

Vroegsignalering van een licht verstandelijke beperking

Voor toeleiding naar de meest passende zorg is vroegsignalering van een licht verstandelijke beperking noodzakelijk. Nog regelmatig vindt deze te laat plaats. Vanuit verschillende doelgroepen is er behoefte aan een manier om snel een vermoeden van een verstandelijke beperking te toetsen.

SCIL

Recentelijk is hiervoor de SCIL, screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking op de markt gekomen. Deze screener is ontwikkeld door Hendrien Kaal, Henk Nijman en Xavier Moonen. Het gaat om een korte screeningslijst die in negen van de tien gevallen een LVB correct voorspelt.

Is de SCIL een passende screening om vroegsignalering van een LVB te bevorderen?

Op basis van de huidige ervaringen van het gebruik van de SCIL binnen Amsterdam o.a. binnen reclassering, penitentiaire inrichtingen en GGZ zijn wij van mening van wel.

Er zijn echter een aantal kanttekeningen:

- Niet vergeten dient te worden dat de SCIL een screeningsinstrument is en geen diagnostisch instrument. Het dient dus ook niet als diagnostisch middel gebruikt te worden! Wat betekent dat er geen conclusies getrokken mogen worden over het daadwerkelijk aanwezig zijn van een verstandelijke beperking op basis van uitkomsten van een SCIL. Dit kan enkel op basis van intelligentie onderzoek zoals een IQ meting.
- Bovenstaande is dus van belang voor de plaats in het werkproces en de waarde die er aan de uitkomsten van de SCIL gegeven wordt. Afnames van de SCIL kan een eerste stap in een hulpverleningstraject zijn waarbij het risico van onjuist labelen van een cliënt met een verstandelijke beperking in de gaten gehouden dient te worden. Immers bij scores die dicht bij het afkappunt (score 19) liggen zijn de onzekerheidsmarges beduidend groter.¹
- Afnemers moeten zich voorbereiden, instructie goed lezen of liever nog geïnstrueerd worden door iemand die bekend is met testafnames. Dit om te zorgen dat men zich goed aan de instructie houdt, geen antwoorden weggeeft en items correct afneemt.
- De “testkit” bevat maar 1 instructiekaart – eigenlijk dient bij ieder antwoordformulier een instructiekaart te zitten – zodat in ieder geval iedere afnemer een instructiekaart bij zich heeft.

¹ Bij een afkappunt van 19 punten of lager op de SCIL werd 89 procent van de personen zonder een LVB als zodanig geïdentificeerd en 82% van de personen met een LVB ook als personen met een LVB aangemerkt.

Als we het goed interpreteren betekent dit dat:

- 11% van de mensen **zonder LVB** wel uitvallen op de screener (een score van 19 of lager heeft): dus **ten onrechte als mogelijk LVB aangemerkt worden**, en
- 18% van de mensen **met een LVB** niet uitvallen op de screener (een score van 20 of hoger haalt), dus **niet aanmerkt worden als mogelijk LVB, terwijl ze dit wel zijn**.

Zeker bij lage SCIL scores (dat wil zeggen SCIL-scores onder de 15 punten) mag met een zekerheid die rond de 95% of hoger ligt een LVB worden vermoed, terwijl bij zeer hoge SCIL scores (dat wil zeggen SCIL-scores van 25 punten of hoger) een LVB juist met grote stelligheid kan worden uitgesloten.

Wij adviseren dan ook dat indien **een score tussen de 15 en 24 een grensscore is er verder bekeken dient te worden door een gedragsdeskundige** (en dus niet 19 als afkappunt)

- Om cliënten te motiveren tot afname van de SCIL is een goede introductie noodzakelijk – zeker wanneer er geen sprake is van justitieel kader. Er is bijna een 'verleidingspraatje' nodig waarbij het gebruik van de term cognitieve of verstandelijke beperking vermeden dient te worden omdat dit vaak tot afweer leidt. Verstandiger is het om de nadruk te leggen op de gebieden waar de lijdensdruk van de cliënt ligt, waar hij problemen in ervaart en zaken in veranderd wil zien. De SCIL kan geïntroduceerd worden als middel waardoor duidelijker wordt waar een cliënt hulp bij nodig heeft om verdere problemen te voorkomen.
- Groot minpunt aan de SCIL is dat hij enkel bedoeld is voor mensen die de Nederlandse taal spreken en enigszins beheersen. Onduidelijk is wat er onder 'enigszins' valt. Zo worden mensen die enkele taalfouten maken zwaar 'beoordeeld' op de screener. Ook is de SCIL niet geschikt voor mensen met dyslexie, maar ook bijv. bij depressie, psychose moet men alert zijn dat de screener mogelijk niet goed screent wat deze zou moeten screenen.
- Hiernaast doet de SCIL een groot beroep op schoolse vaardigheden en wordt de sociale redzaamheid van een cliënt onderbelicht.
- Voor niet Nederlands sprekende is er geen gevalideerde meting en is er ook (nog) geen passende alternatieve screening in deze.

Het lijkt voor de hand liggend om te stellen dat wanneer de screener een vermoeden van een LVB bevestigt er basisdiagnostiek dient te volgen. Het is echter de vraag of dit altijd noodzakelijk is. Bijv. wanneer na overleg met een gedragswetenschapper blijkt dat er al voldoende informatie aanwezig is en/of wanneer er sprake is van een enkelvoudige hulpvraag. Inzet van basisdiagnostiek is dan een onnodige belasting van de cliënt en een te kostbare zaak.

Wanneer de screener een vermoeden van een LVB bevestigt of wanneer er sprake is van een score rond het afkappunt en bij twijfels is het belangrijk dat er overleg plaatsvindt met een gedragswetenschapper om de uitslag in een breder kader te plaatsen. Waardoor wordt deze lage score mogelijk veroorzaakt? Denk aan een mogelijke verstandelijke beperking, maar ook factoren zoals depressie, dyslexie, problemen bij de afname e.d. Door de gedragswetenschapper dient bepaald te worden of vervolgens basisdiagnostiek noodzakelijk is.

Ons advies is dat de afname van de SCIL altijd gevolgd wordt door een gesprek met een gedragswetenschapper. Op basis van het dossier, de SCIL en zijn/haar klinische blik dient deze de ondersteuningsbehoefte van de cliënt in kaart te brengen. Dit fungeert als basis voor een hulpverleningsplan waarbij de hulpvraag van de cliënt zelf natuurlijk niet uit het oog verloren mag worden.

Basisdiagnostiek

Zoals al eerder gesteld is de SCIL geen diagnostisch instrument. Om met zekerheid te kunnen zeggen of de cliënt een (licht) verstandelijke beperking heeft moet nader onderzoek naar het verstandelijk functioneren en de sociale redzaamheid plaatsvinden.

Er dient minimaal een intelligentietest afgenomen te worden voor een IQ bepaling, aangevuld met een onderzoek naar de sociale redzaamheid. Dit wordt beschouwd als basisdiagnostiek.

Uitgaande van een onderzoek bij een volwassene met gebruik van de WAIS IV vraagt dit om inzet van een gedragswetenschapper van 8 tot 10 uur inclusief terugkoppeling aan de cliënt.

Verdiepingsdiagnostiek

Indien er sprake is van onbegrepen probleemgedrag, vastlopen van de hulpverlening of het vermoeden van andere stoornissen dient de basisdiagnostiek gevolgd te worden door aanvullend diagnostisch onderzoek. Dit met als doel het bepalen van de zwakke en sterke kanten van een cliënt in een meer integraal beeld. Denk aan het niveau van sociaal emotioneel functioneren, persoonlijkheidskenmerken, aanwezigheid van een psychiatrische stoornis etc. Dit wordt beschouwd als verdiepingsdiagnostiek.

Omdat deze vorm van diagnostiek per cliënt in omvang varieert is het niet mogelijk om een inschatting te maken van de benodigde inzet van de diagnosticus.

Opgesteld vanuit de werkgroep screening – december 2014

Amsta Karaad: Herman Wassink

Arkin Mentrum: Anne de Meulmeester en Willeke Halters

Cordaan: Susanne Kaandorp

MEE: Antoinet Vieverich

