**DE ZELFREDZAAMHEIDSMATRIX:**

**WEET WAT JE MEET!**

Een kwalitatief onderzoek naar de mogelijkheden van de ZRM bij de meting van de hulpvraag bij de VG

Juli 2014

Platform VG Haaglanden

MEE ZHN

**Inhoudsopgave**

**VOORWOORD**

Voor u ligt de eindrapportage van een kwalitatief onderzoek naar de mogelijkheden om de Zelfredzaamheidmatrix (ZRM) in te zetten bij het herkennen van de ondersteuningsbehoefte van mensen met een verstandelijke beperking.

Dit onderzoek hebben wij verricht in het licht van de komende WMO-wijzigingen en het voorgenomen gebruik van de ZRM daarin. Voor wie

Dit onderzoek is het product van samenwerking tussen MEE ZHN en Platform VG Haaglanden. Betrokkenen in dit onderzoek zijn: Wendy de Lange, Leonie Westerhof, Edward de Bruin en Ruth Windhorst.

Iets over MEE’

Iets over Platform vg

Leeswijzer

Als eerste wordt een korte managementsamenvatting gegeven.

**MANAGEMENTSAMENVATTING**

**Inleiding**

De Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM) is een instrument waarmee de mate van zelfredzaamheid van cliënten (kwetsbare burgers) eenvoudig kan worden beoordeeld.

De ZRM is ontwikkeld door de GGD’s van de gemeente Amsterdam en de gemeente Rotterdam.

Door iemand aan de hand van de ZRM te beoordelen, ontstaat er een feitelijk beeld van wat de persoon in kwestie wel of niet laat zien. De ZRM is dus een *meetinstrument*. Wanneer een meting met behulp van de ZRM een aantal maal wordt uitgevoerd, kan men inzicht krijgen in de vooruitgang (of achteruitgang) van de zelfredzaamheid van de cliënt.

Nu blijkt dat gemeenten de ZRM als *indicatie-instrument* willen gebruiken. Dus analoog aan hoe de CIZ-indicatiestelling nu voor AWBZ-zorg geldt. Het risico bestaat, dat de ZRM als diagnostisch onderzoeksinstrument wordt gebruikt, terwijl daar geëigender middelen voor zijn.

Het Platform VG Haaglanden heeft zorgen/bedenkingen over het gebruik van de ZRM als eventueel indicatie-instrument door gemeenten, met name voor mensen met een verstandelijke beperking. Samen met MEE Zuid-Holland Noord is onderzocht wat de gevolgen kunnen zijn van het gebruik van de ZRM als indicatie-instrument voor de doelgroep (L)VB

*Het zij benadrukt dat hier dus niet de ZRM als meetinstrument van zelfredzaamheid aan de orde wordt gesteld*.

**Onderzoeksresultaat**

* De ZRM heeft een duidelijke *signaalfunctie*: wanneer een cliënt één of meer keer een 1 of 2 scoort, is er zeker iets aan de hand.
* De ZRM sec als meetinstrument geeft geen inzicht in de *achterliggende problematiek*. Kan iemand niet met geld omgaan vanwege zijn verstandelijke beperking of omdat er sprake is van een verslaving?
* Een (licht) verstandelijke beperking blijkt niet op voorhand uit de ZRM. En mensen met een licht verstandelijke beperking zijn ook niet ‘zomaar’ te herkennen. Toch zorgt de verstandelijke beperking dan vaak wel voor veel problemen.
* De meetuitslag van de ZRM geeft geen inzicht in het verloop in de tijd; het is een momentopname.

Problemen die vanuit de huidige situatie *in de toekomst* kunnen ontstaan, worden niet gesignaleerd.

* Soms scoren cliënten hoog omdat ze al veel ondersteuning hebben. Hierdoor ontstaat een vertekend beeld. Een beeld van de zelfredzaamheid is namelijk niet hetzelfde als het beeld van de ondersteuningsbehoefte.
* Mensen met een (L)VB schetsen vaak een rooskleuriger beeld van hun situatie dan de realiteit is. Hierdoor ontstaat dan een te hoge score.
* Het blijkt, dat de gemeten waarden bij de ZRM met name bij de aspecten Geestelijke gezondheid, ADL en Sociaal netwerk positiever zijn dan uit de diagnostische onderzoeken volgt.

**Conclusie**

*De ZRM is een meetinstrument en geen diagnostisch instrument.* De onderzoeksresultaten geven aan dat je de kans loopt om, bij gebruik van de ZRM als diagnostisch instrument, een aantal elementen betreffende de hulpvraag van iemand met een verstandelijke beperking ‘te missen’, over het hoofd te zien. Er ontstaat dan een incompleet beeld van de situatie waarin iemand verkeert, en dus van de ondersteuning die nodig is.

Het afnemen van de ZRM *alleen* is dus onvoldoende om een duidelijk beeld van de hulpvraag te krijgen.

**Aanbevelingen**

* Een cliënt kan de ZRM niet met goed gevolg alleen invullen, hij heeft daar altijd (deskundige?) hulp bij nodig, of het nu gaat om de digitale of de papieren versie.
* Er worden trainingen aangeboden in het afnemen van de ZRM. Het is aan te bevelen dat alleen mensen die deze training gevolgd hebben de ZRM afnemen.
* Voor het afnemen van de SCIL en andere instrumenten geldt: laat deze afnemen door mensen die deskundig zijn in het herkennen van en het doorvragen bij mensen met een (licht) verstandelijke beperking.
* De al aanwezige ondersteuning (mantelzorg etc) geeft inzicht in mogelijke toekomstige hulpvraag. Het is dus nuttig om ook die in kaart te brengen.
* Het verdient de voorkeur om de ZRM te gebruiken als eerste fase van het verkrijgen van inzicht in de ondersteuningsbehoefte.

**ONDERZOEK**

**1. Inleiding**

De Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM) is een instrument waarmee de mate van zelfredzaamheid van cliënten (kwetsbare burgers) eenvoudig kan worden beoordeeld.

De ZRM concretiseert zelfredzaamheid op de volgende leefgebieden: financiën, dagbesteding, huisvesting, huiselijke relaties, geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid, verslaving, vaardigheden bij activiteiten van het dagelijks leven (ADL), sociaal netwerk, maatschappelijke participatie en justitie. Per leefgebied is aangegeven welke feitelijke omstandigheden bij welk niveau van zelfredzaamheid horen. De ZRM is ontwikkeld door de GGD’s van de gemeente Amsterdam en de gemeente Rotterdam.

Door iemand aan de hand van de ZRM te beoordelen, ontstaat er een feitelijk beeld van wat de persoon in kwestie wel of niet laat zien. De ZRM is dus een *meetinstrument*. De ZRM kan ook worden gebruikt als middel om verandering in die feitelijke situatie te meten: wanneer een meting met behulp van de ZRM een aantal maal wordt uitgevoerd, kan men inzicht krijgen in de vooruitgang (of achteruitgang) van de zelfredzaamheid van de cliënt.

Nu gemeenten meer en meer verantwoordelijk worden voor de zorg van hun burgers, hebben zij behoefte aan een instrument dat de hulpvraag meet. De behoefte aan zorg of anders gezegd, de toegang tot de zorg, moet immers vastgesteld worden. Nu blijkt dat gemeenten de ZRM als *indicatie-instrument* willen gebruiken. Dus analoog aan hoe de CIZ-indicatiestelling nu voor AWBZ-zorg geldt. Het risico bestaat, dat de ZRM als diagnostisch onderzoeksinstrument wordt gebruikt, terwijl daar geëigender middelen voor zijn. De vraag is in hoeverre het instrument ZRM voor diagnostiek geschikt is, een meetinstrument is immers niet hetzelfde als een diagnostisch instrument.

**2. Aanleiding om tot dit onderzoek te komen**

De ZRM als diagnostisch instrument inzetten, houdt een risico in. Dat is zeker het geval bij mensen met een verstandelijke beperking. Platform VG Haaglanden onderkent een aantal valkuilen over de verhouding van een meetinstrument als de ZRM versus diagnostische instrumenten bij het gebruik van mensen met een verstandelijke beperking:

1. De ZRM is een instrument dat ‘uitkomsten’ meet; vergelijkbaar met een koortsthermometer. Het is per definitie dus geen instrument dat ‘meet’ of iets kan zeggen over wat er ten grondslag ligt aan eventuele beperkingen in de zelfredzaamheid van mensen. Net zoals gemeten koorts dus nog niet iets zegt over de oorzaak ervan. Het is bijvoorbeeld belangrijk te weten waar eventuele beperkingen vandaan komen om ook beter in te kunnen spelen op wat er dan nodig is om op de juiste wijze ondersteuning te bieden. Voorbeeld – iemand die depressief is en daarom lager scoort, heeft heel andere ondersteuning nodig dan iemand die een lagere zelfredzaamheid heeft als gevolg van een verstandelijke beperking. Iemand met een verstandelijke beperking heeft ondersteuning nodig die op meerdere levensgebieden ingrijpt, langduriger is (vanwege de beperkte leerbaarheid en aard van de beperking) en een andere benaderingswijze vraagt dan iemand met een normale begaafdheid en een depressie.
2. Zelfredzaamheid staat niet gelijk aan ondersteunings- of begeleidingsbehoefte, hoewel ze zeker aan elkaar gerelateerd zijn. Onderstaande figuur illustreert dat de zelfredzaamheid (praktische competentie) van een persoon één van de factoren is die de ondersteuningsbehoefte van een persoon mede beïnvloed.

Terwijl de ZRM er op gericht is de zelfredzaamheid in kaart te brengen, één de aspecten van persoonlijke competentie, is er een instrument dat er op gericht is de ondersteuningsbehoefte in kaart te brengen. De SIS (Support Intensity Scale) is ontwikkeld vanuit de aanname dat het direct meten van ondersteuningsbehoeften specifieke en bruikbare informatie oplevert voor persoonlijke begeleiders, begeleidingsteams en voor managers die op organisatieniveau verantwoordelijk zijn voor het plannen van ondersteuningsactiviteiten. De SIS brengt in tegenstelling tot de ZRM alle ondersteuning (ook die al aanwezig is) in beeld. De ZRM houdt bij de uitkomsten geen rekening met eventueel al aanwezige ondersteuning vanuit het netwerk en geeft daarom een mogelijk geflatteerd beeld van de zelfredzaamheid.

1. De ZRM is een beoordeling van de afgelopen 30 dagen, het leven van mensen met een beperking verloopt in pieken en dalen. Het kan heel goed zijn dat iemand in de afgelopen 30 dagen prima gefunctioneerd heeft maar dat we gezien zijn beperking toch verwachten dat hij in de toekomst (bijvoorbeeld bij levensingrijpende gebeurtenissen of verschuiven van ontwikkelingstaken – denk aan krijgen van een kind, scheiding, zelfstandig wonen etc.) ondersteuning nodig zal hebben.
2. Met name mensen met een verstandelijke beperking hebben vaak geen goed inzicht in hun eigen problematiek. Bovendien zijn zij gevoelig voor het geven van sociaal wenselijke antwoorden. Daardoor ontstaat de kans dat ze via de ZRM hoger worden ingeschaald dan in werkelijkheid het geval is. In diagnostisch onderzoek komt dit geringe zelfinzicht of de geneigdheid om sociaal wenselijk te antwoorden, tot uitdrukking.

Op basis van dergelijke overwegingen heeft het Platform VG Haaglanden in het afgelopen jaar zijn zorgen geuit over het gebruik van de ZRM als eventueel indicatie-instrument door gemeenten, met name voor mensen met een verstandelijke beperking.   
Het Platform heeft daarom o.a. met een aantal mensen van de GGD Amsterdam, de opstellers van de ZRM, gesproken. Zij deelden de mening dat de ZRM een meetinstrument is. Wanneer anderen het instrument op een andere manier willen inzetten, is het van belang, dat zij wél de risico’s van dit gebruik onderkennen. Dit bezoek sterkte het Platform in zijn overtuiging dat de ZRM niet zonder meer gebruikt kan worden als indicatie-instrument.

Daarom heeft het Platform begin 2014 MEE Zuid-Holland Noord benaderd, met de vraag of zij bereid zouden zijn om een klein kwalitatief vergelijkend onderzoek te doen.

MEE Zuid-Holland Noord stemde daarin toe. Twee gedragswetenschappers hebben hun volle inzet aan dit onderzoekgegeven.

Het zij tenslotte nogmaals benadrukt dat hier niet de ZRM als meetinstrument van zelfredzaamheid aan de orde wordt gesteld, maar slechts een eventueel gebruik *als diagnostisch instrument.*

**3. Doelgroep**

Het platform VG Haaglanden is een organisatie voor de collectieve belangenbehartiging voor mensen met een verstandelijke beperking.

Dit betekent dat we ons in dit onderzoek nadrukkelijk hebben beperkt tot mensen met een (vermoeden van een) verstandelijke beperking en mensen die feitelijk functioneren op een niveau van iemand met een verstandelijke beperking.   
Dit geldt dus ook voor de conclusies van het onderzoek.

**4. Onderzoeksvraag**

Waar het om gaat is: heb je na gebruik van de ZRM voldoende inzicht in de hulpvraag van een cliënt, en kan je daarmee de benodigde ondersteuning vaststellen? Of mis je misschien toch het een en ander, vooral als het gaat om het bepalen van ‘de vraag achter de vraag’? Kortom hoe doet de ZRM het wanneer je het gaat gebruiken als diagnostisch- in plaats van als meetinstrument?

De onderzoeksvraag is dan:

*Welke bijdrage kan de ZRM leveren aan het verkrijgen van inzicht in de hulpvraag van mensen met een verstandelijke beperking?*

**5. Methode van onderzoek**

In overleg tussen MEE Zuid-Holland Noord en het Platform is gekozen voor een kleinschalige en kwalitatieve onderzoeksopzet.

We hebben de toepassing van de ZRM vergeleken met een aantal diagnostische instrumenten. Strikt genomen is dat wetenschappelijk gezien niet helemaal verantwoord, want je bent bezig met het vergelijken van appels en peren.

In dit geval is het echter nuttig, we willen immers juist bekijken of er duidelijke verschillen zijn tussen het meetinstrument ZRM en diagnostische instrumenten.

Ofwel, wat gebeurt er als je een ZRM-appel gaat gebruiken als een diagnostische peer?

We hadden er aanvankelijk voor gekozen 10 cliënten te bevragen. Binnen het tijdsbestek van maart-april dienden zich echter 9 cliënten aan die bevraagd konden en wilden worden met alle onderzoeksinstrumenten. Er is in de keuze van cliënten geen voorselectie geweest.   
Aan de cliënten werd achtereenvolgens eerst de ZRM en soms ook de SCIL voorgelegd en vervolgens een of meerdere van de MEE diagnostische onderzoeksmethoden (zie bijlage 1 voor uitleg). Door de resultaten van deze onderzoeken naast elkaar te leggen, wordt een beeld verkregen van verschillen in resultaten en van de toepasbaarheid van de ZRM bij onze doelgroep.

Aan alle cliënten is toestemming gevraagd voor het afnemen van meerdere testen. Om redenen van privacy kunnen de onderzoeken echter niet openbaar worden gemaakt. Ook wordt er niet rechtstreeks uit geciteerd. Als het noodzakelijk is, worden delen van het onderzoek kort geparafraseerd. Wel worden enige adviezen van de onderzoekers weergegeven.

Op een dergelijke manier is gewaakt voor het onherkenbaar blijven van de cliënten.

De door de diverse onderzoeksmethoden verkregen gegevens zijn als volgt verwerkt:

1. Per cliënt is alle informatie uit de diagnostische onderzoeken schematisch gelegd naast de uitkomst van diezelfde cliënt op de ZRM-domeinen. Zo ontstond een totaalbeeld per cliënt. Vanwege de hoge mate van herkenbaarheid van de cliënt (zelfs als die geanonimiseerd is) kan deze informatie niet worden bijgevoegd.
2. Vervolgens is er per cliënt een vergelijking getrokken, waarin drie onderdelen zijn benoemd:   
   a. Waar (welk ZRM-domein) is er opvallend verschil tussen de uitkomst op de ZRM en het diagnostisch onderzoek.   
   b. Wat kan er gezegd worden over wat de aard van die verschillen?  
   c. Welk advies komt er op basis van het diagnostische onderzoek, dat niet op basis van de ZRM kan worden verstrekt.  
   Deze vergelijking is op zodanig abstractieniveau, dat deze wél kan worden bijgevoegd (bijlage 2).

Dit onderzoek heeft nadrukkelijk niet de pretentie wetenschappelijk verantwoord te zijn. Het wil alleen een signaal afgeven naar de gebruikers van de ZRM: weet wat je met het instrument wél en niet kan.

**6. Onderzoeksresultaat**

In bijlage 3 zijn de uitkomsten van ZRM, SCIL en IQ-tests weergegeven. Bijlage 4 vat de verschillen tussen ZRM en diagnostisch onderzoek per cliënt in een schematisch overzicht samen. Bijlage 2 bevat de onderzoeksgegevens per cliënt.

Op basis van dit materiaal kunnen de volgende bevindingen worden geformuleerd.

1. **Signaalfunctie.**De ZRM heeft een duidelijke *signaalfunctie*: wanneer een cliënt één of meer keer een 1 of 2 scoort, is er zeker iets aan de hand. Vergelijk de ZRM met het gebruiken van een koortsthermometer: als een patiënt boven de 38 graden heeft, is er iets mis. De ZRM biedt dan een goede agenda om een intensief gesprek over de probleemdomeinen aan te gaan.
2. **Achterliggende problematiek.**   
   De ZRM sec als meetinstrument geeft geen inzicht in de achterliggende problematiek. Kan iemand niet met geld omgaan vanwege zijn verstandelijke beperking of omdat er sprake is van een verslaving? Beide gevallen kunnen tot een score 1 leiden op de ZRM, maar de behandel- en benaderwijze zal totaal verschillend moeten zijn. Dit speelt bij 6 cliënten.  
   In de vergelijking met de thermometer: komt de koorts van een griepje of van een longontsteking?  
   **Voorbeelden**Bij een cliënt blijkt pas na lang doorvragen sprake te zijn van seksueel misbruik, zowel als slachtoffer, als vermeend pleger. De invloed hiervan is zo groot, dat de onderzoeker constateert dat dringend behandeling nodig is.   
   Bij een andere casus blijkt dat de problemen van deze meneer grotendeels veroorzaakt worden door zijn analfabetisme; dit blijkt niet uit de ZRM.
3. **LVB als grondslag**Een (licht) verstandelijke beperking blijkt niet op voorhand uit de ZRM. En mensen met een licht verstandelijke beperking zijn ook niet ‘zomaar’ te herkennen. Toch zorgt de verstandelijke beperking dan vaak wel voor veel problemen. Dit speelt bij 8 cliënten.  
   Ook hier geldt: komt de koorts van een griepje of van een longontsteking?  
   Voorbeeld  
   In een bepaalde casus blijkt uit de ZRM niet dat de cliënte licht verstandelijk beperkt is. Dit is echter wel de oorzaak van een groot aantal problemen.
4. **Preventie**De meetuitslag van de ZRM geeft geen inzicht in het verloop in de tijd; het is een momentopname, waarbij de gegevens niet ouder dan 30 dagen mogen zijn. Problemen die ouder zijn, worden gemist. Evenals cliënten die duidelijk groeipotentieel hebben. En vooral evenals situaties waarvan je kan voorzien dat er problemen gaan ontstaan, hoewel de situatie nu nog hanteerbaar is. Moet je gaan wachten tot de problemen zichtbaar worden; hoe preventief (en dus op den lange duur waarschijnlijk goedkoper?) wil je zijn?  
   In de metafoor van de thermometer: je weet niet hoe lang er al sprake is van koorts en of de koorts de neiging heeft tot stijgen, terwijl dat in de behandeling cruciaal is.   
   Bij 5 cliënten in het onderzoek is dit aan de orde.  
   **Voorbeeld**  
   Een cliënt scoort goed op de ZRM. Uit een nader gesprek blijkt echter dat hij in de nabije toekomst zijn zoon bij zich in huis wil nemen. Hiervoor is hij niet voldoende toegerust en de onderzoeker constateert dat er dan direct behoefte is aan opvoedondersteuning.
5. **Al aanwezige hulpverlening**Bij een aantal cliënten is ondersteuning (soms vanuit het netwerk) reeds ingezet. Met die ondersteuning is de zelfredzaamheid ‘voldoende op peil’. Een hogere score op de ZRM betekent dus niet, dat deze mensen geen of weinig ondersteuning nodig hebben. Die is juist een noodzakelijke voorwaarde voor de hogere score.   
   Hieruit blijkt, dat uit de score van de zelfredzaamheid niet vanzelfsprekend de ondersteuningsbehoefte kan worden afgelezen.   
   Het is wél van belang die mate van ondersteuning te kennen omdat daar een hulpvraag aan ten grondslag ligt. Uit de ZRM blijkt die mate van ondersteuning niet op voorhand, maar slechts bij goed doorvragen. Bij de onderzochte cliënten geldt, dat zij allen ondersteuning in enige mate hebben; zij zijn immers aangemeld bij MEE. *Een relatief hoge score wil dus niet zeggen dat mensen ‘van zichzelf zelfredzaam’ zijn.*  
   Vergelijk weer met de thermometer: je weet niet of iemand een koorts remmend middel heeft ingenomen, waardoor er een vertekend beeld ontstaat.
6. **Zelfinzicht en sociaal wenselijke antwoorden**  
   Het zelfinzicht en vermogen tot reflectie op het eigen handelen en de eigen situatie is bij mensen met een verstandelijke beperking vaak minder goed ontwikkeld. Ze missen dan het vermogen om hun situatie goed in te schatten en overschatten zichzelf. Bovendien is de kans op sociaal wenselijke antwoorden groot. Het beeld dat de ZRM geeft, wordt dan te rooskleurig. *Een hoge score met veel vieren en vijven wil dus niet zeggen dat er geen problemen zijn.*In termen van de thermometer: de ene patiënt heeft makkelijker en hogere koorts dan de ander.  
   **Voorbeeld**  
   Een cliënte scoort zeer hoog op de ZRM. Uit nader onderzoek blijkt dat ze geen realistisch zelfbeeld heeft, weinig vermogen tot zelfreflectie en dat ze niet goed in staat is om zelf aan te geven wat ze nodig heeft.  
   De ZRM-score is hierdoor duidelijk geflatteerd.
7. **Opvallende discrepanties**Het blijkt, dat de gemeten waarden bij de ZRM met name bij de aspecten Geestelijke gezondheid, ADL en Sociaal netwerk positiever zijn dan uit de diagnostische onderzoeken volgt.  
   Bij respectievelijk 7, 7 en 5 cliënten.

**7. Conclusie en aanbevelingen**

De onderzoeksvraag luidde:

*Welke bijdrage kan de ZRM leveren aan het verkrijgen van inzicht in de hulpvraag van mensen met een verstandelijke beperking?*

Conclusie

*De ZRM is een meetinstrument en geen diagnostisch instrument.* De onderzoeksresultaten geven aan dat je de kans loopt om, bij gebruik van de ZRM als diagnostisch instrument, een aantal elementen betreffende de hulpvraag van iemand met een verstandelijke beperking ‘te missen’, over het hoofd te zien. Er onstaat dan een incompleet beeld van de situatie waarin iemand verkeert, en dus van de ondersteuning die nodig is.

Het afnemen van de ZRM *alleen* is dus onvoldoende om een duidelijk beeld van de situatie te krijgen.   
Echter, binnen een nader gesprek biedt de ZRM wél structuur omdat vrijwel alle relevante levensgebieden op systematische wijze aan bod komen.

Fasering in het verkrijgen van inzicht van de ondersteuningsbehoefte.   
Er zijn wel mogelijkheden waarmee het gebruik van de ZRM een bijdrage kan leveren aan het inzicht in de ondersteuningsbehoefte. Het in kaart brengen van deze ondersteuningsbehoefte kent een aantal fases:

1. De ZRM heeft een duidelijke signaalfunctie: wanneer iemand meerdere keren één of twee scoort, is nader onderzoek op zijn plaats. De ZRM is daarmee dan de eerste trede in het signaleren van eventuele problematiek. [[1]](#footnote-1)
2. Wanneer er een vermoeden is van (L)VB, kan de SCIL ingezet worden. De SCIL geeft met een percentage van 85% inzicht in de aanwezigheid van een (L)VB.
3. Wanneer er dan sprake blijkt te zijn van een (L)VB, kan de ondersteuningsbehoefte nader bepaald worden met behulp van verschillende diagnostische instrumenten (verder op in dit stuk genoemd).
4. Wanneer de ondersteuningsbehoefte zeer groot blijkt te zijn, komt de vraag in beeld, of cliënt onder de WMO of onder de WLZ zal behoren. Anders gezegd: waar ligt de knip tussen WMO en WLZ?   
   Om hier inzicht in te krijgen, kan de SIS als instrument worden ingezet (zie bijlage 1). In dit onderzoek is dit niet aan bod gekomen; wij hebben immers niet de opdeling WMO/WLZ onderzocht.

Aanbevelingen

* Een cliënt kan de ZRM niet met goed gevolg alleen invullen, hij heeft daar altijd (deskundige?) hulp bij nodig, of het nu gaat om de digitale of de papieren versie.
* Er worden trainingen aangeboden in het afnemen van de ZRM. Het is aan te bevelen dat alleen mensen die deze training gevolgd hebben de ZRM afnemen.
* Voor het afnemen van de SCIL en andere instrumenten geldt: laat deze afnemen door mensen die deskundig zijn in het herkennen van en het doorvragen bij mensen met een (licht) verstandelijke beperking.
* De al aanwezige ondersteuning (mantelzorg etc) geeft inzicht in mogelijke toekomstige hulpvraag. Het is dus nuttig om ook die in kaart te brengen.
* Het verdient de voorkeur om de ZRM te gebruiken als eerste fase van het verkrijgen van inzicht in de ondersteuningsbehoefte. Zie hierboven.

Bijlage 1: diagnostische onderzoeksmethoden, SCIL en ZRM

**Diagnostiek bij MEE**

Diagnostisch onderzoek bij MEE betekent dat op wetenschappelijk onderbouwde wijze informatie wordt verkregen over het cognitief niveau van functioneren van de cliënt, zijn/ haar zelfredzaamheid in combinatie met het sociaal – emotioneel functioneren. De abstracte begrippen worden in de conclusie zoveel mogelijk vertaald naar (on)mogelijkheden in het dagelijkse leven. Deze informatie biedt handvatten voor de adviezen rondom begeleiding op verschillende levensgebieden.

Het kent een aantal uitgangspunten:

Gedragswetenschappelijk: geeft een specifieke gedragswetenschappelijke kijk op individuele klanten.

Voor de klant: de diagnostiek wordt in eerste instantie geboden voor de klant. Nabespreking met de klant is erg belangrijk omdat er in de verslaglegging altijd een ingewikkeld gedeelte voorkomt. (NIP voorschriften met cijfers en percentages). De gedragsdeskundige maakt altijd een vertaalslag van de resultaten van het onderzoek naar de cliënt.

Vraag gestuurd: de vraag van de klant geeft richting aan de diagnostiek. De gedragsdeskundige maakt zelf de professionele afweging of het diagnostisch onderzoek nuttig is.

Levenslang: de klant kan in iedere levensfase een beroep doen op diagnostiek door MEE.

Kortdurend / kort-cyclisch: MEE levert kortdurende, richtinggevende diagnostiek; in gemiddeld 10 uur is de diagnostiek bij een vraag afgerond. Bij voorkeur wordt de diagnostiek afgerond in een periode van drie weken De uitkomsten zijn richtinggevend voor een verder proces, bijvoorbeeld verder onderzoek.

Binnen een diagnostisch onderzoek worden verschillende (diagnostische) instrumenten ingezet om bovenstaande informatie te verkrijgen:

Intelligentietests (bijvoorbeeld WAIS-IV-NL of SON 6-40)

Om het cognitieve niveau van functioneren vast te stellen wordt gebruik gemaakt van verschillende individuele intelligentietests die een beeld geven van het intellectuele functioneren op specifieke intellectuele gebieden en daarnaast een score kent die het algemene intellectuele functioneren van een cliënt weergeeft.

Zelfredzaamheid – SRZ(-P)

Om de sociale- en zelfredzaamheid van een cliënt(e) te meten wordt een SRZ-P afgenomen. Deze vragenlijst (ingevuld met het netwerk) geeft een beeld van hoe mensen tegemoet kunnen komen aan de eisen die de dagelijkse samenleving aan hen stelt. Waarbij de scores worden vergeleken met een normgroep van mensen die in cognitief niveau variëren van licht verstandelijk beperkt tot zwak begaafd niveau

SCIL – screener voor LVB

De SCIl is een screeningsinstrument ontwikkeld om met behulp van een korte vragenlijst snel een inschatting te kunnen maken van een mogelijk licht verstandelijke beperking.

Sociaal – emotioneel functioneren Binnen een diagnostisch onderzoek heeft de gedragsdeskundige de mogelijkheid om aan de hand van bepaalde thema’s naar ervaringen en belevingen te vragen. Om op die manier inzicht te krijgen in het verhaal van de klant over gebeurtenissen uit het (recente) verleden, de hulpvraag, het zelfbeeld en wensen. Daarnaast kunnen een aantal vragenlijsten ingezet worden.

Aanvullende instrumenten De gedragsdeskundige heeft bij MEE en binnen de kaders van het diagnostisch proces de beschikking over een aantal aanvullende instrumenten die veelal gericht zijn op het in kaart brengen van de aard en omvang van psychische problematiek, dan wel meer helderheid geven over de persoonlijkheid.

ZRM

De Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM) is een instrument waarmee de mate van zelfredzaamheid van cliënten (kwetsbare burgers) eenvoudig kan worden beoordeeld.

De ZRM concretiseert zelfredzaamheid op de volgende leefgebieden: financiën, dagbesteding, huisvesting, huiselijke relaties, geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid, verslaving, vaardigheden bij activiteiten van het dagelijks leven (ADL), sociaal netwerk, maatschappelijke participatie en justitie.

ZALC

De ZALC is een zinnen-aanvullijst die de ego-ontwikkeling van kinderen en jongeren ‘meet’ van ca. 8 tot 25 jaar. De aanvullingen worden gescoord op basis van de concrete formulering en niet geïnterpreteerd op een achterliggende thematiek.

Kennis van het niveau van de ego-ontwikkeling biedt de mogelijkheid om inzicht te krijgen in de manier waarop het zelf, relaties en interacties worden beleefd en betekenis krijgen ongeacht de leeftijd. De resultaten van de ZALC staan niet op zichzelf, maar kunnen andere bevindingen bevestigen of aanvullen.

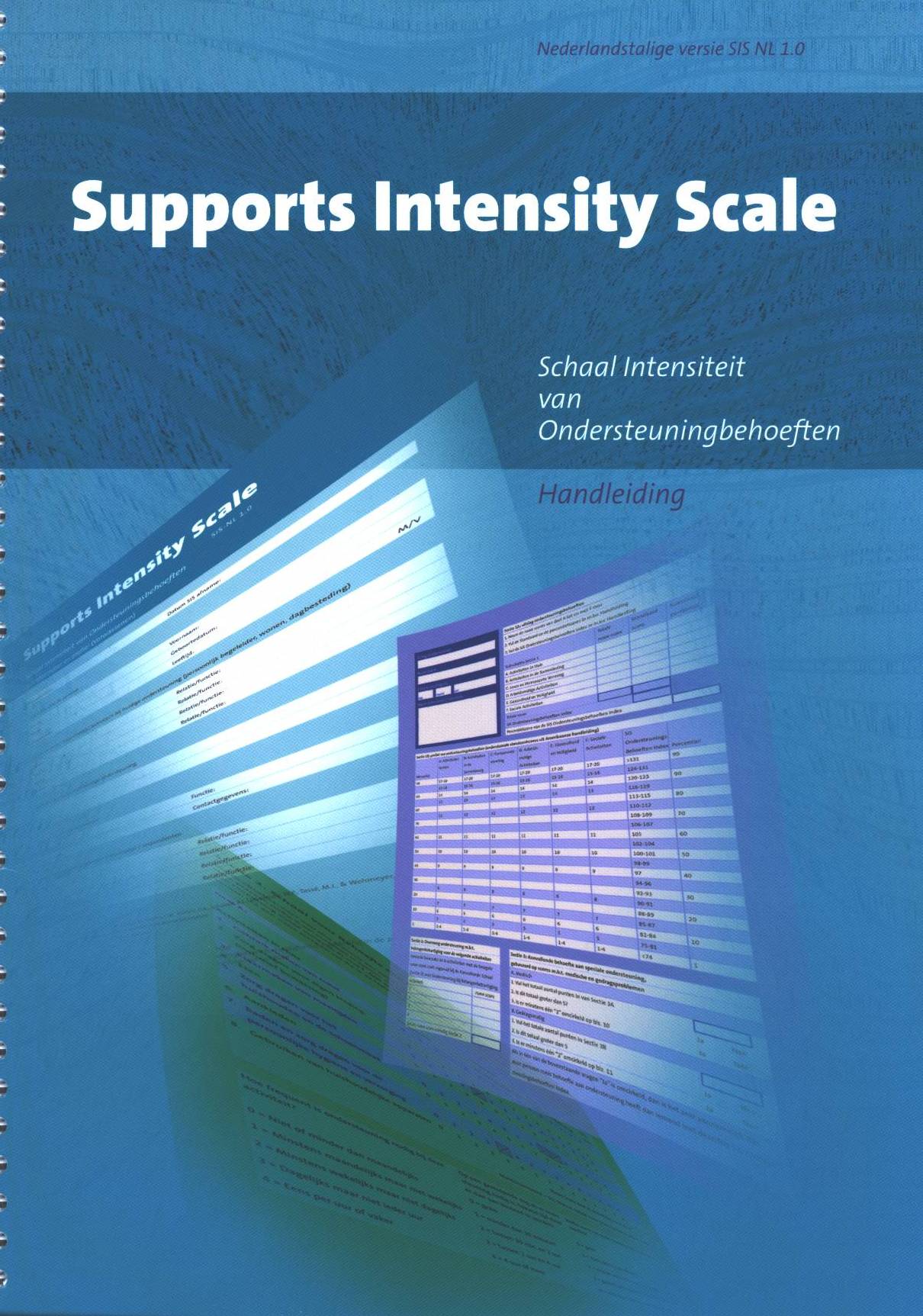
Zinnen Aanvul Test (ZAT)

Geeft zicht op de sociaal-emotionele belevingswereld van cliënt. De ZAT bestaat uit verschillende leeftijdsversies en moet schriftelijk uitgevoerd worden. Het begin van elke zin is gegeven en cliënt voltooit de zin naar eigen goeddunken. De veronderstelling is dat cliënt in die aanvulling iets projecteert van wat in de eigen belevingswereld belangrijk is.

SIS

De SIS is een multidimensionele schaal voor het in kaart brengen van de behoefte aan ondersteuning en het beoordelen van de intensiteit van ondersteuningsbehoeften bij mensen met een verstandelijke beperking tussen 16 en 70 jaar.

Het is een instrument gebaseerd op de 8 dimensies van kwaliteit van bestaan van Schalock. Het brengt op 8 domeinen, levensgebieden in kaart het type ondersteuning, duur en frequentie van de ondersteuning die nodig is om die specifieke activiteit succesvol te kunnen uitvoeren. De uitkomsten van de SIS bieden handvatten om mensen op het aspect van ondersteuningsbehoefte in te schalen.



Bijlage 2: Onderzoeksbevindingen per cliënt.

**Client 1, man 19**

Onderzoeksmiddelen:

ZRM

SCIL

WAIS-IV-NL

SRZ-P

Dossier

Gesprek- en observatie

Wat valt op in de vergelijking van de ZRM, de SCIL en de andere afgenomen test(s)?

Domeinen die niet genoemd worden, zijn min of meer passend (ZRM score ligt in lijn met andere onderzoeksgegevens), hetgeen dus niet betekent, dat daar geen hulpvraag ligt.

Specifiek per ZRM-domein

Opvallend is dat client 1 bij **geestelijke gezondheid** op de ZRM score een 4 krijgt. Dat zou inhouden dat meneer ‘minimale symptomen’ vertoont. Die score blijkt vooral gebaseerd op wat client in eerste instantie zelf zegt.

Na lang doorvragen in het gesprek vertelt hij echter dat hij vroeger is misbruikt en dat hij zelf ook tweemaal grensoverschrijdend gedrag heeft getoond naar jonge meisjes. De laatste keer was verleden jaar. Hij beweert daar zelf geen last van te hebben, maar komt over als iemand die worstelt met gevoelens van schuld en spijt.

Bij **ADL** scoort meneer een 3 (ZRM). Dat zou onder andere betekenen dat de zelfzorg op peil is. Uit de andere tests blijkt echter dat hij significant laag scoort op zorg voor zichzelf. Dat is veel lager ligt dan men op basis van zijn cognitieve functioneren zou mogen verwachten.

Daarnaast wordt geconstateerd dat hij hulp nodig zal hebben bij alle bijkomende (regel)zaken.

Meneer scoort bij **sociaal netwerk** een 4 (voldoende steun van familie/vrienden en weinig contacten met eventuele foute vrienden). Dat is wat meneer zelf in eerste instantie aangeeft. Uit het gesprek blijkt echter dat zijn familie denkt, dat hij gevoelig is voor ‘dominante anderen’. Ook blijkt dan, dat hij een vriend heeft en verder geen netwerk. Een en ander past meer bij ZRM score 3.

Algemene conclusies

Wat bij cliënt 1 opvalt, is dat de **achterliggende problematiek** van seksueel misbruik (zowel slachtoffer als pleger) pas bij lang doorvragen naar voren komt. Ook komt de onveilige situatie thuis niet zonder meer naar boven.

Deze meneer heeft de neiging, zelf vrij positief te antwoorden op vragen van de ZRM (**weinig zelfinzicht**). Dat maakt de ZRM-uitkomsten op een aantal domeinen geflatteerd.

Uit de ZRM blijkt niet de ‘**vraag achter de vraag’**:

zsm behandeling voor zowel zijn eigen misbruikervaringen als zijn grensoverschrijdend gedrag in het verleden.

De vraag waarmee cliënt 1 kwam, was zelfstandig wonen, maar het advies is tenslotte behandeling, waarbij wel een stabiele thuissituatie voorwaarde is.

Adviezen op basis van diagnostische onderzoek

Cliënt 1 heeft **dringend behandeling** nodig voor zowel zijn eigen misbruikervaringen als het grensoverschrijdende gedrag dat hij richting zijn zusjes heeft laten zien. Het is belangrijk dat hij inzicht krijgt in zijn eigen verleden en de relatie die dat heeft met zijn handelen in de afgelopen jaren.

In de tweede plaats geeft cliënt 1 duidelijk te kennen dat de situatie waar hij nu in leeft niet veilig is en hem min of meer uitnodigt te verhuizen richting zijn vriendin. De onderzoeker zal met de consulent in gesprek gaan over hoe deze **thuissituatie** voor meneer zo goed mogelijk tot rust en stabiliteit gebracht kan worden.

**Cliënt 2, man 43**

Onderzoeksmiddelen:

ZRM

SCIL

WAIS-IV-NL

SRZ-P

Dossier

Gesprek- en observatie

Wat valt op in de vergelijking van de ZRM, de SCIL en de andere afgenomen test(s)?

Domeinen die niet genoemd worden, zijn min of meer passend (ZRM score ligt in lijn met andere onderzoeksgegevens), hetgeen dus niet betekent, dat daar geen hulpvraag ligt.

Specifiek per ZRM-domein

De score op **huiselijke relaties** bij de ZRM (5) is opvallend hoog. Hij is feitelijk dakloos en woont afwisselend bij zijn twee ex-partners van wie hij erg afhankelijk is (huisvesting, financieel, alle administratieve zaken, want mn is analfabeet). Er is geen sprake van wederzijdse ondersteuning.

Bij **sociaal netwerk** scoort meneer een 4. Bij nader doorvragen in het gesprek blijkt echter dat meneer zich zodanig schaamt voor zijn analfabetisme, dat hij liever niet in het gezelschap van anderen verkeert en geen netwerk heeft buiten zijn twee exen en zijn kinderen.

Algemene conclusies

Uit de ZRM blijkt de **achterliggende problematiek** (zijn analfabetisme) niet. Dit is de oorzaak van heel veel problemen in het leven van meneer (geregeld uitkering kwijt, huis kwijt, foutlopende relaties enz.).

Uit de ZRM blijkt ook **niet het vermoeden van een verstandelijke beperking**; deze komt wel uit de SCIL. Uit de overige diagnostische onderzoeken komt naar voren, dat het huidige cognitieve functioneren ook beïnvloed kan zijn door zijn voorgeschiedenis: psychische problematiek, langdurig druggebruik, onstabiele jeugd, geen goed onderwijs en een andere culturele achtergrond.

De **hulpvraag** (zowel korte als lange termijn) komt niet duidelijk naar voren uit de ZRM: een stabiele thuissituatie, waarbij echter veel intensieve ondersteuning (oa administratief) noodzakelijk zal zijn. En bewindvoering om (oplopende) schulden te voorkomen. En behandeling om het verleden te verwerken.

Adviezen op basis van diagnostische onderzoek

Meneer heeft **intensieve ondersteuning** nodig om rust en stabiliteit te verkrijgen (praktisch regelen) en te behouden. Meneer kan niet lezen en schrijven en daarom zullen alle administratieve en financiele taken van hem overgenomen moeten worden. Een maatregel als bewindvoering kan meneer verder ondersteunen bij het voorkomen van schulden.

Op het moment dat meneer zijn leven georganiseerd heeft en hij de stabiliteit heeft waarnaar hij zoekt, zal meneer **behandeling** nodig hebben om alles wat hij meegemaakt heeft, een goede plek te geven. Hij zal **ambulante begeleiding** nodig hebben om deze behandeling aan te gaan en niet na een aantal keren af te haken.

**Cliënt 3, vrouw 47**

Onderzoeksmiddelen:

ZRM

SCIL

WAIS-IV-NL

SRZ-P

Dossier

Gesprek- en observatie

Wat valt op in de vergelijking van de ZRM, de SCIL en de andere afgenomen test(s)?

Domeinen die niet genoemd worden, zijn min of meer passend (ZRM score ligt in lijn met andere onderzoeksgegevens), hetgeen dus niet betekent, dat daar geen hulpvraag ligt.

Specifiek per ZRM-domein

Opvallend is dat mw bij **financiën** een 5 scoort, terwijl ze geen inkomen heeft, niet verzekerd is en niet weet of ze een inkomen heeft en/of schulden heeft. Deze score lijkt gebaseerd op wat mw zelf aangeeft: ‘dat ze goed met geld kan omgaan’.

Verder valt op, dat mw een 4 scoort bij **huiselijke relaties**. Mevrouw woont in de opvang voor dak- en thuislozen en wordt nog steeds lastig wordt gevallen door haar ex-man. Strikt genomen valt dit misschien niet meer onder ‘huiselijke relaties’, maar toch ligt daar een groot probleem. Bovendien blijkt bij doorvragen, dat mw ook lastig gevallen wordt door de mannen in de opvang.

Bij **geestelijke gezondheid** scoort mw een 5. Ze zegt namelijk over zichzelf, dat ze geen psychische problemen heeft (score 5 Geestelijke gezondheid) maar vertelt bij doorvragen “altijd angstig” te zijn en af en toe nog wel eens aan zelfmoord te denken). Ze is de meeste tijd bang, verdrietig en boos en laat die emoties ook in het gesprek zien.

In gesprek wijst zij vooral huidige stressoren aan als oorzaak en lijkt zij zelf onvoldoende in staat deze gevoelens ook in verband te brengen met de trauma’s uit haar verleden.

Zij is moeilijk in staat zelf een hulpvraag op dit gebied te formuleren.

Bij **lichamelijke gezondheid** scoort mw eveneens een 5. Ze zegt zelf geen klachten te hebben. Ze komt echter ongezond over, heeft geen gebit, bloeddoorlopen ogen. Ze heeft geen ziektekostenverzekering.

**ADL** (5)

Dit is op basis van wat mw zelf zegt. Uit het onderzoek (SRZ-P) blijkt dat ze significant laag scoort op eenvoudige zelfredzaamheid. In het dagelijks leven is ze niet in staat op adequate wijze voor zichzelf en haar directe omgeving te zorgen. Haar persoonlijke hygiëne (tanden poetsen) laat te wensen over en ook complexe activiteiten van het huishouden kan ze niet zelfstandig aan.

Algemene conclusies

Wat bij cliënt 3 opvalt, is dat de **achterliggende problematiek** van seksueel misbruik en mishandeling, als kind, in haar vroegere huwelijk en nu nog steeds) pas in het gesprek naar voren komt.

Uit de ZRM blijkt **niet de verstandelijke beperking** van mevrouw; deze blijkt wel uit de SCIL en uit het diagnostisch onderzoek.

Client 3 lijkt zich in het gesprek en bij het onderzoek ondergeschikt te maken aan de onderzoeker en stelt zich heel volgzaam en afhankelijk op. Dit vergroot de kans op **sociaal wenselijke antwoorden.**

Bovendien beschikt ze soms over **weinig (zelf)inzicht**.

De antwoorden die mw in eerste instantie heeft gegeven bij de ZRM-vragen, lijken daardoor behoorlijk geflatteerd.

Uit de ZRM blijkt **niet de ‘vraag achter de vraag’**: een stabiele veilige woonomgeving met 24-uurszorg. En tevens intensieve ondersteuning en begeleiding gezien haar traumatische voorgeschiedenis.

Adviezen op basis van diagnostische onderzoek

T.a.v. de financien heeft mevrouw iemand nodig die de administratie volledig van haar overneemt. Een maatregel als **bewindvoering** zal noodzakelijk zijn om te voorkomen dat er (financieel) misbruik van haar wordt gemaakt.

Mevrouw heeft **intensieve ondersteuning** nodig bij het zelfstandig wonen. Om bovenstaande zoveel mogelijk vorm te geven is het advies om een indicatie aan te vragen voor **24-uurszorg**.

**Cliënt 4, man 25**

Onderzoeksmiddelen:

ZRM

SCIL

WAIS-IV-NL

SRZ-P

Dossier

Gesprek- en observatie

Wat valt op in de vergelijking van de ZRM, de SCIL en de andere afgenomen test(s)?

Domeinen die niet genoemd worden, zijn min of meer passend (ZRM score ligt in lijn met andere onderzoeksgegevens), hetgeen dus niet betekent, dat daar geen hulpvraag ligt.

Specifiek per ZRM-domein

Op **huisvesting** scoort cliënt 4 een 5.

Hij woont echter bij zijn ouders (niet-autonome huisvesting); score lijkt dus te hoog.

Bij **huiselijke relaties** scoort meneer een 3.

Dat lijkt de situatie niet goed te beschrijven: de problemen worden niet erkend. Eigenlijk is er heel weinig band. Hij vertelt dat de gezinsleden wat langs elkaar heen leven. Er wordt bijvoorbeeld wel met elkaar gegeten, maar verder wordt er weinig met elkaar gesproken.

Zijn moeder ziet hij eigenlijk bijna nooit en hij mist dat. Tijdens het onderzoek kenschetst hij de relatie met zijn ouders als “ken beter”. Vooral met zijn vader gaat het minder goed omdat diverse redenen.

**Geestelijke gezondheid** (ZRM 5).

De onderzoeker constateert na doorvragen echter dat er bij hem sprake is van een laag zelfbeeld.

**Lichamelijke gezondheid** (5)

De onderzoeker vermoedt de mogelijkheid van een spraaktaalprobleem en raadt nader onderzoek aan. Meneer kan zijn gedachten moeizaam verwoorden en heeft een zeer laag verbaal begrip.

**ADL** (3)

Uit het onderzoek blijkt dat hij niet hoog scoort op eenvoudige zelfredzaamheid. En hij lijkt bovendien ook nog weinig aandeel te hebben in het zelfstandig uitvoeren van complexe huishoudelijke taken (kleding wassen, koken, boodschappen doen en gastvrijheid). Score 2 (meerdere complexe taken worden niet uitgevoerd) is passender.

Algemene conclusies

Cognitief profiel: uit de ZRM blijkt **niet de verstandelijke beperking** van meneer; deze blijkt wel uit de SCIL. Uit het diagnostisch onderzoek komt een zeer disharmonisch profiel (van licht verstandelijk beperkt niveau tot normaal begaafd niveau). Deze significante verschillen roepen vragen op, die eerst moeten worden beantwoord: wat ten grondslag ligt aan dit profiel is mede bepalend voor het type begeleiding dat cliënt 4 nodig heeft.

De onderzoeker wijst 2 mogelijke oorzaken aan: mogelijke onderstimulatie en een mogelijk onderliggend spraaktaalprobleem.

Meneer lijkt de neiging te hebben, de ZRM vragen in eerste instantie **sociaal wenselijk te beantwoorden** en nuanceert pas bij verder doorvragen de antwoorden.

Uit de ZRM score blijkt **niet de hulpvraag**: een (in eerste instantie) beschermde woonvorm die veel ruimte biedt voor groei en ontplooien van zijn mogelijkheden.

Adviezen op basis van diagnostische onderzoek

Het is van belang dat meneer wordt aangemeld bij een instelling die het veronderstelde **spraaktaalprobleem kan onderzoeken.**

Geadviseerd wordt om voor meneer te zoeken naar een (**in eerste instantie) beschermde woonvorm** die veel ruimte biedt voor groei en ontplooien van zijn mogelijkheden. Groei op het gebied van zelfredzaamheid (praktisch) en juist ook groei als persoon. Meneer heeft **meer mogelijkheden dan hij zelf denkt.**

**Cliënt 5, man 45**

Onderzoeksmiddelen:

ZRM

SCIL

WAIS-IV-NL

SRZ-P

Dossier

Gesprek- en observatie

Wat valt op in de vergelijking van de ZRM, de SCIL en de andere afgenomen test(s)?

Domeinen die niet genoemd worden, zijn min of meer passend (ZRM score ligt in lijn met andere onderzoeksgegevens), hetgeen dus niet betekent, dat daar geen hulpvraag ligt.

Specifiek per ZRM-domein

Op **huiselijke relaties** scoort meneer een 5. Een score 4 zou beter passen: meneer woont sinds kort alleen, nu hij recentelijk zijn ex-vrouw en haar nieuwe vriend uiteindelijk de deur heeft gewezen.

**Geestelijke gezondheid** (ZRM 5).

De onderzoeker constateert na doorvragen echter wel dat meneer overkomt als een kwetsbare man die wat ondersteuning nodig heeft in het proces rond zijn scheiding en de zorg voor zijn kind..

**ADL** (5)

Meneer heeft wel begeleiding bij het doen van zijn financiële administratie. Deze complexe activiteit wordt dus niet zelfstandig verricht. En bovendien is de verwachting dat zijn kind na de scheiding bij hem komt wonen. De onderzoeker voorziet dat er behoefte ontstaat aan opvoedingsondersteuning voor een langere termijn.

Een score 3 past beter.

**Sociaal netwerk** (4)

Lijkt hoog gescoord: meneer heeft een heel klein netwerk (ouders, kind en ex-vrouw).

Algemene conclusies

Op basis van de ZRM is er eigenlijk **weinig aanleiding om te veronderstellen, dat deze meneer een hulpvraag** zou hebben: hij scoort vrijwel alleen vijven. Uitzonderingen zijn tweemaal een vier voor verslaving en sociaal netwerk. En een drie voor maatschappelijke participatie.

Cognitief profiel: uit de ZRM **blijkt geen verstandelijke beperking.** Uit de SCIL zou het vermoeden rijzen van een LVB. Uit het diagnostisch onderzoek komt een disharmonisch profiel naar voren (van licht verstandelijk beperkt niveau tot zwak begaafd niveau).

De zelfredzaamheid gemeten met de SRZ-P is conform de verwachting op basis van het cognitief profiel: meneer heeft op enkele gebieden ondersteuning nodig bij het voldoen aan de eisen van de samenleving.

Uit de ZRM score blijkt **niet de huidige hulpvraag**: begeleiding van de administratie.

Uit de ZRM blijkt **niet de te verwachten hulpvraag** (opvoedondersteuning voor zijn kind); de ZRM anticipeert niet en is dus geen instrument om te verwachten problemen voorkomen.

Adviezen op basis van diagnostische onderzoek

Het is van belang dat meneer **begeleiding krijgt bij zijn financiële administratie.**

Verder heeft meneer **ondersteuning** nodig in het proces rondom de scheiding en het kiezen van de beste woonplek voor zijn kind.

Wanneer het kind bij meneer komt te wonen, zal er behoefte zijn aan **opvoedondersteuning**.

**Cliënt 6, vrouw 19**

Onderzoeksmiddelen:

ZRM

SCIL

SON 6-40

WAIS-IV-NL

SRZ-P

Dossier

Gesprek- en observatie

Wat valt op in de vergelijking van de ZRM, de SCIL en de andere afgenomen test(s)?

Domeinen die niet genoemd worden, zijn min of meer passend (ZRM score ligt in lijn met andere onderzoeksgegevens), hetgeen dus niet betekent, dat daar geen hulpvraag ligt.

Specifiek per ZRM-domein

Bij **lichamelijke gezondheid** scoort cliënt 6 een 5 op de ZRM. Dat zou betekenen dat mevrouw geen directe of voortdurende medische problemen heeft. Dat is ook wat ze in eerste instantie zelf aangeeft als er naar de gezondheid wordt gevraagd.

Bij verder doorvragen blijkt echter dat mw aan één oor doof is en dat ze een gehoorapparaat weigert. Bovendien heeft ze een scheve rug, heeft ze een aangeboren hartaandoening, waarvoor ze niet onder behandeling is en stottert ze.

Bij **ADL** (ZRM 5) geeft mw in eerste instantie zelf aan, dat ze zelfredzaam is.

Pas bij verder doorvragen blijkt, dat mw alleen zelfredzaam is bij de ‘eenvoudige’ zelfredzaamheid. Bij ‘complexe’ zelfredzaamheid functioneert mw niet zelfredzaam. Mw zou op basis hiervan een 3 bij de ZRM scoren.

Algemene conclusies

Wat bij cliënt 6 opvalt, is dat de **culturele component niet (geen achterliggende problematiek)** in kaart wordt gebracht bij de ZRM. Mw voelt zich in de huidige situatie bijzonder onveilig; de mishandeling die ze ondergaat heeft duidelijk een culturele achtergrond (geen achterliggende oorzaak).

Uit de ZRM blijkt **niet, dat het om een meisje met een matige/lichte VB** gaat, die hierdoor duidelijke beperkingen ervaart (achterliggende oorzaak niet in beeld). Uit de SCIL valt wel een vermoeden van een VB af te leiden.

Uit de ZRM blijkt ook **niet de hulpvraag**: intensieve aansturing in de vorm van een kamertraining binnen de VG sector.

Adviezen op basis van diagnostische onderzoek

Mevrouw heeft **intensieve aansturing** nodig om een positieve groei te laten zien en door te kunnen zetten. Mevrouw is in staat om met de juiste begeleiding en aansturing de stap naar volwassenheid te gaan maken.

Gezien de vele conflicten in de thuissituatie is een **andere woonomgeving** hier een essentiële stap in. Mevrouw heeft een LVB, als gevolg waarvan ze onvoldoende in staat is om zelfstandig te gaan wonen. Ze zal **intensieve begeleiding** en een veilige plek nodig hebben.

Mevrouw zal **intensieve ondersteuning en begeleiding nodig hebben bij de (financiele) administratie.**

**Cliënt 7, man 21**

Onderzoeksmiddelen:

ZRM

WAIS-IV-NL

SRZ-P

ZALC

Dossier

Gesprek- en observatie

Wat valt op in de vergelijking van de ZRM en de andere afgenomen test(s)?

Domeinen die niet genoemd worden, zijn min of meer passend (ZRM score ligt in lijn met andere onderzoeksgegevens), hetgeen dus niet betekent, dat daar geen hulpvraag ligt.

Specifiek per ZRM-domein

**Geestelijke gezondheid** (ZRM 3).

Deze score lijkt wel hoog: meneer heeft aanhoudende geestelijke gezondheidsproblemen die het gedrag kunnen beïnvloeden. Zo geeft meneer na doorvragen aan ‘dat hij af en toe ‘diepe momenten’ heeft waarop hij ‘helemaal gek in zijn hoofd’ wordt’.

**ADL** (5)

Meneer verricht geen complexe ADL-activiteiten. Een score van 3 is passender.

Algemene conclusies

Cognitief profiel: uit de ZRM blijkt **geen verstandelijke beperking**. Uit het diagnostisch onderzoek komt een disharmonisch profiel naar voren (van normaal niveau tot zwak begaafd niveau). De zelfredzaamheid gemeten met de SRZ-P geeft als beeld dat meneer lager functioneert, dan op basis van zijn gemeten cognitieve profiel mag worden verwacht. Als mogelijke verklaring wordt genoemd, dat hem nu veel uit handen wordt genomen.

Uit de ZRM scores blijkt **niet de achterliggende problematiek** (voorgeschiedenis met heftige thuissituatie; scheiding, mishandeling).

Uit de ZRM score **blijkt niet de huidige hulpvraag**: geschikte vorm van begeleid wonen.

Uit de ZRM blijkt **niet de eventueel toekomstige hulpvraag** (psychische ondersteuning bij het verwerken van het verleden); de ZRM anticipeert niet en is dus geen instrument om te verwachten problemen voorkomen.

Adviezen op basis van diagnostische onderzoek

Geadviseerd wordt een **geschikte vorm van begeleid wonen**, gedacht wordt aan kamertraining.

**Begeleiding vanuit de VG sector**, aangezien dat het beste aansluit bij de mogelijkheden en beperkingen van meneer. Gezien de ernstige bijkomende problemen (beperkt sociaal aanpassingsvermogen, beperkte zelfredzaamheid en beperkt sociaal-emotioneel functioneren) past meneer in de praktijkdefinitie van mensen met een LVB.

**Cliënt 8, vrouw 21**

Onderzoeksmiddelen:

ZRM

SCIL

SON 6-40

SRZ-P

Dossier

Gesprek- en observatie.

Wat valt op in de vergelijking van de ZRM, de SCIL en de andere afgenomen test(s)?

Domeinen die niet genoemd worden, zijn min of meer passend (ZRM score ligt in lijn met andere onderzoeksgegevens), hetgeen dus niet betekent, dat daar geen hulpvraag ligt.

Specifiek per ZRM-domein

Bij **geestelijke gezondheid** scoort cliënt 8 een 5 op de ZRM. Dat zou betekenen dat mevrouw goed functioneert in een groot aantal diverse activiteiten. Dat is geen realistisch beeld, mw heeft geen activiteiten (binnen- en buitenshuis). En mw heeft verdenking van autisme en handelt navenant. Score is ingevuld op basis van wat mw zelf aangeeft.

**Sociaal netwerk** (4) deze score is goed gemeten (nl. voldoende steun van familie), maar betekent niet dat er een goed netwerk is: alleen een zus en de moeder zijn er voor haar. Wel heel mager. Score is ingevuld op basis van wat mw zelf aangeeft: mw zelf is blij met haar netwerk.

Algemene conclusies

Wat bij cliënt 8 opvalt, is dat de **culturele component (achterliggende problematiek) niet** in kaart wordt gebracht bij de ZRM. Client 8 spreekt helemaal geen NL, hetgeen alle hulp, hulpvraagverduidelijking en begeleiding enz. behoorlijk compliceert.

Uit de ZRM blijkt niet, dat het om **een meisje met een matige/lichte** VB gaat, die hierdoor duidelijke beperkingen ervaart (achterliggende oorzaak niet in beeld).

Uit de ZRM blijkt ook **niet de hulpvraag**: dagbesteding in beschermde omgeving en bewindvoering (hulpvraag niet in beeld en **geen doorkijk naar toekomst**; vraag achter de vraag).

Adviezen op basis van diagnostische onderzoek

Geadviseerd wordt op zoek te gaan naar **zinvolle dagbesteding** (zonder prestatiedruk) waarin een bepaalde beschermde omgeving wordt geboden en waarin mevrouw de kans krijgt andere vaardigheden aan te leren en aangeleerde vaardigheden leert te behouden. Er moet aangesloten worden bij haar begripsniveau en eventueel met behulp van visuele middelen gewerkt worden.

Mevrouw heeft behoefte aan **intensieve begeleiding** (wonen, dagbesteding, vrije tijd, zelfzorg, netwerk) behoefte en **ambulante ondersteuning vanuit de VG sector**.

Verder is het aan te raden om een **bewindvoerder** c.q. curator aan te vragen voor cliënt 8. Gezien haar cognitieve en sociaal-emotionele beperkingen is ze niet in staat om zelf haar financiën en administratie te beheren. Om te voorkomen dat op dit gebied in de toekomst misbruik van cliënt 8 wordt gemaakt, wordt sterk geadviseerd dit juridisch vast te leggen.

**Cliënt 9, vrouw 38**

Onderzoeksmiddelen:

ZRM

WAIS-IV-NL

SRZ-P

ZAT

Dossier

Gesprek- en observatie.

Wat valt op in de vergelijking van de ZRM, de SCIL en de andere afgenomen test(s)?

Domeinen die niet genoemd worden, zijn min of meer passend (ZRM score ligt in lijn met andere onderzoeksgegevens), hetgeen dus niet betekent, dat daar geen hulpvraag ligt.

Specifiek per ZRM-domein

**Dagbesteding** (3): mw is sinds de geboorte van haar zoon in 2005 huisvrouw en heeft geen activiteiten buitenshuis. Dus m.i. ZRM score 2. Score is ingevuld op basis van wat mw zelf heeft aangegeven.

Bij **geestelijke gezondheid** scoort cliënt 9 een 5 op de ZRM. Dat zou betekenen dat mevrouw goed functioneert in een groot aantal diverse activiteiten. Dat is geen realistisch beeld, mw heeft geen activiteiten (binnen- en buitenshuis). Wanneer cliënt 9 in aanraking komt met onbekende situaties of mensen, raakt ze snel van slag en reageert emotioneel. Ze wordt snel onzeker en heeft op die momenten ondersteuning vanuit haar omgeving nodig (ouders of partner). Ze is alleen verkeersveilig wanneer ze de route kent.

Zijn dit geen ‘aanhoudende geestelijke gezondheidsproblemen die het gedrag kunnen beinvloeden maar die geen gevaar voor zichzelf/anderen opleveren’ (al dan niet mild; dus ZRM 2 of 3)?

Score is ingevuld op basis van wat mw zelf heeft aangegeven.

**ADL** (5): bij verder doorvragen blijkt dat mw alleen zelfredzaam is bij ‘eenvoudige’ activiteiten. Enkele ‘complexe’ activiteiten voert mw niet zelf uit. Score 3 (beperkt zelfredzaam) is passender.

**Sociaal netwerk** (5): client 9 heeft een warm maar heel klein netwerk (man, ouders en zoon en een enkele vriendin). De score 5 (gezond sociaal netwerk en geen foute vrienden) lijkt gebaseerd op wat mevrouw zelf aangeeft.

**Maatschappelijke participatie** (4): client 9 gaat er nooit alleen op uit en is geen lid van een club/ vereniging. ZRM is hoog, m.i. is ZRM 3 passender.

Algemene conclusies

Uit de ZRM **blijkt niet, dat het om een vrouw met een matige/lichte VB** gaat, die hierdoor duidelijke beperkingen ervaart en alleen maar relatief probleemloos kan functioneren dankzij de enorme steun van ouders en echtgenoot **(achterliggende oorzaak niet in beeld).**

Uit de ZRM blijkt ook niet, dat cliënt 9 iemand is, die zelf niet goed in staat is om aan te geven wat zij nodig heeft en **weinig vermogen tot** zelfreflectie heeft. Zij heeft ogenschijnlijk moeite om een adequate inschatting te maken van haar prestaties en vindt het moeilijk om extra uitleg te vragen. Ze is geneigd **sociaal wenselijke** **antwoorden** te geven, waardoor het risico op overvraging en overschatting hoog is. De ZRM-uitslagen die gebaseerd zijn op wat mw zelf vertelt, zijn daarom geflatteerd.

De ZRM geeft **geen indicatie voor de (toekomstige) hulpvraag**: begeleiding om bestaande vaardigheden vast te houden/zo mogelijk uit te breiden en opvoedondersteuning.

Adviezen op basis van diagnostische onderzoek

Gezien het niveau van functioneren van cliënt 9 is logischerwijs te verwachten dat zij meer begeleiding nodig gaat hebben. **Ambulante begeleiding** is aan te raden. De begeleiding zal zich voornamelijk moeten richten op het behouden van vaardigheden die cliënt 9 al heeft ontwikkeld. Daarnaast kan gekeken worden welke vaardigheden ze kan bijleren.

**Ondersteuning** zal in ieder geval geboden moeten worden **bij opvoedkundige vragen** en contacten met instanties.

Belangrijk voor toekomstige begeleiding is om er rekening mee te houden dat cliënt 9 **niet goed in staat is om aan te geven wat zij nodig heeft**. Zij heeft ogenschijnlijk moeite om een adequate inschatting te maken van haar prestaties.

**Bijlage 4: overzicht onderzoeksgegevens**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Client nr** | **Financien** | **Dagbesteding** | **Huisvesting** | **Huis. Relaties** | **Geest.gezh** | **Lich.gezh** | **Versla-ving** | **ADL** | **Soc. Netwerk** | **Mts partc** | **Justitie** |
| 1 |  |  |  |  | Score 4 te hoog:  Last van misbruik (slachtoffer en dader) |  |  | Score 3 hoog:  Lage zelfzorg en hulp nodig bij regelzaken | Score 4 is hoog: meneer heeft zeer klein netwerk |  |  |
| 2 |  |  |  | Score 5 is hoog: er is sprake van afhankelijkheid en geen wederzijdse relaties |  |  |  |  | Score 4 is hoog: meneer heeft amper netwerk |  |  |
| 3 | Score 5 is hoog: geen inzicht in inkomen of schulden |  |  | Score 4 is hoog: lastig gevallen door ex en huisgenoten | Score 5 is hoog: gevoelens van angst, verdriet en boosheid en doodswens. | Score 5 is wellicht hoog: mw oogt ongezond, heeft geen ziektekstverzek en bezoekt geen arts |  | Score 5 is hoog: geen eenvoudige en complexe activiteiten |  |  |  |
| 4 |  |  | Score 5 is hoog: niet-autonome huisvesting | Score 3 past niet: er is eigenlijk weinig band; gezinsleden leven langs elkaar heen | Score 5 lijkt hoog: laag zelfbeeld | Score 5 lijkt hoog: spraaktaalprobleem |  | Score 3 lijkt hoog: meerdere complexe taken niet uitgevoerd |  |  |  |
| 5 |  |  |  | Score 5 is hoog: woont sinds kort alleen na scheiding | Score 5 is hoog: meneer is kwetsbaar |  |  | Score 5 is hoog: meneer heeft begeleiding bij administratie | Score 4 is hoog: heeft amper netwerk |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  | Score 5 is hoog: een oor doof, hartaandoening, rugproblemen, stotteren |  | Score 5 is hoog: geen complexe activiteiten |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  | Score 3 lijkt hoog: aanhoudende geestelijke gezondheidsproblemen die gedrag beïnvloeden. In eigen woorden: ‘diepe momenten’ en ‘helemaal gek in zijn hoofd’. |  |  | Score 5 is hoog: geen complexe ADL-activiteiten. |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  | Score 5 is hoog: mw heeft verdenking van autisme en handelt navenant. Score is ingevuld op basis van wat mw zelf aangeeft. |  |  |  | Deze score 4 is goed gemeten (voldoende steun familie), er is echter geen goed netwerk is: alleen een zus en de moeder |  |  |
| 9 |  | Score 3 is obv zelfbeeld. mw is huisvrouw en heeft geen activiteiten buitenshuis. |  |  | Score 5 lijkt hoog: mw is heel snel van slag en zeer onzeker; reageert emotioneel en heeft op die momenten ondersteuning vanuit haar omgeving nodig (ouders of partner). |  |  | Score 5 is hoog: alleen zelfredzaam is bij ‘eenvoudige’ activiteiten. Enkele ‘complexe’ activiteiten voert mw niet zelf uit. | Score 5 is hoog: klein netwerk (man, ouders, kind en een enkele vriendin). Mw heeft geen activiteiten buitenshuis. | Score 4 is hoog: mw gaat er nooit alleen op uit en is geen lid van een club/ vereniging. |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Nota bene: het omgekeerde geldt niet automatisch: het feit dat iemand hoog scoort op de ZRM, betekent niet dat er geen huidige of toekomstige problematiek is. [↑](#footnote-ref-1)