

CLIËNT IN BEELD DOOR AVVB

MAGAZINE
OVER DE
**ADAPTIEVE
VRAGENLIJST
VERSTANDELIJKE
BEPERKING**



VOORWOORD

Je werkt met een complexe doelgroep waarbinnen iedere cliënt andere begeleiding of behandeling nodig heeft. Maatwerk dus! Met de komst van de DSM-5 is in de classificatie van een verstandelijke beperking het begrip adaptief functioneren meer centraal komen te staan. Het IQ geeft niet altijd een duidelijk beeld van wat iemand daadwerkelijk in de praktijk kan. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat iemand steeds onvoldoende geld te besteden heeft en achteraf blijkt dat zijn zogenaamde vrienden voortdurend geld van hem 'lenen' zonder terugbetalen. Of dat iemand vaak te laat komt. Kan deze persoon moeilijk plannen? Is het iemand die zich niet conformeert aan normen en waarden of heeft hij misschien moeite met klokkijken?

Een moderne vragenlijst om adaptief gedrag snel in kaart te brengen was er niet meer. Daarom is in 2016 de Adaptieve Vragenlijst Verstandelijke Beperking (AVVB) ontwikkeld. Na twee kleinschalige onderzoeken is de afgelopen twee jaar grootschalig onderzoek gedaan naar de AVVB, om te onderzoeken of de AVVB een bruikbaar instrument is om adaptieve vaardigheden van cliënten in kaart te brengen.

Aan dit onderzoek hebben 62 verschillende organisaties meegewerkt. Onze speciale dank gaat uit naar alle instellingen die zich hebben ingezet om de AVVB tot een succes te maken. Dank voor de prettige samenwerking: Abrona, Altrecht, Ambiq, Amerpoort, Amsta, Antesgroep, Aveleijn, Bartiméus, Careander, Cordaan, De Windroos, Den Hey-Acker, DeSeizoenen, Dimence, Dokter Bosman, Emergis, Esdégé Reigersdaal, Fivoor, Forensische Zorgspecialisten, FPA De Boog (GG Net), FVK Basalt, Gemiva SVG Groep, GGZ Oost Brabant, GGZ Rivierduinen Kristal, 's Heeren Loo, Humanitas DMH, Ipse de Bruggen, I-psy, Iriszorg, Jarabee, JJI Lelystad Intermetzo, Kairos, Leger des Heils, MEE, Navarea, NIFP, Parnassia, Philadelphia, PI Vught, Pluryn, Pompekliniek, Prinsenchurch, Pro Persona, Reinaerde, Renqli, SDO Support, SDW Zorg, Sein, Sherpa, Siza, STEVIG, Stichting de Tussenvoorziening, Syndion, Tactus, Tragelzorg, Trajectum, Van der Hoevenkliniek, VNN, Wier, Zideris, Zorggroep Vitez, Zuidwester.

Marjet van Baggum directeur Expertisecentrum De Borg

Femke Jonker klinisch psycholoog, onderzoeker

COLOFON

Expertisecentrum De Borg
Eikenpage 4, 3734 AC Den Dolder
+31 (0)30 2256405
secretariaatdeborg@fivoor.nl
www.deborg.nl
Volg ons op LinkedIn

Directeur Expertisecentrum De Borg: Marjet van Baggum
Projectleider: Femke Jonker, klinisch psycholoog/promovendus
Redactie: Marloes Dekker
Fotografie: Trajectum en Femke Jonker
Ontwerp: Rudi Langezaal, Odijk
Druk: Bergdrukkerij, Amersfoort



INTERVIEW

Susan Boogaard, GZ-psycholoog in opleiding tot Klinisch Psycholoog bij Pro Persona

WAT LEVERT DE AVVB OP IN JE WERK?

De AVVB geeft inzicht in de alledaagse mogelijkheden van de cliënt, vooral met betrekking tot de vaardigheden in de praktijk geeft het mij meer inzichten dan de testen die wij gebruiken in een psychologisch onderzoek.

WAT LEVERT DE UITKOMST VAN DE AVVB OP VOOR DE CLIËNT?

Voor de cliënt levert de AVVB inzicht op in de vaardigheden die hij/zij al heeft en in kan blijven zetten. Daarnaast krijgt de cliënt meer zicht op zijn/haar kwetsbaarheden. Voor

behandelaren en begeleiders wordt het duidelijker waar de cliënt in zijn of haar leven tegenaan loopt en kan de zorg hier op worden afgestemd.

HOE IS JE ERVARING MET HET GEBRUIK VAN DE AVVB?

Ik vind het een eenvoudige lijst om in te vullen. Zelf ben ik nog wel op zoek naar de manier van scoren van de AVVB. Nu geef ik meer een globale samenvatting en ik vraag mij af of de vragenlijst ook nog gescoord kan gaan worden. Ik neem aan van wel, maar daarvoor moeten er eerst normgroepen worden gevormd natuurlijk. Ik gebruik de

AVVB momenteel redelijk vaak in combinatie met gerenommeerde intelligentie testen en dit vind ik een prettige combinatie. Mede omdat je een gecombineerd beeld krijgt van de mogelijkheden van een cliënt in een testsituatie en de praktijkvaardigheden.

WAAROM ZOU JE ANDEREN AANRADEN GEBRUIK TE MAKEN VAN DE AVVB?

Je neemt de cliënt serieus in de vaardigheden die hij of zij heeft en in kan zetten en je kunt gericht adviseren voor ondersteuning.

HOE WERKT DE AVVB

De AVVB bestaat uit 65 vragen die voorlopig zijn verdeeld over vijf schalen, namelijk:

- 1 Zelfzorg en hygiëne, zoals 'poetst tanden' en 'draagt schone kleding'
- 2 Huishoudelijke vaardigheden, zoals 'wast en droogt kleding' en 'doet boodschappen voor een maaltijd'
- 3 Overig zelfstandig functioneren, zoals 'maakt gebruik van internetbankieren' en 'is verkeersveilig in een onbekende of drukke buurt'
- 4 Deelname sociaal verkeer, zoals 'is gastvrij voor bezoek' en 'gaat goed om met gezag'
- 5 Executieve functies, zoals 'denkt na voor hij/zij handelt' en 'komt op tijd op afspraken'

De AVVB is een observatievragenlijst en wordt ingevuld door een begeleider of volwassen familielid die zicht heeft op het dagelijkse functioneren van de cliënt. De vaardigheden van de cliënt worden gescoord op een vijfpuntsschaal die loopt van **1: 'voert de vaardigheid niet uit, ook niet met hulp'** tot **5: 'voert de vaardigheid geheel zelfstandig uit'**. Alleen vaardigheden die daadwerkelijk worden uitgevoerd mogen positief worden gescoord. Adaptief functioneren gaat namelijk over wat iemand daadwerkelijk uitvoert en niet over iemands potentie. Daarnaast dient de invuller bij lage scores (1 of 2) aan te geven of wordt ingeschat dat de vaardigheid leerbaar is. Dit maakt ons bewust van welke vaardigheden bij de cliënt nog ontbreken, die we door middel van training aan kunnen leren om zo de zelfstandigheid te vergroten.

ADAPTIEVE VAARDIGHEDEN IN KAART

Adaptieve vaardigheden zijn vaardigheden die nodig zijn om onafhankelijk in de maatschappij te kunnen functioneren. Adaptieve vaardigheden zijn in de loop der jaren steeds belangrijker geworden bij het vaststellen van een verstandelijke beperking. Sinds de komst van de DSM-5 hebben ze zelfs een leidende rol gekregen in de classificatie. De ernst van een verstandelijke beperking wordt nu vastgesteld aan de hand van de ernst van de problemen in het adaptieve functioneren en niet langer aan de hand van (alleen) een IQ-score.

Achter de verandering in de DSM-5 ligt het groeiende besef dat niet in de eerste plaats intellectueel functioneren, maar adaptief vermogen bepaalt, of iemand kan voldoen aan de dagelijkse verwachtingen die de maatschappij stelt. De samenleving wordt steeds complexer en afwijkend gedrag lijkt minder geaccepteerd. Er worden hogere eisen gesteld aan het onderwijs en werk moet efficiënter en zelfstandiger worden uitgevoerd. Tegelijkertijd is in Nederland het uitgangspunt dat iedereen moet kunnen deelnemen aan de samenleving en dat mensen met een verstandelijke beperking hun leven op dezelfde manier moeten kunnen leiden als mensen zonder een verstandelijke beperking. De complexe Nederlandse samenleving in combinatie met de wens dat iedereen mee moet kunnen doen, betekent dat steeds meer mensen met een verstandelijke beperking professionele ondersteuning nodig hebben om aan sociale verwachtingen te voldoen. Vaak is ondersteuning van het eigen netwerk afwezig of onvoldoende. Om te bepalen hoe de gezondheidszorg beter kan inspelen op de ondersteuningsbehoeften van cliënten met een verstandelijke beperking, dient het adaptief functioneren van deze cliënten in kaart gebracht te worden.

HERKENNING VERSTANDELIJKE BEPERKING

Cliënten met een verstandelijke beperking ondervinden niet alleen steeds meer problemen in de samenleving, maar zij zijn ook oververtegenwoordigd in de geestelijke gezondheidszorg, in forensische instellingen en gevangenissen. Ze worden alleen slecht herkend. Cliënten ontvangen bijvoorbeeld onjuiste DSM-classificaties wanneer hun kenmerken of gedragingen (zoals concentratieproblemen of beperkte sociale afstemming) worden gezien als psychiatrische symptomen. Dit geldt met name voor cliënten bij wie de verstandelijke beperking op het eerste gezicht niet merkbaar is, zoals vaak het geval is bij cliënten met een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid. Het niet herkennen van een verstandelijke beperking kan ertoe leiden dat cliënten overvraagd worden, maar ook cliënten zelf hebben de neiging om zich te overvragen. Overvraging kan uiteindelijk leiden tot ernstige problemen zoals schulden en gedrags- en psychiatrische problemen. Bovendien leidt het niet herkennen van de verstandelijke beperking vaak tot mislukte behandeltrajecten als de zorgverlener zich niet aanpast aan het vermogen van de

cliënt om de voorgestelde interventies te begrijpen. Het niet herkennen van een verstandelijke beperking kan professionals ook hier het idee geven dat deze cliënten niet willen meewerken, in plaats van niet kunnen meewerken. Het falen van behandelingen en samenwerkingsproblemen kunnen leiden tot demotivatie bij cliënten en zorgverleners. Bij cliënten kan het leiden tot een toename van minderwaardigheidsgevoelens, die toch al vaak aanwezig zijn bij mensen met een verstandelijke beperking. Het tijdig herkennen van een verstandelijke beperking kan dus allerlei problemen voorkomen, maar het is precies deze herkenning die nog ontbreekt.

METEN VAN ADAPTIEF FUNCTIONEREN

Vanuit de behoefte aan een meetinstrument dat, volgens de huidige definitie van verstandelijke beperking, het adaptief functioneren op een snelle en eenvoudige manier kan meten werd de AVVB ontwikkeld. Het onderzoek bij De Borg is een vervolg op eerder onderzoek dat bij één van de Borg-instellingen (Wier in Den Dolder) en voor KFZ (Kwaliteit Forensische Zorg) is gedaan. De resultaten van beide onderzoeken bleken

veelbelovend, en er bleek ook nog veel werk aan de winkel. In het huidige onderzoek werd de AVVB vervolgens verder onderzocht. De onderzoeksvragen waren:

- 1 Kunnen adaptief onafhankelijk functionerende mensen onderscheiden worden van cliënten met een verstandelijke beperking op basis van AVVB-scores?
- 2 Hoe verhouden AVVB-scores zich ten opzichte van IQ-scores?
- 3 Hoe verhouden AVVB-scores zich ten opzichte van opleidingsniveaus?
- 4 Hoe verhouden AVVB-scores zich ten opzichte van de mate waarin zorg wordt geboden?
- 5 Is er verschil tussen AVVB-scores van cliënten met en zonder psychiatrische stoornissen?

Het antwoord op deze vragen kan ons helpen om de ernst van een verstandelijke beperking vast te stellen. Ook helpt het ons om sterk en zwak ontwikkelde vaardigheden van cliënten in kaart te brengen zodat de ondersteuningsbehoefte duidelijk wordt.

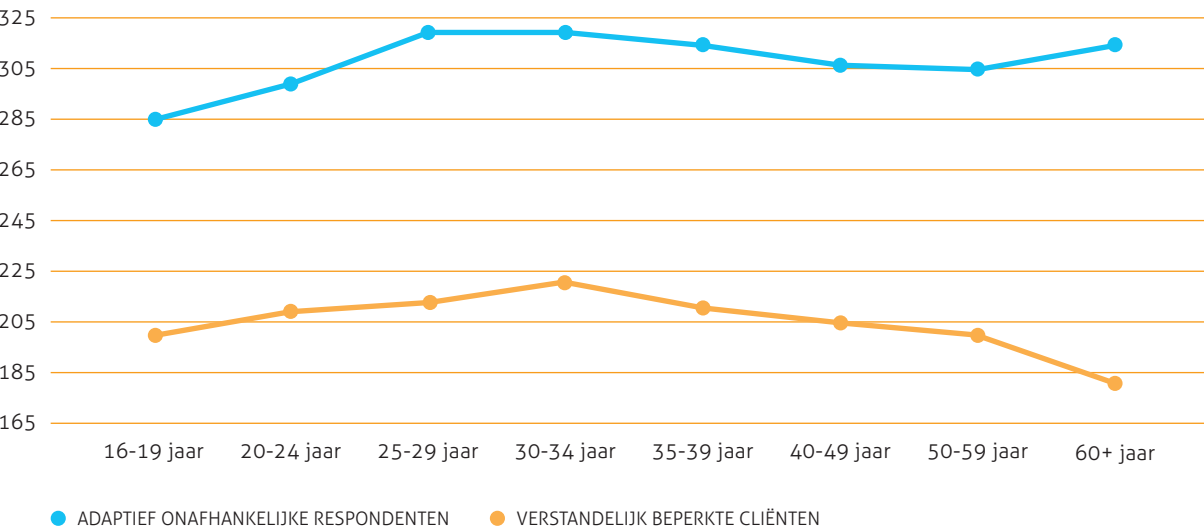
ONDERZOEKSRÉSULTATEN

Er stromen nog altijd AVVB's binnen, maar voor de huidige, voorlopige resultaten zijn 1351 AVVB's gebruikt. De AVVB is 794 keer (59%) ingevuld over een man en 557 keer (41%) over een vrouw. De lichte oververtegenwoordiging van mannen komt voort uit het gegeven dat forensische instellingen hebben meegedaan aan het onderzoek. Mannen zijn in de forensische zorg in de meerderheid. De gemiddelde leeftijd van alle respondenten was ruim 36 jaar, waarbij de jongste zestien was en de oudste 82 jaar. Er werden 1222 AVVB's over cliënten die zorg ontvingen ingevuld. Daarnaast werden over 129 adaptief onafhankelijk functionerende mensen AVVB's ingevuld door hun partners of ouders. De cliënten die zorg ontvingen waren grotendeels afkomstig uit instellingen voor cliënten met een verstandelijke beperking. Daarnaast werden AVVB's ingevuld door GGZ-verslavingszorg- en forensische instellingen. Bij de 887 respondenten met een verstandelijke beperking werd bij ruim de helft (52%) eveneens één of meerdere co-morbide psychiatrische stoornissen in de classificatie benoemd. Een autismespectrumstoornis (19%) werd het meest genoemd, gevolgd door verslaving (9%), een persoonlijkheidsstoornis (8%), een psychotische stoornis (8%), ADHD (7%), een stemmingsstoornis (7%), PTSS (4%), een angststoornis (4%) en een hechtingsstoornis (4%).

VERBANDEN TUSSEN AVVB-SCORES EN GLOBALE DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

Figuur 1 toont een groot verschil aan tussen de scores van adaptief onafhankelijk functionerende respondenten en cliënten. Dit geldt voor alle leeftijden. De gemiddelde score van adaptief onafhankelijk functionerende respondenten kwam uit op 309 en de gemiddelde score van cliënten kwam uit op 205. Daarnaast is in de figuur te zien dat het adaptief functioneren eerst stijgt met de leeftijd en op latere leeftijd weer wat afneemt. Zowel adaptief onafhankelijk functionerende respondenten als cliënten functioneren op adaptief gebied het hoogst tussen hun 25e en 39e levensjaar. Mensen die adaptief onafhankelijk functioneren bereiken hun hoogste scores tussen de 25 en 29 jaar oud en cliënten bereiken hun hoogste scores tussen de 30 en 34 jaar oud. Cliënten scores dus niet alleen lager dan adaptief onafhankelijk functionerende respondenten, ze doen er ook gemiddeld vijf jaar langer over om op adaptief gebied hun maximale vermogens te behalen. Hiermee is de eerste onderzoeksvraag beantwoord, namelijk dat we met de AVVB mensen die adaptief onafhankelijk functioneren kunnen onderscheiden van cliënten.

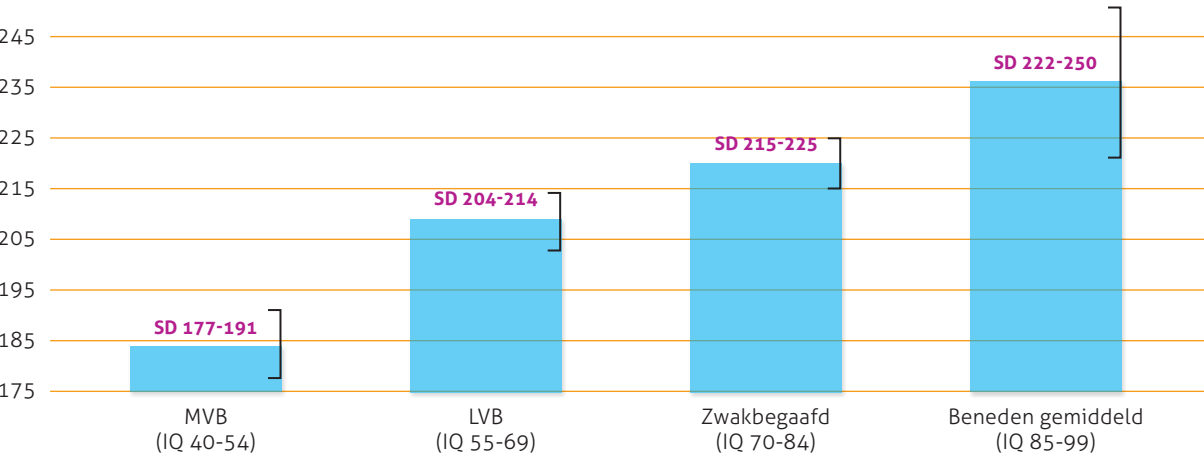
FIGUUR 1: GEMIDDELDE AVVB-SCORES PER LEEFTIJDGROEP



VERBANDEN TUSSEN IQ EN AVVB-SCORES

Van 873 cliënten was een IQ-score bekend. In figuur 2 is te zien dat er een verband is tussen IQ en de totale score op de AVVB. In het algemeen geldt: hoe hoger het IQ, hoe hoger de AVVB-score. Dat komt overeen met de verwachting die wij hadden dat IQ en adaptief functioneren (deels) met elkaar samenhangen. Daarnaast zien we in de praktijk cliënten met een laag IQ die zich toch goed kunnen redden alsook mensen met een hoog IQ en weinig adaptieve vaardigheden. Het is dan ook belangrijk om zowel adaptief functioneren als IQ in kaart te brengen bij cliënten. Deze resultaten zijn bruikbaar wanneer je wilt weten of jouw cliënt ten opzichte van zijn IQ-score relatief sterk of zwak is op het gebied van adaptieve vaardigheden.

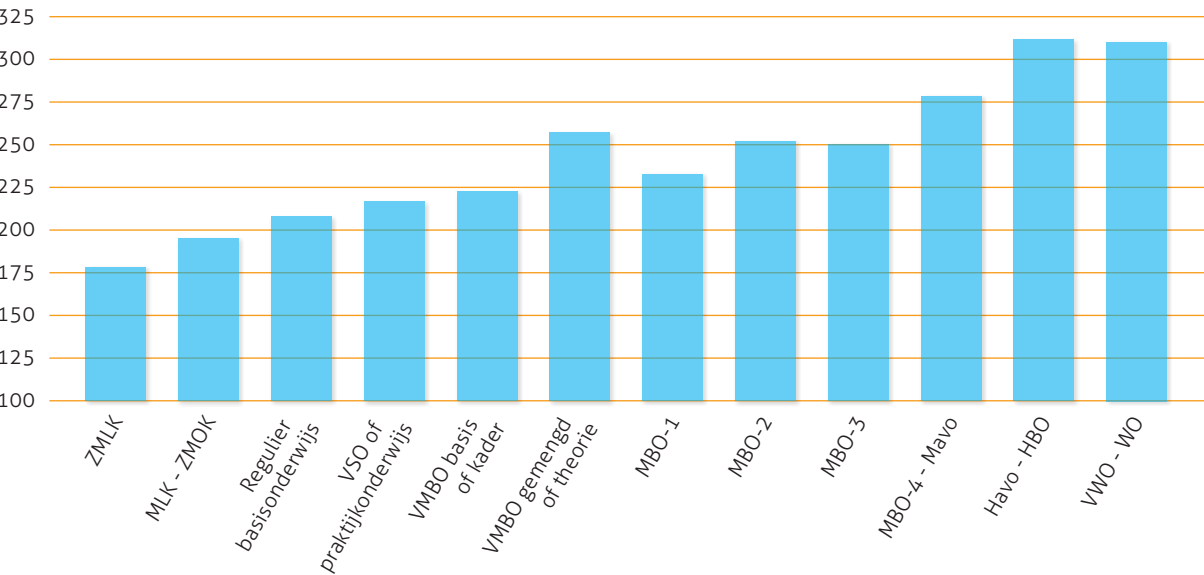
FIGUUR 2: VERBANDEN TUSSEN IQ EN AVVB-SCORES



VERBANDEN TUSSEN OPLEIDINGSNIVEAU EN AVVB-SCORES

Daarnaast was van een groot aantal respondenten het opleidingsniveau bekend. In figuur 3 is te zien dat hoe hoger het opleidingsniveau, hoe hoger de AVVB-totaalscore gemiddeld is. Deze resultaten zijn bruikbaar wanneer je wilt weten of jouw cliënt ten opzichte van zijn opleidingsniveau relatief sterk of zwak is op het gebied van adaptieve vaardigheden.

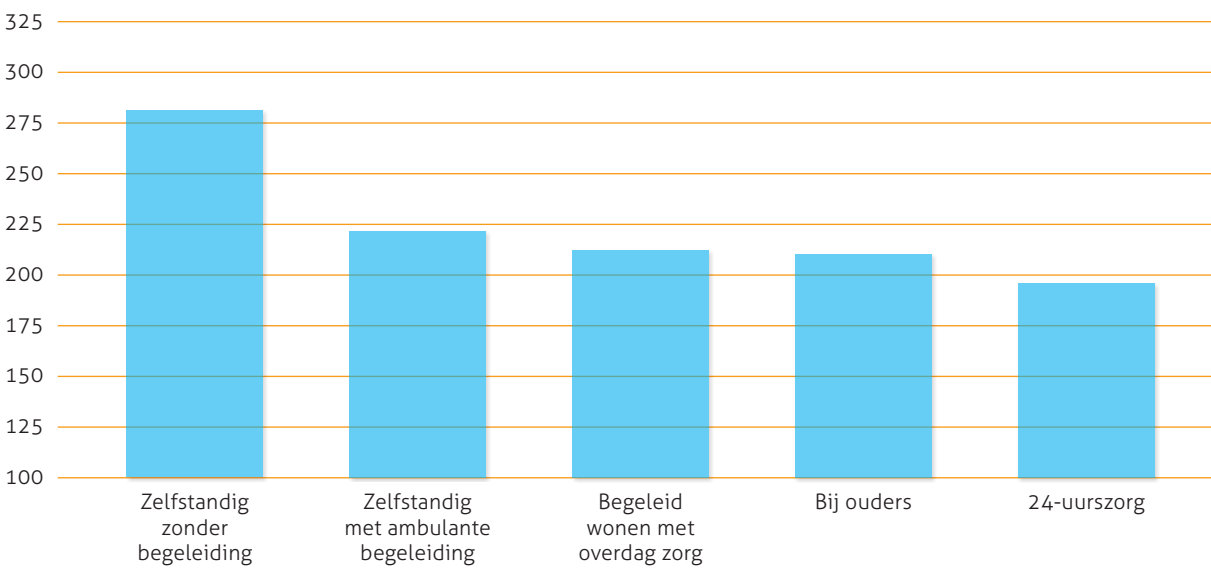
FIGUUR 3: VERBANDEN TUSSEN OPLEIDINGSNIVEAU EN AVVB-SCORES



VERBANDEN TUSSEN WOONSITUATIE EN AVVB-SCORES

Onderzocht werd vervolgens of AVVB-scores ook samenhangen met de mate waarin respondenten zelfstandig wonen, of in meer of mindere mate ondersteuning geboden krijgen. Hiervoor werden de volgende vormen van zelfstandigheid wat betreft het wonen onderscheiden: wonen bij ouder(s); zelfstandig wonen zonder begeleiding; zelfstandig wonen met ambulante begeleiding; begeleid wonen in een voorziening met alleen overdag zorg; begeleid wonen in een 24-uursvoorziening. Zoals uit figuur 4 is op te maken, zijn de gemiddelde AVVB-totaalscores duidelijk hoger naarmate respondenten zelfstandiger wonen en minder intensieve ondersteuning ontvangen. De hoogste AVVB-scores zien we namelijk bij mensen die zelfstandig wonen zonder begeleiding, terwijl de laagste AVVB-scores gevonden worden bij cliënten die 24-uurszorg ontvangen. Deze uitslag is bruikbaar als je op basis van de uitslag van een individuele cliënt wilt beoordelen welke woonplek het best passend is, voor wat betreft adaptieve vaardigheden.

FIGUUR 4: VERBANDEN TUSSEN WOONSITUATIE EN AVVB-SCORES



De verbanden tussen IQ, opleidingsniveau en woonsituatie enerzijds en AVVB-scores anderzijds gaan allemaal in de verwachte richting: hoe intelligenter, hoe hoger het opleidingsniveau en hoe zelfstandiger iemand woont, hoe hoger de AVVB-score zal zijn.

AVVB-SCORES BIJ CLIËNTEN MET EN ZONDER PSYCHIATRISCHE CO-MORBIDITEIT

Tot slot werd bekeken of er voor de totale groep cliënten met een verstandelijke beperking verschil was in AVVB-scores tussen cliënten met of zonder bijkomende psychiatrische classificatie(s). Hiervoor werd de groep van cliënten met een verstandelijke beperking op basis van IQ-scores opgedeeld in drie groepen: MVB, LVB en zwakbegaafdheid. Alleen bij zwakbegaafde cliënten bleek er een significant verschil tussen cliënten met en zonder bijkomende classificaties. Zwakbegaafde cliënten met bijkomende psychiatrische stoornissen scoorden gemiddeld 15 punten lager dan cliënten zonder bijkomende classificatie.

Deze uitslag verschilde met onze verwachting dat alle cliënten met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid én psychiatrische symptomen lagere AVVB scores zouden halen. Mogelijk is de verklaring dat bij lagere IQ-niveaus de gedragsproblemen eerder worden toegeschreven aan de verstandelijke beperking en er geen co-morbide psychiatrische stoornis wordt vastgesteld (terwijl deze er mogelijk toch is). Immers,

zwakbegaafde cliënten melden zich niet alleen aan bij VB-instellingen maar ook in de GGZ. In de GGZ wordt doorgaans eerst een psychiatrische stoornis vastgesteld en later wordt pas gedacht dat er ook sprake zou kunnen zijn van een verstandelijke beperking.

CONCLUSIES

Hoewel we een aanzet tot referentiewaarden van de AVVB hebben geleverd, zijn er nog enkele overwegingen waarmee rekening gehouden moet worden bij het gebruik van de AVVB. Bij de referentiewaarden die werden vastgesteld op basis van IQ-gegevens hebben we gemiddelde scores berekend, terwijl wij hebben gezien dat op individueel niveau de scores veel hoger of lager kunnen liggen.

Een ander punt is dat de AVVB gedrag meet dat iemand daadwerkelijk laat zien. Dit zegt niet altijd iets over de potentie van een persoon. In theorie kan iemand misschien behoorlijk zelfstandig zijn als het moet, maar laat hij koken en kleding wassen misschien liever aan zijn ouders over. Daarnaast is het omgekeerd ook onze klinische ervaring dat cliënten met een verstandelijke beperking in een gestructureerde setting soms juist meer vaardigheden laten zien dan wanneer zij het zonder structuur vanuit hun omgeving moeten doen en 'overvraagd' worden. De context moet dan ook altijd meegewogen worden bij de inschatting hoe zelfstandig iemand kan functioneren. Bij lage scores is het dan ook steeds de vraag: beheerst de cliënt de vaardigheid niet of kan hij de vaardigheid (op dit moment) niet aan? Daarnaast is het ook de vraag: kan een cliënt de vaardigheid niet uitvoeren omdat het niet in zijn vermogen ligt, of is er nog nooit op een bepaalde vaardigheid getraind?

Tot slot zegt de totaalscore op de AVVB niet alles over zelfstandigheid. Je zal ook naar specifieke scores moeten kijken, waarbij zelfstandigheid in nagels knippen wellicht minder belangrijk is dan zelfstandig met geld om kunnen gaan. Bij het bepalen van de mate van zelfstandig wonen dienen eveneens losse scores bekeken te worden: Wanneer een woonlocatie alleen met OV bereikt kan worden en de cliënt beheerst het reizen met OV niet, dan schiet het functioneringsniveau op dat punt (nog) tekort.

TOEKOMST VAN DE AVVB

Op basis van de uitkomsten zal de AVVB worden aangepast. Ook wordt er een handleiding geschreven met meer details over het onderzoek en uitleg hoe de AVVB gebruikt moet worden. Hierin zal de feedback van de deelnemende organisaties meegenomen worden. Een voorbeeld hiervan is dat er een nieuwe indeling voor subschalen zal komen, gebaseerd op een factoranalyse van de verzamelde AVVB gegevens.

Sinds begin vorig jaar loopt er ook een onderzoek met herhaalde metingen, waarbij de vaardigheden van cliënten ongeveer anderhalf jaar lang meerdere keren gemeten worden met de AVVB. Het doel is om te kijken of de AVVB veranderingen in adaptief functioneren kan meten. Daarnaast willen we onderzoeken hoe gevoelig de AVVB voor verandering is, dus hoe snel er verschillen zichtbaar worden.

In 2020 zal er tot slot ook een onderzoek starten naar hoe betrouwbaar cliënten een AVVB over zichzelf kunnen invullen. Dat gaan we doen door zowel cliënten als begeleiders een AVVB over de cliënt in te laten vullen. Deze scores worden vervolgens met elkaar vergeleken. In datzelfde onderzoek willen we mogelijk ook een verkorte AVVB laten invullen door een gedragskundige die de cliënt niet kent, maar wel ziet en spreekt. De verkorte AVVB zal alleen bestaan uit vaardigheden die geobserveerd (zoals verzorgt nagels) of getoetst (zoals schrijft leesbaar eigen naam en adres) kunnen worden. Hiermee willen we onderzoeken of ook andere referenten (de cliënt zelf of een gedragskundige die de cliënt niet kent) de AVVB betrouwbaar kunnen invullen als er geen referenten in de omgeving van de cliënt beschikbaar zijn. Voor dit onderzoek zijn wij nog op zoek naar één of meerdere instelling(en) die hieraan zou(den) willen meewerken.

INTERVIEW

*Micaela Sluis, Klinisch neuropsycholoog bij Aveleijn,
afdeling Zorg ondersteuning en behandeling*

WAT LEVERT DE AVVB OP IN JE WERK?

Behalve dat de AVVB mij informatie oplevert om de juiste behandeling in te zetten voor een cliënt, levert het de cliënt ook inzicht op. We vullen samen de AVVB in of gaan aan de hand van een ingevulde AVVB het gesprek met de cliënt aan. We hebben het dan bijvoorbeeld over: Wat nemen begeleiders van je over wat je misschien ook prima zelf kunt? Daarnaast is de AVVB heel ondersteunend naar de indicatiesector. Soms is het IQ misschien hoog maar blijkt uit de AVVB dat er toch meer ondersteuning nodig is.

WAT LEVERT DE UITKOMST VAN DE AVVB OP VOOR DE CLIËNT?

Cliënten vinden het een fijne manier om samen te werken. Het geeft hen inzicht in wat het moderne leven van hen vraagt. Ze stellen zich de vraag: 'Wat kan ik zelf wat ik nu niet in de gaten heb?'

HOE IS JE ERVARING MET HET GEBRUIK VAN DE AVVB?

Mijn ervaring is heel goed met de AVVB. Zo goed dat ik tijdens mijn lessen aan de GZ-opleiding altijd een link leg naar de AVVB.

WAAROM ZOU JE ANDEREN AANRADEN GEBRUIK TE MAKEN VAN DE AVVB?

Behalve dat het richting geeft voor mensen die al in de VB-sector werken geeft het juist ook richting aan mensen die in de GGZ werken en zich bijvoorbeeld afvragen waarom een behandeling niet aanslaat. De AVVB is een hele bruikbare vragenlijst en vraagt je hooguit 10 minuten van je tijd.