

15 jaar Diagnostiek Team



Speciale uitgave ter
gelegenheid van het
15-jarig bestaan van
het Diagnostiek Team.

Voorwoord

Willen weten wat er aan de hand is, daar is het allemaal mee begonnen. Een groep medewerkers wilde graag dat we meer kennis en vaardigheden kregen om te begrijpen waarom iemand is zoals die is, of doet zoals die doet. En dat was de start van het Diagnostiek Team.

Dit magazine staat vol verhalen over hoe het Diagnostiek Team gestart is, welke obstakels de medewerkers tegenkwamen, hoe ze zich ontwikkeld hebben, gegroeid zijn, soms vastliepen en nu trots het moment willen markeren dat het Diagnostiek Team 15 jaar bestaat.

Dit jubileum past perfect in een mooi jaar voor Humanitas DMH, het is namelijk ook het jaar waarin we 40 jaar bestaan. Veertig jaar geleden was er een groep mensen die het anders wilde gaan doen voor personen met een verstandelijke beperking. Menselijker, gelijkwaardig, kleinschalig en in het hart van de samenleving blijven. Deze humanistische grondhouding, waar we vanuit gelijkwaardigheid willen weten wie de ander is, bleek goede grond voor de start en groei van het Diagnostiek Team.

Het Diagnostiek Team vernieuwt zich voortdurend door nieuwe vraagstukken op te pakken: bijvoorbeeld rondom slapen, seksualiteit en te onderzoeken wat er nodig is om cliënten uit verschillende culturen goed te kunnen begrijpen. Een mooi bijeffect hiervan is dat hierdoor de kennisontwikkeling van Humanitas DMH een boost heeft gekregen.

Om het jubileum van het Diagnostiek Team te vieren, hebben we dit mooie magazine gemaakt. Wij hebben genoten van de prachtige verhalen, de ervaringen van cliënten, familieleden en van het team waar het enthousiasme vanaf spat. Een team waar je graag bij wilt horen en een team waar je geholpen door wilt worden als dat nodig is.

Veel leesplezier,

Aagje aan de Stegge
Rayondirecteur
Midden-Nederland

en

Elisah van Lieshout
Manager Diagnostiek
en Behandeling

Inhoudsopgave

- 4 Uit den oude doosch**
Diagnostisch onderzoek door de jaren heen
- 7 Hoe het ooit begon**
Interview met de oprichters van het Diagnostiek Team
“Pas als je weet wie de cliënt is, weet je hoe je ermee om kunt gaan.”
- 10 Een inkijk in een dag van...**
Hoe is het om te werken in het Diagnostiek Team?
- 12 De topografie van het Diagnostiek Team**
- 14 Handelingsgerichte diagnostiek**
Wat bedoelen we met handelingsgerichte diagnostiek, en waarom vinden we dit belangrijk?
- 17 Cliënt aan het woord I**
Hoe ervaren cliënten de betrokkenheid van het Diagnostiek Team?
- 19 Het CHC-model voor intelligentiediagnostiek**
Wat is het CHC-model en wat kunnen we ermee?
- 22 Cliënt aan het woord II**
Hoe ervaren cliënten de betrokkenheid van het Diagnostiek Team?
- 24 Column: CHC en handelingsgerichte diagnostiek**
Door Daphne Ramaker
- 25 Het effect van een diagnostisch onderzoek op de omgeving**
Een moeder van een van onze cliënten vertelt over haar ervaring met het Diagnostiek Team
- 27 Interculturele Diagnostiek: het Diagnostiek Team doet het!**
Britt van den Akker over interculturele diagnostiek binnen Humanitas DMH
- 28 Begeleider aan het woord**
Een begeleider van Humanitas DMH vertelt over zijn ervaring met het Diagnostiek Team
- 30 Supervisor aan het woord**
Een gedragsdeskundige vertelt over haar uitdagende werk
- 33 Diagnostiek & Behandeling**
Hoe diagnostiek en behandeling binnen Humanitas DMH elkaar aanvullen
- 35 Wat kunnen wij voor u betekenen?**
Informatie over de mogelijkheden van het Diagnostiek Team
- 36 Colofon**

Op de cover, staand van links naar rechts: Marieke Walet-den Boer, Willeke Dam, Willemijn Berssenbrugge-Leliveld, Tamara van Gelder, José Both, Lotte Vaessen, Elisah van Lieshout. Zittend: Kelly Elzenga, Bas Cuijten, Britt van den Akker, Jessica Visser, Anneke van der Molen. Niet op de foto: Lotte Feskens.

Uit den oude doosch

Diagnostisch onderzoek door de jaren heen

Een diagnostisch onderzoek anno nu is een zorgvuldig proces waarbij er getracht wordt de cliënt met zijn sterke en zwakke kanten zo goed mogelijk in beeld te brengen. Helemaal nog niet zo lang geleden, in de jaren '60 en '70 verliep diagnostisch onderzoek anders. Reis met ons mee door de tijd.



Door: **Willemijn Berssenbrugge-Leliveld (l) en Willeke Dam (r)**

Mensen met een verstandelijke beperking werden lang gezien als zieke mensen die verzorgd moesten worden in een instituut. Dit wordt ook wel het defectparadigma genoemd (Schippers et al., 2018). Mensen met een verstandelijke beperking, destijds veelal mensen met imbeciliteit of idioterie genoemd, moesten 'genezen' van hun aandoeningen in speciale instituten. Veelal lagen deze instituten aan zee of in een bos vanwege de helende lucht. De medische benadering stond centraal en alles was ingericht op genezen en verzorgen in deze instituten. Het defectparadigma heeft tot in de jaren '70 centraal gestaan.

Je kunt je misschien voorstellen dat diagnostisch onderzoek destijds vooral gericht was op het vaststellen van de verstandelijke beperking – de idioterie of imbeciliteit. Psychiaters stelden deze diagnose vast, waarna de behandeling kon beginnen.



Een instituut met de zuster

Vanaf de Tweede Wereldoorlog tot aan ongeveer 1970 begon deze medische kijk te veranderen. Het ontwikkelingsparadigma kwam meer centraal te staan. Mensen met een verstandelijke beperking, destijds zwakzinnigen of mensen met een verstandelijke handicap genoemd, werden minder medisch benaderd en meer gezien als mensen met behoeften op het gebied van leren en ontwikkelen. Er ontstonden speciale voorzieningen, terreinen, waar mensen met een verstandelijke handicap konden wonen, werken en leren (Schippers et al., 2018).

Diagnostisch onderzoek was destijds vooral gericht op het vaststellen van de verstandelijke beperking – de verstandelijke handicap:

Patiënte werd verwezen naar Jeugdafdeling. Diagnostisch gezien is er sprake van een organisch angstsyndroom. Op basis van een congenitale hypothyreoïdie is een verstandelijke handicap ontstaan, waardoor patiënte minder goed in staat is impulsen, gedachten en gevoelens uit de binnen- en buitenwereld te integreren.

De adviezen waren vooral gericht op opname in de instelling om verder te ontwikkelen. Er waren instellingen, grote terreinen waar zorg geboden werd en er waren gezinsvervangende tehuizen. Kleine(re) voorzieningen waar meerdere mensen samenleefden en ondersteuning kregen:

Een aanmelding tot wonen in een gezinsvervangend tehuis is gerealiseerd. Patiënte volgt een sociale vaardigheidstraining (Goldstein) bij de S.P.Z.

Gedurende deze tijd is Humanitas DMH gestart met diverse gezinsvervangende tehuizen, woonlocaties in Nederland. Het was niet altijd nodig om in een instelling te gaan wonen. Veel mensen met een verstandelijke beperking woonden 'gewoon' thuis en werden verzorgd door de mensen om hen heen. Pas als er sprake was van ernstige gedragsproblemen of als ouders of verwanten de zorg niet meer konden dragen, ontstond er behoefte aan een woonplek in een instelling.

Diagnostisch onderzoek was destijds vooral gericht op het ontdekken of aantonen van de verstandelijke beperking. Veelal waren daar wel vermoedens van, maar nooit vastgesteld omdat er binnen het reilen en zeilen van het gezin geen aanleiding was om hier iets mee te doen. In het ontwikkelingsparadigma gaat men veel meer uit van de mogelijkheden van de mens, die ontwikkeld dienen te worden in voorzieningen die weliswaar speciaal zijn, maar die zich wel in de samenleving bevinden. Om in deze speciale voorzieningen terecht te komen, werd er vaak diagnostisch onderzoek gedaan om de verstandelijke beperking aan te tonen.

In de jaren daarna is er sprake van een paradigmaverschuiving. De maatschappelijke zienswijze op zwakzinnigen of mensen met een 'handicap' begint te veranderen. De nadruk op het medische begint steeds meer te verschuiven naar een menselijke visie. Iemand met een verstandelijke beperking (handicap) is meer dan dat wat hij cognitief, mentaal of fysiek niet kan. Persoonlijke en contextfactoren bepalen mee in de mate van de beperking in het dagelijks

Het is 1990 en een broer en zus, Piet van 62 en Tine van 60 jaar, komen op het wooncentrum in Oud-Beijerland wonen. Piet en Tine hebben hun hele leven gewoond in een klein dorp, in een warm gezin. Ze gingen naar de lagere school, waar ze geen hoogvliegers waren. Na de lagere school ging Piet op het land werken bij zijn vader, die boerenknecht was. Tine hielp haar moeder met het huishouden. Zo kabbelde het leven van de familie voort. De ouders van Piet en Tine begonnen te dementeren en konden de zorg voor de kinderen niet meer dragen. Via de huisarts en de maatschappelijk werkster werd een woonplek in Oud-Beijerland geregeld. De term verstandelijke beperking was nooit eerder gevallen. Pas ten tijde van het wegvallen van de verzorging door ouders, werd helder hoe beperkt de cognitieve vermogens en zelfredzaamheidsvaardigheden van Piet en Tine waren. Ze zeilden tot dan toe altijd mee op de golven van het gezin.

leven. Met andere woorden, de persoon ervaart een beperking in de uitvoering van activiteiten en in zijn of haar maatschappelijke participatie (Buntinx, 2014). Het accent verschuift naar het burgerschapsparadigma. Vanaf ongeveer 2000 worden personen met een beperking minder als patiënt of speciaal gezien, maar staat burgerschap centraal (Van Gennep, 2000). De nadruk op herstellen, trainen en verbeteren verschuift naar kwaliteit van leven, participatie in de maatschappij en (sociale) inclusie. De focus van verzorgen in een instituut, verschuift naar leven in de maatschappij als burgers die ondersteuning nodig hebben in het dagelijks leven. Ondersteuning die door de maatschappij en de gewone samenleving geboden wordt (Van Gennep, 2012).

De term 'beperking' wordt breder bedoeld dan alleen datgene waar de cliënt moeite mee heeft. Ook de omgevingsfactoren maken dat er sprake is van een beperking (Moonen, 2015). Denk bijvoorbeeld aan de zeer complexe brieven van verschillende overheidsinstanties. Ligt gebrek aan begrip van de brief aan de lezer of aan de schrijver? Omgevingsfactoren zijn van invloed op hoe groot de beperking is. Het woord handicap wordt stigmatiserend: het zegt iets over wat de persoon niet kan, maar de context is daarin medebepalend. Het woord (verstandelijke) beperking wordt leidend.

In de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking wordt deze verschuiving ook gezien. Er komen steeds meer woonvoorzieningen in 'gewone' woonwijken. Er ontstaan allerlei varianten van ondersteuning in het dagelijks leven: vanuit een eigen huis met een paar uur begeleiding per week, vanuit een steunpunt in de buurt, in een kleinschalige woning en in een reguliere wijk. Op een dagbestedingsvoorziening, of juist op het 'gewone' werk met een begeleider op afroep. Normalisatie, participatie en inclusie zijn belangrijke uitgangspunten in het hier en nu.

Diagnostisch onderzoek in het hier en nu – met het burgerschapsparadigma centraal – ziet er wezenlijk anders uit dan 30 jaar geleden. We kijken naar de cliënt in zijn context. Wie is de cliënt, waar woont hij, met wie is hij, bij wie hoort hij, wat kan hij goed, wat kan hij minder goed? Wat heeft hij nodig? Wie kan dat bieden? Wat kan de cliënt zelf al goed en kunnen we verbeteren, ontwikkelen of benutten? Wat vindt de cliënt moeilijk en kunnen we verbeteren, vergroten, ondersteunen of compenseren? In toenemende mate is er oog en oor voor zwakke én sterke kanten.

Diagnostisch onderzoek van het Diagnostiek Team brengt de sterke en zwakke kanten van de cliënt in beeld en vertaalt dat naar praktische adviezen waarmee er morgen verschil gemaakt kan worden voor en door de cliënt. Handelingsgerichte diagnostiek vormt ons uitgangspunt. Je leest hier meer over verderop in het magazine! Natuurlijk zijn onze humanistische kernwaarden duidelijk terug te vinden in de manier waarop we diagnostisch onderzoek doen. De mens staat centraal. Verderop in het magazine lees je hoe de cliënten zelf ons diagnostisch onderzoek ervaren. "Mijn ouders snappen mij nu meer, en dat geldt ook voor de begeleiding. Ze gaan anders met mij om, ik heb meer vrijheid."

Bronnen:

- Buntinx, W. (2014). Verstandelijke beperking: begrippenkader en prevalentie. In: Bruijn, J. de, Buntinx, W., & Twint, B. *Verstandelijke beperking: definitie en context*. Amsterdam: SWP, 39-54.
- Gennep, A. van (2000). *Emancipatie van de zwaksten in de samenleving. Over paradigma's van verstandelijke handicap*. Amsterdam: Boom.
- Gennep, A. van (2012). Burgerschapsparadigma: een perspectief. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*. 38(1), 16-22
- Moonen, X. (2015). *Is inclusie van mensen met een verstandelijke beperking vanzelfsprekend?* Geraadpleegd 18 juli 2023 van <https://20140422-Lectorale-rede-Xavier-Moonen.pdf>
- Schippers, A.P., Bakker, M. & Peter, L. (2018). Van participatie naar sociale inclusie. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*. (2), 106-118.



Een gedeelte van het onderzoeksverslag voor de cliënt zelf.



Kirsten Munsterman is GZ-psycholoog/ NVO Orthopedagoog-Generalist en eigenaar van De Geeter en Munsterman orthopedagogen. Ze is grondlegger van het LACCS-programma en heeft passie voor mensen met een (ernstig) verstandelijke beperking. Kirsten heeft van 2007-2017 bij Humanitas DMH gewerkt.

Stefan Stuivenberg is NVO Orthopedagoog-Generalist en eigenaar van Fiept. Hij werkt al jaren met mensen met een verstandelijke beperking en is expert op het gebied van autisme spectrum stoornissen. Hij heeft van 2007 tot 2014 bij Humanitas DMH gewerkt.

Hoe het ooit begon

De oprichters van het Diagnostiek Team aan het woord

Het Diagnostiek Team, destijds nog Bureau Diagnostiek, is in 2008 opgericht. De oprichting vormde de start van een specialistisch team wat diagnostisch onderzoek verricht binnen Humanitas DMH. Wie hebben er aan de wieg van het Diagnostiek Team gestaan? Welke idealen en ambities hebben geleid tot dit team? Je leest er alles over in dit interview met de oprichters.

Door: **Willemijn Berssenbrugge-Leliveld**

Vertel eens, hoe is het allemaal begonnen?

Stefan: "Ik kreeg een mailtje van Kirsten dat ze een leuke baan voor mij had gezien. Iets met Autisme Spectrum Stoornissen, bij een leuke club met een mooie visie. Zij tipte mij om eens te gaan praten bij Humanitas DMH en zo kwam ik er terecht. Ik maakte onderdeel uit van een klein team met vier gedragsdeskundigen landelijk (inmiddels zijn dat er ruim 40 red.)."

Kirsten: “Ik was kort daarvoor begonnen aan een ‘invallus’ voor Humanitas DMH omdat er iemand ziek was. Vervolgens startte er een inhoudelijk manager, Mirjam van Eerden, die bij mij aangaf dat er ‘iets’ met diagnostiek gedaan moest worden en ze vroeg mij om dit te coördineren. Ik had het te druk met andere werkzaamheden maar gaf aan dat ik er wel iemand voor wist.”

Stefan: “En zo kwam ik in die rol terecht. Een van de eerste klussen was de bewustwording over verstandelijke beperking bij de begeleiders en gedragsdeskundigen vergroten. We hebben meteen het besluit genomen, destijds nog niet zo gangbaar, om niet alleen met IQ-getallen te werken maar te kijken naar het kunnen en het aankunnen. We kozen er meteen voor om handelingsgerichte diagnostiek te gaan doen”

Inmiddels is dat inderdaad gangbaar, een verstandelijke beperking is meer dan alleen een IQ van lager dan 70. We kijken ook naar zelfredzaamheidsvaardigheden en schoolverloop. Ook handelingsgerichte diagnostiek doen we tot op heden.

Hoe ging het verder?

Stefan: “Willeke, een collega die nu nog steeds bij het Diagnostiek Team werkt, startte met de opleiding tot psychodiagnostisch assistent (tegenwoordig psychodiagnostisch medewerker red.). We wilden bij uitstek geen testen afnemen voor alleen de getallen.”

Kirsten: “We hebben uren bij Wientjes, een hotel in Zwolle, zitten werken samen: we ontwikkelden onze visie op diagnostiek, bespraken dilemma’s en uitgangspunten. En bespraken ook veel casussen: welk onderzoek past bij de vraag van de cliënt.

Stefan: “Er was een organisch verloop. Willeke, Kirsten en ik gingen vanuit visie en idealen aan de slag, goed gefaciliteerd door de manager destijds.”

Kirsten: “Humanitas DMH groeide snel en we waren met weinig gedragsdeskundigen. Er was nood aan goed diagnostisch onderzoek, de beeldvorming over de cliënten moest echt beter. De cliënten hadden complexe problematiek maar de beeldvorming en de kennis bij de begeleiders was te minimaal.”

“Je kunt en mag andere dingen zeggen. Het mag ook wel eens schuren, want je bent niet structureel betrokken.”

Stefan: “En dat dreef ons om aan de slag te gaan. Dat was leuk. We kwamen overal, we waren jong en hadden veel energie. De medewerkers van Humanitas DMH waren erg blij met wat we deden. Het was een dankbare rol.”

Is er eigenlijk een echte oprichting geweest?

Stefan: “Nee, Willeke startte met de opleiding, Kirsten en ik beantwoorden de verschillende vragen van begeleiders door het hele land en zo zijn we begonnen.”

Kirsten: “Maar na verloop van tijd hebben we in Wientjes bedacht dat we wel een naam moesten hebben en een logo. Dat werd Bureau Diagnostiek en daarmee zijn we naar het Management Team van Humanitas DMH gegaan. We hebben zo veel tijd in Wientjes doorgebracht dat de meneer van de bediening zelfs uit zijn hoofd wist welke smaak thee we dronken.”

Stefan: “Vervolgens stelden we vacatures op voor meer PDA’s en nam Willeke een meer coördinerende rol aan.”

Bureau Diagnostiek was geboren.

Welke ambities hadden jullie destijds?

Stefan: “We wilden vooral goede handelingsgerichte diagnostiek neerzetten. Het verschil maken voor de cliënt. We wilden stoppen met brandjes blussen en meer kijk krijgen op wie de cliënt is en wat hij nodig heeft.”

Kirsten: “Het beter doen voor de cliënt. De ondersteuning meer kwaliteit geven, want dat was nodig.”

Stefan: “Ja, we dachten, dit kost geld maar het levert ook wat op.”

Kirsten: “Zeker in de tijd dat er steeds meer gedragsdeskundigen bij kwamen en de cliëntproblematiek complexer werd. Daar ontstond ook het besluit dat alleen Bureau Diagnostiek diagnostisch onderzoek deed en niet de gedragsdeskundige van de locatie.”

Was dat een bewuste keuze?

Kirsten: “Ja, we hebben altijd gezegd dat je als slager niet je eigen vlees moet keuren. Als diagnosticus kijk je naar de cliënt en de mensen eromheen. Je ziet en merkt andere dingen als je dat nieuw en van buitenaf doet. Je kunt en mag andere dingen zeggen. Het mag ook wel eens schuren, want je bent niet structureel betrokken. De gedragsdeskundige die betrokken is kan vervolgens het begeleidingsproces voortzetten. Daarnaast vraagt diagnostiek uitvoeren specifieke vaardigheden. Die heeft niet elke gedragskundige, en dat hoeft ook niet.”

Stefan: “We hebben ons daar vanaf het begin hard voor gemaakt. Diagnostiek is een vak, niet zomaar iedereen kan dat doen.”

Wat is jullie visie op diagnostisch onderzoek?

Stefan: “We hebben van begin af aan een afkeer gehad van slagboomdiagnostiek.”

Daarmee bedoel je diagnostisch onderzoek waarmee er alleen gekeken wordt of er sprake is van een verstandelijke beperking?

Stefan: “Ja, we willen de cliënt en het systeem in beeld brengen. We werken vanuit de visie dat je je verantwoordelijkheid moet nemen als diagnosticus en ook moet durven om iets te zeggen wat niet gevraagd is, je nek durven uit steken maar daarbij wel gepast bescheiden blijven. Diagnostisch onderzoek moet wat opleveren voor de cliënt en de mensen erom heen.”

Kirsten: “We zijn vanaf het begin gericht op praktische adviezen, we willen niet te hoog over en geen onnodig complexe verslagen.”

Tot op heden zijn dat belangrijke uitgangspunten van het Diagnostiek Team. Waar zijn jullie als oprichters trots op?

Stefan: “Dat we vanaf de start een team waren. Een team wat ontzettend inhoud gedreven is en vanuit een gedeelde visie werken aan wat we willen zijn. Er is nooit een verslag de deur uit gegaan in onze tijd waarvan we dachten, mwah, het kan ermee door.”

Kirsten: “We zijn inderdaad altijd trouw gebleven aan wat we willen.”

Stefan: “Tegelijkertijd lag de lat daarmee hoog en soms was het proces daardoor wat langzaam.”

Kirsten: “Ik ben ook trots op hoe we bepaalde cliënten voor het voetlicht hebben gebracht. We hebben echt een aantal ontdekkingen gedaan over wie iemand is en wat iemand drijft. Bijvoorbeeld een cliënt die binnenkwam, haar jas aanhield en met haar tas op schoot bleef zitten. We kwamen erachter dat deze vrouw wel wilde, maar veel angsten had en dat er sprake was van een autisme spectrum stoornis. Weten wat er speelt, waar ze bang voor is, maakt het verschil voor haar in de dagelijkse begeleiding.”

Stefan: “Of die keer dat we diagnostisch onderzoek gingen doen bij een jongen die nog bij zijn moeder woonde en zo bang was dat hij zich onder het bed had verstopt. We zijn meer dan een half uur bezig geweest om in contact met hem te komen.”

Kirsten: “Ook iets waar we trots op zijn, we gaan naar de cliënt toe en zorgen voor verbinding, écht contact en kijken naar iemand.”

“We gaan naar de cliënt toe en zorgen voor verbinding, écht contact en kijken naar iemand”

Zaken om heel trots op te zijn. Zijn er ook dingen die jullie achteraf liever anders hadden gedaan?

Kirsten: “Natuurlijk!”

Stefan: “Ja, we hebben vroeg in onze carrière een team moeten bouwen.”

Kirsten: “De inbedding in de organisatie hadden we best anders gewild. We zijn maar gewoon begonnen en kregen steeds meer collega's in ons team.”

Stefan: “Functioneringsgesprekken deden we eigenlijk maar een beetje zo, zo. Dat was geen rol die we ambieerden. We wilden met de inhoud bezig zijn.”

Kirsten: “Ik voelde me heel erg verantwoordelijk voor het team. We hadden een heel mooi team en ons doel is altijd geweest dat we zo'n team wilden zijn (en blijven) waar iedereen bij wilde werken.”

Stefan: “En nu zo terugkijkend denk ik niet dat we het anders hadden gedaan, we hebben veel mooie kansen gekregen en een mooi inhoudelijk team mogen neerzetten.”

Jullie zijn beiden niet meer werkzaam voor het Diagnostiek Team, wat liet je achter?

Stefan: “Het was tijd voor nieuwe kansen, ik was toe aan wat anders. Inmiddels was het team van gedragsdeskundigen binnen Humanitas DMH een stuk groter. Diagnostiek stond en ik ging me richten op mijn eigen bedrijf.”

Kirsten: “De Geeter en Munsterman Orthopedagogen werd steeds groter en het lukte me niet meer om het ‘erbij’ te doen. Ik maakte de keuze om volledig voor mijn eigen bedrijf te gaan. Diagnostiek is wel altijd een liefde gebleven. Met name het heel goed kijken naar de cliënt, dat levert zoveel op.”

Stefan: “Pas als je weet wie de cliënt is, weet je hoe je ermee om kunt gaan.”

Kirsten: “We lieten een goed lopend, inhoudelijk sterk en visie gedreven Diagnostiek Team achter.”

En tot op heden is dat iets waar we als Diagnostiek Team ontzettend trots op zijn en wat we aan jullie te danken hebben! Bedankt voor al jullie inhoud, passie, gedrevenheid en inzet voor ons.

Een inkijk in een dag van... een psychodiagnostisch medewerker van het Diagnostiek Team

Tamara van Gelder en Bas Cuijten zijn allebei werkzaam als psychodiagnostisch medewerker (PDW'er) binnen het Diagnostiek Team van Humanitas DMH. In dit dubbelinterview vertellen zij over hun dagelijkse werkzaamheden.

Door: **Diagnostiekteam**

Hoe ben jij in het werk gerold?

Tamara: "Ik werkte als ambulant begeleider in Barendrecht en ik hoorde dat er een Diagnostiek Team (toen nog Bureau Diagnostiek) opgezet ging worden. Ik heb mijn interesse hiervoor kenbaar gemaakt en na een gesprek mocht ik als tweede PDW'er binnen de organisatie aan de slag."

En jij Bas, hoe ben jij bij ons terechtgekomen?

Bas: "Ik ben in 2021 afgestudeerd en heb binnen mijn opleiding Toegepaste Psychologie veel te maken gehad met diagnostiek. Zo ben ik eigenlijk gericht gaan solliciteren. Totdat ik de vacature van psychodiagnostisch medewerker zag bij Humanitas DMH. Ik heb het erg naar mijn zin, het jaar is voorbij gevlogen!"

Hoe lang ben je werkzaam binnen het Diagnostiek Team?

Tamara: "Ongeveer 14 jaar."

Bas: "Ik ben nu net een jaar aan het werk."

Kun je meer vertellen over de dagelijkse verantwoordelijkheden van deze functie?

Tamara: "Mijn dagelijkse bezigheden zijn divers. Zo neem ik onderzoeken af en verwerk die gegevens. Onderzoeken duren drie uur. Dus samen met een cliënt ben je drie uur (natuurlijk met pauzes) bezig met vragen en opdrachten. Na afloop moeten we die gegevens verwerken in een verslag. Daarnaast houd ik mij bezig met de diagnostiekaanvragen die binnenkomen. Dit gaat dan om aanvragen voor diagnostiek voor cliënten van Humanitas DMH, maar ook diagnostiekaanvragen van andere organisaties. Samen met het aanmeldteam kijken we dan of wij de beste partij zijn om de diagnostiek te doen voor de cliënt en welke informatie we verder nog nodig hebben. Hier hoort ook een stukje financiering bij."

Bas: "Ja dat klopt, de functie heeft echt van alles. Ik vind het bijzonder dat wij bijna het hele land afgaan om onderzoeken te doen. Zo kan het soms voorkomen dat ik meer dan 100 km rijd om testen af te nemen, zodat de cliënt in een vertrouwde omgeving een onderzoek kan doen. De gegevens verwerk ik daarna in een verslag, het is ons doel om een juist beeld te schetsen van de cliënt. Daarnaast kan ik soms collega's helpen met vragen over de digitale werkomgeving en heb ik mee mogen werken aan dit mooie magazine!"

Wat trekt je aan om als psychodiagnostisch medewerker te werken?

Tamara: "Ik vind het leuk om met de cliënt te werken. Elk onderzoek is weer anders. De ene keer sta je in een pauze van een onderzoek te voetballen met de cliënt, de andere keer neem je een onderzoek af in een gevangenis. Hiernaast kunnen wij met onze verslagen een bijdrage leveren aan de ondersteuning van de cliënt. Al is het maar een klein beetje, je hoopt dat de adviezen die je geeft de cliënt en de begeleiders kunnen ondersteunen."

Bas: "De kunst van ons vak is om in een korte tijd toch een soort van vertrouwd gevoel te creëren voor de cliënt, waardoor je de cliënt op z'n gemak stelt. Hierdoor kan een onderzoek doen ook wat minder spannend worden voor de cliënt. Daarnaast geeft het me voldoening om een mooi verslag te maken, wat een bijdrage kan leveren aan betere zorg en ondersteuning voor de cliënt. Ik vind het altijd mooi



om te horen dat begeleiders zich precies kunnen vinden in hetgeen wat wij hebben geschreven.”

Hoe uitdagend is je werk?

Tamara: “Telkens is een onderzoek doen weer anders. Ook al heb ik sommige onderzoeken werkelijk al 100 keer gedaan, elke situatie en cliënt is anders. Je hebt soms een voorstelling van hoe een onderzoek zal gaan, maar dan loopt het toch anders. Dit vergt flexibiliteit, wat het werk uitdagend maakt.”

Bas: “Ik heb altijd als doel om de cliënt enigszins op zijn of haar gemak te stellen. Wij zijn immers maar drie uur bij de cliënten, we verwachten dat zij binnen deze korte tijd vertellen over de problematiek die ze ervaren. Het is voor mij dan ook een uitdaging om voor iedereen een veilige testsfeer te creëren.”

Wat is het meest bijzondere wat je hebt meegemaakt binnen het Diagnostiek Team?

Tamara: “De veerkracht van dit team. Als team hebben we veel meegemaakt, maar we blijven als Diagnostiek Team geloven in de kwaliteit van onze diagnostiek. In al die jaren, die turbulent waren, is de kwaliteit hetzelfde gebleven.”

Bas: “In het afgelopen jaar heb ik meerdere dingen meegemaakt die voor mij bijzonder zijn geweest. Ik vind het elke keer weer bijzonder om te zien dat elk persoon en elk onderzoek anders is. De cliënten zijn soms moeilijk te begrijpen voor de mensen om hen heen, bijvoorbeeld de familie of begeleiders. Het geeft mij dan ook voldoening als een verslag niet alleen de cliënt helpt maar ook zijn of haar netwerk. Wat ik ook bijzonder vind is dat ons team door het hele land woont en werkt, maar wij elkaar toch makkelijk kunnen vinden en er een fijne samenwerking is.”

Wat vind je het leukst aan werken binnen het Diagnostiek Team?

Tamara: “De cliënten en de samenwerking. Samenwerking tussen alle collega's, maar ook de samenwerking tussen PDW'ers en gedragsdeskundigen (GDK). Samen ga je aan de slag om de adviezen voor een cliënt op zo'n manier te laten aansluiten dat de cliënt, de verwanten en de begeleiders er veel aan hebben.”

Bas: “Ja, daar kan ik mij ook zeker in vinden. Iedereen is makkelijk in de omgang en daardoor makkelijk te bereiken. Wat ik het leukst vind, is dat elk onderzoek weer anders is, je komt van alles tegen in ons werk. Soms moet je naar een gevangenis om een onderzoek te doen met iemand die geen zin heeft, maar na een kort gesprek toch bereid is om mee te werken. Soms kan een cliënt in eerste instantie heel



intimiderend overkomen, maar door het onderzoek zien wij bijvoorbeeld dat die cliënt een heel laag ontwikkelingsniveau heeft, wat veel kan verklaren. Het is dan mooi om te zien als het 'kwartje' voor de verwanten valt. Soms wordt er pas aan diagnostiek gedacht wanneer iemand bijvoorbeeld 30 jaar is. Die cliënt heeft dan altijd op z'n tenen moeten lopen.”

Over welke vernieuwingen ben je het meest enthousiast?

Tamara: “Werken met het CHC-model. Als Diagnostiek Team zijn wij een van de eersten geweest die met het CHC-model intelligentieonderzoeken verrichten in Nederland. Het is een andere manier om naar de sterktes en zwaktes van het cognitieve profiel van een persoon te kijken. Dat geeft meerwaarde.”

Als je iets zou mogen veranderen aan het Diagnostiek Team, wat zou dat dan zijn?

Tamara: “Qua inhoud van de diagnostiek zou ik niets willen veranderen. We doen inhoudelijk sterke diagnostiek waar de cliënt wat aan heeft. Wel is de financiering een lastig stukje. Natuurlijk snap ik dat ons werk gefinancierd moet worden. Maar het is jammer dat dit zo moeilijk wordt gemaakt in de zorg voor mensen met verstandelijke beperking en sommige cliënten soms vanwege financiering buiten de boot vallen als het om diagnostiek gaat. Natuurlijk proberen wij dit altijd te voorkomen, maar het is ook belangrijk dat de organisatie financieel gezond is. Dus als ik iets zou mogen veranderen, dan zou ik willen dat er voor alle cliënten van Humanitas DMH de mogelijkheid bestaat om diagnostiek uit te laten voeren.”

Bas: “Wij hebben een vrij divers team met veel verschillende kwaliteiten. Ik ben van mening dat er een goede balans is, iedereen heeft de mogelijkheid om in zijn of haar kracht te staan. Ik hoop dat wij elkaar zullen blijven versterken. Daarnaast zou ik willen dat wij als team vernieuwend zullen blijven, om op die manier hedendaagse problemen te verminderen. Daarmee bedoel ik niet alleen nog meer naar cliënten reizen om zo de no-shows te verminderen. Maar ook dat wij bezig blijven met het vernieuwen van de diagnostiek zelf en de verslagen, die we zo begrijpelijk mogelijk willen maken voor de cliënt.”

De topografie van het Diagnostiek Team



Het Diagnostiek Team werkt binnen het hele land. Humanitas DMH biedt zorg aan cliënten van Groningen tot Rotterdam, van Zutphen tot Den Haag en van Amsterdam tot Breda. Dat betekent dat wij als Diagnostiek Team het hele land doorreizen.

Door: **Bas Cuijten en Willemijn Berssenbrugge-Leliveld**

Op pad!

Goedemorgen, de wekker is gegaan en de dag is begonnen. We gaan vandaag op pad voor een diagnostisch onderzoek. En de reis gaat naar....Rotterdam! Want daar woont de cliënt en het Diagnostiek Team komt naar je toe!

Onderdeel van onze visie is dat we naar de cliënt toe gaan. Althans, dichtbij. Want bij voorkeur verrichten we het onderzoek in een neutrale omgeving, denk aan een van onze servicepunten. We komen ook wel eens bij de cliënt thuis, maar dan moeten daar wel de omstandigheden naar zijn. De reden dat we naar de cliënt toe gaan is omdat we weten dat dan de kans het grootst is dat het onderzoek slaagt. Mensen met een verstandelijke beperking hebben geregeld moeite met reizen en komen vaak niet zelf van A naar B. Dan komen wij naar je toe!

Dat betekent in de praktijk dat we het hele land doorreizen. En ja, dat zijn de nodige kilometers. Want de psychodiagnostisch medewerkers (PDW'ers) en de gedragsdeskundigen die bij het Diagnostiek Team werken wonen wel verspreid door het land, maar er woont niemand van ons in Ter Apel.

Op deze kaart zie je de vele plekken waar we in 2022 onderzoek hebben verricht:

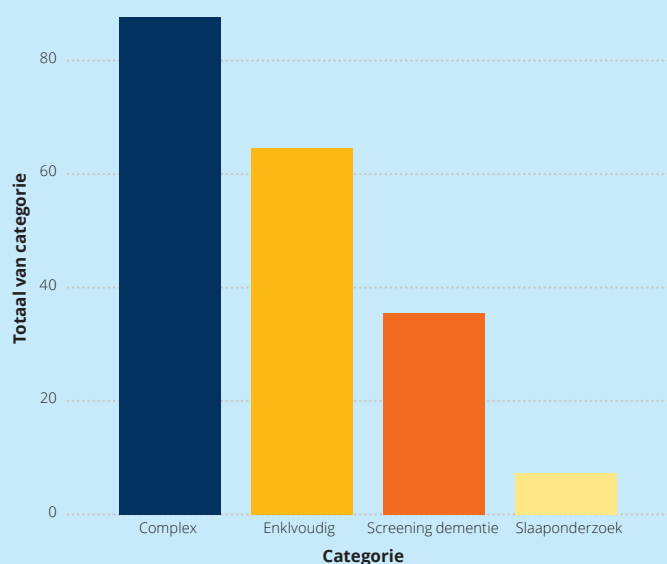
Wist je dat we bij elkaar opgeteld meer dan 10.000 kilometers per jaar reizen om naar de cliënt toe te gaan?



Wist je dat we in 2022 meer dan 80 complexe onderzoeken hebben verricht?

En nog een keer op pad...

Binnen het Diagnostiek Team verrichten we verschillende soorten onderzoeken. We hebben enkelvoudige onderzoeken. Dat betekent dat we één aspect onderzoeken. Bijvoorbeeld of er sprake is van een (licht) verstandelijke beperking. Dan voeren we een gesprek, we meten de zelfredzaamheidsvaardigheden en we verrichten een IQ-onderzoek. Of we onderzoeken of er naast de verstandelijke beperking aanleiding is om te denken aan dementie. Dit valt in de categorie enkelvoudige onderzoeken. In 2022 hebben we meer dan 60 enkelvoudige onderzoeken verricht én meer dan 35 screenings naar dementie. We zijn dus behoorlijk bedrijvig!



Soms onderzoeken we meerdere aspecten omdat de hulpvraag breder is. Dan verrichten we een complex onderzoek. Dat betekent dat we bijvoorbeeld onderzoek doen naar verstandelijke beperking, of er sprake is van een autisme spectrum stoornis, of er sprake is van een post traumatische stressstoornis, neuropsychologische problematiek of persoonlijkheidsproblematiek. Ook verrichten we geregeld onderzoeken naar de (sociaal-) emotionele ontwikkeling. Dit zijn onderzoeken waarbij we meerdere diagnostische vragen beantwoorden en we vaak meerdere malen met de cliënt en de mensen om hem of haar heen afspreken.

Een trend die we de afgelopen jaren constateren binnen Humanitas DMH is dat we steeds meer aanvragen krijgen voor complexe onderzoeken. Dit heeft met een aantal zaken te maken. In de vroege jaren van het Diagnostiek Team waren bij veel cliënten van Humanitas DMH de indicaties nog niet rond. Daarvoor moest er een niveaubepaling gedaan worden. De eerste jaren van het Diagnostiek Team werden er dan ook veel enkelvoudige onderzoeken verricht. Naarmate de tijd vorderde, veranderde dat. We zijn als Humanitas DMH in de loop der tijd een steeds bredere doelgroep gaan bedienen: mensen die ambulant wonen, mensen die op een woonvoorziening wonen, mensen die werken of dagbesteding hebben, jeugd en gezin, een woonvoorziening voor mensen met autisme, mensen met forensische zorg.... Met de uitbreiding van de doelgroep is er ook meer behoefte gekomen aan duiding van het gedrag en begeleidingsadviezen. We zien bij het Diagnostiek Team een duidelijke toename van complexe onderzoeken.

Het Diagnostiek Team heeft door de toename van diagnostisch onderzoek en vooral door de toename van complexe onderzoeken inmiddels een groter team van PDW'ers en gedragsdeskundigen. We werken momenteel dagelijks aan al deze mooie onderzoeksvragen met 6 PDW'ers en 6 gedragsdeskundigen!

Bepakt en bezakt – het mobiele kantoor

Dat we naar je toe komen betekent dat we ons geregeld een bult sjouwen! Want meer dan eens komt het voor dat we beginnen met een IQ-test die toch iets te moeilijk blijkt. Dan moeten we overstappen naar een ander instrument. En dat andere instrument zit in een andere koffer. Ook komt het, zeker met alle complexe onderzoeken, geregeld voor dat we meerdere instrumenten bij een cliënt moeten afnemen. En je raadt het al....dat instrument zit in een andere koffer!

De medewerkers van het Diagnostiek Team hebben van hun auto een mobiel kantoor gemaakt met meerdere testkoffers. Toch kan het ook dan nog voorkomen dat we nog een keer bij de cliënt langs moeten omdat dat éne instrument precies niet in ons mobiele kantoor lag.

Wij zijn waar jij bent!

Wil je meer lezen over waar we diagnostisch onderzoek verrichten?



Handelingsgerichte *diagnostiek*

Het Diagnostiek Team verricht diagnostisch onderzoek volgens het model van handelingsgerichte diagnostiek (Pameijer & Van Beukering, 2015; Pameijer & Van Laar-Bijlman, 2007). Wat is handelingsgerichte diagnostiek, waarom kiezen wij hiervoor als Diagnostiek Team en waarom past het bij de humanistische kernwaarden?

Door: **Willemijn Berssenbrugge-Leliveld**

Waarom doen we diagnostisch onderzoek?

We verrichten diagnostisch onderzoek om een vraag van of over de cliënt te beantwoorden. Is er sprake van een verstandelijke beperking? Waarom loopt de cliënt vast in het dagelijks leven? Is er sprake van een autisme spectrum stoornis? Wat heeft de cliënt aan ondersteuning of begeleiding nodig? Een greep van de vragen die de cliënt zelf, zijn begeleiders, familieleden of andere betrokkenen kunnen hebben. Diagnostisch onderzoek is, zeker binnen het Diagnostiek Team, meer dan alleen een IQ-onderzoek waar een getal uit rolt, of een ja of nee op de vraag of iemand een verstandelijke beperking heeft. We willen als Diagnostiek Team met ons onderzoek en het bijbehorende verslag het verschil maken voor de cliënt en de mensen om hem heen. Handelingsgerichte diagnostiek past daar goed bij.

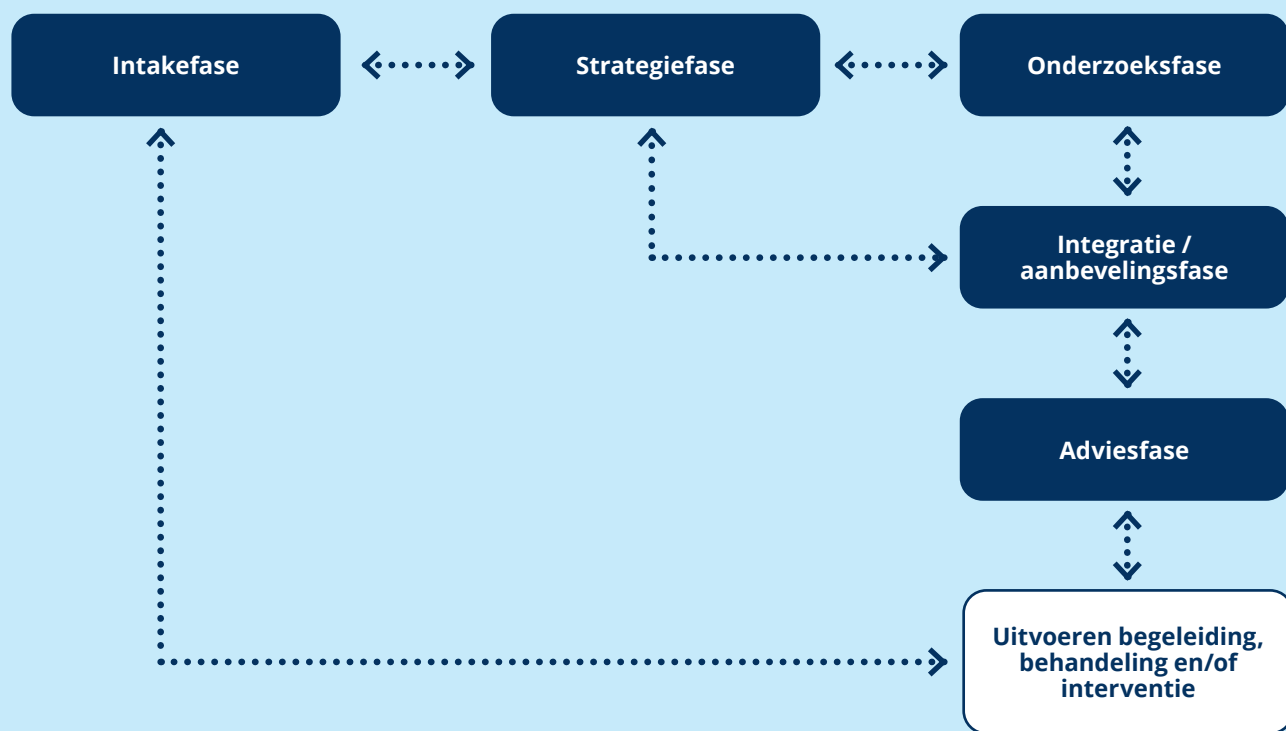
Wat is handelingsgerichte diagnostiek?

Handelingsgerichte diagnostiek is een model waarmee diagnostisch onderzoek verricht wordt. Het verloopt systematisch. Dat wil zeggen dat er gewerkt wordt in vijf fases. Deze fases worden verderop nader toegelicht. Het belangrijkste uitgangspunt van handelingsgerichte diagnostiek is dat er een vraag is, die beantwoord gaat worden. Handelingsgerichte diagnostiek is gericht op advisering. Concreet betekent dit, dat er dus antwoord komt op de gestelde vraag en dat dit vertaald wordt naar adviezen die in het dagelijks leven bruikbaar zijn voor de cliënt en/of

de omgeving. Dat wil zeggen dat het advies ingaat op hoe omgegaan kan worden met de problematiek en dat men het gevoel heeft morgen met dat advies aan de slag te kunnen. Dit uitgangspunt van handelingsgerichte diagnostiek sluit naadloos aan bij het uitgangspunt van het Diagnostiek Team om hét verschil te kunnen maken voor de cliënt en omgeving.

Joost wil weten of hij, naast zijn verstandelijke beperking, een stoornis heeft in het autisme spectrum. Hij loopt geregeld vast in sociale situaties, snapt grapjes niet goed en vindt het moeilijk als dingen anders lopen dan hij gedacht of gewild had. Als zijn sportles ineens niet doorgaat wordt hij boos en weet hij niet wat hij moet doen. Hij wil zichzelf graag beter begrijpen. De begeleiders van Joost merken de problemen in de sociale situaties ook op en willen graag weten hoe ze Joost kunnen helpen in de begeleidingsmomenten.

In de **intakefase** begint het handelingsgericht werken al. Al vanaf de aanmelding kijken we naar de advisering. We zoomen in op wat de cliënt en de omgeving willen weten en waarom ze dat willen weten. In de intakefase verzamelen we de benodigde informatie om het diagnostisch onderzoek goed vorm te geven. Wat zijn de (hulp)vragen van de cliënt,



De fases binnen handelingsgerichte diagnostiek

de begeleiders of andere betrokkenen, welke wensen en verwachtingen zijn er ten aanzien van het onderzoek en wat hoopt men dat het oplevert? Welke klachten ervaart de cliënt en welke positieve aspecten zijn er? Wat is er al aan informatie bekend en welke eerdere maatregelen zijn er al genomen? Hoe gaan we samenwerken?

In de **strategiefase** zoeken we uit wat we al weten, wat we nog willen weten en waarom we dat willen weten. Degenen die het diagnostisch onderzoek gaan verrichten, dat zijn binnen het Diagnostiek Team een psychodiagnostisch medewerker en een supervisor (gedragsdeskundige), maken een plan van aanpak om de gestelde vragen te kunnen beantwoorden. Hoe gaan we te werk, welke instrumenten gaan we afnemen en wat moeten we nog te weten komen over de cliënt om de vraag te kunnen beantwoorden? Welke mogelijke verklaringen zouden er een rol kunnen spelen (verklarende hypotheses)?

In de **onderzoeksfase** gaat het daadwerkelijke diagnostisch onderzoek van start. De cliënt komt naar de onderzoekslocatie of wij gaan naar de cliënt toe als dat nodig is. We gaan gericht aan de slag om de gestelde vragen te beantwoorden en werken daarbij samen met iedereen die nodig is om de vragen te kunnen beantwoorden. We verrichten bijvoorbeeld een IQ-onderzoek, doen onderzoek naar kenmerken van een autisme spectrum stoornis of we nemen vragenlijsten af. Het

is heel verschillend per onderzoek welke instrumenten nodig zijn om de gestelde vragen te kunnen beantwoorden.

Joost beantwoordt vragen van de onderzoekers over hoe hij bepaalde dingen aanpakt in het dagelijks leven, met name gericht op sociale situaties en communicatie. Ook vult hij een aantal vragenlijsten in. De onderzoekers leggen diverse situaties aan hem voor en vragen hem hoe hij erop zou reageren. Ook spreken de onderzoekers met de begeleiders van Joost. Hoe pakt hij dingen aan, welke hulpvragen heeft hij, welke dingen gaan goed en welke dingen vindt hij moeilijk? De ouders van Joost vertellen hoe Joost zich van kind tot nu heeft ontwikkeld, om zo te kijken of er in de vroege ontwikkeling al sprake was van kenmerken van een stoornis binnen het autisme spectrum, naast de al vastgestelde licht verstandelijke beperking.

In de **integratie/aanbevelingsfase** komen we tot een integratief beeld van de cliënt en vertalen we dit naar het dagelijks leven. We integreren alle relevante informatie, geven antwoord op de gestelde vragen en verklaren waarom iemand bijvoorbeeld vastloopt in het dagelijks leven. Het integratieve beeld geeft aan wat er veranderd moet worden

om de klachten niet meer te ervaren of welke aanpak goed werkt bij een bepaalde situatie. Het resultaat van deze fase is de conclusie en het advies in onze onderzoeksverslagen. In de [adviesfase](#) gaan we samen met de cliënt en betrokkenen de concrete vertaling maken naar wat de volgende dag al anders zou kunnen, welke behandeling er al dan niet ingezet gaat worden en hoe we omgaan met bepaalde gedragingen. Hier speelt de betrokken gedragsdeskundige van het Diagnostiek Team of de woonlocatie een belangrijke rol. Samen met de betrokken gedragsdeskundige wordt er een concreet plan voor het hier en nu gemaakt.

Na het doorlopen van deze fases wordt er gestart met het uitvoeren van de [begeleiding, behandeling of interventie](#). De conclusies en adviezen worden geïntegreerd in het trajectplan van de cliënt, er worden doelen opgesteld en de begeleidingswijze wordt aangepast op dat wat nodig is.

Joost heeft, naast zijn verstandelijke beperking, een stoornis binnen het autisme spectrum. Dat betekent bij Joost dat hij moeite heeft met sociale situaties, dingen letterlijk neemt, het moeilijk vindt als hij niet van tevoren weet hoe iets zal verlopen en moeite heeft met plotselinge veranderingen of spontane plannen. Dat heeft hij al van jongs af aan. Hij heeft baat bij een begeleidingswijze waarin sociale contacten, conflicten en niet alledaagse (sociale) situaties ondersteund worden. Bijvoorbeeld nieuwe contacten aangaan en omgaan met vrienden en familie. Ook heeft Joost baat bij zoveel mogelijk voorbereiding bij nieuwe dingen en een korte, maar duidelijke uitleg over het 'hoe' en 'waarom' bij veranderingen. Het team van begeleiders maakt zijn weekprogramma voortaan visueel. Als er iets niet door kan gaan, bijvoorbeeld zijn sportles, dan bespreken ze dit zo snel mogelijk met Joost en maken ze een plan wat hij wel kan gaan doen. Sinds de begeleiders zijn weekprogramma met hem doorlopen, ervaart Joost minder spanning.

Systematisch en dynamisch

De fases van handelingsgerichte diagnostiek worden in principe in dezelfde volgorde doorlopen. Toch kan er in elke fase een reden zijn om een of meerdere fases terug of vooruit te gaan. Bijvoorbeeld omdat er al voldoende informatie beschikbaar is om de gestelde vragen te kunnen beantwoorden. Handelingsgerichte diagnostiek gaat uit van doen wat nodig is; we nemen de uitgebreide route, tenzij het korter kan en daarmee ook alle vragen beantwoord kunnen worden.

Waarom handelingsgerichte diagnostiek?

Het Diagnostiek Team werkt samen met de cliënt en betrokkenen aan het beantwoorden van de vraag. We verrichten alleen diagnostisch onderzoek als dat nodig is en niet standaard als onderdeel van ieder traject met een cliënt. Handelingsgerichte diagnostiek sluit hier goed bij aan. We kijken naar de gestelde vraag en proberen die te beantwoorden. Daarbij willen wij als humanistische organisatie écht kijken naar de cliënt. We stellen de mens centraal en werken vanuit onze kernwaarden: eigen regie, gelijkwaardigheid en verantwoordelijkheid. Dat betekent dat we kijken naar wie de cliënt is, wat hem/haar drijft, hoe hij/zij een volwaardige plek in de samenleving vindt en houdt en wat wij als begeleiders daarin kunnen betekenen. Handelingsgerichte diagnostiek, gericht op een concreet advies en er morgen (al) mee kunnen werken, past naadloos bij onze kernwaarden. We willen met onze diagnostische onderzoeken voor de cliënt en betrokkenen het verschil maken.

**Wil je meer lezen
over onze visie op
diagnostiek?**

Lees dan de diagnostiek-
visie van Humanitas
DMH.



Bronnen:

- Pameijer, N., & Van Beukering, T. (2015). *Handelingsgerichte diagnostiek in het onderwijs. Een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering*. Leuven, België: Acco.
- Pameijer, N., & Van Laar-Bijman, E. (2007). *Handelingsgerichte diagnostiek. Een handreiking voor orthopedagogen en psychologen werkzaam in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Den Haag, Nederland: Boom Lemma.

Cliënt aan het woord: ervaringen met het Diagnostiek Team

*“Ik zou zelf niet
veranderen.
Ik weet wie ik
ben en wat ik
voel.”*

Diagnostisch onderzoek is er natuurlijk bovenal voor de cliënt. Daarom hebben we een cliënt aan het woord gelaten over haar ervaringen met het Diagnostiek Team en het diagnostisch onderzoek. Hier lees je het verhaal.

Door: **Bas Cuijten & Marianne Muijs**

Wie ben jij en op welke manier ben je betrokken bij Humanitas DMH?

“Ik ben een vrouw van 34 jaar oud. Ik ken Humanitas DMH omdat ik daar begeleid woon en dat al 8 jaar nu. Ik woon samen met mijn konijn.”

Wat weet jij van het Diagnostiek Team bij Humanitas DMH?

“Dat ze goeie uitleg kunnen geven. Dat je uitleg krijgt waar de opdrachten over gaan. Ze zijn heel kundig, elk detail wordt goed uitgelegd. Als het allemaal klaar is, staat het op papier voor de rest van het begeleidingstraject. Dat is voor de toekomst en daar heb je wat aan. Ze komen testjes met je doen om te kijken welke dingen je goed kunt. Bijvoorbeeld rekenen, taal en tekenen. Ze komen dat doen omdat ze een goed beeld van iemand willen krijgen. Om te kijken waar ze die persoon goed mee kunnen helpen. Ook omdat het team rouleert en die informatie staat dan vast, dan kunnen de nieuwe collega's er in lezen.”

Hoe ben jij terechtgekomen bij het Diagnostiek Team?

“Ouders en betrokkenen hadden het idee dat het goed was om de huidige situatie in kaart te brengen. Omdat ik vroeger al een keer een onderzoek heb gedaan, was dit een goed moment om te kijken waar ik nu zou staan.

Wat mijn angsten zijn en wat ik moeilijk vind. Ik vind het fijn dat mensen mij goed kunnen helpen. Vooral met nieuwe mensen in mijn omgeving moet ik mensen iets uitleggen. Als ik het duidelijk op papier heb, kan ik ze dit laten lezen. Ook op mijn werk. Het kost mij veel moeite om het te vertellen. Dan moet ik elke keer hetzelfde verhaal vertellen.”

Wat vond jij van het onderzoek?

“Heel interessant, maar wel vermoeiend. Het nadenken vond ik vooral heel vermoeiend. Sommige opdrachten waren wel leuk, de taalopdrachten vond ik zelf heel leuk. LOCO- figuurtjes leggen vond ik ook leuk.”

Hoe voelde jij je vóór het moment van het onderzoek?

“Gespannen... zenuwachtig. Ik wist niet wat mij te wachten stond. En het was spannend wie er dan komt om het onderzoek te doen. Om vertrouwen te krijgen in die persoon.”

Was dit gevoel terecht?

“Nee, dit was een onterecht gevoel. Ik maakte mij te druk. Dat heb ik wel vaker. Ik kwam er toen achter dat deze persoon heel vriendelijk was. Het gevoel van spanning was weg toen wij begonnen aan de opdrachten. Toen voelde ik mij heel ontspannen.”

*“Ik vind het fijn
dat mensen
mij goed
kunnen helpen”*

*“Ze komen
testjes met je
doen om te
kijken welke
dingen je goed
kunt”*

Hoelang geleden heeft het onderzoek plaatsgevonden?

“Het onderzoek is nog niet klaar.”

Wat merk je daar nu nog van?

“Ik zou zelf niet veranderen. Ik weet wie ik ben en wat ik voel. Als het rapport er is, dan moet dit er ook voor zorgen dat het bij anderen ook duidelijk is, wie ik ben.”

Heb jij tips voor degene die het onderzoek heeft afgenomen?

“Doe zoals je doet en stel de persoon nog meer op z’n gemak. Misschien kennis maken met de persoon vóór het onderzoek. Dan ken je diegene al. Dat vond ik heel fijn.”

Wat zou je zeggen tegen andere cliënten die nog een onderzoek moeten doen of nog twijfelen?

“Uhhh niet zenuwachtig zijn, ook al is dat makkelijker gezegd dan gedaan. Weet dat het voor een goed doel is. Dat er iets uitkomt waarmee je geholpen wordt.”

Wat vond jij het leukst aan het onderzoek?

“Figuurtjes leggen. En figuurtjes kiezen met verschillende plaatjes. Welke past hier en welke past daar.”

Wat vond jij minder leuk aan het onderzoek?

“Rekenopdrachten en wiskundige opdrachten vond ik vervelend, omdat ik daar een hekel aan heb.”

Wat heeft het onderzoek jou gebracht?

“Nog niks, want het verslag is er nog niet.”

Waar hoop jij op?

“Dat er iets serieus uitkomt waarmee ik geholpen kan worden. Dat mensen weten dat ik echt iets heb en dat niet zelf verzonnen heb. En dat ze mij daarmee willen helpen. Soms heb ik het gevoel dat mensen mij niet serieus nemen. Vooral met het verwerken van prikkels. Van harde geluiden heb ik last. Niet iedereen kan daar rekening mee houden. Ik hoop dat het onderzoek een bijdrage levert aan het beeld wat vooral begeleiders van mij hebben.”

Het CHC-model voor *intelligentiediagnostiek*

Een IQ-onderzoek, ook wel niveaubepaling of intelligentieonderzoek genoemd, maakt vaak deel uit van de diagnostische onderzoeken die het Diagnostiek Team doet. Binnen Humanitas DMH maken we gebruik van het CHC-model bij intelligentiediagnostiek. Wat is het CHC-model, waarom kiezen wij als Diagnostiek Team daarvoor en wat levert het de cliënt, familie en begeleiders op?

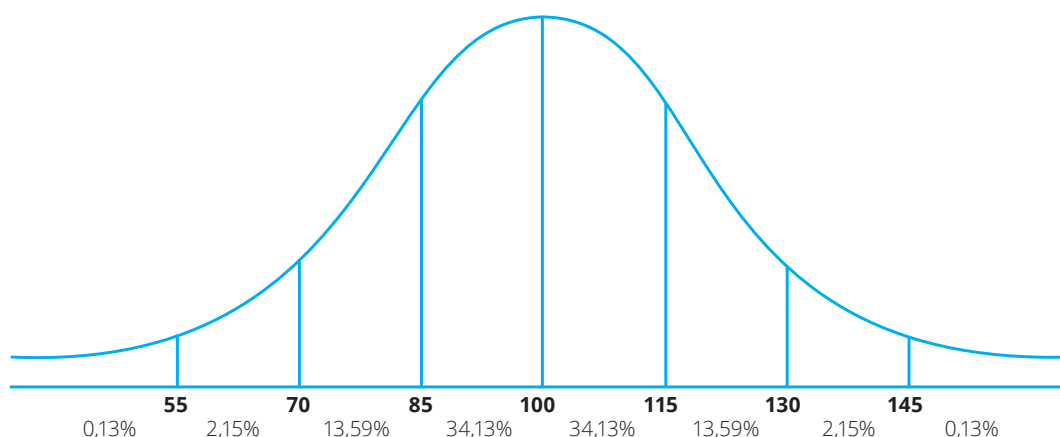
Door: **Willemijn Berssenbrugge-Leliveld**

Intelligentiediagnostiek

Waarom doen we eigenlijk intelligentiediagnostiek? Allereerst vanwege de eenvoudige reden dat het informatie oplevert over iemands niveau van functioneren, ook wel het IQ genoemd. We nemen een intelligentietest af en vergelijken de scores van de cliënt met leeftijdsgenoten. Zo kunnen we meten of een cliënt bijvoorbeeld een gemiddelde intelligentie heeft, net als de meeste mensen, of dat iemand wellicht hoger of lager dan het gemiddelde scoort. Zo'n 68% van de bevolking heeft een IQ tussen 85 en 115, zie figuur 1. Dit noemen we de gemiddelde intelligentie. Zo'n 13,6% van de bevolking scoort hoger of lager dan het gemiddelde. Dit noemen we een beneden gemiddelde tot moeilijk lerend intelligentieniveau of een bovengemiddeld tot begaafd intelligentieniveau. Slechts 2,1% van de bevolking heeft een IQ van lager dan 70 of hoger dan 130. Dit noemen we een verstandelijk beperkt intelligentieniveau of een zeer begaafd (hoogbegaafd) intelligentieniveau.

Door de scores van een cliënt met leeftijdsgenoten te vergelijken, komen we te weten of er wellicht sprake is van een verstandelijke beperking.

Binnen Humanitas DMH hebben veel van de cliënten die we bedienen een verstandelijke beperking. Het is relevant om te weten wat iemands niveau van functioneren is, om zo de ondersteuning af te kunnen stemmen op iemands behoefte. Heeft iemand meer moeite met het begrijpen van taal, dan gebruiken we minder taal. Vindt iemand rekenen of lezen moeilijk, dan ondersteunen we de cliënt daarbij. Begrijpt iemand informatie beter als we het visueel maken, dan doen we dat met diegene. Het IQ-getal 'an sich' is niet zo relevant, maar het is voor ons wel belangrijk om te weten of iemand een verstandelijke beperking heeft en wat iemands sterke en zwakke kanten zijn. Ook voor een indicatiestelling (financiering van de zorg) kan het nodig zijn om een IQ-onderzoek te doen.



De normaalverdeling van intelligentie

Handelingsgerichte diagnostiek en het CHC-model

Binnen Humanitas DMH kiezen we voor handelingsgerichte diagnostiek, zoals eerder in dit magazine te lezen. Een IQ-onderzoek waarbij we alleen de IQ-getallen noemen en vervolgens geen vertaling maken naar wat dat voor iemand betekent in het dagelijks leven, doen we niet binnen Humanitas DMH. We meten het IQ en bepalen zeker een IQ-getal. Dit is niet om iemand in een 'hokje te plaatsen', maar om te kunnen kijken naar wat dit IQ-getal vervolgens betekent voor de cliënt, familie en begeleiders. We willen verder kijken dan alleen het IQ-getal en daar leent het CHC-model zich uitstekend voor. Het CHC-model sluit naadloos aan bij handelingsgerichte diagnostiek.

Het CHC-model

Het CHC-model is een model dat zijn naam heeft gekregen door de grondleggers van de theorie: Cattell, Horn en Carroll. Het CHC-model bestaat uit drie niveaus. Bovenaan bevindt zich de algemene intelligentie, ook wel het Totaal IQ (of de G-factor) genoemd. Het tweede niveau is het niveau van de Brede Cognitieve Vaardigheden. Deze deelgebieden maken een onderdeel uit van het IQ en zijn de verschillende vaardigheden die onderdeel uitmaken van intelligentie. Denk aan probleemoplossend redeneren, feitenkennis, verbale informatie begrijpen, verwerkingssnelheid, het kortetermijngeheugen en het werkgeheugen. Iedere Brede Cognitieve Vaardigheid (BCV) kan weer opgedeeld worden in deelvaardigheden. Dit worden de Nauwe Cognitieve Vaardigheden genoemd (NCV). Als we een IQ-onderzoek doen, nemen we een testbatterij af van verschillende subtests (de Nauwe Cognitieve Vaardigheden). Deze subtests bestaan bijvoorbeeld uit taken waarbij iemand met blokken een patroon moet leggen aan de hand van een voorbeeld, de betekenis van woorden moet geven of opgaven moet maken waarbij logisch geredeneerd moet worden. We kijken per subtest hoe iemand scoort in vergelijking tot zijn/haar leeftijdsgenoten.

Niveau 3:

Het totaal IQ - de G-factor (TIQ)

Niveau 2:

De Brede Cognitieve Vaardigheden (BCV)

Niveau 1:

De Nauwe Cognitieve Vaardigheden (NCV)

Tabel 1: drie niveaus van intelligentie binnen het CHC-model

Vervolgens berekenen we de verschillende Brede Cognitieve Vaardigheden. We onderscheiden de volgende Brede Cognitieve Vaardigheden:

- ✓ **Vloeiende intelligentie** – het vermogen om probleemoplossend te redeneren
- ✓ **Gekristalliseerde kennis** – de algemene feitenkennis en het verbaal begrip
- ✓ **Het kortetermijngeheugen** – de vaardigheid om informatie kortdurend vast te houden en te bewerken
- ✓ **Visuele informatieverwerking** – de vaardigheid om visueel aangeboden informatie te verwerken
- ✓ **Verwerkingssnelheid** – de vaardigheid om snel en vloeiend informatie om te zetten naar een handeling.

IQ-scores, sterke en zwakke kanten

We berekenen voor de cliënt het totaal IQ, een IQ-score per Brede Cognitieve vaardigheid en een score per subtest. Vervolgens vergelijken we de score van de cliënt met leeftijdsgenoten (zie figuur 1). Zo weten we of iemand op een bepaalde BCV bijvoorbeeld op licht verstandelijk beperkt niveau scoort. Nog veel belangrijker echter, vinden we de vergelijking binnen het eigen profiel. Zoals eerder genoemd bedienen we voornamelijk cliënten met een verstandelijke beperking. Die scores bij de laagste 2,1% van de bevolking en scores in vergelijking met leeftijdsgenoten zwak. Interessanter is dan om te weten wat binnen het cognitieve profiel iemands sterke en zwakke kanten zijn.

Bram heeft gemiddeld een 7 voor school. Hij heeft een 7 voor het vak wiskunde, een 7 voor Nederlands en een 7 voor gym. Zijn klasgenoot Jamal heeft ook gemiddeld een 7. Jamal heeft een 4 voor wiskunde, een 9 voor Nederlands en een 8 voor gym. Bram en Jamal zijn, uitgaande van hun gemiddelde schoolcijfers, gemiddelde leerlingen. Toch heeft Jamal meer ondersteuning nodig op school dan Bram, met name bij wiskunde. Het gemiddelde cijfer vertelt in dit voorbeeld niet voldoende over de ondersteuningsbehoefte van de persoon.

Dit is het profiel met de scores van Petra op de intelligentietest volgens het CHC-model:

Brede cognitieve vaardigheid (BCV)	Score	95% Betrouwbaarheidsinterval	Normatief	Relatief
Vloeiende intelligentie	70	65-80	Zwak	
Gekristalliseerde intelligentie	74	69-81	Zwak	
Kortetermijngeheugen	58	53-68	Zeer zwak	Zwak
Visuele informatieverwerking	75	69-84	Zwak	
Verwerkingssnelheid	78	71-90	zwak	Sterk

IQ-score	Score	95% Betrouwbaarheidsinterval
Totaal IQ	69	65-75

Zoals bij Bram en Jamal te lezen is, zegt alleen een IQ-score nog niet zo veel over wat iemand nodig heeft in het dagelijks leven. Binnen het CHC-model kijken we naar wat iemands sterke en zwakke kanten zijn binnen het eigen profiel. Hierdoor kunnen we beter afstemmen op de ondersteuningsbehoefte van de cliënt.

Petra behaalt een IQ-score van 69. Deze score valt in de categorie licht verstandelijk beperkt intelligentieniveau en is daarmee, in vergelijking met de normgroep (leeftijdgenoten), een zwakke score. Ook op alle Brede Cognitieve Vaardigheden behaalt Petra een zwakke score in vergelijking met de normgroep. Alle scores liggen lager dan 85 en zijn daarmee zwak. De score op de BCV kortetermijngeheugen ligt lager dan 70 en is daarmee in vergelijking met de normgroep een zeer zwakke score. Zulke profielen zijn niet ongebruikelijk voor mensen met een verstandelijke beperking.

Wat echter relevanter is voor Petra, is om te weten waar zij, binnen haar 'zwakke profiel' relatief goed in is. Om dat te bepalen maken we geen vergelijking met de normgroep, maar met haar eigen scores. Dan valt op dat Petra sterk is in de BCV verwerkingssnelheid. Dat wil zeggen dat ze op eenvoudige taken relatief snel een instructie om kan zetten in een handeling. Haar kortetermijngeheugen is echter zeer zwak in vergelijking tot de normgroep, maar ook binnen haar eigen scores. Dat wil zeggen dat Petra niet goed in

staat is om informatie kortdurend vast te houden. Het heeft dus niet zo'n nut om Petra te overladen met informatie die ze allemaal moet onthouden. Waarschijnlijk werkt het beter voor Petra om een instructie te krijgen waar ze meteen mee aan de slag kan.

Waarom het CHC-model?

Het CHC-model wordt in de literatuur gezien als een goed onderbouwd wetenschappelijk model. De voornaamste meerwaarde voor onze cliënten is de sterkte-zwakke analyse. Mensen met een (licht) verstandelijke beperking scoren in vergelijking tot de normgroep altijd zwak. Door niet alleen met de normgroep te vergelijken maar ook te kijken welke BCV's sterk of zwak zijn binnen het eigen cognitieve profiel, kunnen we richting geven aan begeleiding, behandeling en ondersteuning. Weten wat iemand goed kan en dat benutten of versterken en weten wat iemand moeilijk vindt en dat ondersteunen, compenseren of overnemen, maakt dat we handelingsgerichte adviezen kunnen geven die het verschil maken voor de cliënt, familie en begeleiders. Hoewel een IQ-onderzoek vaak onderdeel uitmaakt van onze diagnostische onderzoeken, vindt het Diagnostiek Team het van groot belang om verder te kijken dan een IQ-getal en écht te kijken naar de cliënt als mens, met zijn sterke en zwakke kanten. Slechts classificeren (wel of geen verstandelijke beperking) past niet bij de humanistische kernwaarden en de visie van het Diagnostiek Team.

Clïent aan het woord: ervaringen met het Diagnostiek Team

*“Ze behandelen
mij als
gelijkwaardig
en laten mij in
mijn waarde”*

Diagnostisch onderzoek is er natuurlijk bovenal voor de cliënt. Daarom hebben we een cliënt aan het woord gelaten over haar ervaringen met het Diagnostiek Team en het diagnostisch onderzoek.

Door: **Bas Cuijten & Marianne Muijs**

Wie ben jij en op welke manier ben je betrokken bij Humanitas DMH?

“Ik ben een jongedame van 21 jaar. Ik woon sinds september 2019 in het Homerunhuis. Ik ben betrokken bij Humanitas DMH om te leren zelfstandig te wonen. Humanitas DMH gaf deze kans en die heb ik toen aangegrepen. Voor mijn 18e kwam iemand van een andere zorgorganisatie om te kijken naar mijn thuissituatie. Mijn moeder vertelde me dat er geen geld was. Mijn begeleider gaf toen aan dat het een mogelijkheid was om begeleid wonen aan te gaan. Daar stond ik voor open, zo ben ik bij Humanitas DMH gekomen.”

Wat weet jij van het Diagnostiek Team bij Humanitas DMH?

“Dat is een team van mensen die gespecialiseerd zijn in het doen van onderzoeken. Ze kijken wat iemand zijn IQ is. Ze geven hier een beschrijving van en/of waar iemand hulp bij nodig heeft.”

Hoe ben jij terechtgekomen bij het Diagnostiek Team?

“Voor een nieuwe indicatie moest ik een nieuwe IQ-test doen, dat is toen gedaan door het Diagnostiek Team van Humanitas DMH. Ik had die nodig om een langdurige zorg indicatie te krijgen.”

Wat vond jij van het onderzoek?

“Het ging goed, niet moeilijk en soepel. Ik had al vaker een

IQ-test gedaan, ik heb dit op de basisschool gedaan en op de middelbare school. Dus het was al bekend voor mij. Ik heb kleine opdrachtjes gedaan. Ik vond deze opdrachtjes wel leuk, maar meer omdat ik dit al een paar keer heb gedaan. Het zijn dezelfde opdrachtjes. Ik heb dit eerder gedaan om te kijken naar welke school ik moest gaan. En een keer om een indicatie aan te vragen.”

Hoe voelde jij je vóór het moment van het onderzoek?

“Nieuwsgierig, maar normaal. Omdat ik gewend ben aan een testsituatie. Ik was wel benieuwd of ik vooruit was gegaan.”

Was dit gevoel terecht?

“Ja, ik was vooruitgegaan. Mijn geheugen was wel iets achteruitgegaan. Voor de rest is alles omhoog gegaan.”

Hoelang geleden heeft het onderzoek plaatsgevonden?

“Iets langer dan een half jaar.”

Wat merk je daar nu nog van?

“Snel weten hoe ik dingen moet oplossen en dingen onthouden gaan beter. Ik ben meer bewust van hoe en wat. Ik snap dingen meer.

Door het verslag heb ik mijzelf wel beter leren kennen. Mijn ouders snappen mij nu meer, en dat geldt ook voor de

“Ik ben moeilijk lerend, en daardoor ben ik meer over mezelf te weten gekomen en heb ik inzicht in wat ik kan. En hierdoor heb ik passende zorg en begeleiding”



Marianne Muijs

begeleiders. Ze gaan anders met mij om, ik heb meer vrijheid. Ik ben vooruitgegaan en dat geven de mensen om mij heen ook aan. Ik ben blij dat ik het onderzoek heb gedaan, zowel voor nu als voor later.”

Welke verschillen zien anderen?

“Het begrijpen van mensen (en mensen begrijpen mij). Ik snap nu meer waarom ik soms meer moeite moet doen voor sommige dingen.”

Merk jij dat de begeleiders anders met jou omgaan na het onderzoek?

“Ja, ze geven mij meer vrijheid en laten mij meer mezelf zijn. Ze stemmen meer op mij af en geven mij meer ruimte en vertrouwen. Dat voelt goed, ik hou ze op de hoogte via Whatsapp. Ik voel mij ook zelfstandiger. Ik plan mij eigen contactmomenten in en als ik wat nodig heb, dan zoek ik de begeleiders op. Ze behandelen mij als “gelijkwaardig” en laten mij in mijn waarde.”

Heb jij tips voor degene die het onderzoek heeft afgenomen?

“De onderzoeker heeft het goed gedaan. Ik ben dankbaar dat ze het zo snel mogelijk kon regelen. Volgens mij was het een SPOED onderzoek. Ik wil meer ruimte voor mezelf wat betreft wonen. De volgende stap is dat ik begeleid ga wonen met ambulante begeleiding.”

Wat zou je zeggen tegen andere cliënten die nog een onderzoek moeten doen of nog twijfelen?

“Gewoon doen! Dat is het beste voor je toekomst. Bij mij kwam eruit dat ik ADHD en een beperking heb. Ik ben moeilijk lerend, en daardoor ben ik meer over mezelf te weten gekomen en heb ik inzicht in wat ik kan. En hierdoor heb ik passende zorg en begeleiding. Nu heb ik zoveel geleerd dat ik bijna een eigen woning heb en ambulante begeleiding krijg. Ik kijk hier zo erg naar uit!”

Wat vond jij het leukst aan het onderzoek?

“Iets met blokjes doen vond ik het leukst.”

Wat vond jij minder leuk aan het onderzoek?

“Ik kan geen stomme dingen opnoemen. Er waren wel dingen die ik minder goed kon, maar dat wist ik van mijzelf. Zoals rekenen, wie heeft dat bedacht?”

Wat heeft het onderzoek jou gebracht?

“Tot waar ik nu zit. Mijn hulp en ontwikkeling. Ik ben trots op mezelf!”

Waar hoop jij te zijn over 5 jaar?

“Zelfstandig wonen, een huisje helemaal voor mezelf en dan een huisdier. Dan ben ik tevreden!”

Column

CHC en handelingsgerichte diagnostiek

Door: **Daphne Ramaker**

Het doen van diagnostiek aan de hand van het CHC-model is iets wat ik meeneem naar de rest van mijn 'diagnostiek-carrière'!

Het is 28 juli 2016, 15:19 uur en ik zit in de bibliotheek van de Erasmus Universiteit als ik voor de laatste keer op 'opslaan' klik. Mijn scriptie is af... Ik check nog een aantal keer of het opslaan wel goed is gegaan en ik verzend hem naar de beoordelaars. Een half jaar nadat ik ben begonnen met de scriptie, is het nu klaar!

In september 2015 begin ik als stagiaire gedragsdeskundige bij Humanitas DMH. Als onderdeel van mijn stage werk ik ook in het Diagnostiek Team van Humanitas DMH. Daar kom ik in aanraking met het CHC-model en ik ben direct geïnteresseerd. Binnen het Diagnostiek Team hebben we allemaal het gevoel dat het CHC-model zorgt voor verslagen die nog meer handelingsgericht zijn, maar dit is nog niet onderzocht. Samen met mijn stagebegeleiders besluiten we om mijn masterscriptie hieraan te gaan wijden en deze scriptie krijgt de naam: "Kwaliteit van advisering op basis van diagnostisch onderzoek in de gehandicaptenzorg." Met de ondertitel: "Ontwikkeling en praktijkverkenning van een kwaliteitsinstrument voor adviseren." Maar ja... waar begin je dan? Ten tijde van mijn scriptie is er nog geen instrument dat de kwaliteit van advisering meet. Dus: zelf gaan ontwikkelen. Door surveyonderzoek bij meerdere professionals kom ik tot een kwaliteitsmeter voor advisering. Die bestaat uit 23 kenmerken waar een advies aan zou moeten voldoen.

Met die Kwaliteitsmeter voor Advisering in de hand ga ik aan de slag met het tweede deel van mijn scriptie, welke zich richt op de vraag: "Wordt de kwaliteit van advisering significant hoger wanneer het CHC-model wordt gebruikt als intelligentiemeting, vergeleken met de intelligentiemeting op basis van de WAIS-IV?" Voor 13 CHC-verslagen en 13 WAIS-IV-verslagen is onderzocht aan hoeveel kenmerken van de Kwaliteitsmeter voor Advisering de verslagen voldoen. Conclusie: de adviezen van de CHC-verslagen voldoen aan significant meer

kwaliteitskenmerken dan de WAIS-IV-verslagen. Met name kenmerken die gaan over de handelingsgerichtheid van adviezen en de meetbaarheid van de ondersteuning staan vaker beschreven in de CHC-verslagen dan in de WAIS-IV-verslagen. Ook de sterke kanten van een persoon worden vaker beschreven in de CHC-verslagen dan in de WAIS-IV-verslagen. Een mogelijke verklaring daarvoor kan zijn dat het CHC-model kijkt naar een cognitief vaardigheidsprofiel, met daarin zowel de sterke als de zwakke kanten. Beperkingen van dit onderzoek zijn dat het gaat om een kleine steekproef en er alleen gekeken is naar verslagen die door het Diagnostiek Team van Humanitas DMH gemaakt zijn. Desalniettemin is het een mooie eerste stap om objectief te kijken naar de voordelen van het CHC-model ten opzichte van de WAIS-IV.

Mede door een goed cijfer voor deze scriptie rond ik mijn masteropleiding af. Daarna mag ik bij Humanitas DMH blijven werken als gedragsdeskundige en supervisor in het Diagnostiek Team. Inmiddels ben ik werkzaam bij een andere werkgever. Het doen van diagnostiek aan de hand van het CHC-model is iets wat ik meeneem naar de rest van mijn 'diagnostiek-carrière'!



Het effect van een diagnostisch onderzoek op de omgeving:

een moeder aan het woord

Bij diagnostiek staat de cliënt centraal. Bij een cliënt hoort natuurlijk ook zijn of haar omgeving en de belangrijke personen die daarvan deel uitmaken. De ouders/verzorgers van de cliënt zijn hierin een van de belangrijkste. Er is oog voor de ouders, omdat zij de belangrijkste informatiebron zijn rondom het leven van onze 'Brammen'. We spreken een moeder van een van onze cliënten. Zij geeft een inkijkje hoe het voelt vanaf de andere kant van de tafel. Zo krijgen we antwoorden op vragen als 'Wat kan een onderzoek oproepen?' 'En welk effect heeft het onderzoek voor de ouder op de korte en lange termijn?'

Door: **Bas Cuijten & Marianne Muijs**

We geven het woord aan een moeder die betrokken is geweest bij het diagnostisch onderzoek van haar dochter. De hulpvragen voor het onderzoek waren gericht op de sociale en emotionele ontwikkeling (het kunnen en aankunnen) van haar dochter, of ze een autisme spectrum stoornis heeft en welke begeleiding bij haar past. Het Centrum voor Indicatiestelling Zorg (CIZ) stelde het onderzoek als een voorwaarde voor de WLZ (wet langdurige Zorg) indicatie.

Wie bent u en op welke manier bent u verbonden aan Humanitas DMH?

"Ik ben een alleenstaande moeder en mijn dochter krijgt begeleiding vanuit Humanitas DMH. Zij krijgt een paar keer per week ambulante begeleiding. Het onderzoek bij Humanitas DMH heeft in april en mei 2021 plaatsgevonden."

Hoe bent u terechtgekomen bij het Diagnostiek Team?

"Het heeft 5 jaar geduurd, voordat we een partij hadden gevonden die het onderzoek wilde uitvoeren. Vanuit eerder onderzoek, jaren geleden, kwam de vraag naar voren of mijn dochter autisme zou hebben. Dit was een reden voor het CIZ om de indicatie voor de WLZ af te wijzen. Het wijkteam waar we nu de beschikking van krijgen wilde het onderzoek niet betalen, omdat ze al een etiket had, namelijk een licht verstandelijke beperking. Haar begeleiders hebben allerlei manieren gezocht hoe een onderzoek naar autisme eventueel wel kon. Hierbij hielden ze ons op de hoogte van het proces. Bij verschillende organisaties werd het onderzoek telkens afgewezen, met als reden: geen geld. Dat was zwaar. Toen hadden we eindelijk groen licht voor het onderzoek bij Humanitas DMH, maar toen kwam corona en werd het onderzoek alsnog uitgesteld."

“Het is even pittig, maar daarna weet je hoe het is. Gewoon over je heen laten komen.”

Dat heeft een lange tijd geduurd inderdaad. En hoe voelde het voor u toen er uiteindelijk gestart kon worden met het onderzoek?

“Het kostte af en toe heel veel energie, omdat het zo lang duurde. Dit was het enige wat we nog nodig hadden voor de WLZ-aanvraag. Ik had daarom soms twijfels of het echt zou gaan beginnen. Er waren ook zeker spanningen door het verplaatsen van de onderzoeken, bij ons beiden. De begeleiders hebben steun geboden, maar het was pittig door veranderingen van afspraken en de nieuwe gezichten.”

Wat vond u ervan om zo’n onderzoek te doen?

“Ik vond het best ingewikkeld. Over sommige vragen zit ik soms nog steeds na te denken. Bij het onderzoek naar de sociaal emotionele ontwikkeling was er een verschil merkbaar hoe ik kijk als moeder en hoe de begeleiders kijken. Tijdens dit onderzoek kwam de vraag naar boven of mijn dochter iets deed om aandacht te krijgen. Dit voelde voor mij heel negatief op dat moment. Het is lastig om op zo’n manier naar je kind te kijken en dat er dus verschil ervaren wordt. Dit vond ik pittig.”

En toen kwam de uitslag...

“De uitslag duurde heel lang, ook omdat er geen autisme uitkwam. Dit was een giga verrassing! En totaal niet wat ik verwacht had. Er was verbazing vanuit mijn kant en er vielen veel dingen op z’n plek. En toen begon de aanvraag van de WLZ (wet langdurige zorg), wederom een spannende tijd. Eind december is de WLZ-aanvraag gedaan en begin januari belde mijn dochter huilend op met de woorden “ik heb WLZ”. Nu we het erover hebben word ik wederom emotioneel..... De WLZ-indicatie zorgde voor veel opluchting. Ze heeft altijd boven haar kunnen geleefd en nu hebben we gehoord dat ze dat niet meer hoeft te doen. We zijn hierom erg blij!”

Als u nu terugkijkt, wat vond u het leukste aan het onderzoek?

“Dat je terugdenkt aan de leuke dingen van je kind en hoe ik dit ervaren heb. Bij de anamnese mocht ik weer even terug naar de kindertijd. Daarom ging ik weer foto’s van vroeger bekijken. Dagboekjes doorlezen om weer info op te halen over vroeger. Dit heb ik ook samen met mijn dochter gedaan, waardoor we samen herinneringen gingen ophalen.”

En wat was het moeilijkst?

“Dat we een andere kijk hadden bij het sociaal emotioneel onderzoek. Ik moest dit thuis wel laten bezinken. En toch ook de uitslag van het sociaal emotioneel onderzoek. Toen ze 18 jaar was, heeft er zo’n zelfde test plaatsgevonden en nu dus weer. Ik ben echt geschrokken, omdat ze nog lager uitkwam dan ik had verwacht.”

Wat heeft het onderzoek u en uw dochter gebracht?

“De WLZ-indicatie! De rust komt straks als alles is afgerond en ze een woonplek heeft in een 24-uurssetting. Maar we zien nu al dat ondanks dat ze nog niet in een 24-uurslocatie woont, deze aanpak wel aansluit bij wat ze nodig heeft. Ze krijgt veel meer uren hulp en dat geeft voor haar en mij meer rust. Ook door een andere aanpak van minder stimuleren om het zelf te doen naar meer bij de hand pakken en helpen, waardoor ze meer rust ervaart. Voor mij bijna geen mantelzorg meer en dat is ook heel fijn.”

Heeft u nog een tip voor degenen die nog een onderzoek moeten doen? Of voor degenen die nog twijfelen om een onderzoek te doen?

“Ik zou het maar doen, wat er ook uitkomt. Het geeft toch rust. Het is even pittig, maar daarna weet je hoe het is. Gewoon over je heen laten komen.”

Interculturele diagnostiek; het Diagnostiek Team doet het!



Door: **Britt van den Akker**

Tijdens een van de eerste opleidingsdagen tot Orthopedagoog-Generalist kreeg ik les over interculturele diagnostiek. Een ontzettend relevant thema, ook binnen Humanitas DMH, omdat we zorg leveren aan cliënten van verschillende culturele achtergronden. Bij mij riep het dan ook de vraag op: op welke manier houdt het Diagnostiek Team rekening met de culturele achtergrond van de cliënt? Ik ging op onderzoek uit!

Binnen het Diagnostiek Team verrichten we handelingsgerichte diagnostiek. Er wordt verder gekeken dan de scores. Er wordt gekeken naar de mens en zijn context. Dit geeft een beter begrip van de cliënt en zijn omgeving als resultaat, hetgeen leidt tot adviezen die handlingsgericht en praktisch zijn. Een belangrijk onderdeel van de mens en zijn omgeving is de culturele achtergrond en context. Wordt hier binnen het diagnostisch onderzoek geen rekening mee gehouden, kan de uitkomst verkeerd geïnterpreteerd worden en onbetrouwbaar zijn, met als gevolg dat er niet goed wordt aangesloten bij wat de cliënt nodig heeft binnen de begeleiding en/of behandeling. Daarmee wordt geen recht gedaan aan onze kernwaarden en visie 'Bram/Fatima/Yamal (etc.) voelt zich gelukkig en doet er toe'.

Kortom, het lijkt me helder dat het Diagnostiek Team het belangrijk vindt om rekening te houden met de culturele context. Maar op welke manier doen we dit eigenlijk? Ik ga jullie hier een kleine inkijk in geven.

Al bij de start van een diagnostiektraject is er aandacht voor de culturele context. Informatie over Bram en zijn culturele achtergrond wordt verzameld. Het Diagnostiek Team wil zicht op het systeem van de cliënt en waar mogelijk/nodig het systeem erbij betrekken. Ook het geboorteland of de etnische achtergrond van (voor)ouders geven belangrijke informatie voor het diagnostiektraject.

Daarnaast is door het Diagnostiek Team een richtlijn ontwikkeld voor 'diagnostiek bij volwassenen met een niet-Europese achtergrond'. Hierin staat uitgebreid beschreven waar rekening mee moet worden gehouden bij interculturele diagnostiek en hoe dit te doen. Denk bijvoorbeeld aan welke testen geschikt zijn om af te nemen bij de cliënt die de Nederlandse taal minder beheerst, maar ook hoe je deze moet interpreteren, daarbij rekening houdend met de culturele context. Je kunt hierbij denken aan normgroepen die onvoldoende representatief zijn, maar ook aan verschillende interpretaties van persoonlijkheidsdiagnostiek; sommige gedragingen en manieren van reageren en denken kunnen in de ene cultuur sociaal geaccepteerd zijn en in de andere cultuur wijzen op onaangepast gedrag en problemen in de persoonlijkheidsontwikkeling. Denk bijvoorbeeld aan het in het openbaar rochelen in sommige Aziatische culturen. Het is daarom belangrijk om uitkomsten uit het onderzoek in de culturele context te plaatsen, zodat we geen onjuiste conclusies trekken.

Tot slot wordt ook bij het geven van handelingsgerichte adviezen rekening gehouden met aansluiting op de culturele context, denk bijvoorbeeld aan de IK- en WIJ-systemen die verschillen van behoeften en gewoonten.

Ik word blij van het feit dat het Diagnostiek Team een heldere richtlijn heeft en oog heeft voor de culturele context van de cliënt. En natuurlijk ligt er voor alle medewerkers die betrokken zijn bij een client een belangrijke taak: namelijk ook voordat de cliënt een diagnostiektraject ingaat, zicht verkrijgen op de culturele context van de cliënt. Op deze wijze doen we recht aan de cliënt en zijn omgeving, het helpt beter af te stemmen op de zorgvraag én het helpt het Diagnostiek Team bij het doen van een zo'n betrouwbaar mogelijk onderzoek. En uiteindelijk is Bram daarmee geholpen!

Begeleider aan het woord: *ervaringen met een diagnostisch onderzoek*

Ook begeleiders hebben veel aan het diagnostisch onderzoek. Zeker omdat het Diagnostiek Team gebruik maakt van handelingsgerichte diagnostiek. Hierdoor weten begeleiders wat ze morgen anders kunnen doen. Begeleider Jan vertelt over zijn ervaringen met een van de diagnostische onderzoeken.

Door: **Bas Cuijten & Marianne Muijs**

Jan is een ambulante begeleider, hij is nu iets langer dan één jaar werkzaam bij Humanitas DMH. Zijn rol als begeleider houdt in dat hij op huisbezoek gaat bij de cliënten van Humanitas DMH. Tijdens de begeleidingsmomenten ondersteunt hij Bram daar waar de behoeftes liggen. Deze behoeftes kunnen zeer uiteenlopen, geeft Jan aan. Hij ondersteunt mensen op verschillende leefgebieden, waarbij het uitgangspunt is dat de cliënt eigen regie blijft behouden.

“Ik bepaal niet voor de cliënt, maar ik kijk met ze mee.”

Een onderdeel van begeleiding kan ook diagnostiek zijn. Zes maanden geleden heeft Jan meegeholpen met een onderzoek voor een van zijn cliënten. De hulpvraag was: help de begeleiders om deze cliënt beter te begrijpen, zodat zij een beter beeld hebben van de cliënt en de begeleiding hierop kunnen laten aansluiten. Er was sprake van moeilijk verstaanbaar gedrag en een onderzoek zou inzicht kunnen geven voor een verklaring van het gedrag van de cliënt.

Diagnostiek

Jan geeft aan dat hij als begeleider hierbij betrokken was bij verschillende onderdelen van het diagnostisch

onderzoek van Humanitas DMH. Hij vertelt dat hij met alle betrokken begeleiders een vragenlijst heeft ingevuld over het adaptieve functioneren van de cliënt. Deze vragenlijst gaat over vaardigheden van de cliënt in zijn dagelijks leven. “Wij hebben hierbij verschillende leefgebieden van de cliënt onder de loep genomen. Iedereen heeft zijn eigen perspectief, uiteindelijk zijn wij hierdoor tot een gezamenlijk, helder beeld gekomen van de cliënt.”

“Wat ik prettig vond aan dit onderzoek is dat de lijntjes een stuk korter zijn”

Daarnaast was Jan betrokken bij het onderzoek naar het sociaal emotioneel functioneren. Dit was volgens Jan erg verduidelijkend omdat dit een beeld schetste van de kindertijd van de cliënt en van zijn tijd voor het ongeluk. Daarnaast heeft dit onderzoek ook inzicht

“Dit komt doordat hij zijn grens bij ons mág aangeven, omdat hij steeds meer beseft dat het zijn traject is en dat wij ter ondersteuning zijn.”

gegeven in de verschillende manieren van omgang en de rollen van familie en de begeleiders. “De cliënt heeft bijvoorbeeld een andere omgang met zijn jongere zusje dan met zijn vader”, vertelt Jan. Er werd volgens Jan ingezoomd op een bepaald onderwerp, iedereen gaf hierin zijn eigen visie en die verschilden van elkaar. Die verschillen waren zowel bij de begeleiders als bij familieleden. Jan voegt toe: “Daarnaast kwamen we er ook achter dat er veel overeenkomsten waren in het gedrag wat de cliënt liet zien, dat voor een ieder heel herkenbaar was.” Het onderzoek naar het cognitieve niveau gaf een bevestigend beeld van wat de begeleiders al hadden. Jan: “Wat ik prettig vond aan dit onderzoek, is dat de lijntjes een stuk korter zijn, in vergelijking tot de onderzoeken die gedaan worden door andere partijen.”

Gezamenlijke taal

Over het effect van het onderzoek, geeft Jan aan dat de begeleiders veel meer naast de cliënt staan, omdat het team direct bij hem kan aansluiten in plaats van dat er eerst een discussie ontstaat bij elke stap die genomen wordt. Jan: “Je snapt elkaar veel sneller door

de gezamenlijke taal. We kunnen de signalen samen verklaren en hierdoor samen overeenstemming bereiken.” In één positieve zin vat hij samen: “Door het onderzoek kunnen wij beter aansluiting bij hem vinden en hierdoor is de cliënt meer zichzelf.”

Jan geeft daarna aan dat de cliënt het lastig vindt als hij het gevoel heeft dat iemand iets voor hem wil bepalen. Hij kan dat nu voorkomen door de regie bij de cliënt te houden. “Nu durft hij meer tegenover de begeleiders”, voegt Jan toe. “Hij maakt meer grapjes en durft zijn grenzen beter aan te geven. Dit komt doordat hij zijn grens bij ons mág aangeven, omdat hij steeds meer beseft dat het zijn traject is en dat wij ter ondersteuning zijn.”

Wat het diagnostisch onderzoek hen heeft gebracht, lijkt een goede ervaring geweest te zijn: “Wij kunnen nu beter zijn gedrag verklaren. Op deze manier kunnen wij beter aansluiten, omdat wij weten waar het vandaan komt.”



José Both

Een supervisor aan het woord: ***een gedragsdeskundige over haar uitdagende werk!***

José Both werkt als gedragsdeskundige bij Humanitas DMH en daarnaast al enige tijd bij het Diagnostiek Team. In dit interview geeft ze een inkijkje in haar uitdagende werk.

Door: **Marieke Walet – Den Boer**

José, jij werkt al lange tijd voor Humanitas DMH en al zo'n 12 jaar bij het Diagnostiek Team. Hoe ben je bij het Diagnostiek Team terechtgekomen?

"Tijdens mijn opleiding Orthopedagogiek heb ik mijn Basisantekening Psychodiagnostiek (BAPD) niet kunnen halen. Binnen Humanitas DMH werd de mogelijkheid geboden dit alsnog te kunnen doen. De supervisie voor de

BAPD werd destijds verzorgd door Kirsten Munsterman, een van de oprichters van het Diagnostiek Team. Het onderzoeken waardoor klachten ontstaan en het geven van handelingsgerichte adviezen vond ik van meet af aan ontzettend leuk. Vooral het puzzelen om antwoord te krijgen op vragen als: 'wat is er nou aan de hand? Hoe kunnen we de begeleiders en verwanten handvatten geven?'

Hoe kunnen we de cliënt inzicht geven in wat er speelt? En hoe kan de cliënt, binnen zijn mogelijkheden, regie voeren op zijn leven?' Handelingsgericht onderzoek doen vond en vind ik heel waardevol. Er kwamen steeds meer aanvragen voor diagnostiek, dus bleef ik betrokken en ben binnen het Diagnostiek Team supervisor geworden."

Je benoemt dat je handelingsgericht onderzoek doen waardevol vindt. Waarom is diagnostiek nodig om handelingsgerichte adviezen te kunnen geven?

"Diagnostiek verricht elke werker in de praktijk. Als je een cliënt ziet, kun je bijvoorbeeld letten op: 'hoe loopt hij erbij? Wat lees ik af aan zijn gedrag? Hoe kan ik dit interpreteren? Hoe moet ik hierop reageren?' Daarbuiten zijn er zaken die kunnen opvallen bij een cliënt waarbij je je hypothesen graag wilt meten. Bijvoorbeeld wanneer je opmerkt dat een cliënt veel zaken vergeet. Met instrumenten kun je meten of dit ligt aan een beperkt werkgeheugen of dat het te maken heeft met een slechte concentratie. Of dat er misschien wel trauma onderligt. Dat is de aanvulling op de diagnostiek in de dagelijkse praktijk. Een combinatie van wat er gezien wordt in de dagelijkse praktijk, hetgeen de cliënt en zijn systeem vertelt én de instrumentele diagnostiek, vormen samen een goede beeldvorming. Dit totaalplaatje maakt dat er handelingsgerichte adviezen kunnen worden gegeven."

Krijg je wel eens een terugkoppeling uit de praktijk naar aanleiding van een onderzoek?

"Collega's of begeleiders laten soms weten dat het onderzoek hen of de cliënt heeft geholpen om meer zicht te hebben op wat er onderliggend is aan klachten en dat dat helpend is om te weten hoe zij kunnen aansluiten bij de cliënt. Het is heel prettig om een terugkoppeling te krijgen, hier kunnen we van leren en geeft ook inzicht in het effect van diagnostiek. We krijgen ook van externe partijen aanvragen voor diagnostiek, omdat ze een verslag van een cliënt hebben gelezen. Ze vinden onze manier van diagnostiek en verslaglegging dan zo fijn, dat ze ons vragen om ook bij een andere cliënt een onderzoek te doen. Dat is natuurlijk altijd een compliment!"

Binnen Humanitas DMH bieden we sinds kort een specialistische behandeling. Kun je iets vertellen over de koppeling met diagnostiek?

"Het is belangrijk om tijdens een behandeling goed aan te kunnen sluiten bij de mogelijkheden van de cliënt. Diagnostiek kan hier veel inzicht in geven. Als je als behandelaar goed aansluit bij de mogelijkheden van de cliënt, kan

de behandeling beter beklijven en blijft de motivatie van de cliënt ook beter. We vinden instrumentele diagnostiek geen 'harde eis' voordat we starten met een behandeling, maar het is wel belangrijk om te starten met een goede beeldvorming van de cliënt om de juiste behandeling in te kunnen zetten.

Diagnostiek kan ook worden ingezet naar aanleiding van een behandeling. Laatst werd ik als behandelaar betrokken bij een cliënt. Ik merkte op dat de cliënt minder goed leek te begrijpen wat er van haar verwacht werd, dan ik vooraf had ingeschat. De behandeling kon ik gelukkig zo aanpassen dat het aansloot bij de mogelijkheden van de cliënt. In overleg met de begeleiders en de gedragsdeskundige van de desbetreffende locatie, is er besloten om na de behandeling ook diagnostiek in te zetten. Hieruit kwam naar voren dat de cliënt op een lager verstandelijk niveau functioneerde dan gedacht werd. Dit lijkt de omgekeerde volgorde: we willen eerst weten wat er met de cliënt aan de hand is, voordat we met een behandeling gaan starten. Maar nu vielen pas tijdens de behandeling bepaalde dingen op. Hierdoor kan nu in de dagelijkse praktijk vanuit de resultaten vanuit het diagnostiektraject, gekeken worden of de begeleiding goed aansluit bij deze cliënt of dat er misschien een aanpassing moeten komen in de bejegening."

Binnen het Diagnostiek Team werken de supervisors nauw samen met de psychodiagnostisch medewerkers. Hoe ervaar jij die samenwerking?

"Het is heel waardevol om onderzoeken samen met een psychodiagnostisch medewerker (PDW'er) te doen. De PDW'ers hebben allemaal hun eigen aandachtsgebieden. Zij zijn vele malen deskundiger in het afnemen van verschillende testen. Onderzoek doen is meters maken. Een intelligentietest bijvoorbeeld, nemen zij vaak af. Hierdoor zijn zij zeer bedreven in wat zij doen. Daarnaast zijn zij ervaren in het observeren van de cliënten tijdens de testafnames, wat mij als supervisor helpt om een goed beeld te krijgen van een cliënt. En zo tot een goed advies te kunnen komen. Bij complexe onderzoeken trekken we als supervisor en PDW'er samen op tijdens de testafnames. Hierdoor kan ik me focussen op de cliënt en de testafname en hoef ik niet bang te zijn dat ik bepaalde dingen mis, omdat ik niet alles op hoeft te schrijven. Het vier-ogen-principe is heel waardevol, doordat het zorgt voor verschillende invalshoeken om naar bepaalde zaken te kijken. Daarnaast voorkomt het kokerzicht. De diagnostiekverslagen die worden geschreven, zijn een grote verantwoordelijkheid. Deze verslagen worden vaak gebruikt bij het maken van keuzes in het leven van de

Het zou niet uit moeten maken of de gemeente, het zorgkantoor of de zorgverzekeraar ons werk financiert. De inhoud zou leidend moeten zijn, niet het geld.



Marieke Walet – Den Boer

cliënt. Het is goed dat we dit heel zorgvuldig kunnen doen op deze manier.”

Is er een onderzoek wat jou is bijgebleven?

“Ja, wel meerdere onderzoeken. We hebben een keer een onderzoek gedaan bij een jongen van 16 jaar, waar al veel hulpverlening bij betrokken was. Tijdens het onderzoek kwamen wij erachter dat er veel traumatische gebeurtenissen waren geweest, die enorme invloed op hem hadden. Daar had nog nooit iemand op die manier naar gekeken. Er was vooral gefocust op het problematische gedrag van de jongen. Door te kijken wat hij en zijn gezin hadden meegemaakt, hoe zijn gedrag was ontstaan, welke functie zijn gedrag had, kwam er ruimte om deze jongen niet alleen als ‘moeilijk en vervelend’ te zien. Hij en zijn moeder voelden zich erg gehoord tijdens ons onderzoek. Hij stond op een soort splitsing in zijn leven, waarbij hij verder in de richting van criminaliteit zou kunnen gaan. De andere kant opgaan was een positieve draai aan zijn leven kunnen geven. We hebben ons best gedaan om door middel van beeldvorming en handelingsgerichte adviezen de omgeving inzicht en handvatten te bieden voor een andere bejegening.

De onderzoeken naar emotionele ontwikkeling vind ik altijd mooi om te doen, omdat er zoveel kwartjes vallen bij de omgeving wanneer betrokkenen de uitslag ontvangen. Zo was er een man die heel zelfstandig was en op de fiets naar de winkel ging. Tijdens het fietsen schold hij iedereen uit. Bij de winkel aangekomen, werd hij vaak heel erg kwaad. Eenmaal in winkels -waar hij mensen kende die hem hielpen- ging het goed. Tijdens ons onderzoek kwamen we erachter dat hij verstandelijk veel begreep, maar dat hij functioneerde op een veel lager emotioneel ontwikkelingsniveau.

Hierdoor was zijn draagkracht erg beperkt. Begeleiders begrepen direct dat het zelf boodschappen doen veel te veel van hem vroeg. Ze konden direct zien dat hij geen ‘vervelende man’ meer was, maar iemand die meer ondersteuning nodig had. Hierop kon direct de begeleiding anders worden ingericht!”

Wat is jouw wens voor de toekomst als het gaat om diagnostiek?

“Ik vind het heel ernstig dat we voor een bepaalde groep cliënten op dit moment geen diagnostiek kunnen doen omdat wij hier geen financiën voor krijgen. Ik hoop dan ook dat we ons belangrijke werk kunnen doen voor alle ‘Brammen’, ongeacht welke financieringsstromen er zijn. Het zou niet uit moeten maken of de gemeente, het zorgkantoor of de zorgverzekeraar ons werk financiert. De inhoud zou leidend moeten zijn, niet het geld.

Daarnaast zou ik het liefst willen dat we geen wachtlijsten zouden hebben. Dat wanneer iemand een vraag voor diagnostiek heeft, we binnen een maand een intake kunnen doen en het verslag snel af kunnen ronden. Dat is helaas niet de realiteit.

Verder vind ik het mooi dat we nu ook specialistische behandelingen kunnen bieden. Door een behandeling intern aan te kunnen bieden is er een goede samenwerking met de dagelijkse praktijk. Behandelingen kunnen hierdoor ingebed worden in de dagelijkse praktijk, waardoor hetgeen in de behandelkamer gebeurt, direct omgezet kan worden naar het dagelijks leven. Diagnostiek en behandeling zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Door zowel diagnostiek en behandeling intern te bieden aan Bram, wordt de zorg kwalitatief beter.”

Diagnostiek & Behandeling

In 2021 is bij Humanitas DMH het project Behandeling gestart om binnen de organisatie te verkennen welke mogelijkheden er zijn om een specialistische behandeling aan te bieden.

Door: José Both en Willemijn Berssenbrugge-Leliveld

Een van de mogelijke adviezen binnen een diagnostisch onderzoek is het inzetten van een behandeling. Dit noemen we dan een specialistische behandeling. Hierbij kun je denken aan therapie waarbij je leert hoe je met angsten of negatieve stemmingen omgaat. Of therapie om traumatische gebeurtenissen te verwerken. Tot twee jaar geleden moesten onze cliënten voor een behandeling vaak naar een externe organisatie waar dan bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie of EMDR werd aangeboden. Voor cliënten is het vaak een enorme drempel om naar een andere organisatie te moeten gaan voor een behandeling. Daarbij sluit het aanbod regelmatig niet aan op de behoeften van onze cliënten. Rekening kunnen houden met een verstandelijke beperking, als daar sprake van is, is een belangrijk element om de behandeling van onze cliënten te laten slagen. Ook is het voor een deel van de cliënten belastend om naar een andere locatie te moeten gaan, met vreemde gezichten en om daar weer hun verhaal te moeten doen.

Behandeling

Sinds 2021 bestaat bij Humanitas DMH de mogelijkheid om intern een behandeling te krijgen. Cognitieve gedragstherapie, EMDR, psycho-educatie en agressie-regulatie-therapie (AR) zijn behandelvormen die onder andere worden aangeboden. Dit maakt dat we de cliënt nog beter kunnen bedienen.

Interne behandeling – de voordelen

Doordat we behandelingen nu intern aanbieden, kunnen we bij Humanitas DMH een geïntegreerd behandel aanbod aanbieden. Dat wil zeggen dat de behandeling logisch voortvloeit uit de diagnostiek en dat we deze behandeling kunnen uitvoeren met alle betrokkenen. De cliënt, verwanten, begeleiders, de

Bettie

Bettie is een 50-jarige vrouw die al jarenlang vastloopt in haar dagelijks leven. Zij kampt met stemmingsproblemen, boosheid, slaapproblemen en vindt het moeilijk om zich te concentreren. In een diagnostisch onderzoek door het Diagnostiek Team wordt in 2020 duidelijk dat zij, naast haar licht verstandelijke beperking, ook ADHD en een posttraumatische stressstoornis (PTSS) heeft. Zij kampt met boosheid die zij moeilijk kan reguleren. Er wordt geadviseerd om een behandeling in te zetten, gericht op de boosheid en op het verwerken van de traumatische gebeurtenissen. Bettie start met agressieregulatie-therapie (AR) binnen de organisatie. Ze behaalt goede resultaten, maar de boosheid blijkt direct gekoppeld te zijn aan nare gebeurtenissen. Bettie is gebaat bij EMDR. Destijds moest dit nog extern gebeuren. Bettie klopt aan bij de GGZ. Bij deze externe organisatie wordt geen rekening gehouden met haar verstandelijke beperking. Zij vindt de informatie moeilijk te begrijpen en gaat geregeld niet naar afspraken. Uiteindelijk stopt deze organisatie haar behandeling. De AR stagneert ook.

Sinds 2021 bieden we EMDR aan binnen Humanitas DMH. Bettie wordt hiervoor aangemeld. Ze kan terecht bij een therapeut die rekening houdt met haar verstandelijke beperking. Middels EMDR worden de nare gebeurtenissen verwerkt. De stemmingsproblemen verminderen, Bettie slaapt weer goed en uiteindelijk voldoet Bettie niet meer aan de criteria voor een PTSS. De AR kan weer hervat worden en ook de boosheid ontregelt haar niet meer.

Voor cliënten is het vaak een enorme drempel om naar een andere organisatie te moeten gaan voor een behandeling.

specialistisch behandelaar en de gedragsdeskundige van de locatie waar de cliënt aan gekoppeld is werken dan samen om de behandeldoelen te bereiken. Hierdoor is er een goede overgang mogelijk van de behandelkamer naar de dagelijkse praktijk.

Een ander voordeel van deze interne diagnostiek en behandeling, zijn de korte lijnen. Als er een behandeling nodig blijkt te zijn nadat er diagnostiek is verricht bij ons, kunnen we dat sneller realiseren. Maar ook andersom is het een waardevolle toevoeging: soms blijkt tijdens een behandeling dat we nog niet volledig zicht hebben op wat er met een cliënt aan de hand is. Diagnostisch onderzoek kan dan nodig zijn om beter in kaart te brengen hoe de behandeling aan kan slaan.

De humanistische uitgangspunten die gelden voor onze diagnostiek, worden tevens ingezet tijdens de specialistische behandeling. Wij komen naar de cliënt toe, wat voor de cliënt prettig is. Dat is soms bij een cliënt thuis, op een woonvoorziening, dagbesteding of bij een van onze kantoren in de buurt van waar de cliënt woont. Dit maakt dat de cliënt vaak een minder hoge drempel ervaart en de kans dat de behandeling door kan gaan wordt hiermee vergroot.

Diagnostiek & Behandeling

Het Diagnostiek Team bestaat inmiddels 15 jaar en nu hebben we de mogelijkheid om ook behandelingen in te zetten. We zijn er ontzettend trots op dat we nu beide facetten kunnen aanbieden voor de cliënt en zo steeds meer mensen kunnen helpen.

Om onze diagnostiek en behandelingen nog beter op elkaar aan te kunnen laten sluiten is er een speciaal team in ontwikkeling: Diagnostiek & Behandeling. Door samen te werken in één team, kunnen we alle processen en de inhoud beter op elkaar afstemmen. Ook kunnen we zo onze kennis en kwaliteit optimaliseren. Dit voorspelt mooie ontwikkelingen op het gebied van diagnostiek en behandelingen, voor nu en in de toekomst!

Wil je meer te weten komen over onze behandelvisie?

Scan dan deze QR-code voor meer informatie!



**Wil je meer lezen
over diagnostiek?**

Lees dan de flyer van
het Diagnostiek Team
van Humanitas DMH



**Wil je weten wat
Erik heeft gehad
aan een onder-
zoek van het
Diagnostiek Team
van Humanitas
DMH?**

Scan dan de
QR-code en lees
zijn verhaal!



**Wil je meer lezen
over Lerend
Verantwoorden
en wat we bij
Humanitas DMH
bedoelen met
Bram?**

Scan dan de
QR-code!



40 jaar in het
hart van de
samenleving

H Humanitas
DMH

Colofon

Uitgever

De Toekomst

Redactie

**Bas Cuijten, Willemijn Berssenbrugge-Leliveld,
Elisah van Lieshout, Willeke Dam,
Marieke Walet-den Boer, Jessica Visser,
Marianne Muijs**

Vormgeving

De Toekomst

Aan deze editie werkten mee

**Kirsten Munsterman, Stefan Stuivenberg,
Tamara van Gelder, Aagje aan de Stegge,
Daphne Ramaker, Britt van den Akker,
José Both, Anneke van der Molen**

Contact

humanitas.diagnostiek.team@humanitas dmh.nl

Druk

2023, editienummer 1

© 2023 Diagnostiek Team

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/
of openbaar worden gemaakt door middel van druk,
fotokopie, geluidsband, elektronisch of op welke wijze
dan ook, zonder schriftelijke toestemming van de
uitgever.

Om de anonimiteit van de geïnterviewde personen
voor dit magazine te waarborgen, is gebruik gemaakt
van gefingeerde namen.



Over Humanitas DMH

Wij zijn een landelijk verspreide en lokaal verankerde zorgorganisatie. Meer dan 1400 medewerkers en vrijwilligers ondersteunen ruim 3200 mensen met een verstandelijke beperking en/of gedragsprobleem. Wij werken met veel vrijheid in een informele omgeving aan daadwerkelijk betere zorg. Dat doen wij vanuit onze humanistische waarden eigen regie, gelijkwaardigheid en verantwoordelijkheid. Gefundeerd op onze missie: 'Bram voelt zich gelukkig en doet ertoe'. Waarbij Bram symbool staat voor al onze cliënten, medewerkers, vrijwilligers en verwanten.



Contactgegevens

Wilt u meer informatie over onze dienstverlening of wilt u iemand aanmelden?
Onze medewerkers van het Centraal Cliëntservice Bureau staan u graag te woord:
T 030 - 600 51 70, **E** ccb@humanitas-dmh.nl.

Bezoekadres

Newtonbaan 5
3439 NK Nieuwegein

Postadres

Postbus 7057
3430 JB Nieuwegein

www.humanitas-dmh.nl