

- Jongeren onder de 18 jaar: onderzoek (diagnostiek) en somatische, handicap-, stoornis- of syndroomgerelateerde behandeling door of onder regie van een arts VG of verpleegkundig specialist (AGZ/GGZ)/physician assistent. Overige behandeling komt voor jongeren tot 18 jaar uit de Jeugdwet en onder voorwaarden tot 23 jaar als verlengde jeugdhulp.

Exclusiecriteria:

- De persoon met VB heeft een door het CIZ afgegeven Wlz-indicatie. Zij hebben aanspraak op behandeling uit de Wlz vanwege de verstandelijke beperking.
- Behandeling met verblijf is noodzakelijk (zoals bij een floride psychose of verslaving waar eerst detox nodig is).
- Er is sprake van zodanige veiligheidsrisico's dat geen verantwoorde ambulante behandeling (meer) mogelijk is. Nota bene: vaak wordt dit pas gaandeweg duidelijk en neemt onveiligheid langzamerhand toe. In die gevallen blijven behandelaars betrokken totdat een passend aanbod is gerealiseerd.
- Jongvolwassenen van 18 tot 23 jaar met behoefte aan intramurale LVG-behandeling in een orthopedagogisch behandelcentrum: de leeftijdsgroep van 18 tot 23 jaar maakt gebruik van de tijdelijke LVG-behandeling in de Wlz. Dit valt buiten de verlengde jeugdhulp tot 23 jaar en buiten GZSP.

⁶ - Hooren, S. van, Witte, M.J. de, Didden, R. & Moonen, X. (2016). Vaktherapie. In R. Didden, W. Groen, X. Moonen & P. Troost, Handboek Psychiatrie en licht verstandelijke beperking. Utrecht: de Tijdstroom.
- De Witte, M., Bellemans, T., Tukker, K., & Van Hooren, S. (2016). Vaktherapie. In J. de Bruijn, J. Vonk, A. van den Broek & B. Twint (Eds.), Handboek emotionele ontwikkeling en verstandelijke beperking (1ed., pp. 277-290). Amsterdam: Uitgeverij Boom.

3. Doel

Binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking blijken gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen veelvuldig voor te komen, wat tot complexe vraagstukken kan leiden. Deze complexiteit maakt dat diagnostiek en behandeling vanuit verschillende invalshoeken nodig kunnen zijn.

3.1 Diagnostiek

Diagnostiek vindt plaats ten behoeve van beeldvorming, diagnose en juiste start van behandeling. Het diagnostisch traject is bedoeld om meer informatie te verzamelen over de cliënt naar aanleiding van de bevindingen uit het dossieronderzoek en de intake en noodzakelijk voor het stellen van de juiste diagnose en beeldvorming, zodat de cliënt een behandeling aangeboden kan worden die passend is bij de hulpvraag en de mogelijkheden van de persoon. Diagnostiek kan ook tot doel hebben om de cliënt en de omgeving meer grip en handvatten te geven omdat zij daardoor begrijpen wat er met hen aan de hand is, wat ze nodig hebben en voor de omgeving hoe zij het beste met de persoon om kan gaan. Daarvoor verzamelen we informatie over het functioneren van de cliënt en op welk(e) gebied(en) de oorzaken van het zichtbare gedrag en/of belemmerende factoren liggen. Afhankelijk van de verkregen informatie, bepalen we welke vervolgstap nodig is.

Voor mensen met een verstandelijke beperking is een onderscheid te maken in twee categorieën diagnostiekvragen:

- Enkelvoudige diagnostievraag voor het vaststellen van een verstandelijke beperking en inzicht krijgen in het functioneren. Dit betreft brede beeldvorming om het functioneren van de cliënt op sociaal-emotioneel en/of adaptief en/of cognitief gebied in kaart te brengen en de verstandelijke beperking vast te stellen.
- Diagnostiek bij meervoudige complexe problematiek, waarbij sprake is van een combinatie van een (vermoeden van) verstandelijke beperking met psychische/psychiatrische problematiek. In dit geval wordt onderzoek gedaan gericht op de bijkomende problematiek; wanneer de verstandelijke beperking nog niet is vastgesteld is dit in combinatie met de eerder genoemde brede beeldvorming. Welke onderzoeken dit zijn, hangt af van de kenmerken van de hulpvraag.

We gaan hier verder op in bij de beschrijving van het traject (hoofdstuk 4).

Bij het definiëren en diagnosticeren van een verstandelijke beperking is het belangrijk om rekening te houden met aanvullende factoren, zoals de leef-omgeving van de persoon en diens naasten in de samenleving en de cultuur (taalkundige diversiteit, culturele verschillen). Diagnostiek moet er ook van uitgaan dat beperkingen bij individuen vaak samengaan met sterke punten, en dat iemands niveau van functioneren in het leven verbetert als gedurende een langere periode de juiste gepersonaliseerde ondersteuning wordt geboden. Alleen op basis van dergelijke veelzijdige beoordelingen kunnen professionals bepalen of iemand een verstandelijke beperking heeft en individuele behandelplannen op maat maken om de kwaliteit van bestaan van de persoon te verbeteren.

Het doel is bereikt als het diagnostisch traject voldoende aanknopingspunten biedt voor het aanbieden van een zinnig en passend behandeltraject en/of (als GZSP niet is aangewezen) voor een advies over of doorverwijzing naar andere passende zorg (waaronder begeleiding in thuis- of werksituatie).

3.2 Behandeling

Wanneer de diagnose duidelijk is, volgt in veel gevallen behandeling. De behandeling betreft geneeskundige zorg in de vorm van gedragsmatige behandeling gericht op functiebehoud bij gevolgen van de verstandelijke beperking en eventuele bijkomende problematiek. De behandeling is gericht op het vergroten van de kwaliteit van leven van cliënten. GZSP-behandeling heeft verschillende doelen die per cliënt variëren en parallel of stapsgewijs behaald kunnen worden:

- behandeling van handicap-, stoornis- en syndroomgerelateerde problematiek;
- behandeling van bijkomende psychische/psychiatrische problematiek;

- herstel van vaardigheden en/of verbeteren van zelfstandig functioneren;
- voorkomen van verergering,
- leren omgaan met beperkingen,
- leren omgaan met verlies en afname van vaardigheden.

Voorafgaand aan de start is het behandelplan met doelen vastgesteld. De regiebehandelaar is (eind)verantwoordelijk voor het (multidisciplinaire) behandelplan, waarbij naast de eigen inzet ook andere disciplines met kennis van specifieke groepen kunnen worden aangestuurd om het behandeldoel te bereiken. Behandelaren kunnen de behandeling zelf uitvoeren, maar op hun aanwijzing dragen begeleiders hier ook aan bij. De behandelaren geven in dit soort situaties dus (ook) behandeladvies aan begeleiders (mediërende behandeling⁷). Behandeling kan zich daarnaast ook richten op het sociale netwerk, door ondersteuning en aanleren van vaardigheden en gedrag over hoe om te gaan met de gevolgen voor het netwerk.

Het beoogde resultaat van de behandeling kan per cliënt verschillen.

Indicatoren van een geslaagde behandeling zijn:

- Cliënt en/of zijn omgeving kan de verstandelijke beperking en gevolgen daarvan beter accepteren.
- Cliënt en/of zijn omgeving kan beter omgaan met de gevolgen van de verstandelijke beperking.
- Cliënt heeft nieuwe vaardigheden of gedrag geleerd en kan dit in bekende situaties toepassen.
- Psychische klachten zijn voldoende verminderd of gestabiliseerd/voldoende dragelijk.
- Lichamelijke klachten zijn voldoende verminderd of gestabiliseerd/voldoende dragelijk.

⁷ Alleen de tijdsinzet van de behandelaar valt onder GZSP, de tijdsinzet van de begeleiders niet.

- Cliënt is zelfredzaam genoeg om te functioneren in de maatschappij.
- Cliënt ervaart een betere kwaliteit van leven.

Naast of na de behandeling gericht op vaardigheden en gedrag, kan het nodig zijn om het geleerde in te slijpen door het (langdurig/herhaald) toepassen in de praktijk. Dit valt onder begeleiding die vanuit de Wmo kan worden geboden. Denk aan één of meerdere keren per week hulp bieden bij het doornemen van de dag- of weekstructuur, het ondersteunen bij praktische handelingen ten behoeve van de zelfredzaamheid (denk aan het voeren van een administratie en contact met instanties), het ondersteunen bij toepassen van geleerde emotie-regulatievaardigheden en het meedoen in de samenleving (denk aan het opbouwen van sociale contacten en de invulling van vrijetijd).

4. Zorgtraject

In dit hoofdstuk beschrijven we het zorgtraject aan de hand van de verschillende stappen die worden doorlopen.

4.1 Aanmelding en triage

Cliënten met een (vermoeden van) een verstandelijke beperking melden zich aan (of worden aangemeld) met een verwijzing van de huisarts of kinderarts. De verwijzing komt meestal tot stand in gezamenlijkheid tussen de huisarts of kinderarts en de arts VG of de gedragswetenschapper. De aanmelding wordt door de ontvangende organisatie administratief verwerkt. Zo nodig wordt aanvullende informatie, bijvoorbeeld geldige diagnoses en eerdere behandeling, opgevraagd bij andere instanties. Vervolgens wordt de aanmelding inhoudelijk besproken in een kernteam of screeningsteam. Dit team bespreekt of de vraag past binnen de expertise en mogelijkheden van de organisatie en bepaalt of deze valt binnen doel en doelgroep zoals hiervoor beschreven. Het vervolg hangt af van de vraag waarmee de cliënt is binnengekomen en de informatie die al beschikbaar is:

- Wanneer uit de aanmelding blijkt dat er recente diagnostische of andere medische gegevens beschikbaar zijn, wordt dossieronderzoek uitgevoerd (zie 4.2). Wanneer daaruit blijkt dat voldoende en actuele diagnostische gegevens aanwezig zijn, vindt vervolgens een intake plaats (zie 4.3) en kan daarna behandeling starten (zie 4.6).
- Als uit de aanmelding en eventueel dossieronderzoek duidelijk is dat eerst diagnostisch onderzoek plaats moet vinden, vindt een intake plaats (zie 4.3) met daaropvolgend diagnostisch onderzoek (4.4). Als uit de aanmelding al duidelijk is wat de diagnostische vraag is, wordt direct het diagnostisch traject gestart. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer de verwijzer gericht vraagt om enkelvoudige diagnostiek.

4.2 Dossieronderzoek

Het doel van de dossieranalyse is het samenvatten van relevante informatie in het licht van de beantwoording van de onderzoeksvragen. Het gaat hier niet om zeer uitvoerige dossiersamenvattingen als doel op zich. Op basis van het

dossieronderzoek wordt bepaald of nieuw of aanvullend onderzoek noodzakelijk is. In het dossieronderzoek wordt zo nodig de volgende informatie opgevraagd, doorgenomen en in kaart gebracht:

- Informatie over cognitief en sociaal-emotioneel functioneren
- Uitslagen van eerdere diagnostische trajecten
- Brieven van laatste bezoeken aan medisch specialisten
- Levensloop/ontwikkelingsgeschiedenis en schoolloopbaan
- Hulpverleningsgeschiedenis
- Leefomgeving en sociaal systeem (netwerk)
- Medische gegevens

Daarnaast worden risicofactoren in kaart gebracht om veiligheid tijdens het behandeltraject te borgen, evenals de randvoorwaarden voor een succesvolle behandeling.

4.3 Intake

Bij de meeste vragen is meer informatie nodig om een goed beeld te vormen en te bepalen wat een passend traject is. In dat geval vindt een intakegesprek plaats met de persoon, die indien gewenst een verwant of begeleider meeneemt. Ook wordt vaak de verwijzer geraadpleegd.

Het doel van het intakegesprek is vierledig:

1. Het informeren over en verhelderen van de hulpvraag (deze zijn namelijk niet altijd opgesteld door de cliënt);
2. Het verhelderen van de klachten en het verkrijgen van een beeld over het functioneren van de cliënt;
3. Het informeren van de cliënt over het verdere verloop van het onderzoek;

4. Het afhandelen van praktische zaken (o.a. informeren over rechten/plichten, afstemmen met informanten en betrokkenen en het laten tekenen van een toestemmingsverklaring).

Tijdens het intakegesprek wordt aandacht besteed aan de diverse toestemmingsverklaringen voor de behandeling. Het gaat hierbij om toestemming voor onder andere het verrichten van het psychologisch onderzoek, toestemming voor het betrekken van informanten, het informeren van de verwijzer en/of huisarts en opvragen van al bestaand dossiermateriaal.

Na de intake wordt een diagnostisch plan of behandelplan opgesteld en wordt bepaald welke disciplines hiervoor nodig zijn.

4.4 Diagnostiek

Adequate diagnostiek van zowel de VB als de psychische stoornis is nodig voor een passende behandeling van problematiek bij mensen met een VB⁸. De inhoud van de diagnostiek wordt bepaald op basis van de aard van de diagnostiekvraag:

Enkelvoudige diagnostiekvraag:

Diagnostiek voor het vaststellen van een verstandelijke beperking bestaat standaard uit het gebruik van gevalideerde testen voor de intelligentie, de adaptieve vaardigheden en de sociaal-emotionele ontwikkeling.

Diagnostiek bij meervoudige problemen:

Er wordt verdiepend of nader onderzoek gedaan naar het functioneren van de persoon met verstandelijke beperking in zijn context en/of onderzoeken die gericht op de bijkomende problematiek (naast de verstandelijke

⁸ GGZ Standaard Psychische stoornissen en ZB/LVB (5.3)

beperking). Welke onderzoeken dit zijn, hangt af van de kenmerken van de hulpvraag. Denk bijvoorbeeld aan (niet uitputtend):

- Traumaonderzoek
- Gehechtheidsonderzoek
- Onderzoek naar depressies, angsten, autisme, ADHD, psychoses en wanen
- (screenend) (Neuro)psychologisch onderzoek (o.a. gericht op concentratievermogen, aandachtsfuncties, geheugen, executieve functies)
- Persoonlijkheidsonderzoek
- Onderzoek gericht op verslaving/afhankelijkheid van middelen
- Stelsysteemgericht onderzoek
- Ouderdomsonderzoek

De onderzoeken worden uitgevoerd conform de daarvoor geldende protocollen en door daarvoor bevoegde professionals, zo nodig aangepast aan de doelgroep⁹. Hierin wordt zowel gebruik gemaakt van observaties, interviews, hetero-anamnestiche interviews, vragenlijsten, genormeerde testen en soms indirecte meetmethoden. De regiebehandelaar kan in het kader van een diagnostisch proces (aanvullende) informatie vragen aan andere disciplines, zoals de vaktherapeut, over de aard van de klachten van de patiënt, de oorzaken en de instandhoudende factoren.¹⁰

Diagnostisch onderzoek bij mensen met een verstandelijke beperking vraagt om rekening te houden met de volgende factoren:

- niveau van cognitief functioneren,
- niveau van sociaal-emotioneel functioneren,
- executieve functies,
- wijze van sociale informatieverwerking,

- vermogen van de cliënt om te communiceren,
- praktische vaardigheden zoals afspraken kunnen plannen en kunnen reizen,
- combinatie van diagnoses,
- ziekte-inzicht bij de cliënt,
- motivatie van de cliënt,
- aanwezigheid van een steunend netwerk en/of begeleiding,
- gezondheidstoestand (en motorische vaardigheden),
- geschiedenissen van trauma, onveilige gehechtheid en/of stigma en discriminatie.

Vanwege deze factoren kan het nodig zijn om observaties te doen van de persoon in zijn omgeving (thuis, school, werk, dagbesteding). Ook kunnen gesprekken nodig zijn met het cliëntsysteem om een volledig beeld te krijgen. Deze factoren kunnen van invloed zijn op de benodigde tijd voor het diagnostisch traject. De doorlooptijd ligt meestal tussen de drie en zes maanden.

Na de onderzoeken volgt het uitwerken van de diagnostiek. Deze bestaat uit het opstellen van rapportages met onderzoeksgegevens, het schrijven van het diagnostiekverslag, overleg en afstemming met het multidisciplinaire team of met inhoudelijke experts. Op basis van de verslagen en de bespreking daarvan in het multidisciplinaire team wordt een rapportage met een behandel- of vervolgadvisie geschreven. In dit advies wordt beschreven welk deel van de behandeling vanuit GZSP komt, welk deel door bijvoorbeeld huisarts of GGZ kan worden opgepakt en eventuele samenhang met doelen die in begeleiding kunnen worden opgepakt.

⁹ Douma, J., Moonen, X., Noordhof, L., & Ponsioen, A. (2012). Richtlijn Diagnostisch Onderzoek LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en afnemen van diagnostische instrumenten bij mensen met een licht verstandelijke beperking. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.

¹⁰ Bron: [GGZ Standaard Vaktherapie \(5.4\)](#)

4.5 Adviesgesprek

Na het onderzoek vindt een adviesgesprek plaats waar de cliënt en zijn verwanten op de hoogte worden gebracht van de resultaten en van de rechten en plichten van de cliënt. Ook wordt gezorgd voor zorgvuldige afwikkeling van het dossier. Tijdens dit gesprek worden afspraken gemaakt over het vervolg (behandeling dan wel advies voor begeleiding). Als het diagnostisch traject wordt afgesloten, stuurt de regiebehandelaar een verslag naar de cliënt. Als de cliënt toestemming hiervoor geeft, stuurt de regiebehandelaar de overdracht naar de verwijzer en (indien van toepassing) de organisatie die de persoon begeleidt. Ook worden afspraken gemaakt voor eventuele her-aanmelding bij terugkeer van klachten of nieuwe problematiek.

4.6 Behandeling

Behandelvragen van mensen met een VB spelen vaak op diverse levensdomeinen waaraan verschillende disciplines in samenhang een bijdrage leveren. Door de multidisciplinaire aanpak is er aandacht voor alle relevante aspecten en kan de problematiek vanuit meerdere brillen worden geduid (cognitief, gedragsmatig, psychiatrisch, medisch, vaktherapeutisch, systemisch, et cetera)¹¹.

Het behandeladvies dat is opgesteld bij afronding van het aanmeld- en eventuele diagnostisch traject vormt het uitgangspunt voor de behandeling. Het kan ook zijn dat de behandeling zonder diagnostiek start. Dan wordt op basis van dossierinformatie en informatie van de verwijzer een behandelplan opgesteld. Het behandelplan verheldert op basis van welke professionele afweging interventies worden aangeboden, met welk doel en wanneer succes behaald is of dat er geen succes meer te verwachten is, bijvoorbeeld door afnemende of ontbreken van leerbaarheid en/of trainbaarheid.

In het eerste behandelcontact gaat de regiebehandelaar in gesprek met de cliënt en diens omgeving om te bepalen of de aanmeldreden, klachten en hulpvraag nog actueel zijn (dit vanwege de doorlooptijd tussen aanmelding en start behandeling). Wanneer inhoudelijk passend en organisatorisch mogelijk is dit dezelfde (regie)behandelaar als gedurende het diagnostisch traject. De cliënt wordt geïnformeerd over de werkwijze die wordt gevolgd in de behandeling en wat daarbij van hem wordt verwacht.

Naast afstemming met de cliënt zelf kunnen behandelaren vanuit de GZSP tijdens de behandeling en bij afronding afstemmen met een vertegenwoordiger van de cliënt (in afwezigheid van de cliënt. Bijvoorbeeld een betrokken familielid, mentor of betrokken begeleider(s). Deze indirecte tijd is van belang omdat zij de cliënt kunnen helpen de behandeladviezen goed in praktijk te brengen.

Factoren die duur en verloop bepalen

De duur van een traject hangt af van de problematiek en kan zowel een kortdurend afgebakend traject zijn als een langdurig (meerjarig) traject. Bij complexe problemen is ook sprake van wisselende intensiteit, met periodes van intensievere betrokkenheid of juist (bij stabielere periodes) meer betrokkenheid op afstand. Bij de start maakt de regiebehandelaar een inschatting hoe lang de behandeling duurt; tijdens evaluaties en MDO's wordt dit steeds opnieuw beoordeeld.

De duur en intensiteit van het traject wordt door de regiebehandelaar ingeschat op basis van de volgende factoren:

- (combinatie van) diagnose(s),
- gezondheidstoestand,

¹¹ GGZ Standaard - Vaktherapie (3.1.1, 5.2 en 5.5.1) en GGZ Standaard - Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB) of lichte verstandelijke beperking (LVB) (5.4.3).

- wisselingen in de gezondheidstoestand,
- voorspelbaarheid van deze wisselingen,
- vermogen om adequaat te communiceren,
- ziekte-inzicht,
- motivatie om mee te werken aan de behandeling,
- risico op gevaar voor zichzelf en/of naasten.

Soms is de aanwezigheid en impact van deze factoren vanaf de aanmelding duidelijk, maar vaak ontstaat hiervan pas gaandeweg een goed beeld. Dit betekent dat de duur en intensiteit van de behandeling niet goed voorspelbaar is bij de start van een traject.

4.7 Evaluatie en MDO

Bij de start van de behandeling bepaalt de regiebehandelaar een passende einddatum voor de behandeling, die ook wordt vastgelegd in het behandelplan. Aan de hand daarvan bepaalt de regiebehandelaar met welke frequentie het traject wordt geëvalueerd. Evaluatie vindt minimaal na 6 maanden plaats, maar kan altijd eerder wanneer de situatie hierom vraagt. Daarna worden de behandeldoelen zo nodig gemotiveerd bijgesteld.

De volgende agendapunten staan centraal tijdens de evaluatie met de cliënt:

1. Resultaten van de effectmetingen zoals screeningslijsten en klachtlijsten (zie volgende kopje).
2. Mondeling uitvragen van behandelervaring van de cliënt.
3. Mondeling toelichten behandelervaring van de therapeut.
4. Evalueren doelen die gesteld zijn en eventuele bijstelling hiervan.
5. Samen inschatten hoeveel tijd nog nodig geacht wordt om de behandeldoelen te behalen.

Bij de evaluatie is ook een begeleider of iemand van het informele steunsysteem aanwezig.

De uitkomsten van dit evaluatiemoment vormen (mede) de input voor het multidisciplinaire overleg (MDO) dat kort na de evaluatie plaatsvindt. Aan dit MDO nemen de bij de cliënt betrokken behandelaren deel. Er is altijd een BIG-geregistreerde behandelaar (zoals de GZ-psycholoog of orthopedagoog-generalist) aanwezig. Het MDO kan ook vaker plaatsvinden dan een evaluatie, bijvoorbeeld wanneer de problematiek complex is en dit meer afstemming met elkaar vraagt. Bij een MDO dat apart gepland wordt, worden disciplines gevraagd die noodzakelijk zijn voor de behandeling. Dit kunnen betrokken behandelaren zijn, maar ook behandelaren die noodzakelijk zijn om mee te denken.

Tijdens het MDO wordt de stand van zaken van de lopende behandeling(en) door de regiebehandelaar kernachtig samengevat. De behandelaren evalueren de behandeling, zoals resultaten in relatie tot de doelstelling, het verloop (o.a. klachten) en het vervolg. Op basis hiervan bespreken behandelaren eventuele veranderingen in of beëindiging van de behandeling.

De uitkomsten van het MDO worden in het eerstvolgende behandelcontact met de cliënt teruggekoppeld. Ook de huisarts wordt, met toestemming van de cliënt, op de hoogte gesteld van de voortgang; dit gebeurt minimaal eenmaal per jaar.

Effectmeting

We doen onderzoek naar het effect van de behandeling en de tevredenheid van de cliënt daarover. Dit gebeurt op cliëntniveau door na te gaan of klachten verminderen, therapiedoelen bereikt worden en te kijken naar cliënttevredenheid. De behandelaren krijgen hierdoor belangrijke informatie over het effect van hun handelen en vinden aangrijpingspunten voor verbetering. Voor het meten van de resultaten worden verschillende methoden gebruikt, afhankelijk van de doelgroep en de doelen van behandeling.

4.8 Afsluiting

Bij afronding vindt een evaluatie plaats tussen de regiebehandelaar en de cliënt en/of zijn systeem. GZSP wordt beëindigd als:

- het doel van de behandeling is bereikt en er geen vervolgoel is gesteld voor een individuele prestatie GZSP;
- de zorg afgeschaald kan worden naar reguliere eerstelijnszorg;
- blijkt dat het behandeldoel niet wordt behaald, bijvoorbeeld door achteruitgang, en verdere behandeling binnen GZSP naar het oordeel van de regiebehandelaar niet meer zinvol is;
- er een klinische (medische) opname is;
- 24 uur zorg/toezicht nodig is;
- Er een Wlz-indicatie afgegeven is.

In sommige gevallen vindt actieve monitoring plaats door uitnodiging voor een halfjaarlijks of jaarlijks consult. Als een behandeling is afgerond, of tussentijds evaluatie heeft plaatsgevonden waarin de behandeling is bijgestuurd, stuurt de regiebehandelaar met toestemming van de cliënt een overdrachtsbrief of mail naar de verwijzer en (indien van toepassing) de organisatie die de persoon begeleidt. Ook worden afspraken gemaakt voor eventuele her-aanmelding bij terugkeer van klachten of nieuwe problematiek.

5. Disciplines en borging

In een behandeltraject zijn zowel BIG- als niet BIG-geregistreeerde professionals betrokken die vakbekwaam zijn en beschikken over de vereiste competenties. De BIG-geregistreeerde professional is eindverantwoordelijk voor het vaststellen van het diagnostisch beeld, het advies voor vervolg en het uitvoeren van de behandeling. De niet BIG-geregistreeerde professional werkt altijd samen en onder de verantwoordelijkheid van de BIG-geregistreeerde regiebehandelaar en overlegt over onder andere de doelstelling, observaties, inzet en evaluatie. Alle professionals zijn verantwoordelijk voor hun eigen handelen en de borging van hun deskundigheid (paragraaf 5.4). De organisatie is verantwoordelijk voor het borgen van randvoorwaarden voor beschikbaarheid van multidisciplinaire behandeling (paragraaf 5.5).

We beschrijven de betrokken professionals en hun werkwijze in drie fasen:

1. Voortraject (aanmelding tot en met intake);
2. Diagnostiek (inclusief adviesgesprek);
3. Behandeling (inclusief evaluatie, MDO en afsluiting).

Daarna gaan we in op de borging van deskundigheid en randvoorwaarden.

5.1 Voortraject

De aanmelding wordt verwerkt door een **medewerker van de frontoffice** (zoals een zorgloket of zorgbemiddeling). De medewerker staat de cliënt en/of andere betrokkenen te woord, controleert of alle formulieren volledig zijn ingevuld, of de verwijzing geldig is en welke informatie al bekend is. Indien nodig wordt aanvullende informatie, bijvoorbeeld geldige diagnoses en eerdere behandeling, opgevraagd bij andere instanties, na toestemming van de cliënt.

Tijdens de triage wordt de aanmelding besproken in een kernteam of screeningsteam, bestaande uit één of meer BIG-geregistreeerde behandelaren (**GZ-psycholoog, orthopedagoog-generalist, arts VG, verpleegkundig specialist (AGZ/GGZ)/physician assistent of specialist ouderengeneeskunde**), de **frontofficemedewerker** en eventueel een **vaktherapeut**.

Het dossieronderzoek wordt uitgevoerd door een **BIG-geregistreeerde gedragswetenschapper**, ondersteund door een **diagnostisch medewerker**, een **master-orthopedagoog, master-psycholoog, pedagogisch psychologisch assistent** of **psychodiagnostisch medewerker** (allen niet BIG-geregistreeerd). Medisch dossieronderzoek wordt zo nodig uitgevoerd door de **verpleegkundig specialist (AGZ/GGZ)/physician assistent, arts VG of specialist ouderengeneeskunde**.

De intake wordt in de meeste gevallen verricht door een BIG-geregistreerde behandelaar. Dit is meestal een **GZ-psycholoog of orthopedagoog-generalist** omdat de problematiek veelal gedragsmatig en/of psychosociaal van aard is. Indien de vraag een medische component heeft die op de voorgrond ligt, is de **arts VG of verpleegkundig specialist (AGZ/GGZ)/physician assistent**¹² de regiebehandelaar. De arts VG of verpleegkundig specialist/physician assistent kan daarnaast meekijken bij vermoedens van medische problematiek. Op basis van de beschikbare informatie beslist het screeningsteam of kernteam welke disciplines aanwezig moeten zijn bij de intake en wie de lead heeft. Afhankelijk van de vraag kunnen bijvoorbeeld een **master-orthopedagoog, master-psycholoog, pedagogisch psychologisch assistent** of **psychiater** bij het intakegesprek aansluiten. Wanneer uit de triage blijkt dat het om een enkelvoudige diagnostiekvraag gaat, kan diagnostiek direct gestart worden door een master-psycholoog of master-orthopedagoog.

5.2 Diagnostiek

De diagnostische testen worden afgenomen door een **diagnostisch medewerker**, een **master-orthopedagoog, master-psycholoog, pedagogisch psychologisch assistent** of **psychodiagnostisch medewerker** (niet BIG-geregistreerd) of door de **GZ-psycholoog of orthopedagoog-generalist** indien het protocol van de tests dit vraagt. De resultaten worden besproken met het multidisciplinaire team en door de regiebehandelaar verwerkt in een rapportage. De regiebehandelaar (meestal een **GZ-psycholoog of orthopedagoog-generalist** en bij dominante medische problematiek de **arts VG of verpleegkundig specialist (AGZ/GGZ)/physician assistent** of **specialist**

ouderengeneeskunde) stelt op basis van deze rapportage de diagnose en het behandeladvies vast.

Het adviesgesprek vindt plaats tussen de regiebehandelaar/BIG-geregistreerde behandelaar en de cliënt. Indien relevant kunnen andere professionals uit het diagnostisch traject hierbij aanwezig zijn.

Disciplinemix en afweging

Basisdiagnostiek kan grotendeels door niet-BIG-geregistreerde medewerkers worden gedaan, terwijl complexere diagnostiek altijd samen met of door een BIG-geregistreerde behandelaar wordt uitgevoerd^{13,14}. Bij problematiek met een medische component is de passende discipline afhankelijk van de bevoegdheid en bekwaamheden van de professional (zoals het verschil tussen verpleegkundig specialist AGZ of GGZ) en van enkelvoudige of multiproblematiek. De meer geprotocolleerde zorg vraagt om inzet van de verpleegkundig specialist (AGZ/GGZ)/physician assistent in het eigen vakbekwame domein, terwijl de minder geprotocolleerde zorg vraagt om de inzet van de arts VG of specialist ouderengeneeskunde.

5.2 Behandeling

Behandelvragen van mensen met een VB spelen vaak op diverse levensdomeinen waaraan verschillende disciplines (zowel BIG- als niet BIG-geregistreerd) in samenhang een bijdrage leveren. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor de afweging en onderbouwing van de inzet.

¹² De verpleegkundig specialist (AGZ/GGZ)/physician assistent heeft zelfstandige behandelbevoegdheid binnen het eigen bekwaamheidsgebied.

¹³ De Bruyn, E.E.J., Ruijsseenaars, A.J.J.M., Pameijer, N.K., en Van Aarle, E.J.M. (2003). De diagnostische cyclus. Een praktijkleer. Leuven: Acco.

¹⁴ Pameijer, N., & van Laar Bijman, E. (2007). Handelingsgerichte diagnostiek: Een handreiking voor orthopedagogen en psychologen werkzaam in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Den Haag: Uitgeverij Lemma.

Regiebehandelaar

De regiebehandelaar is BIG-geregistreerd, voert regie op het behandelplan en stuurt het multidisciplinair team aan. Binnen de gehandicaptenzorg is de **orthopedagoog-generalist of GZ-psycholoog** (gedragswetenschapper) in de praktijk degene die indiceert en verantwoordelijk is voor het opstellen van het zorg- en behandelplan en voor het in multidisciplinair verband uitvoeren van het zorg- en behandelplan. De **arts VG** wordt waar nodig geconsulteerd. Daarom is de regiebehandelaar meestal een GZ-psycholoog of orthopedagoog-generalist. Als de medische component op de voorgrond staat ligt de regie bij een arts VG of verpleegkundig specialist (AGZ/GGZ)/physician assistant.

De regiebehandelaar is binnen kantoortijden beschikbaar voor consulten. Hij houdt zich aan de landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts en generalistische basis-GGZ en/of gehandicaptenzorg over verwijzing, wederzijds informeren, consulteren en terugrapporteren. De regiebehandelaar kan andere disciplines inzetten als dit duidelijk is beschreven in het behandelplan.

Disciplinemix en afweging

Tijdens het MDO wordt besproken welke disciplines van toegevoegde waarde kunnen zijn. De betrokken behandelaren bespreken wat nodig is met het oog op de problematiek van de cliënt, de hulpvraag en de te bereiken doelen. Afhankelijk hiervan wordt een combinatie van een **gedragswetenschapper** (orthopedagoog-generalist of GZ-psycholoog) en/of **arts VG of verpleegkundig specialist (AGZ/GGZ)/physician assistent** ingezet samen met een of meer BIG-geregistreerde disciplines zoals **paramedicus, klinisch psycholoog** en **psychiater** en/of een of meer niet BIG-geregistreerde behandelaren, zoals

vaktherapeut¹⁵, systeemtherapeut, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, master-psycholoog en master-orthopedagoog.

Factoren die meewegen bij het bepalen van de inzet zijn de mate van complexiteit, de aard van de problematiek en kenmerken van de cliënt (bijvoorbeeld de mate waarin de persoon cognitief of ervaringsgericht is ingesteld en het vermogen van de persoon om zich verbaal te uiten¹⁶). De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor de afweging en onderbouwing hiervan, in samenspraak met de cliënt(vertegenwoordiger). Tijdens evaluaties wordt dit opnieuw afgewogen.

Door de diversiteit in problematiek en hulpvragen is er een grote variatie in de disciplinemix en de verdeling van de tijdsinzet over de verschillende disciplines. De inzet kan per cliënt ook variëren over de tijd heen.

Werkwijze

De beperkingen in verstandelijk functioneren en adaptief gedrag vragen om specifieke kennis bij behandelaren en aanpassingen in de aanpak ten opzichte van mensen zonder verstandelijke beperking. Dit komt bijvoorbeeld tot uiting in hoe behandelaren met cliënten communiceren, hoe zij werken aan motivatie door succeservaringen en in aandacht voor de context van de cliënt (omdat veel problemen ontstaan door een negatieve wisselwerking met de context). Daarnaast houdt de behandelaar rekening met de kenmerken van de verstandelijke beperking, bijvoorbeeld door kleinere stappen aan te brengen en meer herhalingen in te bouwen. Behandelaren betrekken ook vaak verwanten of andere hulpverleners (bijvoorbeeld begeleiders) om de

¹⁵ Er is groeiend wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van vaktherapie. De Federatie van Vaktherapeutische Beroepen heeft evidentie hiervoor verzameld.

¹⁶ GGZ Standaard - Vaktherapie (5.5.1)

transfer van het geleerde in therapie naar de dagelijkse leef- en werk-omgeving van de cliënt te kunnen maken.

De multidisciplinaire behandeling kan individueel plaatsvinden of in een groep. Een cliënt kan ook een combinatie van individuele behandelingen en groepsbehandeling ontvangen.

Individuele behandeling bestaat bijvoorbeeld uit gesprekken of oefeningen met een behandelaar. Deze behandelingen kunnen het karakter hebben van bijvoorbeeld psycho-educatie, psychologische interventies, vaktherapie, traumatherapie, farmacotherapie, mediërende behandeling en erkende gedragsinterventies bij bijvoorbeeld agressie of verslaving. Methodieken uit de GGZ die bij deze behandelingen veel worden toegepast zijn cognitieve gedragstherapie (CGT), acceptance and commitment therapy (ACT), schema-therapie, mentalization-based treatment (MBT), EMDR en NET. Hoewel de wetenschappelijke evidentie nog beperkt is blijkt uit een aantal internationale onderzoeken dat psychologische en psychotherapeutische interventies bij patiënten met een lichte verstandelijke beperking effectief zijn, mits aangepast aan de mogelijkheden van de patiënt (zowel qua bejegening en houding van de therapeut als proces en inhoud van de therapie)¹⁷. Daarnaast is een werkwijze beschreven voor behandeling, diagnostiek en gespreksvoering waarbij behandelmethode uit de GGZ worden toegepast voor mensen met een verstandelijke beperking¹⁸.

In een groepsbehandeling kunnen specifieke vraagstukken, zoals de combinatie van een verstandelijke beperking en een depressie, angst of persoonlijkheidsproblematiek, via groepssessies worden behandeld, waarin cliënten

kunnen leren van de interactie in de groep. Een groepsbehandeling kan ook gericht zijn op specifieke vraagstukken, zoals seksueel overschrijdend gedrag of problematisch middelengebruik.

5.4 Borging deskundigheid

De hiervoor genoemde professionals zijn zélf verantwoordelijk voor het eigen handelen. Deze professionele verantwoordelijkheid hoort bij de professionele autonomie en professionals zijn daarop aan te spreken. Dit geldt ongeacht de functie, het werkveld, vakbekwaamheidsniveau of registratie in een wettelijk register (BIG). Dit geldt ook in de samenwerking met andere professionals.

Professionals bouwen vakbekwaamheid op via opleiding en bij-nascholing en kunnen deze deskundigheid aantonen via functieomschrijvingen en registraties (zoals SKJ (divisie jeugd), NVO, NIP, BIG, Register Vaktherapie). Professionals handelen volgens de professionele standaard. Deze bestaat uit wet- en regelgeving (zoals wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg Wkkgz), vakinhoudelijke richtlijnen en kwaliteitsstandaarden (zoals Kwaliteitskompas gehandicaptenzorg of Landelijke kwaliteitsstatuut GGZ (indien van toepassing), beroepscode, veldnormen en tuchtrecht. Diagnostische besluitvorming is gebaseerd op wetenschappelijke verantwoording en practice based kennis. Specifiek voor de uitvoering van diagnostiek geldt dat iedere diagnosticus moet beschikken over de basisaantekening diagnostiek (BAPD of diagnostische aantekening NVO).

5.5 Borging randvoorwaarden

Zorgaanbieders hebben de benodigde disciplines in dienst en/of hebben een netwerk waar zij een beroep op kunnen doen om multidisciplinaire zorg te

¹⁷ GGZ Standaard – Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB) of lichte verstandelijke beperking (LVB) (5.4.1).

¹⁸ Wieland, J., Aldenkamp, E. en Brink, A. van den (2022). Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

kunnen verlenen. Alle zorgverleners stemmen hun handelen intensief met elkaar af door multi- en/of interdisciplinaire samenwerking¹⁹. Het team heeft in het diagnostisch proces en tijdens het behandeltraject voldoende manieren om multidisciplinair samen te werken en met elkaar te communiceren. Bijvoorbeeld in het multidisciplinair overleg (MDO). Daarmee dragen aanbieders zorg voor de continuïteit van de te leveren zorg aan bestaande cliënten, voor zover gefaciliteerd in inkoop en contractering door de zorgverzekeraar. Per regio wordt gekeken naar afspraken en samenwerking in afstemming met zorgverzekeraars.

¹⁹ Bij multidisciplinaire samenwerking is er aandacht voor alle relevante aspecten en kan de problematiek vanuit meerdere brillen geduid worden (cognitief, gedragsmatig, psychiatrisch, medisch, vaktherapeutisch, systemisch, et cetera). Bij interdisciplinaire samenwerking integreren de professionals samen de verschillende brillen, om te komen tot een vakoverstijgend inzicht op de problematiek en mogelijke interventies.

6. Doorontwikkeling zorgprogramma

Er is een aantal punten waarop doorontwikkeling van het zorgprogramma mogelijk is, om daarmee bij te dragen aan professionalisering en transparantie van GZSP in de gehandicaptenzorg.

6.1 Prestatie-indicatoren

Er zijn voor GZSP geen prestatie-indicatoren (KPI's) die sectorbreed worden gehanteerd. Om hiertoe te komen kan een ontwikkelprogramma worden geïnitieerd, waarin KPI's worden geformuleerd, meetmethoden worden ontwikkeld en in een pilot worden getoetst.

Een manier om tot KPI's te komen is door diverse zorgaanbieders gedurende een bepaalde periode een aantal zaken te laten registreren. Bepaal vooraf in gezamenlijkheid op welke onderwerpen de KPI's moeten worden geformuleerd, zoals bijvoorbeeld de tijdsduur van diagnostiek en behandelingen, het aantal trajecten waarbij het doel is behaald en welke disciplines zij inzetten voor welke taken. Op basis van deze registraties kan een gemiddelde of een range aangegeven worden. Dit kan als basis dienen voor een voorstel voor sectorbrede KPI's. Vervolgens kunnen een aantal zorgaanbieders in samenwerking met zorgverzekeraars via een pilot onderzoeken of de KPI's realistisch en haalbaar zijn. Daarna kunnen ze sectorbreed worden toegepast.

6.2 Onderbouwing met evidence

In dit zorgprogramma is een beperkt aantal bronverwijzingen opgenomen. Voor de korte termijn kan worden gekeken welke aanvulling mogelijk is op deze bronnen²⁰. Daarnaast kan onderzoek worden gedaan om de wetenschappelijke evidence van de werkzaamheid en meerwaarde van multidisciplinaire behandeling voor mensen met een verstandelijke beperking aan te tonen. Een kennisagenda kan helpen richting te geven aan dergelijk onderzoek.

²⁰ De FVB heeft al een overzicht gemaakt van bronnen over de effectiviteit van vaktherapeutische beroepen voor mensen met een LVB. Deze kunnen worden verwerkt in het zorgprogramma als een relatie is aangebracht met de multidisciplinaire insteek van dit zorgprogramma.