Implementatieplan

*‘Cognitieve gedragstherapie op maat’*



Amsterdam, 30 januari 2017

Shelley Roby Kruiver

Studentnummer: 500230749

Klas: LD15-4GGZ1

Studiegidsnummer: 4614GAFSPA

Aantal woorden: 3687

1e examinator: Y.M. van der Brug

2e examinator: M. van Iersel

*Inleiding:*

Veel verslavingsklinieken hebben slechts beperkte ervaring met het behandelen van mensen met een LVB. Dit bemoeilijkt niet alleen de klinische behandeling zelf, maar belemmert ook het traject van ambulante naar klinische zorg en visa versa (1). Regelmatig gaan cliënten voortijdig met ontslag omdat zij structuur missen en zich niet begrepen voelen op de afdeling.

De huidige behandeling die momenteel geboden wordt bij crisisopnames is detoxificatie met farmacologische ondersteuning in de vorm van benzodiazepines. Deze hoge doseringen van benzodiazepinen verlichten de heftige lichamelijke ontwenningsverschijnselen.

Naast deze farmacologische ondersteuning worden er cognitieve therapieën geboden op de afdeling, die gegeven worden door het verpleegkundig team. Deze zijn gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie (CGT). Binnen het huidige beleid doet elke cliënt mee in dit programma, indien zij hier lichamelijk- en psychisch stabiel genoeg voor zijn.

De therapieën worden in groepsvorm gegeven en duren 90 minuten, drie keer per week en worden gegeven door de verpleegkundige die op dat moment op de groep staat. In de praktijk komen vaak grote niveauverschillen tussen de deelnemende cliënten voor, waardoor de therapieën vaak niet doorgaan of niet effectief zijn. Vooral voor de cliënten met LVB lijkt deze vorm van therapie niet effectief. Na afloop zijn er vaak nog veel vragen of de therapie levert frustratie op, wat kan duiden op overvraging of onbegrip (1). Omdat het steunsysteem niet standaard worden betrokken in de behandeling, kan er in deze communicatie ruis ontstaan.

Ondanks dat het effect van CGT bij mensen met een LVB nog niet wetenschappelijk bewezen is, lijkt CGT, aangepast op het IQ en het sociale aanpassingsvermogen mogelijk een effectieve interventie (2). Door diverse gespecialiseerde instellingen zijn er projecten gestart met betrekking tot LVB en verslaving (3). De uit de projecten aanbevolen aanpassingen en hoe deze gestructureerd geïmplementeerd worden, is in dit implementatieplan beschreven. Deze individuele aanpassingen voor cliënten met een LVB is een toevoeging naast het reguliere therapie aanbod op de afdeling.

De implementatie begint bij een nauwe samenwerking met de verwijzende zorginstelling, zodat de gegevens duidelijk zijn en de opname gestructureerd kan verlopen. Daarnaast zullen de therapieën aangepast worden door deze individueel, frequenter en korter qua tijd te geven. Ook de inhoud behoeft aanpassingen met betrekking tot de cognitieve beperkingen en de generaliseerbaarheid van theorie naar praktijk. Hier wordt de handleiding CGT plus voor gebruikt (3). De therapie wordt gegeven door één verpleegkundige, zodat er structuur en vertrouwen geboden wordt. Dit zal dezelfde verpleegkundige zijn als bij opname. Daarnaast wordt het steunsysteem en een casemanager betrokken bij de behandeling, zodat alcoholgebruik of crisissituaties preventief gesignaleerd kunnen worden in de toekomst.

*Doel:*

Het doel van deze implementatie is dat de bovenbeschreven aanpassingen in de behandeling een structurele plaats krijgen in de zorg op de afdeling. Door meer aansluiting bij de behoeften en mogelijkheden van cliënt wordt de effectiviteit van de behandeling mogelijk vergroot en tevens verhoogt de kwaliteit van de zorg.

*Context en verbetering*

De High Care Detox (HCD) van Mentrum bestaat uit een besloten unit met 21 bedden. Cliënten worden hier op vrijwillige basis opgenomen. De afdeling werkt alleen met de wet voor geneeskundige behandelovereenkomsten (WGBO). Er is dus geen sprake van dwang- en drangmaatregelen.

Het multidisciplinaire team dat er werkt bestaat uit één teammanager, twee team-coördinatoren, psychiaters, twee vaste verslavingsartsen, wisselende arts-assistenten, een psycholoog, verpleegkundigen, een psychomotorisch therapeut en afdelingsassistenten.

Naast de vaste afdelingsstructuur op de afdeling worden de individuele zorgpunten bijgehouden in de werkmap. Hier staan bijvoorbeeld gedragscontracten, verlof-afspraken of signaleringsplannen in. Daarnaast wordt er gebruik gemaakt van een overdrachtsformulier waar de afspraken, controles en de bijzonderheden per cliënt op staan vermeld. Dit formulier wordt per dienst geactualiseerd.

Er is een grote variatie van diagnoses bij de cliëntenpopulatie, welke naast de overeenkomstige verslavingsproblematiek bestaan. Er is veel sprake van persoonlijkheidsproblematiek, depressies, angsten, post traumatische stress stoornissen en mensen met een LVB. Behandelplannen zijn gericht op detoxificatie en worden door de verslavingsarts, welke ook de behandelaar is, gemaakt.

Mensen met LVB worden binnen het huidige beleid niet anders begeleid dan mensen zonder LVB. De farmaceutische ondersteuning in de detoxificatie wordt op ieder individu afgewogen door de verslavingsarts.

De gewenste implementatie is een gestructureerde toevoeging / aanpassing binnen de verslavingsbehandeling voor mensen met een LVB op de volgende onderdelen (3).

* Voorafgaan aan opname wordt contact gelegd met de verwijzer, zodat een gestructureerde opname door complete gegevens gegarandeerd wordt.
* Tijdens opname zullen therapieën in plaats van drie keer per week 90 minuten in groepssetting, vier keer per week 60 minuten individueel zijn, met eventuele pauzes. De inhoud wordt aangepast op het de mogelijkheden en wensen van cliënt.
* Tijdens opname wordt een rolmodel binnen het steunsysteem gezocht en wordt er een casemanagers aangesteld als aanspreekpunt binnen de verdere behandeling.
* Tijdens opname worden de therapieën door één verpleegkundige gegeven. Dit komt zowel de vertrouwensband, als de coördinatie en continuïteit ten goede.

 *Bevorderende en belemmerende factoren*

Om een opname optimaal te kunnen voorbereiden is het belangrijk dat deze gepland is. Wanneer iemand in crisis binnen komt, is het lastig om structuur te bieden en van te voren een verpleegkundige aan te stellen voor de opname en therapieën van de betreffende cliënt.

Daarnaast kost het aanbieden van deze individuele therapie tijd en planning van de verpleegkundige. Rooster technisch zou dit een probleem kunnen zijn. Dit zou ook een belemmerende factor kunnen zijn bij implementatie, omdat de verpleegkundigen in de kliniek al een hoge werkdruk ervaren. Een gebrek aan kennis over de bejegening, communicatie en behoeften van mensen met een LVB zou ook een belemmerende factor kunnen zijn voor implementatie. Plus eventuele kosten van de trainingen die op langere termijn gevolgd kunnen worden. Een andere belemmering zou ontbrekende motivatie van cliënt kunnen zijn, of het niet aanwezig zijn van een rolmodel binnen het steunsysteem.

Een bevorderende factor is verbetering van de kwaliteit van zorg die met deze implementatie gepaard gaat. Ook het vooruitzicht dat de lijdensdruk van cliënt verkort kan worden, door de aangepaste interventies. Door het steunsysteem en een casemanager te betrekken is het generaliseren van de geleerde inzichten naar de praktijk ook gemakkelijker vol te houden en kan een crisis op tijd gesignaleerd worden. De welwillendheid en leergierigheid van het verpleegkundig team is ook een bevorderende factor. Door de therapie te laten geven door één verpleegkundige per cliënt zou de zorgzwaarte verdeeld worden. Dit zou structuur en vertrouwen geven aan de LVB cliënt en bij kunnen dragen aan de effectiviteit.

*Kenmerken van de doelgroep*

Het verpleegkundige team bestaat uit coördinatoren en verpleegkundigen. Dit team bevat verschillende subgroepen. Ingedeeld volgens de innovatietheorie van Rogers (4) bevindt zich het grootste gedeelte in de vroege meerderheid: in het algemeen zijn dit praktisch ingestelde mensen die met mate vernieuwingen omarmen; ze staan open voor iets nieuws, maar dit moet duidelijk voordeel bieden. Daarnaast zijn er ook wat innovators: een beperkte groep mensen met visie en verbeeldingskracht. Ze kunnen bij de pragmatische meerderheid onpraktisch en idealistisch overkomen, maar zijn essentieel bij de verspreiding van innovaties omdat deze anders überhaupt niet van de grond zouden komen. In het team zijn ook nog enkele achterblijvers; mensen die zich blijven verzetten tegen nieuwe ideeën of spullen omdat ze daarin teveel risico zien.

Het idee voor mijn implementatie is geïntroduceerd in de rondvraag, waar positief op werd gereageerd. Het team bestaat uit oudere zeer gedreven en ervaren verpleegkundigen, maar ook uit jonge gedreven verpleegkundigen, allen met warmte voor het werk en elkaar. Gekozen interventies zijn vaak gebaseerd op best practised. Maar grotendeels staat het team open voor vernieuwende inzichten. Voornamelijk leerlingen of net afgestudeerde collegae op de afdeling zorgen voornamelijk voor de ideeën van veranderring. Dit wordt ook door het team zelf zo benoemd blijkt na analyse van de enquête die ik rond heb gestuurd. In de enquête stond het innovatiemodel van Rogers (4) kort uitgelegd en is aan een ieder gevraagd om zichzelf en het team te plaatsen in de verschillende stadia. Van de 20 verzonden enquêtes zijn er 14 retour gekomen en zijn de eerder genoemde subgroepen beschreven. In de enquête stond ook een cijfer gevraagd met betrekking tot de kennis van een LVB binnen de behandeling. Op dit punt schaalde 10 collegae zich in op een 6 (matig voldoende) en 4 collegae op een 8 (goed).

Concluderend heeft niet iedere verpleegkundige op dit moment genoeg kennis van LVB en hoe de CGT hierop aan te passen. Een klinische les of zelfs een training over CGT bij LVB zou een goede toevoeging zijn.

Onlangs is het protocol van intramusculair injecteren van thiamine opnieuw geïmplementeerd. Dit is gedaan door een klinische les te geven. De opkomst was groot, 10 collegae waren aanwezig bij de klinische les. Dit voorspelt dat dit een effectieve manier kan zijn om de interventies binnen dit implementatieplan te introduceren op de afdeling. Uit de evaluatie bleek dat veel collegae nu anders injecteerden dan voorheen, dat de implementatie dus succesvol is geweest. Hieruit kan geconcludeerd worden dat men open staat voor het implementeren van nieuwe ideeën.

*Kenmerken van de setting*

Andere stakeholders die te maken krijgen met de verandering van de zorg zijn cliënten met een LVB. Het aanwijzen van een vaste begeleider en het gestructureerd plannen van contacten helpt de randvoorwaarden voor contact te creëren. Ook praktische maatregelen, zoals toewijzen van een kamer dichtbij de verpleegpost, een indeling op de kamer hangen en aangepaste therapie kunnen meer evenwicht in de stressvolle periode van de detoxificatie brengen (1).

Een andere stakeholder is de verwijzende zorginstelling. Een nauwe samenwerking en transparante communicatie zorgen voor continuïteit in de zorg (2). Er wordt vaak positief gereageerd wanneer er tijd vrij wordt gemaakt voor een systeemgesprek of een telefonisch overleg.

Een andere belangrijke stakeholder is het management. Uit de visie van Arkin (5) blijkt dat de focus op continue verbetering van de zorg ligt die geboden wordt. Het aanbieden van effectieve en efficiënte zorg moet zoveel mogelijk evidence-based zijn. Het management van de locatie was positief over een aanpassing in de behandeling mits er een projectgroep opgestart zou worden, zodat er gestructureerde evaluatie en intervisie plaatsvind. Ook moesten er geen directe kosten aan deze pilot vast zitten. Voor het uitvoeren van de interventie is niet direct budget noodzakelijk. Er zou een verpleegkundige of arts van de gespecialiseerde vervolgafdeling verslaving en psychiatrie 3 (gericht op mensen met een LVB) uitgenodigd kunnen worden om een klinische les te geven. De interventie kan worden uitgevoerd door het werkboek en de handleiding CGT plus te gebruiken (3). Deze werkboeken en handleidingen zijn gratis te bestellen voor zorginstellingen en erg compleet en stapsgewijs uitgelegd.

De psychiater en verslavingsartsen vinden het aanbieden van aangepaste CGT bij mensen met LVB een goede aanvulling. Zij geven aan hiermee een betere aansluiting te creëren op een vervolgafdeling en aan te sluiten bij de belevingswereld van mensen met een LVB. De beslissing om de gewenste interventie te gaan implementeren binnen de kliniek wordt gemaakt tijdens het multidisciplinaire overleg. De verpleegkundige kan tijdens dit overleg de interventie introduceren en onderbouwen met het gevonden bewijs. Vervolgens wordt de projectgroep gestart.

De coördinatoren zijn de verpleegkundige die het team aansturen en coördineren. Zij coördineren de dagelijkse zorg en overstijgende zaken zoals het rooster en plannen van crisisopnames. Zij zullen ook de toewijzing van de verpleegkundige aan de opname doen, op basis van het rooster. De coördinatoren zijn van mening dat er aangesloten moet worden bij iemand zijn niveau, dat er passende zorg gegeven moet worden aan mensen met LVB en staan achter de implementatie.

De implementatie heeft geen gevolgen voor de zorgverzekeraar. Het enige verschil is of iemand op een crisisbed binnenkomt of voor een geplande opname. Een crisisbed is hoger in kosten voor de verzekering.

*De implementatiediagnose*

Het gestructureerd aanpassen van de behandeling op de cliënt met een LVB is een vernieuwing die binnen de missie van Arkin past (5). Door de implementatie wordt er een brug geslagen naar de vervolgafdelingen en verwijzers. Maar vooral de cliënt zelf wordt intensiever en stap voor stap ondersteund. Door deze aspecten gaat de kwaliteit van zorg omhoog. Dit beïnvloed de uitkomst van de kernset prestatie indicatoren GGZ op een positieve wijze (6).

Na positieve reactie bij de rondvraag, is het idee voor de implementatie geïntroduceerd in het multidisciplinaire werkoverleg. Na dit overleg wordt er een projectgroep verzameld en de implementatieproces in gang gezet.

De implementatie is positief ontvangen door het management, psychiaters en artsen en het verpleegkundig team. Een andere bevorderende factor is de teamcultuur. Een groot deel van het team bevind zich in de vroege meerderheid en staat open voor veranderingen. Tevens zijn er enkele innovators in het team, die een bijdrage willen leveren in de projectgroep omtrent deze implementatie (4). De meeste verpleegkundige zijn voldoende bekwaam in het toepassen van de juiste communicatie en bejegeningsstijlen (1).

Eerdere implementaties zijn succesvol opgenomen in de werkwijze blijkt na evaluatie. Voor deze implementatie hoeven er geen extra hulpmiddelen aangeschaft te worden. De handleidingen zijn gratis verkrijgbaar (3).

Belemmerende factoren kunnen de intensiviteit en hoge werkdruk zijn in combinatie met de verdieping die deze implementatie kost. Het inroosteren van een vaste verpleegkundige door onregelmatige diensten kan ook belemmerend werken in dit proces. Een andere belemmerende factor zou het gebrek aan motivatie van de cliënt kunnen zijn.

*Implementatietheorieën*

Theorieën over implementatie geven aan onder welke condities de implementatie succesvol zal verlopen (4). Uit de implementatiediagnose blijkt dat er verschillende factoren zijn voor implementatie.

Op organisatorische gebied kunnen er veel factoren gekoppeld worden aan een effectieve implementatie. De HCD is een gespecialiseerde afdeling, wat leidt tot een grotere diversiteit van specialisten en meer kennis. Ook de positieve houding van het management tegenover de verandering leidt tot een intern klimaat dat innovatie stimuleert (4).

Binnen de sociale context kan het goed functioneren van het team worden genoemd. Een multidisciplinair team en het versterken van deze samenwerking binnen het team door gezamenlijke beslissingen, wordt gezien als een belangrijke manier om de kwaliteit voor specifieke cliënten doelgroepen te verbeteren (4). Door de implementatie multidisciplinair te bespreken en een projectgroep op te richten vergroot dit de kans op een effectieve implementatie.

Belemmerende factoren zouden gerelateerd kunnen worden aan de kenmerken van de individueel professionals die deze implementatie moeten toepassen (4). De intensiviteit, hoge werkdruk en het aanleren van nieuwe vaardigheden kunnen de implementatie belemmeren. Theorieën die zich richten op de individuele zorgverleners beïnvloeden het denken en beslissen, de motivatie en de kennis van de zorgprofessional. De meeste educatieve theorieën focussen meer op motivatie en minder op cognities. Theorieën over educatie van volwassen benadrukken bijvoorbeeld dat professionals beter leren en gemotiveerder zijn om te veranderen wanneer zij uitgaan van problemen die zij in de praktijk tegenkomen. Daarom is aansluiting bij het dagelijkse werk en ervaringen cruciaal voor implementatie (4).

Voor een succesvolle implementatie is het van belang een combinatie te maken van de bovenstaande theorieën. Hierdoor wordt de kern van de grootste belemmerende factor aangepakt, wat de kans op een succesvollere implementatie verhoogd. De bijpassende implementatiestrategieën zijn gericht op het individu als professional.

De educatieve strategie krijgt vorm door middel van het belang en de praktijkervaringen te delen tijdens de rondvraag. Vervolgens wordt het idee van de implementatie ingebracht tijdens een werkoverleg met het multidisciplinaire team. Na goedkeurig wordt er een projectgroep gestart, waarna er een presentatie aan het behandeld team wordt gegeven over de implementatie. Hierin wordt ook de behoefte gepeild aan een klinische les over de benodigde kennis voor de implementatie. Afhankelijk van deze behoefte, start de interventie, welke elke 4 weken wordt geëvalueerd door de projectgroep.

*Tijdspad en activiteitenschema*

De PDCA-cyclus (plan-do-check-act) van deze implementatie ziet er als volgt uit (4):

* **P:** na tien weken worden de aanpassingen in de behandeling aan cliënten met een LVB gestructureerd uitgevoerd en wordt er vier keer per week individuele CGT gegeven aan cliënten met LVB met middelenafhankelijkheid
* **D:**De verpleegkundige doet zowel de opname, als de coördinatie en uitvoering van de aangepaste behandeling.
* **C:**Elke cliënt met een LVB krijgt vier keer per week CGT van de vaste behandelaar. Dit is te meten door de verslaglegging, het ingevulde werkboek en de overdracht naar vervolgbehandeling. Ook zijn de praktische randvoorwaarden om structuur te hanteren toegepast.
* **A:**Tekortkomingen worden gesignaleerd, de projectgroep komt elke 4 weken samen en er wordt een verbeterplan geschreven welke via email of in multidisciplinair overleg gecommuniceerd wordt naar het gehele team.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Fase* | *Tijdspad* | *Activiteit* | *Deelnemers* | *Doel* | *Evaluatie* |
| *Oriëntatie* | Week 1-4 | Introductie onderwerp in rondvraag + Implementatie inbrengen in multidisciplinair overleg. | Verpleegkundig team + Multidisciplinair team tijdens werkoverleg. | * Het team raakt bekend met het onderwerp en kan nadenken over eigen praktijkervaringen met deze populatie.
* Gelijkgestemdheid over implementatie, kennis werving en inventarisatie over dit onderwerp.
 | Het gehele verpleegkundig team heeft de presentatie bijgewoond.  |
| *Inzicht* | Week 4 | Creëren van een projectgroep. | Multidisciplinaire deelnemers die daar graag aan bij willen dragen.  | * Alle belemmerende en bevorderende factoren helder hebben voor implementatie.
* Kennis delen.
 | Er is een projectgroep van minimaal 4 mensen, die wekelijks bij elkaar komen tot de interventie start (4 bijeenkomsten).  |
|  | Week 8 | Presenteren van de implementatie. | Gehele multidisciplinaire behandelteam van de afdeling. | * Het team is bekend met de implementatie en bereid deze interventie uit te voeren.
 | Rondvraag en enquête over de implementatie. |
|  | Week 9 | Eventueel een klinische les ter voorbereiding op de start van de interventie. | Multidisciplinair team | * Kennis optimaliseren.
 | Enquête over de inhoud en de verworven kennis. |
| *Acceptatie* | Week 10 | Start interventie | Verpleegkundig team. | * Gestructureerde aanpassingen binnen de behandeling.
* Nauwe samenwerking met verwijzers,
 | De LVB cliënt krijgt een vast aanspreekpunt/ PB, door wie de CGT therapie gegeven wordt.  |
| *Verandering* | Week 14 | Start evaluatie momenten | Verpleegkundig team | * De interventie is geëvalueerd en de uitkomsten hiervan worden inzichtelijk gemaakt tijdens teambespreking.
 | De evaluatie is uitgevoerd en er is een verbeterplan gemaakt volgens de PDCA-cyclus. |
| *Behoud van verandering* | Iedere maand | Evaluatie momenten | Multidisciplinair team | * Ieder maand jaar wordt de interventie kort geëvalueerd tijdens het werkoverleg.
 | De interventie is besproken en terug te lezen in de notulen.  |
|  | Vanaf week 10 | Werkoverleg | Verpleegkundig team | De projectgroep monitort de toepassing van de interventie en spreekt, indien nodig, verpleegkundigen hierop aan.  | Gezamenlijk en gelijkwaardig bespreken van knelpunten binnen deze implementatie. |

*Borging*

Het is cruciaal dat de geplande verbeteringen zo goed mogelijk worden ingebouwd. Als de implementatie van de nieuwe werkwijze niet meer actief wordt ondersteund vanuit een project of verbeterteam is de kans op terugval groot (4). Om die reden is er ook gekozen voor het starten en onderhouden van een projectgroep met betrekking tot deze implementatie. Het borgen van deze veranderingen wordt onder andere ondersteund door systeemveranderingen (4). Bij opname is er door meer contact met verwijzer al meer informatie bekend dan in de huidige praktijk. Dit zorgt voor een gestructureerde opname. Ook wordt aan het begin van de opname de agenda voor de verdere dagen bepaald, zodat dit structuur en continuïteit geeft voor cliënt en de zorgprofessional.

Bij deze implementatie vind borging plaats door een maandelijkse evaluatie van de interventie. De ervaring is dat als men erin slaagt de gewenste verbeterring in de dagelijkse praktijk te implementeren, de kans op terugvallen alsnog groot is na de officiële implementatieperiode (4). Volgens het NHS substainability model van Mayer (4) kan de houdbaarheid volgens de volgende aspecten van implementatie gemeten worden:

* De werkwijze die verbeterd moet worden: Hieronder vallen de extra voordelen van de werkwijze. Binnen deze implementatie is dat de zorgzwaarte verdeling, het gestructureerde en efficiënte werken. De onderbouwing van de implementatie is geloofwaardig door gedeelde praktijkervaringen met deze populatie. Een knelpunt zou kunnen voortkomen uit de logistieke mogelijkheden met betrekking tot het rooster.
* Professionals: De professionals worden betrokken bij het implementatieproces en er is scholing in de vorm van een klinische les. Het uitvoerend team bestaat uit gemotiveerde en verantwoordelijke verpleegkundigen.
* Organisatie: De organisatie heeft een verandercultuur en de manager staat positief tegenover veranderingen binnen deze implementatie. De implementaties in het verleden zijn succesvol ingevoerd. Tevens is de infrastructuur voor de verandering aanwezig op de afdeling.

*Evaluatie*

Het proces voorafgaand aan de implementatie wordt geëvalueerd door enquêtes.

De implementatie wordt na startmoment van de interventie (tien weken) maandelijks geëvalueerd met de projectgroep door middel van de teruggekoppelde ervaringen uit de praktijk, de verslaglegging en de ROM-metingen van cliënt. Daarnaast is er nog een maandelijkse multidisciplinair overleg waarin de evaluatie van de interventie en uitkomsten van de projectgroep kort worden besproken.

Om te evalueren zijn de volgende criteria nodig:

* Betrokken cliënten: Er is een overzicht wie de uitvoering en coördinatie doet per cliënt. Deze voortgang wordt wekelijks kort besproken in de multidisciplinaire casuïstiek.
* Uitvoering interventie: De cliënten krijgen vier keer per week individuele, aangepaste CGT voor LVB. Daarnaast is er overzicht en structuur aangebracht in de kamer van cliënt. Dit is te meten door verslaglegging in het dossier.
* Resultaten: Het effect van de interventie is bekend gemaakt, wat pas na volledige behandeling kan, bijvoorbeeld door het gebruik van de ROM.

Na aanleiding van de uitkomsten van de evaluatie kan er een verbeterplan worden opgesteld en de PDAC cyclus opnieuw doorlopen worden.

*De bijdrage van de student*

Tijdens mijn leerwerkperiode op de HCD signaleerde ik een toename van cliënten met een LVB en verslavingsproblematiek. Ik bemerkte bij mijzelf dat ik hier nog weinig van af wist en ben mij toen gaan verdiepen in dit onderwerp. Des te meer ik te weten kwam over dit onderwerp, des te meer besefte ik mij dat deze doelgroep een hele andere benadering nodig heeft. Ik ben naar lezingen over dit onderwerp gegaan (3) en wilde deze kennis graag overdragen, zodat wij als afdeling beter aan konden sluiten bij de belevingswereld van deze cliënten om zo nog meer maatwerk te kunnen leveren.

Na de literatuurstudie en de casestudy heb ik het idee voor de implementatie geïntroduceerd in het behandelend team. Omdat er veel herkenning was ben ik het implementatieplan verder gaan uitwerken en heb ik de diverse stakeholders om hun mening gevraagd. De implementatie heb ik gepresenteerd in het multidisciplinaire overleg en kreeg akkoord om ermee aan de slag te gaan. Binnen mijn afdeling creëerde ik een projectgroep om dit project van te grond te laten komen.

Het presenteren van het plan zal ik samen met mijn projectgroep doen. De klinische les neem ik voor mijn verantwoording in samenwerking met een collega, die voorheen in de LVB zorg heeft gewerkt. Indien ik werkzaam kan blijven op deze afdeling na afstuderen zal ik ook betrokken zijn bij de uitvoering en evaluatie van de interventies.

*Literatuur*

**1:** Van der Nagel J, Kiewik M, Didden R. Iedereen gebruikt toch?. Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2013.

**2:** De Wit M, Douma J. Richtlijn Effectieve Interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedrag veranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG; 2011.

**3:** Van der Nagel J, Kiewik M. Handleiding CGT + Cognitief gedragstherapeutische behandeling van problematisch middelengebruik bij mensen met een licht verstandelijke beperking. Stichting Resultaten Scoren Kenniscentrum Verslaving. Amersfoort; 2016.

**4:** Grol R, Wensing M. Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Amsterdam: Reed Business Education; 2011.

**5:** Arkin. <http://www.arkin.nl/over-ons/missie/> (geraadpleegd 03 juni 2016)

**6:** Zorginstituut Nederland. Kernset prestatie indicatoren GGZ 2013; 2013.

[http://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/rubrieken/kwaliteit/transparantiekalender/kernsetverslagjaar-2013-ggz-vz/kernsetverslagjaar-2013-ggz-vz/Kernsetverslagjaar+2013+GGZ-VZ.pdf](http://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/rubrieken/kwaliteit/transparantiekalender/kernsetverslagjaar-2013-ggz-vz/kernsetverslagjaar-2013-ggz-vz/Kernsetverslagjaar%2B2013%2BGGZ-VZ.pdf) (geraadpleegd 03 juni 2016)