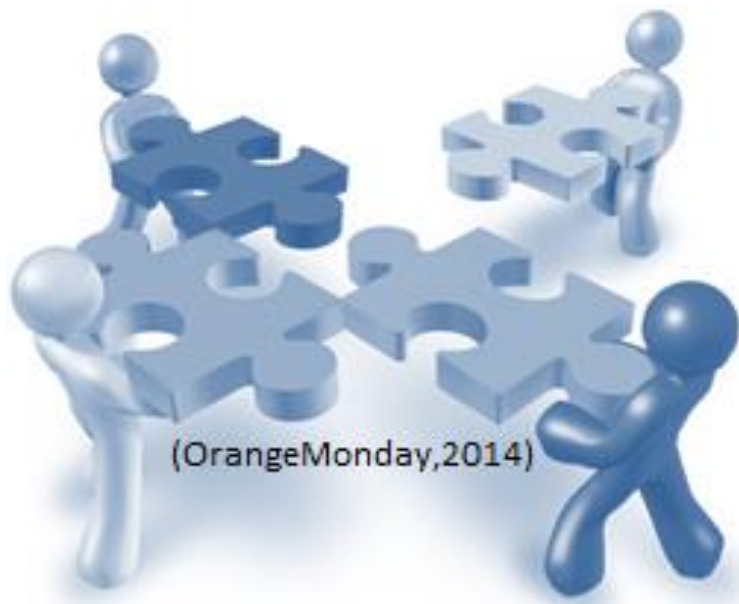


Samenwerken is vermenigvuldigen

Een onderzoek naar een best practice binnen (F)ACT in de samenwerking met ketenpartners gericht op triple problematiek



Colofon

Trefwoorden:	Triple problematiek, (F)ACT, Samenwerken
Projectnummer:	1617_1VERPL_15
Opdrachtgevers:	Mw. R. Vervloet Maatschappelijk Werker FACT Arnhem Centraal Mw. M. Doeleman-van Schaik HBO-Verpleegkundige FACT Arnhem Centraal
Lector:	Dr. B. Koekkoek Lector Sociale & Methodisch Aspecten van Psychiatische Zorg Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
Contactdocent:	Dhr. L. van Woerden Docent Instituut verpleegkundige studies Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
Docentbegeleider:	Mw. N. Klaessen Docent Instituut Verpleegkundige studies Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
Examinator:	Mw. M. Hulstein Docent Instituut Verpleegkundige studies Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
Onderzoekers:	Kim de Groot (492564) kim_degroot@hotmail.com Dounia Sbai (547551) dounia@sbai.eu
Praktijkinstelling:	FACT Arnhem Centraal Amsterdamseweg 17 6814 GA Arnhem
Onderwijsinstelling:	Hogeschool van Arnhem en Nijmegen Kapittelweg 33 6525 EN Nijmegen
Opleiding:	HBO-Verpleegkunde
Onderwijseenheid:	Kwaliteit en Innovatie 3
Studiejaar:	2016-2017
Inleverdatum:	16 januari 2016

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag 'Samenwerken is vermenigvuldigen'. Een onderzoek naar een best practice binnen (F)ACT in de samenwerking met ketenpartners gericht op triple problematiek.

Dit onderzoek is uitgevoerd door Dounia Sbai en Kim de Groot, vierdejaarsstudenten van de opleiding Verpleegkunde aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Riska Vervloet en Marieke Doeleman-van Schaik, in het kader van de onderwijseenheid Kwaliteit en Innovatie 2 & 3.

Een aantal mensen willen wij in het bijzonder bedanken voor hun hulp en begeleiding bij het tot stand komen van dit onderzoeksverslag. Wij willen de verpleegkundigen bedanken die hebben gereageerd op onze e-mail en/of telefoon. Daarnaast willen wij de verpleegkundigen die deelgenomen hebben aan onze interviews, bedanken voor hun indrukwekkende casussen.

Verschillende docenten van de Hogeschool Arnhem en Nijmegen willen wij bedanken voor het helpen bij de werving van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. De contactdocent Léon van Woerden willen wij graag bedanken voor de betrokkenheid bij het onderzoek.

Tot slot willen wij in het bijzonder docentbegeleider Nikki Klaessen bedanken voor al haar inzet in de begeleiding en het geven van kritische feedback. Haar ondersteuning voor dit onderzoeksverslag hebben wij als zeer waardevol ervaren.

Met een voldaan gevoel en een tevreden blik kijken wij terug op een leerzame periode.

Wij wensen u veel leesplezier.

Dounia Sbai & Kim de Groot
Nijmegen, januari 2017

Inhoudsopgave

Samenvatting	6
1 Inleiding.....	7
1.1 Doelstelling	9
1.2 Vraagstelling	9
1.3 Deelvragen.....	9
1.4 Leeswijzer	9
2 Theoretisch kader.....	10
2.1 Zoekstrategie	10
2.2 (F)ACT	10
2.3 Triple problematiek.....	12
2.3.1 Licht Verstandelijke Beperking (LVB)	12
2.3.2 Ernstige Psychiatrische Aandoening (EPA)	13
2.3.3 Verslavingsproblematiek	14
2.3.4 Triple problematiek.....	15
2.4 Adequate zorgverlening	16
2.5 Samenwerken	17
2.6 Ketenzorg.....	19
2.7 Setting van het onderzoek.....	20
2.7.1 FACT Arnhem Centraal.....	20
2.7.2 Context van het praktijkprobleem	20
2.8 Verpleegkundige relevantie	21
3 Methode	22
3.1 Onderzoeksdesign	22
3.2 Onderzoekspopulatie en steekproef	22
3.3 Dataverzameling	24
3.4 Data-analyse	24
3.5 Zorgvuldigheidseisen	26
3.5.1 Betrouwbaarheid	26
3.5.2 Geldigheid.....	27
3.6 Ethische aspecten.....	27
4 Resultaten	28
4.1 Inventarisatie ketenpartners	28
4.2 Onderzoekspopulatie en context interviews	28
4.3 Beschrijving resultaten	30
4.3.1 Triple problematiek.....	30
4.3.2 Adequate zorg.....	31
4.3.3 Samenwerking met ketenpartners	33
4.3.4 Communicatie met ketenpartners.....	35
5 Discussie.....	37
5.1 Vergelijking met literatuur	37
5.2 Methodologisch discussie	39
5.3 Praktische toepasbaarheid	40
6 Conclusie	41
7 Aanbevelingen.....	42
7.1 Aanbevelingen voor de praktijk	42

7.2 Aanbevelingen voor het onderwijs.....	43
7.3 Aanbevelingen voor een vervolgonderzoek.....	43
Referentielijst	45
Bijlage 1 Format schriftelijke rapportage van de zoekstrategie.....	50
Bijlage 2 Evidence tabel	58
Bijlage 3 Topiclijst.....	62
Bijlage 4 Interviewgide.....	63
Bijlage 5 Email werving sociaal psychiatrisch verpleegkundigen.....	66
Bijlage 6 Geheimhoudingsverklaring.....	67

Samenvatting

Triple problematiek is een vrij recent thema en op dit moment in de praktijk een 'hot item'. Er is nagenoeg geen onderzoek gedaan naar triple problematiek en ook over de samenwerking met ketenpartners gericht op deze problematiek is weinig tot geen literatuur beschikbaar, terwijl er in de praktijk wel behoefte aan is. Dit heeft geleid tot de volgende onderzoeksvraag: *“Hoe kan het FACT-team Arnhem Centraal samenwerken met ketenpartners in de licht verstandelijke gehandicaptenzorg om adequate zorg te verlenen aan cliënten met triple problematiek?”*

Binnen dit kwalitatief verkennend onderzoek is gebruikgemaakt van surveys. De data zijn verzameld door middel van elf semigestructureerde interviews, die face-to-face zijn afgenomen. De interviews zijn afgenomen bij acht verschillende FACT-teams en één ACT-team in Nederland, waar sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en een HBO-verpleegkundige geïnterviewd zijn. Er werd getracht om middels deze interviews inzichten te verkrijgen in de ervaringen van de verpleegkundigen met betrekking tot triple problematiek en de samenwerking met ketenpartners gericht op de licht verstandelijke beperking. Nadat alle gegevens verzameld waren, zijn de onderzoekers gestart met het analyseren van de gegevens middels fragmenteren en coderen. Uit de analyse kwamen de volgende hoofdthema's naar voren, namelijk triple problematiek, adequate zorg, samenwerking met ketenpartners en communicatie met ketenpartners.

Om samenwerking in de regio Arnhem met ketenpartners gericht op de licht verstandelijke beperking te realiseren, zijn er uit de inventarisatie drie contactpersonen naar voren gekomen die een samenwerking wensen. Om een succesvolle samenwerking te realiseren, zal het FACT-team Arnhem Centraal over kennis moeten beschikken over de triple problematiek. De triple problematiek is zoals eerder omschreven een vrij recent thema, waarover steeds meer actuele ontwikkelingen verteld worden in bijvoorbeeld een symposium. Door deel te nemen aan de verschillende ontwikkelingen op het gebied van triple problematiek, kan er steeds meer adequate zorg geleverd worden aan deze doelgroep. Het diagnosticeren van een licht verstandelijke beperking kan van toegevoegde waarde zijn in de behandeling voor cliënten met triple problematiek. De behandeling voor cliënten met triple problematiek staat binnen het (F)ACT gelijk aan de behandeling voor andere cliënten. Echter, vraagt deze doelgroep wel een andere benadering waarvoor verschillende methodieken aangepast moeten worden op het niveau van de cliënt. Om dit realiseren is het van belang dat de drie organisaties, namelijk de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en de gehandicaptenzorg gaan samenwerken om de expertise van de verschillende facetten toe te kunnen passen bij cliënten met triple problematiek.

Concluderend kan er gezegd worden dat netwerken voor de verpleegkundige een belangrijke taak is om samenwerking te realiseren. Assertief zijn speelt hierin een grote rol, net zoals digitaal en face-to-face bereikbaar zijn voor ketenpartners. Op basis van dit onderzoeksverslag wordt aan de praktijk aanbevolen om assertief te netwerken om samenwerking met ketenpartners te realiseren. Aan het onderwijs wordt aanbevolen om de (HBO) verpleegkundigen al tijdens hun studie te scholen over de zorg omtrent triple problematiek, waardoor zij in de praktijk over meer handvatten beschikken. Daarnaast worden meerdere vervolgonderzoeken aanbevolen met betrekking tot dit onderwerp.

1 Inleiding

Wanneer een cliënt verstandelijk beperkt is, een psychiatrische stoornis heeft met daarnaast een verslavingsproblematiek spreken we van triple problematiek (Nagel, 2013). Op Europees niveau is nog weinig bekend over de prevalentie van mensen met triple problematiek (Hammink, Nagel & Mheen, 2015). Ook in Nederland zijn nog maar weinig cijfers bekend rondom triple problematiek. Er zijn wel cijfers te vinden van de drie afzonderlijke aandoeningen. Zo blijkt uit een onderzoek van NEMESIS dat ieder jaar ongeveer 3% van de mensen in Nederland een psychische stoornis ontwikkelt. Dit zijn zo'n 191.000 mensen per jaar (Trimbos-instituut, 2012). Tevens zijn er cijfers bekend over het (in combinatie) optreden van zowel een psychiatrische aandoening en een verslaving, dit noemt men een dubbel diagnose. In de geestelijke gezondheidszorg is bij 60 tot 80% van de gevallen naast een psychiatrische stoornis ook sprake van een verslaving en in de verslavingszorg heeft 20 tot 50% van de mensen naast een verslaving een psychiatrische stoornis (Nagel, 2013) (Nagel, Didden & Kiewik, 2013). Daarnaast beschrijft Ras et al. (2013) dat er in Nederland naar schatting 74.000 mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) wonen. Dit percentage is gebaseerd op zorgvragers met een licht verstandelijke beperking die in beeld zijn bij zorginstanties.

Ondanks het ontbreken van epidemiologische gegevens rondom triple problematiek, geven hulpverleners aan steeds vaker met dit type cliënt in aanraking te komen (Nagel, Didden & Kiewik, 2013). Echter, hulpverleners weten deze cliënten niet altijd voldoende te bereiken. Een aantal factoren zijn hier schuldig aan. Bijvoorbeeld het ontbreken van deskundigheid bij behandelaars en begeleiders, ofwel op het gebied van de licht verstandelijke beperking, ofwel op het gebied van de psychiatrische aandoening en/of verslaving (Neijmeijer, 2014). De gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg hebben afzonderlijk van elkaar onvoldoende kennis in huis om alle aspecten van triple problematiek zelf te behandelen, waardoor deze cliënten tussen wal en schip vallen in de zorgverlening (Landelijk Expertise- en Implementatiecentrum Dubbele Diagnose, z.d.). Het toespitsen van zorgprogramma's en woonvoorzieningen op een bepaalde doelgroep is een tweede factor. Een derde factor is het nog vrij starre onderscheid tussen de gehandicaptenzorg, psychiatrische zorg en verslavingszorg, wat onder andere te maken heeft met de verschillende financieringswijzen, die een gevolg zijn van de transitie binnen de zorg (Neijmeijer, 2014). De langdurige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) valt sinds 2015 niet meer onder de AWBZ, maar onder de Zorgverzekeringswet, die vanaf 2017 financieel verantwoordelijk is voor de GGZ. Deze transitie heeft een grote impact op de financiering van de zorg, wat onder andere leidt tot ambulantisering van de zorg (Xanten, 2016).

Mede door de ambulantisering worden steeds meer mensen met triple problematiek behandeld en begeleid in de thuissituatie door het Flexible Assertive Community Treatment (FACT) -team (Veldhuizen, 2015). Bij deze mensen is er sprake van meerdere aandoeningen tegelijkertijd, ook wel multimorbiditeit genoemd (Pel-Littel, 2010). Triple problematiek veroorzaakt op verschillende leefgebieden van een persoon problemen, die elkaar vervolgens weer zullen overlappen (Langemeijer, 2015) (Wolf et al., 2012). Doordat deze cliënten meerdere problemen tegelijkertijd ervaren, heeft dat als gevolg dat de zorg complexer wordt (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014). Vanwege deze complexiteit is een goede samenwerking en multidisciplinair inzet tussen de verslaving-, geestelijke- en gehandicaptenzorg nodig. Op deze manier kan er adequaat zorg worden verleend aan

cliënten met triple problematiek (Nagel, Didden & Kiwiek, 2013). De ambulantisering is des te meer een reden voor een betere samenwerking tussen de instellingen, zodat de cliënten met triple problematiek zelfstandig kunnen wonen en adequate behandeling krijgen. Naast de drie instellingen kunnen ook andere organisaties nodig zijn, zoals huishoudelijke hulp en bewindvoering.

Door de multimorbiditeit kan worden geconcludeerd dat er sprake is van complexe problematiek bij deze doelgroep, die behoort tot de doelgroep met een ernstige psychiatrische stoornis. Het (F)ACT heeft een model voor de zorg voor cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening en biedt individuele, outreachende en herstelondersteunende behandeling. Het FACT werd in 2002 geïntroduceerd door GGZ Noord-Holland-Noord als de Nederlandse variant op Assertive Community Treatment (ACT). De cliënten die in behandeling zijn bij FACT, zijn woonachtig buiten het psychiatrisch ziekenhuis. Dit houdt in dat zij in een eigen huis wonen of binnen een beschermende woonvorm. Het FACT bestaat uit een multidisciplinair team met onder andere een sociaal psychiatrisch verpleegkundige of een maatschappelijk werker als casemanager, een psychiater en een trajectbegeleider (Veldhuizen e.a., 2008). Het FACT-team begeleidt 200 tot 250 cliënten die meestal in een wijk of regio wonen van 40.000 tot 50.000 inwoners. Bak e.a. (2007) toont aan dat FACT-teams ervoor zorgen dat een groot aantal mensen niet meer door hun psychiatrische symptomatologie worden gehinderd. De teams weten de behandelbare problematiek te traceren en beter aan te pakken in vergelijking tot eerdere traditionele zorg. Doordat het FACT-team ambulant werkzaam is, komen de leden van het team op verschillende locaties in contact met hun cliënten. Denk hierbij aan verslavings- en forensische klinieken, bemoeizorg, maatschappelijke opvangcentra en gevangenissen (Veldhuizen, 2016).

Het FACT-team Arnhem Centraal, wat onderdeel is van de organisatie Pro Persona, is sinds 2004 werkzaam in het centrum van Arnhem. Zij behandelen ongeveer 188 inwoners in de thuissituatie. In hun caseload krijgen de leden van het FACT-team steeds meer te maken met triple problematiek. Het team is in de veronderstelling dat bij 40% van hun cliënten sprake is van triple problematiek. Voor de behandeling van triple problematiek is er in het team voor het aspect van de verslaving een deskundige aanwezig. Zij missen in hun team met name de expertise vanuit de gehandicaptenzorg. De leden van het FACT-team ervaren deze gemiste expertise als een probleem. Cliënten met een triple problematiek krijgen daardoor niet de adequate zorg die zij nodig hebben. Het FACT-team wil voor deze cliënten gericht op het aspect van de licht verstandelijke beperking (LVB), meer inzicht krijgen in de mogelijke samenwerkingspartners om adequate zorg te kunnen verlenen. De samenwerking met de verschillende ketenpartners moet uiteindelijk leiden tot het vergaren van expertise, met als doel dat deze doelgroep niet meer tussen wal en schip valt.

Door een inventarisatie van de ketenpartners gericht op de licht verstandelijke beperking in regio Arnhem, krijgt het team inzicht in de mogelijke samenwerkingspartners voor cliënten met triple problematiek. In de toekomst kan het team deze partners mogelijk betrekken bij de behandeling van cliënten met triple problematiek, zodat er adequate zorg kan worden geleverd. Daarnaast hebben de onderzoekers in andere (F)ACT-teams gezocht naar best practice interventies met betrekking tot de samenwerking met deze ketenpartners. Hiermee hoopt het FACT-team handvatten te krijgen hoe zij deze samenwerking in hun regio kunnen

realiseren. Het uiteindelijke doel hiervan is om de zorgverlening voor cliënten met triple problematiek te verbeteren.

1.1 Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is als volgt: In januari 2017 heeft het FACT-team Arnhem Centraal in beeld wie hun samenwerkingspartners kunnen zijn in de licht verstandelijke gehandicaptenzorg en hoe deze samenwerkingspartners kunnen bijdragen aan een adequate zorgverlening aan cliënten met triple problematiek.

1.2 Vraagstelling

Voortvloeiend uit de doelstelling luidt de vraagstelling van dit onderzoek: Hoe kan het FACT-team Arnhem Centraal samenwerken met ketenpartners in de licht verstandelijke gehandicaptenzorg om adequate zorg te verlenen aan cliënten met triple problematiek?

1.3 Deelvragen

Ter ondersteuning van de hoofdvraagstelling zijn de volgende deelvragen opgesteld:

- Welke ketenpartners in de licht verstandelijke gehandicaptenzorg kan het FACT-team Arnhem Centraal binnen hun regio betrekken bij het verlenen van zorg aan cliënten met triple problematiek?
- Wat zijn op dit moment best practice interventies binnen (F)ACT-teams in Nederland ten aanzien van de samenwerking met ketenpartners gericht op de licht verstandelijke gehandicaptenzorg?

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk twee beschrijft dit onderzoeksverslag het theoretisch kader. Hierin worden de meest belangrijke begrippen van dit onderzoek beschreven aan de hand van relevante literatuur. Hoofdstuk drie geeft een weergave van de methode voor dit onderzoek. Hoofdstuk vier geeft een beschrijving van de resultaten van het onderzoek. In hoofdstuk vijf staan de discussiepunten ten aanzien van de gevonden resultaten en methode van het onderzoek. Hoofdstuk zes beschrijft de conclusie en tot slot worden er in hoofdstuk zeven enkele aanbevelingen gedaan naar aanleiding van dit onderzoek.

2 Theoretisch kader

Dit hoofdstuk beschrijft de belangrijkste begrippen en onderzoeksaspecten voor dit ontwerpplan. Allereerst beschrijft paragraaf 2.1 de zoekstrategie. Paragraaf 2.2 tot en met paragraaf 2.6 geven de definities weer van de relevante concepten die voortvloeien uit de vraag- en doelstelling. Vervolgens beschrijft paragraaf 2.7 de setting van het onderzoek en afsluitend beschrijft paragraaf 2.8 de verpleegkundige relevantie van dit onderzoek.

2.1 Zoekstrategie

In verschillende databases, zoals Pubmed, Cinahl, Google Scholar en HAN Quest is gezocht naar relevante literatuur. Ook zijn er verschillende boeken, richtlijnen en websites geraadpleegd.

In Pubmed is gezocht met behulp van een PICO-vraagstelling. PICO is een bruikbaar hulpmiddel bij het formuleren van een vraag en staat voor Patiënt/Probleem/Populatie, Interventie, Co interventie en Resultaat (Bours, 2009). De PICO van dit onderzoek is vanwege het zoeken in een Engelstalige database vertaald in het Engels en is als volgt geformuleerd: P: FACT-team Arnhem Centraal, I: Collaboration with integrated care in the area of mild intellectual disability, C: -, O: Provide adequate care to clients with triple problems.

Bij de zoekstrategie is gebruikgemaakt van MeSH-termen en de booleaanse operatoren AND en OR. In HAN Quest is er ook met verschillende zoektermen gezocht naar relevante literatuur. Bijlage 1 bevat een format van deze zoekstrategieën. Er zijn informatiespecialisten (Thomas Pelgrim en Irma van Houts) van de HAN geraadpleegd voor het verifiëren van de zoektermen. Daarnaast is de sneeuwbalmethode toegepast, de referentielijsten van gebruikte artikelen zijn gescreend op mogelijke andere bruikbare artikelen.

Afgezien van bovenstaande databanken, werd er ook aan de hand van andere bronnen naar relevante literatuur en informatie gezocht. Zo is het FACT Handboek gebruikt, dat is verkregen door de opdrachtgever en zijn verschillende andere boeken geraadpleegd uit het studiecentrum van de HAN. Via de sneeuwbalmethode vanuit het FACT Handboek zijn websites van het Trimbos Instituut en GGZ Nederland met verschillende richtlijnen geraadpleegd. Ook is relevante informatie verkregen op andere websites, zoals F-ACT Nederland.

2.2 (F)ACT

FACT staat voor Flexible Assertive Community Treatment en stamt af van Assertive Community Treatment (ACT). Het ACT-model werd in 1976 geïntroduceerd door Stein, Test en Marx in Madison in de Verenigde Staten. Dit model bouwt voort op een project genaamd Training in Community Living. Dit project ondersteunde mensen met een psychose na een opname in een psychiatrische instelling, om hun weg in de maatschappij en de behandeling te vinden (Veldhuizen, 2016).

FACT-teams zijn multidisciplinair, werken met een shared caseload en zijn verantwoordelijk voor een bepaalde wijk of regio. Kenmerkend aan een FACT-team is dat het zowel individuele zorg als gezamenlijke zorg kan leveren. Door middel van casemanagement wordt individuele zorg geleverd aan cliënten die minder intensieve zorg nodig hebben. Cliënten die

intensievere zorg nodig hebben worden gezien door alle teamleden. Dit wordt 'shared caseload' genoemd (Veldhuizen, 2015). In een FACT-team zijn verschillende disciplines werkzaam, zoals onder andere een psychiater, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, maatschappelijk werker, psycholoog en een trajectbegeleider. De samenstelling van een FACT-team is gerelateerd aan het aantal cliënten dat bij het team in zorg is. In de multidisciplinaire samenstelling van het team kan afhankelijk van lokale omstandigheden worden gevarieerd. Vanwege de doelgroep gelden wel enkele harde eisen. Zo moet er de garantie zijn voor voldoende verpleegkundigen en voldoende uren beschikbaarheid van een psychiater (Veldhuizen, 2008). Een FACT-team werkt met een casemanager. De rol van casemanager wordt door verschillende disciplines uit het team ingevuld, zoals een verpleegkundige, maatschappelijk werker en psycholoog. De casemanager is de persoonlijk begeleider van cliënten en betrokken bij de behandeling. De groep cliënten die de casemanager begeleidt wordt een caseload genoemd (Veldhuizen, 2016).

Vijftien jaar geleden werden mensen met een ernstige psychiatrische aandoening veelal individueel begeleid door een casemanager, zoals een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) of een woonbegeleider vanuit de beschermde woonvorm. Veel van deze begeleiding vond poliklinisch plaats, waarbij de cliënt naar de hulpverlener kwam. Wanneer er meer intensieve zorg noodzakelijk was, kon dat in de thuissituatie nauwelijks worden gegeven. De SPV kon gezien haar hoge caseload de cliënten niet meer dan één tot twee maal per week begeleiding bieden. De noodzaak tot zorgintensivering leidde zo al snel tot klinische opname of deeltijdbehandeling. Dit systeem leidde tot drop out, draaideurcliënten en onnodig langdurige opnames in psychiatrische ziekenhuizen (Veldhuizen, 2012). Veldhuizen (2016) omschrijft dat bij veel cliënten uit deze doelgroep de nazorg mislukte wanneer ze weer terugkwamen in hun eigen huis. Om te zorgen voor meer effect van de behandeling en begeleiding werd ervoor gekozen om deze doelgroep ambulant te behandelen en begeleiden: thuis en in de eigen woonwijk van de cliënt, in plaats van een opname in een instelling. Het FACT is destijds gestart met het bieden van integrale zorg, wat staat voor een combinatie van:

- Behandeling en begeleiding van ziekte en symptomen;
- Begeleiding én praktische hulp bij het algemeen dagelijks leven (ADL) (huishouden, hygiëne, veiligheid);
- Rehabilitatie, onder andere op het gebied van wonen en (betaald) werk;
- Ondersteuning bij het werken aan herstel.

Om antwoord te bieden op het draaideurfenomeen werd rond de eeuwwisseling in een aantal grote steden als Amsterdam, Rotterdam en Utrecht gekozen voor een andere aanpak: Assertive Community Treatment (ACT) met intensieve outreachende hulp door multidisciplinaire teams (Vugt, 2015). Het ACT is ontwikkeld met de gedachte dat cliënten in hun thuissituatie moeten worden begeleid. De werkwijze is assertief en outreachend, wat betekent dat de hulpverleners naar de cliënt en zijn netwerk toegaan (Veldhuizen, 2012). ACT richt zich op de complexere cliëntengroep met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) die de zorg mijden, een groot risico lopen op dakloosheid en veelvuldig terugvallen. Deze groep beslaat ongeveer 20% van de cliënten met EPA (Vugt, 2015).

Voor de lichtere groep cliënten met EPA bestond tevens de wens om, in geval van een terugval of recidief van ziektebeeld, intensieve hulpverlening met huisbezoeken te realiseren. Om deze reden is vanaf 2003 door medewerkers van de psychiatrische instelling GGZ

Noord-Holland-Noord in samenwerking met van Veldhuizen en Bähler het FACT ontwikkeld als methodiek (GGZ Noord-Holland-Noord, z.d.). Het FACT-team kan zowel individueel casemanagement als ACT zorg leveren en kan goed schakelen tussen minder intensieve en zeer intensieve zorg (Vugt, 2015).

2.3 Triple problematiek

Dit onderzoek richt zich op sociaal psychiatrisch verpleegkundigen die zorg verlenen aan cliënten met triple problematiek. Omdat er weinig wetenschappelijke literatuur bekend is over triple problematiek, zullen we middels de drie afzonderlijke stoornissen de triple problematiek definiëren. Ten eerste wordt het aspect van de licht verstandelijke beperking beschreven, ten tweede het aspect van de psychiatrische stoornis en tot slot de verslavingsproblematiek. Deze drie stoornissen samen omvat triple problematiek. Tot slot zullen de onderzoekers de relevante literatuur die er gevonden is over triple problematiek toelichten.

2.3.1 Licht Verstandelijke Beperking (LVB)

De Beer (2011) beschrijft de praktijkdefinitie die in Nederland voor LVB wordt gebruikt als volgt:

- Een Intelligentie Quotiënt (IQ) tussen de 50 en 85;
- Beperkt sociaal aanpassingsvermogen. Het gaat om tekorten of beperkingen in het aanpassingsgedrag van een persoon, zoals verwacht mag worden op zijn leeftijd en bij zijn cultuur, op ten minste twee van de volgende gebieden: communicatie, zelfverzorging, zelfstandig wonen, sociale en relationele vaardigheden, gebruikmaken van gemeenschapsvoorzieningen, zelfstandig beslissingen nemen, functionele intellectuele vaardigheden, werk, ontspanning, gezondheid en veiligheid;
- Bijkomende problematiek, zoals leerproblemen, een psychiatrische stoornis, lichamelijke problemen, problemen in het gezin en sociale omstandigheden.

Bovenstaande praktijkdefinitie verschilt met de definitie in de DSM-IV (handboek voor psychiatrische diagnoses). De DSM-IV spreekt namelijk van 'intellectual disability'. Dit betekent dat het geestelijke vermogen van iemand zo zwak is, dat dit het functioneren in het dagelijks leven bepaalt. Criteria zijn:

- Een IQ van 50-55 tot ongeveer 70 bij een individuele IQ-test;
- Gelijktijdig aanwezige beperkingen of tekorten in het huidige aanpassingsgedrag op ten minste twee van de volgende gebieden: zelfverzorging, zelfstandig kunnen wonen, communicatie, gebruik maken van gemeenschapsvoorzieningen, sociale- en relationele vaardigheden, functionele intellectuele vaardigheden, zelfstandig beslissingen nemen, ontspanning, werk, gezondheid en veiligheid;
- Begin van de beperking is voor het achttiende levensjaar (American Psychiatric Association, 2006).

In de literatuur wordt aangenomen dat mensen met een licht verstandelijke beperking drie tot vier keer zoveel kans hebben op het ontwikkelen van een psychiatrische aandoening dan normaal begaafden (Gennep, 2002). Hierbij spelen biologische, psychische en sociale risicofactoren een rol (Veldhuizen, 2015). In de GGZ, verslavingszorg en de maatschappelijke opvang worden mensen met een licht verstandelijke beperking in toenemende mate als een specifieke doelgroep onderkend. Betrouwbare cijfers over de

omvang van deze groep in deze sectoren ontbreken echter tot op heden (Neijmeijer et al., 2010).

Het stellen van een psychiatrische diagnose is primair afhankelijk van de informatie die wordt verstrekt door de betrokken persoon. In de meeste gevallen zullen personen met een licht verstandelijke beperking in staat zijn om informatie te verstrekken. Het is daarom van belang om als professional in het begin van de behandeling gelijk aandacht te hebben voor het beoordelen van de communicatieve vaardigheden, zien, horen, geheugen en concentratievermogen van de betrokken persoon. De antwoorden van de betrokken persoon zijn namelijk van grote invloed op de verdere behandeling (Gennep, 2002).

2.3.2 Ernstige Psychiatrische Aandoening (EPA)

EPA staat voor Ernstige Psychiatrische Aandoening (Veldhuizen, 2016). Een toonaangevende groep experts en behandelaars uit de GGZ stelt voor om mensen tot deze doelgroep te rekenen wanneer er sprake is van een aantal criteria, namelijk:

- Een psychiatrische stoornis, die zorg en behandeling noodzakelijk maakt (niet in symptomatische remissie);
- Ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren (niet in functionele remissie);
- De beperkingen zijn oorzaak en gevolg van een psychiatrische stoornis;
- De beperkingen zijn niet van voorbijgaande aard (structureel c.q. langdurig, ten minste enkele jaren);
- Gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken is geïndiceerd om het behandelplan te realiseren (Delespaul et al., 2013).

De meeste mensen met een ernstige psychiatrische aandoening zijn gediagnosticeerd met schizofrenie of een psychotische stoornis. Ze hebben hulp nodig op verschillende gebieden, zoals zelfzorg, huisvesting, dagbesteding en sociale contacten. Psychiatrische hulpverleners hebben moeite om zich te focussen op al deze behoeften en sturen patiënten daarom vaak door naar andere beschikbare instellingen (Drukker et al., 2010).

De hulpvragen van mensen met een ernstige psychiatrische stoornis verschillen sterk per persoon. Dit heeft te maken met de diversiteit van deze groep. Deze verschillen bestaan in de aard van de ziekte, de mate waarin ziekteverschijnselen op de voorgrond staan, de fase van herstel, de mate van beperking, persoonlijke kenmerken, omgevingskenmerken, levensomstandigheden, culturele achtergrond en participatiemogelijkheden. De complexe samenhang tussen de genoemde factoren bepaalt bovendien het verloop van de ziekte en de mogelijkheden tot herstel. Dit alles stelt specifieke eisen aan de hulp die nodig is voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening. Ruim twee derde van deze mensen maakt gebruik van professionele hulp in de langdurende GGZ, zoals een (F)ACT-team. De diversiteit van de hulpvragen geeft echter al aan dat deze hulpvragen niet alleen op het gebied van de psychiatrische aandoening liggen. Dit maakt het noodzakelijk om meerdere typen hulp in te schakelen, van zowel de GGZ als andere partijen. Eerder is geconstateerd dat behandeling, begeleiding én ondersteuning van de GGZ en andere instanties in samenhang noodzakelijk zijn. Dit is nodig om op de diversiteit van de hulpvragen in te kunnen springen en tegemoet te komen aan de wisselende zorgvraag (GGZ Nederland, 2009).

2.3.3 Verslavingsproblematiek

Verslavingsproblematiek is een chronische ziekte die via een aantal stadia verloopt: gevaarlijk gebruik, gevolgd door misbruik en afhankelijkheid en eindigt in een verslaving. Het diagnosticeren van de ernst van de problematiek wordt gestuurd door twee classificatiesystemen, namelijk de ICD-10 en de DSM-IV. De ICD-10 is uitgegeven door de World Health Organisation (WHO) en beschrijft de diagnostische criteria van alle ziekten (International Classification System of Disease). De ICD-10 spreekt over schadelijk gebruik als het gaat om het gebruik van middelen dat leidt tot lichamelijke en geestelijke schade. De DSM-IV sluit hierbij aan door misbruik te definiëren als het gebruik dat heeft geleid tot psychologische of maatschappelijke problemen. In de verslavingszorg wordt nog een andere definitie gebruikt, namelijk verslaving. De behandeling van mensen met een verslaving is niet altijd gemakkelijk. Dit heeft te maken met het verslavingsgedrag en de sociaal medische problematiek. Verslaving is een recidiverend ziektebeeld. Maatschappelijk gezien is een verslaving een groot probleem, dat veel inspanning van hulpverleners vergt (Loth, Slee & Poppel, 2012).

Bouman maakt onderscheid tussen verslaving en misbruik van middelen, zoals alcohol en drugs. Bij misbruik van middelen gebruikt iemand meer alcohol of drugs dan goed voor hem is, maar kan iemand wel functioneren zonder het middel. Bij een verslaving gaan de gevolgen veel verder en verliest iemand controle over gebruik van het middel. Iemand heeft het middel continu nodig om zich goed of zelfs normaal te voelen en kan niet meer zonder. Er is hierbij sprake van een hevig, onbeheersbaar verlangen naar het middel (Bouman, 2016). Een verslaving kan zich uiten op verschillende gebieden: bijvoorbeeld op het gebied van genotmiddelen of activiteiten. Genotmiddelen zijn middelen als alcohol, tabak en drugs. Onder een verslaving van een activiteit verstaan we gamen, gokken en internet (Novadic-Kentron, 2016). Het (F)ACT behandelt voornamelijk de alcohol-, medicatie- en/of drugsverslaving. Indien de verslaving op de voorgrond staat, worden cliënten doorverwezen naar de verslavingszorg.

Het middelengebruik kan op verschillende leefgebieden negatieve gevolgen hebben, zoals problemen in dagbesteding of werk, het sociale netwerk of in de financiële situatie. Het middelengebruik kan een bepaald gedrag versterken. Iemand met een opvliegend karakter kan bijvoorbeeld sneller agressief worden als hij alcohol drinkt. De meeste problemen als gevolg van middelengebruik, zijn voor mensen met een licht verstandelijke beperking niet anders dan voor mensen met een normale intelligentie. Wel heeft deze doelgroep geen of weinig inzicht in de relatie van het alcohol- en/of drugsgebruik en de problematische gevolgen daarvan. Hierdoor heeft deze doelgroep een andere benadering in de zorg en begeleiding nodig dan mensen met een normale intelligentie. In de verslavingszorg wordt het IQ pas gescreend bij een vermoeden op een licht verstandelijke beperking. Het zou efficiënter zijn om gelijk in het begin van de opname een IQ test te doen, zodat de behandeling direct kan worden aangepast aan de cliënt. De cliënt moet op het moment van afname nuchter zijn wat in de meeste gevallen lastig is. Er kan ook een vertekend beeld ontstaan bij mensen die de taal niet spreken, waardoor sprake is van een taalbarrière (Hammink e.a., 2014).

Middelengebruik bij mensen met een licht verstandelijke beperking en een psychiatrische aandoening kan een grote negatieve invloed hebben op het functioneren van deze mensen. Daarnaast kan middelengebruik een negatief effect hebben op de werkzaamheid van de

voorgeschreven medicatie. Verschillende factoren zorgen voor een verhoogd risico op problematisch middelengebruik, zoals gedragsproblemen, middelengebruik door familieleden en het gebruik van meerdere middelen. Deze risicofactoren zijn bij mensen met een licht verstandelijke beperking even groot als bij mensen met een normale intelligentie (Didden et al., 2009) (Hammink et al., 2014). Maar comorbiditeit leidt tot meer en ernstigere symptomen, therapieontrouw en een grotere kans op terugval. Het tijdig herkennen en beoordelen van alle twee de aandoeningen is dan ook van essentieel belang voor het slagen van de behandeling (Trimbos Instituut, 2016).

2.3.4 Triple problematiek

Mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) kampen vaak ook met andere problemen, zoals alcohol of drugsmisbruik en een licht verstandelijke beperking. Het samengaan van deze problematieken bij één cliënt wordt triple problematiek genoemd (Nagel, 2013). Triple problematiek wordt ook wel 'triple diagnose' genoemd, wat letterlijk een drievoudige diagnose betekent (Nagel, Didden & Kiewik, 2013). Daarnaast wordt er in de literatuur nog een andere benaming gegeven voor triple problematiek, namelijk een licht verstandelijke beperking met complexe problematiek (Veldhuizen, 2015). Voorgaand onderzoek spreekt over cliënten met een licht verstandelijke beperking en een dubbel diagnose (Cakmak et al., 2016). Door deze verschillende definities van triple problematiek kan er verwarring ontstaan. Dit onderzoek gaat van de eerstgenoemde definitie uit, namelijk triple problematiek.

Mensen met triple problematiek zijn vaak de mensen die niet om hulp (kunnen) vragen en door een scala aan oorzaken vaak de grip op hun leven kwijt zijn (Veldhuizen, 2015). Hoewel deze mensen steeds vaker worden herkend binnen de GGZ, is er nog steeds sprake van onder diagnostiek: er wordt geen diagnostiek verricht in een situatie waarin dat wel nodig is. Door onder diagnostiek zijn sommige mensen met triple problematiek jarenlang zonder resultaat in de GGZ behandeld. Om dit te verbeteren is met name een groter bewustzijn van de problematiek noodzakelijk binnen de GGZ. Dit zou onder andere kunnen worden gerealiseerd door in de opleidingen van verschillende professionals, zoals een psychiater of verpleegkundige meer aandacht te besteden aan deze doelgroep (Neijmeijer et al., 2010).

Om goed te functioneren is een uitgebreide en ondersteunende behandeling voor mensen met een drievoudige diagnose noodzakelijk. Professionals dienen bij de behandeling en zorg van deze mensen, een goed begrip te hebben van de behoeften en vaardigheden van deze mensen. Het respecteren van deze mensen zorgt ervoor dat de belemmeringen tot de gezondheidszorg wegnemen, waardoor dakloosheid kan worden voorkomen. Onderzoek naar een effectieve behandeling van volwassenen met een psychiatrische aandoening, verslaving en verstandelijke handicap is beperkt (Lougheed & Farrell, 2013).

Uit literatuuronderzoek, gericht op de drie stoornissen afzonderlijk van elkaar, kunnen we concluderen dat deze cliënten een verhoogd risico hebben op maatschappelijke teloorgang. De cliënt loopt als gevolg van zijn stoornis, een risico om huisvesting, werk, goede naam en/of contact met zakelijke relaties, vrienden en/of familie of andere relevante maatschappelijke posities te verliezen (Langemeijer, 2015). Een Housing First-praktijk in Amsterdam streeft ernaar om dakloze mensen zo snel mogelijk een zelfstandige woonruimte te bieden. Daarnaast geeft de organisatie Discus een intensieve en persoonsgerichte begeleiding met als doel realisatie van verder herstel en maatschappelijke participatie. De

visie en uitgangspunten zijn gelijk aan die van het (F)ACT (Maas et al., 2012). In het onderzoek wordt bevestigd dat Discus een multicomplexe groep mensen bereikt. Bij deze doelgroep is sprake van een zwakke sociaal economische positie, triple problematiek, instabiele woongeschiedenis en veel zorggebruik. Na vijfenhalf jaar bestaan, heeft deze organisatie nog steeds het merendeel van de cliënten op dezelfde plek gehuisvest. Uitval van cliënten is relatief laag. Discus laat hiermee zien dat het dus toch mogelijk is om mensen met multicomplexe problematiek een woning toe te wijzen en vervolgens aan re-integratie te werken (Wolf et al., 2012). Voor de behandeling en maatschappelijke ondersteuning gaat Discus een samenwerking aan met desbetreffende ketenpartners, zoals (F)ACT (Maas et al., 2012).

2.4 Adequate zorgverlening

In voorgaand onderzoek staat beschreven dat de leden van het FACT-team Arnhem Centraal onvoldoende uit de voeten kunnen met cliënten met triple problematiek. Met name het aspect van de licht verstandelijke beperking maakt het lastig, omdat expertise op dit gebied in het team wordt gemist. De leden van het team beschikken over onvoldoende kennis en attitude om op een goede manier om te gaan met cliënten met triple problematiek. Op de lange termijn zorgt dit voor weinig tot geen resultaten in de behandeling van deze cliënten (Cakmak et al., 2016).

De specifieke kenmerken en bijkomende complexe problematiek vragen om een aangepaste behandeling voor cliënten met triple problematiek. Richtlijnen voor de behandeling van triple problematiek bestaan tot op heden nog niet, maar er bestaan wel richtlijnen voor dubbel diagnose behandelingen (Nagel, Didden & Kiewik, 2013). In de behandeling van triple problematiek voldoen deze richtlijnen met de nodige aanpassingen gericht op de licht verstandelijke beperking van de cliënt (Hammink, Nagel & Mheen, 2015). De belangrijkste aanpassingen in de zorg voor deze mensen zijn de bejegening en de communicatie. Aanpassingen zijn noodzakelijk in het taalgebruik (kort en bondig, veel herhaling), tempo en de houding van de hulpverlener. Ook zijn deze mensen gebaat bij structuur, grenzen en regels.

Van de hulpverleners vraagt dit in de dagelijkse praktijk om een juiste balans te vinden tussen enerzijds een begrenzend en regulerend aanpak en anderzijds een coachende en ondersteunende begeleidingsstijl. Als hulpverlener is het daarnaast van belang om de cliënt niet te overvragen, maar ook niet te onderschatten. Een betrokken, accepterende en niet-veroordelende houding is hierbij van belang. Mensen met een licht verstandelijke beperking hebben ook beperkingen in het taalbegrip. Door korte zinnen en eenvoudige (maar niet kinderlijke) taal te gebruiken, informatie meerdere malen te herhalen en op verschillende manieren iets uit te leggen, kan de hulpverlener aansluiten bij de communicatie van de cliënt. Daarnaast helpt het om de communicatie met visuele middelen te ondersteunen en het aantal onderwerpen in een gesprek te beperken (Veldhuizen, 2015).

Naar de effectiviteit van behandelmethoden voor mensen met een licht verstandelijke beperking en psychiatrische en/of gedragsproblematiek is nog betrekkelijk weinig onderzoek gedaan (Didden & Moonen, 2014). De behandelmethoden die nu binnen FACT-teams worden toegepast, zijn niet volledig geschikt voor de cliënten met een licht verstandelijke beperking. Dit heeft met name te maken met het vereiste reflectievermogen en het vermogen om keuzes te maken. Het huidige behandelprogramma doet een te groot beroep op de

zelfsturing, taalvaardigheid en het vermogen om te generaliseren voor mensen met een licht verstandelijke beperking (Veldhuizen, 2015).

Voorgaand onderzoek beschrijft verschillende handvatten voor de leden van het FACT-team Arnhem Centraal om cliënten met triple problematiek in kaart te brengen. Zo hebben zij een aanbeveling gedaan voor een checklist, waarmee de leden van het team bij de intake door middel van vragen en observatiepunten cliënten met triple problematiek kunnen signaleren. Ook hebben zij een aanbeveling gedaan voor de SCIL-methode. Dit is een methode waarmee een licht verstandelijke beperking gesignaleerd kan worden bij een cliënt. Na het screenen van de cliënten met behulp van deze instrumenten, kan een gerichte behandeling worden gestart (Cakmak et al., 2016).

2.5 Samenwerken

Van Dale (2014) definieert samenwerken als 'gemeenschappelijk aan eenzelfde taak werken: coöpereren, samendoen'. Hiernaast zijn er nog een aantal andere definities die een visie geven op de betekenis van samenwerken, namelijk het werken vanuit één gemeenschappelijk doel, combineren van aanvullende eigenschappen, mensenwerk en een bijdrage leveren aan een gezamenlijk resultaat op het niveau van een team of organisatie (Weele & Kuiper, 2008). Gezien de complexiteit van de triple problematiek hebben deze cliënten de zorg nodig van drie verschillende instellingen, namelijk de psychiatrische zorg, verslavingszorg en gehandicaptenzorg. De behandeling van triple problematiek vraagt hierdoor om een multidisciplinaire inzet en samenwerking tussen meerdere organisaties (Landelijk Expertise- en Implementatiecentrum Dubbele Diagnose, z.d.). Bij de samenwerking tussen verschillende organisaties zijn een aantal zaken van belang:

- Het ontwikkelen van een samenhangende zorgketen vraagt van alle instellingen een investering in de onderlinge relaties en het aanbrengen van samenhang;
- Afhankelijk van het doel van de samenwerking zullen de instellingen zich meer of minder expliciet bezig moeten houden met de coördinatiemechanismen van de zorg. (Vliet & Wilken, 2001, p. 47)

Een goede samenwerking zorgt ervoor dat de verschillende instellingen elkaar kunnen aanvullen in de behandeling van cliënten met triple problematiek. Het opbouwen van een echte vertrouwensrelatie tussen de verschillende partners ligt in het hart van een succesvolle samenwerking. De belangrijkste elementen van een succesvolle samenwerking zijn een goede communicatie, adequate financiële en personele middelen en de bereidheid om van elkaar te leren (Mohr et al., 2002). Binnen de samenwerking is het ook van belang om een goede taakverdeling en eenduidige afspraken te maken om te voorkomen dat de betrokken hulpverleners overbelast raken en zich vervolgens terug trekken van hun verantwoordelijkheden (Nagel, Didden & Kiewik, 2013). Een gedegen onderlinge afstemming kan de kwaliteit van losstaande zorg verbeteren. Er moet hierbij naast goede communicatie ook aandacht zijn voor een eenduidige regie (casemanagement) en een gezamenlijk behandelplan (Meer, Hendriks & Vos, 2003).

De FACT medewerker waarborgt de continuïteit van de zorg door zijn of haar cliënten te blijven volgen gedurende opnames. Om dit te realiseren kan de medewerker bijvoorbeeld gedurende deze opnames aan de behandelplanbesprekingen van de cliënt deelnemen en face-to-face contact hebben met de cliënt en hulpverleners van de instelling (Neijmeijer, 2015).

In een eerder cross-sectioneel onderzoek is gekeken naar de prevalentie van volwassenen die zowel een psychiatrische- als licht verstandelijke beperkte stoornis hebben. In dit onderzoek is gesignaleerd dat bij cliënten met triple problematiek naast deze stoornissen ook veel gezondheidsproblemen voorkomen. In de conclusie van dit onderzoek staat dat er moet worden gestreefd naar een nauwere samenwerking tussen de algemene- en specialistische hulpverlening, zodat deze cliëntencategorie een adequate behandeling krijgt. Het zorgpad moet door de gezondheidszorg duidelijk in beeld worden gebracht, waarbij de overdrachten tussen de verschillende instellingen makkelijker verloopt. De onderzoekers raden daarnaast aan om een gezamenlijke werkgroep te starten (Bhaumik, Tyrer, McGrother et al., 2008).

Een later onderzoek uit 2014 geeft nogmaals de hiaten weer tussen de huidige samenwerking van de verschillende instellingen. In dit onderzoek is niet duidelijk geworden waar mensen met een licht verstandelijke beperking het beste af zijn. Er is belangstelling voor intensieve ambulante geestelijke gezondheidszorg die zich ook met modellen richt op de licht verstandelijke beperking. Deze zijn op verschillende manieren opgezet. In het Verenigd Koninkrijk zijn op grote schaal ACT-teams opgezet voor mensen met zowel LVB- en GGZ problematiek. De teams werden op verschillende manieren opgezet, waardoor verwarring is ontstaan in de instellingen. Instellingen wisten niet meer wat het doel was van een ACT-team gericht op licht verstandelijke beperkten. Zo dacht de ene instelling dat het team hielp bij huisvesting en een ander dacht dat er alleen laagcomplexiteit werd gegeven aan deze doelgroep. Dit onderzoek verwacht dat deze doelgroep het best kan worden begeleid en behandeld met de nieuwe crisisopvang, thuisbehandeling en bemoeizorgteams. Dit zou mogelijk betekenen dat er een professional vanuit de LVG- sector in de geestelijke gezondheidszorg moet werken. De gestigmatiseerde houding ten opzichte van de geestelijke gezondheidszorg van het personeel wat gespecialiseerd is in de licht verstandelijke beperkten en andersom moet veranderen (Hemmings et al., 2014). In een ander onderzoek (Neijmeijer et al., 2010) wordt dit nogmaals bevestigd.

Tussen de verstandelijke gehandicaptenzorg en het FACT is nog weinig tot geen samenwerking te bekennen (Landelijk Expertise- en Implementatiecentrum Dubbele Diagnose, z.d.). Er wordt gezocht naar een passende en betere zorg voor mensen met triple problematiek. Het lijkt erop dat (F)ACT-teams meer moeten gaan samenwerken met ketenpartners om de expertise van alle facetten te vergroten. Niet alleen (F)ACT-teams zijn hiermee aan de slag gegaan, maar ook de verstandelijke gehandicaptenzorg. Naast de bovenstaande samenwerkingen kan er ook worden gedacht aan een samenwerking met de huisarts. Overleg tussen specialistische GGZ en huisarts blijft van belang om belangrijke gebeurtenissen of wijzigingen in het beleid te kunnen overleggen. Afhankelijk van de situatie kan van de volgende communicatiemiddelen gebruik worden gemaakt: mail-, telefonisch-, skype en/ of face-to-face overleg (Netwerk Kwaliteitsonderzoek GGZ, 2016).

In de landelijke GGZ samenwerkingsafspraken staan onder andere aanbevelingen voor consultatie. Een huisarts en een geestelijke gezondheidszorginstelling, zoals het (F)ACT, kunnen elkaar consulteren voor specifieke vragen of medebehandeling. De consultatie mag alleen plaatsvinden bij toestemming van de cliënt.

De volgende kenmerken van een consultatie zijn opgenomen in de aanbevelingen:

- De behandelaar ervaart met de cliënt een probleem, bijv. over diagnostiek, dilemma's, beleid, omgang cliënt etc.;
- Het probleem komt incidenteel voor;

- De consultatie vindt plaats op basis van vertrouwelijkheid en gelijkwaardigheid;
- De consultatie geeft handvatten, bijv. concreet advies, nieuw inzicht of perspectief;
- De consulent geeft advies en is niet verantwoordelijk voor de behandeling van de cliënt (Netwerk Kwaliteitsonderzoek GGZ, 2016).

Het is van belang om kennis te hebben van best practice om de samenwerking met ketenpartners te verbeteren voor de behandeling van cliënten met triple problematiek. Op basis van een kort literatuuronderzoek definieert De Groot (z.d.) een best practice als 'een methode, een aanpak of een werkwijze, die aantoonbaar rendement heeft opgeleverd; die in een bepaalde context de meest efficiënte methode, aanpak of werkwijze is gebleken'.

2.6 Ketenzorg

Ketenzorg is er vooral om te zorgen voor een betere afstemming tussen verschillende professionals of te wel ketenpartners. Kenmerkend van ketenzorg is dat het een samenwerkingsverband vormt van partijen die zowel afhankelijk als zelfstandig van elkaar functioneren. Ze voeren samenhangende handelingen uit en zijn gericht op een gemeenschappelijk doel. Ketenzorg creëert op deze manier een meerwaarde: het geheel is méér dan de som der delen (Rosendal, Ahaus, Huijsman & Raad, 2009, p. 17-20). Ketenzorg wordt door de Raad voor de Volksgezondheid (1998) gedefinieerd als 'een samenhangend geheel van doelgerichte en planmatige activiteiten en/of maatregelen gericht op een specifieke patiëntencategorie, in de tijd gefaseerd'.

De vaardigheid om een keten in kaart te brengen heb je nodig om een actieve zorgmanager, oftewel casemanager, te zijn. In de Verenigde Staten zit een maatschappelijk werker in de ketenzorg over het algemeen meer in deze managersrol dan een verpleegkundige. Het komt ook wel voor dat een verpleegkundige deze taak waarneemt, maar een maatschappelijk werker zou sneller een keten in kaart kunnen brengen. Met de keten worden de naasten van de cliënt en de deskundigen waar de cliënt mee te maken heeft bedoeld. De belangrijkste kernelementen om de ketenzorg te kunnen organiseren volgens de methodiek PCARE zijn zorgcoördinatie en cliënt activering. De zorgmanager is hier werkzaam als een middelpunt tussen organisatie en cliënt. Zij zorgt ervoor dat tussen de eerstelijns gezondheidszorg en geestelijke gezondheidszorg een goede overdracht bestaat (Leopoldo et al., 2014).

Voor mensen met triple problematiek is een plek vinden in de maatschappij niet eenvoudig. Het stigma heerst niet alleen in de samenleving, maar ook in de ketenzorg van de geestelijke gezondheidszorg. Het blijkt dat instellingen huiverig zijn voor de complexe problematiek, waardoor de cliënten vaak doorgestuurd worden naar gespecialiseerde zorg. Wanneer de cliënten met triple problematiek in behandeling zijn bij gespecialiseerde zorg wordt er andersom vaak een terugkeergarantie gevraagd bij een klinische setting (Neijmeijer et al., 2010).

De handreiking voor de implementatie van (F)ACT voor cliënten met een licht verstandelijke beperking (LVB) en complexe problematiek is geschreven om organisaties en teams die van start willen gaan met ACT of FACT voor de LVB doelgroep, handvatten te verschaffen met betrekking tot de implementatie van de organisatiemodellen. De handreiking beschrijft onder andere hoe de ketenzorg georganiseerd kan zijn. Zowel de verstandelijke gehandicaptenzorg als de geestelijke gezondheidszorg is van start gegaan met het oprichten van (F)ACT-teams gericht op cliënten met triple problematiek. Het is hierbij nog onduidelijk of dat beide

instellingen de zorg gezamenlijk moeten gaan geven (Neijmeijer, 2014). Een FACT-LVB bestaat uit een multidisciplinair team die is samengesteld met een GZ-psycholoog, orthopedagoog, systeemtherapeut, verslavingskundige, verpleegkundige, maatschappelijke werker en een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (Nijkamp et al., 2014). Uit de literatuur blijkt dat de ketenzorg binnen iedere regio in Nederland verschillend vorm wordt gegeven. In de regio Zuidoost-Brabant wordt bijvoorbeeld de gezamenlijke zorg tussen de verstandelijke gehandicapten- en geestelijke gezondheidszorg gecoördineerd door de stichting MEE. Wanneer één van de netwerken in deze regio vastloopt in de complexe problematiek wordt er bij de ander advies, consultatie en informatie gevraagd (Neijmeijer, 2014).

2.7 Setting van het onderzoek

2.7.1 FACT Arnhem Centraal

Het FACT-team Arnhem Centraal is in 2004 opgericht en is onderdeel van de organisatie Pro Persona, die specialistische hulp biedt aan cliënten met een psychiatrische stoornis. Het ambulante team werkt samen met nog vier andere FACT-teams in de regio Arnhem. De wijken die vallen onder Centraal staan beschreven in de bijlage. In het FACT-team Arnhem Centraal wordt gewerkt vanuit het zorgprogramma psychose, waarbij zij zich richten op volwassenen tussen de 18 en 60 jaar oud met als hoofddiagnose een psychotische stoornis. Het belangrijkste doel van het zorgprogramma psychose is ervoor zorgen dat het hulpaanbod zo goed mogelijk aansluit bij de vraag van de cliënt en zijn omgeving. Hierbij is het van belang dat de cliënt zelf keuzes kan maken en dat deze keuzes zoveel mogelijk in samenwerking met de hulpverlener kunnen worden gemaakt (Gijsman, 2013).

Het FACT-team Arnhem Centraal ziet als belangrijkste uitdaging om aan te sluiten bij de subjectieve wereld van cliënten met een psychose. Dit doen zij op een manier die het best past bij de cliënt en de situatie. Hierbij vinden zij het essentieel om onder alle omstandigheden op een zorgvuldige wijze een behandelrelatie op te bouwen. Het FACT-team wil aan cliënten met een psychotische stoornis zo vroeg mogelijk een zo effectief mogelijke behandeling bieden. Daarmee willen zij iedere patiënt de maximale kans geven om zo snel mogelijk volledig te herstellen. Bij dit streven naar herstel hoort ook dat het FACT-team de zorg kan beëindigen zodra dat mogelijk lijkt. Indien dit niet mogelijk is, kan er langdurig zorg worden geboden (Gijsman, 2013).

Het FACT-team Arnhem Centraal is een multidisciplinair team wat bestaat uit twee psychiaters, drie sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, een GZ-psycholoog, een trajectbegeleider, vijf ambulant verpleegkundigen, twee maatschappelijk werkers, een verslavingsdeskundige, een teamleider en twee secretaressen. Naast dat het team zich richt op het zorgprogramma psychose, is het team ook aangesteld als innovatieafdeling. Dit houdt in dat het team een nauwe samenwerking heeft met het Lectoraat Sociale en Methodische Aspecten van Psychiatrische Zorg van de HAN en fungeert als doorgeefluik voor nieuwe kennis aan andere FACT-teams.

2.7.2 Context van het praktijkprobleem

In een eerdere studie is beschreven dat het FACT-team Arnhem Centraal zich bewust is geworden van het feit dat veel van hun cliënten zowel een ernstige psychiatrische aandoening, als problematisch middelengebruik kennen naast een verstandelijke beperking. Deze doelgroep behoeft een duidelijke structuur en behandeling, waar het FACT Arnhem Centraal niet de juiste handvatten voor had. In het vorige semester zijn een aantal studenten

van de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening een onderzoek gestart naar het signaleren van triple problematiek binnen het FACT-team Arnhem Centraal . Uiteindelijk hebben zij een aanbeveling gedaan voor het signaleren van deze problematiek, namelijk de SCIL-methode. De SCIL-methode zal door de leden van het FACT-team worden afgenomen tijdens het intakegesprek met de cliënt. Op deze manier kan er tijdig worden gesignaleerd of er sprake is van een licht verstandelijke beperking. De stap die na het signaleren van deze cliënten volgt, is het starten met de behandeling, of te wel het verlenen van zorg. Zoals in de inleiding al beschreven staat, mist het FACT-team de expertise over licht verstandelijk beperkten. Deze expertise kan de leden van het FACT-team helpen om meer kennis, vaardigheden en attitude te vergaren in de omgang met cliënten met triple problematiek. Hierdoor is de vraag ontstaan om op zoek te gaan naar een best practice betreft de samenwerking met ketenpartners gericht op deze doelgroep. Het FACT-team Arnhem Centraal wil graag door de samenwerking met de gehandicaptenzorg expertise uitwisselen over triple problematiek, waardoor er adequate zorg kan worden geleverd aan deze cliëntengroep.

2.8 Verpleegkundige relevantie

De verpleegkundige relevantie van dit onderzoek is beschreven aan de hand van de Canadian Medical Education Directions for Specialists beroepsrollen (CanMEDS rollen). De CanMEDS rollen die in dit onderzoek het meest naar voren komen zijn de reflectieve 'EBP'-professional, organisator, communicator en samenwerkingspartner. Vanuit de rol reflectieve 'EBP'-professional neemt de verpleegkundige kennis van resultaten van wetenschappelijk onderzoek en past deze waar mogelijk toe in de praktijk. Daarnaast streeft de verpleegkundige naar het toepassen van wetenschappelijke methodieken en participeert zij in verschillende onderzoeken (V&VN, 2012). Door onderzoek te doen naar de verschillende best practices in de samenwerking met ketenpartners gericht op triple problematiek, kan de verpleegkundige haar kennis op dit gebied vergroten. Dit zal uiteindelijk bijdragen aan kwaliteitsverbetering van zorg binnen het FACT Arnhem Centraal. In de rol van organisator kan de verpleegkundige de zorg tussen disciplines en organisaties coördineren en de continuïteit van zorg waarborgen (V&VN, 2012). Hierbij zal de verpleegkundige de verschillende organisatievormen die behandeling geven aan de licht verstandelijke beperkten in kaart brengen. Door deze instellingen in kaart te brengen weet de verpleegkundige welke organisaties kunnen worden betrokken bij de behandeling van mensen met triple problematiek.

Vanaf de jaren negentig is samenwerken met verschillende organisaties steeds meer van belang voor de verpleegkundige. De ambulantisering neemt met de jaren alleen maar toe door onder andere bezuinigingen en de transitie in de geestelijke gezondheidszorg. Dit vraagt om meer ambulante verpleegkundigen, die ook ernstige psychiatrische cliënten thuis kunnen behandelen (Veldhuizen, 2015). De zorg van deze verpleegkundigen richt zich op de samenwerking en overdracht in de keten, wat ook van belang is in dit onderzoek. Het vereist een onderlinge afstemming, zodat de keten op de hoogte is van de zorg rondom de cliënt. De verpleegkundige moet over kennis beschikken van communicatieniveau en gesprekstechnieken, wat aansluit bij de verpleegkundige als communicator en samenwerkingspartner (V&VN, 2012). Als verpleegkundige is het hebben van een helikopterview hierbij van belang, wat betekent dat de verpleegkundige in een werksituatie het gehele overzicht behoudt. De verpleegkundige 'hangt' als het ware boven een bepaalde situatie bepaalt vanuit daar de lijnen of vervolgstappen (Oosterhout, 2015).

3 Methode

In dit hoofdstuk wordt de methode van het onderzoek beschreven. Als eerste wordt het onderzoeksdesign beschreven. In paragraaf 3.2 de onderzoekspopulatie en steekproef, gevolgd door de dataverzameling in paragraaf 3.3. Vervolgens staat in paragraaf 3.4 de data-analyse beschreven, in paragraaf 3.5 de zorgvuldigheidseisen en tot slot in paragraaf 3.6 de ethische aspecten.

3.1 Onderzoeksdesign

Vanwege de open vraagstelling is gekozen voor een kwalitatief design. Bij een kwalitatief onderzoek wordt er door een systematische beschrijving van verschijnselen geprobeerd om tot nieuwe theorieën te komen (Bours, Eliens & Strijbol, 2009). Aangezien er nog weinig onderzoek is gedaan naar de triple problematiek en de samenwerking tussen de licht verstandelijke gehandicapten- en geestelijke gezondheidszorg, is een verkennend onderzoek geschikt voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Een verkennend onderzoek wordt gebruikt voor verkenning, op zoek naar ideeën, verklaringen en theorieën (Baarda, 2014).

In dit onderzoek is gekozen voor het beantwoorden van twee deelvragen. Om de eerste deelvraag te kunnen beantwoorden, is een inventarisatie gedaan met behulp van een digitale sociale kaart en een sociale kaart verkregen van de opdrachtgever. De sociale kaart van de opdrachtgever was niet up to date en voor een groot gedeelte ook onvolledig voor gebruik, omdat er maar enkele instellingen gericht op verstandelijke beperkten beschreven stonden. Om deze reden hebben de onderzoekers de digitale sociale kaart opgevraagd bij de gemeente Arnhem. De inventarisatie had betrekking op de instellingen die een behandeling geven aan licht verstandelijke beperkten. Overige instellingen, die dus niets te maken hebben met licht verstandelijke beperkten, werden eruit gefilterd. Vervolgens werd er met de overgebleven instellingen telefonisch contact gezocht om te inventariseren of zij een behandeling geven aan licht verstandelijke beperkten, mogelijk in combinatie met verslavingsproblematiek en/of een psychiatrische aandoening.

Binnen het kwalitatief design van dit onderzoek is gekozen om kwalitatieve surveys af te nemen voor het beantwoorden van deelvraag 2. Bij een kwalitatieve survey gaat het om het beschrijven van gedachten, situaties en betekenissen. In dit onderzoek zijn gegevens verzameld over de belevingen, ervaringen en/of verwachtingen van een sociaal psychiatrisch verpleegkundige van een (F)ACT-team met betrekking tot de samenwerking met de gehandicaptenzorg. Hierbij zijn veel open vragen gesteld. In een kwalitatieve survey includeer je maar een beperkt aantal respondenten, waarmee je voorkomt dat je het overzicht verliest (Baarda, 2014).

3.2 Onderzoekspopulatie en steekproef

Het onderzoek betreft twee onderzoekspopulaties en twee steekproeven vanwege het beantwoorden van twee deelvragen. Eerst is het onderzoek voor het beantwoorden van deelvraag 1 gericht op de inventarisatie van de zorginstellingen in de regio Arnhem, met als doel overzicht te krijgen van de verschillende ketenpartners. De inventarisatie is gericht op zorginstellingen die een behandeling geven aan mensen met een licht verstandelijke beperking. De voorkeur werd hierbij gegeven aan instellingen die expertise en ervaring hebben met de triple problematiek. Bij deze inventarisatie is er een tweetrapssteekproef uitgevoerd, welke valt onder de Aselecte steekproeven. Eerst is gekeken naar een groot

aantal instellingen, waarop volgend gekeken is naar de instellingen die zorg leveren aan de cliëntengroep licht verstandelijke beperkten (Bakker & Buren, 2014, p. 80).

Om de instellingen die relevant waren voor dit onderzoek te kunnen bepalen, zijn er in- en exclusiecriteria opgesteld. Bij de inclusiecriteria zijn expliciet de instellingen in Arnhem meegenomen in het onderzoek. De instellingen die zich buiten de regio Arnhem bevonden, alleen of géén behandeling geven aan het aspect verslaving- of psychiatrische stoornis en géén ervaring hebben met de cliëntengroep licht verstandelijke beperkten vielen binnen de exclusiecriteria. Aan de hand van de bovenstaande in- en exclusiecriteria, is de digitale sociale kaart en de sociale kaart van het FACT-team door de onderzoekers gescreend. Om ervoor te zorgen dat alle instellingen die behandeling geven aan licht verstandelijke beperkten meegenomen werden in het onderzoek, is er met ieder van deze instellingen telefonisch contact gezocht. Er is gevraagd of de desbetreffende instelling voldoet aan de in- en exclusiecriteria.

Voor het beantwoorden van deelvraag 2 is het onderzoek gericht op acht verschillende FACT-teams en één ACT-team in Nederland. In samenspraak met de opdrachtgever zijn deze (F)ACT-teams gekozen. Hierbij had de opdrachtgever al kenbaar gemaakt een voorkeur te hebben voor het FACT-team in Nijmegen. De opdrachtgever was van mening dat de samenwerking met ketenpartners daar beter georganiseerd is dan in Arnhem. Per FACT-team is er minimaal één casemanager met de functie sociaal psychiatrisch verpleegkundige geïnterviewd. In het ACT-team is één casemanager met de functie HBO-verpleegkundige geïnterviewd. Hier is voor gekozen, omdat deze HBO-verpleegkundige voldoende kennis had over het thema, waardoor besloten is hem ook te includeren. Er is gekozen voor casemanagers, omdat zij werkzaam zijn in de cliëntenzorg en daardoor geregeld samenwerken met externe ketenpartners. In de rol van casemanager is de functie van sociaal psychiatrisch verpleegkundige geïncorporeerd, omdat zij vanuit het FACT-team Arnhem Centraal de aangewezen persoon is om contact te onderhouden met externe ketenpartners (Gijsman, 2013). Daarnaast is twee jaar werkervaring als sociaal psychiatrisch verpleegkundige in een (F)ACT-team vereist als inclusiecriteria. Een casemanager met de functie maatschappelijk werker en een casemanager die minder dan twee jaar werkervaring had in een (F)ACT-team zijn geëxcludeerd voor dit onderzoek.

Als steekproef is een doelgerichte steekproef met maximale variatie gebruikt. Dit betekent dat de steekproef door de onderzoekers bewust zelf is samengesteld (Baarda, 2014) en dat er maximale variatie is gezocht voor de steekproef in geslacht, leeftijd, achtergrond in de psychiatrie en werkervaring (Creswell, 2013). Tevens zijn er verpleegkundigen uit zoveel mogelijk verschillende teams geïncorporeerd, om een zo breed mogelijk beeld van de populatie te krijgen. Zoals in het theoretisch kader beschreven staat, worden cliënten met een ernstige psychiatrische stoornis (EPA) zowel door ACT-teams als door FACT-teams begeleid en behandeld. Een ACT-team heeft meestal te maken met complexe cliënten. Vanwege die complexiteit van de cliënt was het relevant om ook een verpleegkundige uit een ACT-team te includeren. Omdat er in Nederland veel meer FACT-teams zijn dan ACT-teams, is ervoor gekozen om één verpleegkundige uit een ACT-team te interviewen.

In een kwalitatieve steekproeftrekking speelt saturatie een belangrijke rol. Saturatie betekent dat er net zoveel interviews worden afgenomen totdat de onderzoekers er zeker van zijn dat

zich geen nieuwe feiten meer voordoen (Baarda, 2014). Om er zeker van te zijn dat er saturatie was bereikt, zijn er na het vermoeden van saturatie, nog enkele interviews afgenomen. Door de beperkte tijd die beschikbaar was voor dit onderzoek, is in overleg met de opdrachtgever gekozen voor een maximum van elf interviews.

3.3 Dataverzameling

Voor de inventarisatie van de verschillende instellingen in de regio Arnhem, is er telefonisch contact opgenomen met de instellingen aan de hand van de sociale kaart. In dit contact is gevraagd of de instelling behandeling geeft aan de cliëntencategorie licht verstandelijke beperkten en wie er mogelijk als contactpersoon kan worden aangesteld voor het FACT-team Arnhem Centraal. Ook is er gevraagd of de instelling de behoefte heeft om een samenwerkingspartner te worden. De gegevens zijn door de onderzoekers genoteerd en vervolgens versterkt aan de opdrachtgevers.

Voor het beantwoorden van deelvraag 2, is om gegevens te verzamelen gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. Semigestructureerd wil zeggen dat de onderzoekers vrij zijn om door te vragen tijdens het interview, naar aanleiding van de gegeven antwoorden. De onderzoekers verzamelden hierdoor verschillende antwoorden, maar de onderwerpen die behandeld werden lagen wel vast (Bakker & Buren, 2014, p. 92). De interviews zijn opgesteld aan de hand van een topiclijst en duurden tussen de 35 en 55 minuten. Interviewen is een vorm van mondelinge dataverzameling, die in een face-to-face gesprek verkregen wordt (Baarda, 2014). Middels deze interviews werden de ervaringen en belevingen van de verpleegkundigen bevraagd over de samenwerking met de LVG-sector. Uit deze interviews zijn best practices naar voren gekomen betreft de samenwerking tussen het (F)ACT en LVG-sector als samenwerkingspartner.

Tijdens de interviews is er gebruikgemaakt van een interviewgide. Deze interviewgide heeft een leidraad gevormd voor het interview. In de interviewgide werd de voorbereiding van het interview met een aantal interviewvragen opgenomen. Zoals eerder beschreven, werden de semigestructureerde interviews opgesteld aan de hand van een topiclijst. In deze lijst stonden de onderwerpen beschreven waarover de onderzoekers vragen wilden stellen tijdens het interview. De topics zijn opgesteld met behulp van de gevonden literatuur, omschreven in het theoretisch kader; namelijk triple problematiek, adequate zorg, samenwerking met ketenpartners en communicatie met ketenpartners. Per topic zijn er door de onderzoekers een aantal vragen opgesteld. Deze topics met bijbehorende vragen zijn, na overleg met de opdrachtgever, opgenomen in de interviewgide en vervolgens toegevoegd in een bijlage van dit onderzoek.

3.4 Data-analyse

Voor de inventarisatie is er bij de verschillende instellingen geanalyseerd of dat zij behandeling geven aan cliënten met een licht verstandelijke beperking aan de hand van de sociale kaarten.

Voor deelvraag 2 is er na afname van de interviews gestart met de analyse van de gegevens. De eerste stap was het transcriberen van de interviews, wat betekent dat de interviews letterlijk door de onderzoekers zijn uitgetypt. Hierbij is gebruikgemaakt van het programma VLC media player. Het transcriberen heeft binnen een week na afname van het

interview plaatsgevonden. Op deze manier is er door de onderzoekers voorkomen dat het werk zich opstapelde. Bij het transcriberen is er rekening gehouden met de anonimiteit. Namen van de verpleegkundigen, adressen en andere persoonlijke informatie zijn vervangen door andere benamingen. Op deze manier is anonimiteit gewaarborgd.

Nadat alle interviews waren getranscribeerd, is er gestart met het analyseren van de gegevens. Bij kwalitatieve gegevens gebeurt het analyseren door het uiteenrafelen van en structuur aan brengen in de interviews (Verhoeven, 2010, p. 304). Wanneer alle interviews uitgetypt op papier stonden, zijn de onderzoekers gestart met het lezen van de teksten. Tijdens het lezen zijn belangrijke woorden of aanwijzingen gemarkeerd, die later tijdens het coderen weer van belang waren. In deze fase hebben de onderzoekers geprobeerd om onderscheid te maken tussen zaken die relevant waren voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag en zaken die minder van belang waren (Bakker & Buuren, 2014). Het eerste interview is gezamenlijk door de onderzoekers gelezen en gelabeld. Hierdoor ontstond er overeenstemming voor de verdere verwerking van de interviews. Omwille van de tijd zijn de overige tien interviews door de onderzoekers individueel gelezen en gelabeld. Deze interviews zijn vervolgens wel door de onderzoekers gezamenlijk besproken. Bij afwijkende resultaten is er overleg geweest om consensus te bereiken.

De analyse is van start gegaan met het opdelen van de tekstfragmenten. Hierdoor kregen de onderzoekers inzicht in wat bij elkaar hoort. Het opdelen van fragmenten, net als de andere onderdelen van de analyse is vaak een proces van voortdurend passen en meten. Dit heet in vaktermen een iteratief proces. In deze eerste stap van de kwalitatieve analyse zijn nog geen tekstfragmenten verwijderd. Naast het opdelen van de tekstfragmenten is tegelijkertijd een label aan deze fragmenten gehangen, wat staat voor open coderen. In dit proces zijn de onderzoekers zo dicht mogelijk bij de oorspronkelijke tekst gebleven, waardoor interpretaties zoveel mogelijk zijn vermeden (Baarda, 2014). Na het open coderen is gestart met de stap axiaal coderen, wat betekent dat de codes geordend zijn. Hiermee zijn de onderzoekers tot een aantal begrippen gekomen, waarmee de structuur in kaart is gebracht. Er werd bekeken op welke manier de losse codes uit de vorige fase gegroepeerd konden worden. Codes over hetzelfde thema zijn bij elkaar gezet in categorieën. De onderzoekers kwamen op deze manier tot nieuwe, overstijgende codes (Bakker & Buuren, 2014). De onderzoekers hebben ervoor gekozen om de al eerder geformuleerde topics te gebruiken als axiale codes. Deze geven ten slotte antwoord op de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek.

Gedurende het proces van analyseren is er regelmatig teruggekeken naar de oorspronkelijke teksten om te voorkomen dat eigen ideeën zich in het onderzoek zouden mengen. De verschillende onderdelen zijn de onderzoekers met elkaar blijven vergelijken, om zo te komen tot de juiste ordening en conclusies (Bakker & Buuren, 2014). Om de betrouwbaarheid van het analyseren van de gegevens te verhogen, hebben de onderzoekers meerdere malen een gesprek gehad met de docentbegeleider om consensus te bereiken over de analyse. Het codeerbestand kan worden opgevraagd bij de onderzoekers.

3.5 Zorgvuldigheidseisen

In deze paragraaf worden de zorgvuldigheidseisen van het onderzoek beschreven. Deze worden onderverdeeld in de begrippen betrouwbaarheid en geldigheid, die in dit onderzoek de kwaliteit zullen waarborgen.

3.5.1 Betrouwbaarheid

De definitie van betrouwbaarheid is de mate waarin een meting onafhankelijk is van toeval (Baarda, 2014). De beste remedie tegen het optreden van toevallige fouten is het herhaaldelijk meten. Bij het gebruik van de vragenlijst voor de interviews hebben de onderzoekers ervoor gezorgd dat er meerdere vragen zijn opgenomen die allemaal betrekking hadden op dezelfde topic. Hierdoor werd er herhaaldelijk gemeten, waardoor de betrouwbaarheid van het meetinstrument is verhoogd (Bakker & Buuren, 2014). De betrouwbaarheid wordt in belangrijke mate bepaald door het controleren van de gezette methodische stappen. Een belangrijk hulpmiddel hierbij is het gebruik van data-registratieapparatuur. Hiervoor hebben de onderzoekers gebruikgemaakt van audioapparatuur, om het geluid tijdens de interviews vast te leggen. Herhaling van de procedure kan hierdoor plaatsvinden, wat nodig kan zijn om als onderzoekers op één lijn te komen. Op deze manier is gezorgd voor betrouwbare resultaten (Baarda et al., 2013).

Goede communicatieve vaardigheden van de onderzoekers zijn van belang bij het uitvoeren van een kwalitatief onderzoek. De onderzoekers zijn namelijk zelf het belangrijkste instrument (Lucassen, 2007). De onderzoekers hebben alle twee interviews afgenomen. Om ervoor te zorgen dat dit op dezelfde wijze gebeurde, is er gebruikgemaakt van dezelfde interviewgide. Alvorens begonnen is met het afnemen van de interviews, hebben alle twee de onderzoekers een proefinterview afgenomen. Zo werd geoefend met de manier van vragen stellen en werd de interviewgide getest op volledigheid. Vervolgens zijn de eerste zeven interviews in het bijzijn van alle twee de onderzoekers uitgevoerd. Hierbij is er afgewisseld in de rol van interviewer en observator. Op deze manier werd bekeken of dat de onderzoekers op dezelfde manier gegevens verzamelden. Wanneer dit niet het geval bleek te zijn, werd er in overleg afgesproken hoe er verder werd gegaan. Dit heeft de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid verhoogd (Baarda et al., 2013). Ook konden de onderzoekers elkaar aanvullen, wat voor meer volledigheid in de uitkomsten heeft gezorgd vanwege de onervarenheid van de onderzoekers in het interviewen.

De overgebleven vier interviews zijn apart van elkaar afgenomen, waardoor er gemakkelijker een goede werkrelatie of rapport kon worden opgebouwd met de respondenten. Bij rapport creëer je een interview situatie, waarbij de respondent zich veilig voelt om open te spreken. Er zal hierdoor eerder betrouwbaardere informatie gegeven worden (Langbroek, M., 2015). Ook hierbij moet sprake zijn van intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid. Dit is gerealiseerd doordat de onderzoekers het werk op bepaalde momenten van zich af hebben gelegd en na een tijdje de gegevens nogmaals hebben bekeken en geanalyseerd (Baarda et al., 2009).

3.5.2 Geldigheid

Om geldigheid van het onderzoek te realiseren, is de onderzoekspopulatie en de setting van het onderzoek gedetailleerd beschreven in paragraaf 3.2 en paragraaf 2.10.1. Daarnaast is er ook gekozen voor het bijhouden van een audit trail (logboek). Hiermee wordt bedoeld dat er een te controleren (=audit) spoor (=trail) nagelaten wordt (Baarda, 2014). Voor kwalitatief onderzoek is het namelijk van belang dat duidelijk is waar de onderzoekers hun conclusies op baseren; ze moeten controleerbaar en inzichtelijk zijn. In de audit trail hebben de onderzoekers beschreven wie ze gesproken hebben, waar het gesprek over ging en of er nog bijzonderheden waren. De audit trail is te allen tijde op te vragen bij de onderzoekers.

Naast het bijhouden van een audit trail is er ook een member checking uitgevoerd. De onderzoekers hebben het transcript van het interview en een samenvatting van de resultaten van het onderzoek naar de respondenten toegestuurd, zodat zij deze konden nalezen en van eventuele aanvullingen konden voorzien (Baarda, 2014). De respondenten kregen een week de tijd om te reageren. Wanneer er geen reactie kwam, zijn de onderzoekers ervan uitgegaan dat de respondenten zich konden vinden in de resultaten.

3.6 Ethische aspecten

Ter bescherming van de gegevens die verzameld zijn, hebben de onderzoekers zich gehouden aan de gedragscode voor onderzoekers bij het uitvoeren van praktijkgericht onderzoek (Melssen, 2016). De onderzoekers zijn te allen tijde vertrouwelijk en zorgvuldig met gegevens omgegaan en hebben rekening gehouden met de privacy van de betrokkenen door alle gegevens anoniem te verwerken. Daarnaast hebben de onderzoekers bij aanvang van dit onderzoek een geheimhoudingsverklaring getekend volgens de procedure van de Hogeschool Arnhem en Nijmegen. Naast vertrouwelijk en zorgvuldig omgaan met gegevens, beschrijft de gedragscode ook dat de onderzoekers hun keuzes en gedragingen moeten verantwoorden. Gedurende dit onderzoek zijn de onderzoekers alert gebleven op de verantwoording hiervan in de verslaglegging. Aangezien dit onderzoek geen betrekking heeft op patiënten, is er geen toestemming nodig geweest van de medisch ethische commissie.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven. Allereerst geeft paragraaf 4.1 een beschrijving van de inventarisatie van de ketenpartners. Vervolgens beschrijft paragraaf 4.2 de onderzoekspopulatie en de context van de interviews. Tot slot komen in paragraaf 4.3 de resultaten van het onderzoek aan bod aan de hand van de uit de analyse naar voren gekomen hoofd- en subthema's.

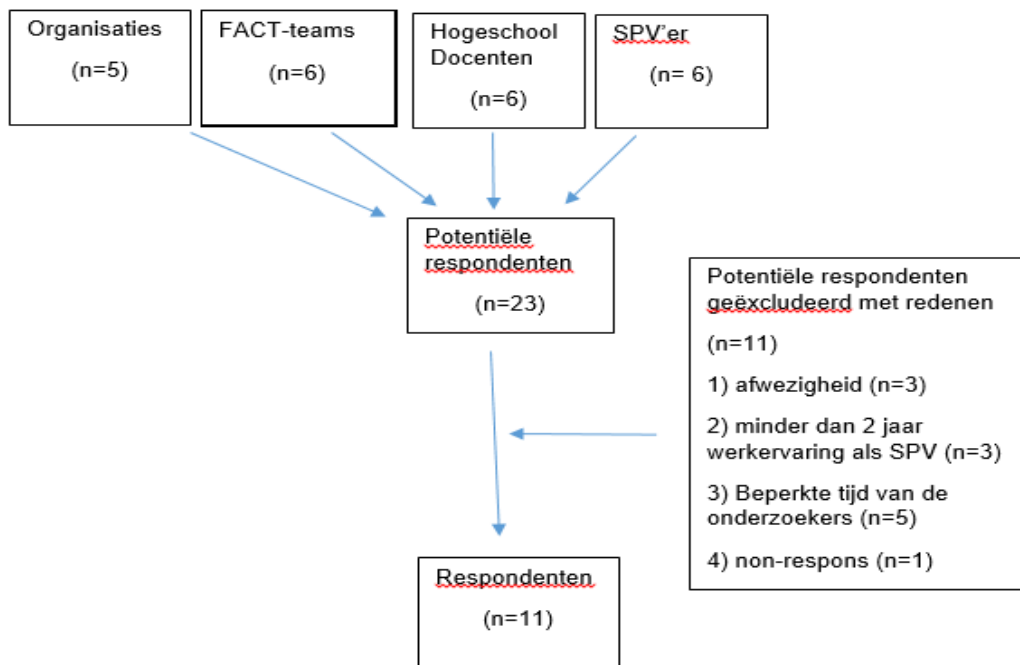
4.1 Inventarisatie ketenpartners

Allereerst hebben de onderzoekers organisaties in de licht verstandelijke gehandicaptenzorg telefonisch benaderd om te onderzoeken of hiermee een samenwerking mogelijk was. Hieruit is gebleken dat drie medewerkers van verschillende organisaties openstaan voor samenwerking met het FACT-team Arnhem Centraal. Door deze inventarisatie is de eerste stap gezet voor een eventuele samenwerking met de contactpersonen van de volgende organisaties, namelijk Siza (Productspecialist LVB/ASS/Jeugd), JP van den Bent Stichting (Locatiecoördinator) en MEE (LVB-expert consultant). De contactgegevens zijn verstrekt aan de opdrachtgevers en op te vragen bij de onderzoekers.

Hoe de samenwerking met deze organisaties met betrekking tot triple problematiek kan worden vormgegeven, is vervolgens middels interviews onderzocht. Onderstaande beschrijving geeft weer met wie deze interviews zijn gehouden en wat daaruit is gekomen.

4.2 Onderzoekspopulatie en context interviews

4.1 Stroomdiagram onderzoekspopulatie



Uiteindelijk hebben elf respondenten deelgenomen aan het onderzoek, zie stroomdiagram 4.1. Van de elf geïnterviewde respondenten waren er zes vrouw, waarbij de leeftijd lag tussen de 44-56 jaar. Naast zes vrouwen hebben er ook vijf mannen deelgenomen aan het onderzoek, waarbij de leeftijd lag tussen de 45-64 jaar. De overige informatie over de respondenten is te vinden in tabel 4.2.

De respondenten zijn eerst per mail benaderd. Bij een non-respons van zeven werkdagen hebben de onderzoekers telefonisch contact gezocht met de mogelijke respondenten. Bij veertien werkdagen non-respons zijn een aantal sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV) face-to-face benaderd. Andere respondenten zochten zelf telefonisch contact om vragen te stellen en bevestiging te geven voor deelname aan het onderzoek.

Tabel 4.2 Demografische gegevens respondenten

Geslacht	Leeftijd	Opleidingen	Werkervaring	Werkzaam bij (F)ACT
Vrouw	44 jaar	- HBO-V - SPV	- Ambulante psychiatrische teams • Transmurale zorgteam • Langdurige zorg	3 á 4 jaar
Vrouw	46 jaar	- HBO-V - SPV - Cognitief gedragstherapeutisch medewerker	- Gehandicaptenzorg - Verslavingszorg - PAAZ afdeling - Consulent psychiatrie vrouwenopvang - Generieke afdeling	6 á 7 jaar
Vrouw	50 jaar	- Activiteitenbegeleider - Verpleegkundige Z - SPV	- Verstandelijke gehandicaptenzorg - Opnameafdeling in de psychiatrie - Ambulante verslavingszorg	4 jaar
Vrouw	53 jaar	- HBO-V - SPV - Cursussen gericht op de psychiatrie	- GGZ X - Acute psychiatrie - Begeleider in woonvorm ouderen - PIT verpleegkundige	4 á 5 jaar
Vrouw *	53 jaar	- Verpleegkundige A - Verpleegkundige B - Maatschappelijke Werk - SPV	- Algemeen ziekenhuis - Crisisteam - Vijf jaar in verschillende psychiatrische klinieken. - Verslavingszorg - Sociaal medisch team	16 jaar
Vrouw	56 jaar	- Verpleegkundige B - SPV & Psychologie	- Detox afdeling - Resocialisatie afdeling - Verschillende klinieken - Gesloten afdeling	6 jaar
Man	45 jaar	- MAVO/HAVO/VWO - Theologie en religiewetenschappen (niet afgerond). - Verpleegkundige	- 15 jaar psychiatrie (op verblijfsafdelingen). - 5 jaar geestelijke gehandicaptenzorg waar veel mensen naast een verstandelijke beperking een verslavings- en een psychiatrische problematiek hadden.	10 jaar
Man	52 jaar	- HBO-V - SPV	- Verschillende klinieken: • Chronische afdeling • Rehabilitatieafdeling • Ouderenafdeling - SPV	6 jaar
Man	59 jaar	- Verpleegkundige A - Verpleegkundige B - Hoge management - SPV - Geschoold in DGT	- Opname ervaring - Groepstherapeut DGT - Leidinggevende van een Korsakov kliniek - Leidinggevende van psychiatrische thuiszorg - Deeltijdbehandeling - 5 jaar psychiatrische spreekuren gegeven bij huisartsenpraktijken. - Gedeeltelijke klinische ervaring, voornamelijk ambulant.	6 jaar
Man	62 jaar	- Interieurdesign - Verpleegkundige A - Verpleegkundige B - SPV	- Algemeen ziekenhuis - Opnameafdelingen • Oncologie afdeling • Spoedeisende hulp • Poli in Zuid-Afrika	7 jaar
Man	64 jaar	- Mulo - HAVO - Verpleegkundige B	- Psychiatrische afdelingen - Management - Verslavingszorg - Bemoeizorg - Crisisinterventies - Psychiatrische klinieken	3 jaar

* Om het verschil zichtbaar te maken tussen beide vrouwelijke respondenten met de leeftijd van 53 jaar, is er bij deze respondent, naast geslacht en leeftijd, een * genoteerd.

4.3 Beschrijving resultaten

Uit de analyse zijn een aantal hoofd- en subthema's naar voren gekomen. De thema's zijn op bepaalde punten met elkaar verweven. De onderzoekers hebben gekozen voor de indeling zoals die in tabel 4.3 weergegeven staat. Om de subthema's in de tekst te verduidelijken zijn ze dikgedrukt.

Tabel 4.3 Hoofd- en subthema's onderzoek 'Samenwerken is vermenigvuldigen'

Hoofdthema's	Subthema's
Triple problematiek	Eigenschappen in de behandeling Veel voorkomende problemen Diagnostiek Aandachtspunten in de behandeling Valkuilen in de behandeling
Adequate zorg	Zorg op maat Expertise in team Meerwaarde FACT LVB Rehabiliterend werken Behoud van triple problematiek in team Doorverwijzing Geén gebruik van protocol/richtlijn triple problematiek Methodieken Ontwikkelingen
Samenwerken met ketenpartners	Coördinatie Samenwerkingspartners Overlegvormen Consult Financiering Belemmeringen in de samenwerking Tussen wal en schip vallen Ontwikkelingen
Communicatie met ketenpartners	Assertief zijn Manier van communiceren Contactpersonen Elkaar kennen Elkaar weten te vinden

4.3.1 Triple problematiek

Als de respondenten het hebben over mensen met een triple problematiek, dan zijn er veel voorkomende **eigenschappen** die opvallend zijn, namelijk een kwetsbare doelgroep, lage motivatie voor de behandeling, beperkt probleemoplossend vermogen, klein systeem, vermijders en eenzaamheid. Ondanks deze eigenschappen wil deze doelgroep zoals ieder ander zijn en worden behandeld, aldus de respondenten. Door een aantal respondenten werd aangegeven dat het belangrijk is om te kijken naar het belang van de cliënt.

“Ze moeten zelf willen en kunnen om verder te komen” [vrouw, 44 jaar].

Een **veel voorkomend probleem** bij deze doelgroep zijn maatschappelijke problemen zoals, woonproblemen, werkproblemen en financiële problemen. Veelal maken cliënten met triple problematiek gebruik van de schuldhulpverlening of bewindvoering, maar ook dan lopen ze nog vaak financieel vast. Een respondent gaf een voorbeeld van een cliënt die geen geld gestort krijgt, waardoor hij geen wiet kan halen. De verslaving kost deze doelgroep veel geld, waardoor maatschappelijke problemen zoals het verliezen van huisvesting en sociale

contacten makkelijk ontstaan. De verslaving maakt de zorg complex. Bij meerdere teams werd ingezet op het verminderen of stoppen met drugsgebruik. Door het merendeel van de respondenten werd aangegeven dat dit niet eenvoudig is. Indien een cliënt verminderd of gestopt is met een verslaving, is het vaak lastig om dit vol te houden, aldus de respondenten. De respondenten gaven aan dat een terugval bij zowel een psychose als een verslaving vaak voorkomt.

*“Vaak zijn ze toch minder belastbaar en minder leerbaar. Ze zijn veel minder geneigd om minder te gebruiken, door ook de psychische klachten die ze vaak door de verslaving willen onderdrukken” [vrouw, 53 jaar *].*

De **diagnostiek** bepalen bij een licht verstandelijke beperking (LVB) kan lastig zijn door onder andere een taalbarrière, medicatie, psychiatrische stoornis en verslaving. Deze factoren zullen de waarde van een IQ test beïnvloeden. Bij een enkeling wordt er standaard gewerkt met de SCIL methode, bij een intakegesprek een korte meting gedaan naar het intelligentieniveau van de cliënt. Bij de overige respondenten wordt er alleen een IQ test afgenomen bij vermoedens van een licht verstandelijke beperking. De frequentie van triple problematiek in een caseload is daardoor ook lastig te benoemen. De respondenten hebben alleen ruwweg een schatting kunnen geven van vermoedens van een licht verstandelijke beperking. Enkele konden een paar cliënten noemen met een officiële diagnose voor LVB.

Naast de diagnostiek van triple problematiek, zijn er ook andere **aandachtspunten in de behandeling** van belang. De triple problematiek is een multicomplex probleem, wat om gelijktijdige behandeling vraagt. De respondenten doelen hiermee op de verslaving en de psychiatrische stoornis. De verslaving heeft veel invloed op de psychiatrische stoornis en andersom. Er werd aangegeven dat de behandeling zich daardoor richt op het inrichten van het dagelijks leven door structuur, veiligheid en duidelijkheid te bieden.

“De cliënten worden zoveel mogelijk aan vaste contactpersonen gekoppeld om de hechting op de een of andere manier beter te laten plaatsvinden. Bij het vaak wisselen van hulpverleners raken ze sneller hun vertrouwen kwijt in mensen. Maar als ze zich dan eenmaal veilig voelen bij iemand dan blijft dat ook zo” [man, 45 jaar].

Je stelt daarnaast lagere doelen, zodat de cliënt niet wordt overvraagd. Ook zit je korter op de behandeling gaf een respondent aan. ‘Je maakt vaker een afspraak met de cliënt thuis of op de polikliniek’. Daarbij werd aangegeven dat het van belang is om de eigen verwachtingen als verpleegkundige bij te stellen.

Een licht verstandelijke beperking is niet altijd aan de buitenkant te zien. Zeker niet wanneer iemand verbaal sterk is. Dit is een **valkuil in de behandeling**. Hierdoor wordt de doelgroep vaker overvraagd, waardoor ze vastlopen in de maatschappij en weer klachten krijgen.

4.3.2 Adequate zorg

Op de vraag wat de respondenten onder adequate zorg verstaan bij mensen met triple problematiek werd vaak **zorg op maat** geantwoord. Het merendeel van de respondenten gaf aan dat het in de behandeling van cliënten met triple problematiek vooral van belang is om rekening te houden met de benadering en aan te sluiten bij het niveau van functioneren.

“Behandeltechnisch maakt het niet uit of iemand een licht verstandelijke beperking heeft. Het is wel zo dat je op het niveau van de cliënt moet gaan zitten” [vrouw, 46 jaar].

Adequate zorg staat volgens een aantal respondenten voor het kijken welke cliënt er bij welke hulpverlener past. Het vergt een andere werkwijze gaf een respondent aan en dat heeft niet iedereen in zich.

De **expertise in het team** werd door de respondenten als een belangrijke factor gezien voor het verlenen van adequate zorg aan cliënten met triple problematiek. Expertise door ervaring werd veelvuldig genoemd. Vaak was er wel een teamlid met werkervaring in de gehandicaptenzorg. Om de cliënten van adequate zorg te voorzien, wordt gebruikgemaakt van elkaars achtergrond en intensief samengewerkt. Een aantal respondenten gaven aan het van belang te vinden om op de hoogte te blijven van de ontwikkelingen en hier zelf assertief in te zijn. Twee respondenten gaven aan dat wellicht een FACT-LVB een meerwaarde zou hebben voor deze doelgroep, omdat zij gespecialiseerde kennis bezitten.

Rehabiliterend werken werd door het merendeel van de respondenten genoemd als een werkwijze om adequate zorg te verlenen aan cliënten met triple problematiek. Er werd onder andere gesproken over herstelgericht werken, kijken naar de krachten van de cliënt en kijken naar een goed steunsysteem. Een aantal respondenten gaven aan dat herstelgericht deelnemen aan de maatschappij, vaak de grote wens is van cliënt zelf en dat het daarom het beste werkt in de behandeling.

Wat betreft het **behoud van triple problematiek in het team** werd door een enkeling genoemd dat er veelal gekozen wordt om de cliënten dichtbij te houden. Dit had te maken met de complexiteit van de triple problematiek en dat deze cliëntengroep zich moeilijk open kunnen stellen voor nieuwe hulpverleners. Een doorverwijzing wordt daardoor vaak niet gerealiseerd.

Naast het behoud van triple problematiek in het team werd er ook meerdere malen gesproken over een **doorverwijzing** van cliënten met triple problematiek. Een aantal respondenten gaven aan dat er bij onvoldoende expertise in het team en structureel overleg met ketenpartners een doorverwijzing wordt geregeld voor de cliënt. Hierdoor ontstaat er duidelijkheid over de zorg. Een enkeling gaf aan dat zij twijfels hebben over de kwaliteit van zorg wanneer er vaak om expertise moet worden gevraagd. Een doorverwijzing naar de gehandicaptenzorg is dan volgens hen de beste optie, omdat de cliënt binnen de gehandicaptenzorg beter kan worden behandeld.

Door alle respondenten werd aangegeven dat er in de behandeling van cliënten met triple problematiek **géén gebruik** wordt gemaakt **van protocollen en/of richtlijnen voor triple problematiek**. Wel gaven ze aan dat ze protocollen hanteren voor de andere aspecten van de triple problematiek, namelijk de verslaving en de psychiatrische aandoening. Er werd aangegeven dat het grotendeels de persoonlijke ervaring en een kwestie van gevoel is hoe je iemand met een verstandelijke beperking behandelt.

“Je leert ook vanuit de praktijk hoe je dat moet aanpakken, daar krijg je gevoel voor. Al doende leert men” [man, 62 jaar].

Een aantal methodieken werden in de behandeling van cliënten met triple problematiek gebruikt. Zo werd er gesproken over het geven van Geïntegreerde Dubbele Diagnose Behandeling (IDDT), Sociale Vaardigheidstraining (SOVA) en Liberman training. De triple problematiek vraagt geen andere behandeling ten opzichte van de andere psychiatrische stoornissen. Wel zal de benadering moeten worden aangepast aan de licht verstandelijke beperking. Een respondent gaf aan ervaring te hebben in het gebruik van pictogrammen in de behandeling, waarmee je aansluit op het niveau van de cliënt.

Door verschillende respondenten werd gesproken over de **ontwikkelingen** op het gebied van triple problematiek. Zo werd er benoemd dat het een actueel probleem is en er steeds meer aandacht lijkt te zijn voor de licht verstandelijke beperking. Een aantal respondenten gaven aan al eens bij een symposium te zijn geweest over deze problematiek. Doordat het FACT zelf nog in ontwikkeling is, blijven sommige cliënten te lang hangen in het FACT. Hierdoor wordt er niet altijd adequate zorg verleend en zou de cliënt beter af zijn in een andere instelling.

4.3.3 Samenwerking met ketenpartners

In de samenwerking met ketenpartners werd **coördinatie** als een belangrijke functie benoemd. Het afstemmen op elkaar als ketenpartners, maar ook als team onderling is van belang. Hierbij moet iemand de regie behouden, om zo het overzicht te bewaren. In de meeste gevallen werd een SPV'er hiervoor aangesteld. Daarnaast werd aangegeven dat er gebruik werd gemaakt van triadekaarten als hulpmiddel om de zorg te coördineren. Door een triadekaart worden onder andere betrokken hulpverleners bij de taakverdeling betrokken. Hiermee wordt overzicht behouden en duidelijkheid gecreëerd over wie wat doet.

Het inzetten van **samenwerkingspartners** in de behandeling van cliënten met triple problematiek werd door veel respondenten gedaan. Het is gezond om samen te werken en het is volgens velen niet goed om alles wat de cliënt nodig heeft in één organisatie te halen. Er werd aangegeven dat samenwerken met ketenpartners ervoor zorgt dat je de zorg vanuit verschillende hoeken bekijkt, waardoor je uiteindelijk betere zorg verleend. De respondenten gaven aan het meeste contact te hebben met verschillende woonvormen en wijkteams als samenwerkingspartner gericht op de licht verstandelijke beperking. Voor veel cliënten met triple problematiek moet er namelijk woonbegeleiding of een woonvorm worden geregeld. Naast woonvormen en wijkteams is er in sommige gevallen, met betrekking tot gezondheidszaken en psychiatrische zaken, ook contact met de huisarts als samenwerkingspartner. De frequentie van het contact verschilt per team. Sommige ervaren een intensieve samenwerking met de woonbegeleiding en anderen gaven aan dat deze samenwerking nog niet zo van de grond komt.

Aansluiten bij elkaar als samenwerkingspartners werd als belangrijk ervaren door het merendeel van de respondenten. Er werd aangegeven dat het (F)ACT de behandeling doet en de andere organisatie gericht op de licht verstandelijke beperking, de ondersteuning verleent. Deze afbakening moet duidelijk zijn in de samenwerking. Er werd aangegeven dat gebruikmaken van elkaars expertise van belang is. Door een enkeling van de respondenten werd aangegeven niet vaak gebruik te maken van samenwerkingspartners. Er werd aangegeven dat de meeste zorg zelf afgehandeld kon worden in het team vanwege voldoende expertise.

Voor de samenwerking met ketenpartners werden verschillende **overlegvormen** genoemd. Zo werd gesproken over een RTO overleg, keukentafelgesprek, signaleringsoverleg en COM overleg. Bij alle overlegvormen zijn verschillende disciplines aanwezig die betrokken zijn bij de casus. De overlegvormen hebben als doel om met elkaar te kijken naar een juiste oplossing, in plaats van naar elkaar te wijzen, waardoor de cliënt tussen wal en schip valt. Door de respondenten werden deze overlegvormen als zeer prettig ervaren, omdat je elkaar direct kunt helpen vanuit verschillende invalshoeken. Ook werd aangegeven dat er vaak onbegrip heerst tussen verschillende instellingen en dat je middels een overleg begrip voor elkaar kunt creëren. In de meeste gevallen werkt het zo dat de persoon die het overleg noodzakelijk vindt, de regisseur is en de taak heeft om mensen uit te nodigen.

De meerderheid van de respondenten gaf aan vaker een **consult** te geven aan de gehandicaptenzorg, dan dat ze er zelf om vragen. Er is vaak onzekerheid of zelfs onkunde bij deze medewerkers voor het verlenen van zorg voor een psychiatrische aandoening, aldus de respondenten. Een aantal spraken de behoefte uit voor een consult vanuit de gehandicaptenzorg om expertise te vergaren. Een enkeling gaf aan hier al gebruik van te maken in het team, alleen komt het niet vaak voor vanwege de hoge kosten voor een consult.

“Vaak doe je dat dan wel als investering op de lange termijn, want je bespaart er ook weer veel tijd mee, als je adequaat en efficiënt kunt werken” [vrouw, 50 jaar].

Een respondent gaf aan al een enkele keer contact te hebben gehad met het expertisecentrum van een instelling in de gehandicaptenzorg. Normaal gesproken is dit tegen betaling, maar door met elkaar in gesprek te gaan is het kosteloos gerealiseerd.

De **financiering** werd door veel respondenten als een belangrijke factor benadrukt voor de samenwerking met ketenpartners. Via de gemeente vragen veel respondenten begeleiding aan bij het wonen, voor cliënten met triple problematiek. Een aantal respondenten gaven aan dat de gemeente bereidwillig is zorg te financieren wanneer je kunt motiveren waarom bepaalde zorg nodig is. Anderen gaven aan dat het nog niet goed van de grond komt vanwege de transitie naar de WMO. Wanneer er om expertise werd gevraagd bij een ketenpartner, gaf het merendeel van de respondenten aan dat de financiering geregeld werd via de DBC van de desbetreffende cliënt. Wanneer een cliënt niet aanwezig is bij een gesprek wordt er geregistreerd onder externe organisatie in plaats van onder de cliënt. De financiering lijkt anders geregeld te zijn wanneer het om een consult gaat. In tegenstelling tot expertise vragen wordt een consult niet gefinancierd. Er werd aangegeven dat dit op vrijwillige basis is, met een gesloten beurs.

“Ik moet zeggen dat wij als FACT, als we iets niet betaald krijgen, het toch doen. Het is in het belang van de cliënt” [man, 59 jaar].

De **belemmeringen in de samenwerking** zaten volgens veel respondenten in de hoeveelheid ketenpartners, wisseling van partners en regelgeving. Het wordt onoverzichtelijk wanneer er veel verschillende ketenpartners betrokken worden bij de zorg. Wisseling van partners werd door veel respondenten ook gezien als een belemmering in de samenwerking. Namen van instellingen of organisaties veranderen vaak en door ziekte of bezuinigingen is er ook met regelmaat wisseling in personeel. Dit maakt het lastig om contact te leggen met

ketenpartners. De laatste veelgenoemde belemmering was regelgeving. Een aantal respondenten gaven aan dat hun geheimhoudingsplicht een belemmering is in de samenwerking met ketenpartners. Er werd aangegeven dat ketenpartners vaak informatie willen die zij niet kunnen geven vanwege privacy en dat maakt de samenwerking lastig.

Het merendeel van de respondenten gaf aan dat de cliënten met triple problematiek vaak **tussen wal en schip vallen**. Volgens velen heeft dit te maken met de onderlinge samenwerking van de verschillende instellingen en de complexiteit van de triple problematiek. De instellingen hebben ieder hun eigen stukje van de triple problematiek waar ze gespecialiseerd in zijn en dat stukje moet dan net voor hun op de voorgrond staan, willen ze zich openstellen voor behandeling van deze cliënten.

“Dat heet de hete kroket. De cliënt die overeen gegooit wordt van instelling naar instelling om het zo maar even te zeggen” [man, 45 jaar].

Een enkeling zorgt ervoor dat de cliënt niet tussen wal en schip valt. Hier zorgen ze voor, door de cliënt in hun team te behouden, ook al staat een ander aspect van de triple problematiek meer op de voorgrond. Er is op deze manier wel samenwerking met ketenpartners nodig.

De wijzigingen met betrekking tot de transitie van AWBZ naar WMO, is een **ontwikkeling** waar ook het (F)ACT mee verweven is. Het merendeel van de respondenten gaf aan dat het per gemeente afhankelijk is hoe je kunt samenwerken met je ketenpartners. Samenwerken wordt gezien als een actuele ontwikkeling. Een respondent gaf aan dat het voor de doelgroep binnen (F)ACT noodzakelijk is om samen te werken met ketenpartners.

4.3.4 Communicatie met ketenpartners

Op de vraag hoe de communicatie met ketenpartners verloopt werd veelvuldig geantwoord dat het van belang is om **assertief te zijn**. Respondenten gaven aan actief te zijn in het zoeken van contact met ketenpartners. Er werd zelf op onderzoek uitgegaan binnen of buiten het team. Zo gaf een enkeling aan binnen het team met regelmaat collega's te bevragen over hun netwerk en contacten.

“Je moet uitnodigend zijn en actief de boer op gaan. Je moet proactief zijn” [man, 59 jaar].

Om contact te krijgen en te onderhouden met ketenpartners gaven een aantal respondenten aan de ketenpartners eenmaal in het jaar uit te nodigen om samen koffie te drinken en een aantal casussen te bespreken. Door een respondent werd aangegeven wel eens een feest te organiseren, waarbij dan alle ketenpartners uitgenodigd werden. Dit feest werd dan bekostigd door een sponsoring van allerlei organisaties uit de omgeving.

Telefonisch, mail, en face-to-face contact werd door de respondenten aangegeven als **manier van communiceren**. Het verschilt per respondent en ketenpartner hoe er wordt gecommuniceerd. De één gaf aan liever telefonisch contact te hebben, terwijl de ander de voorkeur gaf aan mailcontact. Een respondent gaf aan dat het erg persoonlijk is en ook wisselt per ketenpartner. Van belang is om dit goed met elkaar af te stemmen.

Door het merendeel van de respondenten werd aangegeven dat het contact via vaste **contactpersonen** verloopt. In de meeste gevallen verloopt dit tussen de casemanagers. Respondenten gaven aan dat hierdoor het overzicht wordt bewaard. Een enkeling van de respondenten gaf aan geen contact te hebben met vaste contactpersonen.

Elkaar kennen werd door veel respondenten aangegeven als meerwaarde in de communicatie met ketenpartners. Er werd aangegeven dat er gebruik wordt gemaakt van een eigen netwerk, zoals bijvoorbeeld oud collega's. Door elkaar te kennen is het contact laagdrempelig en is samenwerking gemakkelijker te realiseren.

“Daarbij geloof ik in elkaar kennen, dat werkt het beste. Je vindt elkaar daardoor gemakkelijker en ik merk dat als je elkaar kent, je veel krediet hebt” [vrouw, 53 jaar].

Naast elkaar kennen werd ook aangegeven dat **elkaar weten te vinden** de communicatie gemakkelijker maakt. Doordat er bij cliënten met triple problematiek meerdere ketenpartners betrokken zijn, is het volgens respondenten van belang dat je elkaar weet te vinden.

5 Discussie

In dit hoofdstuk worden de resultaten ter discussie gesteld in een wetenschappelijke en praktische context. Allereerst wordt er een samenvatting gegeven van de resultaten en in paragraaf 5.1 worden de resultaten geïnterpreteerd en vergeleken met de literatuur. Tot slot wordt in paragraaf 5.4 de praktische toepasbaarheid van het onderzoek beschreven.

Dit kwalitatieve onderzoek verschaft handvatten voor het FACT-team Arnhem Centraal over wie er mogelijk als samenwerkingspartners kunnen fungeren en op welke manier deze een bijdrage kunnen leveren voor het verlenen van adequate zorg aan cliënten met triple problematiek. Triple problematiek is een vrij recent thema en op dit moment in de praktijk een 'hot item'. Het is de eerste keer dat er onderzoek is gedaan naar de samenwerking van ketenpartners gericht op triple problematiek. De thema's die in dit onderzoek naar voren zijn gekomen, hebben betrekking op triple problematiek, adequate zorg, samenwerking met ketenpartners en de communicatie met ketenpartners.

5.1 Vergelijking met de literatuur

Over het algemeen hebben de onderzoekers uit zowel de literatuur als van de respondenten, gelijkwaardige informatie verkregen. Zowel in de literatuur als uit de informatie van de respondenten, kwam naar voren dat diagnostiek van belang is. Neijmeijer et al. (2010) beschrijven dat er in de praktijk nog steeds sprake is van onderdiagnostiek, maar vermoedelijk wordt triple problematiek wel steeds meer herkend in de teams. Bij een enkeling van de respondenten werd standaard gewerkt met de SCIL methode om te kunnen concluderen of er sprake is van een licht verstandelijke beperking. Het merendeel van de respondenten doet een uitgebreide IQ test bij een vermoeden van een licht verstandelijke beperking. Deze IQ test wordt in de meeste gevallen door een student klinisch psychologie uitgevoerd.

Cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening of triple problematiek hebben vaak te maken met maatschappelijke teloorgang. Tijdens de interviews kregen de onderzoekers bevestigd dat meerdere mensen met triple problematiek kampen met werk-, relatie-, financiële- en woonproblemen. Daarnaast is deze doelgroep niet in staat om hulp te vragen en ontbreekt een probleemoplossend vermogen, waardoor de kans op dakloosheid vergroot. Het (F)ACT is niet in staat om deze doelgroep van een woning te voorzien. Dit is wel een primaire basisbehoefte die iedere mens nodig heeft. Ieder behandelt in de praktijk zijn eigen expertise, waardoor deze doelgroep niet altijd adequate zorg krijgt. De respondenten erkennen het probleem en benoemen dat deze doelgroep tussen wal en schip valt. Ze gaven aan dat het moeilijk is om cliënten door te verwijzen naar de gehandicaptenzorg of verslavingszorg. Hierdoor zijn een aantal cliënten met triple problematiek in zorg gebleven bij het (F)ACT. Uit een aantal onderzoeken is gebleken dat er steeds meer samenwerking is tussen de verschillende instellingen (Neijmeijer, 2014)(Netwerk Kwaliteitsonderzoek GGZ, 2016). Ook de respondenten gaven tijdens de interviews aan steeds meer samenwerking te ervaren.

Om adequate zorg te geven aan cliënten met triple problematiek wordt er een uitgebreide en ondersteunende behandeling gegeven, door onder andere korter op de behandeling te zitten. Er wordt gekeken naar hoe de cliënt op zijn niveau kan worden benaderd. Zowel vanuit de literatuur als uit de interviews blijkt dat de behandeling van triple problematiek alleen in de

bejegening en ondersteuning verschilt ten opzichte van andere ernstige psychiatrische stoornissen (EPA). Er wordt nu meestal te veel gecoacht, terwijl deze groep juist meer begeleiding nodig heeft (Veldhuizen, 2015). De meeste respondenten hebben in hun team iemand die ervaring heeft in de gehandicaptenzorg, waardoor zij collega's expertise kunnen geven. Echter lopen deze deskundigen bij tijd en wijlen ook tegen triple problematiek aan. Twee respondenten vroegen zich af of dat deze doelgroep niet beter doorverwezen kan worden naar FACT-LVB, omdat zij de expertise in huis hebben om deze doelgroep te behandelen. Zoals eerder beschreven gaat de literatuur ervan uit dat reguliere (F)ACT-teams de zorg aankunnen, met enige aanpassing in het behandelprogramma. Er is enerzijds behoefte aan protocollen en/of richtlijnen die gericht zijn op de triple problematiek. Anderzijds wordt er door veel ervaring expertise vergaard en zijn er richtlijnen die ook van toepassing zijn op deze doelgroep. Hierbij zal de verpleegkundige het zelf moeten aanpassen op de licht verstandelijke beperking.

Het (F)ACT vergaart niet tot zelden expertise over de licht verstandelijke beperking van externe ketenpartners. Echter geeft het (F)ACT consulten aan meerdere hulpverleners van woonvormen en thuiszorg. In de literatuur staat vermeld dat er in de regio Zuidoost-Brabant consultatie gevraagd kan worden bij MEE (Neijmeijer, 2014). Hierbij wordt niet gezegd of de (F)ACT instellingen hiervoor moeten betalen. De respondenten gaven aan tegen de financiering van een consultatie aan te lopen. Wel geven ze aan deel te nemen aan een aantal overleggen, of organiseren dit zelf, waardoor enigszins expertise wordt vergaard. Er wordt bijvoorbeeld gebruikgemaakt van COM-, ROT-, signaleringsoverleg en keukentafelgesprekken. De samenwerking tussen de thuiszorg en begeleiders van een woonvorm is er wel. Het (F)ACT zet deze hulpverleners in bij praktische dingen zoals bijvoorbeeld het huishouden. De samenwerking met de huisarts, zoals die omschreven staat in de literatuur (Netwerk Kwaliteitsonderzoek GGZ, 2016), is maar bij een enkele van de respondenten aanwezig. In hun team is er bij bijzondere psychiatrische of somatische zaken overleg met de huisarts en andersom. Echter mogen alle consultaties en overleggen betrekking hebbende op een cliënt alleen plaatsvinden bij toestemming van de cliënt. De geheimhoudingsplicht van de hulpverleners geeft een belemmering in de samenwerking met externe ketenpartners.

Een goede samenwerking zorgt ervoor dat de verschillende instellingen elkaar kunnen aanvullen. Uit de resultaten blijkt dat netwerken belangrijk is. Daarbij is het van belang dat er een vertrouwensrelatie tussen de verschillende ketenpartners wordt opgebouwd. De respondenten benoemden dat dit mogelijk is door een bijeenkomst of een feest te organiseren. Je moet actief zijn in het zoeken van netwerken en op meerdere manieren communiceren, zowel digitaal als face-to-face. Het is goed wanneer men elkaar weet te vinden en elkaar leert te kennen, er zal dan eerder de neiging zijn om een samenwerking aan te gaan. Verder heb je een goede afstemming nodig tussen de verschillende instellingen voor een succesvolle samenwerking. Hierbij zeggen de respondenten dat de regie voornamelijk ligt bij de sociaal psychiatrisch verpleegkundige, omdat deze een coördinerende rol heeft, zoals ook in de literatuur beschreven staat (Leopoldo et al, 2014). Middels de triadekaart wordt er een duidelijke taakverdeling gemaakt met de verschillende betrokken ketenpartners en het netwerk van de cliënt, waardoor er overzicht wordt behouden.

5.2 Methodologische discussie

Voor het beantwoorden van deelvraag 1 is er een inventarisatie uitgevoerd met behulp van twee sociale kaarten, naar de verschillende ketenpartners, gericht op de licht verstandelijke beperking. Een beperking hierbij was dat één sociale kaart niet up to date was, waardoor de onderzoekers zelf hebben moeten onderzoeken wat wel en niet actueel was. Daarnaast hebben de onderzoekers van één instelling geen respons gekregen.

Deelvraag 2 is beantwoord door het afnemen van kwalitatieve surveys. Tijdens het interviewen zijn er met name in de beginfase, suggestieve vragen gesteld. Dit kwam enerzijds door de wenselijke uitkomsten in de gedachten van de onderzoekers en anderzijds door de onervarenheid in het interviewen. Hierdoor is er mogelijk richting gegeven aan de antwoorden van de respondenten, wat ertoe heeft geleid dat niet alle informatie uit de interviews is gehaald. In verband met de onervarenheid van de onderzoekers zijn de eerste zeven interviews door de onderzoekers gezamenlijk afgenomen, wat mogelijk tot gevolg heeft gehad dat er geen goede werkrelatie of rapport is opgebouwd met de respondenten (Langbroek, 2015).

Het eerste interview is door beide onderzoekers geanalyseerd, om de rest afzonderlijk van elkaar te kunnen doen omwille van de tijd. Bij het eerste interview hebben de onderzoekers besproken wat zij belangrijke informatie vonden, om vervolgens zelfstandig de relevante stukken eruit te pakken. Wanneer de onderzoekers ervoor gekozen hadden om alle interviews eerst afzonderlijk van elkaar te analyseren, had dit gezorgd voor meer plausibiliteit van het onderzoek (Baarda, 2014).

Voor dit onderzoek hadden de respondenten zelf de keuze om deel te nemen. Dit had als gevolg dat er sprake was van positieve selectie, aangezien op deze manier alleen respondenten zich aanmelden die mogelijk de tijd hadden of juist erg geïnteresseerd waren. Doordat sprake was van een positieve geselecteerde groep, volstond deze nog niet gelijk aan de juiste respondenten voor dit onderzoek. De respondenten hebben in de in- en exclusiecriteria voor de respondenten aangegeven dat er minimaal twee jaar werkervaring vereist is met de triple doelgroep. De onderzoekers hadden echter tijdens het afnemen van de interviews meer ervaring verwacht van de respondenten, dan dat er daadwerkelijk was. Voor het ACT-team en één FACT-team heeft de teamleider bepaald welke verpleegkundigen de uitnodiging voor het onderzoek zouden ontvangen. Bij de onderzoekers is niet bekend op basis van welke criteria zij deze verpleegkundigen hebben geselecteerd.

Naast beperkingen kent het onderzoek ook een aantal sterke punten. Het onderzoek heeft plaatsgevonden in acht verschillende FACT-teams en één ACT-team. Tien sociaal psychiatrisch verpleegkundigen in het FACT en één HBO-verpleegkundige in het ACT zijn geïnterviewd. De kans dat de resultaten zijn beïnvloed door de houding van een afdeling is hierdoor geminimaliseerd. Vanuit de verschillende teams kwam een grote diversiteit aan respondenten qua geslacht, leeftijd en werkervaring. De representativiteit van de steekproef is hierdoor relatief hoog. Er is saturatie bereikt doordat er in de laatste twee interviews geen nieuwe informatie meer naar boven kwam. Zoals eerder beschreven hebben de onderzoekers tevens een maximale variatie gezocht in de steekproef om saturatie te bereiken (Creswell, 2013).

De onderzoekers hebben ieder twee interviews afzonderlijk van elkaar afgenomen, waardoor er gemakkelijker een goede werkrelatie of rapport opgebouwd kon worden met de respondenten (Langbroek, 2015). De respondenten hebben zich hierdoor mogelijk vrijer gevoeld om meer informatie te geven. Tijdens het gehele onderzoek zijn de onderzoekers zorgvuldig te werk gegaan. Dit is onder andere terug te zien in het bijhouden van een audit trail en het samenstellen en aanpassen van de interviewguide. Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te bevorderen zijn er gesprekken gevoerd met de docentbegeleider om consensus te bereiken over het analyseren van de gegevens.

De uitkomsten van dit onderzoek zijn in principe te generaliseren naar alle (F)ACT-teams in Nederland. Hierbij dient onder andere bij de uitkomsten van deelvraag 1 wel rekening te worden gehouden met de verschillen in regio's. Iedere regio is anders, bevat andere cliënten en werkt samen met andere ketenpartners. Deze verschillen zullen een rol spelen.

5.3 Praktische toepasbaarheid

Voor zover bekend is nog niet eerder onderzoek gedaan naar de samenwerking met ketenpartners gericht op de licht verstandelijke beperking, om adequate zorg te verlenen aan cliënten met triple problematiek. Daarnaast is er ook nog weinig bekendheid over triple problematiek. Dit onderzoek zet een stap in de goede richting in het verlenen van adequate zorg aan cliënten met triple problematiek. De uitkomsten van dit onderzoek bieden handvatten aan sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en HBO-verpleegkundigen binnen (F)ACT-teams om samenwerking te realiseren met ketenpartners. Voor een succesvolle samenwerking is het van belang om kennis te hebben over het aspect van de licht verstandelijke beperking, om cliënten met triple problematiek van adequate zorg te voorzien. Een vervolgonderzoek zal de volgende stap zijn om te komen tot een adequate bejegening van triple problematiek. Het (F)ACT-team zal middels dit vervolgonderzoek kunnen beslissen in hoeverre zij deze cliëntengroep van adequate zorg kunnen voorzien binnen een regulier (F)ACT-team of dat een doorverwijzing naar (F)ACT-LVB of een andere organisaties gericht op de licht verstandelijke beperking noodzakelijk is.

6 Conclusie

In dit hoofdstuk wordt de conclusie van dit onderzoek beschreven. Aan de hand van de resultaten wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag van het onderzoek.

Dit onderzoek laat zien dat er nog maar weinig bekend is over triple problematiek, maar dat in de praktijk wel behoefte aan is aan meer kennis en kunde. Er wordt met name nog gezocht naar manieren van samenwerking met ketenpartners. De hoofdvraag van dit onderzoek luidde als volgt:

“Hoe kan het FACT-team Arnhem Centraal samenwerken met ketenpartners in de licht verstandelijke gehandicaptenzorg om adequate zorg te verlenen aan cliënten met triple problematiek?”

De hoofdvraag is aan de hand van twee deelvragen gespecificeerd, de deelvragen zijn:

- **“Welke ketenpartners in de licht verstandelijke gehandicaptenzorg kan het FACT-team Arnhem Centraal binnen hun regio betrekken bij het verlenen van zorg aan cliënten met triple problematiek?”**
- **“Wat zijn op dit moment best practice interventies binnen (F)ACT-teams in Nederland ten aanzien van de samenwerking met ketenpartners gericht op de licht verstandelijke gehandicaptenzorg?”**

Uit bovenstaande hoofd- en deelvragen kunnen de onderzoekers concluderen dat het FACT-team Arnhem Centraal kan samenwerken met de volgende ketenpartners in de licht verstandelijke gehandicaptenzorg: Siza, JP van den Bent Stichting en MEE. Per organisatie is één contactpersoon aangewezen om mee samen te werken. Voor Siza is dat een productspecialist LVB/ASS/Jeugd, voor JP van den Bent Stichting een locatiecoördinator en voor MEE een LVB-expert consultant.

Op welke manier het team deze samenwerking kan realiseren, is op verschillende manieren vorm te geven. Als verpleegkundige is netwerken een belangrijke taak om samenwerking te realiseren. Assertief zijn, elkaar kennen en elkaar weten te vinden spelen hierin een rol, waarbij de verpleegkundige zowel digitaal als face-to-face bereikbaar is. Netwerken kan op verschillende manieren plaatsvinden, zoals door het organiseren van uiteenlopende bijeenkomsten met verschillende ketenpartners. Wanneer de samenwerking tot stand is gekomen, is het belangrijk dat de zorg rondom de cliënt wordt gecoördineerd. Het is hierbij noodzakelijk om één hulpverlener aan te stellen die de coördinerende rol op zich neemt, waardoor het overzicht bewaart blijft. Het gebruik van een triadekaart is hierbij effectief, omdat de verpleegkundige hiermee makkelijk het overzicht houdt in de taakverdeling met ketenpartners en eventuele naasten. Bij het afstemmen van de zorg met de ketenpartners heeft de triadekaart een toegevoegde waarde.

Tot slot is het van belang dat het FACT-team Arnhem Centraal over meer kennis beschikt met betrekking tot de triple problematiek. Dit zou de samenwerking met ketenpartners positief beïnvloeden. Hierbij moet het team helder krijgen tot welke intelligentieniveau een cliënt behandeling kan krijgen binnen het FACT of wanneer de cliënt moet worden doorverwezen naar (F)ACT-LVB of een andere organisatie gericht op de licht verstandelijke beperking.

7 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden enkele aanbevelingen gegeven naar aanleiding van de resultaten en conclusie van dit onderzoek. De discussiepunten zijn hierbij in overweging genomen. Om de aanbevelingen in de tekst te verduidelijken zijn ze dikgedrukt gemaakt.

7.1 Aanbevelingen voor de praktijk

Om samenwerking met ketenpartners gericht op de licht verstandelijke beperking (LVB) te realiseren, blijkt uit de resultaten dat **netwerken** belangrijk is. Verschillende strategieën kunnen hiervoor worden toegepast. Het is van belang dat je **assertief** bent en **actief op zoek** gaat naar contacten met ketenpartners, welke je vervolgens ook onderhoudt. Hierbij bevelen de onderzoekers aan om zowel **digitaal als face-to-face bereikbaar te zijn** voor ketenpartners. Daarnaast is het voor een succesvolle samenwerking van belang om elkaar te kennen en elkaar weten te vinden. De onderzoekers bevelen aan om **netwerkbijeenkomsten te organiseren**, zoals bijvoorbeeld een lunchoverleg. Op deze manier wordt er een netwerk opgestart, zodat mogelijke samenwerkingspartners kunnen ontstaan.

Middels de inventarisatie van de verschillende ketenpartners in regio Arnhem, hebben een aantal contactpersonen van instellingen gericht op LVB aangegeven een samenwerking te wensen met het (F)ACT-team. De onderzoekers bevelen aan om op korte termijn deze **instellingen te benaderen**, zodat er kennis kan worden gemaakt en een samenwerking kan worden gerealiseerd.

Vanwege de onduidelijkheden betreft de samenwerking met de gemeente, bevelen de onderzoekers aan om deze ketenpartner **uit te nodigen voor een gesprek**. Uit de resultaten is gebleken dat door met elkaar in gesprek te gaan, meer duidelijkheid ontstaat en meer begrip voor elkaar wordt gecreëerd.

In de samenwerking met ketenpartners is de coördinatie, waaronder het afstemmen van zorg, een belangrijke factor. Om de zorg op elkaar af te stemmen, bevelen de onderzoekers aan om gebruik te maken van een **triadekaart**. Hiermee worden de taken voor alle betrokkenen inzichtelijk en afgebakend. Uit de resultaten blijkt dat het overzicht het beste behouden kan worden wanneer de **regie bij één persoon** blijft. De onderzoekers bevelen aan om de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen als casemanagers aan te wijzen om deze coördinerende rol op zich te nemen.

De financiering is een belangrijke factor voor het realiseren van samenwerking. Wanneer er expertise nodig is vanuit een andere instelling, dan kan het (F)ACT-team dit **registreren onder de cliënt in het DBC**. Een consult wordt echter niet gefinancierd en is kostbaar. De onderzoekers bevelen dan ook aan om in het team een afweging te maken voor het **consult** en dit eenmaal per jaar in overleg met alle teamleden te boeken. Een consult is namelijk wel effectief voor de lange termijn en kan een belangrijke bijdrage leveren in adequate zorg voor cliënten met triple problematiek. Daarnaast is het van belang om **in gesprek te blijven** met de verschillende ketenpartners gericht op LVB. Uit de resultaten blijkt dat een consult ook met een gesloten beurs kan worden gegeven en dan is het van belang dat beide instellingen voor ogen hebben dat het een wisselwerking is, met alles in het belang van adequate zorg.

Om een succesvolle samenwerking te realiseren met de ketenpartners gericht op LVB is er ook kennis nodig betreft triple problematiek bij de leden van een (F)ACT-team. Uit de literatuur en interviews is gebleken dat (F)ACT-teams de triple problematiek behandelen bij cliënten waarbij het intelligentieniveau verschilt. De onderzoekers bevelen daarom aan om als (F)ACT-team te **bepalen tot welk intelligentieniveau** de cliënten kunnen worden behandeld en wanneer zij doorverwezen moeten worden naar een (F)ACT-LVB of andere organisatie gericht op de licht verstandelijke beperking.

Op dit moment is de triple problematiek een 'hot item' in de zorg. Hierdoor is het aan te bevelen dat het team actief is in het **bijhouden van de actuele ontwikkelingen** betreft triple problematiek. Er worden jaarlijks verschillende symposia georganiseerd, waarbij triple problematiek ook steeds meer onder de aandacht wordt gebracht. De leden van het (F)ACT-team hebben ieder de mogelijkheid om een aantal keren per jaar deel te nemen. De onderzoekers bevelen aan dat twee leden van het (F)ACT-team deelnemen aan een symposia of andere activiteit met betrekking tot triple problematiek, om vervolgens de vergaarde kennis in een klinische les of folder over te brengen naar het team.

Voorgaand onderzoek gaf als aanbeveling het implementeren van de SCIL methode. De onderzoekers vinden het van belang om deze methode nogmaals aan te halen in dit onderzoek. Uit de resultaten is gebleken dat een IQ test van belang is om een licht verstandelijke beperking te kunnen diagnosticeren. De onderzoekers bevelen aan om de **SCIL methode** op korte termijn te implementeren en daarnaast een **IQ test** af te laten nemen door een psycholoog binnen Pro Persona bij een vermoeden op LVB.

7.2 Aanbevelingen voor onderwijs

Binnen de opleiding tot (HBO) verpleegkundige wordt er nagenoeg geen onderwijs gegeven over triple problematiek. Ook gaven de respondenten aan dat er in de vervolgopleidingen vrij weinig aandacht wordt besteed aan deze problematiek. Dit heeft er vooral mee te maken dat deze problematiek erg actueel is. Er is in de praktijk wel steeds meer aandacht voor de triple problematiek, omdat veel (HBO) verpleegkundigen het vermoeden hebben dat steeds meer cliënten kampen met deze problematiek. Het is daarom raadzaam om te kijken op welke manier dit **thema in het onderwijs kan worden geïntegreerd**. Verpleegkundigen zullen dan al beschikken over een aantal handvatten om in de praktijk adequate zorg te verlenen aan deze cliëntengroep. Daarnaast zouden (F)ACT-teams in overweging kunnen nemen om een **cursus** te organiseren over dit thema.

7.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Zoals eerder omschreven, is het in de samenwerking van belang dat het (F)ACT-team over meer kennis beschikt met betrekking tot triple problematiek. Voor een vervolgonderzoek is het aan te bevelen dat deze zich richt op de vraag hoe **adequate zorg** voor mensen met triple problematiek eruit ziet en/of het (F)ACT in staat is deze doelgroep van adequate zorg te voorzien.

In de samenwerking met ketenpartners vormt de **financiering**, die vanuit de gemeente moet worden afgegeven, vaak een probleem. In een vervolgonderzoek zou kunnen worden onderzocht welke beweegredenen een gemeente heeft bij het geven van een zorgindicatie.

Om goed te kunnen netwerken met verschillende ketenpartners, moet je als (F)ACT-team assertief zijn. Er zijn **methodieken** in wijkteams beschikbaar, die het team mogelijk handvatten kunnen geven in het netwerken. De onderzoekers bevelen aan om verder onderzoek te doen naar de bruikbaarheid van deze methodieken.

Tot slot is uit de resultaten gebleken dat de **geheimhoudingsplicht** een belemmering is in het samenwerken met ketenpartners. Dit is in dit onderzoek niet wetenschappelijk onderbouwd. Wellicht zijn er uitzonderingen, waarbij de zorgverlener wel gegevens mag verstrekken van de cliënt. Een vervolgonderzoek kan hier mogelijk een antwoord op geven.

Referentielijst

Artikelen

Bhaumik, S., Tyrer, F.C., McGrother, C. & Ganghadaran, K. (2008). Psychiatric service and psychiatric disorders in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 986-995. Gedownload op 16 oktober 2016, van <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=e29d4dd5-ec9c-4cec-8910-00db4e524271%40sessionmgr102&hid=111&bdata=Jmxhbm9bmwmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=EJ814218&db=eric>

Delespaul, P.H., Haan, L. de, Hoof, F. van, Gaag, M. van der, Keet, R., Kroon, H., Mulder, N., Os, J. van, Slooff, C., Sytema, S., Weeghel, J. van, & Wiersma, D. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 427-438. Geraadpleegd op 12 september, van <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/55-2013-6-artikel-delespaul.pdf>

Didden, R., Embregts, P., Toorn, van der, M. & Laarhoven, N. (2008). Substance abuse, coping strategies, adaptive skills and behavioral and emotional problems in clients with mild borderline intellectual disability admitted to a treatment facility: A pilot study. *Research in Developmental Disabilities*, 927-932. Gedownload op 9 oktober 2016, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19217753>

Drukker, M., Os, J., van, Bak, M., Campo, J., á. & Delespaul, P.H. (2010). Systematic monitoring of needs for care and global outcomes in patients with severe mental illness. *BMC Psychiatry*, 1-10. Gedownload op 14 oktober 2016, van <http://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-10-36>

Hammink, A., Schrijvers, C. & Mheen, van de, D. (2014). Alcohol- en drugsgebruik onder mensen met een licht verstandelijke beperking. *Verslaving*, 57-70. Gedownload op 8 oktober 2016, van <http://link.springer.com/article/10.1007/s12501-014-0016-4>

Hemmings, C., Bouras, N. & Craig, T. (2014). How should community mental health of intellectual disability services evolve? *Research Public Health*, 8624-8631. Gedownload op 8 oktober 2016, van <http://www.mdpi.com/1660-4601/11/9/8624/htm>

Leopoldo Cabassa, J., Arminda Gomes, P., Quisqueya, M., Capitelli, L., Younge, R., Dragatsi, D., Alvarez, J., Manrique, Y. & Lewis-Fernández, R. (2014). Using the collaborative intervention planning framework to adapt a health-care manager intervention to a new population and provider group to improve the health of people with serious mental illness. *Implementation Science*, 1-11. Gedownload op 12 oktober 2016, van <http://download.springer.com/static/pdf/391/art%253A10.1186%252Fs13012-014-0178-9.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fimplementationscience.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2Fs13012-014-0178-9&token2=exp=1477180560~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F391%2Fart%25253A10.1186%25252Fs13012-014-0178-9.pdf~hmac=f83b3166ea7f51368197748f189e4ace1fc7a12fe713c1066f5c18cd46015d20>

Lougheed, D. C. & Farrell, S. (2013). The Challenge of a 'Triple Diagnosis': Identifying and Serving Homeless Canadian Adults With a Dual Diagnosis. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 230-235. Geraadpleegd op 7 oktober 2016, van <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=f56f7d50-ba2a-4d0a-86f7-4d6a21902895%40sessionmgr4009&vid=2&hid=4111>

Nijkamp, F. & Rippen, C. (2014). Niet loslaten: succesvolle bemoeizorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking. *Vakblad Sociaal/Werk*, 9-11. Gedownload op 15 oktober 2016, van http://download.springer.com/static/pdf/461/art%253A10.1007%252Fs12459-014-0053-4.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%252Fs12459-014-0053-4&token2=exp=1476991198~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F461%2Fart%25253A10.1007%25252Fs12459-014-0053-4.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1007%252Fs12459-014-0053-4*~hmac=f641842b9934eda418a4009a5706b34db6e155cf25299ba5cade02397cca7489

Mohr, C., Curran, J., Coutts, A. & Dennis, S. (2002). Collaboration—together we can find the way in dual diagnosis. *Issues Ment Health Nursing*, 171-180. Geraadpleegd op 5 oktober 2016, van <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=76894028-0cda-46dc-b937-7f0b97375608%40sessionmgr4009&vid=2&hid=4111>

Wolf, J., Maas, M., AlShamma, S. (2012). Discus Amsterdam: housing first evaluatie van de werkzaamheid: samenvatting van resultaten. *Impuls*, 1-4. Gedownload op 20 oktober 2016, van <http://www.impuls-onderzoekscentrum.nl/infoblad+resultaten+Housing+First+Discus>

Boeken

American Psychiatric Association. (2006). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Amersfoort: Drukkerij Wilco

Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Goede, M. de, Peters, V., & Velden, T. van der. (2013). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Baarda, B., Goede, M. de, & Teunissen, J. (2009). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek* (2nd ed.). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers BV.

Bertrams, J. (1999). *De kennisdelende organisatie*. Schiedam: Scriptum.

Bosch, E. (2003). Bejegening in de Zorg. *Respectvol omgaan met Cliënten*. 4^e druk, p. 15-16. Soest: Uitgeverij Nelissen.

Dale, J.H. van. (2014). *Groot woordenboek van de Nederlandse taal*. Utrecht: Van Dale uitgevers.

Hammink, A.B., Nagel, J. van der, Mheen, D. van de. (2015). Dual disorders: Mild Intellectual Disability and Substance Abuse. In Dom, G., & Moggi, F. (red), *Co-occurring Addictive and*

Psychiatric Disorders. A practice-Based Handbook from a European Perspective (pp. 209-211). Springer: Berlijn Heidelberg.

Loth, C., Slee, Y., & Peppel, H. van de. (2012). *Verpleegkundige standaarden van zorg bij verslavingspsychiatrie: Competentieprofiel voor mbo, hbo, post-hbo en master verslavingsverpleegkunde*. Amsterdam: Reed Business bv.

Lucassen, P. (2007). *Kwalitatief onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Moonen, X. & Didden, R. (2014). Effectieve methoden in de ondersteuning aan mensen met een verstandelijke beperking. In B. Twint & J. de Bruijn (Red.), *Handboek verstandelijke beperking: 24 succesvolle methoden*. Amsterdam: Boom.

Nagel, J. van der, Didden, R., Kiewik, M. (2013). *Iedereen gebruikt toch? Verslaving bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Amsterdam: Boom.

Rosendal, H., Ahaus, K., Huijsman, R., & Raad, C. (2009). *Ketenzorg: Praktijk in perspectief*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Scholten, R.J.P.M., Tuut, M.K., Kremer, L.C.M. & Assendelft, W.J.J. (2003). *Beoordelen van de kwaliteit van medischwetenschappelijk onderzoek*. Utrecht: Bohn Stafleu van Loghum.

Veldhuizen, R. van. (2016). *Zakboek FACT: Zorg in de wijk voor mensen met ernstige psychiatrische problemen*. Utrecht: De tijdstroom uitgeverij.

Veldhuizen, R., Polhuis, D., Bähler, M., Mulder, N. & Kroon, H. (2015). *Handboek (Flexible) ACT: Herstelondersteunende zorg en behandeling in de eigen omgeving voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen*. Utrecht: De tijdstroom uitgeverij.

Verhoeven, N. (2010). *Wat is onderzoek? Praktijk methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

Vliet, J.A. van, & Wilken, J.P. (2001). *Ons kent ons....:De praktijk van de samenwerking in de forensische zorg*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Weele, E., & Kuiper, C. (2008). *Samenwerken*. Utrecht: Uitgeverij LEMMA.

Internetbronnen

Baker, B. (2009). *Ik en mijn gekte* [Foto]. Gedownload op 29 september 2016, van <http://www.hetdolhuys.nl/tentoonstellingen/ik-en-mijn-gekte>

Bouman. (2016). *Verslaving*. Geraadpleegd op 17 oktober 2016, van <http://www.boumanggz.nl/verslaving/>

Dijk, F. van, Storms, M., Terpstra, L., Verberne, G., & Roos, J. (2008). *Behandelvisie (forensische) SGLVG*. Gedownload op 10 oktober 2016, van <http://docplayer.nl/8511376-Behandelvisie-forensische-sglvg.html>

F-ACT Nederland. (2016). *F-ACT LVB*. Gedownload op 12 oktober 2016, van <http://www.f-actnederland.nl/f-act-lvb/>

Gennep, A. van. (2002). *Richtlijnen voor de praktijk van onderzoek en diagnostiek van problemen met de geestelijke gezondheid bij volwassenen met een verstandelijke beperking*. Gedownload op 22 september 2016, van <http://www.vilans.nl/docs/producten/RichtlijnenOnderzoekGeestelijkeGezondheid.pdf>

GGZ Nederland. (2016). *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap: Visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Gedownload op 7 oktober 2016, van http://www.ggz nederland.nl/uploads/assets/asset_305955.pdf

Graaf, R. de, Have, T. ten, Tuithof, M., & Dorsselaer, S. van. (2012). *Incidentie van psychische aandoeningen*. Trimbos-instituut, Utrecht. Gedownload op 3 oktober 2016, van <https://assets.trimbos.nl/docs/71379d1f-7622-4925-8550-b9e9c7e483d8.pdf>

Groot, S. de. (z.d.). *Het nut en gevaar van best practices*. Geraadpleegd op 29 september 2016, van <http://www.kultifa.nl/artikel%20best%20practices.pdf>

Kaal, H.L., Ooyen-Houben, M.M.J. van, Ganpat, S., & Wits, E. (2009). *Een complex probleem: Passende zorg voor verslaafde justitiabelen met co-morbide psychiatrische problematiek en een lichte verstandelijke handicap*. Gedownload op 15 september 2016, van <https://www.wodc.nl/onderzoeksdatabase/inventarisatie-bestaande-kennis-tbv-forensisch-zorgprogramma-jvz.aspx>

Landelijk Expertise- en Implementatiecentrum Dubbele Diagnose. (z.d.). *Factsheet Triple Diagnose*. Gedownload op 15 september 2016, van http://www.ledd.nl/images/documents/psycho-educatie/factsheet_triple_diagnose.pdf

Langbroek, M. (2015). *Hoe je de code ontcijfert en je ideale baan ontsluit*. Gedownload op 16 oktober 2016, van <http://www.lifeworkdesign.nl/hoe-code-ontcijfert-ideale-baan-ontsluit/>

Langemeijer, P.G. (2015). *Juridisch kennisportaal*. Geraadpleegd op 16 oktober 2016, van <http://www.juridischkennisportaal.nl/wiki/bopz-psychiatrie/gevaar/maatschappelijke-teloorgang.htm>

Meer, C. van der, Hendriks, V., & Vos, R. (2003). *Dubbele diagnose, dubbele hulp: Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling*. Gedownload op 6 oktober 2016, van www.ggzrichtlijnen.nl/richtlijn/doc/download.php?id=70

Melssen, N. (2016). *Gedragscode voor studentonderzoekers bij het uitvoeren van praktijkgericht onderzoek*. Gedownload op 12 september 2016, van <https://blog.han.nl/acute-intensieve.../gedragscode-praktijkgericht-onderzoek-hbo/>

Nagel, J. van der. (2013). *Wat je niet ziet, bestaat niet. Zicht op psychiatrie & verslaving bij cliënten met LVB*. Geraadpleegd op 3 oktober 2016, van http://www.deggzacademie.nl/upload/documenten/symposia/blinde_vlek/Joanneke_van_der_Nagel.pdf

Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2014). *Wat is disease management?*. Geraadpleegd op 5 oktober 2016, van <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/sectoroverstijgend/ketenzorg/wat-is-ketenzorg/>

Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2014). *Hoe vaak komt een verstandelijke beperking voor?*. Geraadpleegd op 3 oktober 2016, van <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/verstandelijke-beperking/hoe-vaak-komt-een-verstandelijke-beperking-voor/>

Neijmeijer, L. (2014). *Aan de slag met (F)ACT voor LVB?!*: Handreiking voor de implementatie van (F)ACT voor cliënten met een licht verstandelijke beperking en complexe problematiek. Gedownload op 12 oktober 2016, van <https://www.movisie.nl/sites/default/files/aan-de-slag-met-fact-voor-lvb.pdf>

Neijmeijer, L. (2015). *Modelbeschrijving (Flexibele) ACT LVB*. Gedownload op 12 oktober 2016, van <https://assets.trimbos.nl/docs/ca968bbe-ddc0-421f-aa6b-09ff6cf60c82.pdf>

Neijmeijer, L., Moerdijk, L., Veneberg, G., & Muusse, C. (2010). *Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ: Een verkennend onderzoek*. Gedownload op 12 oktober 2016, van <https://www.trimbos.nl/?act=winkeldl.download&prod=430>

Novadic-Kentron. (2016). *Wat is verslaving?*. Geraadpleegd op 17 oktober 2016, van <https://www.novadic-kentron.nl/middelen-en-verslaving/soorten-verslaving/>

Vermeijs, K. (2016). *Het terugdringen van overlast veroorzaakt door personen met een dubbele- of een triple diagnose*. Gedownload op 8 oktober 2016, van [file:///C:/Users/User/Downloads/Het%20terugdringen%20van%20overlast%20veroorzaakt%20door%20personen%20met%20een%20dubbele%20-%20of%20een%20triple%20diagnose%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Het%20terugdringen%20van%20overlast%20veroorzaakt%20door%20personen%20met%20een%20dubbele%20-%20of%20een%20triple%20diagnose%20(2).pdf)

V&VN 2020. (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundige*. Gedownload op 21 september 2016, van www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/.../3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf

Overige bronnen

Beer, Y. de. (2011). *De Kleine Gids Mensen met een licht verstandelijke beperking 2011*. Alphen aan de Rijn: Kluwer.

Cakmak, A., Ait Omar, G. Aarab, Y., & Jong, R. de. (2016). *Bewustwording en signaleren van LVB naast een dubbel diagnose*. Afstudeerscriptie van vier maatschappelijk werk en dienstverlening studenten van de HAN op dezelfde afdeling, verkregen van de contactdocent.

Bijlage 1 Format Schriftelijke rapportage van de zoekstrategie

In deze bijlage zijn allereerst de gebruikte zoektermen beschreven. Vervolgens is aan de hand van een aangeleverde format de zoekstrategie in Pubmed systematisch weergegeven. Daarnaast is er ook gezocht in andere databases middels een zoekstrategie. Deze zoekstrategieën staan ook gerapporteerd in deze bijlage.

Gebruikte zoektermen

Element 1	Element 2	Element 3	Element 4	Element 5	Element 6	Element 7
Dual diagno	Serious or severe mental illness (S(P)MI)	Triple diagnosis	Intellectual disability	Substance related disorder	Integrated care	Community mental health centers
Dual diagnosis, psychiatry	Mental disorder		Mentally disabled	Addiction, drug	Collaboration	Flexible Assertive Community Treatment
Co-occurring disorder (COD)	Mental illness		Mentally retarded	Addiction, substance		
	Mental health		Disabled	Addictive		
				Addictive behavior		

Zoekstrategie in Pubmed

#23	Add	Search (((("Community Mental Health Centers"[Mesh]) OR flexible assertive community treatment)) AND (((("Cooperative Behavior"[Mesh]) OR "Delivery of Health Care, Integrated"[Mesh]) OR "Intellectual Disability"[Mesh])) AND (((("Intellectual Disability"[Mesh]) OR "Mentally Disabled Persons"[Mesh]) OR "Mental Disorders"[Mesh]) OR "Substance-Related Disorders"[Mesh]) OR "Behavior, Addictive"[Mesh]) Filters: published in the last 10 years; Humans	57	13:21:36
#22	Add	Search (((("Community Mental Health Centers"[Mesh]) OR flexible assertive community treatment)) AND (((("Cooperative Behavior"[Mesh]) OR "Delivery of Health Care, Integrated"[Mesh]) OR "Intellectual Disability"[Mesh])) AND (((("Intellectual Disability"[Mesh]) OR "Mentally Disabled Persons"[Mesh]) OR "Mental Disorders"[Mesh]) OR "Substance-Related Disorders"[Mesh]) OR "Behavior, Addictive"[Mesh]) Filters: published in the last 10 years	59	13:21:29
#21	Add	Search (((("Community Mental Health Centers"[Mesh]) OR flexible assertive community treatment)) AND (((("Cooperative Behavior"[Mesh]) OR "Delivery of Health Care, Integrated"[Mesh]) OR "Intellectual Disability"[Mesh])) AND (((("Intellectual Disability"[Mesh]) OR "Mentally Disabled Persons"[Mesh]) OR "Mental Disorders"[Mesh]) OR "Substance-Related Disorders"[Mesh]) OR "Behavior, Addictive"[Mesh])	129	13:21:07
#20	Add	Search (((("Intellectual Disability"[Mesh]) OR "Mentally Disabled Persons"[Mesh]) OR "Mental Disorders"[Mesh]) OR "Substance-Related Disorders"[Mesh]) OR "Behavior, Addictive"[Mesh]	1107860	13:20:10
#19	Add	Search (("Cooperative Behavior"[Mesh]) OR "Delivery of Health Care, Integrated"[Mesh]) OR "Intellectual Disability"[Mesh]	131705	13:19:09
#18	Add	Search ("Community Mental Health Centers"[Mesh]) OR flexible assertive community treatment	3228	13:18:41
#17	Add	Search "Behavior, Addictive"[Mesh]	6826	13:18:05
#15	Add	Search "Substance-Related Disorders"[Mesh]	243358	13:17:23
#13	Add	Search "Mental Disorders"[Mesh]	1049685	13:16:40
#11	Add	Search "Mentally Disabled Persons"[Mesh]	3343	13:16:16
#9	Add	Search "Intellectual Disability"[Mesh]	86330	13:15:45
#7	Add	Search "Delivery of Health Care, Integrated"[Mesh]	9904	13:15:20
#5	Add	Search "Cooperative Behavior"[Mesh]	36324	13:14:29
#3	Add	Search flexible assertive community treatment	208	13:13:57
#2	Add	Search "Community Mental Health Centers"[Mesh]	3031	13:13:40

ZOEKSTRATEGIE	RAPPORTAGE ZOEKSTRATEGIE
Stap 1: Vraagstelling/onderwerp (invullen)	Stap 1: Hoe kan het FACT-team Arnhem Centraal samenwerken met ketenpartners op het gebied van LVB problematiek om adequate zorg te verlenen aan cliënten met triple problematiek?
Stap 2: PICO formuleren (afhankelijk van je onderzoeksvraag)	Stap 2: P: FACT-team Arnhem Centraal I: Samenwerken met ketenpartners op het gebied van LVB problematiek C: - O: Adequate zorg verlenen aan cliënten met triple problematiek
Stap 3: 1. Zoektermen formuleren op basis van de PICO: 2. Voor Engelstalige databases deze zoektermen vertalen 3. Beschrijf de search voor PubMed: allereerst MESH-termen vermelden met bijbehorende definitie; zo nodig vrije tekstwoorden vermelden	Stap 3: PICO in Engelse begrippen P: FACT-team Arnhem Centraal I: collaboration with integrated care in the area of mild intellectual disability C: - O: provide adequate care to clients with triple problems Gevonden MeSH termen en definities P: FACT-team Arnhem Centraal

4. Vermelden van gebruikte booleaanse operatoren (and, or, not, etc) 5. Zo nodig geef je limits aan (bv human, language, age, article type, etc) PS: niet afbakenen op free-full text! 6. Bouw de search per zoekterm op	MeSH 'Community Mental Health Centers' à 1 MeSH term - Community Mental Health Centers: Facilities which administer the delivery of psychologic and psychiatric services to people living in a neighborhood or community. Vrije term 'Flexible Assertive Community Treatment' I: Collaboration with integrated care in the area of mild intellectual disability MeSH 'collaboration' wordt 'cooperative behavior' → 1 MeSH term - Cooperative behavior: The interaction of two or more persons or organizations directed toward a common goal which is mutually beneficial. An act or instance of working or acting together for a common purpose or benefit, i.e., joint action. MeSH 'integrated care' wordt 'delivery of health care, integrated' → 1 MeSH term - Delivery of health care, integrated: A health care system which combines physicians, hospitals, and other medical services with a health plan to provide the complete spectrum of medical care for its customers. In a fully integrated system, the three key elements - physicians, hospital, and health plan membership - are in balance in terms of matching medical resources with the needs of purchasers and patients. MESH 'mild intellectual disability' wordt 'intellectual disability' → 1 MeSH term - Intellectual disability: Subnormal intellectual functioning which originates during the developmental period. This has multiple potential etiologies, including genetic defects and perinatal insults. Intelligence quotient (IQ) scores are commonly used to determine whether an individual has an intellectual disability. IQ scores between 70 and 79 are in the borderline range. Scores below 67 are in the disabled range. Synoniem voor intellectual disability: MeSH 'mentally disabled persons' → 1 MeSH term - Mentally disabled persons: Persons diagnosed as having significantly lower than average intelligence and considerable problems in adapting to everyday life or lacking
---	---

independence in regard to activities of daily living.

C: -

O: Adequate care to clients with triple problems

Triple problematiek is een probleem wat vooral nog in Nederland gebruikt wordt. We vinden met de term 'triple diagnosis' of 'triple trouble' voornamelijk literatuur over kanker of andere onderwerpen, die niet relevant zijn voor ons onderzoek. We hebben er daarom voor gekozen om de problematiek te splitten in de drie onderdelen, namelijk: licht verstandelijke beperking, psychiatrische stoornis en verslavingsproblematiek.

MeSH 'intellectual disability' → 1 MeSH term

- Intellectual disability: Subnormal intellectual functioning which originates during the developmental period. This has multiple potential etiologies, including genetic defects and perinatal insults. Intelligence quotient (IQ) scores are commonly used to determine whether an individual has an intellectual disability. IQ scores between 70 and 79 are in the borderline range. Scores below 67 are in the disabled range.

Synoniem voor 'intellectual disability' is MeSH 'mentally disabled persons' → 1 MeSH term

- Mentally disabled persons: Persons diagnosed as having significantly lower than average intelligence and considerable problems in adapting to everyday life or lacking independence in regard to activities of daily living.

MeSH 'mental disorders' → 3 MeSH terms

- Mental disorder: Psychiatric illness or diseases manifested by breakdowns in the adaptational process expressed primarily as abnormalities of thought, feeling, and behavior producing either distress or impairment of function.

MeSH 'substance related disorders' → 1 MeSH term

- Substance related disorder: disorders related to substance abuse.

MeSH 'addiction' wordt 'behavior, addictive' → 10 MeSH terms

- Behavior, addictive: The observable, measurable, and often pathological activity of an organism that portrays its inability to overcome a habit resulting in an insatiable craving for a substance or for performing certain acts. The addictive behavior includes the

	emotional and physical overdependence on the object of habit in increasing amount or frequency. Aantal hits search • "Community mental health centers"[Mesh]: aantal hits 3031 • "Flexible Assertive Community Treatment": aantal hits 208 • "Cooperative behavior"[Mesh] : aantal hits 36324 • "Delivery of health care, integrated"[Mesh]: aantal hits 9904 • "Intellectual disability"[Mesh]: aantal hits 86330 • "Mentally disabled persons"[Mesh]: aantal hits 3343 • "Mental disorders"[Mesh]: aantal hits 1049685 • "Substance related disorders"[Mesh]: aantal hits 243358 • "Behavior, addictive"[Mesh]: aantal hits 6826
RESULTATEN ZOEKSTRATEGIE	Search
Stap 4A: SEARCH PUBMED Rapporteer stapsgewijs het aantal hits (resultaten) per search (gebruik hiervoor de history)	Stap 4A: search PubMed: P: ("Community Mental Health Centers"[Mesh]) OR flexible assertive community treatment → aantal hits: 3228 I: (("Cooperative Behavior"[Mesh]) OR "Delivery of Health Care, Integrated"[Mesh]) OR "Intellectual Disability"[Mesh] → aantal hits: 131705. C: - O: (((("Intellectual Disability"[Mesh]) OR "Mentally Disabled Persons"[Mesh]) OR "Mental Disorders"[Mesh]) OR "Substance-Related Disorders"[Mesh]) OR "Behavior, Addictive"[Mesh] → aantal hits: 1107860. Bovenstaande zoektermen heb ik gecombineerd door er OR tussen te plaatsen. Dit heb ik zo gedaan omdat ik op deze manier breed kan zoeken met alle MeSH termen in PubMed. P + I + O = (((("Community Mental Health Centers"[Mesh]) OR flexible assertive community treatment)) AND (((("Cooperative Behavior"[Mesh]) OR "Delivery of Health Care, Integrated"[Mesh]) OR "Intellectual Disability"[Mesh])) AND (((("Intellectual Disability"[Mesh]) OR "Mentally Disabled Persons"[Mesh]) OR "Mental Disorders"[Mesh]) OR "Substance-Related Disorders"[Mesh]) OR "Behavior, Addictive"[Mesh]) → aantal hits: 129
Stap 4B: IN- EN EXCLUSIECRITERIA	Stap 4B: IN- EN EXCLUSIECRITERIA GESCHIKTE TITELS EN/OF ABSTRACTS:

GESCHIKTE TITELS EN/OF ABSTRACTS Vermeld hierbij welke selectiecriteria je gebruikt om te beoordelen welke titels en/of abstracts geschikt zijn om je onderzoeksvraag te beantwoorden; deze weet je niet altijd van tevoren en worden duidelijker als je de titels en abstracts doorleest	Inclusiecriteria: - Publication dates: '10 years' (recente literatuur) - Species: 'humans' (onderzoekseenheden) Exclusiecriteria: - Geen exclusiecriteria opgenomen. → overgebleven artikelen: 57.
Stap 4C: AANTAL GESCHIKTE ABSTRACTS Hierbij vermelden hoeveel titels/abstracts na selectie geschikt zijn voor het beantwoorden van je onderzoeksvraag cq onderwerp toetsing; hierbij geef je onderbouwing van de in- exclusiecriteria	Stap 4C: AANTAL GESCHIKTE ABSTRACTS: Na stap 4B.5 zijn er nog 57 artikelen over. Na het lezen van de abstracts bleven er twee artikelen over die relevant zijn voor dit onderzoek.
Stap 4D: FULL-TEXT Vermeld hier hoeveel van de gekozen artikelen uit 4c full-text beschikbaar zijn	Stap 4D: FULL-TEXT Alle twee de artikelen zijn full-text beschikbaar.
Stap 4E: WELKE ARTIKELEN GA IK GEBRUIKEN? Vermeld hier de keuze van je artikelen (aantal, onderzoeksdesign artikel, land en setting onderzoek) en onderbouw je keuze	Stap 4E: WELKE ARTIKELEN GA IK GEBRUIKEN? • Using the collaborative intervention planning framework to adapt a health-care manager intervention to a new population and provider group to improve the health of people with serious mental illness. • How should community mental health of intellectual disability services evolve? Voor verdere informatie zie 'evidence tabel' in bijlage 3.

Zoekstrategie in HAN Quest

Om de zoekstrategie in HAN Quest te beschrijven, is er gebruikgemaakt van het format voor zoekstrategie van de informatiespecialist Thomas Pelgrim.

1. Integrated care
2. Collaboration
3. 1 OR 2
4. Intellectual disability
5. Mental retardation
6. Learning disability
7. 4 OR 5 OR 6
8. Dual diagnosis
9. Co-occurring disorders
10. 8 OR 9
11. 3 AND 7 AND 10

Er zijn met bovenstaande zoekactie 37 artikelen gevonden. Deze artikelen zijn gescreend op titel en abstract. De volgende artikelen zijn overgebleven die betrekking hebben op het onderwerp van de onderzoeksvraag:

- Loughheed, D. C. & Farrell, S. (2013). *The Challenge of a 'Triple Diagnosis': Identifying and Serving Homeless Canadian Adults With a DualDiagnosis*.
- Mohr, C., Curran, J., Coutts, A. & Dennis, S.(2002). *Collaboration—together we can find the way in dual diagnosis*.

Zoekstrategie in Worldcat

Deze database is verkregen van informatiespecialist Irma van Hout (informatiespecialist) van de HAN. Door te zoeken op licht verstandelijke handicap vindt deze database 37 artikelen. Deze artikelen zijn gescreend op titel en abstract. De volgende artikelen zijn overgebleven die betrekking hebben op het onderwerp van de onderzoeksvraag:

- Hammink, A., Schrijvers, C. & Mheen, van de, D. (2014). *Alcohol- en drugsgebruik onder mensen met een licht verstandelijke beperking*.
- Nijkamp, F. & Rippen, C. *Niet loslaten: succesvolle bemoeizorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking*.

Sneeuwbalmethode

Naast het zoeken van literatuur in verschillende databases, is er ook de sneeuwbalmethode toegepast. Dit wil zeggen dat er in gevonden relevante artikelen gekeken wordt naar de artikelen die opgenomen zijn in de referentielijst. Deze artikelen moeten uiteraard wel betrekking hebben op het onderzoeksonderwerp (Baarda et al., 2013). Door vervolgens deze artikelen te zoeken in de online databases, kunnen er nieuwe relevante artikelen gevonden worden. Met behulp van deze methode zijn de volgende artikelen gevonden met betrekking tot het onderwerp van de onderzoeksvraag:

- Delespaul, P.H., Haan, L. de, Hoof, F. van, Gaag, M. van der, Keet, R., Kroon, H., Mulder, N., Os, J. van, Slooff, C., Sytema, S., Weeghel, J. van, & Wiersma, D. (2013). *Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland*.
- Didden, R., Embregts, P., Toorn, van der, M. & Laarhoven, N. (2008). *Substance abuse, coping strategies, adaptive skills and behavioral and emotional problems in clients with mild borderline intellectual disability admitted to a treatment facility: A pilot study*.
- Bhaumik, S., Tyrer, F.C., McGrother, C. & Ganghadaran, S.K. (2008). *Psychiatric service use and psychiatric disorders in adults with intellectual disability*.
- Wolf, J., Maas, M., AlShamma, S. (2012). *Discus Amsterdam: housing first evaluatie van de werkzaamheid: samenvatting van resultaten*.

Verkregen artikelen

Naast het zoeken in de verschillende online databases en het gebruik van de sneeuwbalmethode, zijn er nog artikelen verkregen van betrokkenen bij dit onderzoek. Deze personen hebben met de onderzoekers meegedacht en -gezocht, om tot nog meer relevante artikelen te komen. De volgende artikelen zijn verkregen:

- Vermeijs, K. (2016). *Het terugdringen van overlast veroorzaakt door personen met een dubbele- of een triple diagnose*. Gedownload op 8 oktober 2016, van [file:///C:/Users/User/Downloads/Het%20terugdringen%20van%20overlast%20veroorzaakt%20door%20personen%20met%20een%20dubbele%20of%20een%20triple%20diagnose%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Het%20terugdringen%20van%20overlast%20veroorzaakt%20door%20personen%20met%20een%20dubbele%20of%20een%20triple%20diagnose%20(2).pdf)

Bijlage 2 Evidence tabel

In de level of evidence wordt alle literatuur beschreven die gebruikt is in dit onderzoek. De level of evidence wordt gebruikt om deze literatuur te ordenen. Alle gebruikte artikelen zijn beoordeeld op mate van bewijs, waarbij er gebruik is gemaakt van de volgende indeling (Scholten, R.J.P.M., Tuut, M.K., Kremer, L.C.M. & Assendelft, W.J.J., 2003):

- A1** systematische review van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2 niveau
- A2** gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van voldoende kwaliteit
- B** vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2
- C** niet-vergelijkend onderzoek
- D** mening van deskundigen

Auteur	Jaar	Level of evidence	Titel	Omschrijving
Hemmings, C., Bouras, N. & Craig, T.	2014	A1	How should community mental health of intellectual disability services evolve?	De reguliere gezondheidszorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking en geestelijke gezondheidsproblemen blijft onontwikkeld. Er zal hierin verandering moeten komen. Dit onderzoek gaat ervan uit dat er nieuwe vormen van samenwerking moeten ontstaan tussen de LVG- & GGZ sector.
Drukker, M., Os, J., van, Bak, M., Campo, J., á. & Delespaul, P.H.	2010	B	Systematic monitoring of needs for care and global outcomes in patients with severe mental illness.	Er wordt aangenomen dat de invoering van de instrumenten voor het beoordelen van de zorgbehoeften en ernst van de symptomen van cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening een bijdrage kunnen leveren aan de verbeterde resultaten in de behandeling. Systematische klinische controle van de cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening laten een verband zien met de verbetering van psychopathologie.
Didden, R., Embregts, P., Toorn, van der, M. & Laarhoven, N.	2008	B	Substance abuse, coping strategies, adaptive skills and behavioral and emotional problems in clients with mild borderline intellectual disability admitted	Er wordt in dit onderzoek gezocht naar de verschillen in coping, adaptieve vaardigheden, emotionele- en gedragsproblemen tussen cliënten waarbij de ene groep wel middelen gebruikt en de andere groep niet.

			to a treatment facility: A pilot study.	
Mohr, C., Curran, J., Coutts, A. & Dennis, S	2002	C	Collaboration— together we can find the way in dual diagnosis.	Instellingen in de gezondheidszorg worstelen met het leveren van geestelijke gezondheidszorg aan volwassenen met een verstandelijke beperking. Veel professionals voelen zich niet uitgerust om de psychiatrische aandoeningen bij deze mensen te behandelen. De belangrijkste elementen van een succesvolle samenwerking zijn voorzien van goede communicatie, adequate financiële en personele middelen en de bereidheid om van elkaar te leren.
Hammink, A., Schrijvers, C. & Mheen, van de, D.	2014	C	Alcohol- en drugsgebruik onder mensen met een licht verstandelijke beperking	Middels een kwalitatief onderzoek wordt het middelengebruik onder mensen met een licht verstandelijke beperking in Rotterdam in kaart gebracht. In het onderzoek worden veertien professionals en vijf cliënten geïnterviewd. De negatieve gevolgen van middelgebruik wordt besproken.
Bhaumik, S., Tyrer, F.C., McGrother, C. & Ganghadaran, S.K.	2008	C	Psychiatric service use and psychiatric disorders in adults with intellectual disability.	In Amerika brengen ze met dit onderzoek de psychiatrische stoornissen met een verstandelijke beperking in kaart. Waarbij ze kort iets vertellen over de wenselijke samenwerking tussen de algemene- en gespecialiseerde zorg.
Nijkamp, F. & Rippen, C.	2014	C	Niet loslaten: succesvolle bemoeizorg voor mensen met een lichtverstandelijke beperking.	Het team Trajectum is sinds januari 2014 voorlopig gecertificeerd als ACT team. Het team focust zich op de doelgroep licht verstandelijke beperking. Kort wordt er wat verteld over deze doelgroep en met welke ketenpartners het multidisciplinaire team te maken heeft.

Donna, C., Lougheed, D.C., Farrell, S. & University of Ottawa & Canada	2013	C	The challenge of a “Triple Diagnosis”: Identifying and Serving Homeless Canadian Adults With a Dual Diagnosis.	Om volwassen mensen met een drievoudige diagnose te helpen om goed te functioneren, is een uitgebreide en ondersteunende behandeling noodzakelijk. Deze behandeling en zorg is op basis van goed begrip van de professionals van de behoeften en vaardigheden van deze mensen. Daarnaast is het ook van belang om deze kwetsbare mensen te voorzien van bescherming tegen zowel verwaarlozing als mishandeling in de samenleving. Het respecteren van deze mensen zorgt ervoor dat hun belemmeringen voor de gezondheidszorg verwijderd worden, waardoor dakloosheid kan worden voorkomen. Onderzoek naar een effectieve behandeling van volwassenen met een psychiatrische aandoening, verslaving en verstandelijke handicap is beperkt.
Leopoldo Cabassa, J., Arminda Gomes, P., Quisqueya, M., Capitelli, L., Younge, R., Dragatsi, D., Alvarez, J., Manrique, Y. & Lewis- Fernández, R.	2014	C	Using the collaborative intervention planning framework to adapt a health- care manager intervention to a new population and provider group to improve the health of people with serious mental illness	Het artikel omschrijft een methode PCARA om te zorgen voor een verbeterde samenwerking tussen de algemene- en gespecialiseerde zorg.
Wolf, J., Maas, M., AlShamma, S.	2012	C	Discus Amsterdam: housing first evaluatie van de werkzaamheid: samenvatting van resultaten.	De organisatie Discus weet mensen met een multicomplexe problematiek een dak boven het hoofd te geven en vervolgens ook de woning te behouden. Discus ondersteund deze doelgroep te participeren in de samenleving en te werken aan re-integratie.

Delespaul, P.H., Haan, L., van, Hoof, F., van, Gaag, M., van der, Keet, R., Kroon, H., Mulder, N., Os, J., van, Slooff, C., Systema, S., Weeghel, J., van & Wiersma, D.	2013	D	Consensus over de definitie van EPA	Het doel van dit artikel is consensus bereiken over het aantal patiënten met EPA in Nederland. Patiënten met EPA worden gekenmerkt door ernstige psychiatrische problemen en beperkingen die onderling verweven zijn en niet van voorbijgaande aard zijn, waarbij de zorg maatschappelijk geïntegreerd versterkt wordt om remissie en participatie te bevorderen. Geïndiceerde geïntegreerde zorg vraagt een state of art evidence-based behandeling en bejegening conform de richtlijnen voor de respectievelijke diagnosen.
---	------	---	-------------------------------------	---

Bijlage 3 Topiclijst

- Triple problematiek
- Adequate zorg
- Samenwerking met ketenpartners
- Communicatie met ketenpartners

Bijlage 4 Interviewguide

In deze bijlage is de interviewguide opgenomen die is gebruikt bij het afnemen van de interviews bij de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en HBO-verpleegkundige in acht verschillende FACT-teams en één ACT-team door Nederland.

Vorbereiding

Benodigdheden

- De onderzoekers laten bij aanvang van het interview de onderzochspersoon het document 'informed consent' tekenen en geven hier indien nodig een toelichting over.
- De onderzoekers zorgen ervoor dat ze videoapparatuur bij zich hebben. Er wordt gezorgd voor voldoende batterijen en geheugenopslag, zodat het interview in zijn geheel kan worden opgenomen.
- De onderzoekers zorgen ervoor dat zij pen en papier bij zich hebben, zodat er aantekeningen gemaakt kunnen worden tijdens het interview. Deze aantekeningen kunnen later in het gesprek nogmaals besproken worden indien dit noodzakelijk is (bijvoorbeeld bij onvoldoende belichte onderwerpen).
- De onderzoeker die tijdens het interview de rol van observator en notulist heeft houdt ook de tijd bij op een timer via een mobiele telefoon.

Interview

Inleiding

- Toestemming vragen voor gebruik audioapparatuur, aangeven dat anonimiteit gewaarborgd wordt (namen en andere persoonlijke info zullen vervangen worden).
- Introductie onderzoekers
- Doel van het interview
 - *In dit interview willen wij graag inzicht krijgen in de samenwerking van het FACT-team met ketenpartners gericht op het aspect licht verstandelijke beperking (LVB) voor de behandeling van cliënten met triple problematiek. Het FACT Arnhem Centraal ziet graag verbetering in de samenwerking tussen ketenpartners om adequate zorg te kunnen verlenen aan deze cliënten. Door tien sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, die werkzaam zijn in een FACT-team, te interviewen, hopen we te ontdekken hoe deze samenwerking georganiseerd is en kan worden.*
- Tijdsduur van het interview
- Uitleg geven over de korte aantekeningen die de onderzoekers zullen maken (om later aantekening terug te kunnen kijken)
- Informed consent 2 maal laten tekenen
- Vragen naar onduidelijkheden en/of vragen

Demografische gegevens

We beginnen met een aantal algemene vragen.

- Leeftijd
- Welke opleiding(en) heb je gedaan?
- Wat is tot nu toe je werkervaring?
- Hoe lang ben je al werkzaam in een FACT-team?
- E-mailadres controleren voor het versturen van het transcript en de resultaten

Triple problematiek

- **Kun je iets vertellen over jouw ervaring in de behandeling van cliënten met triple problematiek?**
 - *Hoe vaak verleen je zorg aan cliënten met triple problematiek?*
- **Hoe ziet de behandeling voor deze cliënten eruit?**
 - *Welke richtlijnen, protocollen etc. worden er gebruikt?*
 - *Wanneer er geen behandeling voor deze cliënten is: Waar loop je tegenaan?*
- **Hoe behandel je cliënten met een dubbel diagnose (psychiatrische stoornis & verslaving)?**
 - *Behandel je deze cliënten anders dan de cliënten met triple problematiek?*
 - *Zo ja, kun je hier een voorbeeld van geven?*
- **Worden er ook andere disciplines ingezet voor de behandeling van cliënten met triple problematiek?**
 - *Zo ja, bij welke instanties zijn deze dan werkzaam?*

Adequate zorg

- **Wat wordt er door jou verstaan onder adequate zorg bij mensen met triple problematiek?**
- **Is er in jouw team bepaalde kennis aanwezig om deze zorg te verlenen?**
 - *Is hier een cursus of iets dergelijks voor gevolgd?*
- **Is er een bepaalde methode en/of richtlijn voor de bejegening die jullie gebruiken voor mensen met een licht verstandelijke beperking?**
- **Welke kennis is er volgens jou nodig om samen te werken met ketenpartners?**
- **Is er in jullie team bepaalde kennis aanwezig om samen te kunnen werken met ketenpartners?**
 - *Is hier een cursus of iets dergelijks voor gevolgd?*

Samenwerking met ketenpartners

- **Maken jullie in de behandeling van cliënten met triple problematiek gebruik van instellingen gericht op licht verstandelijke beperkten (LVB)?**
 - *Zo ja:*
 - *Hoe maken jullie gebruik van deze instellingen?*
 - *Met hoeveel ketenpartners in de licht verstandelijke gehandicaptenzorg heeft het team te maken?*
 - *Zo nee:*
 - *Waarom is deze samenwerking er niet?*
 - *Hoe zorgen jullie er nu voor dat jullie adequate zorg leveren aan deze cliëntengroep? / Hoe doen jullie dat nu?*
 - *Wensen jullie een samenwerking met ketenpartners in de licht verstandelijke gehandicaptenzorg?*
- **Kun je een casus beschrijven waarin er samenwerking was met ketenpartners in de licht verstandelijke gehandicaptenzorg?**
 - *Wat heeft deze samenwerking opgeleverd?*

- *Zijn er verbeterpunten te noemen?*
- **Wordt er een bepaalde methode gebruikt voor de samenwerking?**
- **Welke voor- en nadelen heeft de samenwerking met deze ketenpartners?**
- **Hoe wordt de samenwerking met ketenpartners in jullie team gefinancierd?**

Communicatie met ketenpartners

- **Hoe verloopt de communicatie tussen jouw team en de ketenpartners?**
 - *Met welke professionals neem je zoal contact op?*
 - *Is er een vaste contactpersoon die je spreekt?*
 - *Coördineert iemand in het team deze samenwerking?*
- **Kun je vertellen hoe jij de communicatie met deze ketenpartners ervaart?**

Afsluiting

We zijn aan het einde gekomen van het interview.

- Bedanken voor de medewerking.
- Wil je nog iets kwijt over het onderwerp?
- Hoe heb je het interview ervaren?
- Zijn er nog vragen, opmerkingen en/of toevoegingen?

Terugkoppeling

- Member checking
 - Versturen van het transcript van het interview
 - Versturen van de resultaten van het onderzoek

Tot slot

- Bedankje aanreiken.

Bijlage 5 Email werving Sociaal psychiatrisch verpleegkundigen

Beste heer, mevrouw,

Wij zijn Dounia Sbai en Kim de Groot, vierdejaars HBO-V studenten aan de HAN in Nijmegen.

Op dit moment doen wij onderzoek naar de samenwerking met ketenpartners voor cliënten met triple problematiek. Dit is belangrijk om in de toekomst de cliënten met triple problematiek van adequate zorg te kunnen voorzien.

Met dit onderzoek willen wij graag inventariseren welke (F)ACT-teams te maken hebben met triple problematiek en welke ketenpartners ingeschakeld kunnen worden voor deze verschillende complexe aandoeningen. Met name willen wij onderzoeken of er een samenwerking is tussen het (F)ACT-team en de ketenpartners gericht op licht verstandelijke beperkten. Zo ja, dan zijn wij ook erg benieuwd hoe deze samenwerking tot stand is gekomen en verloopt?

We willen dit onderzoek graag uitvoeren door middel van een face-to-face interview met een sociaal psychiatrisch verpleegkundige met minimaal 2 jaar werkervaring binnen het (F)ACT. Deze interviews zullen ongeveer 30-45 minuten duren. Tijdens het interview zal er gebruik worden gemaakt van audioapparatuur, waarmee de gegevens achteraf goed verwerkt kunnen worden. Uiteraard zal anonimiteit gewaarborgd blijven van u en derden die mogelijk genoemd worden in het interview.

Wij zouden graag de vraag bij u neer willen leggen of dat er in uw team sociaal psychiatrisch verpleegkundigen mee zouden willen doen aan dit onderzoek? Zo ja, dan zouden wij graag een afspraak willen maken in de periode van 7 november t/m 25 november om het interview af te nemen. Dit interview kan wat ons betreft plaatsvinden op de locatie waar uw (F)ACT-team zich bevindt.

Wij hopen op een positieve respons en zien uw reactie graag tegemoet komen. Wanneer meedoen aan dit onderzoek niet mogelijk is, zouden wij het ook op prijs stellen om een reactie te vernemen.

Mocht u nog vragen hebben over dit onderzoek, dan zijn wij te bereiken op dit e-mailadres en onderstaand telefoonnummer.

Alvast dank!

Vriendelijke groet,
Dounia Sbai en Kim de Groot

Bijlage 6 Geheimhoudingsverklaring

Bijlage 1: Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoeker

Onderzoek bij mensen of verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokkenen te waarborgen, dien je als studentonderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met die informatie om te gaan.

Deze geheimhoudingsplicht geldt voor alle medewerkers in zorg en welzijn. Je verbindt je aan geheimhouding door het ondertekenen van deze verklaring.

In te vullen door student

Studentnummer	492564	547551
Naam	Kim de Groot	Downia Sbui
Opleiding	HBO-V	HBO-V
Geboortedatum	04-07-1992	04-05-1992
Geboorteplaats	Boxmeer	Nijmegen

Hierbij verklaar ik dat:

- ik op de hoogte ben van de informatie en werkwijze zoals vastgelegd is in deze *Gedragcode*. Ik begrijp de informatie en werkwijze en zal me eraan houden zolang ik studeer aan de HAN;
- ik in dit kader aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld of wat ik op een andere manier te weten ben gekomen;
- ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers.

Datum	15-09-2016
Handtekening	 