Zie mij...

De essentie van goede diagnostiek bij LVB om tot op maat gesneden behandeling te komen

Thomas[1] is jarenlang bekend bij de verslavingszorg en krijgt zorgverlening van een Flexible Assertive Community Treatment team (FACT). Over het algemeen komen cliënten in zorg bij een FACT-team als er problemen zijn op verschillende levensgebieden én alle voorliggende behandelingen zijn gestagneerd. Het lukt Thomas niet om de alcohol te laten staan en raakt steeds meer in problemen.

Inleiding

In Nederland leven naar schatting 74.000 mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) (Nationaal Kompas, 2015). Dit is een schatting, omdat prevalentiecijfers voortkomen uit de score van de hoeveelheid zorggebruik. Men spreekt van een LVB wanneer het totale IQ tussen de 50 en 70 ligt (American Psychiatric Association, 2007). Mensen met een LVB lopen in het dagelijks functioneren tegen veel problemen aan. Beperkingen worden gezien in de conceptuele vaardigheden; ze kunnen wel lezen en schrijven, maar de tekst begrijpen is ingewikkeld. Dit bemoeilijkt onder andere het invullen van formulieren. Daarnaast zijn mensen met een LVB beperkt in hun zelfredzaamheid. Het doen van boodschappen lukt wel, maar het plannen hiervan, zoals het maken van een boodschappenlijstje en het inschatten van hoeveelheden, is moeilijk (Chapman & Wu, 2012).
In de totale Nederlandse bevolking lijden naar schatting 78.000 mensen aan alcoholafhankelijkheid. Dit is ongeveer 0,75 procent van de volwassenen tussen de 18 en 65 jaar (de Graaf, Ten Have, & Dorsselaer, 2010). Gerapporteerde prevalentiecijfers over mensen met een LVB en verslaving bevatten verschillen. Eenmaal in aanraking met alcohol is het risico op problematisch gebruik hoger dan bij mensen zonder verstandelijke beperking (Barret & Paschos, 2006). Hieraan

[1] Thomas is een gefingeerde naam. Hij heeft toestemming gegeven om zijn gegevens te gebruiken.

Figuur 1
Kenmerken en gevolgen van LVB (Moonen & Verstegen, 2006)

LVB-specifieke kenmerken	Bijkomende kernmerken en problematiek	Komen tot uiting in
Intelligentie: IQ 50-70	Leerproblemen	Ernstige gedragsproblemen
Beperkt sociaal aanpassingsvermogen	Psychiatrische stoornissen	
	Medisch-organische problemen	
	Problemen in gezin en sociale context	

En leiden tot
Chroniciteit en een langdurige behoefte aan ondersteuning

liggen onder meer een beperkt kennisniveau en een verminderde sociale weerbaarheid ten grondslag.
Uit onderzoek van McGillicuddy (2006) en Mutsaers, Blekman en Schipper (2007) blijkt dat middelengebruik bij mensen met LVB vaker leidt tot problemen. Dit heeft verschillende oorzaken, zoals: erbij willen horen, geen 'nee' kunnen zeggen en de gevolgen van het eigen gedrag niet kunnen overzien. Mensen met LVB hebben minder effectieve copingvaardigheden, minder kennis van middelen en het gebruik van middelen wordt stoer gevonden (Duijvenbode et al., 2015) Dit leidt tot problemen op veel gebieden en risico op delictgedrag. In penitentiaire inrichtingen verblijven relatief veel gedetineerden met LVB en middelengebruik (Teeuwen, 2012). Van der Nagel en Kea hebben in 2013 onderzoek gedaan naar deze doelgroep en kwamen tot de conclusie dat tien tot dertig procent van de jeugdigen tussen de 16 en 23 jaar een verstandelijke beperking heeft en middelen gebruikt. Exacte cijfers zijn niet te geven, aangezien deze niet bijgehouden worden (figuur 1).
Om tot behandeling te komen die is toegespitst op cliënten met LVB, is het van groot belang dat LVB tijdig in de verslavingsbehandeling herkend en erkend wordt. Goede diagnostiek is essentieel om dit te objectiveren. De vraag is hoe de verpleegkundig specialist ggz in opleiding (vsggz i.o.) dusdanig diagnostiek kan verrichten om LVB tijdig te kunnen (h)erkennen, teneinde de cliënt op maat gesneden behandeling te kunnen bieden.

Gevalsbeschrijving

Thomas is een 29-jarige man, die sinds 2007 voor de zevende keer is aangemeld bij de verslavingszorg, wegens alcoholafhankelijkheid. Thomas wordt sinds 2013 begeleid door het Flexible Assertive Community Treatment-team (FACT-team). Eerdere behandelingen hebben niet geleid tot abstinentie. Aan de vsggz i.o. wordt gevraagd om Thomas, die bij zijn ouders thuis in crisis verkeert, te bezoeken. Thomas is in de afgelopen periode meer gaan drinken, waardoor problemen zijn ontstaan, zoals lichamelijke klachten, zelfverwaarlozing en financiële problemen. Hij wil stoppen met drinken. Thomas en zijn ouders vragen of ambulante detoxificatie een mogelijkheid is. Aangezien eerdere detoxificaties en behandelingen niet tot abstinentie geleid hebben, besluit de vsggz i.o. opnieuw te onderzoeken wat er met Thomas aan de hand is. De vsggz i.o. verricht uitgebreide diagnostiek, waarbij niet alleen de stoornis onder de loep wordt genomen, maar ook de problemen in het dagelijks functioneren van Thomas.

Diagnostiek

Het dossier vermeldt dat er ooit een vermoeden van LVB is geweest. Dit is niet verder onderzocht en geobjectiveerd. Dossieronderzoek naar eerdere verslavingsbehandelingen laat het volgende zien: Thomas is wegens alcoholafhankelijkheid vanaf 2008 in zorg geweest bij het ambulante team. Hij heeft in 2009, 2010 en 2013 vijf keer een ambulante detoxificatie gehad. Dit heeft niet geleid tot blijvende alcoholabstinentie. Ook twee klinische detoxificaties in 2010 en 2011 zijn voortijdig afgebroken, aangezien Thomas na één dag naar huis wilde vanwege heimwee. Verschillende interventies, zoals motiverende gespreksvoering en leefstijltraining, zijn ingezet in de behandeling. In de contacten met Thomas valt het de vsggz i.o op dat ondanks dat Thomas een gemotiveerde indruk maakt en bereid is mee te werken aan alle onderzoeken en gesprekken, hij vaak niet verschijnt op afspraken. Thomas kan moeilijk verwoorden wat hem bezighoudt, hij is oppervlakkig in zijn spreken en lijkt nauwelijks zelfreflecterend vermogen te hebben.

In de zorg voor zijn twee jonge kinderen faalt Thomas. Hij leeft niet samen met de moeder van beide kinderen. Hij ziet hen nu eens per twee weken een weekend en op woensdagmiddag. Dit vindt plaats bij de ouders van Thomas, aangezien Thomas niet op tijd kan opstaan en zijn woning rommelig en vervuild is. Thomas kan niet koken en eet vaak bij zijn ouders. Ook heeft hij schulden en hij legt desgevraagd uit dat het hem niet lukt om de administratie goed bij te houden. De ouders vertellen dat Thomas het overzicht niet heeft. Thomas is nu zeven jaar afhankelijk van alcohol. Als hij begint te drinken, kan hij niet stoppen tot alle alcohol op is.

Hetero-anamnestisch vertellen Thomas' ouders dat hij in zijn jeugd niet goed mee kon komen op de basisschool. Hij is in groep vijf naar de lom-school gegaan, waar het beter ging. Aansluitend heeft hij twee jaar bijzonder voortgezet onderwijs gevolgd, maar hier is hij voortijdig mee gestopt om te gaan werken. Thomas heeft verschillende (ongeschoolde) baantjes gehad, totdat hij zoveel dronk dat hij niet meer in staat was tot werken. Door het functioneren met behulp van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (World Health Organisation, 2007) op gestructureerde wijze in kaart te brengen, wordt helder dat Thomas op meerdere gebieden problemen ondervindt (tabel 1).
Aanvullende somatische screening en leefstijlanamnese (Trimbos-instituut, 2015) brengt aan het licht dat er sprake is van een ongezonde leefstijl, meerdere somatische klachten en dat Thomas lijdt aan fors overgewicht. Uit laboratoriumonderzoek komen ernstig afwijkende leverwaarden naar voren. Het psychiatrisch onderzoek wordt door de vsggz i.o. gedaan middels de status mentalis van Hengelveld en Schudel (2012).
Zowel het dossieronderzoek, de anamnese als de hetero-anamnese versterken het vermoeden op LVB. De vsggz i.o. besluit Thomas hierop te screenen, om na te gaan of verdere diagnostiek op verstandelijke beperking noodzakelijk is. Deze screening wordt gedaan met behulp van de Screener for intelligence and learning disability (SCIL) (Kaal, Nijman, & Moonen, 2013). Dit gevalideerde instrument wordt sinds 2013 gebruikt om de waarschijnlijkheid van een (lichte) verstandelijke beperking in te schatten. Bij een score lager dan 15 punten is de kans dat iemand daadwerkelijk een (lichte) verstandelijke beperking heeft 95 procent (Kaal et al., 2013). Thomas scoort 12 punten en dit is voldoende reden om een GZ-psycholoog te vragen een Wechsler Adult Intelligence Scale IV-NL (WAIS-IV) (Wechsler, 2012) af te nemen. Thomas heeft een IQ van 69. Hiermee is bevestigd dat Thomas een lichte verstandelijke beperking (LVB) heeft. Hierbij dient te worden opgemerkt dat bij mensen met verslavingsproblematiek de marge groter is.

Beschrijvende diagnose

Thomas is een 29-jarige man waarbij psychiatrisch diagnostisch (DSM-IV) gezien sprake is van alcoholafhankelijkheid en lichte verstandelijke beperking. Verpleegkundig-diagnostisch is er sprake van ineffectieve coping. Hieraan ligt ten grondslag dat Thomas niet het vermogen heeft om met stressvolle situaties om te gaan en informatie op te nemen, te ordenen en te begrijpen. Dit heeft bij hem geleid tot alcoholafhankelijkheid. Thomas heeft een matige stoornis in de intellectuele functies en de hogere cognitieve functies en een ernstige stoornis in de functie energie en driften. Dit probleem manifesteert

Tabel 1
Classificatie volgende DSM-IV TR en ICF

	Code	Classificatie
DSM-IV TR		
AS I	303.90	alcoholafhankelijkheid
AS II	317.9	lichte zwakzinnigheid
AS III	V71.09	geen diagnose op AS III
AS IV	20	problemen gebonden aan de sociale omgeving
	40	werkproblemen
	60	financiële problemen
AS V	GAF	50
ICF		
Functies	b117.3	matige stoornis intellectuele functies
	b130.3	ernstige stoornis energie en driften
	b164.2	matige stoornis hogere cognitieve functies
Activiteiten & participatie	d166.2	matige beperking in lezen
	d170.2	matige beperking in schrijven
	d175.3	ernstige beperking in oplossen van problemen
	d177.3	ernstige beperking in besluiten nemen
	d220.3	ernstige beperking in ondernemen van meervoudige taken
	d310.1	lichte beperking in begrijpen van gesproken boodschappen
	d315.2	matige beperking in begrijpen van non-verbale boodschappen
	d350.2	matige beperking in converseren
	d570.3	ernstige beperking in zorgdragen voor eigen gezondheid
	d630.3	ernstige beperking in bereiden van maaltijden
	d640.2	matige beperking in het huishouden doen
	d720.2	matige beperking in complexe intermenselijke interacties
	d850.3	ernstige beperking in betaald werk
	d870.3	ernstige beperking in economische zelfstandigheid
Externe factoren	e320.4	gebruikende vrienden zijn een volledig belemmerende factor
	e301.+3	directe familie en kinderen zijn een aanzienlijke beschermende factor
	e355.+3	hulpverleners in de gezondheidszorg zijn een aanzienlijke beschermende factor

zich in tal van matige tot ernstige beperkingen in het leren en toepassen van kennis, het ondernemen van algemene enkelvoudige en meervoudige taken en het uitvoeren van routinehandelingen. Daarnaast worden in het zorgdragen voor de eigen gezondheid ernstige tekortkomingen geconstateerd, wat zich uit in verminderd zorg dragen voor dieet en fitheid en een slecht behoud van de eigen gezondheid. Deze psychische en lichamelijke kwetsbaarheden hebben geleid tot forse beperkingen op het gebied van uitvoeren van dagelijkse activiteiten die van belang zijn bij zelfzorg, huishouden, aangaan van functionele en adequate relaties. Bij Thomas zijn ook beperkingen in de participatie zichtbaar in de intermenselijke relaties, bij zowel het begrijpen van, als het zich uiten in de conversatie. Externe belemmerende factoren zijn de alcoholgebruikende vrienden. Als externe ondersteunende factoren kunnen zowel de ouders als de twee kinderen aangemerkt worden. Daarnaast zijn de hulpverleners in de gezondheidszorg een externe ondersteunende factor.

Resultaat

Doordat Thomas een herziene diagnose heeft gekregen en tot in detail duidelijk is geworden wat de problematiek van Thomas is, welke beperkingen hij heeft en wat hij nodig heeft in de behandeling, kan deze nu op maat aangeboden worden. Aangezien het Thomas nu niet lukt om gecontroleerd te drinken of abstinent te worden zal harm reduction wordt toegepast (Van der Nagel, Kiewik, & Didden, 2012). Dit houdt in dat in eerste instantie maatregelen worden genomen om te voorkomen dat het toestandsbeeld verslechtert. Zo krijgt Thomas bijvoorbeeld vitamine B1-injecties om zenuwschade te beperken. De Richtlijn effectieve interventies LVB (Wit, Moonen, & Douma, 2012) wordt gebruikt om 'handen en voeten' te geven aan het contact met Thomas. Deze richtlijn is niet specifiek toegespitst op verslavingsbehandeling, de principes hiervan heeft de vsggz i.o gebruikt om aan te sluiten bij de behoeftes van Thomas.
Door interventies uit verschillende bronnen samen te voegen en te vertalen naar dat wat Thomas nodig had, kwam de vsggz i.o. tot best practice-interventies, waarbij de uitkomsten van de WAIS-IV (Wechsler, 2012) als kapstok zijn gebruikt om te bepalen welke interventies ingezet worden.

Discussie

Uit de casus van Thomas is gebleken dat hij een lichte verstandelijke beperking heeft en van daaruit met allerlei problemen kampt, waarbij zijn alcoholverslaving op de voorgrond staat. Eerdere behandelaren hebben door het niet (h)erkennen van LVB bij Thomas niet kunnen

aansluiten bij wat hij nodig had. In de praktijk blijkt dit ook geen vanzelfsprekendheid. Uit onderzoek blijkt dat verslavingsinstellingen onvoldoende kennis hebben van de specifieke behoeftes van cliënten met LVB en het behandelaanbod te gering is. Hierdoor is het risico op uitval groot (Taggart, McLaughlin, Quinn, & Milligan, 2006; Chapman & Wu, 2012). Signalen die erop kunnen wijzen dat er sprake is van een verstandelijke beperking worden door medewerkers van verslavingsinstellingen toegeschreven aan gebruik of onder invloed zijn (Chastain, 1986). Een recente review van Van Duijvenbode et al. (2015) toont dat er maar zeer weinig evidencebased onderzoek is naar effectieve interventies en behandelmogelijkheden voor cliënten met LVB en verslaving. Volgens de literatuur lijkt een aantal interventies, zoals beschreven in de Multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol (Trimbos-instituut, 2009), ook aan te slaan in de verslavingsbehandeling van cliënten met LVB (Kerr, Lawrence, Darbyshire, Middleton & Fitzsimmons, 2013). Voor de veelgebruikte leefstijltraining in verslavingsbehandeling is in 2012 door Hogeschool Inholland de Leefstijltraining Plus ontwikkeld, specifiek voor cliënten met LVB (Inholland, 2012). Hoewel deze interventie nog niet onderzocht is, wordt deze al wel veelvuldig gebuikt in de verslavingsbehandeling van cliënten met LVB. De evidencebased interventie motiverende gespreksvoering (Burke, 2003) kan worden ingezet, mits aangepast aan het niveau van de cliënt met LVB (Taggart, McLaughlin, Quinn & McFarlane, 2007). Dit kan door het aanpassen van taalgebruik, inzetten van concrete beloning voor behaalde resultaten en door dingen meer visueel te maken, bijvoorbeeld met behulp van pictogrammen (Rutten, Loth & Hulshoff, 2009).

Door de beperkte evidentie heeft de VSGGZ i.o. vooral gebruik moeten maken van best practices. Met de onder andere de zoektermen 'intellectual disability', 'substance use disorder', 'interventions' en 'treatment' werd gezocht in de wetenschappelijke databanken PubMed, Medline en OVID naar evidentie. Dit leverde onvoldoende resultaat op. Vervolgens heeft zij informatie ingewonnen bij Dr. R. Didden (bijzonder hoogleraar 'Intellectual disabilities, learning and behaviour' aan de Radboud Universiteit). Dr. Didden is één van de auteurs van het Clinical handbook of evidence-based practices for individuals with intellectual disabilities' dat begin 2016 uitkomt (Didden, Van der Nagel & Duijvenbode, in press). De auteurs deden literatuuronderzoek naar welke behandelingen en interventies bewezen effectief zijn en zij kwamen tot dezelfde conclusie als de VSGGZ i.o. over de beperkte evidentie.

De SCIL is een betrouwbare en valide screener op LVB. Desondanks is er nauwelijks onderzoek bekend. Meer onderzoek naar dit instrument kan leiden tot meer evidentie, waardoor de SCIL mogelijk op grotere schaal gebruikt kan worden als screener en in richtlijnen kan worden

opgenomen. Vroegdetectie is belangrijk voor de kans van slagen van de behandeling van cliënten met LVB en verslaving.

Conclusie

De vraagstelling in dit artikel was op welke wijze de vsggz i.o. diagnostiek kan verrichten, zodat LVB tijdig (h)erkend wordt en er vervolgens op maat gesneden behandeling gegeven kan worden. Het antwoord hierop blijkt niet eenvoudig. De focus in de diagnostiek dient niet alleen te liggen op de stoornis, maar ook op het in kaart brengen van het functioneren van de cliënt. De SCIL is een doelmatig instrument om grote waarschijnlijkheid van LVB aan het licht te brengen. Doordat er weinig wetenschappelijke evidentie is in behandelmogelijkheden en interventies, toegespitst op cliënten met LVB en verslaving, is het van belang dat behandelaren bestaande behandelmogelijkheden en interventies weten te vertalen naar wat de cliënt met LVB en verslaving specifiek nodig heeft. Dit maakt het opstellen van een op maat gesneden behandelplan en de uitvoering hiervan een uitdaging.

Abstract
This case report describes the diagnostic process for a client with an alcohol addiction, whereby the Nurse Specialist (in training) suspects the presence of a Mild Intellectual Disability (MID). The Screener for Intelligence and Learning disability (SCIL) was used to determine probability of MID. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) has been used to inventory the problems in functional behavior. Thorough diagnostics are essential in order to achieve a bespoke treatment. If a mild intellectual disability is not acknowledged, the risk of under treatment, as well as failure in treatment, increases. There appear to be limited evidence-based treatments and interventions available for people with MID and addiction. Further research and development will lead to an increased quality of care, makes it possible to provide more effective treatments and may reduce the risk of failure in treatment.
Keywords: intellectual disability, substance use disorder, interventions

Literatuur

American Psychiatric Association (2007). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM IV-TR*. Amsterdam: Harcourt Assessment bv.

Barrett, N., & Paschos, D. (2006). Alcohol-related problems in adolescents and adults with intellectual disabilities. *Current Opinion in Psychiatry* 19: 481–485.

Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71(5). 843-861.

Chapman, S., & Wu, L. (2012). Substance abuse among individuals with intellectual disabilities. *Reseach in Developmental Disabilities*, 33, 1147-1156.

Chastain, R. L. (1986). Estimated intelligence and long-term outcomes of opioid addicts. *American Journal of Drug Abuse*, 12 (5). 331-340.

Duijvenbode, N. van, Nagel, J. van der, Didden, R., Engels, R. C. M. E., Buitelaar J. K., Kiewik, M., & Jong, C. A. J., de (2015). Substance use disorders in individuals with mild to borderline intellectual disability: Current status and future directions. *Research in Developmental Disabilities*. 38, 319–328

Duijvenbode, N. van, Nagel, J. van der, Didden, R., Engels, R. C. M. E., Buitelaar J. K., Kiewik, M., & Jong, C. A. J., de (in presse). *Clinical handbook of evidence based practices for individuals with intellectual disabilities*. New York: Springer.

Graaf, D. de, Have, M. ten, & Dorsselaer, S. van (2010). The Netherlands Metal Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2): Design and methods. *International Journal of Methods in Psychiatic Research*, 19(3): 125-141.

Hengelveld, M. W., & Schudel, W. J. (2012). *Het psychiatrisch onderzoek*. Utrecht: de Tijdstroom.

Inholland (2012). *Leefstijlstraining Plus, Verantwoording*. Verkregen op 17 mei 2015, van http://www.inholland.nl/NR/rdonlyres/80408321-3A40-4951-88ED714B9C-97B2ED /0/VerantwoordingLeefstijltrainingPLUS.pdf

Kaal, H., Nijman, H., & Moonen, X. (2013). *SCIL: Screener voor Intelligentie en Lichte Verstandelijke Beperking. Handleiding*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.

Kerr, S., Lawrence, M., Darbyshire, C., Middleton, A.R., & Fitzsimmons, L. (2012). Tobacco and alcohol-related interventions for people with mild/moderate intellectual disabilities: A systematic review of the literature. *Jounal of intellectual disabilities research*. doi: 10.1111/j.1365- 2788.2012.01543.x

McGillicuddy, N. (2006). A review of substance use research among those with mental retardation. Mental Retardation & Developmental disabilities Research Reviews, 12, 41- 47.

Moonen, X., & Verstegen, D. (2006). LVG-jeugd met ernstige gedragsproblematiek in de verbinding van praktijk en wetgeving. *Onderzoek & Praktijk*, 4 (1), 23-28.

Mutsaers, K., Blekman, J. W., & Schipper, H.C. (2007). *Licht verstandelijk gehandicapten en middelengebruik± Wat is er tot op heden bekend?* Utrecht: Trimbos-instituut.

Nagel, J., van der, Didden, R., Kiewik, M. (2012). *Iedereen gebruikt toch? Verslaving bij mensen met een lichtelijke verstandelijke beperking*. Amsterdam: Boompsychologie.

Nagel, J., van der, Kea, R. (2013). J*onge delinquenten met een lichte verstandelijke beperking en problematisch middelengebruik. Een verkenning op basis van literatuur en ervaringen van experts*. Tactus SVG/ Expertisecentrum William Schrikker.

Nationaal Kompas Volksgezondheid (2015). *Hoe vaak komt een verstandelijke beperking voor?* Verkregen op 12 april, 2015, van http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/verstandelijke-beperking/ hoe-vaak- komt-een-verstandelijke-beperking-voor.

Rutten, R., Loth, C., & Hulshoff, A. (2009). *Verslaving: Handboek voor begeleiding en preventie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Taggart, L., McLaughlin, D.F., Quinn, B., & Milligan, V. (2006). An exploration of substance misuse in people with intellectual disabilities. *Journal of intellectual disability research*, 50, 227- 236.

Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B., & McFarlane, C. (2007). Listening tot people with intellectual disabilities who misuse alcohol and drugs. *Health and Social Care in the Community*, 15, 360-368.

Teeuwen, M. (2012). *Verraderlijk gewoon: Licht verstandelijk gehandicapte jongeren en hun plaats in het strafrecht*. Amsterdam, Uitgeverij SWP.

Trimbos-instituut (2009). *Multidisciplinaire richtlijn in het gebruik van alcohol*. Verkregen op 12 april 2015, van http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231343_ EN_NL09_ Richtlijn%20 stoornissen%20gebruik%20van%20alcohol.pdf

Trimbos Instituut (2015). *Multidisciplinaire richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening*. Verkregen op 23 mei 2015, van http://inholland. surfsharekit.nl:8080/get/smpid:52487/DS2.

Wechsler, D. (2012). *Wechsler Adult Intelligence Scale IV-NL (WAIS-IV-NL)*. Amsterdam: Uitgeverij Pearson Benelux BV.

Wit M. de, Moonen X., & Douma J. (2012). *Richtlijn effectieve interventies LVB*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB.

World Health Organisation (2007). *ICF: Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Samenvatting
Deze gevalsbeschrijving zet het diagnostisch proces uiteen bij een cliënt met een alcoholverslaving, die al jaren in behandeling is. De verpleegkundig specialist ggz i.o. vermoedt de aanwezigheid van een lichte verstandelijke beperking (LVB). Om dit vast te stellen is de Screener for intelligence and learning disability (SCIL) gebruikt. De International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is gebruikt om problemen in het functioneren in kaart te brengen. Gedegen diagnostiek is essentieel om te komen tot een op maat gesneden behandeling te komen. Indien LVB niet (h)erkend wordt, neemt het risico op onderbehandeling toe, maar ook de kans op uitval in behandeling. Er blijken weinig evidencebased behandelmethoden en interventies beschikbaar voor mensen met LVB en verslaving. Verder onderzoek naar en ontwikkeling hiervan zal tot optimalisatie van zorg kunnen leiden, waardoor doelmatiger behandeling geboden kan worden en het risico op uitval in behandeling verminderd.

Trefwoorden: verstandelijke beperking, middelenmisbruik, interventies