

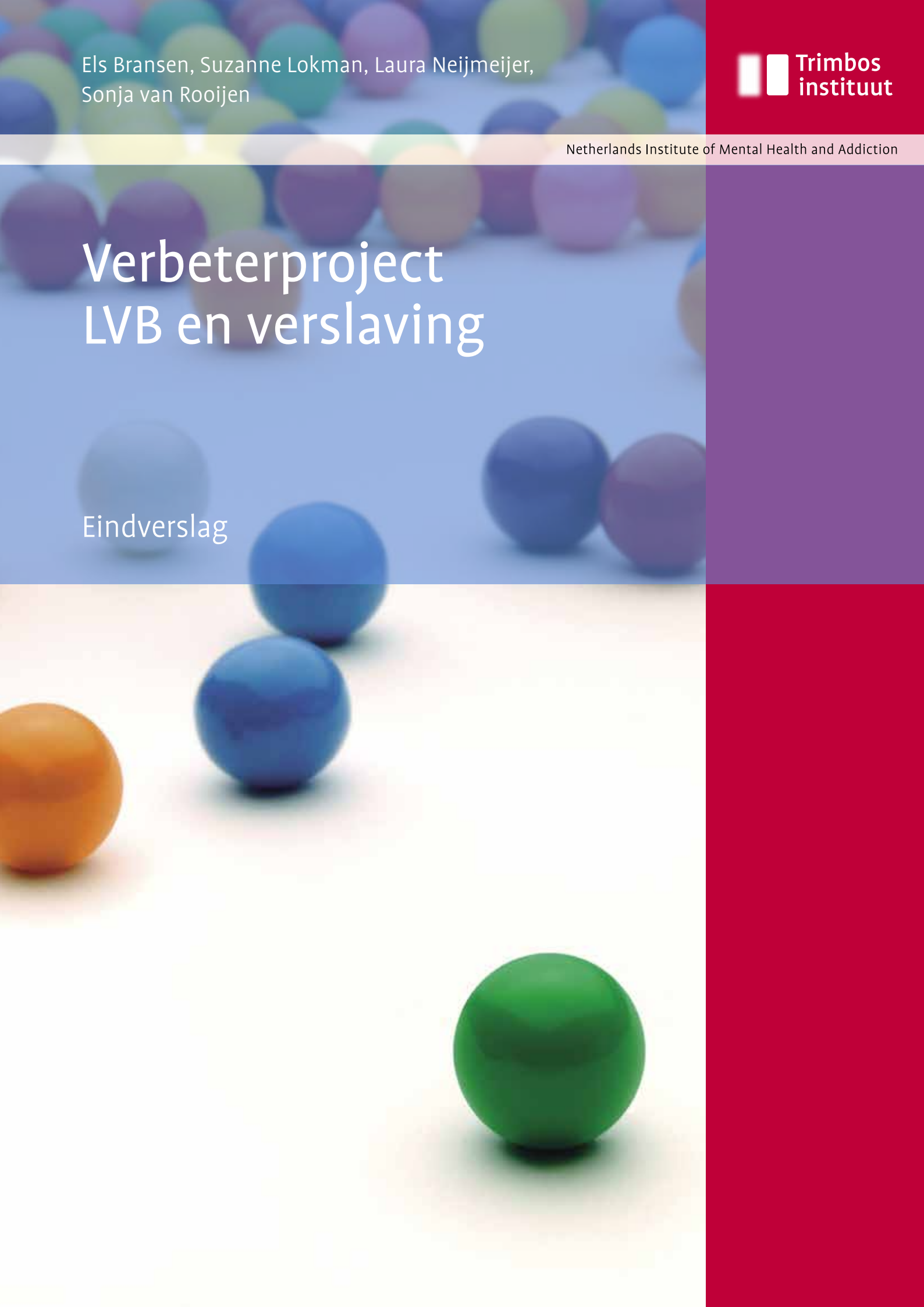
Els Bransen, Suzanne Lokman, Laura Neijmeijer,
Sonja van Rooijen

 Trimbos
instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Verbeterproject LVB en verslaving

Eindverslag



Els Bransen
Suzanne Lokman
Laura Neijmeijer
Sonja van Rooijen

Verbeterproject LVB en verslaving

Eindverslag

Colofon

Projectleiding

Els Bransen

Projectuitvoering

Els Bransen
Kati Dobos
Renée Eek
Suzanne Lokman
Jolanda Lourens
Laura Neijmeijer
Sonja van Rooijen

Stuurgroep

Dhr. A. Benschop - De Borg
Dhr. B. van Meijel - Hogeschool InHolland
Mw. M. van der Rijt - Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
Mw. S. van Rooijen - Trimbos-instituut
Dhr. R. Rutten - Resultaten Scoren /GGZ Nederland en Tactus verslavingszorg
Mw. L. Schouten - CBO
Dhr. D. Verstegen - Kenniscentrum LVB

Expertgroep

Mw. M. Bouts - Mondriaan verslavingspreventie
Dhr. R. Bovens - Trimbos-instituut en Hogeschool Windesheim
Mw. P. Embregts - Universiteit van Tilburg, Hogeschool Arnhem en Nijmegen en Dichterbij
Dhr. K. de Haan - Hogeschool InHolland
Mw. M. Kiewik-de Vries – NISPA en Aveleijn
Dhr. X. Moonen - Universiteit van Amsterdam en Koraalgroep
Mw. J. van der Nagel – NISPA en Tactus verslavingszorg
Mw. R. den Ouden - Tactus verslavingszorg
Mw. M. Trentelman - Trajectum

Productiebegeleiding

Kathy Oskam

Omslagontwerp en productie

Canon Nederland N.V.

Beeld

www.istockphoto.com

Deze uitgave is te vinden via www.trimbos.nl onder artikelnummer **AF1244**.

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030-297 11 00
F: 030-297 11 11

© 2013, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoud

Voorwoord	5
Samenvatting	7
1 Inleiding	9
1.1 Doel en doelgroep	9
1.2 Uitvoering en samenwerking	9
1.3 Uitgangspunten	10
1.4 Opbouw rapport	10
2 Verbeterproject in actie	11
2.1 Voorbereiding	11
2.2 Uitvoering	12
2.3 Borging en verspreiding	13
2.4 Activiteiten van de verbeterteams	14
2.5 Activiteiten van overige deelnemende organisaties	15
3 Bereik	17
4 Uitkomsten bij de deelnemende organisaties	19
4.1 Inleiding	19
4.2 Deelnemers verbeterproject algemeen	19
4.3 Verbeterteams	21
5 Overige opbrengsten	25
5.1 Interventiepakket	25
5.2 Onderwijsmodule	25
5.3 Een landelijk netwerk en blijvende facilitering	27
Bijlage 1 Toelichting op en handreiking bij Auditinstrument	29
Bijlage 2 Toolkit LVB en verslaving	33
Bijlage 3 Resultaten	41
Bijlage 4 Bij het verbeterproject betrokken organisaties en personen	43

Voorwoord

Van 2011 tot en met voorjaar 2013 vond het Verbeterprogramma Gehandicaptenzorg plaats. Doel van het programma was bestaande kennis rond tien inhoudelijke thema's te verbinden aan de praktijk van de gehandicaptenzorg. Het programma was onderdeel van Zorg voor Beter en werd gefinancierd door ZonMw. Het kende de volgende inhoudelijke uitgangspunten.

- Snelle en brede toepassing en borging van verbeteringen in de gehandicaptenzorg gerelateerd aan het kwaliteitskader van deze sector;
- Gebruik maken van bestaande kennis, producten, richtlijnen en aansluiten bij lopende initiatieven, netwerken en infrastructuren zoals het kennisplein van de gehandicaptensector;
- Realiseren en borgen van een leer- en verbetercultuur in deze sector;
- Ontwikkeling en uitvoering in samenwerking met de sector;
- Rekening houden met de veelal levenslange en levensbrede ondersteuning aan de cliënt; de diversiteit in de sector; de bijzondere kenmerken van de gehandicaptenzorg; de bestaande initiatieven en activiteiten in de sector en aansluiten bij de wensen van individuele leden.

Eén van de tien thema's van het Verbeterprogramma was (problematisch) middelengebruik door mensen met een licht verstandelijke beperking. Onder de noemer LVB en verslaving stond het hoog op het verbeterwensenlijstje van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN). Op 14 februari 2012 vond een eerste informatiebijeenkomst plaats voor organisaties in de verstandelijk gehandicaptenzorg en verslavingszorg met interesse in het thema. Ruim een jaar later, op 16 april 2013, was de afsluiting van het verbeterproject.

Met deze eindrapportage leggen we verantwoording af over de opbrengsten van het Verbeterproject LVB en Verslaving en de manier waarop deze bereikt zijn. We geven een gedetailleerde beschrijving van onze werkwijze opdat andere organisaties die op projectmatige wijze aan verbetering van hun zorgaanbod en –organisatie willen werken hiermee hun voordeel kunnen doen.

Utrecht, Trimbos-instituut

Els Bransen,
Projectleider

Samenvatting

Mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) komen relatief vaak in de problemen door hun alcohol- of drugsgebruik. Betere zorg op dit gebied is nodig. Het verbeterproject LVB en verslaving – dat van januari 2012 tot mei 2013 werd uitgevoerd - had als doel om organisaties in de gehandicaptenzorg daarbij te helpen. Hieronder een overzicht van de belangrijkste activiteiten en resultaten.

- ❖ Er vonden bijeenkomsten, workshops en trainingen plaats. Onderwerpen waren het signaleren en bespreken van (problematisch) alcohol- en drugsgebruik, schrijven van een beleidsplan en opzetten van structurele samenwerking met de verslavingszorg.
- ❖ In totaal 195 medewerkers van 40 organisaties voor gehandicaptenzorg bezochten tenminste 1 bijeenkomst, workshop of training. Eenderde van de deelnemers was lid van een verbeterteam, tweederde was werkzaam bij een andere organisatie. Steeds vaker namen ook medewerkers uit de verslavingszorg deel.
- ❖ Het Trimbos-instituut inventariseerde welke passende instrumenten en methoden voor beleidsontwikkeling, preventie en zorg op het gebied van alcohol en drugs in Nederland beschikbaar zijn en vatte deze informatie samen in een toolkit. Dit document in ontwikkeling was (en is) via het Kennisplein Gehandicaptensector te downloaden.
- ❖ Negen instellingen in de gehandicaptensector startten een intensief verbetertraject. Bij deze instellingen werkte een projectteam met steun van het management op een of meerdere locaties aan concrete verbeteringen. Naast de informatie uit de toolkit stond de kennis en ervaring van experts uit het hele land en procesbegeleiders van het Trimbos-instituut ter beschikking van de teams.
- ❖ In de Nieuwsbrief LVB en verslaving werd verslag gedaan van alle ontwikkelingen en werd nieuwe informatie onder de aandacht gebracht.
- ❖ Na afloop van het project gaven deelnemers en geïnteresseerden (N= 153) vrijwel unaniem aan dat op hun locatie de zorg rondom alcohol en drugsgebruik in het afgelopen jaar was verbeterd. Met name was er meer deskundigheid bij de medewerkers (63%) en betere samenwerking met de verslavingszorg (57%).
- ❖ Het merendeel van de organisaties dat een intensief verbetertraject had gevolgd beschikte aan het eind van de rit over een helder beleidsplan. Dit plan was gebaseerd op een duidelijke visie en voorzien van praktische handvatten voor de medewerkers.
- ❖ Een positief resultaat was verder dat bestuurders en directeuren uit gehandicaptenzorg en verslavingszorg besloten hebben om een gezamenlijk document op te stellen over de inhoud en organisatie van (preventieve) zorg voor deze doelgroep. De eerste tekst staat inmiddels op papier.

1 Inleiding

De gehandicaptensector krijgt in toenemende mate te maken met verslavingsproblematiek bij cliënten met een licht verstandelijke beperking. Dit leidt bij degenen die hen begeleiden tot handelingsverlegenheid. Hoewel de kennis over LVB en methoden voor preventie, begeleiding en behandeling van problematisch middelengebruik door deze doelgroep de afgelopen vijf jaar is gegroeid, wordt ze onvoldoende toegepast in de praktijk. Dat is problematisch omdat mensen met LVB vaak extra kwetsbaar zijn voor de schadelijke gevolgen van alcohol en drugs en juist goede preventie en zorg nodig hebben. Het verbeterproject LVB en verslaving wilde daar verandering in brengen.

1.1 Doel en doelgroep

Doel van het project was een toename te bewerkstelligen van het aantal organisaties in de gehandicaptenzorg met een adequaat beleid en aanbod op het gebied van preventie, begeleiding en behandeling van problematisch alcohol- en drugsgebruik door cliënten met LVB.

Nevendoelen waren:

1. Samenstellen van een interventiepakket ('toolkit') met instrumenten en methoden voor beleidsontwikkeling, preventie, behandeling en begeleiding van cliënten met LVB en (problematisch) alcohol en drugsgebruik.
2. Ontwikkelen van een onderwijsmodule over begeleiding van cliënten met LVB en (problematisch) middelengebruik in het kader van de opleidingen SPH, MZ of verpleegkunde.
3. Bijeenbrengen van een landelijk netwerk 'LVB en middelengebruik' van experts uit de gehandicaptensector, jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg.
4. Onderzoeken van de mogelijkheden voor een blijvende facilitering van dit netwerk.

Het project richtte zich op organisaties in de gehandicaptenzorg die begeleiding en/of behandeling bieden aan zowel volwassen als jeugdige LVB-clieënten. Het zwaartepunt zou liggen bij de zorg gericht op 'wonen in de wijk', de professionals die deze zorg bieden dat wil zeggen (persoonlijk) begeleiders op mbo-niveau 4 en hbo-niveau, en de beroepsopleidingen die toekomstige professionals voorbereiden op het werken met deze doelgroep. Daarnaast waren management en gedragswetenschappers intermediaire doelgroepen.

1.2 Uitvoering en samenwerking

Het project werd uitgevoerd door het Trimbos-instituut in nauwe samenwerking met het Kenniscentrum LVB, De Borg, Lectoraat GGZ-verpleegkunde Hogeschool InHolland en het Netwerk Verslavingszorg (onderdeel van GGZ Nederland).

Daarnaast waren een groot aantal experts betrokken bij de uitvoering van het project. Het ging om deskundigen op het gebied van LVB, middelengebruik, verstandelijk gehan-

dicaptenzorg en verslavingszorg en –preventie. Deze expertgroep adviseerde het projectteam van het Trimbos-instituut.

In bijlage 4 staat een overzicht van alle bij het verbeterproject LVB en verslaving betrokken organisaties en personen.

1.3 Uitgangspunten

Algemeen uitgangspunt van het project was om deelnemers te stimuleren om bij voorkeur gebruik te maken van *beproefde* kennis, instrumenten en methoden en niet zelf het wiel opnieuw te gaan uitvinden. Voor het opstellen van een duidelijke visie en beleid zetten we Open en Alert in als basismodel.

Een tweede uitgangspunt van het project was organisaties de gelegenheid te bieden om op verschillende meer of minder intensieve manieren deel te nemen aan het verbeterproject: via *ontmoetingen, leernetwerken* of *trajecten*. Zie hiervoor de notitie 'Groot denken, klein doen: bouwstenen verbeterprogramma gehandicaptenzorg' van de coördinatoren van het Verbeterprogramma Gehandicaptenzorg Loes Schouten (CBO) en Thirza Tamboer (Vilans). Daarom kozen we voor een aanpak zowel in de breedte als in de diepte. Voorbeelden van activiteiten in de breedte zijn laagdrempelige, landelijke leernetwerkbijeenkomsten en trainingen, een maandelijks Nieuwsbrief en het bij elkaar brengen van experts en expertise van verslavingszorg, gehandicaptenzorg en hoger beroepsonderwijs. Het werken in de diepte bestond uit de begeleiding gedurende een jaar van een beperkt aantal organisaties in de gehandicaptenzorg bij een intensief verbetertraject.

Tenslotte, een betere zorg voor mensen met LVB en middelengebruik hangt niet alleen af van de LVB-zorg maar ook van de verslavingszorg, jeugdzorg, GGZ en instellingen voor maatschappelijke opvang. Daarom werd in dit verbeterproject expliciet ingezet op uitwisseling en onderlinge kruisbestuiving tussen instellingen uit deze verschillende sectoren. Waar mogelijk werden medewerkers van de gehandicaptenzorg en verslavingszorg op zowel regionaal als landelijk niveau aan elkaar gekoppeld.

1.4 Opbouw rapport

Na deze inleiding volgt in hoofdstuk 2 een beschrijving van de werkwijze en activiteiten van het projectteam van het Trimbos-instituut en van de verbeterteams binnen de organisaties voor gehandicaptenzorg. In hoofdstuk 3 gaan we in op het bereik van het project, hoofdstuk 4 beschrijft de uitkomsten bij de verbeterteams en hoofdstuk 5 geeft de overige opbrengsten van het verbeterproject weer. Tenslotte volgen een aantal bijlagen.

2 Verbeterproject in actie

In dit hoofdstuk beschrijven we in het kort de activiteiten van het projectteam van het Trimbos-instituut gedurende de drie fasen van het verbeterproject: voorbereiding, uitvoering en fase van borging en verspreiding van resultaten. Vervolgens gaan we kort in op de activiteiten van de verbeterteams van de organisaties die een verbetertraject hebben doorlopen. Tenslotte beschrijven we de activiteiten van de overige organisaties die op enigerlei wijze betrokken waren bij het verbeterproject.

2.1 Voorbereiding

- Samenstellen van een groep van deskundigen (expertgroep) die het projectteam zou adviseren en de verbeterteams helpen ondersteunen. De expertgroep bestond uit deskundigen op het gebied van de 'Doorbraakmethode', verslavingspreventie in risicosettings en inhoudelijke deskundigheid rondom LVB en middelengebruik, gehandicaptenzorg (wonen en behandeling) en verslavingszorg.
- Samenstellen van een pakket ('toolkit') van bestaande, bij voorkeur beproefde, kennis, instrumenten en methoden voor beleid, preventie, behandeling en begeleiding bij (problematisch) middelengebruik door cliënten met LVB, de inhoudelijke basis voor verbeteractiviteiten in het project. Ze bespaart organisaties de zoektocht naar goede praktijkvoorbeelden en methoden waardoor ze deze stap van voorbereiding naar uitvoering sneller kunnen maken.
- Voorbereiden en organiseren van de eerste bijeenkomst met het expertteam met als doel vaststellen van focus, kwaliteitsindicatoren en interventiepakket. Het vaststellen van kwaliteitsindicatoren heeft uiteindelijk vorm gekregen in de ontwikkeling van een audit-instrument.
- Schrijven van een publieksversie van het projectplan met het oog op de werving van deelnemers.
- Organisatie van een informatiebijeenkomst op het Trimbos-instituut. Deze bijeenkomst herhaalden we een dag later vanwege de overweldigende belangstelling (14 en 15 februari 2012).
- Voeren van gesprekken met vertegenwoordigers van geïnteresseerde organisaties.
- Vaststellen van data en plannen van activiteiten voor projectleiders van verbeterteams, leden van verbeterteams en overige deelnemers aan het verbeterproject.
- Voeren van intakegesprekken met (beoogde) projectleiders en zo mogelijk managers van organisaties met interesse in deelname aan een (intensief) verbetertraject.

2.2 Uitvoering

- Ontwikkelen en uitzetten van een korte internetvragenlijst om de huidige organisatie en inhoud van de zorg voor cliënten met LVB en middelenproblematiek en veranderingen daarin in de loop van het verbeterproject te kunnen meten.
- Uitvoeren van een audit aan de start van het verbetertraject. Op basis van de verkregen informatie werd een auditverslag geschreven, dat naast een beschrijving van de stand van zaken tevens een advies bevatte voor de invulling van het verbetertraject. De audit werd aan het eind van het traject herhaald.
- Samenstellen van een informatiemap voor projectleiders van verbeterteams met informatie en ondersteunend materiaal om het verbetertraject gestructureerd en met een goed resultaat uit te kunnen voeren.
- Organisatie en uitvoering van een landelijke startconferentie voor (beoogde) projectleiders en leden van verbeterteams (27 maart 2012) gericht op onderlinge kennismaking van de deelnemende teams en het kernteam van het Trimbos-instituut, de werkwijze van het verbetertraject en uitleg over de Doorbraakmethode als methode om verbeteringen te realiseren in organisaties.
- Bieden van inhoudelijke en procesbegeleiding aan de verbeterteams in de vorm van werkbezoeken en belafspraken met de projectleider. Afhankelijk van de fase waarin het project verkeerde werden leden van de expertgroep hierbij betrokken.
- Organiseren en uitvoeren van projectleiderbijeenkomsten met als doel kennis en visie aanreiken, goede praktijkvoorbeelden presenteren en deelnemers uitnodigen hun ervaringen met elkaar te delen en van elkaar te leren.
- Aansluitend aan de projectleidersbijeenkomst organiseren en uitvoeren van bijeenkomsten van het leernetwerk over inhoudelijke thema's. Doelgroep waren leden van de verbeterteams en andere geïnteresseerden.
- Helpen opstarten van een regionaal leernetwerk van verslavingszorg en gehandicaptenzorg in oost Gelderland.
- Organiseren van trainingen in specifieke methoden uit de 'toolkit' voor dezelfde doelgroep. Deelname was gratis.
- Uitgave van de Nieuwsbrief LVB en Verslaving met verhalen van verbeterteams, experts, een nadere toelichting op interventies uit de 'toolkit' en aankondigingen van publicaties en bijeenkomsten.
- Verkennende gesprekken met betrokkenen bij en in het hoger beroepsonderwijs over de behoeften aan een onderwijsmodule op het gebied van LVB en middelengebruik. Gesprekspartners waren de VGN, opleiders van de Hogeschool Windesheim en Hogeschool Rotterdam.

- Inventarisatie van de huidige minoren LVB en Verslavingskunde, al dan niet in combinatie, bij de Nederlandse Hogescholen en schrijven van een korte notitie hierover.
- Het up-to-date houden van de projectpagina op het Kennisplein Gehandicaptensector voor LVB en Verslaving met verslagen en downloads, zodat ook organisaties die zelf nog niet aan de slag wilden of konden toch inspiratie en kennis konden opdoen.

2.3 Borging en verspreiding

Gedurende de hele looptijd van het project was er aandacht voor de verspreiding van tussentijdse resultaten via de Nieuwsbrief LVB en Verslaving, het Kennisplein Gehandicaptensector, trimbos.nl en de VGN Nieuwsbrief. Andere activiteiten in dit kader waren:

- Presentatie over LVB en verslaving en verbeterproject op de terugkomdag AVG's, Erasmusuniversiteit Rotterdam, op 20 september 2012.
- Informatiestand op symposium Triple diagnose in beweging op 27 september 2012 georganiseerd door Arkin.
- Informeren van het landelijk netwerk van managers verslavingspreventie van de instellingen voor verslavingszorg over de bevindingen van het verbeterproject en koppelen van gehandicaptenzorg en verslavingszorg in specifieke regio's.
- Organisatie van een bijeenkomst voor bestuurders uit zowel de gehandicaptenzorg als de verslavingszorg.

De laatste maanden van het verbeterproject werkte het projectteam van het Trimbos-instituut aan het beschrijven en verspreiden van de eindresultaten van het project en het verkennen van de mogelijkheden om er een vervolg aan te geven.

- Beschrijving van het audit-instrument met een verantwoording van de gehanteerde beoordelingscriteria en een handreiking voor gebruik van het instrument (zie bijlage 1).
- Beschrijven van de vorderingen van de verbeterteams aan de hand van de uitkomsten van de begin- en eind audit.
- Beschrijven van de stand van zaken aan het begin en aan het eind van het verbeterproject bij de organisaties die op enigerlei wijze betrokken waren bij het project en hun perceptie van de rol van het verbeterproject daarbij.
- Vaststellen van een laatste herziene versie van de 'toolkit'.
- Schrijven van twee artikelen voor vaktijdschriften over de bevindingen van het verbeterproject.

- Laatste update van documenten op het Kennisplein en eindbericht op trimbos.nl.
- Organisatie van een slotbijeenkomst voor de verbeterteams en overige geïnteresseerden.
- Workshop op een van de begeleidersconferenties van het Verbeterprogramma Gehandicaptenzorg na afloop van de projectperiode (12 juni 2013).

2.4 Activiteiten van de verbeterteams

De volgende organisaties namen deel aan het verbetertraject en formeerden een verbeterteam:

Dichterbij Uden/Veghel/Oss
 Dichterbij Stevig Venray/Venlo
 Esdégé Reigersdaal
 's Heeren Loo Zuid-Holland Noord
 's Heeren Loo Oost- en Midden-Nederland
 Leekerweide
 MEE Zuid-Holland Noord
 Radar
 Talant

Ook de activiteiten van de verbeterteams zijn op te delen in een fase van voorbereiding, uitvoering en borging van de resultaten.

In de voorbereidingsfase ging het om:

- Aanstellen van een projectleider;
- Samenstellen van één of meerdere verbeterteams;
- Organiseren en meewerken aan de audit;
- Eventueel afname SWOT-analyse voltallige verbeterteam;
- Volgen van de eerste projectleidersbijeenkomst (startbijeenkomst).

In de uitvoeringsfase stonden de volgende activiteiten centraal:

- Bespreken van het auditverslag;
- Formuleren van een doelstelling voor het verbetertraject;
- Een verbeterplan opstellen met daarin opgenomen: een overzicht van doelen en activiteiten, communicatieplan en borgings- en verspreidingsplan;
- Werken aan doelen en verbeteringen en registratie van de vorderingen;

- Uitwisselen van ervaringen met andere verbeterteams tijdens projectleidersbijeenkomsten en bijeenkomsten van het leernetwerk;
- Meewerken aan een interview in de Nieuwsbrief LVB en verslaving;
- Voortgangsrapportages één week voorafgaand aan telefonisch overleg en/of werkbezoek van het Trimbos-instituut/lid van de expertgroep.

In de fase van borging en verspreiding ging het om:

- Meewerken aan de slotaudit;
- Opstellen van een vervolgplan;
- Deelnemen aan de slotconferentie en eventueel de begeleidersconferentie van het Verbeterprogramma Gehandicaptenzorg.

2.5 Activiteiten van overige deelnemende organisaties

Tenminste 55 organisaties voor gehandicaptenzorg namen op een minder intensieve manier deel aan het verbeterproject. Deze organisaties waren soms al wat verder gevorderd in hun samenwerking met de verslavingszorg. Zij hadden hun beleid en de deskundigheidsbevordering van hun medewerkers al zodanig goed op orde dat zij een impuls vanuit het verbeterproject niet nodig achtten. Bij andere organisaties was er nog onvoldoende draagvlak bij het management om concreet aan de slag te kunnen. Individuele medewerkers van beide typen organisaties kwamen inspiratie en kennis opdoen bij de leernetwerkbijeenkomsten of volgden één of meerdere van de gratis trainingen.

3 Bereik

De interesse voor het verbeterproject was bij aanvang groot. Meer dan 200 personen toonden interesse voor de informatiebijeenkomsten. Het aantal organisaties dat daadwerkelijk een intensief verbetertraject wilde starten bleek uiteindelijk klein. Er zijn negen verbeterteams gevormd en die waren onderdeel van zeven (grote) organisaties voor gehandicaptenzorg.

Veel meer organisaties stelden hun medewerkers in staat om bijeenkomsten van het leernetwerk te volgen of deel te nemen aan trainingen. Het ging om 35 organisaties, grote instellingen een keer geteld. Wanneer de verschillende locaties van deze grote instellingen worden meegeteld, dan gaat het om 51 instellingen. In totaal 125 medewerkers van VG-instellingen volgden één of meerdere van de 4 landelijke bijeenkomsten van het leernetwerk en 76 medewerkers van VG-instellingen volgden één of meerdere van de 5 trainingen die zijn georganiseerd. Eenderde van de deelnemers aan deze bijeenkomsten was lid van een verbeterteam, tweederde was werkzaam bij een andere organisatie.

In totaal 195 mensen bezochten tenminste 1 bijeenkomst, inclusief de slotbijeenkomst. Hoewel de slotbijeenkomst in eerste instantie bedoeld was voor de deelnemers aan het verbeterproject, werd deze bijeenkomst door 30 nieuwe deelnemers bezocht waaronder 11 uit de verslavingszorg. Deze werkers waren afkomstig van 15 nieuwe organisaties dat wil zeggen organisaties die nog niet eerder betrokken waren bij activiteiten van het verbeterproject. Het ging om 5 VG-instellingen, 5 instellingen voor verslavingszorg, een GGZ-organisatie en 4 andere organisaties.

Alles bij elkaar genomen hebben 40 VG-instellingen op een of andere wijze meegedaan (grote instellingen een keer geteld) aan het verbeterproject. Wanneer we de verschillende locaties van de grote instellingen meetellen betreft het 62 instellingen.

De bijeenkomst voor bestuurders en directeurs werd bezocht door 32 deelnemers. De verdeling over de sectoren was als volgt. Het ging om 24 deelnemers uit de VG-zorg, 5 uit de verslavingszorg en 3 uit de GGZ. Ook deze bijeenkomst kende een aantal deelnemers die nog niet eerder bij het verbeterproject waren betrokken.

De Nieuwsbrief LVB en Verslaving verscheen zeven keer. De Nieuwsbrief heeft inmiddels 700 abonnees. Zij zijn voornamelijk afkomstig uit de gehandicaptenzorg maar ook uit de verslavingszorg, de GGZ en de maaatschappelijke opvang.

4 Uitkomsten bij de deelnemende organisaties

4.1 Inleiding

Zijn organisaties in de gehandicaptenzorg inderdaad vooruit gegaan in de organisatie en inhoud van hun zorg voor cliënten met LVB en middelenproblematiek? Zijn er meer organisaties met een adequaat beleid en aanbod op het gebied van preventie, begeleiding en behandeling van problematisch alcohol- en drugsgebruik door cliënten met LVB? Voor het beantwoorden van deze vraag maakten we gebruik van de antwoorden op een korte vragenlijst die we toestuurd aan alle geïnteresseerden en deelnemers aan het verbeterproject en van de scores van de negen verbeterteams op de audit die we aan het begin en aan het eind van het verbetertraject uitvoerden.

4.2 Deelnemers verbeterproject algemeen

Om zicht te krijgen op de huidige organisatie en inhoud van de zorg voor cliënten met LVB en middelenproblematiek hebben we in de loop van het verbeterproject op twee momenten een peiling gedaan bij alle personen die op enigerlei wijze betrokken waren bij het project. Hiertoe rekenen wij zowel de deelnemers aan bijeenkomsten als degenen die daarvoor interesse hebben getoond. Zij kregen een mail met een link naar een vragenlijst gestuurd met het verzoek deze vragen te beantwoorden voor de locatie waarop men werkzaam was. De vragen gingen over:

- Middelengebruik door cliënten op de locatie
- Het eigen zorgaanbod m.b.t. middelengebruik en verslaving
- Aanwezigheid van een alcohol- en drugsbeleid
- Mate waarin dit eventuele beleid werd uitgedragen
- Deskundigheid van de medewerkers

Aan de vragenlijst die op het tweede meetmoment werd toegestuurd voegden we enkele vragen toe over waargenomen veranderingen/verbeteringen in de zorg rondom alcohol en drugs op de locatie en de rol van het verbeterproject daarin.

Op het eerste meetmoment, kort na de start van het project, werden in totaal 206 personen uitgenodigd een vragenlijst met tien vragen in te vullen. De helft van hen (N=103) vulde de vragenlijst volledig in. Het tweede meetmoment was aan het eind van het project, in maart 2013. In de loop van het project was het aantal mensen met interesse voor project en thema toegenomen. Zodoende werd de link met vragenlijst naar 342 mensen toegestuurd. Van hen vulde 48% (N=153) de lijst volledig in. Een groep van 52 personen heeft zowel de eerste als tweede vragenlijst ingevuld. Deze groep is te klein om harde uitspraken te kunnen doen over daadwerkelijke veranderingen die sinds het verbeterproject bij organisaties voor gehandicaptenzorg zijn opgetreden. We laten ze daarom hier buiten beschouwing.

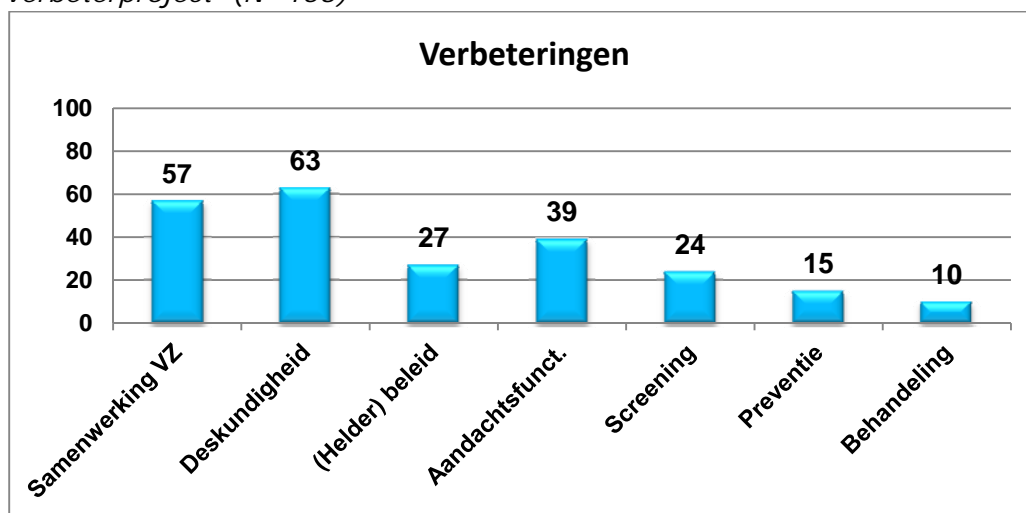
Hieronder volgen de antwoorden van de respondenten op het tweede meetmoment. Ze geven een beeld van de stand van zaken in de gehandicaptenzorg op het gebied van de zorg voor cliënten met (problematisch) middelengebruik en de rol die het verbeterproject daar in de beleving van de respondent in heeft gespeeld.

Minder dan een derde (31%) van de respondenten aan de tweede meting werkte als gedragswetenschapper, ruim een derde (37%) was begeleider, 15% was manager en 6% teamleider. De overige 11% was maatschappelijk werker, vaktherapeut of beleidsmedewerker. De respondenten waren afkomstig van 50 verschillende instellingen. De uitkomsten lijken daarmee een redelijke goede afspiegeling van de stand van zaken in de gehandicaptenzorg te geven.

Ruim 80% van de respondenten gaf aan dat ze regelmatig (60%) of vaak (24%) te maken hebben met alcohol- of drugsgebruik door cliënten met LVB. Iets meer dan de helft (54%) geeft aan dat de locatie bezig is met de ontwikkeling van alcohol- en drugsbeleid en 40% geeft aan dat dit al bestaat. Een minderheid (6%) heeft geen beleid en is er ook niet mee bezig. Deskundigheid is volgens een kwart (26%) van de respondenten bij het merendeel van de begeleiders aanwezig en volgens 7% van de respondenten bij alle begeleiders. Meer dan de helft (57%) geeft aan dat alleen de begeleiders met affiniteit met het thema deskundigheid in huis hebben en 10% meent dat er vrijwel geen deskundigheid op dit gebied bestaat bij begeleiders op de locatie.

Op de vraag of er op de locatie in het afgelopen jaar verbeteringen zijn opgetreden in de zorg voor cliënten met alcohol- en of drugsgebruik geeft 87% aan dat dit het geval is. Figuur 1 geeft een overzicht van de gebieden waarop verbeteringen zijn opgetreden volgens de respondenten. Met name de deskundigheid zou zijn toegenomen. Dit is het geval volgens 63% van de respondenten. Daarnaast is volgens 57% van de respondenten de samenwerking met de verslavingszorg verbeterd. Op de derde plaats van het rijtje gesignaleerde verbeteringen staat de aanstelling van een aandachtsfunctionaris. Dit noemt 39% van de respondenten.

Figuur 1 Verbeteringen volgens deelnemers en geïnteresseerden in het verbeterproject (N=153)



Wat is de rol hierbij geweest van het verbeterproject? 'Stimulerend' volgens ruim een kwart (27%) van de respondenten, 'ondersteunend' volgens 13%, 'zowel stimulerend als ondersteunend' vindt 51%. Voor 10% van de respondenten gold geen van deze kwalificaties. Tenslotte vroegen we de deelnemers aan het verbeterproject naar hun veranderwensen. De top drie aan wensen bleek te bestaan uit: meer vaardige

begeleiders en gedragsdeskundigen, betere samenwerking met de verslavingzorg en een goed preventieaanbod. De formulering en implementatie van een helder beleid en een geschikt screeningsinstrument staan op de vierde en vijfde plaats.

4.3 *Verbeterteams*

Zoals gezegd zijn er negen verbeterteams geformeerd door zeven organisaties. Bij de betreffende locaties van deze organisaties namen wij aan het begin (april/mei 2012) en aan het eind van het traject (februari/maart 2013) een audit af. Voor deze audit ontwikkelden wij een auditinstrument op basis van het bestaande meetinstrument voor programma-integriteit van Integrated Dual Diagnosis Treatment (Mueser e.a., 2003). Uitgangspunt voor het auditinstrument was dat het recht moest doen aan het principe van *integrale zorg*. Hieronder verstaan we dat in de behandeling en begeleiding rekening moet worden gehouden met het feit dat de licht verstandelijke beperking en het problematisch middelengebruik niet los van elkaar staan maar elkaar wederzijds beïnvloeden, en dat er dus aandacht moet zijn voor beide aspecten of probleemgebieden. Andere uitgangspunten waren dat het auditinstrument het gehele zorgproces van preventie tot behandeling en nazorg moest beslaan, normen moest bevatten voor zowel de organisatie en randvoorwaarden als de inhoud van de zorg en dat het teams concrete handvatten moest opleveren voor verbetering van de zorg. Daarnaast moest het uiteraard dienst kunnen doen als meetinstrument voor het verbetertraject.

Het auditinstrument omvat 7 hoofditems. Enkele van deze hoofditems bevatten subitems waardoor het instrument in totaal 12 items beslaat. Deze items kunnen worden beschouwd als normen voor goede, integrale zorg aan de LVB-doelgroep met (een risico op) problematisch middelengebruik. De items zijn:

1. Visie en beleid op middelengebruik
 - 1a. Beleid rondom middelengebruik
 - 1b. Implementatie van beleid
2. Samenwerking met de verslavingszorg
3. Deskundigheid en scholing
 - 3a. Deskundigheid op het gebied van middelengebruik
 - 3b. Scholing en training hulpverleners
4. Preventie
5. Signalering, screening en diagnostiek
 - 5a. Signalering en screening
 - 5b. Diagnostiek en assessment
6. Vroeginterventie en behandeling
 - 6a. Vroeginterventie
 - 6b. Behandeling
 - 6c. Individueel behandel-/begeleidingsplan
7. Nazorg

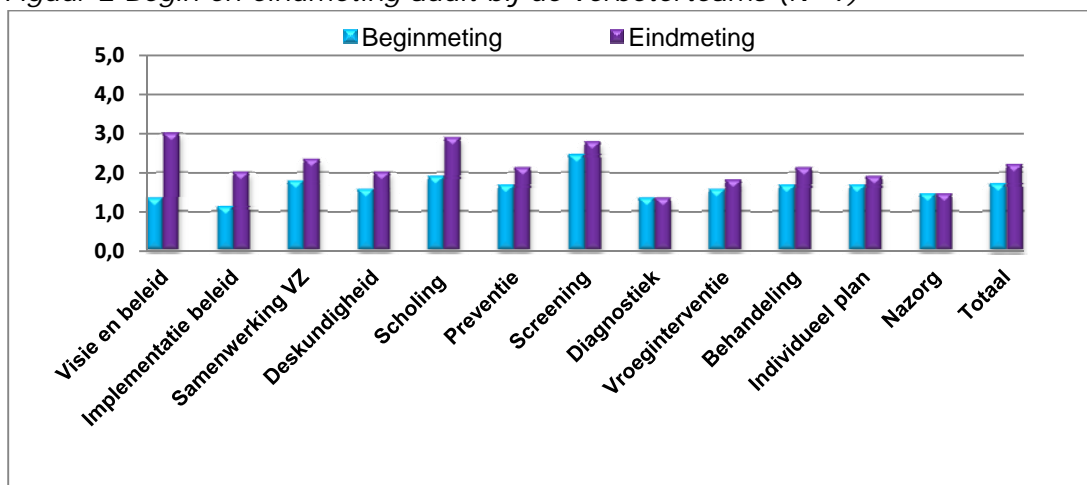
Aan ieder item kan een score van 1 t/m 5 worden toegekend, waarbij 5 betekent dat er geheel aan de norm wordt voldaan. Iedere norm is in het auditinstrument zorgvuldig omschreven en uitgewerkt in criteria. Het gemiddelde van de scores op de 12 normen leidt tot een eindscore. Bijlage 1 geeft informatie over het auditinstrument en de verantwoording ervan.

De audit werd in een dag tijd uitgevoerd door twee auditoren van het Trimbos-instituut en/of een inhoudelijk expert uit de expertgroep. Het programma bestond uit gesprekken met begeleiders, gedragswetenschappers, managers en teamleiders, dossieronderzoek en analyse van beleidsdocumenten. Een enkele keer was het ook mogelijk om cliënten te interviewen. Doel van de tweede audit was om te toetsen in welke mate de verbeteractiviteiten daadwerkelijk tot resultaten hadden geleid. In een afsluitend evaluatiegesprek met managers en projectleiders van de verbeterteams werd op grond van de uitkomsten een advies gegeven over een vervolg op het verbetertraject.

Op de beginaudit waren de uitkomsten op alle onderdelen van het auditinstrument relatief laag. Gemiddeld scoorden de instellingen een 1,7, met een range van 1,5 – 2,1. Het hoogst scoorden de instellingen op het onderdeel screening. Bijna de helft (vier van de negen) van de instellingen gaf aan middelengebruik standaard ter sprake te brengen bij de aanmelding van cliënten. Daarnaast hadden de meeste instellingen incidenteel geïnvesteerd in scholing van hun medewerkers en werkten vrijwel alle instellingen regelmatig op incidentele basis samen met de verslavingszorg. De laagste scores kregen de onderdelen visie en beleid, diagnostiek en nazorg. Acht van de negen organisaties hebben aan de start van het verbetertraject nog geen visie en beleid georganiseerd met als gevolg dat teams en individuele medewerkers verschillend omgaan met middelengebruik door cliënten.

Een vergelijking van de scores op de begin- en de eindaudit maakt duidelijk dat gedurende het verbetertraject de gemiddelde score met 0,5 punt is toegenomen, van 1,7 naar 2,2 met een range van 1,9 – 3,2. Dat is weliswaar geen hele grote sprong voorwaarts, maar wel een verbetering waarbij de betrekkelijk korte looptijd van het project in acht moet worden genomen. Vrijwel alle organisaties hebben minder dan een jaar met begeleiding van Trimbos en de experts aan hun doelen kunnen werken; dit terwijl het realiseren van veranderingen – zeker wanneer het gaat om veranderingen die tevens de cultuur en attitude raken – doorgaans veel tijd in beslag neemt. Overigens zagen we bij eerdere verbetertrajecten die door het Trimbos-instituut zijn uitgevoerd (waarbij eveneens meetinstrumenten met een vijfpuntsschaal zijn gebruikt) een verbetering van vergelijkbare omvang.

Figuur 2 *Begin en eindmeting audit bij de verbeterteams (N=9)*



Zoals figuur 2 laat zien is de grootste vooruitgang geboekt op vier onderdelen, namelijk:

- *Visie en beleidsontwikkeling (+ 1.7)*
De meeste deelnemende instellingen zijn erin geslaagd om binnen de looptijd van het project een helder beleidsplan neer te leggen, gebaseerd op een duidelijke visie op middelengebruik en voorzien van praktische handvatten voor medewerkers. Hierbij hebben zij gebruik gemaakt van door het Trimbos-instituut aangeleverde voorbeelden van beleidsnota's en richtlijnen.
- *Implementatie van beleid (+ 0.9)*
Verschillende instellingen hebben al een start gemaakt met de implementatie van het geformuleerde beleid. Verbeterteams hebben geïnvesteerd in communicatie en het creëren van draagvlak, onder andere door het organiseren van medewerkersbijeenkomsten en het uitbrengen van nieuwsbrieven. Diverse instellingen beschikken inmiddels ook over een deskundigheidsteam, dat begeleiders advies en ondersteuning kan geven bij de omgang met cliënten met problematisch middelengebruik.
- *Scholing (+ 1.0)*
Verschillende instellingen hebben het verbetertraject aangegrepen om te investeren in deskundigheidsbevordering van medewerkers. Sommige instellingen kozen ervoor zelf een scholingsprogramma op te zetten, anderen deden dit in samenwerking met de verslavingszorg. Tijdens de looptijd van het project hebben verschillende instellingen in Noord-Holland geparticipeerd aan de door de Hogeschool in Holland en Brijder georganiseerde Leefstijltraining-PLUS (train de trainer).
- *Samenwerking met de verslavingszorg (+ 0.5)*
De samenwerking had betrekking op de scholing, maar ook op praktische afspraken rond de organisatie van de zorg (aangemeldprocedure, bekorten van de lijnen).

Hoewel de verbeterteams zeker successen hebben geboekt, zijn zij nog niet klaar. Geconstateerd wordt dat het verbetertraject te kort was om daadwerkelijk een grote stap voorwaarts te maken op het gebied van de directe cliëntenzorg. Met andere woorden: het verbetertraject is met name aangegrepen op de randvoorwaarden (beleid, deskundigheidsbevordering, samenwerking met verslavingszorg) op orde te krijgen. Deze randvoorwaarden zijn nodig om uiteindelijk aan cliënten met problematisch middelengebruik die (preventieve en curatieve) zorg te geven die zij nodig hebben.

5 Overige opbrengsten

5.1 *Interventiepakket*

Een eerste nevensdoel van het project betrof de samenstelling van een interventiepakket met instrumenten en methoden voor beleidsontwikkeling, preventie, behandeling en begeleiding van cliënten met LVB en (problematisch) alcohol en drugsgebruik. Deze Toolkit LVB en verslaving is aan het begin van het project samengesteld en aan het eind van de projectperiode verder aangevuld (zie bijlage 2). De samenwerkingscontacten van het Trimbos-instituut met de verslavingszorg, geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg vormden naast de sneeuwbalmethode ('hoort zegt het voort') de bron van de informatie. De toolkit geeft een overzicht van methoden en materialen die op dit moment voorhanden zijn. Het gaat om een ontwikkeldocument dat om verdere aanvulling en uitwerking vraagt. We pretenderen geen volledigheid vanwege de vele initiatieven die er momenteel lopen en die vermoedelijk nog niet allemaal in het stadium van kennisdeling zijn. Ook zullen de meeste 'tools' nog verder beproefd moeten worden en onderzocht op effectiviteit. Enkele methoden en materialen zijn uitsluitend in een bijlage opgenomen omdat zij nog niet vrijelijk beschikbaar zijn en de overdracht naar andere instellingen nog niet is uitgewerkt.

De methoden en materialen in de toolkit zijn ingedeeld naar de doelgroepen waarop zij zich specifiek richten namelijk:

1. Management: methode voor opzetten en invoeren van visie en beleid
2. Medewerkers: trainingen en materialen voor deskundigheidsbevordering
3. Cliënten met LVB en hun omgeving: methoden voor preventie, screening, vroegin-terventie, begeleiding en behandeling, en nazorg.

Per doelgroep wordt aangegeven hoe de methoden en materialen ingezet kunnen worden. De beschrijving van de methoden en materialen volgt een vast stramien: ontwikkelaar, doel, doelgroep, inhoud, bereik, evaluatiegegevens, randvoorwaarden voor toepassing en bronnen.

5.2 *Onderwijsmodule*

Het tweede nevensdoel was de ontwikkeling van een onderwijsmodule over begeleiding van cliënten met LVB en (problematisch) middelengebruik in het kader van de opleidingen SPH, MZ of verpleegkunde. Op grond van een gesprek met lector verslavingspreventie Rob Bovens van Hogeschool Windesheim en enkele van zijn collega's over het onderwijs op het gebied van omgaan met middelengebruik en verslaving bij cliënten met LVB, zagen we ervan af een standaard onderwijsmodule over LVB en verslaving te ontwikkelen. Het bleek nodig eerst meer zicht te hebben op de vragen van 'het veld' wat dit aangaat. Daarom voerden wij een gesprek met de VGN (Maartje van Rijt en Hans Timmerman) over de behoeften van de sector op het gebied van de beroepsopleidingen.

Het blijkt dat de meeste werkers in de LVB-zorg een SPH-opleiding of een opleiding MZ (maatschappelijke zorg) hebben. Dit zijn brede opleidingen waarin weinig aandacht is voor 1) verstandelijke beperking en 2) verslavingsproblematiek. Wel kent de SPH-opleiding inmiddels twee specialisaties ofwel landelijke uitstroomprofielen. De eerste is SPH-Jeugdzorgwerker en de tweede is SPH-GGZ-agoog voor mensen die in de GGZ of verslavingszorg willen gaan werken. Zowel in de jeugdzorg (jeugd-LVB) als in de GGZ en

verslavingszorg hebben werkers te maken met cliënten met LVB. In de jeugdspecialisatie is daarom enige aandacht voor verstandelijke beperking opgenomen (maar niet voor middelengebruik) en in de ggz-agoog specialisatie is er aandacht voor middelengebruik en verslaving (maar niet voor verstandelijke beperking). De gehandicaptenzorg heeft geen behoefte aan verdere specialisatie in de vorm van een landelijk uitstroomprofiel LVB. Zorgaanbieders in deze sector willen breed inzetbare mensen omdat de VG-zorg en -doelgroep zeer divers is. Als er meer deskundigheid nodig is regelen vrijwel alle grotere organisaties voor gehandicaptenzorg dat zelf, los van de Hogescholen. Zij hebben vaak een academie voor opleiding en nascholing. Onze gesprekspartners bij de VGN wisten van tenminste twee opleidingen op het gebied van LVB en/of middelenproblematiek en verslaving bij deze organisaties.

Voor het verhogen van de deskundigheid in de initiële beroepsopleiding op het gebied van LVB en middelengebruik en verslaving is een minor ofwel bijvak LVB en middelengebruik volgens de VGN de aangewezen weg. Er is geen landelijk informatiepunt waar gegevens over het bestaan van een of meerdere van dergelijke minoren valt te achterhalen. Via de site voor studenten van de HBO-raad (Kies op Maat) en de sneeuwbalmethode hebben we het huidige aanbod weten te achterhalen. Het staat vermeld in onderstaande tabel.

Tabel 1 Minoren LVB en/of verslaving van Hogescholen in Nederland 2012-2013

Hogeschool Rotterdam	Minor (L)VB: beperkt inzicht, meer perspectief, met aandacht voor verslaving
Hogeschool Windesheim	Minor LVB i.s.m. Hanzehogeschool Groningen, met aandacht voor verslaving
Hanzehogeschool Groningen	Minor LVB Zie hierboven
Avans Hogeschool	Minoren LVB voor voltijd- en voor deeltijdstudenten, met aandacht voor verslaving Minor Jeugd met stukje LVB
Hogeschool Leiden	Minor jeugd met stukje LVB Lector LVB en jeugdcriminaliteit (Hendrien Kaal)
Hogeschool InHolland	Lector GGZ-verpleegkunde (Berno van Meijel) Onderzoek Leefstijltraining PLUS
NHL Hogeschool	Lector Maatschappelijke participatie van mensen met een Licht Verstandelijke Beperking (Jelle Drost) Minor Langdurig Problematische gezinnen waar sprake is van een Licht Verstandelijke Beperking (niet opgenomen in Kies op Maat)

Op grond van gesprekken met een aantal betrokkenen lijkt het goed en passend om een bijeenkomst te organiseren voor betrokkenen bij deze minoren LVB en Jeugd en de lectoren zoals vermeld in bovenstaand schema. Doel van zo'n bijeenkomst:

1. Hogescholen en met name de ontwikkelaars van minoren informeren over de bevindingen en de producten van het verbeterproject
2. Uitwisseling over de wijze waarop bevindingen en producten een plaats kunnen krijgen in de minoren en andere onderdelen van het beroepsonderwijs
3. Verkennen van nut en noodzaak van landelijke samenwerking daarbij
4. Aandacht vragen voor LVB en verslaving (pleitbezorging, agendasetting).

Het is niet mogelijk gebleken een dergelijke bijeenkomst te organiseren binnen de looptijd van het verbeterproject. Wij streven ernaar aandacht hiervoor te genereren bij betrokkenen in de fase van overdracht van de bevindingen van het verbeterproject. De meest geschikte periode voor een landelijke uitwisseling van aanbieders van minorcursussen LVB en Middelengebruik en Verslaving is de periode februari-mei omdat dit de periode is van evaluatie van het onderwijs en bijschaven van de cursussen.

5.3 Een landelijk netwerk en blijvende facilitering

Een derde nevensdoel was het bijeenbrengen van een landelijk netwerk 'LVB en middelengebruik' van experts uit de gehandicaptensector, jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg en het onderzoeken van de mogelijkheden voor een blijvende facilitering van dit netwerk.

Gedurende de hele projectperiode stond het verbinden van mensen en organisaties centraal. Allereerst stelden we een groep van experts samen die met ons meedachten, verbeterteams adviseerden en één of meerdere leernetwerkbijeenkomsten of trainingen verzorgden. De projectactiviteiten hebben ervoor gezorgd dat meer deskundigen op het gebied van (problematisch) middelengebruik, verslaving en LVB met elkaar in contact zijn gebracht. De rubriek 'Expert aan het woord' in de Nieuwsbrief LVB en Verslaving heeft hier ook aan bijgedragen. Gedurende het project is het aantal experts dat bij het project betrokken is geraakt gegroeid van 8 naar 15.

Naast een expertgroep stelden we een stuurgroep in. De stuurgroep bestond uit een aantal bestuurders en managers van organisaties voor zorg, kennisontwikkeling en beroepsopleiding op het gebied van LVB en/of middelengebruik en verslaving die deels niet eerder met elkaar om de tafel had gezeten. Contacten werden gelegd dan wel verstevigd. De stuurgroep heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan het tot stand komen van de bestuurdersbijeenkomst op 1 februari 2013. Tijdens deze bijeenkomst voor bestuurders van gehandicaptenzorg en verslavingszorg en GGZ waren de dertig aanwezigen eensgezind in hun erkenning van de noodzaak van een integrale aanpak door gehandicaptenzorg en verslavingszorg bij de preventie en zorg voor mensen met LVB. Op initiatief van Wim van Geffen, medisch directeur van Dichterbij, deden de aanwezigen de oproep om als gehandicaptenzorg en verslavingszorg te komen tot een gezamenlijk position paper over de (preventieve) zorg voor deze doelgroep. De zorgverbetering die nu in gang is gezet zal immers verdere doorgang moeten vinden in de gehandicaptenzorg en de verslavingszorg. VGN en het Netwerk Verslavingszorg zijn inmiddels gestart met het schrijven van dit document.

Parallel aan deze activiteiten legden projectleider en leden van het projectteam van het Trimbos-instituut daar waar mogelijk contacten en verbindingen tussen mensen en organisaties. Zo vonden kennismakingen plaats met hogescholen, werd contact gezocht met Resultaten Scoren vanwege hun voorgenomen quick scan LVG en werd bemiddeld bij het tot stand brengen van een regionaal netwerk LVB en verslaving in oost Gelderland.

De verwachting is dat het netwerk op het gebied van LVB en verslaving dat gedurende het project is ontstaan dan wel verstevigd (want er waren alle goede contacten tussen verschillende partijen) in stand zal blijven en zelfs verder zal groeien. Zo nemen de contacten tussen de LVB-zorg en de langdurige GGZ (met name rondom het FACT-model) bijvoorbeeld toe. Ook de behandelafdelingen van de verslavingszorg en de afdelingen

voor dubbele diagnose cliënten van de GGZ krijgen meer oog voor cliënten met een verstandelijke beperking en de ontwikkelingen in de gehandicaptenzorg. Tot slot hebben het Trimbos-instituut en het landelijk kenniscentrum LVB het initiatief genomen voor een vervolg op het verbeterproject in de vorm van een werkplaats 'Beter omgaan met midde-
lengebruik in de zorg voor mensen met LVB'.

Bijlage 1 Toelichting op en handreiking bij Auditinstrument

Integrale zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking en problematisch middelengebruik

Het verbeterproject LVB en verslaving

Het Trimbos-instituut is begin 2011 het verbeterproject LVB en verslaving gestart. Dit project maakte deel uit van het Verbeterprogramma Gehandicaptenzorg en had als doel om VG-instellingen een jaar lang te ondersteunen bij het verbeteren van de zorg aan LVB-cliënten met (een risico op) problematisch middelengebruik. Een groot aantal VG-instellingen heeft op één of andere manier deelgenomen aan het verbeterproject; de meesten door deelname aan leernetwerkbijeenkomsten en/of trainingen, een groep van negen organisaties door deel te nemen aan een intensief verbetertraject. Tijdens dit verbetertraject werd op systematische wijze gewerkt aan het realiseren van zelfgekozen verbeterdoelen. Vanuit de organisatie werd een projectleider en een verbeterteam aangesteld, die verantwoordelijk waren voor het opstellen en (deels) uitvoeren van het verbeterplan. Het Trimbos-instituut en inhoudelijk deskundigen boden begeleiding.

Uitgangspunten bij de ontwikkeling van het auditinstrument

Om zicht te krijgen op de beginsituatie werd bij de negen deelnemende organisaties bij aanvang van het verbetertraject een audit uitgevoerd. Hiervoor is in samenspraak met een aantal inhoudelijk deskundigen uit de expertgroep een gestructureerd instrument ontwikkeld. Zie voor dit auditinstrument het Kennisplein Gehandicaptensector: <http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/kennisplein/Kennisplein-actuele-themas-LVB-en-verslaving.html>.

Bij de ontwikkeling van het auditinstrument zijn verschillende uitgangspunten in acht genomen. Een belangrijk uitgangspunt was dat het auditinstrument recht moest doen aan het principe van *integrale zorg*. Hieronder verstaan we dat in de behandeling en begeleiding rekening moet worden gehouden met het feit dat de licht verstandelijke beperking en het problematisch middelengebruik niet los van elkaar staan maar elkaar wederzijds beïnvloeden, en dat er dus aandacht moet zijn voor beide aspecten of probleemgebieden. Interventies gericht op het behandelen van de verslaving (en van de eventuele onderliggende of bijkomende psychiatrische problematiek) moeten dus in samenhang worden aangeboden met de dagelijkse begeleiding en ondersteuning aan de persoon met de LVB. De zorg die geleverd wordt, zal deels vanuit de verslavingszorg, en deels vanuit de VG geboden moeten worden. Beide sectoren zijn verantwoordelijk voor goede zorg aan LVB-cliënten met (een risico op) problematisch middelengebruik en zullen hun zorg optimaal op elkaar moeten afstemmen. Daarbij dient sprake te zijn van een multidisciplinaire aanpak en een breed behandel- en begeleidingsaanbod, dat zich uitstrekt naar alle levensgebieden en in principe ongelimiteerd in tijd is (zie Mueser e.a., 2011)¹.

¹ Mueser, K.T., Noordsy, D.I., Drake, R.E. & Fox, L. (2011). Geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose. Een richtlijn voor effectieve behandeling. Utrecht: De Tijdstroom.

Naast het principe van integrale zorg, zijn bij de ontwikkeling van het auditinstrument nog andere uitgangspunten in acht genomen, namelijk:

- Het auditinstrument moet het gehele zorgproces van preventie tot behandeling en nazorg beslaan.
- Het auditinstrument moet normen bevatten voor zowel de organisatie en de randvoorwaarden als de inhoud van de zorg;
- Het auditinstrument is primair een kwaliteitsinstrument; het moet teams concrete handvatten bieden voor verbetering van de zorg aan LVB-cliënten met (een risico op) problematisch middelengebruik. Daarnaast doet het in het kader van het verbetertraject tevens dienst als meetinstrument.

De items van het auditinstrument

Het auditinstrument omvat zeven hoofditems. Enkele van deze hoofditems kennen sub-items waardoor het instrument in totaal 12 items beslaat. Deze items kunnen worden beschouwd als normen voor goede, integrale zorg aan de LVB-doelgroep met (een risico op) problematisch middelengebruik. De items zijn:

1. Visie en beleid op middelengebruik
 - 1a. Beleid rondom middelengebruik
 - 1b. Implementatie van beleid
2. Samenwerking met de verslavingszorg
3. Deskundigheid en scholing
 - 3a. Deskundigheid op het gebied van middelengebruik
 - 3b. Scholing en training hulpverleners
4. Preventie
5. Signalering, screening en diagnostiek
 - 5a. Signalering en screening
 - 5b. Diagnostiek en assessment
6. Vroeginterventie en behandeling
 - 6a. Vroeginterventie
 - 6b. Behandeling
 - 6c. Individueel behandel-/begeleidingsplan
7. Nazorg

Aan ieder item kan een score van 1 t/m 5 worden toegekend, waarbij 5 betekent dat er geheel aan de norm wordt voldaan. Iedere norm is in het auditinstrument zorgvuldig omschreven en uitgewerkt in criteria. Het gemiddelde van de scores op de 12 normen leidt tot een eindscore.

Handreiking voor de uitvoering van de audits

Het auditinstrument is gebruikt in het kader van het verbetertraject LVB en verslaving, waarbij de audits zijn uitgevoerd door externe auditoren van het Trimbos-instituut. Het auditinstrument kan echter ook gebruikt worden door VG-instellingen zelf in het kader van hun interne kwaliteitsbeleid. In dat geval wordt gewerkt met interne auditoren. VG-instellingen die zelf aan de slag willen gaan met het auditinstrument geven we de volgende handreikingen mee.

Vorbereiding

- Bepaal in overleg met de opdrachtgever (manager, projectleider) op welk deel van de organisatie (locatie, afdeling, voorziening) de audit betrekking heeft. Beperk de audit tot maximaal twee (gelijksoortige) locaties of voorzieningen.
- Stel een auditorenteam van twee personen samen. Het auditorenteam bestaat bij voorkeur uit iemand met ervaring in het afnemen van audits en het uitvoeren van kwaliteitstoetsingen (beleidsmedewerker, kwaliteitsmedewerker) en iemand met inhoudelijke kennis/affiniteit op het gebied van verslaving (bijvoorbeeld gedragsdeskundige, senior begeleider, taakhouder).
- De praktische voorbereiding van de audit berust bij de locatie(s) waar de audit gaat plaatsvinden. Zorg ervoor dat je weet bij wie deze taak is belegd. De praktische voorbereiding bestaat uit het informeren en inplannen van medewerkers voor de interviews en overige activiteiten in het kader van de audit (zie voorbeeldprogramma), het regelen van ruimtes en het verzamelen van relevante beleidsdocumentatie (beleidsnota's, protocollen, huisregels rondom middelengebruik).
- Over het voorbeeldprogramma willen we nog opmerken dat de volgorde van de gesprekken veranderd kan worden. Wel is het beter om te starten en te eindigen met een gesprek met de projectleider en het verantwoordelijk management. Indien er meerdere locaties/voorzieningen/afdelingen bij de audit betrokken zijn, zorg er dan voor dat elk van die locaties voldoende vertegenwoordigd is.
- Zorg ervoor dat het auditprogramma minimaal een week van tevoren in bezit is bij beide auditoren, samen met relevante beleidsdocumentatie. Bestudeer deze stukken van tevoren.

Uitvoering

- Ga voorafgaand aan ieder interview na of de betreffende personen op de hoogte zijn van het doel van het gesprek en verschaft indien nodig nadere informatie.
- Neem de interviews af. Maak daarbij gebruik van de interviewvragenlijst.
- Maak aantekeningen van de gesprekken.

Scoring en verslaglegging

- Beide auditoren scoren de items kort na de audit (liefst al aan het einde van de dag) onafhankelijk van elkaar en overleggen daarna om tot een consensuscore te komen.
- De audit resulteert in een rapportage waarin per item een consensuscore wordt toegekend, voorzien van een toelichting. De rapportage bevat naast een weergave van de bevindingen, tevens aanbevelingen met betrekking tot de opzet en inhoud van het verbetertraject. De eerste auditor is eindverantwoordelijk voor de verslaglegging.
- De opdrachtgever ontvangt de conceptrapportage binnen twee weken na de audit. Eventuele aanpassingen worden binnen een week doorgegeven aan de eerste auditor, zodat de rapportage binnen drie weken definitief kan worden vastgesteld.
- De geauditeerde locatie(s) stelt op basis van de uitkomsten van de audit binnen drie weken een verbeterplan op.

Voorbeeld Programma audit Verbetertraject LVB en verslaving

10.00 – 11.15	Gesprek met de projectleider en de verantwoordelijk cluster-/zorgmanager en/of directielid
11.15 – 12.15	Gesprek met de gedragsdeskundige(n) van de VG-organisatie en de LVB-deskundige van de samenwerkende verslavingszorginstelling
12.15 – 13.00	Lunch
13.00 – 14.15	Gesprek met (2) persoonlijk begeleiders en (2) woonbegeleiders
14.15 – 15.15	Gesprek met (3) cliënten en/of naastbetrokkenen
15.15 – 16.00	Bestuderen (5) geanonimiseerde dossiers
16.00 – 16.30	Afrondend gesprek met projectleider en de verantwoordelijk cluster/zorgmanager en/of directielid; bespreken eerste impressies

Bijlage 2 Toolkit LVB en verslaving

Handreiking en achtergrond

Cliënten met een licht verstandelijke beperking (LVB) die middelen gebruiken komen relatief vaak in de problemen door hun gebruik. Hoewel exacte cijfers over de omvang van problematisch alcohol- en drugsgebruik door mensen met LVB ontbreken, kan op basis van praktijkverkenningen worden gesteld dat een substantiële groep LVB-cliënten problemen heeft als gevolg van (overmatig) alcohol- en/of drugsgebruik, of tot een hoog risicogroep behoort. Het is dus belangrijk om deze problemen zo snel en adequaat mogelijk te behandelen, en liever nog voor te zijn.

Kennis en vaardigheden nodig

Niet alleen de gehandicaptenzorg (GHZ) komt in aanraking met mensen met een LVB. Ook instellingen voor verslavingszorg (VZ), geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en justitiële instellingen hebben LVB-cliënten, al herkennen zij deze cliënten lang niet altijd als zodanig.

Om LVB-cliënten met (problematisch) middelengebruik goede zorg te kunnen bieden, is kennis nodig van de kenmerken en impact van een LVB en van alcohol, drugs en verslaving. De praktijk wijst uit dat één en dezelfde zorginstelling vaak niet over deze beide vormen van kennis beschikt. Dat betekent dat nauwe samenwerking tussen de verschillende instellingen (GHZ, VZ, GGZ) van belang is en dat deskundigheidsbevordering nodig is op het gebied van LVB (VZ, GGZ) en middelengebruik en verslaving (GHZ). Het identificeren van cliënten met een LVB en het aanpassen van het aanbod voor preventie en behandeling op deze doelgroep is essentieel voor een effectieve aanpak van (problematisch) middelengebruik. Tijdige signalering en goede begeleiding dragen hier eveneens aan bij.

Beschikbare methoden en materialen

De afgelopen jaren zijn er in toenemende mate methoden en materialen beschikbaar gekomen specifiek gericht op mensen met een LVB en (problematisch) middelengebruik. Initiatieven daartoe zijn genomen door instellingen uit de GHZ, VZ en Hogescholen of landelijke kenniscentra, vaak in samenwerking met elkaar.

De toolkit LVB en verslaving geeft een overzicht van methoden en materialen die op dit moment voorhanden zijn. Ze zijn ingedeeld naar de doelgroepen waarop zij zich specifiek richten:

1. (hoger) management: methode voor opzetten en (instellingsbreed) invoeren van visie en beleid
2. medewerkers: trainingen en materialen voor deskundigheidsbevordering
3. cliënten met LVB en hun omgeving: methoden voor preventie, screening, vroeginterventie, begeleiding en behandeling, en nazorg

Wij beschrijven hier kort de verschillende methoden en materialen per doelgroep en lichten toe hoe en door wie zij kunnen worden ingezet.

Methoden en materialen per doelgroep

1. Management

Structurele aandacht voor preventie en zorg bij (problematisch) middelengebruik door LVB-cliënten gaat niet zonder een heldere visie en een duidelijk beleid. Voor het opstellen van beleid kan de GHZ gebruik maken van de interventie Open en Alert. Het 'Handboek implementatie' richt zich op de gehandicaptenzorg en beschrijft de stappen die genomen moeten worden om tot een passend alcohol- en drugsbeleid te komen. Tevens gaat het in op de organisatie en inbedding van deskundigheidsbevordering van medewerkers. Omdat goede samenwerking tussen de GHZ en VZ belangrijk is, wordt geadviseerd om een preventiewerker van de VZ te betrekken bij het opstellen van beleid. De preventiewerker kan helpen bij de projectmatige aanpak van de visie- en beleidsontwikkeling, kan het aanbod van de VZ uiteenzetten en advies geven op het gebied van deskundigheidsbevordering.

2. Medewerkers

Om LVB-cliënten met (problematisch) middelengebruik goed te kunnen begeleiden en behandelen, zijn zowel kennis en vaardigheden nodig op het gebied van middelengebruik als van LVB. Vaak beschikken medewerkers echter niet over deskundigheid op beide gebieden, wat leidt tot handelingsverlegenheid. Binnen de GHZ is behoefte aan meer deskundigheid van medewerkers op het gebied van middelenkennis en -gebruik, signaleren en praten over middelengebruik en vergroten van de motivatie voor verandering. Bij medewerkers van de VZ (GGZ, justitiële instellingen) is ruimte voor meer vakkundigheid op het gebied van LVB, met name in het herkennen van verstandelijke beperkingen en inzicht in de reikwijdte en consequenties ervan.

De afgelopen jaren zijn er binnen de SPH-opleidingen van hogescholen verschillende initiatieven genomen om LVB, middelengebruik en/of verslavingskunde in het opleidingsaanbod op te nemen. Hogeschool Windesheim biedt in samenwerking met de Hanzehogeschool Groningen, bijvoorbeeld een minor (bijvak) LVB aan, waarin aandacht is voor verslaving. Een dergelijk aanbod is ook aanwezig op de Hogeschool Rotterdam en Avans Hogeschool (zie figuur 1).

Buiten deze opleidingen zijn er trainingen beschikbaar die op maat kunnen worden aangeboden (zie figuur 2). Ook vinden er trainingen plaats tussen instellingen voor GHZ en VZ onderling, in het kader van samenwerkingsverbanden. Van de beschikbare trainingen in figuur 2 is 'Open en Alert' uitsluitend gericht op medewerkers van de GHZ². De training gaat in op alcohol(gebruik) en drugs(gebruik) en het signaleren en bespreekbaar maken van middelengebruik. Preventiewerkers van de VZ in de regio geven in principe de training. Als GHZ-instelling verslavingsdeskundigheid in huis heeft, kan de training ook door de eigen verslavingsexpert(s) worden gegeven.

² Er bestaat daarnaast een Open en Alert aanbod voor de Jeugdhulpverlening en de Justitiële Jeugdinstellingen, zie www.openenalert.nl.

De training 'Verslaving en Verstandelijke handicap' en 'Motiverende gespreksvoering bij patiënten met LVB' zijn bedoeld voor medewerkers uit zowel de GHZ als de VZ en GGZ. De trainingen worden gegeven door respectievelijk Tactus Verslavingszorg en Stichting Trajectum - Hoeve Boschoord.

Figuur 1 Scholingsaanbod van Hogescholen gericht op LVB en verslaving

Studierichting	Onderwijsinstelling
Minor LVB met aandacht voor verslaving	Hogeschool Rotterdam Hogeschool Windesheim i.s.m. Hanzehogeschool Groningen Avans Hogeschool
Minor jeugd met aandacht voor LVB	Hogeschool Leiden
Minor Langdurig Problematische gezinnen waar sprake is van een LVB	NHL Hogeschool
Minor Verslavingskunde	Hogeschool Windesheim

Figuur 2 Trainingen voor medewerkers van VG en VZ

Training	Doel	Doelgroep
Open en Alert	Kennis en vaardigheden verbeteren van medewerkers op het gebied van alcohol, drugs en problematisch alcohol- en drugsgebruik door cliënten	Medewerkers GHZ
Training Verslaving en Verstandelijke handicap	Effectief leren omgaan met verslaving en middelenproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking	HBO- en WO-opgeleide medewerkers GHZ, VZ, GGZ
Training Motiverende gespreksvoering bij patiënten met LVB	Toename in motiverende gespreksvaardigheden bij hulpverleners, toegespitst op de kenmerken van LVB-clianten	HBO- en WO-opgeleide medewerkers GHZ, VZ, GGZ

3. Cliënten met LVB en hun omgeving

Voor cliënten met LVB (en hun omgeving) zijn er methoden en materialen beschikbaar van screening tot nazorg. Een overzicht van de methoden en materialen in deze toolkit staat in figuur 3. In de figuur staat vermeld bij wie de uitvoering van de interventies ligt en wat de voorwaarden voor uitvoering zijn. Afstemming tussen de verschillende type instellingen (GHZ, VZ, GGZ) is aan te bevelen.

Voor de indeling van (preventieve) maatregelen wordt steeds vaker gebruik gemaakt van het zogenoemde stoplichtmodel. Dit model laat zien welke type maatregelen wenselijk is in welk stadium van middelengebruik. Groen verwijst naar geen (probleematisch) gebruik, oranje naar riskant gebruik en bij rood is er sprake van problematisch gebruik of verslaving. Een adequate aanpak van (probleematisch) alcohol- en drugsgebruik vergt maatregelen in ieder stadium.

Figuur 3 Interventies gericht op cliënten met LVB met (risico op) middelenproblemen en hun omgeving³

Nr	Interventie/materiaal	Fase van zorgtraject	Pagina toolkit	Individu (I)/ groep (G)	Uitvoering door	Voorwaarden
1	SumID-Q	Screening	13	I	Begeleider/ gedragsdeskundige VG	Training SumID-Q is gevolgd
2	Screeners LVB	Screening	15	I	Preventiefunctionaris/ casemanager VZ GGZ, jeugdzorg, maatschappelijke opvang	
3	Bekijk 't nuchter, voorlichting	Preventie	17	G	Gedragsdeskundige VG i.c.m. Preventiefunctionaris VZ	Verslavingsdeskundigheid LVB-deskundigheid
4	Zonder flauwekul	Preventie	19	I	Begeleiders Preventiefunctionaris VZ	LVB-deskundigheid
5	Trip	Preventie	20	G	Preventiefunctionaris VZ bij voorkeur i.c.m. begeleider/gedragsdeskundige VG	Verslavingsdeskundigheid LVB-deskundigheid
6	Steffie	Preventie	22	I		
7	Bekijk 't nuchter, motivatietraining	Vroeg-interventie	23	G	Begeleider/gedragsdeskundige VG i.c.m. Preventiefunctionaris VZ	Training motiverende gespreksvoering
8	Consultatie	Begeleiding		I	Teamleider/ gedragsdeskundige VG i.c.m. Preventiefunctionaris VZ	LVB-deskundigheid

³ De gebruikte terminologie voor de functie kan per organisatie afwijken. Daar waar begeleider, casemanager, etc. staat, kunt u die functie lezen, die in uw organisatie gebruikelijk is.

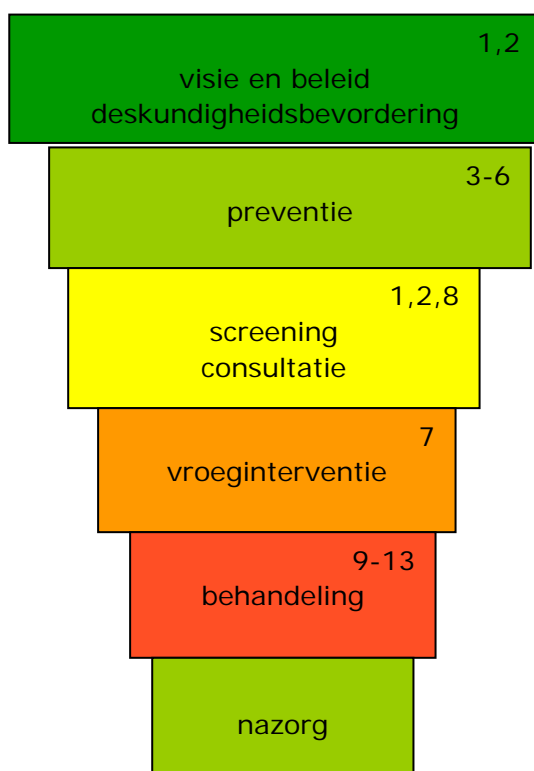
Nr	Interventie/materiaal	Fase van zorgtraject	Pagina toolkit	Individu (I)/ groep (G)	Uitvoering door	Voorwaarden
9	Training 'Omgaan met middelen en verslaving', deel 1: Het begin	Behandeling	25	G (evt. I)	GZ-psycholoog, professionals HBO-niveau	Verslavingsdeskundigheid, LVB-deskundigheid, Training motiverende gespreksvoering is gevolgd (bij voorkeur)
10	Training 'Omgaan met middelen en verslaving', deel 2: Mijn gebruik	Behandeling	28	G (evt. I)	GZ-psycholoog, professionals HBO-niveau	Verslavingsdeskundigheid, LVB-deskundigheid, Training motiverende gespreksvoering (bij voorkeur)
11	Training 'Omgaan met middelen en verslaving', deel 3: vaardigheidstraining met instructiefilm	Behandeling	31	G (evt. I)	GZ-psycholoog, professionals HBO-niveau	Verslavingsdeskundigheid, LVB-deskundigheid, Training motiverende gespreksvoering (bij voorkeur)
12	Leefstijltraining-PLUS	Behandeling	33	I	Persoonlijk begeleider i.c.m. behandelaar VZ	Intensieve samenwerking tussen VG en VZ
13	Minder drank of drugs	Behandeling	35	I en G	Medewerkers met HBO werk- en denkniveau bij VG en VZ	Basistraining LVB en verslaving. Train-de-trainerstraject Minder Drank of Drugs (geadviseerd)

Het stoplichtmodel voor verslavingspreventie is ontwikkeld door de samenwerkende preventieafdelingen van de VZ. Figuur 4 is afgeleid van dit stoplichtmodel en laat zien welke methoden en materialen specifiek voor LVB-clënten kunnen worden ingezet in de verschillende stadia. De cijfers in het model verwijzen naar de methoden en materialen in figuur 3.

Het eerste, donkergroene vlak beslaat meer algemene maatregelen die een instelling kan nemen. Het gaat bijvoorbeeld om het verzamelen van informatie over de visie en deskundigheid van medewerkers. Deze informatie kan als input dienen bij het opstellen van een adequaat beleid. Ook een systematische eerste screening van cliënten op (problematisch) middelengebruik (GHZ, methode 1 in figuur 3) dan wel LVB (VZ/GGZ, methode 2) is een voorbeeld van een algemene maatregel. Instellingen krijgen op deze manier in kaart in hoeverre middelenproblematiek bij LVB-clënten speelt.

Cliënten in het lichtgroene vlak zijn geen (problematische) gebruikers, maar vormen wel een risicogroep. Uit preventief oogpunt is het geven van voorlichting over alcohol en drugs gewenst. De materialen met de cijfers 3-6 (figuur 3) kunnen voor cliënten met LVB worden ingezet door preventiewerkers of andere hiertoe opgeleide professionals.

Figuur 4 Stoplichtmodel LVB en verslaving



De maatregelen behorend bij het gele en oranje vlak zijn gericht op experimentele of risicovolle gebruikers. Een belangrijke stap in deze fases bestaat uit het vaststellen van de mate en motieven van middelengebruik van de LVB-cliënt. Ook hiervoor is de SumID-Q een geschikt instrument. Een andere methode die beschikbaar is voor LVB-ers met experimenteel of risicovol gebruik is de motivatietraining *Bekijk 't Nuchter* (methode 7 in figuur 3).

Als cliënten in het stadium van problematisch middelengebruik of zelfs verslaving zijn beland, is behandeling vereist. Verschillende (leefstijl)trainingen zijn de laatste jaren aangepast naar de doelgroep LVB (zie figuur 3, interventies 9-13). Aan deze trainingen ligt veelal het transtheoretische model van Prochaska⁴ ten grondslag. De gespreksmethode die bij dit model hoort is bekend onder de noemer motiverende gespreksvoering. Dit is een gespreksmethode gericht op het verhogen van de motivatie van cliënten tot verandering van gedrag waarover ze zelf vaak ambivalent zijn. De trainingen 9, 10 en 11 in figuur 3 zijn ontwikkeld door Trajectum – De Borg en kunnen zowel individueel als in groepsverband worden gegeven. De trainingen waren aanvankelijk gericht op gebruik in de intramurale setting. Sinds 2011 loopt er echter ook een pilot waarbij de trainingen worden getoetst op toepasbaarheid binnen de ambulante setting. Hogeschool Inholland heeft in samenwerking met Brijder Verslavingszorg en twee GHZ-instellingen de leefstijl-training-PLUS ontwikkeld. Het betreft een individuele training, waarbij intensieve samenwerking plaatsvindt tussen de gehandicaptenzorg en verslavingszorg. De training *Beter omgaan met alcohol en drugs* van Arduin en Emergis is een groepstraining. Bij de training *Minder drank of drugs*, van Aveleijn en Tactus Verslavingszorg, is gekozen voor een combinatie van individuele gesprekken en groepsbijeenkomsten. Veel aandacht gaat uit naar het generaliseren van aangeleerde vaardigheden naar de praktijk.

De Toolkit LVB en Verslaving bevat een korte beschrijving van alle genoemde afzonderlijke interventies. Zie hiervoor: <http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/?id=14078>

⁴ Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.

Bijlage 3 Resultaten

- ❖ Auditinstrument
- ❖ Handreiking auditinstrument
- ❖ Toolkit
- ❖ Publieksversie projectvoorstel
- ❖ Flyer over het verbeterproject
- ❖ Nieuwsbrieven
- ❖ Gesprek met secretaris Resultaten Scoren
- ❖ Gesprek met voorzitter Netwerk Verslavingspreventie
- ❖ Presentatie over LVB en verslaving en verbeterproject op de terugkomdag van AVG's, Erasmusuniversiteit Rotterdam, op 20 september 2012.
- ❖ Informatiestand op symposium Triple diagnose in beweging op 27 september 2012 georganiseerd door Arkin
- ❖ Presentatie bij Verslavingspreventie Nederland over de bevindingen van het verbeterproject en koppelen van gehandicaptenzorg en verslavingszorg in specifieke regio's.
- ❖ Bijeenkomst voor bestuurders uit zowel de gehandicaptenzorg als de verslavingszorg

Bijlage 4 Bij het verbeterproject betrokken organisaties en personen

Stuurgroep

De Borg

Dhr. drs. A. (Adri) Benschop MHA - *Manager*

Hogeschool Inholland

Dhr. dr. B. (Berno) van Meijel - *Lector GGZ-verpleegkunde*

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland

Mw. drs. M. (Maartje) van der Rijt - *Beleidsmedewerker*

Trimbos-instituut

Mw. drs. S. (Sonja) van Rooijen - *Senior wetenschappelijk medewerker*

Resultaten Scoren/GGZ Nederland

Dhr. drs. R. (Ruud) Rutten - *Voorzitter raad van Bestuur Tactus verslavingszorg*

CBO

Mw. dr. L. (Loes) Schouten - *Voorzitter Stuurgroep*

Kenniscentrum LVB

Dhr. drs. D. (Dirk) Verstegen - *Directeur*

Expertgroep

Mondriaan verslavingspreventie

Mw. drs. M. (Marijke) Bouts - *Preventiewerker*

Trimbos-instituut en Hogeschool Windesheim

Dhr. mr. R. (Rob) Bovens - *Lector verslavingspreventie*

Universiteit van Tilburg, Hogeschool Arnhem en Nijmegen en Dichterbij

Mw. prof. dr. P. (Petri) Embregts - *Hoogleraar Klinische psychologie, Lector Zorg voor mensen met een Verstandelijke Beperving en Directeur behandelinnovatie en wetenschap*

Hogeschool Inholland

Dhr. drs. K. (Koos) de Haan - *Scholing, advies en projecten*

Aveleijn en NISPA

Mw. drs. M. (Marion) Kiewik - de Vries - *Orthopedagoog-generalist Promovenda SumID-Q*

Tactus verslavingszorg en NISPA

Mw. drs. J. (Joanneke) van der Nagel - *Psychiater Promovenda SumID-Q*

Tactus verslavingszorg

Mw. drs. R. (Rianca) den Ouden - *Beleidsmedewerker/projectleider LVB*

Trajectum

Mw. drs. M. (Maria) Trentelman - *Programmaleider Verslaving, Behandelverantwoordelijke Kastanje en OBC 't Wold*

Universiteit van Amsterdam en Koraalgroep

Dhr. dr. X. (Xavier) Moonen - *Wetenschappelijk medewerker en beleidsadviseur*

