

# **Zorgprogramma ambulante behandeling SGLVG**

**januari 2019**

**István Bejczy**

**Laurette Goedhard**

**Jacqueline Roos**

**Petra Spee**

**Netty Witmer**

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door print-outs, kopieën, of op welke manier dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van De Borg.

## Inhoud

<b>I. Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>II. SGLVG-behandeling: een begripsbepaling</b>	<b>4</b>
II.1. Het begrip SGLVG	4
II.2. Lichte verstandelijke beperking, ernstige gedragsproblematiek: nadere duiding	4
II.3. Overvraging van de GGZ en de VG-zorg	6
II.4. Aard van de SGLVG-behandeling	6
<b>III. De SGLVG-doelgroep</b>	<b>9</b>
III.1. Omvang	9
III.2. Populatiekenmerken	9
III.3. Cliëntkenmerken	10
<b>IV. Inclusie- en exclusiecriteria voor ambulante SGLVG-behandeling</b>	<b>12</b>
IV.1. Inclusiecriteria	12
IV.2. Exclusiecriteria	12
IV.3. Toelichting bij inclusiecriteria 2, 3 en 6	13
<b>V. Zorgprogramma ambulante SGLVG-behandeling</b>	<b>15</b>
V.1. Behandelsvisie	15
V.2. Bejegening	16
V.3. Diagnostiek	16
V.4. Behandeldoelen	18
V.5. Behandelinventies	18
V.6. Behandelklimaat	20
V.7. Behandelteams	21
V.8. Behandelvormen	22
V.9. Fasering, duur, afsluiting	22
<b>VI. Kwaliteit</b>	<b>24</b>
VI.1. Behandelresultaat en cliënttevredenheid	24
VI.2. Kwaliteitsnetwerk De Borg	24
<b>Bijlage 1: Kenmerken, gedrag en behoeften van SGLVG-cliënten</b>	<b>27</b>
<b>Bijlage 2: Interventies en methodieken voor (SG)LVG-behandeling (mede) ontwikkeld door de SGLVG-behandelcentra</b>	<b>39</b>

## I. Inleiding

Dit document beschrijft de extramurale behandeling van SGLVG-cliënten zoals die wordt geboden door de vier landelijk erkende SGLVG-behandelcentra verenigd in de Stichting Landelijk Expertisecentrum SGLVG De Borg. De beschrijving is tot stand gekomen als een gezamenlijk product van de vier betreffende behandelcentra: Trajectum, Fivoor/Wier, Ipse de Bruggen/Middenweg en Dichterbij/STEVIG.

De beschrijving houdt verband met de voorgenomen beëindiging van de *Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling* en de overheveling daaruit van extramurale SGLVG-behandeling – om precies te zijn: prestaties S326 (behandeling SGLVG traject) en S327 (behandeling SGLVG deeltijd) – naar de Zorgverzekeringswet (ZVW).<sup>1</sup> Doel van de beschrijving is inzichtelijk te maken waar extramurale SGLVG-behandeling voor staat en op grond daarvan de randvoorwaarden te benoemen voor een verantwoorde positionering daarvan in de ZVW.

SGLVG-behandeling omvat vanzelfsprekend meer dan alleen de extramurale SGLVG-behandelprestaties die nu nog onder de *Tijdelijke subsidieregeling* vallen. De SGLVG-behandelcentra leveren ook klinische en forensische SGLVG-behandeling, daarnaast bovendien SGLVG-stapelzorg. Dit zorgprogramma richt zich specifiek op de extramurale behandelprestaties S326 en S327 die naar de ZVW zullen overgaan. De klinische en forensische SGLVG-behandeling komen daarbij wel ter sprake, maar worden hier niet naar hun specifieke aard en kenmerken beschreven.

In overeenstemming met het spraakgebruik in de ZVW-sector wordt in het vervolg van dit document gesproken van ambulante in plaats van extramurale behandeling.

---

<sup>1</sup> Zorginstituut Nederland, *Extramurale behandeling ontleed: De zorg door specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw* (advies aan de staatssecretaris van VWS, 31 oktober 2016).

## II. SGLVG-behandeling: een begripsbepaling

### II.1. Het begrip SGLVG

In 1988 heeft de Nederlandse overheid vijf<sup>2</sup> SGLVG-behandelcentra aangewezen op grond van de vaststelling dat een beperkte groep mensen met een lichte verstandelijke beperking en gedragsstoornissen geen adequate behandeling ontving. De belangrijkste oorzaak hiervan was de scheiding tussen de GGZ- en de VG-sector. De behandeling van de doelgroep in GGZ- instellingen werd bemoeilijkt door de overheersende LVG-problematiek, terwijl de gedragsstoornissen van de populatie een belemmering vormden voor de hulpverlening in VG-instellingen. Juist een groep zeer kwetsbare mensen met meervoudige, complexe zorgvragen bleef daardoor verstoken van noodzakelijke hulp. In deze nood moesten SGLVG-behandelcentra met een gecombineerde GGZ- en VG-expertise voorzien. Deze handelcentra konden cliënten van VG- en GGZ-instellingen tijdelijk opnemen totdat hun terugplaatsing naar de instelling van herkomst mogelijk werd. Vanaf de jaren 1990 hebben de SGLVG-behandelcentra daarnaast een ambulante behandelaanbod ontwikkeld.<sup>3</sup>

De scheiding tussen de VG-sector en de GGZ-sector is zeker geen typisch Nederlands verschijnsel, maar komt overal in de westerse wereld voor. De omstandigheid dat mensen met zowel een verstandelijke beperking als psychiatrische problematiek niet gemakkelijk adequate hulp vinden in één van beide sectoren is een internationaal gegeven.<sup>4</sup> Uniek is de Nederlandse oplossing: de instelling van SGLVG-behandelcentra als vangnet voor een doelgroep die voor haar complexe problematiek geen adequate hulp vindt in het reguliere zorgstelsel.

Het begrip SGLVG ('sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt') is in deze context ontstaan – niet als aanduiding van een specifieke aandoening, maar als benaming voor een doelgroep die in het Nederlandse zorgstelsel tussen wal en schip viel. De doelgroep wordt niet alleen gekenmerkt door een combinatie van een lichte verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblematiek, maar ook door de omstandigheid dat VG- of GGZ-instellingen door de problematiek van de doelgroep worden overvraagd, zodat bijzondere inspanningen nodig zijn om tot een adequaat hulpaanbod te komen. In het onderstaande worden beide kenmerken nader toegelicht.

### II.2. Lichte verstandelijke beperking, ernstige gedragsproblematiek: nadere duiding

---

<sup>2</sup> Inmiddels vier, doordat de Hanzeborg en Hoeve Boschoord in 2012 zijn gefuseerd tot Trajectum.

<sup>3</sup> Voor de beginjaren van SGLVG-behandeling zie A.C. ten Wolde en J. Pol, *Een blik in de spiegel: Een onderzoek naar de vijf SGLVG-behandelcentra in Nederland* (z.p.: Samenwerkende SGLVG-behandelcentra, 1997); voor de ambulante behandeling in het bijzonder: A. van Minnen, *Een verschil van dag en nacht? De vergelijking van ambulante en klinische behandeling van sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG)* (diss. Katholieke Universiteit Nijmegen, 1995).

<sup>4</sup> N. Cain e.a., 'An international perspective of mental health services for people with intellectual disability', in: *Mental Health Services for Adults with Intellectual Disability: Strategies and Solutions*, ed. N. Bouras en G. Holt (Hove: Psychology Press, 2010), 37-53.

Het eerste kenmerk betreft de combinatie van een lichte verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblematiek. Beide begrippen vragen om een nadere duiding.

### *Lichte verstandelijke beperking*

Onder een 'lichte verstandelijke beperking' worden – volgens de in Nederland gangbare opvatting – beperkingen in het verstandelijke en adaptieve functioneren begrepen die in de ontwikkelleeftijd zijn ontstaan en samenhangen met een IQ tussen ca. 50/55 en ca. 80/85. Internationaal wordt doorgaans pas van een verstandelijke beperking gesproken bij een IQ lager dan ca. 70. Mogelijk zal dit veranderen nu in de DSM-5 een verstandelijke beperking niet langer aan de hand van strikte IQ-criteria wordt gedefinieerd. Niettemin tekenen zich rondom de IQ-grens van 70 verschillen af binnen de SGLVG-doelgroep:

- Cliënten met een IQ tussen 50/55 en 70 beschikken over zeer beperkte taalkundige en abstraherende vaardigheden en daardoor een zeer beperkt leervermogen. Dit brengt blijvende beperkingen in de zelfredzaamheid met zich mee en bijgevolg een blijvende afhankelijkheid van steun uit de omgeving. Complicerende factor is dat de cliënten uiterst gevoelig zijn voor veranderingen in de leefomgeving. Wanneer deze zich voordoen, ontstaan ontredde en stress.
- Cliënten met een IQ tussen 70 en 80/85 zijn zelfredzamer dan de eerste subgroep en functioneren min of meer zelfstandig. Dit vergroot het risico dat beperkingen niet worden onderkend en de cliënt voortdurend wordt overvraagd. Bovendien loopt de sociaal-emotionele ontwikkeling (die in de regel even beperkt is als bij de eerste subgroep) in veel gevallen achter bij de cognitieve ontwikkeling (die minder beperkt is dan bij de eerste subgroep). Een en ander kan leiden tot langdurige stress, depressies en/of een extreme emotieregulatieproblematiek.

### *Ernstige gedragsproblematiek*

De oorspronkelijke aanduiding 'sterk gedragsgestoord' is niet alleen weinig flatteus, maar suggereert ook ten onrechte dat sprake is van een diagnosticeerbare gedragsstoornis (*conduct disorder*). SGLVG-behandeling beperkt zich zeker niet tot cliënten voor wie deze diagnose kan worden gesteld. Wel dient sprake te zijn van ernstige gedragsproblematiek, dat wil zeggen: het onderhevig zijn aan gedragspatronen die de cliënt en/of anderen ernstig schaden of benadelen.

De gedragsproblematiek kan (mede) samenhangen met een diagnosticeerbare gedragsstoornis, maar dit is niet noodzakelijk het geval. De gedragsproblematiek kan ook symptomatisch zijn voor andere psychiatrische aandoeningen. Bovendien kan gedragsproblematiek ontstaan in samenhang met een lichte verstandelijke beperking, bijvoorbeeld met overvraging, hechtingsproblematiek of emotieregulatieproblematiek als voedingsbodem. Kenmerkend voor de SGLVG-doelgroep is dat de gedragsproblematiek in de regel zowel met psychiatrische aandoeningen als met de lichte verstandelijke beperking samenhangt, terwijl ook de aandoeningen zich in samenhang met de beperking hebben ontwikkeld. Duiding en classificatie van de gedragsproblematiek van de SGLVG-doelgroep is dan ook een zeer ingewikkeld proces. Biologische, sociale en psychische

ontwikkelingsfactoren moeten niet alleen worden onderscheiden, maar in hun onderlinge afhankelijkheid en beïnvloeding worden verstaan.

### II.3. Overvraging van de GGZ en de VG-zorg

Het tweede bepalende kenmerk van de SGLVG-doelgroep is dat zij voor haar complexe problematiek geen adequate hulp vindt in de GGZ of de VG-zorg. Cliënten van de SGLVG-behandelcentra hebben een – dikwijls langdurige – geschiedenis van hulpverlening achter zich, terwijl hun gedragsproblematiek is blijven voortbestaan.

De verklaring hiervoor is niet dat de GGZ en de VG-zorg in hun algemeenheid niet in staat zijn adequate zorg te bieden aan cliënten met een lichte verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblematiek. Onder de GGZ-populatie zijn cliënten met een lichte verstandelijke beperking naar verhouding sterk vertegenwoordigd,<sup>5</sup> terwijl de populatie van VG-instellingen cliënten telt met een indicatie 7 VG, die uitdrukkelijk bedoeld is voor de samenloop van een lichte verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblematiek. In de regel vinden deze cliënten baat bij de geboden zorg. Slechts bij een minderheid van de cliënten persisteert de gedragsproblematiek, waarna zij naar de SGLVG-behandelcentra kunnen worden verwezen.

Dat GGZ en VG-zorg *niet altijd* volstaan om de ernstige gedragsproblematiek van licht verstandelijk beperkte cliënten afdoende te reduceren, is niettemin verklaarbaar. De GGZ richt zich primair op de behandeling van psychiatrische aandoeningen. Gedragsproblematiek wordt in termen van stoornissen en bijbehorende symptomen geduid en behandeld. Een lichte verstandelijke beperking is niet per definitie belemmerend voor een succesvolle behandeling, maar kan dat worden als de beperking en de gevolgen daarvan zozeer medebepalend zijn voor de gedragsproblematiek dat het psychiatrische perspectief niet meer volstaat. Er is dan een behandeling nodig die niet de *stoornis* maar de *gedragsproblematiek* centraal stelt en deze benadert als resultante van de biologische, sociale en psychische ontwikkelingsfactoren in de wordingsgeschiedenis van de cliënt. Het psychiatrische perspectief verdwijnt daarmee niet, maar wordt onderdeel van een primair ontwikkelingsgerichte benadering. In de GGZ is die benadering niet onbekend, maar blijft ze in de regel beperkt tot de kinder- en jeugdpsychiatrie. In de GGZ voor volwassenen wordt een ontwikkelingsgericht perspectief alleen bij uitzondering gehanteerd bij de behandeling van specifieke ontwikkelingsstoornissen.

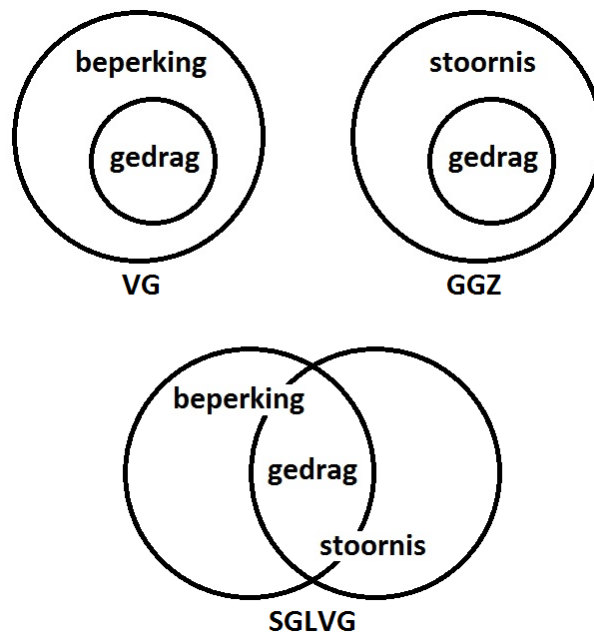
In de VG-zorg daarentegen overheerst het gedragswetenschappelijke perspectief. De zorg is gericht op de verstandelijke beperking; gedragsproblematiek wordt in samenhang met de beperking geduid en behandeld. Een probleem kan ontstaan als psychiatrische aandoeningen zozeer medebepalend zijn voor de gedragsproblematiek dat de gedragswetenschappelijke benadering ontoereikend is. Er is dan een behandeling nodig die het psychiatrische perspectief in een ontwikkelingsgerichte benadering integreert. In de meeste VG-instellingen ontbreekt hiervoor de expertise.

---

<sup>5</sup> J.G. Nieuwenhuis, E.O. Noorthoorn, H.L.I. Nijman, P. Naarding, C.L. Mulder, 'A Blind Spot? Screening for Mild Intellectual Disability and Borderline Intellectual Functioning in Admitted Psychiatric Patients: Prevalence and Associations with Coercive Measures', *PLOS* (2017), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168847>.

## II.4. Aard van de SGLVG-behandeling

In de SGLVG-behandeling is de ontwikkelingsgerichte benadering de regel. Anders dan in de GGZ is de behandeling niet primair gericht op de stoornis, maar op de gedragsproblematiek. De gedragsproblematiek wordt geduid, behandeld en bejegend als resultante van cognitieve beperkingen, sociale en emotionele ontwikkelingsachterstanden en psychopathologie die in onderlinge interactie zijn ontstaan. Psychiatrische en gedragswetenschappelijke perspectieven worden in deze ontwikkelingsgerichte benadering verenigd. Het beoogde eindresultaat van de behandeling is een leefsituatie waarin de cognitieve, sociale en emotionele vaardigheden van de cliënt onderling in balans zijn en de cliënt, met passende ondersteuning vanuit zijn omgeving, naar eigen vermogen in de samenleving functioneert, zonder onaanvaardbare risico's voor eigen of andermans welzijn.



*Linksboven de gebruikelijke benadering in de VG-sector. De zorg is gericht op de beperking. Een gedragswetenschappelijke aanpak domineert. Gedragsproblematiek wordt in samenhang met de beperking geduid en behandeld.*

*Rechtsboven de gebruikelijke benadering in de GGZ-sector. De zorg is gericht op de stoornis. Een psychiatrische aanpak domineert. Gedragsproblematiek wordt als een symptoom van de stoornis (of als een eigenstandige stoornis) geduid en behandeld.*

*Onderaan de benadering van de SGLVG-behandelcentra. De zorg is gericht op het gedrag. Een ontwikkelingsgerichte aanpak domineert. Gedragsproblematiek wordt geduid en behandeld als resultante van een ontwikkelingsgeschiedenis waarin zowel beperkingen als stoornissen zijn ontstaan.*

Als geïntegreerde psychiatrische en gedragswetenschappelijke behandeling die openstaat wanneer GGZ of VG-zorg onvoldoende werkzaam zijn gebleken, heeft SGLVG-behandeling vanzelfsprekend een specialistisch karakter. Als regiebehandelaars fungeren uitsluitend beroepsgroepen die in de specialistische GGZ als zodanig worden aanvaard. Bovendien zijn bij SGLVG-behandeling zowel de complexiteit (meervoudige, multicausale problematiek) als



het risico (ernstige gedagsproblematiek) aanwezig die in het domein van de GGZ de keuze voor specialistische zorg bepalen. Een positionering van SGLVG-behandeling in de eerstelijnszorg ligt dan ook niet in de rede; rechtstreekse toegankelijkheid van specialistische zorg is in de ZVW uitgesloten.

### III. De SGLVG-doelgroep

#### III.1. Omvang

Het aantal mensen met een lichte verstandelijke beperking en gedragsproblematiek is vele malen groter dan de SGLVG-doelgroep. Velen van hen ontvangen GGZ of VG-zorg die toereikend is voor hun hulpvragen. Tot de eigenlijke SGLVG-doelgroep behoren alleen de mensen met een lichte verstandelijke beperking en gedragsproblematiek voor wie, naast of in plaats van GGZ of VG-zorg, bijzondere behandelinspanningen nodig zijn.

De enige bruikbare indicatie voor de omvang van deze populatie is de instroom in de vier landelijk erkende SGLVG-behandelcentra, die deze bijzondere behandelinspanningen bieden. Wat de ambulante behandelprestaties S326 en/of S327 betreft, beschikken we over precieze aantallen. In 2016 declareerden de vier behandelcentra deze prestaties voor in totaal 532 cliënten.

#### III.2. Populatiekenmerken

Het Trimbos Instituut heeft in het kader van een nog lopend onderzoek een aantal populatiekenmerken geïnventariseerd van 640 volwassen cliënten die in de periode mei 2012 – mei 2017 in behandeling waren bij de FACT-teams van de vier SGLVG-behandelcentra.<sup>6</sup> Hoewel lang niet alle ambulante SGLVG-behandeling in de vorm van FACT wordt uitgevoerd, geeft het onderzoek van het Trimbos Instituut toch een cijfermatig inzicht in de kenmerken van de populatie waarvoor ambulante SGLVG-behandeling is bedoeld. Kenmerken van de klinische SGLVG-populatie, eveneens over een periode van vijf jaar gemeten, waren al bekend uit een onderzoek gepubliceerd in 2013.<sup>7</sup>

In de FACT-populatie zijn jongere leeftijdscategorieën (twintigers en dertigers) oververtegenwoordigd; ook voor klinische cliënten is dat het geval.<sup>8</sup> De meerderheid van de FACT-cliënten is alleenstaand (58 %; klinische populatie: 91 %) en woont niet zelfstandig (61 %; klinische populatie: 81 %). De arbeidsparticipatie van de FACT-populatie is uiterst gering.<sup>9</sup> Een zeer ruime meerderheid van de FACT- en de klinische populatie is man, maar dit cijfer wordt beïnvloed door het hoge aandeel forensische cliënten. Buiten de forensische context worden ongeveer evenveel mannen als vrouwen ambulant behandeld.

Van de FACT-cliënten heeft 43 % een forensische titel (klinische populatie: 45 %), maar het percentage cliënten dat in het jaar voorafgaand aan de ambulante behandeling in contact kwam met politie en justitie ligt nog aanmerkelijk hoger (55 %). Van detentie in het jaar

---

<sup>6</sup> N. Vogels en M. van Goor, *FACT LVB De Borg: Resultaten van Routine Outcome Monitoring in de periode mei 2012 t/m mei 2017* (Utrecht: Trimbos Instituut, 2017).

<sup>7</sup> B.L. Hesper en K.H. Drieschner, *Effectevaluatie SGLVG(+) behandeling De Borg, 2007-2012* (Den Dolder: De Borg, 2013).

<sup>8</sup> De gemiddelde leeftijd van de FACT-cliënten is 36. Van de klinische populatie is 49 % tussen de 20 en 30 jaar oud.

<sup>9</sup> Niet meer dan 8 % van de cliënten heeft een reguliere baan en slechts 18 % enige vorm van betaald, gesubsidieerd of onbetaald werk.

voorafgaand aan de behandeling was sprake bij 23 % van de cliënten, van een opname bij 26 % van de cliënten.

Het gemiddelde IQ van de FACT-populatie is 70. De vaakst gestelde hoofddiagnoses (naast zwakbegaafdheid/zwakzinnigheid) betreffen persoonlijkheidsstoornissen, stoornissen in de impulsbeheersing, verslavingsstoornissen en psychotische stoornissen. Cijfers over nevendiaagnoses ontbreken vooralsnog, maar een aanwijzing voor een hoge comorbiditeit is dat middelengebruik een belangrijke risicofactor is voor 59 % van de populatie, terwijl een verslavingsstoornis voor slechts 10 % van de populatie als hoofddiagnose wordt gesteld.

De gedragsproblematiek van de populatie weerspiegelt zich niet alleen in het relatief grote aandeel (11 %) van stoornissen in de impulsbeheersing onder de gestelde hoofddiagnoses, maar ook in de scores op de risicovariabelen volgens het meetinstrument DROS (Dynamic Risk Outcome Scales). De vier variabelen met de hoogste scores wijzen alle op – met name externaliserende – gedragsproblematiek:

- Coping met conflictueuze interacties (63%)
- Coping met overige stressoren (61%)
- Besef van risico(factoren) en gevaarsignalen (58%)
- Coping met risicovolle drang (55%)

### **III.3. Cliëntkenmerken**

De doelgroep betreft mensen vanaf 18 jaar met een lichte verstandelijke beperking (al dan niet samenhangend met genetische afwijkingen) in combinatie met ernstige gedragsproblematiek en (vaak diverse) psychische aandoeningen. De problemen, het probleembesef, de hulpvraag en motivatie tot behandeling kunnen fluctueren en stoornissen presenteren zich dikwijls op specifieke wijze. Veelal wordt de hulpvraag in eerste instantie niet gesteld door de cliënt, maar door diens omgeving (ouders, partner, woonvoorziening), die handelingsverlegenheid ervaart en die het functioneren van cliënt als onhoudbaar beschouwt. In de regel is sprake van een lange hulpverleningsgeschiedenis, waarbij het hulpaanbod onvoldoende is gebleken. Hulpverlening in een vrijwillig kader wordt bovendien dikwijls bemoeilijkt door een beperkte behandelmotivatie bij de cliënt en een externe locus of control (niet zichzelf als deel van het probleem zien, maar anderen en omstandigheden).

De verstandelijke beperking wordt 'licht' genoemd, maar de gevolgen hiervan zijn dat zeker niet. Het achterlopen van de cognitieve ontwikkeling uit zich in deficiënties in intellectuele functies, zoals beperkingen aangaande het begrijpen van abstracte begrippen en redeneringen, taalgebruik, informatieverwerking, denktempo, flexibiliteit in denken, werkgeheugen, sociale informatieverwerking en tijdsbeleving. Ook de ontwikkeling van inzicht en vaardigheden op sociaal en emotioneel vlak verloopt bij mensen met een lichte verstandelijke beperking relatief langzaam en men bereikt een lager eindniveau. Dit kan leiden tot beperkingen in empathie, sociale vaardigheden, sociaal gedrag, emoties, geweten, impulscontrole, seksualiteit, zelfsturing, identiteit en zelfstandigheid.

Soms kan het tot ver in de volwassenheid duren voordat de verstandelijke beperking wordt opgemerkt. De redenen hiervoor zijn divers: er zijn weinig opvallende kenmerken in het uiterlijk, men heeft strategieën aangeleerd om met de omgevingseisen om te gaan en de

eigen tekortkomingen te verbergen (bijvoorbeeld compensatie, camouflage, streetwise presentatie, vluchtgedrag), sociale contacten zijn beperkt of niet in staat de beperking te herkennen, of de gedragsproblematiek maskeert de aanwezigheid van een verstandelijke beperking. Men wordt geacht net als anderen mee te doen in de maatschappij en men wil dat zelf ook, waardoor veelal langdurige (zelf)overvraging is ontstaan. Het spanningsveld tussen de beperkingen, de eisen van de omgeving, het eigen streefniveau en het ontbreken van passende ondersteuning is een voedingsbodem voor stress en het ontstaan van psychische problemen. Het toekomstperspectief dat de cliënten zelf hebben ontwikkeld, is vaak irreëel.

In de praktijk en uit onderzoek naar de SGLVG-doelgroep<sup>10</sup> komt het beeld naar voren van een laag opleidingsniveau, beperkte arbeidsparticipatie, afhankelijkheid van uitkeringen en uithuisplaatsingen. Opvallend zijn bovendien de negatieve levenservaringen: niet zelden is men in het verleden (pedagogisch en/of affectief) verwaarloosd, (seksueel) mishandeld of misbruikt.<sup>11</sup> Bij veel cliënten is dan ook sprake van (basis)onveiligheid, problemen met de hechtingsrelaties, trauma's, (faal)angst en een negatief zelfbeeld. Voorts is te zien dat de zelfredzaamheid en organisatievermogen in de regel gebrekkig zijn. Men is afhankelijk van anderen voor woonomstandigheden en het omgaan met financiën, er is geen goede dagbesteding en er zijn sociale, relationele en maatschappelijke problemen. De omgeving heeft vaak langdurig geprobeerd manieren te vinden om met het moeilijke gedrag van de cliënt om te gaan. Niet zelden is uitputting opgetreden en zitten omgeving en cliënt vast in inadequate actie- en reactiepatronen.<sup>12</sup>

Deels overlappen de kenmerken van SGLVG-cliënten die van de LVG-doelgroep in het algemeen. Doordat niettemin de SGLVG-doelgroep specifiek is (aanwezigheid van ernstige gedragsproblematiek, psychiatrische problematiek en een situatie waarin geen adequate hulp werd gevonden in de GGZ of VG-zorg), zijn ook de cliëntkenmerken specifiek. Een inventarisatie van deze kenmerken, bijbehorend gedrag en bijbehorende behandelbehoeften is onderdeel is van de *Behandervisie (forensische) SGLVG* van Expertisecentrum De Borg. In bijlage 1 is deze inventarisatie in extenso opgenomen.

De veelheid en verscheidenheid aan SGLVG-cliëntkenmerken, die elkaar onderling beïnvloeden en versterken, vormen evenzovele complicerende factoren voor de behandeling. Dat een VG- of GGZ-behandelaanbod voor de SGLVG-doelgroep niet volstaat, is dan ook niet verwonderlijk. SGLVG-behandeling is als uitkomst bedoeld en dient in de aanwezigheid van de genoemde kenmerken haar vertrekpunt te nemen.

---

<sup>10</sup> Zie o.a. N.H. Tenneij en H.M. Koot, *Doelgroep in beeld* (Amsterdam: Vrije Universiteit, Den Dolder: De Borg, 2007); L. Neijmeijer, J. Verwoerd, O. Has, D. Eskes en R. Didden, 'Forensische (F)ACT voor mensen met een lichte verstandelijke beperking: Een beschrijving van de aard en ernst van de problematiek van de cliëntenpopulatie', *Nederlands tijdschrift voor de zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen* 4 (2014), 323-339.

<sup>11</sup> Voor de FACT-populatie geldt dat 7 % van de cliënten in het jaar voorafgaand aan de ambulante behandeling slachtoffer was van een misdrijf.

<sup>12</sup> Deze kenmerken worden deels geïllustreerd door de belangrijkste risicofactoren (gemeten met het instrument HKT-30) voor de FACT-populatie: arbeidsverleden (een hoge score voor 61% van de populatie), middelengebruik (59%), hulpverleningsgeschiedenis (42%), gedragsproblemen voor het 12e levensjaar (37%), justitiële voorgeschiedenis (36%).



## **IV. Inclusie- en exclusiecriteria voor ambulante SGLVG-behandeling**

### **IV.1. Inclusiecriteria**

1. De cliënt is 18 jaar of ouder.

2. Bij de cliënt is sprake van:

- beperkingen in zowel het verstandelijke als het adaptieve functioneren, in de conceptuele, sociale en praktische domeinen (lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafd intelligentieniveau; IQ 50-85), EN
- een of meer diagnosticeerbare psychiatrische aandoeningen, EN
- ernstige gedragsproblematiek (d.w.z. het onderhevig zijn aan gedragspatronen die de cliënt en/of anderen ernstig schaden of benadelen) die met de verstandelijke beperking en/of de psychiatrische aandoening(en) samenhangt.

3. De verstandelijke beperking is vóór het 18e levensjaar ontstaan als gevolg van een gestagneerde ontwikkeling. Indien dit niet zonder meer aantoonbaar is, geldt het volgende:

- onaannemelijk is dat de verstandelijke beperking is verworven, bijvoorbeeld ten gevolge van schizofrenie, NAH (tenzij op zeer jonge leeftijd ontstaan), langdurig drugsgebruik e.d., EN
- in het voortgezet onderwijs is alleen speciaal of praktijkonderwijs gevolgd OF het voortgezet onderwijs is niet met succes doorlopen (geen diploma en geen uitzicht daarop), EN
- vóór het 18e levensjaar was sprake van gedragspatronen die op grond van een verstandelijke beperking kunnen worden verklaard EN/OF een structurele behoefte aan een bovengemiddeld intensief steunsysteem.

4. Er is sprake van een behandelvraag en de behandelaars van het SGLVG-behandelcentrum verwachten dat hun behandeling kan leiden tot vermindering van de klachten (behandelperspectief).

5. Cliënt heeft eerder specialistische GGZ-behandeling of geïndiceerde VG-zorg ontvangen die geen of onvoldoende resultaat geeft gehad. Geen of onvoldoende resultaat wordt geacht te bestaan als de cliënt eerder specialistische GGZ-behandeling of geïndiceerde VG-zorg ontving en de ernstige gedragsproblematiek persisteert.

6. Cliënt is door een huisarts, GGZ-regiebehandelaar of VG-arts naar het SGLVG-behandelcentrum verwezen met een specifieke vraag om SGLVG-behandeling.

### **IV.2. Exclusiecriteria**

1. Klinische behandeling van de cliënt is noodzakelijk.

2. Er is sprake van zodanige veiligheidsrisico's dat geen verantwoorde ambulante behandeling mogelijk is.

### IV.3. Toelichting bij inclusiecriteria 2, 3 en 6

#### *Criterion 2*

De gedragsproblematiek van de cliënt hoeft niet specifiek met een psychiatrische aandoening samen te hangen. Niettemin vereist SGLVG-behandeling een psychiatrische hulpvraag, omdat anders geen aanleiding zou bestaan voor een behandeling die psychiatrische en het gedragswetenschappelijke perspectieven integreert. Vandaar een drievoudig criterium: lichte verstandelijke beperking, diagnoseerbare aandoening(en) en ernstige gedragsproblematiek.

#### *Criterion 3*

Aan de hand van psychologisch onderzoek kunnen beperkingen in het verstandelijke en adaptieve functioneren worden vastgesteld. Hiermee staat nog niet vast dat de beperkingen in de ontwikkelleeftijd zijn ontstaan. De aantoonbaarheid hiervan is in belangrijke mate afhankelijk van beschikbare documentatie over de cliënt vóór het achttiende levensjaar, terwijl SGLVG-behandeling in de ZVW pas vanaf het achttiende jaar mogelijk is. Voor Nederlandse cliënten die van jongs af door professionele zorg omringd zijn geweest en aangepast onderwijs hebben gevolgd, is die documentatie meestal voorhanden. Een probleem ontstaat in de volgende gevallen:

- wanneer de LVB-problematiek vóór het achttiende jaar niet heeft geleid tot intensieve professionele hulp (bijvoorbeeld omdat de cliënt werd omringd door een sterk persoonlijk steunsysteem, of juist afkomstig was uit een zorgmijndend milieu);
- wanneer de cliënt afkomstig is uit een cultuur die weinig alert is op LVB-problematiek en daarvoor geen of weinig professionele voorzieningen kent (zodat bijvoorbeeld een jeugdige met een beperking niet wordt onderzocht wanneer problemen in het onderwijs ontstaan, maar eerder wegens uitblijvende prestaties en wangedrag van school wordt gestuurd).

Om cliënten in deze gevallen niet ten onrechte uit te sluiten, dient SGLVG-behandeling mogelijk te zijn wanneer *redelijkerwijs aannemelijk is* dat de beperking vóór het achttiende jaar is ontstaan. Het criterium noemt daarom de omstandigheden op grond waarvan die aanname redelijkerwijs kan worden gedaan.

#### *Criterion 6*

Toegang tot specialistische behandeling in de ZVW wordt verkregen door een medische verwijzing vanuit de eerste lijn. Voor de ambulante SGLVG-behandeling die uit de *Tijdelijke subsidieregeling* wordt bekostigd, geldt dit niet: toegang wordt verkregen op basis van een indicatiebesluit door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), dat in principe door de cliënt zelf wordt aangevraagd. In de praktijk vormt het aantal 'zelfmelders' een kleine minderheid en wordt het overgrote deel van de cliënten van de SGLVG-behandelcentra aangemeld door professionele hulpverleners of (voor de forensische cliënten) forensische verwijzers.

Bij de overgang van de ambulante SGLVG-behandelprestaties naar de ZVW kan het principe van de medische verwijzing worden toegepast, mits de (door)verwijzing door regiebehandelaars in de GGZ – die niet in alle gevallen medici zijn – wordt toegestaan, overeenkomstig het huidige stelsel van (door)verwijzingen in de GGZ.<sup>13</sup> Voor doorverwijzingen vanuit de VG-sector kan een arts VG als verwijzer optreden. Daarnaast is van belang dat de cliënt zelf voor een verwijzing altijd een beroep kan doen op de eigen huisarts. Hiermee worden twee situaties voorkomen:

- dat de cliënt afhankelijk is van de bereidheid tot doorverwijzing door een instelling waar hij onvoldoende baat vindt bij de geboden zorg;
- dat de cliënt na de beëindiging van GGZ of VG-zorg geen toegang heeft tot SGLVG-behandeling wanneer zijn gedragsproblematiek persisteert.

---

<sup>13</sup> *Afspraken verwijzing geestelijke gezondheidszorg* (Den Haag: Ministerie van VWS, 2017).



## V. Zorgprogramma ambulante SGLVG-behandeling

### V.1. Behandelvisie

SGLVG-behandeling vindt plaats op het snijvlak van de paradigma's van de VG-sector, de GGZ en de forensische zorg: bejegenen, behandelen en beveiligen.

Bejegenen is het paradigma van de VG-zorg. Op basis van gedragswetenschappelijke expertise worden cliënten en hun systeem zodanig ondersteund dat cliënten maximaal kunnen participeren in de samenleving.

Behandelen is het paradigma van de GGZ. Op basis van psychiatrische expertise worden klachten onderzocht en aandoeningen behandeld waardoor cliënten maximaal kunnen participeren in de samenleving.

Beveiligen is het paradigma van de forensische zorg. De ondersteuning (bejegening en/of behandeling) heeft mede tot doel recidive te voorkomen en de cliënt te helpen functioneren binnen de grenzen van de wet en de samenleving.

De paradigma's van bejegening en behandeling gelden per definitie voor SGLVG-behandeling, die immers uit geïntegreerde gedragswetenschappelijke en psychiatrische behandeling bestaat. Het paradigma van beveiliging geldt per definitie voor de forensische SGLVG-behandeling, maar speelt ook een rol buiten het forensisch kader. Een deel van de cliënten heeft bij aanvang van de behandeling (recente) politie- of justitiecontacten gehad, terwijl bij alle cliënten sprake is van gedragsproblematiek die een risico inhoudt voor de veiligheid van de cliënt zelf en/of de samenleving. Voor SGLVG-behandeling houdt het doel van maximale participatie in de samenleving dan ook tevens in dat de risico's voor de veiligheid van cliënt en samenleving tot minimale proporties worden teruggebracht.

Voornaamste kenmerken van de SGLVG-behandeling zijn, zoals hierboven al is aangeduid:

- de behandeling richt zich niet primair op stoornissen en symptomen, maar op gedragsproblematiek die zowel met stoornissen als (de gevolgen van) een verstandelijke beperking kan samenhangen;
- behandeling vindt plaats vanuit een ontwikkelingsgerichte benadering die gedragswetenschappelijke en psychiatrische perspectieven in zich verenigt.

De behandeling heeft niet alleen probleemreductie tot doel (vermindering van gedragsproblematiek en psychisch leed), maar nadrukkelijk ook de ontwikkeling van de cliënt. Het niveau van een ontwikkelingsachterstand ligt niet onveranderlijk vast, maar kan positief worden beïnvloed door middel van de juiste interactie. SGLVG-behandeling brengt een balans aan tussen de taken van de cliënt en diens vaardigheden, in overeenstemming met het individuele bevattingsvermogen. Enerzijds wordt de cliënt begeleid in het zetten van kleine, concrete stappen, anderzijds wordt door middel van therapie geprobeerd de invloed van psychopathologie en stressoren te laten afnemen. Door cliënten aan te spreken op mogelijkheden in plaats van beperkingen worden bestaande competenties versterkt en nieuwe competenties ontwikkeld.

Ontwikkeling en toepassing van competenties en vaardigheden gebeurt normaal gesproken midden in de samenleving. Voor SGLVG-cliënten is dit niet anders. Daarom wordt SGLVG-behandeling waar mogelijk in ambulante vorm uitgevoerd. Dit gebeurt in hechte samenwerking met het eigen steunsysteem van de cliënt en diens professionele hulpnetwerk, die na afloop van de SGLVG-behandeling (die tijdelijk van aard is) tezamen de ondersteuning van de cliënt voortzetten. SGLVG-behandeling reikt zowel de cliënt als diens omgeving de middelen aan om het behandeldoel – maximale participatie met minimale veiligheidsrisico's – duurzaam te verzekeren.

## **V.2. Bejegening**

Bepalend voor de bejegening van de cliënt is dat deze een volwaardig mens en burger is, die niettemin zo kwetsbaar is als een kind. Door zijn cognitieve, sociaal-emotionele en adaptieve beperkingen heeft de cliënt een ontwikkelingsleeftijd die (ver) beneden zijn kalenderleeftijd ligt en kan hij gedrag vertonen dat bij die ontwikkelingsleeftijd hoort. Onder druk van overvraging en stress kan het weerloze kind in de cliënt naar voren treden met zijn woede, zijn verdriet, zijn frustraties, zijn onhandelbare gedrag en zijn schreeuw om aandacht en koestering. Behandelaars moeten hiermee om weten te gaan door op de juiste manier afstand te bewaren en nabijheid te bieden, en zo tegemoet te komen aan de ogenschijnlijk tegengestelde behoeften aan autonomie en verbondenheid. Hierbij geldt dat ambulante behandelde cliënten in het algemeen een nog harder pantser hebben ontwikkeld (van camouflage van deficiënties, van streetwise gedrag, van afweer en agressie, van schijnbare onaantastbaarheid) dan klinische cliënten, en juist om die reden uit de klinische zorg zijn gebleven. Doorbreken van dit pantser en het winnen van vertrouwen kan daardoor langdurige, geduldige inspanningen vergen.

De kwetsbaarheid van de cliënten gaat in de regel samen met een gebrekkig probleembesef en een geringe behandelmotivatie. Ook dit heeft gevolgen voor de bejegening. Aan het begin van een behandeltraject formuleren cliënten wel wensen (meestal met betrekking tot wonen, werk en liefdesrelaties), maar ontbreekt het inzicht dat hun gedrag de verwezenlijking van die wensen kan belemmeren. Ook missen de cliënten elementaire inzichten en vaardigheden ten aanzien van de omgang met anderen. De behandelaar moet in staat zijn de cliënt het besef bij te brengen van de repercussies van zijn gedrag en van zijn verantwoordelijkheden tegenover anderen en zichzelf. Wanneer de basis van vertrouwen is gelegd, moet de behandelaar de cliënt helpen gevoelens en gedachten te benoemen, verband te zien tussen gevoelens en gedrag, gevolgen van gedrag te overzien en hiermee rekening te houden. De behandelaar mag niet veronderstellen dat de cliënt zijn verantwoordelijkheden als volwaardig mens en burger kent, laat staan hiernaar handelt, maar moet de cliënt in staat stellen deze verantwoordelijkheden te ontdekken en zich eigen te maken. Op deze manier kan de bejegening het bindmiddel zijn tussen behandeling en beveiliging.

## **V.3. Diagnostiek**

Cruciaal voor de SGLVG-behandeling is de duiding van de gedragsproblematiek als resultante van cognitieve beperkingen, sociale en emotionele ontwikkelingsachterstanden en psychopathologie in hun onderlinge interactie. Aan de hand van biologische, sociale en

psychische factoren brengt de diagnostiek de wordingsgeschiedenis van de cliënt in kaart en relateert deze aan gedragsscenario's, competenties en copingstijl. De meervoudige oorzaken van de gedragsproblematiek worden blootgelegd en gerelateerd aan de meervoudige functies die het probleemgedrag kan hebben (reactie, afweer, camouflage, overlevingstactiek, symptoom). Daarnaast ontstaat een beeld van somatische problematiek, sociaal netwerk, risicofactoren en beschermende factoren. Het resultaat hiervan is een integratieve diagnostiek die niet alleen een probleemcomplex duidt, maar ook aanknopingspunten biedt voor een ontwikkelingsgerichte behandeling.

Elementen van het diagnostisch onderzoek kunnen zijn:

- auto- en heteroanamnese
- ontwikkelingsanamnese
- dossieranalyse
- observatie
- levensloop- en milieuonderzoek
- psychologisch onderzoek
- neurologisch/neuropsychologisch onderzoek
- psychodiagnostisch onderzoek
- psychiatrisch onderzoek
- medisch/somatisch (eventueel: klinisch-genetisch) onderzoek
- risicotaxatie

In de diagnostiek vindt nauwe samenwerking en afstemming plaats tussen de diverse betrokken specialismen, met name tussen psychiatrische en gedragswetenschappelijke disciplines. Gedragingen van de SGLVG-doelgroep kunnen immers verschillende oorzaken hebben. Hardop in zichzelf spreken kan duiden op een psychose, maar ook voortkomen uit een ontwikkelingsachterstand. Overvraging van een cliënt kan leiden tot gedragskenmerken die passen bij persoonlijkheidsstoornissen, maar ook een betrekkelijk normale afweerreactie vormen, passend bij de ontwikkelingsleeftijd. Bovendien uiten psychiatrische stoornissen zich bij de SGLVG-doelgroep soms op atypische wijze.<sup>14</sup> Ten slotte is de bruikbaarheid van de anamnese dikwijls beperkt ten gevolge van reflectiebeperkingen (beperkt ziektebesef en -inzicht), verbale beperkingen, een korte termijnperspectief (men zegt 'altijd' slecht te slapen na één slechte nacht) en het niet meedelen van relevante informatie (soms uit schaamte, soms omdat het besef van de relevantie of het afwijkende karakter van een gedraging ontbreekt). Bij onvoldoende convergentie van specialistische kennis bestaat dan ook een groot risico op het leggen van onjuiste verbanden, over- of onderdiagnostiek en dientengevolge verkeerde vormen van behandeling. Met name farmacotherapie is zonder integratieve diagnostiek onverantwoord.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> A. Došen, *Psychische en gedragsstoornissen bij zwakzinnigen* (Amsterdam: Boom, 1990), p. 19 e.v.

<sup>15</sup> Zie hiervoor de richtlijnen in *Psychotropic drug prescribing for people with intellectual disability, mental health problems and/or behaviours that challenge: Practice guidelines* (Londen: The Royal College of Psychiatrists, 2016). Voor kwalijke gevolgen van onverantwoorde farmacotherapie voor cliënten met LVB zie J.J. Stolker, A. Scheifes en R. Heerdink, 'Kwaliteit van de behandeling met psychofarmaca van mensen met een verstandelijke beperking', in R. Didden en X. Moonen, *Met het*

#### **V.4. Behandeldoelen**

Op basis van de diagnostiek worden de behandeldoelen bepaald en vastgelegd in een behandelplan. De behandeldoelen dragen bij aan het hoofddoel van SGLVG-behandeling: maximale participatie met minimale risico's voor de veiligheid van cliënt en samenleving. Enerzijds houdt dit de vermindering in van gedragsproblematiek en psychische en somatische klachten, anderzijds de vergroting van competenties van de cliënt, zijn steunsysteem en zijn professionele netwerk ten aanzien van het hanteren van beperkingen in het verstandelijk en adaptief functioneren.

Hoewel de behandeldoelen meervoudig zijn en zich over diverse disciplines uitstrekken, is het behandelplan een coherent geheel dat gedragen wordt door een ontwikkelingsgerichte benadering van de gedragsproblematiek. Het vergroten van inzicht in de oorzaken en effecten van gedrag en het versterken van competenties om gedrag te hanteren resulteren niet alleen in gedragsverandering, maar ook in een verminderde invloed van stressoren en psychopathologie, terwijl de therapeutische aanpak van stoornissen en symptomen niet alleen het psychisch leed vermindert, maar ook de gedragsverandering bevordert. Gedragswetenschappelijke en psychiatrische interventies versterken elkaar over en weer en zijn in hun samenhang bepalend voor de gedragsbeïnvloeding van de cliënt. Bovendien gaat de versterking van het persoonlijke en professionele steunsysteem van de cliënt hand in hand met het herstel van de cliënt zelf. De omgevingsafhankelijkheid van de SGLVG-doelgroep brengt met zich mee dat ondersteuning die optimaal aansluit de bij mogelijkheden en beperkingen van de cliënt een randvoorwaarde is voor de verdere ontwikkeling van gedrag en vaardigheden die in de behandeling worden aangereikt.

Ambulante behandeling is altijd tijdelijk, maar vergt wel de nodige tijd. De behandeldoelen en de bijbehorende interventies zijn talrijk en divers, terwijl de cliënt een beperkt bevattingsvermogen heeft en langzaam leert. Het risico van overvraging – dat een voedingsbodem is voor de gedragsproblematiek waarop de behandeling zich richt – ligt daardoor op de loer. Van groot belang is dat de doelen haalbaar zijn doordat ze aansluiten bij het niveau van functioneren van de cliënt, zijn mogelijkheden en beperkingen, zijn tempo en belevingswereld. Niet aan elk behandeldoel kan vanaf het eerste begin even intensief worden gewerkt. Bovendien is het wenselijk voor behandeldoelen die op enig moment aan de orde zijn, subdoelen te formuleren vanuit het principe van de 'zones van naaste ontwikkeling'. Volgens dat principe richten veranderprocessen zich op een ontwikkelingsniveau dat juist boven het huidige niveau ligt. Een stap te hoog sorteert niet alleen onvoldoende effect, maar leidt ook tot nieuwe faalervaringen, terwijl succeservaringen nodig zijn als motor van het herstelproces.

#### **V.5. Behandelinterventies**

Op psychiatrisch gebied zijn met name de richtlijnen en behandelprogramma's van belang die voor verschillende diagnoses en diagnosegroepen zijn opgesteld door het Trimbos Instituut en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Hierbij geldt de aantekening dat deze richtlijnen en programma's ontwikkeld zijn voor mensen met een normaal

---

*oog op behandeling: Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking* (Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG, Den Dolder: De Borg, 2007), 35-40.

begripsvermogen en aanpassing behoeven voor mensen met een lichte verstandelijke beperking. Dit wordt nader toegelicht in de volgende paragraaf.

Voor de behandeling van psychische problematiek van mensen met een lichte verstandelijke beperking heeft het Trimbos Instituut een verkenning uitgevoerd naar de interventies die in de praktijk het vaakst worden toegepast. De specifieke meerwaarde voor de doelgroep is niet voor alle interventies bewezen, maar mag in de meeste gevallen redelijkerwijs worden verondersteld. De interventies liggen zowel op medisch als op gedragswetenschappelijk en vaktherapeutisch gebied.<sup>16</sup> Alle genoemde interventies zijn in de vier SGLVG-behandelcentra beschikbaar en kunnen waar nodig worden ingezet.

Farmacotherapie, cognitieve gedragstherapie (CGT) en psychoeducatie zijn de interventies die het vaakst worden genoemd in de richtlijnen en programma's voor psychiatrische behandeling. Deze drie interventies worden bovendien dikwijls toegepast bij de behandeling van LVG-cliënten. Ook in de SGLVG-behandeling komen deze drie interventies zeer vaak voor. Farmacotherapie uiteraard alleen wanneer daarvoor een medische reden bestaat, CGT en psychoeducatie (met de benodigde aanpassingen) vrijwel altijd. De meerwaarde van CGT voor de LVG-doelgroep is in elk geval ten dele bewezen, met name bij agressieproblematiek en woedeproblemen, en voor het overige waarschijnlijk.<sup>17</sup> Psychoeducatie werkt bij de LVB-doelgroep kennelijk even goed als bij normaal begaafde mensen,<sup>18</sup> maar wordt ook ingezet om de vaardigheden van het netwerk van de cliënt bij het omgaan met diens mogelijkheden en beperkingen te vergroten.

Naast de conventionele behandelinterventies wordt gebruik van een aantal interventies die de SGLVG-behandelcentra zelf voor de SGLVG-doelgroep (mede) hebben ontwikkeld (zie ook bijlage 2). Het gaat hierbij onder meer om:

- de agressiemodule 'Grip op agressie', in 2013 erkend door de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie
- het verslavingsprogramma 'Ge-zonder leven' en de hierop gebaseerde motivatietraining 'Sterker dan de kick', in 2015 erkend door de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Gehandicaptenzorg
- de psychoeducatiemodule 'Weet wat je kan', in 2015 positief beoordeeld door de externe opdrachtgever Kwaliteit Forensische Zorg
- de module 'Helpers en Helden', schematherapie voor (forensische) cliënten met een licht verstandelijke beperking, in 2016 positief beoordeeld door de externe opdrachtgever Kwaliteit Forensische Zorg.

---

<sup>16</sup> L. Neijmeijer, L. Moerdijk, G.-J. Veneberg en C. Muusse, *Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ: Een verkennend onderzoek* (Utrecht: Trimbos Instituut, 2010). Genoemd worden: CGT, EMDR, systeemtherapie, medicamenteuze behandeling, psychomotorische therapie, vaktherapie, MBT, oplossingsgerichte therapie, CRA, sociale vaardigheidstraining, assertiviteitstraining, agressiehanteringstraining, zelfmanagementstraining, psychoeducatie, mindfulness, SCM en arbeidstraining.

<sup>17</sup> Ibid., p.17. Zie ook A. Heinemann, C. Neumann, A. van der Waa en L. Kok, 'Cognitieve gedragstherapie', in R. Didden, P. Troost, X. Moonen en W. Groen (red.), *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (Utrecht: De Tijdstroom, 2016), 397-407.

<sup>18</sup> Neijmeijer e.a., *Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ*, p. 22.

Deze interventies, specifiek voor de (SG)LVG-doelgroep ontwikkeld en extern getoetst en beoordeeld, zijn vanzelfsprekend een welkome aanvulling op de conventionele behandelinterventies waarvan de meerwaarde voor de (SG)LVG-doelgroep niet in alle gevallen vaststaat. Een SGLVG-behandelinterventie voor seksueel grensoverschrijdend gedrag is kortgeleden tot stand gekomen.

Naast psychiatrische en gedragswetenschappelijke interventies wordt in het SGLVG-behandelprogramma dikwijls een belangrijke plaats ingeruimd voor vaktherapie. Voor cliënten met een beperkt abstraherend en taalkundig vermogen is behandeling die bestaat uit *doen* in plaats van praten, een welkome en vaak noodzakelijke aanvulling. Een vaktherapeutisch kader kan de bereidheid stimuleren problematiek en trauma's met anderen te delen en biedt een gelegenheid voor observatie van én oefening met sociale vaardigheden en gedrag. Met name het vermogen tot generaliseren wordt in de vaktherapie bevorderd. Cliënten ervaren al doende dat een bepaalde vorm van gedrag in verschillende situaties soortgelijke effecten sorteert. Dit kan een zeer effectieve manier zijn om bij de cliënt het besef van de repercussies van zijn gedrag te doen postvatten.

SGLVG-behandeling is zodoende veel méér dan GGZ die op het bevattingsvermogen van cliënten met een lichte verstandelijke beperking is afgestemd. Het gaat om bewuste combinaties van interventies op psychiatrisch, gedragswetenschappelijk en vaktherapeutisch gebied, inclusief specifiek voor de doelgroep ontwikkelde interventies waarvan de effectiviteit is getoetst en erkend. Alle interventies vinden plaats vanuit een ontwikkelingsgerichte benadering van de gedragsproblematiek en versterken in hun variëteit elkaars effect.

## V.6. Behandelklimaat

Het succes van SGLVG-behandeling is mede afhankelijk van een op de doelgroep toegesneden behandelklimaat. Dit klimaat geldt zowel de wijze waarop de interventies worden ingezet als de context waarin dit plaatsvindt. De volgende elementen zijn van belang:

- Behandeling wordt geboden in een veilige en positieve omgeving, waarin succeservaringen centraal staan en fouten maken mag.
- Behandelinterventies worden in aangeboden in een vorm die is aangepast aan het cognitieve niveau van de doelgroep, door middel van vereenvoudiging, herhaling en ervaringsleren (concreet, praktisch en gericht op het hier en nu). Hierbij wordt de richtlijn gevolgd die hiertoe is opgesteld door het Landelijk Kenniscentrum LVB.<sup>19</sup>
- Inzichten en oefenstof worden gedoseerd en samenhangend aangeboden. Voorbeelden sluiten aan bij het ontwikkelingsniveau, de belevingswereld en de ervaringen van de cliënt, zodat ze voor hem herkenbaar zijn. Taken en vaardigheden worden in kleine onderdelen opgesplitst en stap voor stap geoefend, met behulp van getrapte ondersteuning (uitleggen-voordoen-samen doen-nadoen).
- Overprikkeling wordt voorkomen. Afleiding wordt vermeden, behandelgroepen zijn klein en overzichtelijk, behandelsessies hebben een herkenbare en voorspelbare structuur. Onder deze voorwaarden is afwisseling van vorm, inhoud en omgeving van

---

<sup>19</sup> M. de Wit, X. Moonen en J.C.H. Douma, *Richtlijn effectieve interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking* (Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB, 2011).

de behandeling mogelijk. Deze afwisseling is niet alleen onvermijdelijk gezien de diversiteit aan behandeldoelen en interventies, maar ook een stimulans voor de generalisatie van aangeleerde vaardigheden.

De vaardigheden die in de behandelsessies worden aangereikt, moeten ook in het alledaagse leven worden geoefend om een blijvende gedragsverandering op gang te brengen. Hiertoe wordt niet alleen de cliënt gestimuleerd, maar ook diens persoonlijke en professionele netwerk, dat daarvoor de benodigde informatie en vaardigheden krijgt aangereikt. Ook om deze reden wordt de omgeving van de cliënt nadrukkelijk betrokken in het behandeltraject. Gepaste ondersteuning bij de toepassing van het geleerde in de dagelijkse praktijk is onontbeerlijk om het behandelresultaat te doen beklijven. In gevallen dat hiertoe onvoldoende professionele hulp voorhanden is, worden in overleg met de cliënt geschikte partijen ingeschakeld. Elk van de vier SGLVG-behandelcentra beschikt hiertoe over een uitgebreid netwerk van lokale en regionale ketenpartners.

### **V.7. Behandelteams**

Bij elk behandeltraject is een kernteam betrokken dat drie leden telt: een psychiater, een GZ-psycholoog of klinisch (neuro)psycholoog en een behandelaar die het dagelijks contact met de cliënt en diens omgeving onderhoudt. Als regiebehandelaar fungeert ofwel de psychiater, ofwel de GZ-psycholoog/klinisch (neuro)psycholoog. Bij sommige SGLVG-behandelcentra kan ook de psychotherapeut of de verpleegkundig specialist GGZ deze rol vervullen.

Bij de diagnostiek kunnen ook andere behandelaars worden betrokken, met name psychologen en AVG-artsen. In de behandelfase worden, afhankelijk van de benodigde behandelinterventies en de fase waarin deze worden uitgevoerd, andere behandelaars aan het kernteam toegevoegd. Het kan dan gaan om:

- sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen
- verpleegkundig specialisten GGZ/somatische zorg
- verpleegkundigen
- psychologen
- orthopedagogen
- vaktherapeuten
- systeemtherapeuten
- begeleiders<sup>20</sup>
- ervaringsdeskundigen

Het beloop van de behandeling wordt gemonitord en regelmatig met de cliënt geëvalueerd door het kernteam en de overige betrokken behandelaars. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de resultaten van de periodiek herhaalde metingen aan de hand van gevalideerde

---

<sup>20</sup> Het gaat hier om activerende en ondersteunende begeleiding die een integraal onderdeel is van de behandeling; voor de uitvoerders daarvan zijn bij de SGLVG-behandelcentra diverse functienamen in gebruik. In voorkomende gevallen gaat het om specifiek voor de SGLVG-behandeling opgeleide medewerkers met een initiële opleiding die niet voorkomt op de dbc-beroepentabel, waardoor de declaratie van hun behandeltaken in de ZVW wordt belemmerd.

instrumenten.<sup>21</sup> Aan de hand van evaluaties kan worden besloten tot wijzigingen in de behandelplan die in het behandelplan worden vastgelegd.

## V.8. Behandelvormen

Ambulante behandeling kan plaatsvinden in de vorm van (poliklinische) deeltijdbehandeling en in de vorm van behandeling die in principe plaatsvindt op de verblijfplaats van de cliënt.

Deeltijdbehandeling vindt plaats op een locatie van het SGLVG-behandelcentrum en bestaat uit een samenhangend behandelprogramma, dat uit diverse interventies en trainingen is opgebouwd en in groepsvorm wordt aangeboden. Deeltijdbehandeling is daarom geschikt wanneer de cliënt in staat is regelmatig op afspraak te verschijnen. In de praktijk betekent dit meestal dat de cliënt goed is ingebed in een persoonlijk of professioneel steunnetwerk (met name actieve woonbegeleiding) dat hem helpt afspraken na te komen. De cliënt moet bovendien in staat zijn samen met andere cliënten gedurende dagdelen een gevarieerde behandeling te volgen. Dit veronderstelt een concentratievermogen en een bereidheid tot aanpassing aan anderen en aan groepsregels die bij SGLVG-cliënten niet vanzelfsprekend aanwezig zijn.

Ambulante SGLVG-behandeling wordt daarom ook in individuele vorm aangeboden, in principe in de woonomgeving van de cliënt, al kunnen ook afspraken op een behandellocatie of elders worden gemaakt. Vorm en intensiteit van de behandeling kunnen volledig worden aangepast aan individuele mogelijkheden en beperkingen. Zo kan worden gekozen voor een groter aantal kortdurende behandelsessies als daarvan meer effectiviteit wordt verwacht dan van een kleiner aantal sessies van langere duur. Afhankelijk van het vermogen en de bereidheid van de cliënt tot samenwerking met anderen kan de individuele behandeling (vanaf het begin of in een later stadium) worden aangevuld met groepsinterventies.

De ambulante behandeling is ten dele georganiseerd volgens het FACT-model,<sup>22</sup> maar met enkele aanpassingen. Het FACT-model gaat uit van een wijkgerichte aanpak, terwijl de FACT-teams van de SGLVG-behandelcentra een ruimer werkgebied hebben: soms een stedelijke agglomeratie, soms een regio. Bovendien concentreren de FACT-teams van de SGLVG-behandelcentra zich op eigenlijke behandeltaken. Praktische ondersteuning is primair een taak van het steunnetwerk van de cliënt, waarmee dan ook nauw wordt samengewerkt.

## V.9. Fasering, duur, afsluiting

De fasering van de SGLVG-behandeling wordt voornamelijk individueel bepaald. Vanzelfsprekend volgen intake, diagnostiek en behandelfase elkaar op in de tijd (waarbij even vanzelfsprekend procesdiagnostiek in de behandelfase kan plaatsvinden) en zorgt het ritme van de deeltijdbehandeling, wanneer deze geboden wordt, voor een bepaalde

---

<sup>21</sup> Op dit moment met name HoNOS-LD, DROS en HKT-30. De eerste twee instrumenten zijn ontwikkeld voor mensen met een verstandelijke beperking.

<sup>22</sup> In opdracht van het ministerie van Veiligheid en Justitie is van 2012 tot 2017 gewerkt aan de doorontwikkeling en implementatie van forensisch (F)ACT voor LVB. Zie L. Neijmeijer, *Aan de slag met (F)ACT voor LVB?! Handreiking voor de implementatie van (F)ACT voor cliënten met een LVB en complexe problematiek* (Utrecht: Trimbos Instituut, 2014); ead., *Modelbeschrijving (Flexibele) ACT LVB* (Utrecht: Trimbos Instituut, 2015).



regelmaat. Maar wanneer ergens het principe van *matched care* de voorkeur verdient boven *stepped care*, is dat bij de behandeling van cliënten die naar de SGLVG-behandelcentra zijn verwezen omdat gebruikelijke vormen van GGZ of VG-zorg onvoldoende werkzaam zijn gebleken.

Aangezien SGLVG-behandeling zich over meerdere gebieden en specialismen uitstrekt en zodoende een veelheid aan interventies nodig maakt, die zowel om praktische redenen als vanwege de beperkingen van de doelgroep niet allemaal tegelijk kunnen worden aangeboden, is een fasering van het behandeltraject onontkoombaar. Deze fasering is gebaseerd op individuele behandelbehoeften en urgenties enerzijds, individuele mogelijkheden en beperkingen anderzijds. Zo kunnen de groeps(on)geschiktheid en het risicogedrag van de cliënt bepalend zijn voor de vraag of groepsbehandeling vanaf het begin plaatsvindt, in een latere fase of, in het uiterste geval, helemaal niet. Het tempo waarin de cliënt leert – dat sterk kan verschillen in een doelgroep met een IQ dat varieert van 50 tot 85 – bepaalt wanneer (sub)doelen worden bereikt en interventies kunnen worden afgesloten of vervangen. Vaktherapie kan worden ingezet in een latere fase om te oefenen met wat is geleerd, of juist in een eerdere fase om de cliënt zijn lerend vermogen te doen ontdekken. Een behandelafasering die vaste momenten aanwijst voor bepaalde interventies en daaraan een vaste frequentie en duur toekent, zou voor SGLVG-clieënten contraproductief zijn.

Daarentegen kan wel een gemiddelde behandelduur worden genoemd. Deze belooft gemiddeld omstreeks 18 maanden.

De beslissing over de afsluiting van de behandeling wordt in het behandelteam genomen. Afsluitcriterium is voldoende realisatie van de behandeldoelen. Concreet betekent dit:

- De cliënt heeft competenties verworven die hem in staat stellen zijn gedrag te reguleren en naar vermogen te participeren in de samenleving.
- De condities die psychisch leed veroorzaken, zijn zoveel mogelijk weggenomen.
- De risico's voor de veiligheid van de cliënt en zijn omgeving zijn gereduceerd tot aanvaardbare proporties.
- Het persoonlijke en professionele steunsysteem van de cliënt is voldoende in staat de cliënt te helpen bij het hanteren van zijn (gereduceerde) problematiek, zodat de kans op terugval wordt verkleind.

Overdracht van de cliënt vindt plaats aan het steunsysteem dat tijdens de SGLVG-behandeling rondom de cliënt aanwezig was of is ontstaan. Indien (lichtere) vervolgbehandeling nodig is waarin dit netwerk niet kan voorzien, wordt deze rechtstreeks of via de huisarts geregeld. De SGLVG-behandelcentra blijven beschikbaar voor consultatie in het kader van nazorg.

## VI. Kwaliteit

### VI.1 Behandel-effect en cliënttevredenheid

Klinische SGLVG-behandeling werpt uitstekende resultaten af, zoals uit meerjarig onderzoek is gebleken.<sup>23</sup> Dat ook met ambulante SGLVG-behandeling goede resultaten worden bereikt, wordt geïllustreerd door het onderzoek dat het Trimbos Instituut naar de FACT-populatie van de vier SGLVG-behandelcentra heeft uitgevoerd. Het onderzoek is nog gaande en zal tot tal van cijfermatig onderbouwde bevindingen leiden. Uit de thans beschikbare gegevens kunnen met name de volgende significante effecten worden genoemd:

- Het aantal opnamen daalt gedurende de loop van de behandeling. In het jaar voorafgaand aan de ambulante behandeling was 26 % van de cliënten opgenomen. Gedurende het eerste behandeljaar was dat 19 % en gedurende het tweede behandeljaar 17 %. Dit is inclusief kortdurende klinische episodes ingeval van crises of regressie die zich in elk behandeltraject kunnen voordoen.
- Het percentage cliënten met justitie- en politiecontacten daalt van 55 % bij aanvang van de behandeling tot 51 % na een jaar en 39 % na twee jaar.
- Het percentage cliënten wier gedrag tot sociale overlast leidt, daalt van 57 % bij aanvang van de behandeling tot 36 % na een jaar en 28 % na twee jaar.

In vergelijking met de klinische SGLVG-behandeling valt bovendien op dat ambulante behandeling in een vroeger stadium tot resultaat leidt. Positieve effecten blijken na een jaar, terwijl dit voor klinische behandeling pas na anderhalf jaar het geval is.

De goede resultaten van ambulante SGLVG-behandeling gaan gepaard met een hoge cliënttevredenheid. Het gemiddelde rapportcijfer dat de FACT-cliënten toekenden aan hun behandeling was 7,8.

### VI.2. Kwaliteitsnetwerk De Borg

Om zorg van optimale kwaliteit te kunnen bieden, moet elke zorginstelling haar organisatie en werkwijzen stelselmatig tegen het licht houden. In de Nederlandse zorgwereld gebeurt dit op manieren die per sector verschillen. In de VG-sector is het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg leidend, in de GGZ-sector wordt gewerkt met kwaliteitsstandaarden en daarnaast nog dikwijls met extern getoetste kwaliteitscertificaten, die ook in de forensische zorg worden vereist.

De SGLVG-behandelcentra en hun moederorganisaties zijn in alle drie sectoren werkzaam. Bijgevolg wordt niet alleen volgens het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg gewerkt, maar ook volgens GGZ-kwaliteitsstandaarden, terwijl de instellingen bovendien beschikken over gecertificeerde kwaliteitssystemen.

Daarnaast hebben de vier SGLVG-behandelcentra een gezamenlijke reflectiecyclus ingericht die specifiek is gericht op de kwaliteit van de SGLVG-behandeling. Deze reflectiecyclus heeft

---

<sup>23</sup> B.L. Hesper en K.H. Drieschner, *Effectevaluatie SGLVG(+) behandeling De Borg 2007-2012* (Den Dolder: De borg, 2013).

in 2015 vorm gekregen in het Kwaliteitsnetwerk De Borg. Dit Kwaliteitsnetwerk is geen verband van deelnemende instellingen, maar een methode van reflectie op de kwaliteit van zorg die afkomstig is uit Engeland. In Nederland is de methode voor het eerst toegepast door de gezamenlijke Forensisch Psychiatrische Afdelingen (FPA's).

De cyclus begint met het bepalen van standaarden voor de kwaliteit van zorg. Dit gebeurt door zorgprofessionals. Aan de hand van deze standaarden voert elke deelnemende instelling een zelfreview uit. De verkregen informatie wordt besproken met een visiterend reviewteam. De bespreking heeft niet het karakter van een beoordeling, maar van een gelijkwaardig en vertrouwelijk gesprek. Na afloop ontvangen de instellingen een rapport dat zij kunnen gebruiken voor reflectie en actie met de teams. Op een landelijke reviewdag wordt een rapport gepresenteerd waarin de instellingsrapporten zijn samengebracht, met speciale vermelding van 'parels' (goede voorbeelden) en 'oesters' (waarin mogelijk een parel verborgen zit, maar het vergt nog wat werk om die eruit te halen). Het landelijke rapport en de bespreking daarvan kunnen aanleiding zijn om de standaarden opnieuw te formuleren.<sup>24</sup>

De kracht van deze methode is dat zorgprofessionals op een positieve manier worden geprikkeld zichzelf te ontwikkelen aan de hand van standaarden die zij zelf hebben gekozen. Het gevoel dat men wordt gecontroleerd aan de hand van andermans criteria en aandacht moet geven aan verbeterplannen in plaats van aan de zorg voor de cliënt, wordt vermeden. Het kwaliteitsnetwerk appelleert aan de intrinsieke wens van elke zorgprofessional zijn cliënten de best mogelijke zorg te bieden.

Het Kwaliteitsnetwerk De Borg functioneert volgens een jaarlijkse cyclus. De zorgprofessionals van de vier SGLVG-behandelcentra hebben 33 standaarden geformuleerd waaraan goede SGLVG-behandeling moet voldoen. Deze 33 standaarden hebben betrekking op vier domeinen:

- cliënten, familie, naasten
- behandeling en therapeutisch leefklimaat
- personeel
- veiligheid en risicomanagement.

Voor elk jaar wordt een bepaald thema gekozen. De SGLVG-behandelcentra worden bezocht door een reviewteam dat bestaat uit vier zorgprofessionals van verschillende disciplines, afkomstig uit de zusterinstellingen. Het team wordt ondersteund door een coördinator van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP). Voor de evaluatie van de standaarden naar aanleiding van de reviewdagen is een multidisciplinaire adviesraad van zorgprofessionals ingesteld.

Naast het Kwaliteitskader, de kwaliteitsstandaarden en de kwaliteitscertificaten die maken dat de SGLVG-behandelcentra voldoen aan de algemene kwaliteitseisen die in de VG-sector, de GGZ en de forensische zorg worden gesteld, biedt het Kwaliteitsnetwerk De Borg de mogelijkheid van permanente verbetering van SGLVG-behandeling in het bijzonder. Door in een jaarlijkse cyclus te leren van elkaar kennis en ervaring werken de vier SGLVG-

---

<sup>24</sup> Zie ook [www.kwaliteitsnetwerken.nl](http://www.kwaliteitsnetwerken.nl).

behandelcentra aan een optimale kwaliteit van SGLVG-behandeling, zodat zij de huidige en toekomstige ontwikkelingen in de zorg verantwoord en succesvol tegemoet kunnen treden.

## Bijlage 1

# Kenmerken, gedrag en behoeften van SGLVG-cliënten

### Kenmerk 1: Cognitieve beperkingen

Er is sprake van een lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafd intelligentieniveau (IQ 50 tot 85).

Gedrag: Benedengemiddeld begripsniveau, minder goed functionerend geheugen, moeite met leren en executieve functies, specifieke kenmerken in het leren en denken, zoals situatiegebonden, concreet, hier en nu, weinig gedifferentieerd, hoofd- en bijzaken niet kunnen scheiden, weinig gestructureerd, beperkte aandachtsspanne en -selectie, lager denktempo, rigide denkpatroon, taal- en begripszwakte, beperkte tijdsbeleving, problemen met abstraheren en oorzaak-gevolg relaties, haperende (sociale) informatieverwerking, moeite met herkennen/benoemen van emoties, onvoldoende theory of mind. Er is sprake van problemen met generalisatie; datgene wat in één situatie is geleerd wordt niet vanzelfsprekend toepast in het dagelijks leven en in situaties die verschillen van de situaties die in de therapie aan de orde zijn geweest. Er kan sprake zijn van disharmonische intelligentieprofielen waardoor er discrepanties zijn in niveau tussen verschillende taken.

#### Behoeften:

- Het is van belang in de behandeling, bejegening en bij de werkdoelen rekening te houden met deze beperkingen door aan te sluiten bij het cognitieve niveau, de sterke en zwakke kanten, en individuele leerstijl.
- Zorg voor afstemming van de communicatie. Vereenvoudig het taalgebruik. Gebruik weinig en eenvoudige (maar geen kinderlijke) woorden en korte zinnen. Vermijd dubbele ontkenningen. Hanteer letterlijke en concrete taal. Pas op met cynisme en ironie. Vermijd overkoepelende termen, figuurlijk taalgebruik (spreekwoorden, woordspelingen, cynisme, metaforen, beeldspraak) en impliciete boodschappen. Gebruik gangbare woorden, laat de persoon zelf de woorden kiezen voor belangrijke begrippen, sluit aan bij zijn taalgebruik en houd vast aan eerder gehanteerde woordkeuze. Controleer of je elkaar begrijpt, bijvoorbeeld door de afspraken terug te laten vertellen in eigen woorden of zelf samen te vatten en te controleren. Gebruik visuele ondersteuning: geef de boodschap kernachtig weer in een schets of laat de persoon zelf zijn verhaal verduidelijken met een tekening. Zorg dat de verbale en non-verbale boodschap congruent zijn: als je iets serieus bedoelt, lach er dan niet bij alsof het een grapje is. Spreek rustig en wees geduldig. Bouw stiltes in voor verwerking van de informatie, geef tijd om een antwoord te formuleren. Bespreek één boodschap of vraag tegelijk. Laat onnodige details weg, concentreer je op de centrale boodschap (kernachtig). Luister goed en aandachtig, orden gedachten en gevoelens en vat samen wat er gezegd wordt. Herhaal je boodschap (in meerdere situaties). Pas op voor overschatting: men kan zich taal hebben eigen gemaakt zonder de betekenissen van woorden goed te begrijpen.
- Zorg voor aanpassing van het leerproces. Men kan niet te veel (informatie, activiteiten, werkdoelen) tegelijk aan, waardoor zaken stap voor stap moeten worden aangeboden en geleerd. Zorg voor externe structurering en dosering van prikkels of afleiding bij taken. Bij het leren is het proces gericht op uitleg, herhalen en laten inslijpen. Hierbij is van belang om terug te komen op wat afgesproken of gebeurd is en het geleerde in verschillende situaties toe te laten passen. Veel uitleg en herhaling zijn van belang, bv. door regelmatige gesprekken, bespreken van regels en werkpunten, achteraf lastige situaties herhaaldelijk bespreken, nagaan of de boodschap is overgekomen en rollenspelen. Door de moeite met

abstraheren is het van belang praktisch en concreet te blijven. In de behandeling is het aanleren van praktische vaardigheden daarom van belang, de manier van aanleren is 'niet praten maar doen' en leren van ervaringen. Uiteraard vergt dit wat meer tijd dan 'gewoon'. Ook hebben cliënten meer tijd nodig om het geleerde 'eigen' te maken (integreren). Meer tijd is dus ook nodig voor behandeling van deze cliënten. Het is van belang dat de cliënten (die in hun leven vaak zijn opgejaagd en altijd het gevoel hebben gehad het tempo van de wereld niet te kunnen bijbenen) ook het gevoel krijgen op eigen tempo te mogen leren.

- Cliënten hebben vaak moeite om geleerde vaardigheden in één situatie te generaliseren naar andere situaties (transfer). Er moet dus geoefend worden in de praktijk en wel in verschillende situaties. Hierbij is het belangrijk in de verschillende leef- en therapiegebieden gebruik te maken van dezelfde taal en (concrete) ondersteuningsmethodes (bv. m.b.t. emoties of spanningsfases). Ook met betrekking tot andere zaken is het van belang een vertaalslag te maken. Bv vanuit behandelplan naar werkpunt, leggen van verbanden. De generalisatie van het geleerde zal ook vooral bewust georganiseerd moeten worden in de ambulante behandeling, bijvoorbeeld door de behandeling in te bedden in stevig support-systeem (ondersteuning bij huiswerk, betrekken van omgeving zodat men kan coachen in het dagelijks leven etc).
- Bied ondersteuning bij moeilijke situaties: planning, overzicht, sociale situaties, problemen oplossen, reflecteren. Geef inzicht door verbanden aan te brengen bij oorzaak-gevolgrelaties of maak keuzemogelijkheden en consequenties expliciet. Leg (vaker) uit, bied hulp, doe voor, doe samen (in verschillende situaties). Door problemen met abstraheren en het leggen van verbanden (oorzaak en gevolg) op begripsniveau is het veelal van belang in het 'hier en nu' te blijven en geen ingewikkelde redeneringen te maken over bestaand gedrag dat al dan niet voortkomt uit het verleden, maar ontrafel en leg uit wat er gebeurt. Ook door het korte termijn tijdsperspectief is het belangrijk om dicht bij het alledaagse leven te blijven en (concreet) in het hier en nu.
- Geef overzicht in tijd en ruimte. Pas op met onoverzichtelijke termijnen, maak het concreet en ondersteun door middel van visuele weergave (kalender, agenda), maak looproutes herkenbaar, oefen hoe van A naar B te komen.
- Breng ordening, regelmaat, duidelijkheid en voorspelbaarheid aan op alle vlakken van het dagelijks leven, in ervaringen of nieuwe situaties. Maak het visueel door bijvoorbeeld een stappenplan op een schrijfbord te tekenen of een checklist voor op de kamer te maken. Vraag niet te veel tegelijk en verdeel ingewikkelde activiteiten in stapjes. Geef meer externe sturing; bv door stellen van gerichte vragen, sturing van het denkproces door beperkte keuzes aan te bieden, gebruik maken van voor-structureren, activiteiten te plannen en situaties te structureren.
- Steeds is het belangrijk om te bezien of bepaald gedrag onderdeel is van een ziekelijke stoornis, of dat het voortkomt uit de verstandelijke beperking.
- Let op de eigen houding. Benader de persoon respectvol, geef en neem de tijd en wees geduldig. Liever meer kortere gesprekken dan een lang. Wees consequent, voorspelbaar en betrouwbaar in je gedrag. Wees duidelijk in je verwachting. Houd de eigen verwachtingen realistisch. Niet gelijk invullen van (afwijkend) gedrag. Vraag je altijd af: is het niet willen of niet kunnen?

## **Kenmerk 2: Gebrekkige kennis/schoolopleiding**

Schoolopleidingen zijn veelal onvolledig gevolgd wegens problematisch gedrag.

Gedrag: Gebrekkige (algemene) kennis, gebrekkige lees- en rekenvaardigheden, benedengemiddeld begripsniveau, schaamte, weerstand tegen leren, faalangst.

Behoeften:

- Kennistekort wordt met respect benaderd: wees sensitief betreffende ogenschijnlijk eenvoudige kennis die echter niet wordt begrepen en legt geduldig uit.
- Mogelijkheden worden geboden om onderwijs op passend niveau en beter aansluitende vorm weer op te pakken.
- Hiernaast kan kennis worden toegevoegd op meer alledaagse wijze; uitleg bij journaal, oefenen met betalen, (voor)lezen, educatieve spellen etc.

### **Kenmerk 3: Achtergebleven of verstoorde sociaal-emotionele ontwikkeling**

De sociaal-emotionele ontwikkeling gaat de cognitieve ontwikkeling niet voorbij, maar bereikt in het meest gunstige geval een niveau dat daarmee vergelijkbaar is. Vaak vertoont de sociaal-emotionele ontwikkeling echter een nog grotere achterstand dan op basis van het cognitief functioneren zou worden verwacht. Zeker als er sprake is van bijkomende problematiek als gedragsstoornissen of psychiatrische aandoeningen blijft de sociaal-emotionele ontwikkeling van mensen met een lichte verstandelijke beperking vaak aanzienlijk achter bij de cognitieve ontwikkeling (disharmonische profielen).

Gedrag: Een ontwikkelingsniveau dat vergelijkbaar is met de vroege basisschoolleeftijd wordt veel gezien, maar ook ontwikkelingsniveaus die vergelijkbaar zijn met de kleuter- of peuterfase zijn geen uitzondering bij een lichte verstandelijke beperking met complexe problematiek. De volwassen cliënt heeft de ontwikkelingsstadia niet goed doorlopen; de beperking en problematiek zorgen er voor dat de cliënt onvoldoende vaardigheden heeft ontwikkeld om zijn ontwikkelingstaken aan te kunnen. Hierdoor staat men vaak nog voor ontwikkelingstaken die behoren bij een jongere kalenderleeftijd. Gedrag wat hier bij komt kijken is daarom niet altijd 'probleemgedrag', maar kan ook horen bij het achtergebleven ontwikkelingsstadium. Bijvoorbeeld:

- men is vaak nog niet in staat goed om te gaan met 'ADL- zaken' als gezondheid, zelfzorg, zorg voor omgeving, goed eetpatroon (vaak onregelmatig, ongezond, eenzijdig, te veel of te weinig);
- het dagritme is verstoord ('s nachts wakker, overdag in bed willen blijven, op vreemde tijden eten, geen regelmatige dagbesteding);
- men is niet in staat tot zinvolle dagbesteding (geringe scholing, geen werkervaring);
- men is onvoldoende in staat op goede wijze invulling te geven aan de vrije tijd;
- men is onvoldoende in staat sociale relaties op te bouwen en te onderhouden, en vorm te geven aan intimiteit en seksualiteit;
- men is niet in staat adequaat om te gaan met bijzondere situaties, zoals overlijden, afscheid nemen, etc. Men weet ook weinig vorm te geven aan zaken als bezoek ontvangen of verjaardag vieren, etc.

De emotionele ontwikkeling kan op vele gebieden zijn achtergebleven, bijvoorbeeld m.b.t. empathie, geweten, emotieregulatie, impulscontrole, zelfsturing, autonomie, zelfbeeld, seksualiteit, identiteit. Dit kan leiden tot divers probleemgedrag, zoals wantrouwen, egocentrisme, (faal)angst, afhankelijkheid, geremdheid, agressie. Soms kan men moeilijk uitstel verdragen en wil men onmiddellijk in de primaire behoeften worden voorzien, wat dwingend en grensoverschrijdend gedrag kan veroorzaken. Zaken worden aangepakt zonder dat de eventuele gevolgen op voorhand worden overzien of afgewogen, wat als gevolg kan hebben dat men taken en verbintenissen aangaat die nadelig uitpakken en die niet volgehouden kunnen worden.

De achterstand in sociale ontwikkeling leidt veelal tot een zeer beperkt sociaal netwerk, ontworpen sociale relaties, beperkte sociale vaardigheden, inadequaat sociaal gedrag en moeite om zichzelf te redden in allerlei sociale situaties (adaptief gedrag).

### Behoeften:

- Maak gebruik van voorstructureren van plaats, tijd en gebeurtenissen. Dit kan ook ondersteuning bieden bij activiteiten en gebeurtenissen die niet nieuw zijn maar geregeld plaatsvinden. Neem van tevoren door wat er gaat gebeuren en welk gedrag wordt verwacht.
- Houd er rekening mee dat de achterstand van het sociale en emotionele ontwikkelingsniveau vaak nog groter is dan je op basis van het cognitieve ontwikkelingsniveau zou verwachten. De emotionele ontwikkeling is het draagvlak, datgene wat de cliënt aankan. De emotionele ontwikkelingsleeftijd moet het uitgangspunt zijn in de begeleiding, het niveau waarop je aansluit. Stem je bejegening af op het stadium waarin de cliënt zich bevindt, zijn belevingswereld en sterkere en zwakkere kanten.
- Van belang is om ruimte en begeleiding te bieden om ontwikkelingsstadia alsnog zoveel mogelijk op goede wijze te doorlopen. Sluit werkdoelen aan op de te ontwikkelen deeltaken en -vaardigheden.
- Bied ondersteuning bij het omgaan met emoties, zoals op adequate wijze uiten van boosheid en frustratie.
- Ondersteun om zich te leren verplaatsen in de ander en stimuleer te ontdekken waarom de ander iets zegt of doet.
- Geef concrete tips hoe iemand zich anders kan gedragen en spreek de persoon aan op gedrag dat ergernis of overlast veroorzaakt. Leer nieuw gedrag aan door concreet te laten doen en ervaren, in verschillende situaties.
- Bied extra hulp, bijvoorbeeld om samen iets te oefenen of een oplossing te zoeken.
- Bied uitleg en ondersteuning bij sociale situaties, houd ze overzichtelijk, ontrafel gebeurtenissen. Bied ondersteuning bij aangaan en onderhouden van sociale contacten.
- Bied ondersteuning bij maatschappelijke situaties, zoals het aanvragen van een uitkering of indicatie. Bied aan om mee te gaan naar de rechtbank of doktersbezoek om naderhand toelichting te kunnen geven.
- Bied behandeling op de probleemvlakken, zoals aanleren van vaardigheden om behoeften uit te stellen, impulsen te beheersen, emoties te reguleren etc (zie ook verder).

### **Kenmerk 4: Omgevingsafhankelijkheid**

Er is sprake van afhankelijkheid van de omgeving en interactie tussen de omgeving en de problematiek van de cliënt.

Gedrag: De licht verstandelijk beperkte cliënt is veelal meer en blijvend afhankelijk van zijn omgeving. Hiernaast staat de problematiek van de cliënt in verbinding met zijn context, waardoor deze de problematiek kan beïnvloeden.

### Behoeften:

- Betrek het netwerk en werk samen. Informeer de omgeving goed over de problematiek, behandeling en de omgangswijze/ondersteuning die de cliënt heeft.
- Ook vanwege het feit dat niet alle problematiek altijd geheel verdwijnt maar een blijvende, passende ondersteuning vraagt, zal aandacht aan de juiste omgang hiermee gegeven moeten worden. Na behandeling wordt gestreefd naar een 'warme overdracht' en goede nazorg.
- Behandeling vraagt dat de omgeving mee-verandert, zodat patronen die de problemen in stand houden worden doorbroken. Hierdoor is psycho-educatie aan het systeem nodig, maar soms ook mee-behandelen van het systeem.



- Soms ook hangt de problematiek dusdanig samen met de wijze waarop het wonen of het werk van de cliënt is georganiseerd dat een aanpassing van woon- of werkomgeving noodzakelijk is.
- Vanwege ontstane problemen tussen cliënt en zijn netwerk, of het ontbreken van een adequaat netwerk, is het ook belangrijk in de behandeling aandacht te besteden aan met maken, versterken en/of herstellen van het netwerk van de cliënt.

### **Kenmerk 5: Gebrekkige zelfredzaamheid, praktische vaardigheden en organisatievermogen**

Cliënten kunnen zich nog onvoldoende handhaven in de maatschappij, bv. m.b.t. wonen, werken/ dagbesteding en vrije tijd.

Gedrag: Praktische vaardigheden schieten vaak te kort om het eigen leven en huishouden draaiende te houden, te zorgen voor een goede daginvulling en adequate vrije tijdsbesteding. Maatschappelijke voorzieningen worden onvoldoende bereikt. Men heeft vaak moeite om de zaken goed te organiseren, bv zodat men op tijd is voor afspraken. De planning en vaardigheden die dit vraagt (bijvoorbeeld op tijd vertrekken, openbaar vervoer) zijn soms een (te) hoge berg.

#### Behoeften:

- Het competentiemodel geeft handvatten bij het aanleren van praktische vaardigheden, door taken in deeltaken en vaardigheden in deelvaardigheden te delen en aan te leren.
- Bied ondersteuning bij de toeleiding, coördinatie en afstemming van zorg. Belangrijk is om de cliënt hierbij te begeleiden, stapsgewijs vaardigheden te oefenen, goede uitleg te geven en niet af te haken als een cliënt een keer niet komt opdagen. Ondersteuning bij planning en organisatie is vaak nodig om te voorkomen dat bv ambulante behandeling strandt door no-shows.
- Bij klinische opname moet worden gewaakt voor hospitalisatie (vooral na een opname langer dan een jaar); praktische vaardigheden worden zoveel mogelijk in stand gehouden en uitgebreid.

### **Kenmerk 6: Over-/ondervraagd**

Als gevolg van een wisselwerking tussen de eigen beperkingen en de inadequate reacties van de omgeving zijn de cliënten vaak al op jonge leeftijd onder grote emotionele druk komen te staan. Overvraging, overbescherming en onderstimulatie komen veel voor als een reactie op een niet-normale ontwikkeling. Reactiepatronen die overigens heel voorstelbaar zijn wanneer een kind zich niet normaal ontwikkelt en men zich zorgen maakt of zoekt naar de juiste bejegening. Gevolg hiervan is dat cliënten veelal niet op hun juiste niveau zijn aangesproken, wat vaak ook nog wordt bemoeilijkt door de disharmonische profielen, de onzichtbaarheid in het uiterlijk of het verbergen van de beperkingen door de cliënt zelf, die de inschatting kunnen misleiden.

Gedrag: Overvraging kan leiden tot (faal)angsten, onzekerheid, irreële ambities/toekomstperspectief en stress. De grote hoeveelheid stress die mensen met een verstandelijke beperking ervaren is een belangrijke oorzaak voor de hoge prevalentie van gedragsproblemen en psychopathologie (bv depressie, psychotische decompensatie). Onderschatting kan leiden tot onderontwikkeling, onzekerheid, afhankelijkheid en onzelfstandigheid. Men heeft geen reëel beeld van de eigen (on)mogelijkheden en competenties.

### Behoeften:

- Goed inzicht in de sterkere en zwakkere kanten is nodig om te kunnen aansluiten bij de bejegening- en begeleidingsbehoeften. Het laagste niveau (veelal sociaal-emotioneel) moet hierbij het vertrekpunt zijn, terwijl de sterkere kanten voldoende moeten worden geactiveerd.
- De bejegening moet het midden houden tussen bevoogding en autonomie. Het is belangrijk de cliënt niet te overvragen maar ook niet te onderschatten. Niet als kind benaderen, overnemen waar nodig en loslaten waar mogelijk. E.e.a. kan ook variëren mbt de behandelfase waar de cliënt zich in bevindt. In de loop van het proces zal de begeleidende houding zich ontwikkelen van begrenzen naar ondersteunen en coachen. Soms moet er ook bemoeizorg zijn.
- In de omgang zijn de volgende houdingsaspecten van belang: eenvoudig, duidelijk, eenduidig, respectvol, acceptierend en op ontwikkeling gericht. Tevens gericht op het vergroten en/of herstellen van de eigenwaarde en identiteit.
- Samen met de cliënt bijstellen van toekomstverwachting, conform zijn mogelijkheden.

### **Kenmerk 7: Lichamelijke problematiek**

Cliënten hebben veelal onvoldoende kennis en vaardigheden opgedaan met betrekking tot hygiëne (zelfzorg, omgevingszorg), gezondheid (voeding, lichaamsbeweging, roken, drank, drugs) en seksualiteit (kennis van het lichaam, risico's op SOA's/ HIV). Zij zijn onvoldoende voorgelicht en hebben onvoldoende kunnen profiteren van scholing en reguliere preventieprogramma's. Ook zijn ze verminderd in staat hun eigen gedrag te sturen of gebruik te maken van de juiste voorzieningen.

Gedrag: Cliënten vertonen risicovol gedrag vanwege onvoldoende kennis van juiste handelingswijzen en de gevolgen van gedrag, zoals ongezonde leefstijl, het niet juist inschatten van lichamelijke signalen (waardoor ziektes, aandoeningen, zintuigproblemen, etc laat aan het licht komen) en risicovol seksueel gedrag. Gevolgen kunnen zijn dat er somatische problemen of ziektes zijn ontstaan, zoals diabetes, hepatitis, tandbederf, afhankelijkheid van medicatie, overgewicht etc. Hiernaast brengen genetische afwijkingen veelal (risico op) somatische problematiek met zich mee.

### Behoeften:

- Op maat gesneden voorlichtings- en preventieprogramma's.
- Hulp en ondersteuning bij ADL, aanleren van vaardigheden (bv. m.b.t. zelfzorg, weerbaarheid, gezond leven, maaltijdbereiding, beweging etc.).
- Medisch onderzoek en behandeling.

### **Kenmerk 8: Basisveiligheid**

Cliënten zijn vaak in het verleden (pedagogisch en/ of affectief) verwaarloosd, (seksueel) mishandeld, er zijn problemen met de hechtingsrelaties en ze hebben veel negatieve levenservaringen opgedaan. Bij veel cliënten is daarom sprake van (basis)onveiligheid en (faal)angst.

Gedrag: Deze gevoelens kunnen op verschillende manieren worden geuit, bv door zich terugtrekken, somberheid, agressief gedrag, slechte hantering van eigen en andermans grenzen, aantrekken en afstoten in relaties, onevenwichtig gedrag, gedrag gericht op afwijzing en wantrouwen etc.

### Behoeften:

- Bied basisveiligheid middels een stabiel contact of stabiel afdelingsklimaat. Structuur, ritme, regelmaat en betrouwbaarheid kan worden geboden door o.a. vaste afspraken, dagprogramma's, toegang tot voldoende gekwalificeerd personeel en hun professionele optreden. Hiernaast zijn stimuleren, controleren en voorbeeldgedrag belangrijk.
- Ook is de wijze waarop ingevoegd wordt bij de cliënt en hoe de relatie met de cliënt wordt gehanteerd van belang. Dit is niet eenvoudig bij cliënten met een fundamenteel wantrouwende opstelling. Het uittesten van grenzen is voor de cliënt noodzakelijk om te komen tot een zekere mate van vertrouwen. Hierbij zal je op juiste wijze grenzen moeten stellen om het vertrouwen te vergroten.
- In eerste instantie is een vriendelijk-zakelijke bejegening van belang, zodat je als betrouwbaar wordt ervaren. In een later stadium kan bezien worden of een meer persoonlijke bejegening en het opbouwen van vertrouwen mogelijk wordt.
- Overmatig optimisme kan contraproductief werken, evenals een erg warme of relatiegerichte bejegening. Waak voor fantasieën over het ongedaan maken van opgelopen schade in het leven van de cliënt. Een attitude gekenmerkt door veel aanraken, knuffelen etc. zal eerder contraproductief werken. Vooral als men erg angstig is, ernstige hechtingsproblemen heeft e.d. heeft men meer behoefte aan een meer zakelijke en ordenende bejegening.
- Cliënten zijn vaak niet in staat adequaat om te gaan met afstand-nabijheid in relaties tot anderen, hierbij is het van belang om de juiste grenzen en afstanden aan te geven.
- De regie ligt te allen tijde bij begeleiding, wat niet inhoudt dat cliënten geen (beperkte) keuzemogelijkheden krijgen, afhankelijk van de draagkracht. Problematisch gedrag heeft vaak te maken met angstige onzekerheid. Een belangrijke behoefte van de cliënten betreft veiligheid en stevigheid, dat wil zeggen een omgeving die niet wijkt voor angstig agerend gedrag en die op een voorspelbare en stevige, kordate, niet wijkende en niet vermijdende manier weet te reageren op hun gedrag.
- Het is belangrijk continuïteit te bieden in de behandeling en de cliënt niet te bevestigen in zijn gedrag dat zich richt op afwijzing.

### **Kenmerk 9: Handelingsonvrijheid**

De meeste cliënten hebben langdurig en veelvuldig in het verleden ervaren dat de omgeving geen antwoord had op hun gedrag en zich vermijdend of irrationeel ging opstellen. De stoornis is soms zodanig dat de cliënt niet meer in de eigen woonomgeving gehandhaafd of behandeld kan worden. Er kan sprake zijn van uitstotingsprocessen, loyaliteitsconflicten, verdeelde teams, e.d. Met andere woorden: er is een situatie ontstaan waarin het gedrag van de cliënten een hoge appèlwaarde gekregen heeft.

Gedrag: Het gedrag van de meeste SGLVG-clieënten wordt gekenmerkt door 'wederzijdse onvrijheid'. Hiermee wordt het volgende bedoeld: cliënten gedragen zich, alsof ze nauwelijks keuzes hebben ten aanzien van gedragsalternatieven. Hun gedrag lokt vaak een zelfde reactie uit van de omgeving, die vaak een vergelijkbare onvrijheid voelt als de cliënt. De cliënten vertonen gedrag waarop de gewone hulpverlening geen antwoord heeft en hun gedrag werkt daarbij sterk ontregelend op de omgeving. Vaak heeft de omgeving langdurig geprobeerd manieren te vinden om met het moeilijke gedrag om te gaan en niet zelden is uitputting opgetreden.

### Behoeften:

- Het gedrag van veel cliënten roept reacties op van de omgeving die herhalingen zijn van hoe men eerder op het gedrag van de cliënt gereageerd heeft. Een zelfde reactie vertonen

betekent, dat je het gedrag van de cliënt mede in stand houdt. Streef er dan ook naar deze herhalingen in de interactie die de cliënt afdwingt te doorbreken. Hiervoor is het nodig dat de omgeving in de eerste plaats 'anders-dan-standaard' reageert, m.a.w. geen complementaire reactiepatronen. De meest krachtige methode is de reactie die gekenmerkt wordt door een wat langere latentietijd en een reactie die anders is dan de reactie die altijd gegeven is op het stereotype appèlgedrag van de cliënt.

### **Kenmerk 10: Motivatiekortoren**

Als er bij de omgeving veel spanning is geweest rondom de gedragsproblematiek alvorens de cliënt behandeld wordt, gebeurt het niet zelden dat de cliënt tijdens de behandeling maar al te graag vergeet wat de problemen waren. Daarnaast zijn er motivatieproblemen omdat eerdere behandelingen zijn mislukt, cliënten negatief denken over hun eigen vermogen tot verandering en het vermogen van hulpverleners om hen hierbij te helpen. Lijdensdruk en probleembesef zijn soms gering en cliënten kunnen zich gestuurd voelen. Wat ook een rol kan spelen is dat cliënten soms geen reëel beeld van zichzelf hebben met betrekking tot hun toekomstperspectief; men heeft een te hoge verwachting van zichzelf en de toekomst waarbij de reflectie op en acceptatie van problemen en beperkingen gering is. De afweer om over een meer realistische toekomst te praten, komt de motivatie niet ten goede. Tot slot is er niet zelden sprake van problemen welke een structureel gemis aan samenhang/coherentie verraden – structureel: namelijk als uiting van een (min of meer) duurzame verstoring in de onderlinge afstemming van affecten, gevoelens, waarnemingen, cognities en operationele vermogens. Zo willen de meeste cliënten veranderen maar tegelijkertijd willen ze ook erg graag hetzelfde blijven omdat ze bang zijn voor verandering of omdat loslaten van het probleem ook betekent dat er iets verloren gaat (bijvoorbeeld verlies van vrienden, ook al hebben zij een negatieve invloed). Zo kan de motivatie voor verandering gering zijn, maar voor behandeling is het echter wel noodzakelijk dat de cliënt een bepaalde inspanning levert, bijvoorbeeld door op tijd op afspraken te verschijnen en hiervoor te reizen of door deel te nemen aan het behandelprogramma. Het is dan ook belangrijk voldoende aandacht te besteden aan het vergroten van de motivatie.

Gedrag: Cliënten hebben vaak een gering probleembesef en beperkte zelfreflectie. Er is sprake van weerstand (tegen behandeling, tegen verandering), externaliseren, bagatelliseren en ontkennen. In de kern is er vaak (onbewuste) angst, die vaak wordt overschreeuwd (bravoure gedrag, agressie) of vermeden (ontkennen, middelengebruik). Er is streetwise gedrag en weerstand tegen hulp. De motivatie om te gaan werken aan de problemen is veelal gering en instabiel. Het zijn vaker de mensen uit het netwerk van de cliënt of hulpverleners die om advies of therapie verzoeken dan de cliënt zelf. Te weinig motivatie leidt tot no-shows en onvoldoende therapietrouw.

### Behoeften:

- ➔ Voor behandeling is het noodzakelijk met de angstige kant van de cliënt contact te maken en te behandelen opdat de cliënt de inadequate vormen van coping ook niet meer/minder nodig heeft. Een goede therapeutische relatie (vertrouwen) is essentieel om door de weerstand heen te breken.
- ➔ Om dit te bereiken is het nodig tot gezamenlijke doelen te komen. Om vervolgens samen met de cliënt aan zijn doelen te werken. Belangrijk is dat er dialoog met de cliënt plaatsvindt, aangesloten wordt bij de door de cliënt zelf ervaren problemen en conflicten op te lossen. Ga tijdens de eerste behandel fase vooral samen met de cliënt op zoek naar de ervaren problemen en laat hem zelf de incongruenties en lastigheden in zijn/haar waarneming en beleving ontdekken. Zo ontstaat er een gezamenlijk veranderingsmotief, waar de cliënt achter staat. Het is belangrijk steeds helder te houden wat het probleem ook

alweer was waarvoor men in behandeling is. Om het doel helder te houden, moet er planmatig worden gewerkt (werkplannen).

- Er is tevens aandacht nodig voor het actief betrokken houden van de cliënt bij zijn behandeling, bijvoorbeeld door het aanwezig zijn van de cliënt bij evaluatiebesprekingen, te werken met persoonlijke werkmappen, SMART-werkdoelen, het bieden van ondersteuning bij huiswerk, het stimuleren van actief bezig zijn met de generalisatie van geleerde vaardigheden etc. Tevens zal het supportsysteem bij de behandeling betrokken moeten worden, zodat veranderingen worden bekrachtigd en ondersteund.
- Een cliënt kan alleen veranderen als er perspectief is. Het is belangrijk voor hem, dat er doelen en interventies zijn die hem aanspreekt waarbij hij het idee heeft dat hij er beter van wordt. Hier bestaat echter altijd het risico van zogenaamde pretpakketten, waar bij de motivatie om aan moeilijker zaken zoals het gedrag te werken snel vermindert. Het gezamenlijk creëren van een reëel perspectief, passend bij de eigen (on)mogelijkheden, en hieraan werken middels duidelijke fases in de behandeling versterkt de motivatie.
- Andere motivatieverhogende aspecten zijn keuzemogelijkheden in het programma, trainingen op terreinen die voor de cliënt belangrijk zijn, zoals zelfredzaamheid (koken, huishoudelijke vaardigheden), financiën en werk (arbeidstraining, mogelijkheden voor werkervaringsplaatsen). Blijvend motiveren is van belang door: afwisseling in bezigheden, zelfvertrouwen opbouwen, kleine, succesvolle stapjes, begeleider als hulp-ego, niet afwijzen, volhouden en opnieuw beginnen.
- Hiernaast dragen bepaalde gesprekstechnieken (motiverende gespreksvoering), gezamenlijk perspectief creëren en ego-versterkend werken (succeservaringen, positieve bekrachtigers) bij aan het versterken van de motivatie.

### **Kenmerk 11: Regressie**

Klinische opname van cliënten met een relatief vroege problematiek, een zwakke basis in de persoonlijkheid, brengt altijd enige regressie met zich mee: cliënten gaan zich 'jonger' gedragen dan ze zijn. Een te grote mate van regressie leidt tot onbehandelbaarheid en toename van gedragsproblemen.

Gedrag: Bekend is dat mensen in de puberteit en vroege adolescentie zich anders gedragen in klinische settings, en anders behandeld moeten worden dan jongere kinderen en volwassenen. Voor hen is het belangrijk te kunnen onderduiken in een groep, waarbij vaak de belangrijkste taak van begeleiding is het beïnvloeden van groepsprocessen. Omdat onze cliënten functioneren op een verstandelijke leeftijd die lager is dan hun kalenderleeftijd en omdat elke klinische situatie in meerdere of mindere mate geneigd is regressie op te roepen, bestaat een risico op terugval naar 'opgaan in de groep' en zich als individu onzichtbaar maken. Dit speelt extra sterk bij de vele cliënten met een relatief onrijpe persoonlijkheidskern en hechtingsproblemen.

#### Behoeften:

- Het probleem van de complicerende werking van regressie, dient gehanteerd te worden door zo min mogelijk gebruik te maken van groepsprocessen en zoveel mogelijk gebruik te maken van individuele behandelstrategieën, bv individuele benadering, sturing in groepsmomenten, gebruik van directieve technieken, taakgerichte werkwijze, humor, haalbare perspectieven schetsen, stapsgewijze behandeling. Ook het hanteren van verschillende fasen in behandeling is een middel om regressie tegen te gaan.

### **Kenmerk 12: Negatief zelfbeeld**

Door hun beperkingen, levenservaringen, overvraging en problemen is er veelal sprake van een negatief zelfbeeld.

Gedrag: Cliënten denken negatief over wie ze zijn en wat ze kunnen. Soms weerhoudt ze dat om iets aan te pakken, bij anderen leidt het tot somberheid of probleemgedrag. Het maakt cliënten ook kwetsbaar voor de (negatieve) invloed van anderen, bv omdat ze bij een bepaalde vriendengroep willen horen.

Behoeften:

- Het is van groot belang dat gekeken wordt naar de positieve kanten van de cliënt: wat kan hij wel en wat kan hij leren. Hierbij is van belang dat hij succeservaringen op doet.
- Hiervoor is het nodig de doelen haalbaar te stellen en oog te hebben voor de beperkingen van de cliënt. Aansluiten bij de mogelijkheden en niet overvragen, faalervaringen werken negatief.
- Het is van belang aandacht te hebben voor het verwerken en accepteren van de boodschap dat er sprake is van een verstandelijke beperking.
- Omdat men zich vaak afgewezen voelt, is het belangrijk dat men zich geaccepteerd voelt als persoon, ondanks zijn beperkingen en problematisch gedrag. Stimuleer het zelfvertrouwen door positieve feedback, aanmoediging en bekrachtiging van gewenst gedrag.

### **Kenmerk 13: Beperkingen in emotie- en agressieregulatie**

Veel cliënten hebben moeite emoties en agressie te (h)erkennen en deze op adequate wijze te reguleren.

Gedrag: Cliënten kunnen slecht onderscheid maken tussen verschillende soorten emoties. Ze voelen niet wanneer ze boos worden, maken het onderscheid tussen bang, verdrietig en boos niet goed of hebben geen ander gedragsrepertoire dan te reageren met (verbale/fysieke) agitatie of agressie. Men kan zich onvoldoende bewust zijn van (eigen) grenzen en/of men kan hier niet naar handelen.

Behoeften:

- Mbt de emotieregulatie is het van belang goed te observeren en hier rekening mee te houden. Wat je ziet is niet altijd wat er werkelijk speelt, probeer de gevoelens achter gedrag te achterhalen. Door middel van feedback geven hieromtrent (gevoelens benoemen, doorvragen) kan de cliënt leren emoties te kennen, herkennen en adequaat te uiten.
- Mbt agressieregulatie zoekt men met de cliënt uit welke gevoelens, gedachten en gedrag in oplopende stadia leiden tot agressie. Vervolgens worden handelingsalternatieven per fase gezocht en geoefend (bv gesprekje, even tot rust komen, etc). De signaleringsplanmethode is hierbij helpend.
- Volgen van de specialistische behandelprogramma's waarbij hier uitgebreid aandacht aan wordt besteed.

### **Kenmerk 14: Probleemgedrag in brede vorm**

Er is sprake van internaliserend en/of externaliserend probleemgedrag. De oorsprong van de problematiek kan gelegen zijn in de persoon zelf, diens omgeving en/of in de interactie tussen individu en omgeving. In een tamelijk groot aantal gevallen moet probleemgedrag opgevat worden als een uiting van onzekerheid of angst. Dit is deels verbonden met de verstandelijke beperking. Deze brengt immers doorgaans een leergeschiedenis van faalervaringen met zich

mee, en een negatief zelfbeeld. De voorgeschiedenis kenmerkt zich door een lange lijst van problemen: dikwijls is er sprake van vroegtijdige gedrags- en ontwikkelingsproblemen. De verstandelijke beperking wordt amper onderkend of te laat, soms ook genegeerd. Men heeft vaak eerdere pogingen tot behandeling ondergaan en deze zijn niet of onvoldoende geslaagd. Probleemgedrag kan doorgaans ook opgevat worden als een resultante van een proces waarin cliënt gepoogd heeft te overleven, zijn problemen op te lossen, te komen tot zingeving e.d.

Gedrag: Het probleemgedrag kent vele vormen: vormen van storend gedrag, slechte zelfcontrole en lichamelijke agressie tegen personen (schoppen, bijten, slaan, krabben, vechten, c.q. verwondingen toebrengen), dwangmatigheid, verbale agressie (gillen, schreeuwen, schelden), manipuleren of benadelen van de omgeving (bedreigen, uitspelen), destructief gedrag (vernieling, gooien), zichzelf pijn doen en/ of verwonden (suïcidepogingen, automutilatie), ontremde seksualiteit (aanranding, verkrachting, pedofilie, incest), teruggetrokken, angstig, somber of vreemd gedrag, verslaving (alcohol, drugs, gokken), criminaliteit (stelen, brandstichting), onhanteerbaar zwerfgedrag, zich geheel onttrekken aan begeleiding, etc. Er kan sprake zijn van psychiatrisch te duiden beelden met daaruit voortkomend probleemgedrag, zoals: stemmingsstoornissen, depressie, psychotische of neurotische toestandsbeelden, angststoornissen, problemen met impuls- en agressieregulatie, contactstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen. Er kunnen psychiatrische complicaties van somatische stoornissen en genetische afwijkingen zijn, vastgelopen problematiek in verband met levensfase, sociale problemen, etc.

Behoeften:

- Elke problematiek vraagt zijn eigen bejegening en behandelinterventies. Deze is terug te vinden in de individuele behandelplannen. Bijvoorbeeld: Mensen met autistiforme problematiek hebben behoefte aan vaste volgordes van dagindeling, plaatsen en tijden, duidelijke afspraken en structuur. Veranderingen kunnen angsten oproepen en behoeven voorstructurering en ondersteuning. Bij een Borderline persoonlijkheidsstoornis is het noodzakelijk steeds te zoeken naar een goed evenwicht tussen afstand en nabijheid. Bij psychotische beelden is het vaak van belang de hoeveelheid prikkels (tijdelijk) te reduceren. En regelovertredend gedrag vraagt om grenzen, afspraken, veiligheid, consequenties en ervaringsleren.
- Er kan sprake zijn van noodzaak tot gebruik van psychofarmaca.
- Psycho-educatie m.b.t. de cognitieve beperking en gedragsproblematiek of psychiatrische stoornis en de mogelijkheden en onmogelijkheden van de cliënt.

**Kenmerk 15: Risicovol-/delictgedrag**

Er is sprake van risicovol gedrag en/of (risico op) delictgedrag.

Gedrag: Er bestaat gevaar voor de omgeving en/of de cliënt zelf. Het gevaar kan fluctueren.

Behoeften:

- Structurele en dagelijkse risicotaxatie en risicomanagement.
- Analyse van delictgedrag door middel van delictanalyse en delictscenario.
- Behandeling van dynamische risicofactoren (criminogene factoren).
- Afwegen wanneer het nog verantwoord is ambulant te behandelen of wanneer klinische opname geïndiceerd is.
- De-escalerende bejegeningstijl, preventief werken, vroeg-interventies, samenwerking met cliënt en netwerk. Vanwege sterke fluctuaties in het gedrag van de cliënt, is voortdurende alertheid van de omgeving vereist.

- In klinische opname kan structuur, regelmaat, dagprogramma, toezicht en de permanente aanwezigheid van voldoende gekwalificeerd personeel en hun professionele optreden stabiliserend en de-escalerend werken. Hierbij wordt gewaakt voor repressie.
- Er kan sprake zijn van cliënten die gedwongen moeten verblijven en waarbij het vanwege gevaarscriteria nodig is (in kader wet BOPZ) om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen, zoals gedwongen verblijf op een gesloten afdeling, beperken van bewegingsvrijheid, afzonderen, separeren, fixeren of dwangmedicatie. Dit alles in proportie en wanneer er sprake is van gevaar of dreiging daarvan voor zichzelf en/of anderen.
- De cliënten inzicht geven in het waarom van het toepassen van de vrijheidsbeperkende maatregelen is belangrijk. Evenals het bieden van perspectief/het uitbreiden van bewegingsvrijheid als het gevaar is geweken of het gedrag acceptabel bevonden om uit te breiden in vrijheden.

### **Kenmerk 16: Fluctuerende hulpvraag**

De problemen, het probleembesef, de hulpvraag, motivatie tot verandering en risico's kunnen sterk wisselen.

Gedrag: Sommige cliënten vallen telkens terug in ernstig probleem- en/of delictgedrag. Hierbij kan er sprake zijn van wisselende omstandigheden die leiden tot nieuwe problemen of ontwrichting van het evenwicht (bv ontslag, zwangerschap, schulden, terugval in middelengebruik of problemen in het netwerk). Stabilisatie is vaak moeilijk te bereiken en er kunnen terugkerende crisissituaties zijn. Soms is er risico op maatschappelijke teloorgang en ernstige handelingsverlegenheid bij de omgeving of overlast. Soms is er geen vaste woonplek; cliënten verblijven binnen de maatschappelijke opvang of zwerven op straat. De complexiteit van problematiek maakt dat de hulpverlening deze cliënten niet altijd voldoende bereikt of er kan sprake zijn van zorgmijndend gedrag door de cliënt. Vanwege deze dynamiek van de problematiek kan er sprake zijn van vele no-shows, kan de behandeling (herhaald) onderbroken worden en kan deze lang duren.

#### Behoeften:

- Er kunnen op verschillende momenten verschillende behandelelementen nodig zijn. Ook kan het vragen om wisselende contactfrequentie of wisselende deskundigen, afhankelijk van de toestand. Dit vraagt flexibiliteit van hulpaanbod en standvastigheid van hulpverleners.
- Er kan behoefte zijn aan langdurige intensieve begeleiding, gericht op stabilisatie en motivatie, herstel van de basis (ADL), regulatie decompensaties en bemoeizorg.
- Als de cliënt stabiel functioneert, bied dan individuele, outreachende en herstel ondersteunende behandeling en begeleiding vanuit het brede multidisciplinaire team.



## Bijlage 2

### Interventies en methodieken voor (SG)LVG-behandeling (mede) ontwikkeld door de SGLVG-behandelcentra

interventie/methodiek	betrokken partijen	publicatie	erkenning
'Ge-zonder leven' <i>behandelprogramma voor middelengebruik en verslaving</i>	Trajectum De Borg	2009	
'Minder vaak uit de bocht' <i>zelfmanagementtraining bij risicovol gedrag</i>	Dichterbij	2011	
'Sterker dan de kick' <i>motivatietraining bij verslavingsproblematiek</i>	Dichterbij	2013	2015, door Erkenningscommissie Gedragsinterventies Gehandicaptenzorg
'Grip op agressie' (klinisch) <i>behandelprogramma voor ernstig agressief (delict)gedrag</i>	Trajectum De Borg Van Montfoort KFZ	2013	2013, door Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie
idem (ambulant)	Trajectum	2015	
'Weet wat je kan' <i>module psycho-educatie</i>	Trajectum KFZ	2015	2015, door Kwaliteit Forensische Zorg
'Helpers en Helden' <i>schematherapie voor (forensische) cliënten</i>	Trajectum De Rooyse Wissel KFZ	2016	2016, door Kwaliteit Forensische Zorg
'Als seks niet klopt' <i>seksuele educatie bij risico op ouderschap</i>	Trajectum	2016	
'Motiverende gespreksvoering voor cliënten met LVB'	Trajectum Univ. Utrecht Windesheim	2016	
'Pas op de grens' <i>ambulant behandelprogramma voor seksueel grensoverschrijdend gedrag</i>	Trajectum De Waag KFZ	2017	

interventie/methodiek	betrokken partijen	publicatie	erkenning
'Handreiking Risicomanagement LVB'	Trajectum Fivoor KFZ	2017	
'SGG' <i>klinisch behandelprogramma voor seksueel grensoverschrijdend gedrag</i>	De Borg	in voorbereiding	
'Tijd voor veiligheid' (seeking safety) <i>groepsmodule voor cliënten met trauma en verslaving</i>	Trajectum Tactus Pluryn Radboud Universiteit KFZ	in voorbereiding	