

Vakwerk!

*Handboek voor begeleiders 24-uurs-zorg die werken met cliënten
met een lichte verstandelijke beperking en ernstige
gedragsstoornissen en/of psychiatrische aandoeningen*

Tweede druk



Redactie:
Jacqueline Roos
Robert Didden
Bas Steenbergen

Hogeschool



van Arnhem en Nijmegen

de Borg 

Colofon

Deze publicatie is een gezamenlijke uitgave van
HAN VDO Nijmegen en Expertisecentrum De Borg

ISBN 978-90-814818-2-3

Redactie: Jacqueline Roos, Robert Didden, Bas Steenbergen

Productie: Simone Lensink

Vormgeving: Studio Langezaal, Odijk

Druk: Bergdrukkerij, Amersfoort

Eerste druk juli 2010
Tweede druk februari 2013

Copyright De Borg 2010. Niets uit deze uitgave
mag vermenigvuldigd en/of openbaar worden
gemaakt zonder toestemming van De Borg.

Vakwerk!

*Handboek voor begeleiders 24-uurs-zorg die werken met cliënten
met een lichte verstandelijke beperking en ernstige
gedragsstoornissen en/of psychiatrische aandoeningen*

Tweede druk



*Redactie:
Jacqueline Roos
Robert Didden
Bas Steenbergen*

Hogeschool



van Arnhem en Nijmegen

de Borg 

Inhoud

9	•••	VOORWOORD	
		<i>Jan Fidler en Nico Overvest</i>	
11	•••	INLEIDING	
		<i>Jacqueline Roos, Robert Didden en Bas Steenbergen</i>	
17	•••	DEEL A De Cliënt	
19	•••	01	
		••• CLIËNTEN IN BEELD	
		<i>Jacqueline Roos</i>	
27	•••	02	
		••• KRUIP IN DE HUID VAN JE CLIËNT; DE MENS ACHTER DE CLIËNT	5
		<i>Bas Steenbergen</i>	
33	•••	03	
		••• PERSOONLIJKE TOEKOMST PLANNING	
		<i>Ilse van Esch en Bas Steenbergen</i>	
43	•••	04	
		••• FUNCTIEPROFIEL	
		<i>Jacques Heykoop</i>	
53	•••	DEEL B De Behandeling	
55	•••	05	
		••• BEHANDELVISIE (FORENSISCHE) SGLVG	
		<i>Jacqueline Roos</i>	

- 63 06 **OBSERVATIE EN DIAGNOSTIEK**
Ankie Swinkels en Gert-Jan Verberne
- 73 07 **HET THERAPEUTISCH KLIMAAT**
Jacqueline Roos en Aniet Bruininks
- 85 08 **BEJEGENING**
Robert Didden
- 95 09 **WERKEN IN TEAMVERBAND**
Bas Steenbergen, Jacqueline Roos en Robert Didden
- 101 10 **BASISMODULES: PSYCHO-EDUCATIE EN VAARDIGHEIDSTRAINING**
Joke Slagter
- 109 11 **SPECIALISTISCH THERAPEUTISCHE MODULES**
Hilde Niehoff
- 117 12 **RISICOTAXATIE EN RISICOMANAGEMENT**
Bernadette Lutjenhuis
- 123 13 **SIGNALERINGSPLANNEN**
Frans Fluttert
- 133 14 **THERAPEUTISCHE INTERVENTIES**
Jose Huls

143	15	MEDISCHE EN PSYCHIATRISCHE ZORG
		<i>Mariet Clerkx</i>
151	16	TRANSFER NA BEHANDELING
		<i>Peter Franssen</i>
161		Deel C De Organisatie
163	17	PROFESSIONALISERING VAN BEGELEIDINGSTEAMS
		<i>Annouschka Roos</i>
171	18	FINANCIËN EN BEDRIJFSPROCESSEN
		<i>Nico Overvest</i>
177	19	MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELINGEN
		<i>Nico Overvest</i>
185	20	WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK
		<i>Robert Didden</i>
191	21	WETGEVING EN JURIDISCH KADER
		<i>Wim van Geffen</i>
203		PERSONALIA

VOORWOORD 2e DRUK

Tot ons genoegen constateren wij dat er nog steeds een grote belangstelling is voor dit in 2010 verschenen boek *Vakwerk! Handboek voor begeleiders 24-uurs-zorg die werken met cliënten met een lichte verstandelijke beperking en ernstige psychiatrische aandoeningen en/of gedragsstoornissen*.

Er zijn inmiddels 1000 exemplaren uitgegeven en nog altijd voldoet het aan een behoefte. Reden voor het bestuur van Stichting De Borg om te besluiten tot het uitgeven van een tweede druk. De vormgeving van deze tweede druk is nieuw. Inhoudelijk zijn er geen wijzigingen aangebracht ten opzichte van de eerste druk.

Wij vertrouwen er op dat dit handboek zijn weg blijft vinden naar begeleiders en studenten die zich willen verdiepen in de behandeling en begeleiding van SGLVG-cliënten, in uiteenlopende sectoren van zorg, justitie en onderwijs.

8

Den Dolder, januari 2013

Jacques Martini
Voorzitter Stichting De Borg

Adri Benschop
Manager De Borg

VOORWOORD

Met gepaste trots presenteert Stichting De Borg *'Vakwerk! Handboek voor begeleiders 24-uurs-zorg die werken met cliënten met een lichte verstandelijke beperking en ernstige psychiatrische aandoeningen en/of gedragsstoornissen'*. De bijdrage van de begeleiders 24-uurs-zorg is essentieel in de kwaliteit van de klinische behandeling. Deze vaklieden realiseren het therapeutische behandelklimaat, waarmee zij een belangrijke bijdrage leveren om probleemgedrag te verminderen en de cliënten te ondersteunen om geleerde nieuwe vaardigheden toe te passen in het dagelijks leven. Vanwege dit belang investeren de Borginstellingen sinds 2003 in samenwerking met HAN VDO Opleiding en Advies (Hogeschool Arnhem en Nijmegen), in een leergang voor de begeleiders 24-uurs-zorg. Door deze leergang is in de loop der jaren gemeenschappelijke kennis ontwikkeld omtrent de vele aspecten van de functie begeleiders 24-uurs-zorg. Kennis die we nu, samen met de HAN VDO, presenteren in dit handboek.

Dit handboek is geschikt voor begeleiders en studenten die in uiteenlopende contexten (gaan) werken met SGLVG-cliënten. Voor begeleiders in de sector voor verstandelijk gehandicapten, binnen gevangenissen, de (forensische) psychiatrie en de (justitiële) jeugdinrichtingen. Daarnaast denken we dat dit handboek goed gebruikt kan worden in het HBO onderwijs en diverse vormen van vervolgonderwijs.

9

Wij vertrouwen er op dat dit handboek een belangrijke ondersteuning biedt voor het werk van de begeleiders 24-uurs-zorg en dat het daarnaast een bijdrage levert aan de professionalisering van het beroep.

Verbetering van de zorg voor en de behandeling van cliënten met deze complexe problematiek is van meet af de hoofddoelstelling geweest van de samenwerkende lidinstellingen van De Borg: Trajectum, Altrecht, Ipse de Bruggen en Dichterbij. Als derdelijns voorziening gaat het daarbij niet alleen om het verbeteren van de kwaliteit van de behandeling door de Borginstellingen, maar ook om een bijdrage te leveren aan de zorgketen als geheel. De gedegen beschrijving van de doelgroep in het boekje 'Doelgroep in beeld' (2006) en de 'Behandelvisie (forensische) behandeling SGLVG' (2008) bleek in dit verband in een behoefte te voorzien. Met dit handboek willen de Borginstellingen opnieuw een concrete bijdrage leveren aan de kwaliteit van de bejegening en behandeling van deze bijzondere groep cliënten.

We danken de auteurs en in het bijzonder de redactie voor het vele werk dat verzet is.

Jan Fidler
Voorzitter Stichting De Borg

Nico Overvest
Manager De Borg

00

*Jacqueline Roos
Robert Didden
Bas Steenbergen*

Inleiding

11

SGLVG-cliënten (Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt) zijn bijzondere mensen met complexe behandelvragen. Bijzonder, omdat het mensen zijn met een lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafd intelligentieniveau, die door verschillende oorzaken de grip op hun leven zijn kwijtgeraakt. Dat komt tot uiting in ernstige gedragsproblemen, ontwrichting van het (gezins)systeem en problemen op gebied van wonen, werken en vrije tijd. Complex, omdat naast de verstandelijke beperking altijd meer oorzaken en invloeden een rol spelen bij het ontstaan van de problematiek dan het lage intelligentieniveau. Voorbeelden zijn psychiatrische en/of gedragsstoornissen, te late (h)erkenning van de verstandelijke beperking, langdurende overvraging door de omgeving of door de cliënt zelf en een beperkt en ongunstig sociaal netwerk en opvoedingsgeschiedenis. Vaak zijn er problemen als gevolg van verslaving en is er sprake van risicovol gedrag waardoor men soms een gevaar is voor zichzelf en/of de omgeving.

Het specialisme SGLVG-behandeling^[1] werd door de overheid voor het eerst erkend in 1988. Sindsdien wordt er door vijf erkende SGLVG-behandelcentra nauw samengewerkt om opgebouwde expertise te delen en de kwaliteit van hulpverlening te vergroten. Deze vijf instellingen zijn: Trajectum-Hoeve Boschoord te Boschoord, Trajectum-Hanzeborg te Zutphen, Altrecht/Wier te Den Dolder, Dichterbij te Oostrum en Ipse de Bruggen te Zwammerdam. In 1999 heeft die samenwerking geleid tot de oprichting van Stichting De Borg, een landelijk samenwerkingsverband van de vijf instellingen, dat zich richt op de ontwikkeling en innovatie van diagnostiek en behandeling en het verrichten van wetenschappelijk onderzoek om de effectiviteit en kwaliteit van de zorg en behandeling te verbeteren. De afgelopen jaren is steeds meer erkenning gekomen voor de moeilijke situatie van de SGLVG-cliënt en de noodzaak van een specialistische behandeling. Nog steeds vallen veel SGLVG-cliënten tussen wal en schip. Dat betekent dat zij niet de optimale behandeling krijgen in andere sectoren waar deze cliënten in terecht komen, zoals geestelijke gezondheidszorg (GGZ; inclusief verslavingszorg), forensische zorg en reguliere verstandelijk gehandicaptenzorg. Het bijzondere van het SGLVG specialisme is dat het zich op het snijvlak van deze drie specialismen beweegt. In deel B van het handboek over behandeling zal dit nader worden toegelicht. Erkenning voor het belang van een goede behandeling voor deze doelgroep betekent ook aandacht voor de ontwikkeling van de professionaliteit van behandelaren en begeleiders van de cliënten die aan hun zorg zijn toevertrouwd. In Borg-verband is om die reden dan ook veel aandacht voor deskundigheidsbevordering van medewerkers en het verspreiden van kennis en kunde door middel van scholing aan partners in de zorgketens.

12

Begeleiders in de 24-uurs-zorg voor SGLVG-behandeling^[2] vervullen een belangrijke rol in de behandeling en in het proces van voortdurende verbetering van zorgverlening. Het zijn bij uitstek deze professionals die met huid en haar in het werk zitten en voortdurend in interactie zijn met (groepen) cliënten en andere professionals. De positie van de begeleider is uniek. Enerzijds moet hij/zij de begeleiding afstemmen op specifieke kenmerken van de cliënt, anderzijds op de afwegingen en voorschriften vanuit behandeling, zorg en beveiliging. Bovendien bewaken zij de continuïteit van de behandeling en vervullen zij een centrale rol in de coördinatie ervan. De begeleider heeft dus de opdracht de cliënt goed te kennen en in te spelen op diens wensen en behoeften. Hij moet als het ware in de huid van de cliënt kruipen. Deze opdracht is extra lastig omdat hij of zij dat moet doen in de complexe context van behandeling, begeleiding en begrenzing c.q. beveiliging van de cliënt. De unieke positie van de begeleider maakt dat aandacht voor de eigen professionele ontwikkeling onontbeerlijk is. Om deze reden is door De Borg in 2003 de 'leergang begeleider SGLVG' gestart. Het volgen van de leergang stelt de begeleider in staat zich de noodzakelijke competenties eigen te maken. Een logische volgende stap is het beschrijven van de benodigde en specialistische kennis van de begeleider binnen de SGLVG in een handboek.

Begeleiders zijn actief binnen verschillende speelvelden; zij besteden veel tijd en energie aan cliënten en hun directe relaties maar doen dat binnen een netwerk van professionals die op hun beurt worden ondersteund door één of meer organisaties. Op deze speelvelden hebben zij te maken met meerdere spelers: de cliënt, familie, professionals, managers en belanghebbenden binnen de samenleving (stakeholders). Begeleiders hebben met andere woorden met veel verschillende mensen te maken, met steeds wisselende spelregels en belangen, waardoor zij over verschillende typen kennis en kunde moeten beschikken. Om deze reden is gekozen het handboek vanuit drie invalshoeken uit te werken: A: de cliënt en cliëntensysteem, B: de professionele en behandelingscontext en C: de organisatorische en voorwaardelijke context voor de zorgverlening.

In **Deel A** wordt stil gestaan bij de vraag wie de cliënt is die de begeleider binnen de SGLVG context ontmoet. In het eerste hoofdstuk is gekozen voor een wetenschappelijke invalshoek. Binnen De Borg is onderzoek

[1] Daar waar in dit boek wordt gesproken over SGLVG, wordt tevens *forensische SGLVG* bedoeld.

[2] In dit boek worden zij verder met 'begeleiders' aangeduid.

gedaan naar de specifieke kenmerken van de doelgroep. Wie is de SGLVG-cliënt, welke kenmerken hebben zij gemeen en waarin onderscheiden zij zich van andere cliënten? In de daarop volgende hoofdstukken staan niet zozeer de opvattingen van de behandelaar of van de begeleider over de cliënt centraal maar gaan we in op persoonlijke kenmerken vanuit het perspectief van de cliënt. De uitdrukking 'kruip in de huid van je cliënt' dekt in deze nog het beste de lading. Hier staat de persoon van de cliënt centraal: het gaat dan onder andere om zijn of haar wensen en behoeften, de mensen die een rol in zijn of haar leven spelen, de toekomst en het verleden en op welke manier hij of zij het leven wil inrichten. In hoofdstuk 2 wordt aan de hand van casuïstiek de persoonlijke en unieke situatie van de cliënt nader toegelicht. In hoofdstuk 3 en 4 staat de methodische invalshoek centraal met de thema's Persoonlijke Toekomst Planning (PTP) en het Functieprofiel als onderdeel van de methode Heijkoop.

We hebben in dit deel voor deze verschillende invalshoeken gekozen omdat ze een goed evenwicht brengen in de beschrijving van de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. Beide zijn immers van belang in de behandeling: zoveel mogelijk aansluiten bij de mogelijkheden (competenties), voorkomen dat cliënten enkel met hun beperkingen geconfronteerd worden en cliënten leren met specifieke problemen en eigenschappen om te gaan.

Drie portretten

- » *SGLVG-cliënten hebben gemeen dat er bij hen sprake is van verstandelijke beperkingen, gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen. Deze probleemgebieden zijn echter allen zeer divers en leiden tot zeer uiteenlopende beelden. Hieronder drie voorbeelden. Het eerste voorbeeld betreft een verstandelijk beperkte vrouw, die langdurig is overvraagd en hierdoor agressieproblematiek heeft ontwikkeld. Het tweede voorbeeld betreft een cliënt met een stoornis in het autistische spectrum, die vooral verbaal verstandelijk beperkt is en leidt aan ernstige sociale aanpassingsproblemen. Tot slot een verstandelijk beperkte man met verslavingsproblemen en antisociaal gedrag, die heeft meegedaan aan een overval. Hiervoor heeft de rechter hem behandeling opgelegd.*
- » **Irene is 42 jaar en getrouwd.** Haar man is lasser en Irene doet thuis grotendeels het huishouden. Dit kost haar veel moeite. Ze kan het werk niet overzien en raakt er erg gestrest van. Ze denkt dat het beter zal gaan als ze zelf ook gaat werken, maar dat leidt tot vele conflicten met het uitzendbureau; Irene komt niet op tijd, laat soms helemaal verstek gaan en doet het werk niet nauwkeurig. Irene loopt op haar tenen en heeft het gevoel dat ze te kort schiet ten opzicht van haar man. Er is al langere tijd ambulante begeleiding voor Irene, maar de situatie loopt steeds verder uit de hand: ze doet veelvuldig beroep op haar huisarts, maar is tijdens consulten dwars en opstandig. Thuis loopt het meerdere malen uit op agressie: Irene slaat de boel kort en klein bij conflicten met haar man. Ze belooft steeds beterschap maar kan het niet volhouden. Haar nieuwe medicatie lijkt averechts te werken. Haar echtgenoot heeft er inmiddels genoeg van. Binnenkort hebben zijn ouders een feest en Irene wil daar perse heen, maar haar echtgenoot weet nu al dat dit voor alle partijen op een drama gaat uitlopen. Een discussie hierover loopt uit de hand en haar ambulante begeleider laat Irene voor opnamen op een SGLVG-afdeling als crisisplaatsing. Bij opname komt Irene overspannen over: ze trilt, wisselt snel van boos naar verdrietig en is niet voor rede vatbaar. Ze wil wel een paar dagen komen, om uit te rusten, maar alles moet volgens haar ideeën. Bij het eerste wat niet loopt volgens haar wens, toont ze ook op de groep agressie.
- » **Kevin is een man van 30 jaar.** Hij woont bij zijn moeder, maar vervuult daar en moeder is niet in staat hem achter zijn computer vandaan te krijgen, laat staan in bad. De ambulante werker, die de overbruggingszorg begeleidt, krijgt weinig contact met hem. Heel soms mag hij aan de muis van zijn computer zitten, maar daar blijft het bij. Met veel voorbereiding lukt het uiteindelijk om Kevin op te nemen. Op de groep wordt een teruggetrokken man gezien, die

weinig wil en kan. Hij heeft voortdurend hoofdpijn, waarvoor hij steeds paracetamol slikt en hij weigert langer dan een uur naar dagbesteding te gaan. Als hij iets niet begrijpt of het ergens niet mee eens is, belt hij zijn moeder, die vervolgens de begeleiders probeert te bewegen de eisen van Kevin in te willigen.

- » **Jos is 24 en wordt opgenomen met forensische titel.** Volgens hemzelf is hij ten onrechte opgepakt voor het delict, was het allemaal niet zo'n 'big deal' en zijn 'ze' er op uit om hem te pakken. Hij vindt niet dat hij verslaafd is. Ja, hij gebruikt wel eens wat, 'maar dat doet iedereen'. Hij is in het behandelcentrum omdat het moest van de rechter. Hij vindt het onzin, kan zijn eigen leven wel regelen en zal zijn tijd dan maar uitzitten. Jos komt stoer over, maar achter deze houding lijkt een onzekere man schuil te gaan, die graag vrienden wil hebben maar daar niet op adequate wijze in slaagt. In het criminele milieu lijkt hij vooral gebruikt te worden door zijn slimmere 'vrienden' als hulpje voor gevaarlijke klusjes.
-

Deel B gaat over behandeling en krijgt in het handboek de meeste nadruk. Hierin wordt de specifieke behandelcontext waarin de begeleider werkzaam is uitgewerkt. In hoofdstuk 5 wordt de behandelvisie en daarbij behorende opzet van de behandelprogramma's beschreven. In de daarop volgende hoofdstukken komen de elementen uit die behandelprogramma's aan bod. Het proces van de diagnostiek en observatie wordt beschreven in hoofdstuk 6. In het 7e hoofdstuk over het therapeutisch klimaat staan drie elementen centraal. Eerst wordt het begrip 'therapeutisch klimaat' met de drie leefsfieren nader toegelicht. Vervolgens worden er twee modellen gepresenteerd die gebruikt worden bij de vormgeving van het therapeutisch klimaat als behandelinstrument. In hoofdstuk 8 komt een belangrijk onderdeel daarvan aan de orde, namelijk de bejegening van de cliënt door de begeleiders. In hoofdstuk 9 worden de verschillende aspecten van het werken in teamverband beschreven, die een belangrijke voorwaarde zijn om een goed therapeutisch klimaat te creëren en te behouden.

14

In de daarna volgende hoofdstukken komen verschillende behandelelementen aan de orde: de basismodules (hoofdstuk 10), specialistisch therapeutische modules (hoofdstuk 11), risicomanagement (hoofdstuk 12) en signaleringsplannen (hoofdstuk 13), therapie en therapeutische interventies (hoofdstuk 14), medische c.q. psychiatrische behandeling (hoofdstuk 15) en de transfer na behandeling (hoofdstuk 16). De inhoud van de verschillende behandelelementen wordt beschreven, de plaats binnen de behandeling, het effect van de interventies en de rol van de begeleider, waarbij specifiek aandacht is voor de generalisatie naar het dagelijks leven. In ieder hoofdstuk wordt casuïstiek beschreven, bedoeld als praktijkverhalen ter verduidelijking van het gedrag van de cliënt en de rol van de begeleider. Het belang hiervan is dat de interventies en vormgeving van de behandeling voor iedere cliënt anders uitpakt en de begeleider mede zorg draagt voor 'het op maat' maken van de behandeldoelstellingen.

Individuele behandeltrajecten

- » *Aangezien de problematiek per cliënt zo verschilt, heeft elke cliënt een individueel afgestemde behandeling nodig met behandelinterventies en een behandeltraject die bij die cliënt passen. Om tot een juiste keuze te komen, is eerst goede observatie en diagnostiek nodig om te bezien wat er aan de hand is. De periode van behandeling, de inhoud van de behandeling, maar ook de uitkomst hiervan verschilt ook weer per cliënt. De een kan na een jaar behandeling weer op zichzelf wonen, de ander heeft na drie jaar behandeling blijvend behoefte aan een beschermde woonvorm.*
-

.....

» Tijdens de crisisperiode wordt met **Irene** overeenstemming bereikt over een behandeltraject. Hierbij wordt gezien dat de agressie van Irene ontstaat bij situaties die ze niet kan overzien en haar draagkracht beperkt is. Haar medicatie wordt herzien en samen met Irene en haar man wordt een signaleringsplan opgesteld. Gaandeweg de behandeling leert Irene herkennen en accepteren waar haar beperkingen, maar ook haar mogelijkheden zitten. Ook haar man krijgt inzicht in wat hij wel en niet van Irene kan verwachten, welke signalen duiden op spanningsopbouw en hoe hij daarop moet reageren. Na ontslag wordt Irene nog geruime tijd ondersteund door een ambulante begeleider om het geleerde in haar dagelijks leven toe te passen.

.....

» Met veel uitleg, structuur en begeleiding lukt het **Kevin** stap voor stap hoe je voor jezelf moet zorgen en leert hij deel te nemen aan dagbesteding. Zijn overmatige paracetamol-gebruik wordt afgebouwd. Zijn leven wordt wat rijker en meer gevuld met activiteiten, en hij heeft minder stress, hoewel hij hiervoor zeer gevoelig blijft. Kevin blijft afhankelijk van zijn omgeving en een op hem aangepaste begeleidingswijze. Hij gaat na de behandeling wonen in een woonvoorziening voor mensen met een autistische spectrumstoornis.

.....

» **Jos** komt er tijdens de behandeling achter dat hij moeilijk zonder zijn weed kan. Hij volgt het behandelprogramma verslaving; hierbij besluit hij dat hij wil stoppen, leert hij gaandeweg wanneer zijn trek naar weed toeneemt en hoe hij daar mee kan omgaan. Hij leert hoe hij anderen moet weigeren als hij iets niet wil en hoe hij op een andere manier vriendschappen kan maken en onderhouden. Hoewel het moeilijk blijft voor hem, kan Jos aan het einde van zijn behandeling beter naar zichzelf kijken. Hij gaat begeleid zelfstandig wonen en via jobcoaching vindt hij werk in de groenvoorziening.

.....

In **Deel C** tenslotte wordt de organisatorische context van de behandeling beschreven. Hier staan vragen centraal die ingaan op de noodzakelijke voorwaarden voor het borgen van de kwaliteit van de behandeling en daarmee bijdragen aan het bereiken van een beter bestaan van de cliënt. In hoofdstuk 17 staat het begrip 'professionalisering' van de begeleider 24-uurs-zorg centraal. In dit hoofdstuk wordt uiteengezet hoe het competentieprofiel samenhangt met het persoonlijke ontwikkelplan van de begeleider, met sturing op afdelingsniveau. Het speelveld van de begeleider wordt in hoge mate bepaald door financiële- (hoofdstuk 18) en juridische kaders (hoofdstuk 21) en maatschappelijke ontwikkelingen (hoofdstuk 19). De belangrijkste elementen worden beschreven, mede vanuit het perspectief van de begeleider. Een voorbeeld daarvan zijn de huidige ontwikkelingen binnen het forensische veld waardoor beleid ten aanzien van veiligheid, begrenzen en doorplaatsing hoog op agenda staan. Tenslotte wordt het belang van wetenschappelijk onderzoek verduidelijkt voor de kwaliteit van de behandeling en specifiek voor het werk van de begeleider (hoofdstuk 20).

Dit handboek is bedoeld voor begeleiders die werken met SGLVG-cliënten in een behandelcontext. Wij zijn van mening dat, gezien de vaak blijvende problematiek en blijvende behoefte aan specifieke ondersteuning, ook begeleiders binnen een SGLVG-wooncontext van de inhoud kunnen profiteren. Ook begeleiders van LVG met mildere problematiek kunnen waardevolle inzichten krijgen uit dit boek. Het handboek weerspiegelt de huidige kennis en kunde, verzamelt deze en is daarmee een document met de huidige stand van zaken van een beroepsgroep. Uiteindelijk met de bedoeling de behandeling te optimaliseren zodat cliënten beter in staat zijn hun leven inhoud en richting te geven.

Deel A: De Cliënt



01

Jacqueline Roos

CLIENTEN IN BEELD

19

In dit boek richten wij ons op behandeling van volwassenen met een lichte verstandelijke beperking en ernstige gedrags- en/of psychiatrische problemen. Deze groep wordt aangeduid met 'SGLVG', wat staat voor 'Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt'. Soms hebben cliënten een strafbaar feit gepleegd en worden zij mede daarom aangemeld bij een SGLVG-behandelcentrum. Deze groep wordt aangeduid met 'forensische SGLVG'.

1.1 Inleiding

De (forensische) SGLVG-doelgroep is zeer divers: er is sprake van verschillende ontwikkelingsniveaus, er kunnen verschillende soorten gedragsproblemen zijn alsmede verschillende soorten psychiatrische stoornissen. Wat cliënten naast de licht verstandelijke beperking gemeen hebben, is dat hun gedrag en psychisch functioneren ernstige problemen veroorzaakt op verschillende vlakken. Zo zijn er problemen in de woonsituatie: de cliënt wil bijvoorbeeld zelfstandig wonen terwijl hiertoe zijn vaardigheden tekort schieten en zijn huis vervuult. Of de cliënt woont in een begeleide woonvorm maar door zijn agressieve gedrag zijn de andere bewoners bang voor hem en de begeleiders weten niet hoe ze hiermee om moeten gaan. Er zijn ook problemen met werk en de invulling van de vrije tijd: de cliënt vertoont ongepast gedrag en wordt bijvoorbeeld steeds ontslagen of is niet meer welkom op de plaatselijke voetbalclub. Door verveling kunnen er andere problemen ontstaan, zoals drugs- en alcoholgebruik of criminaliteit. Tot slot is er vaak sprake van problemen in de sociale omgeving van de cliënt. De relaties in het gezin/netwerk zijn verstoord of de cliënt zorgt voor veel overlast in de buurt.

Veel cliënten hebben een gering besef van de eigen problemen en leggen de oorzaak/oplossing hiervan niet zelden buiten zichzelf. Bijvoorbeeld: ontslag komt 'omdat de baas niet deugt' en de cliënt ziet niet dat hij zijn gedrag zal moeten veranderen. Doordat de problemen elkaar beïnvloeden is het voor de cliënt en zijn omgeving soms niet meer duidelijk wat er aan de hand is en wat er moet gebeuren om de problemen te verminderen. Of ze zien het wel, maar willen of kunnen het niet veranderen. Zowel cliënt als omgeving hebben vaak al een lange tijd geprobeerd manieren te vinden om met het moeilijke gedrag om te gaan, maar de cliënt en zijn omgeving komen als het ware vast te zitten in actie- en reactiepatronen waar ze niet meer zelf uitkomen. Hierdoor lopen cliënt en betrokkenen uiteindelijk vast: er is sprake van uitputting en het tij kan niet meer worden gekeerd. De mogelijkheden en bereidheid om tot verandering te komen schieten te kort. Ook de motivatie tot behandeling is vaak gering, waarbij meespeelt dat eerdere pogingen tot behandeling of begeleiding zijn mislukt en cliënten pessimistisch zijn over hun eigen mogelijkheden om zich te ontwikkelen en de mogelijkheden van hulpverleners om hen te helpen.

In dit hoofdstuk wordt eerst ingegaan op wat een lichte verstandelijke beperking is en wat de gevolgen daarvan zijn. Vervolgens wordt een beschrijving gegeven van gedrags- en psychiatrische problemen die wij bij deze cliënten vaak tegenkomen. Tot slot wordt ingegaan op de factoren die een risico vormen voor het ontstaan van problemen bij mensen met een verstandelijke beperking.

1.2 Verstandelijke beperking

De cognitieve ontwikkeling of intelligentieniveau kan worden vastgesteld door middel van een intelligentietest. Uit de test volgt een intelligentiequotiënt (IQ). Ligt dit tussen de 85 en 115, dan is er sprake van een (beneden) gemiddelde intelligentie. Bij een IQ hoger dan 115 spreken we van boven-gemiddelde intelligentie. Boven de 130 is er sprake van hoogbegaafdheid, onder de 50/55 van matige tot ernstige en diepe verstandelijke beperking. Bij de SGLVG-doelgroep is er bij de meeste cliënten sprake van een IQ tussen 50/55 en 85.

Deze groep bestaat weer uit twee groepen:

- **Bij een IQ 50/55-70/75 spreken we van een lichte verstandelijke beperking.** De ontwikkeling van de verstandelijke vermogens (het 'denken', ook wel het 'cognitieve ontwikkelingsniveau' genoemd) vertoont dan veel gelijkenissen met dat van normaal begaafde kinderen tussen 6 en 12 jaar (Didden, Collin & Curfs, 2008). Tegenwoordig wordt voor het stellen van de diagnose 'lichte verstandelijke beperking' ook als

voorwaarde gesteld dat de cliënt moeite heeft op het gebied van zelfredzaamheid, zoals gebruik maken van het openbaar vervoer of doen van boodschappen (ook 'sociale redzaamheid' of 'adaptief functioneren' genoemd). De beperkingen moeten zijn ontstaan voor het 18e levensjaar. Als de verstandelijke beperking is ontstaan op volwassen leeftijd, bijvoorbeeld doordat een ongeluk of ziekte heeft geleid tot een hersenbeschadiging, spreekt men van 'Niet-Aangeboren-Hersenletsel' (NAH).

- **Bij een IQ van 70/75-85 spreken we van zwakbegaafdheid.** Hoewel er dan officieel geen sprake is van een verstandelijke beperking, vertoont de wijze waarop deze mensen leren veel overeenkomsten met de wijze waarop mensen met een lichte verstandelijke beperking leren. Hierdoor profiteren zij soms beter van behandeling die voor mensen met een lichte verstandelijke beperking is ontwikkeld dan van reguliere behandeling en rekenen wij hen om die reden ook tot de doelgroep van SGLVG-behandeling. De behoeften aan zorg en begeleiding van beide groepen komen sterk overeen.

Een intelligentietest bestaat uit verschillende onderdelen die verschillende cognitieve functies meten, zoals geheugen, ordenen, inzicht, redeneren, rekenen, algemene kennis etc. Bij de SGLVG-doelgroep zien we dat er meestal sprake is van een onevenwichtige opbouw van het intelligentieprofiel. Cliënten zijn bijvoorbeeld beter in het *doen* ('performaal IQ') van bepaalde taken, zoals een puzzel maken, dan in het *denken* en verwoorden van opgedane kennis ('verbaal IQ'); bij andere cliënten is het andersom. Ook kunnen er verschillen zitten in deelgebieden van de intelligentie, wat dan blijkt uit een wisselende score op de verschillende onderdelen van een intelligentietest (subtests). Dit noemen we 'profiel'. Zo zien we bijvoorbeeld cliënten laag scoren op een subtest die werkgeheugen meet en hoog scoren op informatieverwerking. Het is dus belangrijk om, naast de totaalscore, ook altijd goed te letten op de scores op de verschillende onderdelen van een intelligentietest. Zodoende kunnen sterke en zwakke kanten van een cliënt aan het licht komen. Soms kunnen we uit een profiel aflezen of er sprake is van bijzondere problemen, zoals autisme, ADHD of neuropsychologische problemen.

21

Uit onderzoek bij De Borginstellingen komt naar voren dat we van slechts 13% van de cliënten de oorzaak van de verstandelijke beperking kennen (Tenneij & Koot, 2006). Toch is het belangrijk te zoeken naar de oorzaak. Bij sommige genetische afwijkingen is namelijk bekend welk gedrag hiermee samenhangt en welke behandelmogelijkheden er zijn. Dit geeft duidelijkheid aan de cliënt zelf, zijn begeleiders en aan bijvoorbeeld zijn ouders over de (on)mogelijkheden in de toekomst, de benodigde begeleiding of lichamelijke risico's. Zo weten we bijvoorbeeld dat het Prader-Willi syndroom samengaat met een verstandelijke beperking, onverzadigbare eetlust, dwanghandelingen en woede-uitbarstingen, en dat er streng toezicht nodig is op het eetpatroon. En dat het bij het Williams syndroom belangrijk is het hart en de nieren te onderzoeken en cliënten tevens te begrenzen in hun enthousiasme om met anderen sociale contacten aan te knopen; dit laatste kan een risico vormen voor misbruik door anderen.

Gevolgen van een verstandelijke beperking

Een van de belangrijkste gevolgen van een verstandelijke beperking is een specifieke leer- en denkstijl (Ten Wolde, Le Grand, Slagter & Storms, 2006). Ten eerste hebben cliënten vaak moeite met *abstract denken*. Dit veroorzaakt problemen in het denken in tijd en ruimte. Bijvoorbeeld: men kan zich moeilijk iets voorstellen bij 'over een paar maanden' of men kan de weg niet vinden in een groot gebouw. Vooral rekenen maar ook lezen kan de nodige moeite kosten en datgene wat in één situatie is geleerd, past men niet automatisch toe in andere situaties (generalisatie). Ook hebben cliënten moeite met het overzien van oorzaak-gevolg relaties en gevolgen van keuzes. Het leren en denken is meer gericht op het hier en nu en op datgene wat men zich concreet kan voorstellen. Ten tweede zijn de *metavaardigheden* (vaardigheden om het eigen leerproces te sturen) vaak beperkt. Cliënten hebben moeite te reflecteren op gedachten, gevoelens, problemen, keuzes en oplossingen.

Hierdoor hebben zij minder goede strategieën om problemen op te lossen, zien zij niet altijd in wat de gevolgen zijn van het eigen handelen en leren zij niet goed van gemaakte fouten, waardoor gemaakte fouten worden herhaald (Van Nieuwenhuijzen & Elias, 2006).

Ten derde is het *denktempo* van cliënten vaak lager: er is meer tijd nodig om informatie te verwerken. Ook kan er minder flexibiliteit in het denken zijn, wat aanpassing aan verschillende situaties belemmert. Ten vierde is er veelal sprake van minder begrip van taal. Cliënten hebben bijvoorbeeld moeite met ingewikkelde woorden en lange zinnen, zij nemen spreekwoorden letterlijk of begrijpen het spreekwoord niet, en het cynisme of ironie in een opmerking pikken zij niet op. Dit kan bij hen leiden tot problemen om een boodschap goed te ontvangen (receptief) of onder woorden te brengen (expressief). Ten vijfde zijn er vaak problemen met de *innerlijke taal*: het denken en spreken in zichzelf is belemmerd. Het gevolg is dat cliënten moeite hebben met het gedrag te plannen en te sturen door middel van innerlijke spraak. Deze moeilijkheden kunnen de communicatie belemmeren, bijvoorbeeld het onder woorden brengen van een gedachtegang of het vasthouden en afwikkelen ervan.

Een zesde kenmerk heeft betrekking op problemen met de *informatieverwerking*. Cliënten hebben moeite om structuur aan te brengen in de informatie die zij krijgen; het rangschikken, groeperen en categoriseren van informatie verloopt moeizaam. Vaak hebben zij ook minder oog voor details of letten zij juist te veel op details, zodat zij moeite hebben hoofd- en bijzaken te onderscheiden. De gevolgen zijn dat zij snel overspoeld worden door informatie en door de bomen het bos niet meer zien. Het is voor hen lastig de aandacht ergens op te richten en vast te houden. Er is ook een grotere kans dat zij een relatief onbelangrijk deel van een gesprek onthouden en het belangrijkste deel niet oppikken. Bijvoorbeeld bij een kennismaking- of opnamegesprek: de cliënt weet nog wel dat hij zijn radio mee mag nemen, maar is vergeten welke behandelaafspraken er zijn gemaakt. Er kunnen ook problemen zijn op het gebied van de *sociale informatieverwerking*: cliënten hebben moeite om complexe sociale situaties goed te overzien of begrijpen. Zij hebben moeite om het gedrag van anderen juist in te schatten, reacties van anderen worden verkeerd begrepen en zij weten niet wat er van hen verwacht wordt, waardoor de vereiste sociale vaardigheden onjuist, op verkeerde momenten of helemaal niet worden toegepast (Ten Wolde e.a., 2006). Ook zijn cliënten geneigd zich sneller te focussen op letterlijk gesproken en negatieve informatie. Dit kan tot problemen in de sociale omgang leiden.

Ten zevende functioneert het *werkgeheugen* vaak minder goed. Dit werkgeheugen is verantwoordelijk voor het tijdelijk vasthouden van informatie. Cliënten slaan minder informatie op, de informatie blijft minder lang hangen en wordt minder goed naar het lange termijn geheugen getransporteerd. Dit geeft beperkingen op het gebied van het (schoolse) leren, zoals lezen en rekenen. Maar vooral in het dagelijks leven kan dit tot problemen leiden. Bijvoorbeeld: de cliënt wordt gevraagd op zijn kamer zijn tanden te poetsen en zijn bed op te maken, en bij terugkomst naar de groep zijn jas, schoenen en zwemspullen mee te nemen. De kans is dan groot dat een aantal van deze opdrachten niet wordt uitgevoerd of dat de cliënt helemaal niets doet. Hiernaast zijn cliënten vanwege een gebrekkig functionerend werkgeheugen beperkt in de verbale strategieën om dagelijkse problemen op te lossen (Janssen & Schuengel, 2006). Tot slot hebben zij ook problemen op het gebied van perspectief nemen en *'theory of mind'* (Janssen & Schuengel, 2006). Dit houdt in dat zij moeite hebben zich te verplaatsen in de belevingswereld (standpunten, emoties, beweegredenen) van een ander (empathie). Daarom is het voor hen moeilijk om het sociale gedrag van anderen juist te interpreteren en gaan zij er te snel van uit dat anderen geen goede bedoelingen hebben. Dit kan leiden tot schijnbaar egocentrisch en sociaal ongewenst en ongepast gedrag, het meer op de hoede zijn voor andere mensen en sneller negatief of vijandig op de ander reageren.

Het is niet zo dat alle bovenstaande kenmerken bij alle mensen met een verstandelijke beperking evenveel problemen opleveren. Bij mensen met een lichte verstandelijke beperking verlopen denkprocessen gemiddeld genomen moeizamer dan bij mensen die zwakbegaafd zijn. Zoals genoemd kan men ook verschillend presteren op verschillende gebieden. Cliënten kunnen bijvoorbeeld goed zijn met lezen maar nauwelijks in staat zijn om te leven in de gevoelens van een ander. Ook kan de (psychiatrische) problematiek samenhangen met de denkstijl. De sociale informatieverwerking van een cliënt met antisociale persoonlijkheidsstoornis en IQ 85 is anders dan die van een cliënt met een autistische spectrumstoornis en IQ 55. Daarom is het belangrijk altijd individueel naar cliënten te blijven kijken en rekening te houden met diens sterke en zwakke kanten.

1.3 Gedragsproblemen

Er is sprake van een gedragsprobleem als 'de gevolgen van het gedrag (potentieel) een bedreiging vormen voor het welzijn van de persoon in kwestie en/of anderen' (Didden, 2006). We spreken ook van een gedragsprobleem als het gedrag wordt ervaren als niet gepast of storend in de sociale context. Bij de beoordeling van de ernst van probleemgedrag wordt gekeken naar hoe vaak het voorkomt, hoe heftig het is en wat de gevolgen ervan zijn. Een van de tests die hierbij veel wordt gebruikt is de ABCL (Adult Behavior Checklist; zie hoofdstuk 20).

We spreken van *externaliserend* probleemgedrag als het gedrag vooral storend is voor de omgeving, terwijl *internaliserend* probleemgedrag vooral voor de cliënt zelf een probleem is. Voorbeelden van externaliserend probleemgedrag zijn: oppositioneel, vernielend en (verbaal/fysiek) agressief gedrag, manipulatief gedrag, hyperactief gedrag, sociaal onangepast en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Voorbeelden van internaliserend probleemgedrag zijn: misbruik van alcohol en drugs, zelfverwondend, teruggetrokken, angstig, dwangmatig gedrag, somber en vreemd gedrag.

23

Uit het onderzoek naar de doelgroep bij Borginstellingen (Tenneij & Koot, 2006) blijkt dat bij 90% van de cliënten er sprake is van meerdere vormen van probleemgedrag. Agressie/gewelddadigheid is het meest voorkomende probleemgedrag voorafgaande aan opname, het is bij driekwart één van de redenen voor verwijzing (bij een aanzienlijk deel ook de belangrijkste). Bij 42% is er sprake van problemen met middelengebruik. Een deel van de doelgroep komt vanwege hun probleemgedrag in aanraking met justitie. Er is dan sprake van delictgedrag zoals geweld, stelen of brandstichten. Tussen 2004 en 2006 bleek dat ongeveer één derde van de cliënten van Borginstellingen in het verleden een delict heeft gepleegd en dat bij ongeveer één vierde sprake was van een indexdelict (d.w.z. het delict is mede aanleiding tot opname, de forensische SGLVG). Het vermoeden is dat het plegen van strafbare feiten bij steeds meer cliënten voorkomt.

1.4 Psychiatrische stoornissen

Onder psychopathologie ('leer van de psychische ziekten'; uit het Grieks: 'psychè' is geest en 'pathos' is pijn) verstaan we een afwijkend patroon van gedragingen dat gepaard gaat met lijden en problemen in het functioneren. Er is lijdensdruk. Het lijden kan op de persoon zelf en/of op de omgeving betrekking hebben. Er is sprake van een psychiatrische stoornis als 'de intensiteit en frequentie van bepaalde, met elkaar optredende gedrags- en emotionele problemen afwijkend zijn' (Didden, 2006). Het dagelijks functioneren van de persoon wordt hierdoor aanzienlijk belemmerd. De diagnose wordt gesteld door een psychiater of gedragsdeskundige, waarbij wordt gekeken naar hoe vaak het afwijkend gedrag voorkomt, hoe heftig het is en

wat de gevolgen van de gedrags- en emotionele problemen zijn. Hierbij is het ook belangrijk wat de gevolgen zijn in het dagelijks functioneren en hoezeer de cliënt er last van heeft. De stoornis wordt geclassificeerd aan de hand van criteria die te vinden zijn in bijvoorbeeld de DSM (psychiatrische stoornissen; zie hoofdstuk 15).

Voorbeelden van psychiatrische stoornissen zijn: aandachts- en gedragsstoornissen, misbruik van alcohol en drugs, pervasieve ontwikkelingsstoornissen, psychotische stoornissen, stemmingsstoornissen, angststoornissen etc. Uit bovengenoemd onderzoek van Tenneij en Koot komt naar voren dat bij 66% van de SGLVG-doelgroep sprake is van één zo'n stoornis en bij 25% van twee stoornissen. Hiernaast zijn er de persoonlijkheidsstoornissen, waarbij iemand in zijn hele doen en laten een onaangepast gedrags- en denkpatroon heeft ontwikkeld. Voorbeelden zijn: antisociale persoonlijkheidsstoornis en borderline persoonlijkheidsstoornis. Bij 31% van de SGLVG-doelgroep is er sprake van zo'n persoonlijkheidsstoornis.

Net als bij normaal begaafde mensen kunnen alle soorten stoornissen zich voordoen bij mensen met een verstandelijke beperking. De stoornissen uiten zich ongeveer op dezelfde manier bij mensen met een lichte verstandelijke beperking als bij hun niet-beperkte leeftijdgenoten. Bij de diagnostiek van een psychiatrische stoornis moet er wel rekening mee worden gehouden dat de klachten soms wel wat anders naar voren kunnen komen. Soms kan het ook lastiger zijn om diagnoses te stellen, bijvoorbeeld als de diagnose afhangt van hoe de cliënt zijn gedachten en gevoelens verwoordt.

1.5 Risicofactoren

24 Mensen met een verstandelijke beperking hebben een grotere kans op het ontwikkelen van emotionele en gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen dan mensen met een gemiddeld intelligentieniveau (Didden e.a., 2008). Uit onderzoek bij kinderen en jongeren blijkt dat deze kans zelfs drie tot vier maal zo groot is (Dekker, Douma, De Ruiter & Koot, 2006). Hierbij kunnen er verschillende risicofactoren een rol spelen:

Biologische factoren

Een verstandelijke beperking kan worden veroorzaakt door biologische problemen zoals hersenbeschadigingen, genetische afwijkingen of syndromen. Deze factoren brengen, naast de verstandelijke beperking, vaak ook andere problemen met zich mee, zoals lichamelijke problemen (bijvoorbeeld huidaandoeningen bij Tubereuze Sclerose Complex), kleine afwijkingen in het uiterlijk (bijvoorbeeld brede neus en uiteenstaande ogen bij Velo-Cardio-Faciaal syndroom), gedragsproblemen en/of psychiatrische stoornissen (bijvoorbeeld dwangmatig eten bij het Prader-Willi syndroom).

Verstandelijke beperking

Een van de gevolgen van de verstandelijke beperking is dat cliënten moeite hebben met leren en dat zij daardoor minder kennis en vaardigheden leren dan leeftijdgenoten. Met als gevolg dat zij minder in staat zijn zelfstandig hun leven in te richten. Hier komt bij dat de sociale en emotionele ontwikkeling kan achterblijven, soms verder dan je op basis van de cognitieve ontwikkeling zou verwachten. Je denkt bijvoorbeeld dat een cliënt gezien zijn niveau van cognitieve ontwikkeling van een 12-jarige in staat zou zijn de eigen kamer op te ruimen, zijn boze bui te beheersen in de supermarkt of een ruzie uit te praten; maar als de sociaal-emotionele ontwikkeling op het niveau van een 4-jarige ligt, lukt dat niet goed. Kortom: cliënten hebben minder (praktische, sociale, zelfzorg) vaardigheden en kunnen minder aan dan leeftijdgenoten. Dit leidt vooral tot problemen als er geen rekening gehouden wordt met de beperkingen door de cliënt zelf en/of zijn omgeving. De cognitieve beperking (die vooral bij zwakbegaafdheid niet gauw opvalt) en de achterstand in sociaal-emotionele

ontwikkeling is niet zelden lang over het hoofd gezien waardoor de cliënt langdurig is overvraagd. Ook hebben cliënten de neiging zichzelf te overvragen door dingen te doen die te hoog gegrepen zijn. Zij doen dan (te) veel faalervaringen op. Als de vaardigheden tekort schieten voor wat zij willen bereiken, kan dit leiden tot (zelf)overvraging, emotionele problemen (bijvoorbeeld somberheid, negatief zelfbeeld, geremdheid) en probleemgedrag (balans taken en vaardigheden; zie hoofdstuk 7).

Opvoedingsfactoren

Het tekortschieten van de pedagogische vaardigheden van ouders is een belangrijke risicofactor bij het ontstaan van probleemgedrag. Bij kinderen met een verstandelijke beperking komt het regelmatig voor dat er tevens sprake is van verstandelijke beperkingen bij hun ouders. Hierdoor is er meer kans op het tekortschieten van hun opvoedingskwaliteiten. Hierbij komt dat verstandelijk beperkte ouders ook niet zelden zelf problemen hebben, wat ook weer invloed heeft op hoe zij hun kind opvoeden en of hun kind zich goed ontwikkelt.

Hiernaast kan bij kinderen met een verstandelijke beperking het ontwikkelen van een gehechtheidsrelatie met ouders onder druk komen te staan (Vliegen, 2007). Dit kan te maken hebben met een verhoogde kwetsbaarheid van de ouder. Problemen rondom zwangerschap, het moeilijk kunnen verwerken van de diagnose of het zich niet gehoord voelen in het idee dat er iets met hun kind aan de hand is, zijn factoren die de ontvankelijkheid en beschikbaarheid van de ouder voor de emotionele behoeften van het kind kunnen verminderen. Aan de kant van het verstandelijk beperkte kind kunnen er ook factoren zijn die de ontwikkeling van de gehechtheidsrelatie negatief beïnvloeden. Zo kan het kind soms minder goed aangeven waar het behoefte aan heeft en is het gedrag voor de ouder(s) moeilijker 'afleesbaar', zoals bij kinderen met autisme, zodat het voor de ouder moeilijk te begrijpen is wat het kind nodig heeft. De kans op het ontstaan van hechtingsproblemen is des te groter als er sprake is van uithuisplaatsing(en), wat bij de SGLVG-doelgroep eerder regel dan uitzondering is. Het gevolg van hechtingsproblemen is onder andere dat er sprake is van basisonveiligheid en problemen met het reguleren van emoties.

25

Omgevingsfactoren

Mensen met een verstandelijke beperking lopen een hoger risico op te groeien in ongunstige gezins- en maatschappelijke omstandigheden. Niet zelden is er sprake van armoede in het gezin, versnipperde gezinnen of opgroeien in een achterstandswijk. De samenleving is complex, en er ligt nadruk op presteren. Hierdoor hebben mensen met een verstandelijke beperking moeite om zich staande te houden in de samenleving, wat een risicofactor is voor het ontstaan van probleemgedrag.

Veel cliënten met een lichte verstandelijke beperking hebben geen of weinig vrienden (Janssen & Schuengel, 2006) en gevoelens van eenzaamheid komen veelvuldig voor. Ze zijn kwetsbaarder voor pestgedrag, mede door de snellere 'keuze' voor negatief sociaal gedrag en gebrekkige empathie. Ook zijn ze gevoeliger voor de (negatieve) beïnvloeding van 'foute' (criminele) vrienden, bijvoorbeeld omdat ze graag ergens bij willen horen, hetgeen de kans op problemen vergroot. Doordat cliënten weinig mensen met een positieve invloed om zich heen hebben om op terug te vallen als er problemen zijn, ontbreekt er een belangrijke beschermende factor tegen het ontstaan van problemen.

Levensgebeurtenissen

Mensen met een verstandelijke beperking maken gemiddeld genomen meer stressvolle gebeurtenissen mee in hun leven; niet alleen als kind maar ook op latere leeftijd. Bij SGLVG-cliënten is de helft van de cliënten slachtoffer geweest van mishandeling, verwaarlozing of seksueel misbruik (Tenneij & Koot, 2006). Een grote groep SGLVG-cliënten (70%) blijkt al professionele hulp te hebben gekregen voor hun 18e en ongeveer de

helft is tussen hun 13e en 18e uit huis geplaatst. Hiernaast is er vaker sprake van falen op school en werk, gepest worden, gezinsproblemen etc. Deze stressvolle levensgebeurtenissen dragen bij aan de kans op ontwikkeling van emotionele en gedragsproblemen. Bekend is bijvoorbeeld dat mishandeling een sterke voorspeller is van agressief gedrag. Hierbij komt dat men ook minder goed in staat is om met stress om te gaan ('coping') (Janssen & Schuengel, 2006) door de cognitieve beperkingen, onrijpe persoonlijkheid en te kort aan assertieve oplossingsvaardigheden. Gevolg hiervan is dat op een probleem sneller met agressie, vluchtgedrag of passief gedrag wordt gereageerd.

Alle bovengenoemde factoren dragen ertoe bij dat iemand met een verstandelijke beperking kwetsbaarder is dan normaal begaafde leeftijdsgenoten en dus meer risico loopt om problemen te ontwikkelen. Maar het zijn slechts *risicofactoren*; een groot deel van de mensen met een verstandelijke beperking functioneert zonder problemen met of zonder enige vorm van (professionele) ondersteuning. De kans op het ontstaan van problemen blijkt groter te worden als het aantal risicofactoren toeneemt. Tevens speelt bij het wel/niet ontstaan van problematiek mee in hoeverre er sprake is van factoren die juist bescherming kunnen bieden, zoals een luisterend oor van de buurvrouw, pedagogisch vaardige ouders of vrienden met een positieve invloed.

Tot slot

Belangrijk is te beseffen dat ondanks de verstandelijke beperking en bijkomende problemen SGLVG-cliënten ook mogelijkheden hebben: zij zijn in staat nieuw gedrag en vaardigheden te leren indien er rekening wordt gehouden met hun specifieke leerstijl en als een aangepaste behandeling wordt geboden. Behandeling moet bestaan uit programma's die rekening houden met de specifieke leerstijl *en* waarbij aanpassingen worden gedaan aan de omgeving. Hiermee wordt bedoeld dat ook opvoeders en begeleiders hun manier van kijken en handelen moeten aanpassen aan de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. Na behandeling in een SGLVG-behandelcentrum zijn de meeste cliënten in staat te functioneren met een lichtere vorm van zorg/ondersteuning. Zij gaan bijvoorbeeld in een voorziening voor mensen met verstandelijke beperkingen wonen of krijgen ambulante begeleiding bij zelfstandig wonen.

26

Referenties

Dekker, M., Douma, J., De Ruiter, K., & Koot, H. (2006). Aard, ernst, comorbiditeit en beloop van gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen bij kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking. In: R. Didden (Red.), *In Perspectief. Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking* (pp. 21-40). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Didden, R. (2006). Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking: een inleiding. In: R. Didden (Red.), *In Perspectief. Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking* (pp. 3-20). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Didden, R., Collin, P. & Curfs, L. (2008). Psychopathologie bij mensen met een verstandelijke beperking. In: Vandereycken, W., Hoogduin, K. & Emmelkamp, P. (Red.), *Handboek Psychopathologie. Deel I Basisbegrippen* (pp. 613-637). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Janssen, C., & Schuengel, C. (2006). Gehechtheid, stress, gedragsproblemen en psychopathologie bij mensen met een lichte verstandelijke beperking: aanzetten voor interventie. In: R. Didden (Red.), *In Perspectief. Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking* (pp. 67-84). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Tenneij, N. & Koot, H. (2006). *Doelgroep in beeld*. Den Dolder: De Borg.

Ten Wolde, A.C., Le Grand, B., Slagter, J. & Storms, M. (2006). *Vaardig en Veilig. Behandeling van sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapte mensen met risicovol gedrag*. Boschoord: Hoeve Boschoord.

Van Nieuwenhuizen, M. & Elias, C. (2006). Probleemoplossingsvaardigheden en competentiebeleving van kinderen met een lichte verstandelijke beperking. In: R. Didden (Red.), *In Perspectief. Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking* (pp. 85-100). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Vliegen, V. (2007). Het ontstaan van de gehechtheidsrelatie. In: E. De Belie & F. Morisse (Red.), *Gehechtheid en gehechtheidsproblemen bij personen met een verstandelijke beperking* (pp.15- 38). Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

02

Bas Steenbergen

KRUIP IN DE HUID VAN JE CLIËNT: DE MENS ACHTER DE CLIËNT

27

In alle hoofdstukken van dit boek wordt de term 'SGLVG-cliënt' gebruikt. Vaak wordt deze term aangevuld met de mededeling dat dit mensen zijn met complexe problematiek, waarbij behandeling om verschillende redenen wenselijk of zelfs noodzakelijk is. De SGLVG-cliënt; wie is dat? Bestaat er een groep die gemeenschappelijke kenmerken heeft en die zo te typeren is?

2.1 De mens achter de cliënt

In het voorgaande hoofdstuk over cliëntkenmerken wordt dat immers betoogd. Het zijn mensen met een licht verstandelijke beperking, psychische klachten en gedragsproblemen, waarbij veelal verslaving een rol speelt. Het zijn ook mensen waar anderen het moeilijk mee hebben: de ouders, de partner, de mensen in de buurt, op school of op het werk of dagbesteding. Maar als de begeleider kennis heeft van deze specifieke kenmerken, is dat voldoende om met de SGLVG-cliënt om te kunnen gaan? Wij durven te stellen dat dit niet zo is en wel om de eenvoudige reden dat achter het label 'SGLVG-cliënt' een mens schuilgaat. Dat gegeven lijkt vanzelfsprekend maar in de praktijk schiet die 'mens achter de diagnose' er nog wel eens bij in. Zonder oog te hebben voor de mens achter het SGLVG-label zal de begeleider zijn of haar vak niet goed kunnen uitoefenen. In dit hoofdstuk staan we stil bij deze stellingname.

Een voorbeeld: Sam

Sam is 23 jaar en sinds 3 maanden opgenomen binnen een behandelafdeling van een Borg-instelling. Sam is volgens eigen zeggen 'uit de grote stad geplukt' waar hij rondzwierf en voor veel overlast zorgde. Hij was vervuild, had geen vaste woon- en verblijfplaats, nuttigde dagelijks veel alcohol en wiet. Hij is meermalen opgepakt wegens diefstal en de laatste keer wegens aanranding. Bij opname maakte hij een verwarde en ontremde indruk. Tot zover voldoet de casus aardig aan de kenmerken van de SGLVG-cliënt.

Nu een indruk van vroeger. Sam is 7 jaar. Hij heeft een flinke bos haar met donkere krullen en ziet er innemend uit. Zijn moeder brengt hem iedere dag naar school. Zij is Marokkaanse, 10 jaar getrouwd geweest met een Nederlandse man. Dit gaf veel problemen omdat haar familie geen Hollander accepteerde. Haar familie heeft haar uitgestoten. Mede hierdoor is ze nu gescheiden en langzaam aan heeft ook de Hollandse familie zich teruggetrokken. Ze staat er alleen voor en heeft haar hele leven aan Sam aangepast. Zij is dol op hem en probeert hem alles te geven wat nodig is. Op school gaat het zeer matig, hij maakt zijn taakjes niet en slaat zijn klasgenoten. Bovendien scheldt hij de hele dag en gebruikt hij schuttingtaal. Vreemd genoeg is iedereen gek op hem. Sam kan namelijk ook erg grappig en aandoenlijk zijn maar al met al is hij nauwelijks te handhaven. De juffrouw doet haar uiterste best om hem met extra begeleiding in de groep te houden. Sam heeft het ondertussen goed naar zijn zin en is dik bevriend met een klasgenootje. Als duo zijn ze onafscheidelijk maar een ramp voor de groep.

Nog een stap verder in de tijd. Sam is nu 17 jaar. Sinds twee jaar blowt hij veel. Jeugdzorg, maatschappelijk werk en nog 5 andere organisaties bemoeien zich met het gezin. Iedereen probeert Sam erbij te houden. Tenminste, als het goed gaat. Hij heeft woedeaanvallen en zoekt snel ruzie. Hij bedreigt nu ook zijn moeder, en zij is daar helemaal kapot van. Zij is wanhopig en houdt het niet lang meer vol. Sam leeft steeds meer op straat. Het is onduidelijk hoe het verder moet maar zelf maakt hij zich weinig zorgen. Hij heeft vrienden en heeft een beetje geld door handel in drugs. Hij ziet zijn toekomst met vertrouwen tegemoet. Sam heeft uitgesproken wensen: vakantie in Llorett de Mar, een vriendin, nieuwe Nikes en een frituurpan.

Helaas gaat het, zoals vaker bij jongeren met dit type problematiek, mis met Sam. Na nog een delict wordt hij gedwongen opgenomen in een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis. Daar stellen ze vast dat zijn verstandelijke vermogens beperkt zijn en men vermoedt een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Sam is niet gemotiveerd voor behandeling en nadat zijn functioneren is gestabiliseerd, gaat hij weer de straat op. Daar leidt hij steeds meer een zwervend bestaan totdat het weer fout gaat...

2.2 Luisteren naar zijn verhaal

De begeleider heeft een centrale rol in de behandeling. Naast de coördinerende taken maakt de begeleider deel uit van het leefklimaat. Men zou kunnen zeggen dat ze op de afdeling een beetje tot elkaar veroordeeld zijn, de begeleider en cliënten zoals Sam. Daarbij moet de begeleider zorgen voor een therapeutisch klimaat zodat Sam kan leren en oefenen. Maar hoe doe je dat als begeleider met iemand wiens interesses een frituurpan, Nikes, een vriendin en een vakantie in Llorett de Mar zijn? Hoe vertaal je dat naar behandeldoelen als 'motiveren voor behandeling' en 'leren omgaan met woedeaanvallen'. Hoe krijg je Sam zover dat hij mee gaat doen met activiteiten op de leefgroep, sociale vaardigheidstraining volgt en samen met de begeleider een signaleringsplan opstelt? Hoe betrek je de moeder van Sam en eventuele andere netwerkleden bij de behandeling? En hoe krijg je Sam bereid om zijn delict te bespreken met behulp van een risicotaxatie en een delictscenario?

Misschien nog meer dan andere medewerkers in het multidisciplinair team is de begeleider iemand, die in staat moet zijn de taal van de cliënt te spreken en die een vertaalslag kan maken naar de behandelomgeving. Van cliënt naar behandeling en van behandeling naar cliënt. En als de moeder van Sam een belangrijke rol speelt, zal de begeleider die vertaalslag naar behandeling ook met de familie moeten maken. Maar het is meer dan alleen de 'taal van de cliënt' kunnen spreken. Het is ook hem kunnen 'verstaan', waarachtig en met echte aandacht. Dat betekent dat de begeleider de cliënt niet alleen als cliënt of als SGLVG-er ziet maar vooral als mens, die net als iedereen mensenwensen heeft met gevoelens en gedachten die min of meer normaal zijn.

Waarom eigenlijk die Nikes? Wat bedoelt Sam daarmee, wat is zijn wens daarachter, wat drukt hij ermee uit? Wat vertelt zijn tatoeage 'love mama'? Begeleiders gaan naar dergelijke persoonlijke en individuele betekenissen op zoek. Vaak hoeven ze niet eens echt op zoek want het ligt bijna in de dagelijkse omgang met cliënten voor het oprapen. Toch is het soms moeilijk om de mens te ontdekken achter het label omdat cliënten brokstukken van verhalen en levensgeschiedenissen vertellen. Of omdat verhalen en gedrag niet met elkaar in overeenstemming zijn. Maar door goed te luisteren en aandacht te hebben kunnen begeleiders zienswijzen en betekenissen ontwaren en daarmee meer begrip en zicht krijgen op de persoon die zij voor zich hebben.

Bijvoorbeeld de Nikes van Sam. Uit Sam's verhalen aan medecliënten en begeleiders en uit de manier waarop hij zich kleedt, wordt duidelijk dat kleding en schoenen bijzonder belangrijk voor hem zijn. Hiermee onderscheidt hij zich van anderen volgens het gezegde 'kleren maken de man'. Er goed uitzien geeft Sam status en versterkt zijn zelfvertrouwen. Hij wil een baas zijn, een leider en met de Nikes laat hij dat aan de wereld en zichzelf zien. Of de frituurpan die hij, wanneer hij een eigen woning heeft, graag wil hebben? Wat drukt Sam daarmee uit, behalve wellicht zijn voorliefde voor frites en kroketten? Voor hem blijkt voeding gekoppeld aan ervaringen met zijn moeder. Altijd hamerde zijn moeder op halalvoeding en dat hij trouw moest zijn aan de moslimwetten. Sam haatte dat gezeur en bekeerde zich op straat al snel tot de snelle vette hap. Tegelijk heeft hij zijn moeder meer lief dan wie ook en trots laat hij zijn tatoeage zien. Ondanks de vele ruzies thuis, betekent zijn moeder alles voor hem. De herinneringen aan de ruzies geven hem veel verdriet en hij ziet nu ook dat je niet moet slaan en geen geld moet stelen maar hij moest altijd zoveel van zijn moeder. En die vriendin? Alle begeleiders binnen de SGLVG kennen de 'huisje-boompje-beestje wensen' van hun cliënten. Net als de meeste gewone burgers hebben ook onze cliënten wensen en dromen over hun toekomst, over vriendschap, liefde, een eigen huis, werk etc. Ook Sam heeft gewone mensen-wensen, zoals een vriendin, een eigen huis en misschien wel kinderen.

2.3 Narratief werken

Begeleiders luisteren naar de verhalen van cliënten, ze interpreteren hun gedrag en ze wisselen betekenissen uit. In jargon heet dat narratief of verhalend werken en dat doen begeleiders voortdurend, maar zijn zich hiervan niet altijd bewust (Bohlmeijer, Randall, Tromp & Stikkel, 2007). In het hoofdstuk over Persoonlijke Toekomst Planning en in het hoofdstuk over het Functieprofiel worden methoden beschreven die de begeleider helpen zicht te krijgen op 'de mens achter de cliënt'. Vragen als: wie heb ik voor me, waar komt hij vandaan, wat is belangrijk in zijn leven, wat zijn z'n plannen en ambities, wat is zijn ontwikkelingsniveau, kunnen met behulp van deze methoden gesteld en beantwoord worden.

Eerder stelden we dat de begeleider in staat moet zijn de taal van de cliënt te spreken en dit moet kunnen vertalen naar een behandelomgeving. Van cliënt naar behandeling en van behandeling naar cliënt. Een risico van begeleider-zijn is dat hij of zij enkel van behandelomgeving naar cliënt redeneert. Bijvoorbeeld, de cliënt heeft woedeaanvallen, het behandeldoel is dat de cliënt zijn woede uitingen leert beheersen en de begeleider ondersteunt de cliënt met therapeutische middelen zoals het therapeutisch klimaat, het signaleringsplan en vaardigheidstrainingen. Het risico bestaat dat deze middelen tot doel verheven worden, in die zin dat gedacht wordt dat alleen via deze weg gedragsverandering te bereiken is. Er is ook een andere route: inzoomen op de uitingen en verhalen van de cliënt en van daaruit proberen de brug naar behandeldoelen en behandelinstrumenten te slaan.

Begeleiders doen dat door drie dimensies te benutten: tijd, ruimte en competentie (Steenbergen & Van den Hout, 2004). Ten aanzien van de tijdsdimensie luisteren ze of de verhalen van cliënten gaan over vroeger (terug in de tijd), over de toekomst of het hier en nu. Uiteraard gaat het over accenten en begeleiders proberen door vragen te stellen een brug in de tijd te slaan bijvoorbeeld door cliënten uit te nodigen om vroeger en nu, of toekomst en nu aan elkaar te verbinden. De dimensie ruimte staat voor personen en plaats. Ook hier gaat het om doorvragen en luisteren naar informatie over wie belangrijke anderen zijn, wat deze mensen betekenen en wat de aard van de relatie is. Ook de plaats, de omgeving en de ruimte waar de handelingen plaatsvinden geven belangrijke informatie. Tenslotte de dimensie competentie: wat deed de cliënt in welke situatie, wat kon hij wel en wat niet, wat kan hij binnen de huidige context, wat was en is de kracht van zijn netwerk, welke competenties liggen daarin besloten etc.

In het geval van Sam betekent het dat de begeleider naar de verhalen over zijn moeder luistert en deze serieus neemt zodat ze als vertrekpunt van verdere begeleiding fungeren. De tatoeage is een mooi symbool en Sam staat nog steeds helemaal achter het symbool maar het lukt hem niet meer de brug naar zijn moeder te slaan. Want dat is wat hij wel wil; gewoon contact met zijn moeder en wellicht weer weekenden daar wonen. Hij beseft dat dit niet samen gaat met ruzie en geweld en dit kan voor de begeleider een goede aanleiding zijn het signaleringsplan erbij te pakken om te kijken of er soortgelijke uitlokkers van agressie benoemd zijn. Ook kan er een relatie met de sociale vaardigheidstraining gelegd worden. En zijn wensen en dromen over een vriendin en het 'huisje-boompje-beestje' beeld vormen een goede aanleiding om zijn gedroomde toekomst in zicht te krijgen en daar het behandelplan bij te betrekken; wat moet, wil en kan Sam leren om die richting op te kunnen gaan?

Tot slot

In dit hoofdstuk wordt vooral een pleidooi gehouden dat begeleiders waarachtig en echte aandacht voor de cliënt hebben. Dat betekent dat de begeleider hem niet louter als cliënt ziet of als SGLVG-er of als psychisch gestoorde maar als mens, die net als ieder ander mensenwensen heeft, met gevoelens en gedachten die min of meer normaal zijn.

Het narratief werken, zoals hierboven beschreven, waarin men luistert naar de verhalen van de cliënt, ze interpreteert en betekenissen uitwisselt, is een methode die het werk van de begeleider verrijkt. Deze manier van werken maakt dat je de cliënt beter en anders leert kennen, dat de begeleider vanuit meer perspectieven naar het gedrag van de cliënt leert kijken en dat behandelen nog meer mensenwerk wordt. Cliënten zullen zich beter begrepen en gehoord voelen vanwege de erkenning van hun unieke verhalen en ervaringen. Daarover met cliënten in gesprek zijn en ervaringen uitwisselen, bijvoorbeeld met behulp van de methodieken Persoonlijke Toekomst Planning verrijkt de uitwisseling tussen begeleider en cliënt. Het is niet hetzelfde als professionele beeldvorming of diagnostiek, ofschoon het diagnostiek wel raakt. Wij stellen dat deze benaderingswijze ook bijdraagt aan de behandelmotivatie van de cliënt en dat het daarmee een welkome aanvulling is op het handelingsrepertoire van de begeleider.

Referenties

Bohlmeijer, E., Randall, B., Tromp, T. & Stikkel, A. (2007). *Leerprogramma narratief werken. Toepassing in het hoger onderwijs.* Utrecht: Trimbos instituut.

Steenbergen, B. & Van den Hout, T. (2004). *Sturing vanuit de zorgvraag: casemanagement.* ZM-Magazine 7/8.

03

*Ilse van Esch
Bas Steenbergen*

Persoonlijke Toekomst Planning

33

De Person Centred Planning (PCP) is begin jaren '70 van de vorige eeuw ontwikkeld in de Verenigde Staten en heeft als doel de zelfbeschikking en autonomie bij mensen met een verstandelijke beperking te vergroten en te versterken. Door te werken met PCP kan worden ontdekt wat voor een cliënt belangrijk is in het heden en in de toekomst. Daarnaast kunnen, in samenwerking met het netwerk van de cliënt, de juiste interventies worden uitgezet. De PCP is vervolgens doorontwikkeld (O'Brien & O'Brien, 2000) en kent ondertussen tal van toepassingen met dezelfde kern: het zichtbaar maken van de persoonlijke communicatie, de behoeften, wensen en doelen van een cliënt. De Personal Future Planning (PFP) is één van die doorontwikkelde onderdelen van de PCP. In Nederland staat deze methode bekend onder de naam Persoonlijke Toekomst Planning (PTP) (Kröber & Van Dongen, 1997).

3.1 Algemeen

In de PTP staat de cliënt centraal. Met andere woorden, er wordt gekeken naar de totale persoon en niet enkel naar een zorgvraag of een specifieke behoefte. Centraal staat wie de persoon is, wat hij of zij wil en hoe hij of zij daarbij geholpen kan worden. PTP gaat verder dan alleen zorg of behandeling. Het gaat voor de betreffende cliënt over het zich meer bewust worden van de eigen leefwereld, over zelfbepaling en het zoeken naar wat betekenisvol is en vooral over hoe daarbij zelf in actie te komen. Voor mensen die erbij betrokken zijn, zoals familieleden en begeleiders, gaat het om leren luisteren, ontdekken wie de cliënt is, wat hij of zij wil, welke dromen en wensen hij heeft, over het zoeken van creatieve oplossingen en samen met de cliënt bepaalde doelen realiseren. Kenmerkend van de PTP is dat het op korte en langere termijn wordt uitgezet en daarom regelmatig bij betrokkenen wordt geëvalueerd en aangepast via de methodische cyclus (observeren, twijfelen, ideevorming, handelen, evalueren). In dat proces komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- de cliënt leren kennen (in algemene zin);
- herkennen en begrijpen hoe de cliënt (nu) in het leven staat;
- ontwikkelen van ideeën hoe de cliënt zijn/haar leven ziet in de toekomst;
- inventarisatie van mogelijke beperkingen en ideeën om die beperkingen op te heffen;
- gerichte acties nemen om naar dit toekomstbeeld toe te werken.

Eén van de kenmerken van de SGLVG-client is dat er meestal sprake is van een lange hulpverlenings-geschiedenis. Bij de meesten is er vanaf de vroege jeugd betrokkenheid van verschillende zorg- en hulpverleningsinstanties. Je zou kunnen stellen dat de doelgroep gekenmerkt wordt door een grote afhankelijkheid van zorg. In de PTP wordt uitgegaan van de aanname dat wanneer mensen afhankelijk zijn van zorg, er vijf gebieden zijn die bedreigd worden. Het zijn gebieden waarop mensen een stap terugzetten met betrekking tot hun kwaliteit van leven als er onvoldoende aandacht aan wordt besteed. Deze vijf gebieden zijn:

- **Plaats in de samenleving:** het delen van normale plekken en situaties (aanwezigheid in de samenleving op dezelfde tijd en op vergelijkbare manier als medeburgers; integratie).
- **Keuze en zeggenschap:** recht hebben om te kiezen, hoe groot of klein ook de keuze, ontwikkelen en versterken van autonomie.
- **Capaciteiten:** mogelijkheden en capaciteiten ontdekken en ontwikkelen van vaardigheden en versterken van competenties om betekenisvolle/zinnvolle activiteiten te verrichten.
- **Status en respect:** ondervinden van waardigheid, vervullen van sociaal gewaardeerde rollen en een plaats hebben in de samenleving.
- **Relaties:** het kunnen groeien in waardevolle relaties.
-

Deze gebieden zijn richtinggevend voor de bijeenkomsten met de cliënt en eventuele anderen die de cliënt ondersteunen. Met behulp van specifieke technieken en hulpmiddelen gaat de begeleider na wat op deze gebieden belangrijk is voor deze cliënt. Door de PTP methode brengt de begeleider niet alleen de huidige situatie van de cliënt in kaart, maar beïnvloedt hij ook diens kwaliteit van leven door het versterken van inzicht en keuzebesef ten aanzien van deze vijf gebieden.

3.2 De Persoonlijke Toekomst Planning - Onderzoek en beschrijving

De PTP methodiek start met het formeren van een groep rond de cliënt waarbij de methode wordt toegepast. Dit zijn voor de cliënt betekenisvolle anderen, de zogenaamde steungroepleden. In de regel hebben zij een

goede band met de cliënt en zijn zij bereid tijd te investeren in de zoektocht naar nieuwe mogelijkheden. Vaak zijn dat familieleden of kennissen maar in een SGLVG-behandelcontext heeft een begeleider (of persoonlijk begeleider) meestal deze rol. Dat komt omdat het familienetwerk van veel cliënten niet of in beperkte mate is in te zetten in het kader van de behandeling. Binnen de SGLVG-doelgroep zien we regelmatig dat er binnen het gezin sprake is van systeemproblematiek of dat de familie gedurende de verschillende opnames en samenhangende problemen gedeeltelijk is afgehaakt. Ondanks deze situatie blijft, ook binnen de SGLVG, het uitgangspunt van de PTP overeind: het geloof in de capaciteiten van de cliënt en zijn of haar netwerk met als doel bronnen aan te boren bij zowel de cliënt als bij diens omgeving (familie, buurt, overige sociale verbanden). Soms is het wenselijk eerst zicht te krijgen op wie die betekenisvolle anderen zijn. Hiervoor kan de relatiekaart, één van de PTP-kaarten, worden ingezet.

De steungroepleden stellen samen met de cliënt het toekomstplan vast en komen enkele keren per jaar bijeen om, in het tempo van de cliënt, antwoorden te zoeken op vragen als 'wie ben ik, wat wil ik en hoe wil ik het'. De volgende stap in het proces bestaat uit het maken van kaarten waarop in woord en beeld de verschillende levensgebieden worden uitgebeeld c.q. uitgewerkt. De PTP volgt twee sporen:

- **Beschrijvend:** wie is de cliënt, wat is zijn levensgeschiedenis, wie kent hij, welke plaatsen bezoekt hij, en wat is zijn sterke kant?
- **Perspectief:** wat wil de cliënt, wat zijn zijn wensen en waar droomt hij van?

De PTP-kaarten

De volgende kaarten maken deel uit van de PTP:

Beschrijvend

35

1. **Plaatsen** - Richtinggevende vragen zijn:

- » Welke plaats is de cliënt geboren en waar heeft de cliënt gewoond?
- » Hoe vaak komt de cliënt op een bepaalde plek en waarom komt hij op deze plaats?
- » Op welke plek is de cliënt graag en waar minder graag en waarom?

Deze vragen bieden informatie over de indrukken die de cliënt op deze plekken op doet, met wie er contact is, in welke mate de cliënt geïntegreerd is, op welke wijze gebruik wordt gemaakt van de ruimte en op welke wijze de cliënt deelneemt aan de samenleving en op welke manier?

2. **Relaties** - Richtinggevende vragen zijn:

- » Welke rollen hebben bepaalde relaties en welk effect heeft dat op de cliënt?
 - » Hoe ontwikkelen bepaalde relaties zich en welke relaties zouden versterkt kunnen worden?
 - » Wat is de balans tussen betaalde relaties (hulpverleners) en niet betaalde relaties (familie/vrienden/kennissen)?
-

3. **Levensloop** - Richtinggevende vragen zijn:

- » Welke aspecten zijn daarin belangrijk en richtinggevend voor de cliënt?
 - » Op welke wijze kan de geschiedenis van de cliënt betrokken worden bij de behandeling in het hier en nu?
 - » Wat zijn positieve gebeurtenissen en ervaringen in het leven van de cliënt en welke levenservaringen zijn niet wenselijk om te herhalen?
 - » Welke keuzes heeft de cliënt tot nu toe gemaakt?
 - » Waar liggen ontwikkelkansen en hoe zijn deze uit te breiden in het hier en nu en in de toekomst?
-

-
- 4. Keuzes** - Door het uitwerken van deze kaart kan de groepsleider inzichtelijk maken waar de cliënt zelf keuzemogelijkheden heeft en hoe deze positief ingezet kunnen worden. Richtinggevende vragen zijn:
- » Op welke levensgebieden kan de zeggenschap van de cliënt worden vergroot zodat hij of zij meer controle krijgt over zijn of haar eigen leven?
 - » In welke mate en op welke gebieden ervaart de cliënt (beperkingen in de mate van) autonomie?
-
- 5. Wat werkt en wat werkt niet** - Richtinggevende vragen zijn:
- » Welke interventies en manieren van bejegening werken goed bij de cliënt?
 - » Welke omstandigheden en persoonlijkheidskenmerken werken mee of juist tegen?
 - » Wat kan, volgens de cliënt, het best ingezet worden om de cliënt te benaderen en te bereiken?
-
- 6. Respect en waardering** - Richtinggevende vragen zijn:
- » Hoe wordt de cliënt door anderen gewaardeerd?
 - » Wat levert een bijdrage aan die waardering van de cliënt en wat belemmert dat?
 - » Welke positieve aspecten van de cliënt leveren respect en waardering op?
 - » Welke aspecten van de cliënt kunnen voor anderen struikelblokken zijn als het gaat om waardering en respect?
-
- 7. Gezondheid** - Richtinggevende vragen zijn:
- » Wat bevordert de gezondheid en wat schaadt de gezondheid?
 - » Wat zijn relevante aandachtsgebieden en eventuele beperkingen die een cliënt ervaart door zijn gezondheid?
 - » Hoe wordt de gezondheid en het gedrag beïnvloed door medicatie?
 - » Op welke wijze hangt de gezondheidsbeleving samen met gevoelens van spanning, vermoeidheid of boosheid c.q. woede.
-
- 8. Rituelen** - Richtinggevende vragen zijn:
- » Wat is waardevol voor iemand, wat is iemand gewend en aan welke gebeurtenissen hangen positieve of negatieve herinneringen?
 - » Waar voelt iemand zich prettig bij? Wat geeft iemand kracht?
-

Perspectief

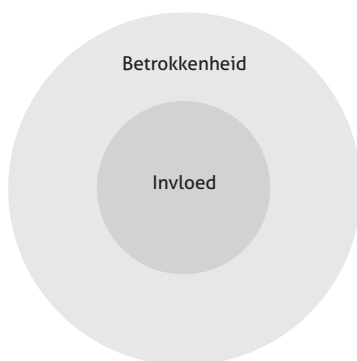
- 9. Dromen** - Richtinggevende vragen zijn:
- » Wat zijn de wensen en angsten voor de toekomst?
 - » Op welke wijze zou de cliënt graag invulling willen geven aan het leven?
 - » Wat zijn de doelen en wensen voor de toekomst.
 - » Wat zijn zaken die de cliënt kunnen stimuleren en motiveren om aan te werken?
-
- 10. Ideeën**
- » Welke ideeën heeft de cliënt zelf voor mogelijke leerdoelen en verbeteringen?
 - » Welke wensen liggen er?
 - » Welke ideeën heeft de cliënt over de toekomst?
-

11. Planning

- » *Waar liggen de eigen verantwoordelijkheden?*
 - » *Hoe plan je?*
 - » *Hoeveel tijd en ruimte zijn er nodig om iets te bereiken en van wie heb je hulp nodig?*
 - » *Op welke wijze kan het plan van aanpak op de PTP visueel gemaakt worden en wie doet wat en wanneer?*
-

Werken met de PTP sluit aan bij het 'empowermentparadigma'. Daarbij wordt uitgegaan dat alle mensen en elke omgeving een inherente capaciteit tot leren, groeien en veranderen in zich hebben. Door dit uitgangspunt onderscheidt het zich in belangrijke mate van het 'deskundigheidsmodel'. In het 'deskundigheidsmodel' is het de deskundige (hulpverlener) die in hoge mate de toekomst uitstippelt, vaak zonder de cliënt zelf nadrukkelijk te betrekken. Ook wordt bij het zoeken naar de gewenste richting en de wijze waarop de doelen kunnen worden gerealiseerd, het sociale netwerk nauwelijks betrokken.

Er zijn verschillende manieren waarop een persoonlijk toekomstplan kan worden gerealiseerd. Het plan kan op de eerste plaats worden gebruikt binnen een bepaalde context of binnen een bepaalde methodiek met als neven doelstelling de cliënt beter en anders te leren kennen en de cliënt in een bepaalde mate invloed te laten uitoefenen op de behandeling. Het belang van het kunnen uitoefenen van invloed wordt weergegeven bij de Cirkel van Invloed en Betrokkenheid.



Tegenover de cirkel van invloed staat de cirkel van betrokkenheid. De cirkel van betrokkenheid omvat die aspecten in iemands leven waar hij wel bij betrokken is maar geen vat op lijkt te hebben, c.q. geen invloed op uit kan oefenen. Dit zorgt voor reactief gedrag. Je wordt als het ware geleefd door je omgeving. Het is zaak deze cirkel te verkleinen en de cirkel van invloed te vergroten (proactief gedrag). De cirkel van invloed staat voor weten wat je wilt en met dat gegeven op een proactieve wijze je omgeving te beïnvloeden om persoonlijke doelen te bereiken en daarmee richting aan het eigen leven te geven (Covey, 2004).

37

Juist binnen een besloten of gesloten setting zijn dit belangrijke uitgangspunten. Niet geheel onterecht kunnen cliënten het gevoel hebben weinig invloed te kunnen uitoefenen op hun leefsituatie terwijl dat feitelijk wel gerealiseerd zou kunnen worden. Het gaat dan om het hanteren van leefregels, inspraak en zeggenschap bijvoorbeeld over persoonlijke zaken. Begeleiders hebben niet altijd zicht op de alomvattende controle en regie die vanuit de behandelsetting op cliënten wordt uitgeoefend. PTP helpt om cliënten en begeleiders zich daarvan bewust te zijn, met de bedoeling dat de cliënt meer grip en controle krijgt op het eigen leven.

3.3 Interventies

Zoals eerder beschreven zijn er verschillende toepassingen mogelijk om te werken met de methode PTP. De beschrijvende en beeldende manier die passend wordt gemaakt aan de cliënt, zou als hulpmiddel kunnen dienen bij het beter leren kennen van de cliënt, als ondersteuning voor de cliënt in het behandelplan (werkdoelen beeldend uitwerken) en ter verduidelijking van de hulpvraag. Daarnaast kunnen de kaarten van de PTP worden geïntegreerd binnen methodieken of werkwijzen zoals het signaleringsplan of het levensloopboek.

De manier waarop de kaarten gemaakt worden is persoonlijk. De begeleider moet steeds zoeken naar oplossingen en toepassingen die mede afhankelijk zijn van de mogelijkheden van de cliënt (kan de cliënt lezen? welke beelden/plaatjes spreken de cliënt het meest aan?), de motivatie (cliënten kunnen door negatieve ervaringen met de hulpverlening achterdochtig zijn en niet gemotiveerd om persoonlijke ervaringen en gebeurtenissen te vertellen), de beschikbare middelen en mogelijkheden van de cliënt tot bijvoorbeeld kleuren, verven, knippen en dergelijke en de manier waarop de kaarten gebruikt gaan worden (worden ze als posters in de kamer van de cliënt gehangen of worden ze in een werkmap gestopt?). Hieronder worden een aantal mogelijke toepassingen van de PTP kaarten beschreven.

- Het netwerk kan door middel van de kaarten *Plaatsen en Relaties* in beeld worden gebracht. Als contact met het netwerk of het uitbreiden van het netwerk tot de behandeldoelen behoort, kan er inzichtelijk worden gemaakt wie er tot het netwerk van de cliënt behoort en hoe de cliënt zich voelt ten opzichte van elke persoon binnen het netwerk. Ook kan worden besproken hoe het netwerk kan worden ingezet in de behandeling. Met behulp van de *Respect en Waardering-kaart* kan er gewerkt worden aan het vergroten van de omvang van het netwerk en/of de kwaliteit van de relaties.
- Om in de behandeling de doelen te stellen die voor de cliënt van belang zijn, geven de kaarten *Dromen en Ideeën* zicht op waar de cliënt heen wil en welke vaardigheden de cliënt zou moeten leren om dit te realiseren. Daarnaast kan de *Droomkaart* worden ingezet als onderdeel van de doelstelling 'acceptatie van de handicap of stoornis. Welke dromen zijn reëel? Kan je de wensen en verwachtingen aanpassen aan je competenties en vaardigheden? Met de *Planningkaart* maak je voor de cliënt duidelijk hoe er aan de werkdoelen gewerkt wordt en wie wat doet. Hierdoor gaan de doelen leven en kan de cliënt zich hier dagelijks mee bezig houden.
- De kaarten van de PTP kunnen worden gebruikt voor onderzoek ten behoeve van het signaleringsplan, bijvoorbeeld bij vroegsignalering bij agressie, delicten, verslaving en de situaties die zogenaamde 'triggers' zijn. De kaart *Levensloop* kan bijvoorbeeld worden gebruikt om te verduidelijken op welke momenten de cliënt een grotere kans heeft op een terugval. De begeleider kan nagaan wat in welke levensfase de aanleiding is geweest om tot bepaalde keuzes en acties te komen. Hoe heeft de cliënt gehandeld in bepaalde situaties en wat was het resultaat daarvan? Deze resultaten kunnen worden uitgewerkt op de kaart *Wat werkt en wat werkt niet* en eventueel gekoppeld aan het signaleringsplan.
- De kaarten *Relatie en Plaatsen* geven zicht op situaties en mensen die de cliënt opzoekt. Wat roept een bepaalde plaats op, kan ik daar beter wel of niet komen in het kader van mijn behandeling? Welke invloed hebben bepaalde vrienden op me en welke mensen zoek ik op als het niet goed met me gaat? Welke gevoelens of risico's herken ik als ik op een bepaalde plek ben of als ik met bepaalde mensen omga? Met de kaart *Rituelen* kan inzichtelijk worden gemaakt wat voor de cliënt positieve herinneringen oproept, wat de cliënt kracht geeft. Dit kan worden verwerkt in de acties bij een bepaalde fase uit het signaleringsplan. De kaart *Gezondheid* kan vroege lichamelijke signalering beschrijven 'als ik boos word voel ik eerst dat ik warm word, dan ga ik zweten en ik voel dat mijn hoofd rood wordt'.
- Ook ter ondersteuning bij het uitwerken van een levensloopboek kunnen de kaarten van de PTP een goede aanvulling zijn. Het werken met de PTP, te weten de cliënt centraal, vergroten van invloed van de cliënt en het versterken van de vijf gebieden die betrekking hebben op diens kwaliteit van leven, leveren een grote bijdrage aan het versterken van de identiteit en het zelfvertrouwen van de cliënt. De kaarten kunnen vervolgens gebruikt worden in een werkmap. Enkele voorbeelden hiervan zijn: met de *Levensloop* geeft de

cliënt zijn geschiedenis weer, waar hij vandaan komt, wat hem gevormd heeft. Behaalde successen kunnen worden gebundeld en in een kaart worden verwerkt. Samen met de cliënt hierop terugkijken geeft positieve energie en is belangrijk in het versterken van het zelfbeeld. De omschrijving van het netwerk in de kaarten *Relatie en Plaatsen* geeft aan wie de cliënt is in het contact met anderen. *Dromen en Ideeën* geven de cliënt ruimte naar eigen inzicht aan te geven hoe hij denkt over de (nabije) toekomst en wat zijn grootste wensen zijn. Wat zou dat voor hem betekenen om dat te bereiken en wat zegt dat dan over hem? Als dit niet lukt, wat kan hij dan wel? De kaart *Respect en Waardering* is van belang omdat de eigen waarden en normen in het contact met anderen naar voren komen en duidelijk wordt hoe anderen de cliënt of zijn gedrag kunnen ervaren. Hoe zou hij dit kunnen veranderen?

Dit zijn slechts enkele voorbeelden van toepassingen van de PTP. Hieronder volgen enkele uitwerkingen en ervaringen van cursisten van de opleiding begeleider SGLVG met deze methode. Daaruit zijn enkele conclusies te trekken die ook in onderzoek worden bevestigd (Demeijer & Van Regenmortel, 2008). Een algemene conclusie is dat de methode goed aansluit bij het empowermentparadigma. Cliënten geven aan dat de methode hun capaciteiten mobiliseert, dat hun relatie met de begeleider verbetert en dat het tot concrete stappen leidt. Specifiek worden de volgende effecten genoemd:

- er ontstaat een meer positieve, cliëntgerichte en op capaciteiten gerichte beeldvorming;
- het ondersteunt de cliënt in het verduidelijken van zijn wensen en behoeften;
- cliënten verwerven een grotere autonomie binnen de context van de behandeling;
- cliënten krijgen een proactieve houding ten opzichte van hun behandeling;
- het draagt bij aan het herstellen en versterken van het netwerk rondom de cliënt;
- cliënten ervaren dat er naar hen wordt geluisterd en dat er naar de persoon achter de problematiek gekeken wordt.

39

Voor begeleiders kunnen als effecten benoemd worden:

- de begeleider leert de cliënt beter kennen vanuit het perspectief van de cliënt in plaats vanuit het perspectief van (eerdere) hulpverleners;
- de interventies en bejegening in de behandeling kunnen op maat gemaakt worden;
- de cliënt raakt door deze aanpak (of methode?) meer gemotiveerd hetgeen zorgt voor een meer positieve bijdrage aan de eigen behandeling;
- de begeleider kan op een methodische wijze het netwerk betrekken en inzetten in de behandeling van de cliënt.

Benodigde vaardigheden van de begeleider zijn: gesprekstechnieken LSD (luisteren, samenvatten, doorvragen), methodisch werken, creatieve vaardigheden om de toepassing te vinden die de cliënt aanspreekt. Ook is het van belang dat de begeleider niet te snel oplossingsgericht handelt.

3.4 Praktijkcasussen

Eén van de cursisten die in het kader van de opleiding Begeleider SGLVG de methode PTP toepaste, verwoordde het als volgt:

-
- » *'PTP is niet het eerste waar je aan denkt wanneer je gaat behandelen. Wij bepalen meestal wat het beste is voor onze cliënt, wij weten wel wat hij wil'.*
-

Bij de uitwerking van de PTP methodiek leerde deze cursist dat met behulp van de PTP goed kan worden aangesloten bij de leefwereld van de cliënt. In zijn leerverslag beschreef de cursist dit proces als volgt:

- » *'Ik ben aan de slag gegaan met mijn casus cliënt H. Hij is op één-jarige leeftijd geadopteerd door een Marokkaanse vrouw, hetgeen hij pas op latere leeftijd te horen heeft gekregen. Sindsdien zag hij het leven somber in. H. had een hekel aan zijn adoptiemoeder en dacht niet na over de toekomst. Ik heb hem gevraagd zijn levensverhaal uit te tekenen, samen met zijn verwachtingen voor de toekomst. Bij de gedachte alleen al raakte hij in paniek, hij zag dit echt niet zitten. Ik heb vervolgens het initiatief naar me toe getrokken en ben, met de gegevens die ik al had vanuit het dossier en de gesprekken met H. zelf, zijn levensloop gaan beschrijven. Vervolgens heb ik dit verhaal voor het overzicht in kleine stukjes aan hem voorgelegd. Zenuwachtig maar met stijgende verbazing las hij zijn verhaal... "maar mijn moeder (adoptief) is juist een lieve vrouw voor mij geweest, zij heeft zoveel voor mij gedaan... zonder haar zou ik nu nog in een weeshuis hebben gezeten. Alles wat ik nu heb, heb ik aan haar te danken... Ik wil haar omhelzen, ik houd van haar..."'*

De visie van de cliënt op zijn leven veranderde en kreeg een meer positieve lading. Na het lezen en het bespreken van zijn levensverhaal en ook het herkennen van mooie momenten kreeg hij er zin in om vervolg stappen te zetten. Samen met de begeleider heeft hij een levensboom en een 'dromen-kaart' gemaakt. De kaart met de dromen was helemaal vol geschreven. In het verslag van de cursist lezen we zijn verbazing:

- » *'Natuurlijk had H. dromen, maar hij had deze ver weggestopt omdat hij ervan overtuigd was dat hij toch geen toekomst meer had'.*

40

Uit het leerverslag van de cursist wordt duidelijk dat hij, door het werken met PTP, heeft geleerd:

- » *'Behandelen is belangrijk, zeker als kwaliteit van leven en ergens in geloven er onderdeel vanuit maken. Geluk, plezier en het hebben van dromen zijn geen toverwoorden maar een "must" voor het slagen van de behandeling van iedere cliënt'.*

Uit de ervaringen van een andere cursist wordt duidelijk dat PTP niet alleen bij de cliënt iets in beweging kan zetten maar dat het uitvoeren van de methode ook de visie van de begeleider op de cliënt sterk kan veranderen.

- » *'Hoewel ik me het gesprek met M. heel anders had voorgesteld, heb ik voor mijn gevoel wel iets bereikt. Het verhaal over zijn leven vertelde hij redelijke emotioneel en vaak met bewoordingen die hij blijkbaar van anderen had gehoord. Wel wordt duidelijk dat M. over zijn levensloop nadenkt en dat hij het erg vindt wat er in zijn vroege kindertijd gebeurd is. Hier worstelt hij mee. Ook valt op dat hij, ondanks dat het altijd zo'n vrolijke jongeman is, negatiever in het leven staat dan dat ik me vooraf bedacht had. Ik vond het lastig om te zien dat een jongen met zoveel competenties als M. de moed gewoon opgeeft. Ik vond het belangrijk om zijn verhaal te horen, zonder daar meteen een mening over klaar te hebben. Op deze manier kon ik begrip opbrengen voor zijn situatie. In een relatief kort gesprek kan je visie op een cliënt dus erg veranderen. Het geeft voor mij het belang van dergelijke gesprekken aan, omdat je op deze manier dichter bij de cliënt blijft'.*

» *'Aan het einde van het gesprek wordt duidelijk dat zijn verblijf binnen de Behandelkliniek hem erg dwars zit. Ik heb dat aan het eind van het gesprek wel met hem besproken, zodat hij weer rustig was. Het gaat dan met name over de agressieregulatie: hij kan heel goed benoemen wat hij voelt en wat de oorzaak is, maar de vertaling naar de praktijk is nog wat lastiger voor hem. Ik vond het echter wel belangrijk om dit met zijn Persoonlijk begeleider te bespreken, zodat misschien de gedragswetenschapper nogmaals kan vertellen waarom het voor M. belangrijker is dat hij nog even op binnen de behandelkliniek blijft'.*

» 'Het leek wel alsof hij alles hiervoor maar 'verteld' had en dat hij over het hier en nu ook echt betrokken was. Het was voor het eerst dat hij gewoon naar voren kon kijken en kon vertellen hoe hij zijn toekomst ziet. Dat is belangrijk omdat ik het een plek kan geven in zijn begeleidingsplan en hij zich hierin meer zal herkennen'.

Werkt goed. 	Werkt niet 
→ rust op eigen kamer	- door drammen
→ praten met iemand die niet betrokken is, rustig blijven	- dingen eisen of voorwaarden stellen: als jij niet.... dan!
→ fietsen: afleiding!	- hoofdpijn en drukte
→ Tijd geven en uitpraten	- niks mee doen, niks ervan leren.
→ opschrijven, dat bespreken	- zwellen / boos worden

Tot slot

De PTP methode ondersteunt cliënt, begeleider en andere betrokkenen bij het vergroten van zelfbeschikking en autonomie bij mensen met een verstandelijke beperking. Het is een methode die zowel cliënten als begeleiders aanspreekt omdat het op een speelse en creatieve wijze aansluit bij de belevingen en verwachtingen van de cliënt. Door het gebruik van kaarten wordt jargon vermeden en kan de cliënt op eigen wijze het verhaal vertellen. Daarbij komen verschillende elementen van het begrip kwaliteit van leven op concrete wijze aan de orde. Door te werken met PTP kan worden ontdekt wat voor een cliënt belangrijk is in het heden en in de toekomst. De resultaten (de uitgewerkte kaarten) kunnen direct benut worden voor andere onderdelen van de behandeling zoals vroegsignalering, vaardigheidstraining etc. Daarnaast kunnen, in samenwerking met het netwerk van de cliënt, de juiste interventies worden uitgezet. Tenslotte leidt PTP tot een meer positieve, cliëntgerichte en op capaciteiten gerichte beeldvorming. Het is vanwege deze redenen dat deze methode binnen de werkwijze van de begeleider niet mag ontbreken.

Referenties

Covey, S. (2004). *The 7 Habits of Highly Effective People.* Washington DC: Free Press.

Demeyer, B. & Van Regenmortel, T. (2008). *Iets heel bijzonders. Een verkennende studie naar de effecten van Persoonlijke Toekomstplanning bij personen met een handicap en steungroepleden.* Leuven: Hoger Instituut voor de arbeid.

Krüber, H. & Van Dongen, H. (1997). *Mensen met een handicap en hun omgeving: bouwstenen voor anders denken.* Baarn: Nelissen.

O'Brien, C. & O'Brien, J. (2000). *The Origins of person- centered Planning, a community of practice perspective.* Cambridge: University Press.

04

Jacques Heijkoop

FUNCTIONERINGSPROFIEL

43

Methode Heijkoop is een implementatie programma dat zich richt op de kwaliteit van omgang tussen begeleider en cliënt (Heijkoop, 1995). Uitgangspunt daarbij is dat, ongeacht de ernst van de gedragsproblematiek, de mogelijkheden om uit de impasse te komen bij zowel cliënt als begeleider aanwezig zijn. Dat uitgangspunt lijkt een tegenstelling te zijn met de feiten. De cliënt vertrouwt al lang niet meer op zichzelf en de begeleider, die juist zijn steun en toeverlaat zou moeten zijn. De begeleider gaat steeds meer aan zichzelf en de cliënt twijfelen.

4.1 Inleiding

De methode brengt begeleiders en cliënt op een open en veilige manier terug naar de mogelijkheden die ze beiden hebben om het vertrouwen in zichzelf en elkaar te hernemen. Dat doet ze door veranderingen aan te brengen in de kijk die de begeleider op de cliënt en daarmee op zichzelf heeft. Deze vernieuwde kijk roept belangstelling op voor de persoon van de cliënt. Die belangstelling ervaart de cliënt onmiddellijk. Op dat moment is de kiem gelegd voor een beweging in de persoonlijke relatie tussen begeleider en cliënt. Een beweging die beiden zowel steun als ruimte geeft. De voldoening die dat oplevert, voedt een veranderingsproces dat aansluit bij de mogelijkheden van beiden.

Op een vanzelfsprekende manier worden bewustwording en inzicht op gang gebracht. Vanzelfsprekend, omdat het gebaseerd is op het hier en nu van de dagelijkse omgang en de ervaringen die men daarbij met de cliënt heeft. Het is een beproefde manier van open en actieve samenwerking waarbij vanuit verschillende invalshoeken naar de cliënt wordt gekeken. De invalshoeken zijn logisch met elkaar verbonden. De methodische manier waarop via een specifieke invalshoek wordt gewerkt, wordt instrument genoemd.

4.2 Achtergrond

De methode Heijkoop is gebaseerd op theorieën en modellen van gewone, niet verstoorde ontwikkeling; ontwikkelingspsychologie. Daarbij is sprake van wederkerige beïnvloeding tussen persoon en omgeving, het zgn. transactionele model van ontwikkeling. Het gevolg van dit ontwikkelingsprincipe is een unieke en dynamische ontwikkeling voor deze persoon gegeven zijn genetische bagage en de omgeving waarin hij opgroeit en leeft.

Het begrip 'zelf' wordt gebruikt om de groei van persoonlijke invloed op dat samenspel uit te drukken. De groei van het 'zelf' vindt plaats binnen en vanuit relaties met belangrijke personen in het leven van de persoon. Geleidelijk aan verinnerlijken de verwachtingen die het kind heeft over de zichzelf in relatie tot de ander. Deze verwachtingen worden meegenomen naar nieuwe relaties. Nieuwe relaties worden in eerste instantie ingekleurd vanuit die bestaande verwachting, maar geven kansen op nieuwe varianten van het 'zelf'.

Gedrag- en emotionele problematiek wordt gezien als aantasting van het 'zelf' van zowel de cliënt als die van de begeleider. Het vertrouwen in zichzelf en vertrouwen in elkaar is laag of negatief. Dat is dubbele problematiek omdat de cliënt die ander nodig heeft om zijn 'zelf' te compenseren en te versterken. Via het instrument Functioneringsprofiel wordt het begrip 'zelf' nadrukkelijk naar voren gebracht als basale en richtinggevende factor voor algemene ontwikkeling, dagelijks functioneren en welzijn.

4.3 Vijf instrumenten

Een Heijkoop-trainer heeft de beschikking over vijf instrumenten. Elk instrument heeft zijn specifieke invalshoek.

- **'Ontdekkend Kijken'** is een unieke en gestructureerde vorm van videoanalyse en het basisinstrument van de methode. Op een indringende manier worden deelnemers zich bewust van het unieke van de cliënt dat zich toont via zijn lichaamstaal. Het maakt hen bewust van de persoonlijke belevingen, emoties, manier

van oriënteren, contact maken, communiceren, initiatieven nemen en oplossingen creëren van de cliënt. Daarnaast stelt dit instrument hem in staat om ook het standpunt van de cliënt in te kunnen nemen. Het directe effect is een meer open, actieve en wederzijdse contactname en samenwerking. De volgende instrumenten kunnen naar keuze worden ingezet om verdere verdieping hier op aan te brengen.

- **'Functioneringsprofiel'** maakt de begeleider bewust van de verwachtingen die de cliënt, voor het grootste deel onbewust bij hem oproept. Dit stelt hem in staat om zelf te toetsen op welk terrein hij hem onder- of overschat. Behalve dat daardoor chronische bronnen van stress kunnen worden verminderd, geeft het inzicht in de relatie tussen de aard van het probleemgedrag en de emotionele en persoonlijkheidsontwikkeling van de cliënt. Begeleidingskwaliteiten die aansluiten bij de sociale, emotionele en zelfontwikkeling worden nadrukkelijk benoemd en krijgen handen en voeten in de praktijk.
- **'Relatiebeheer'** is het derde instrument. Het brengt bewustzijn van het persoonlijk appèl dat de cliënt op de begeleider doet en omgekeerd. Het opent de mogelijkheid om vaste relationele patronen te doorbreken. Patronen waar de een slachtoffer of boosdoener is en de ander de redder of politieagent. De begeleider behoudt of herneemt zijn verantwoordelijkheid, terwijl openheid en ruimte terugkomt in het contact en daarmee ontspanning en plezier binnen de relatie.
- Al deze instrumenten hebben een sterk preventief effect op probleemgedrag. Het vierde instrument, **'Probleemgedrag = extra kans'** richt zich op nadrukkelijk op het probleemgedrag. Dit instrument helpt de begeleider om de betekenis die het probleemgedrag voor de cliënt heeft te onderscheiden van zijn eigen emotionele reacties daarop. Bovendien maakt het hem bewust van de manieren waarop de cliënt zichzelf in de hand probeert te houden en de eigen kwetsbaarheid beschermt. Het versterkt de begeleidingskwaliteiten waarmee ook onder moeilijke omstandigheden met elkaar kan worden samengewerkt, zonder ze uit de weg te gaan. Probleemgedrag is daarmee een extra kans om het wederzijdse en zelfvertrouwen te versterken.
- **'Videotraining'** is het vijfde instrument. Het ondersteunt het persoonlijk veranderingsproces van de begeleider. Deze oefent zichzelf feedback te geven op voor hem belangrijke begeleidingsthema's. Deze thema's zijn voor een deels gemeenschappelijk en deels persoonlijk, passend in de individuele relatiegeschiedenis van deze begeleider met deze cliënt.

45

4.4 Functioneringsprofiel

Functioneringsprofiel is de naam van een van die instrumenten. Het wordt zowel gebruikt bij gedrag- en emotionele problematiek als bij algemene kwaliteitsverbetering van begeleiding. Directe aanleiding om het in te zetten is onder andere de onzekerheid over wat en hoeveel er van de cliënt verwacht mag worden. Dat uit zich onder meer in: op het ene moment komt hij tot niets en op een ander moment doet hij volop mee, discussies over al dan niet allemaal hetzelfde moeten doen, grote verschillen in wat hij bij de een of bij de andere begeleider laat zien, onzekerheid over perspectief op wonen en werk.

Via actieve deelname aan dit instrument wordt de begeleider zich bewust van zijn persoonlijke kijk op de cliënt en de eventuele onder- of overschatting die daarvan het gevolg is. Overschatting is niet alleen ondermijnend voor het zelfvertrouwen van de cliënt. De begeleider beïnvloedt het ook negatief. Dat komt op verschillende manieren naar voren: in zijn denken: 'hij doet er om'; in zijn beleving: 'verdorie, hij kan het toch', in zijn handelen:

'veel aansporing en vermaningen'. Bij onderschatting wordt gedacht 'hij kan het toch niet', de beleving is 'het is maar goed dat ik hem weer geholpen heb', de opstelling 'hij moet overal bij geholpen worden' en handelend: 'voor hem doen en ongevraagd overnemen'. Het gevolg van zowel over- als onderschatting is dat de begeleider weinig voldoening ervaart in het contact met de cliënt en onzeker blijft of hij wel genoeg of juist misschien te weinig heeft gedaan.

De bewustwording van over- of onderschatting is de basis voor een begeleiding die meer is afgestemd op de cliënt. Door de methode wordt het duidelijker wat de begeleider mag verwachten van de cliënt in samenhang met de ondersteuning die deze ontleent aan zijn persoonlijke opstelling. Die bewustwording is gebaseerd op groeiend inzicht over het onderscheid tussen wat de cliënt kan en wat hij emotioneel aankan. Bovendien wordt duidelijk welke begeleidingskwaliteiten een veilige binding, emotioneel evenwicht en bevredigende sociale contacten bevorderen.

4.4.1 Onderdelen profiel



Het profiel bestaat uit de volgende onderdelen: naam, leeftijd, uiterlijk, vaardigheden, taaluitingen, (taal)begrip. Dan staat er een gestippelde lijn en daar onder: sociaal functioneren, emotioneel functioneren en zelfontwikkeling. De gestippelde lijn in het schema is bedoeld om extra aandacht te vragen voor het onderscheid tussen de onderdelen boven en onder de streep. Nadat de onderdelen zijn benoemd volgt een korte beschrijving van de inhoud. Als voor de eerste keer het profiel wordt toegelicht vindt men het soms vreemd dat met naam, leeftijd en uiterlijk worden begonnen, want 'Dat weet je toch!'.

Ze zijn juist zo belangrijk omdat het hier niet gaat om weetjes of informatie over de cliënt, dat is wat meestal onder beeldvorming wordt verstaan, maar om een onderzoek naar de persoonlijke beelden van belangrijke mensen in het bestaan van deze cliënt.

Het stil staan bij het gebruik van zijn naam maakt duidelijk welke gevoelens men heeft opgebouwd naar de cliënt. Die associaties kleuren in sterke mate het beeld dat men van de cliënt heeft. De eerste stap in persoonlijke bewustwording is daarmee gezet. Dan wordt er stil gestaan bij uiterlijk, vaardigheden en taalgebruik, dat zijn de onderdelen die sterk bepalend te zijn voor de verwachting over hoeveel of hoe weinig steun de cliënt nodig heeft.

De eerste valkuil is dan snel duidelijk. Gemakkelijk en uitgebreid spreken roept vaak een overschatting op van wat iemand werkelijk begrijpt. Het omgekeerde gebeurt ook, weinig spreekmogelijkheden hebben leidt vaak tot onderschatting van wat de cliënt begrijpt. Natuurlijk weet iedereen dat er sprake is van een verstandelijke beperking en men er dus op moet letten eenvoudige taal te gebruiken. Helaas leidt weten snel tot vergeten. Bewustwording daarentegen leidt vaker tot het besef op het moment dat men met elkaar spreekt.

De tweede valkuil wordt zichtbaar als er sprake is van een normaal, niet door een handicap getekend, uiterlijk in combinatie met nogal wat aangeleerde vaardigheden. De verwachting bij de begeleider over zijn ondersteuning ligt dan bijna automatisch bij het kunnen en veel minder bij wat hij emotioneel en persoonlijk aankan. Dat is de reden voor de gestippelde lijn in het profiel. Daar staan de onderdelen sociaal, emotioneel en zelfontwikkeling. Bij deze onderdelen komt naar voren welke behoefte er aan persoonlijke ondersteuning nodig is om met voldoening en persoonlijke ruimte te kunnen functioneren.

Bij personen met ernstige gedrags-, sociale en emotionele problemen komt het heel vaak voor dat er een scherp contrast is tussen de verwachtingen die onbewust worden opgeroepen door de onderdelen boven de streep en de noodzakelijk persoonlijke ondersteuning die geboden zou moeten worden op de basis van de onderdelen onder de streep.

4.4.2 Werkwijze

Actieve uitwisseling

Bewustwording start met een actieve onderlinge uitwisseling over de opvatting die iedere begeleider persoonlijk heeft bij de onderdelen. De trainer begint met een korte uitleg wat met elk onderdeel wordt bedoeld. Daarna geeft hij bij elk onderdeel een gedachte, vraag of hint om iedere begeleider afzonderlijk na te laten denken over wat zijn invulling daarbij is. Hieronder staan voorbeelden van vragen of hints.

- » **Naam:** Naamgeving.
Noem zijn naam. Wat roept die op? Gebruik je zijn eigen naam of heb je een speciale naam voor hem?
- » **Leeftijd:** Levenstijd en ervaring.
Hoe oud denk jij dat hij is zonder dat je zijn kalenderleeftijd opzoekt?
- » **Uiterlijk:** Postuur en details.
Welke indrukken doe je op aan zijn uiterlijke verschijning? Denk op de eerste plaats aan zijn lengte en postuur. Misschien zijn er ook onderdelen die je bijzonder treffen.
- » **Vaardigheden:** Elementen en organisatie.
Denk aan enkele dagelijks terugkerende activiteiten, zoals aankleden, eten, werken, spelen of opruimen. Welke elementen zitten daar in en wat kun je zeggen over de eenvoud of complexiteit van hun organisatie? Welk deel van dat patroon moet extern worden gestuurd zodat hij de rest zelf uit kan voeren?
- » **Taalgebruik:** Vorm, omvang, samenstelling, structuur en inhoud.
Welke taalvormen (gebaar, woord, schrift) gebruikt hij? Hoeveel verschillende onderdelen gebruikte hij binnen de taalvorm die zijn voorkeur heeft? Gebruikt hij steeds dezelfde onderdelen of is er variatie? Zitten er opvallend ingewikkelde tussen? Welke structuur en omvang heeft het?
- » **(Taal)begrip:** Ruimte, tijd, volgorde, concreet, abstract.
Bedenk hoe je hem probeert uit te leggen wat er onder, voor, achter, boven, opzij of tussen ligt. Leg eens uit wat er straks, vanmiddag, morgen of om 10 uur gaat gebeuren. Hoe maak je duidelijk dat er eerst dit en dan dat komt, wat de volgende is en de vorig was?
- » **Sociaal functioneren:** Met wie en op welke manier.
Gerichtheid: Is hij vooral op begeleiders of volwassenen gericht, op zowel begeleiders als huisgenoten of vooral op huisgenoten? Op welke manier verlopen contacten met begeleiders en huisgenoten? Neemt hij daarin initiatief, is hij dominant of volgbaar? Is er sprake van wederkerige uitwisseling of is er vooral vraag en antwoord?
- » **Emotioneel functioneren:** Onderscheid, stabiliteit en opwindings.
Welke emoties herken je? Herken je: spanning en ontspanning, angst en wanhoop, gemak en ongemak, lust en onlust, verdriet en plezier, irritatie en boosheid, interesse en nieuwsgierigheid, genieten en plezier hebben? Lopen die emoties

snel in elkaar over of zijn ze stabiel? Wat gebeurt er als de opwindig bij een bepaalde emotie in kracht toeneemt? In welke mate lukt het hem daar vorm aan te geven of wordt het snel een totaalreactie?

» **Zelfontwikkeling:** Zelf - Ander.

Het gaat hier om de persoonlijke en emotionele steun die hij van de ander verwacht nodig te hebben. Dit ongeacht zijn kennis, vaardigheden of begripsvermogen. Denk aan de mate van afhankelijkheid van een begeleider om te komen tot contact en activiteit en wat hij vervolgens nodig heeft dat vol te houden, te doseren en af te ronden. Hoe handhaaft hij zich in relatie tot vreemde personen? In welke mate is hij afhankelijk van goed- of afkeuring? Kan hij alleen tot een keuze of beslissing komen of toetst hij dat voortdurend bij de begeleider? Hoe snel is hij uit het veld geslagen als hem iets niet lukt? Geeft hij het gevoel claimend of zuigend te zijn? Is hij gevoelig voor toonzetting? In welke mate kan hij zichzelf sturen, doseren of begrenzen?

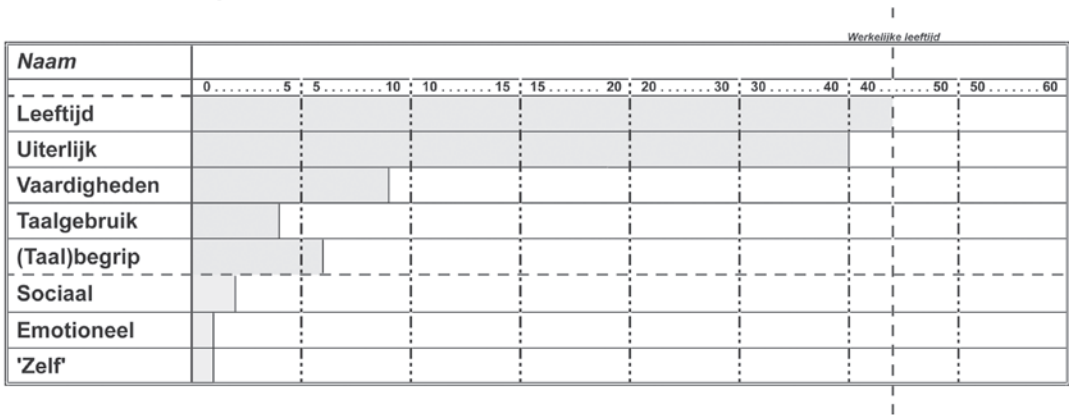
Uitwisseling per onderdeel

Per onderdeel worden de deelnemers uitgenodigd om de eigen invulling met de anderen te delen. Aanvulling en overeenstemming zijn bij deze inventarisatie even interessant als onduidelijkheden en vraagtekens.

Vergelijking met ontwikkelingsfase

Per onderdeel wordt geprobeerd een vergelijking te maken met een normale ontwikkelingsleeftijd. Die vergelijking wordt uitgebeeld in een profiel. Hieronder wordt een voorbeeld van een dergelijk profiel gegeven.

Functioneringsprofiel



De onderdelen 'naam' en 'uiterlijk' helpen om van die gevoelskleur bewust te worden. Het profiel opent er niet voor niets mee. Met het eerst onderkennen van de gevoelswaarde is de kans groot dat de begeleider in staat is onderscheid te maken tussen zijn primaire en emotionele reactie bij de cliënt en dat wat er nog meer over de cliënt te weten is. Vervolgens worden nog twee sterke beeldbepalers behandeld, namelijk '(spreek)taal' en 'vaardigheden'. Zodra een cliënt in staat is om woorden te gebruiken, hoe beperkt ook, wordt spreken de belangrijkste vorm waarmee de begeleider met hem communiceert. Datzelfde geldt voor vaardigheden. Als je eenmaal handelingen kunt uitvoeren, wordt vanaf dat moment verwacht dat je het altijd doet en dat je het bovendien alleen doet.

De trainer doet eerst een appèl op ieders eigen ervaring en kennis over gewone ontwikkeling. Als er onder de deelnemers ouders zijn met kinderen dan helpt dat enorm. De trainer gebruikt zijn kennis en ervaring over de gewone ontwikkeling zo nodig om via activerende vragen de koppeling te maken. Telkens als de vraag gesteld wordt 'met welke ontwikkelingsleeftijd zou dit vergeleken kunnen worden?' is dat een stimulans om zowel over gewone ontwikkeling na te denken als om weer terug te gaan naar de vraag 'hoe zit dat ook alweer bij hem?' Meestal leidt dat tot een nog genuanceerder beeld.

Het gebeurt dat men een verschillend idee heeft over een bepaalde ontwikkelingsleeftijd. De trainer gebruikt dit als een nieuwe impuls om zich verder te verdiepen in hoe het zit bij de cliënt. Dat kan alsnog leiden tot overeenstemming, hoewel dat niet het doel is. Bij een blijvend verschil van inzicht kan dat een goede aanleiding zijn om dit onderdeel nog eens nader te observeren de komende tijd. Het doel is daarmee nog steeds niet om het eens te worden over een 'score'. Blijvende verschillen in opvatting worden in het getekende profiel uitgebeeld.

Het is niet de bedoeling dat dit profiel als een op zichzelf staand onderdeel in het dossier wordt opgenomen. Het is een profiel dat zijn functie heeft binnen een bewustwordingsproces. Als het wordt gekopieerd staat er de datum, de aanwezigen en de methode waar binnen het een plaats heeft, vernoemd.

Reflectie op het profiel

Door de actieve uitbeelding van het geheel worden verhoudingen tussen de onderdelen zichtbaar. De verwachtingen naar de cliënt en daarmee de geboden ondersteuning kunnen nu getoetst worden aan een gemeenschappelijk kader. Die toetsing kan nogal confronterend zijn. Soms voelt een begeleider zich schuldig omdat er jarenlang te weinig persoonlijke ondersteuning is geboden. De toelichting dat het hier gaat om nieuwe inzichten op basis van bewustwording op dit moment, kan die gevoelens niet altijd weg nemen. Het totaalbeeld dat op deze manier ontstaat, maakt de begeleider bewust waar zijn verwachtingen hebben geleid tot over- of onderschatting.

49

Het bieden van compensatie

Vervolgens wordt bij alle onderdelen getoetst welke hulp of ondersteuning nodig is om een genormaliseerd bestaan voor deze persoon mogelijk te maken. Die hulp of ondersteuning wordt compensatie genoemd.

Bij de onderdelen vaardigheden, taalgebruik en (taal)begrip kan de compensatie voor een belangrijk deel beschreven worden via hulpmiddelen, handvatten hoe te handelen en te communiceren. Deze vormen van compensatie zijn voor een periode redelijk vaststaand. Denk aan; klaar leggen van kleding, materialen, hulpmiddelen voor communicatie en overzicht, aanpassing van taalgebruik.

Bij de onderdelen sociaal, emotioneel en 'zelf' is dat anders. De compensatie is daar een dynamische, ze wordt geboden via de persoonlijke opstelling van de begeleider. Ze is om twee redenen dynamisch. Op de eerste plaats omdat het is gebaseerd op de unieke en persoonlijke relatiegeschiedenis tussen deze cliënt en deze begeleider. Op de tweede plaats omdat afgestemd moet worden op zowel de emotionele toestand en zelfkracht van de cliënt als die van de begeleider op dat moment.

Denk bij compensatie voor zelfontwikkeling aan begeleidingskwaliteiten als: het hebben van een heldere binding van waaruit samen wordt gewerkt bij verzorging, werk en vrije tijd, aan manieren van elkaar loslaten en ruimte geven door te 'cirkelen', het ontwikkelen van een symbolische binding, overdracht van binding aan een plek, bezigheid of andere persoon.

Denk bij de compensatie van het emotionele functioneren aan kwaliteiten als: gedeelde interesse, oog hebben voor emoties en beleving, het onderscheiden en benoemen daarvan, opwinding helpen vorm te geven, helpen kalmeren, ontspannen afronding van activiteiten en contacten.

Denk voor de compensatie van sociaal functioneren aan kwaliteiten als: naast functioneel ook ontspannen en speels contact hebben, samen in gezelschap treden, met anderen verbinden, inbreng naar elkaar vergroten, helpen samen met anderen conflicten op te lossen.

Invoeringsplan

Na inventarisatie en beschrijving van compensaties wordt een plan gemaakt voor verdere ontwikkeling en onderhoud. Het is een fase waarin begeleiders gestimuleerd worden om 'bewust bekwaam' bezig te gaan met hun persoonlijke ontwikkeling als begeleider. Dat kan op allerlei manieren en meer of minder intensief, van het bijhouden van een persoonlijk logboek tot een traject videotraining. Voor welke vorm er ook gekozen gaat worden, regelmatig samen uitwisselen van ervaringen, nu met een gemeenschappelijk kader, is een belangrijke stimulans voor verdere groei.

Integratie in begeleidingplan

Door de inzichten en praktische vertaling daarvan te integreren in het bestaand begeleidingsplan is de kans nog groter dat de investering die iedereen heeft gedaan voor de cliënt behouden blijft. In dat plan staat onder andere hoe het een ander periodiek geëvalueerd en onderhouden wordt en hoe nieuwe medewerkers hierbij betrokken worden.

50

4.5 Effecten

4.5.1 De cliënt

Omdat hij niet meer alleen wordt aangesproken op wat hij *kan* en er meer rekening wordt gehouden met wat hij *aankan*, hoeft hij minder op zijn tenen te lopen. Dat geeft hem de ruimte zich open te stellen, zich op zijn eigen manier te uiten en initiatieven te nemen. Zonder dat hij daarvoor noodzakelijk in de directe nabijheid van anderen moet zijn voelt hij zich minder alleen gelaten. Omdat zijn eigen emoties en beleving worden onderkend voelt hij zich meer als persoon gezien. Op de momenten dat hij de controle over zichzelf dreigt te verliezen, weet hij zich gesteund door de begeleider die hem helpt deze te hernemen. Contacten met begeleiders en huisgenoten zijn minder beladen met onzekerheid omdat er meer openheid is en minder aansporing en kritiek. Stress neemt af, wat zichtbaar is aan de toename van ontspanning en plezier.

4.5.2 De begeleider

Op de eerste plaats ervaart hij de ruimte en waardering voor zijn eigen ervaringen en ideeën. Ondanks de ongewoon verlopende algemene ontwikkeling van de cliënt krijgt hij meer begrip voor het gewone aan deze persoon. Nadat hij zich bewust is geworden van over- en onderschatting, neemt de voldoening in de omgang met en begeleiding van de cliënt enorm toe. Het is het gevolg van de vrijwel directe positieve invloed die hij opmerkt door de aanpassing van zijn persoonlijke opstelling en de steun die cliënt daaraan ontleent. Bovendien kan hij dat wat hij daarvoor intuïtief deed, nu waarderen als belangrijk. De oorspronkelijke motivatie om dit werk te doen komt terug. De communicatie met collega's is opener en wordt gesteund en richting gegeven door een gemeenschappelijk kader. Gewone en natuurlijke omgang blijkt kwaliteiten te hebben

die belangrijk zijn voor het welzijn van de cliënt, voor hem zelf en de onderlinge relatie. Zijn persoonlijke relatiegeschiedenis met deze cliënt is uniek met een eigen kleur, tempo en invulling.

4.6 Wat is er nodig?

De inzet van dit instrument vraagt tijd, middelen, coördinatie en een bekwame Heijkoop-trainer. Alle begeleiders en zo mogelijk betrokken familieleden, kunnen er actief aan meedoen ongeacht hun vooropleiding.

De tijd die het van begeleiders vraagt is afhankelijk van de vraag waarvoor de methode wordt ingezet. Als onderdeel van een traject waarbij sprake is van ernstige gedragsproblematiek vraagt het minimaal twee gezamenlijke bijeenkomsten. Wanneer het wordt ingezet als onderdeel van periodiek overleg, waarbij de betrokken gedragskundige is opgeleid als Heijkoop-trainer, vraagt het geen extra tijd. Het voordeel daarvan is bovendien dat het niet alleen gebruikt wordt voor problematische momenten, maar een structurele bijdrage gaat leveren aan ontwikkeling van kwaliteit van begeleiding en behandeling.

Referenties

Heijkoop, J. (1995). *Vastgelopen*. Baarn: Uitgeverij Nelissen.

Deel B: De Behandeling



05

Jacqueline Roos

BEHANDELVISIE (FORENSISCHE) SGLVG

55

Net als ieder ander kunnen mensen met een lichte verstandelijke beperking te maken krijgen met psychische problemen, en kunnen zij voor begeleiding bij of behandeling van hun problemen terecht bij diverse hulpverleningsinstanties. Soms zijn de problemen echter zo ernstig, dat deze hulpverlening geen of te weinig resultaat heeft. Bij deze cliënten is zowel het persoonlijk als het maatschappelijk functioneren ernstig ontregeld door een combinatie van problemen op verschillende gebieden; naast de verstandelijke beperking is ook sprake van een achterstand in sociaal-emotionele ontwikkeling, van probleemgedrag en soms ook van psychiatrische problematiek, verslavingsproblematiek en risicovol of delictgedrag.

5.1 Inleiding

Vaak wordt de problematiek nog ingewikkelder gemaakt door bepaalde omgevingsfactoren; de cliënt heeft bijvoorbeeld moeilijkheden met zijn sociale relaties of zijn netwerk is klein, afwezig of heeft een negatieve invloed. Cliënten die ouder zijn dan 18 jaar, een IQ hebben tussen 50 en 85, en waarbij sprake is van zo'n ingewikkelde combinatie van ernstige psychische en/of gedragsproblemen worden aangeduid als 'Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten' (SGLVG). Een gedeelte van deze groep heeft ook een delict gepleegd en is daardoor met Justitie in aanraking gekomen. Zij worden 'forensische' SGLVG genoemd.

Bij het behandelen van de complexe problematiek van deze (forensische) SGLVG-cliënten is gespecialiseerde kennis nodig. In Nederland zijn er vijf instellingen die specialistische behandeling voor deze doelgroep bieden, namelijk: Trajectum-Hoeve Boschoord te Boschoord, Trajectum-Hanzeborg te Zutphen, Altrecht/Wier te Den Dolder, Dichterbij te Oostrum en Ipse de Bruggen te Zwammerdam. Zij doen onderzoek bij deze (forensische) SGLVG-cliënten om te achterhalen wat er aan de hand is en hoe de problemen zijn ontstaan (diagnostiek). Vervolgens bieden zij hen behandeling om de problemen zo veel mogelijk op te heffen, en daar waar dat niet lukt, te zorgen dat de cliënt en zijn omgeving beter met de beperkingen van de cliënt kunnen omgaan. Men streeft er naar de kwaliteit van leven van de cliënt te verbeteren, zodat hij de draad van zijn leven weer kan oppakken en op een zo goed mogelijke manier deel uit kan maken van de maatschappij. De behandeling is altijd tijdelijk, hoewel het enkele jaren kan duren. Een groot deel van de (forensische) SGLVG-cliënten is afkomstig vanuit de verstandelijk gehandicaptenzorg, maar een net zo groot deel vanuit de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg of een zorgafdeling die door Justitie wordt geboden ('forensische zorg'). Na behandeling gaan cliënten terug naar hun voormalige woonvoorziening of een woonvoorziening die een lichtere vorm van zorg biedt.

56

Vanwege het specialistische karakter van hun behandeling hebben (forensische) SGLVG-behandelcentra een unieke plaats in de zorgketen, het geheel van instellingen die zorg bieden voor een specifieke doelgroep. In dit hoofdstuk zal onze visie op en de behandelkaders van (forensische) SGLVG-behandeling uiteen worden gezet (Van Dijk, Storms, Terpstra, Verberne & Roos, 2008; Van Dijk, Terpstra, Glaubitz, Verberne & Roos, 2009). De onderdelen van de behandelprogramma's worden vervolgens toegelicht in hoofdstukken 6 tot en met 16.

5.2 Het specialisme van (forensische) SGLVG-instellingen

Behandeling en begeleiding van mensen met een hulpvraag vindt in Nederland plaats in verschillende soorten instellingen. Zo zijn er instellingen die zorg bieden aan mensen met een verstandelijke beperking (de 'VG'-sector), instellingen voor geestelijke gezondheidszorg ('GGZ', ook wel 'Psychiatrie' genoemd), instellingen voor de behandeling van verslavingen en instellingen voor forensische zorg (zorg die geboden wordt door 'Justitie'). Elk soort instelling heeft hierbij zijn eigen aandachtsgebied en 'hoofddoel'. Zo zijn de instellingen voor verstandelijk gehandicapten in de eerste plaats gericht op het bieden van woon- en werkvoorzieningen. De hulpverleners streven er naar de cliënten te ondersteunen zodat zij zo veel als mogelijk kunnen deelnemen aan de maatschappij. De taak van hulpverleners binnen de GGZ-instellingen en verslavingszorg is gericht op behandeling van mensen met psychische problemen, een psychiatrische stoornis en/of verslaving. Doel van behandeling is de psychische klachten te verminderen zodat de cliënten beter kunnen functioneren. De forensische zorg is voor mensen die vanwege gepleegde delicten met Justitie in aanraking zijn gekomen. Zij kampen met psychische problemen of hebben behandeling nodig voor een psychische ziekte die een rol heeft gespeeld bij het plegen van het delict. Voor Justitie staat de veiligheid van

de samenleving centraal en behandeling is daarbij in de eerste plaats een middel om de kans op herhaling van het delict (recidive) te verkleinen.

De SGLVG-doelgroep blijkt niet voldoende te hebben aan de zorg die wordt geboden binnen één zo'n werkveld. Hoewel men in de VG-sector goed kan omgaan met (de gevolgen van) hun verstandelijke beperkingen, zijn de gedragsproblemen van SGLVG-cliënten vaak te ernstig om daar te kunnen hanteren. Bovendien ontbreekt de specialistische kennis die noodzakelijk is voor behandeling. En ondanks de expertise van instellingen voor GGZ, verslaving of forensische zorg met betrekking tot psychiatrische problematiek, verslaving of delictbehandeling, zijn hun behandelprogramma's vaak te moeilijk voor de SGLVG-doelgroep en te weinig aangepast aan hun specifieke behoeften en specifieke manier van leren, zodat echte verandering uitblijft. De SGLVG-cliënten hebben behandeling nodig die rekening houdt met alle verschillende factoren die een rol spelen bij de problematiek: verstandelijke beperking, psychische problemen en ernstig probleem- of delictgedrag. Bij behandeling van deze groep is het daarom noodzakelijk om over kennis en vaardigheden te beschikken uit de verschillende werkvelden, zoals de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking, geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en forensische zorg. Er wordt dan ook wel gezegd dat (forensische) SGLVG-behandeling zich bevindt op 'het snijvlak van sectoren'.

Naast het gegeven dat er verschillende typen kennis nodig is, heeft het specialisme van diagnostiek en behandeling van SGLVG-cliënten ook betrekking op het kunnen combineren van deze kennis en het weet hebben van de manier waarop de problemen op verschillend vlak elkaar beïnvloeden. Bij diagnostiek is het bijvoorbeeld belangrijk te weten dat bepaald gedrag verschillende oorzaken kan hebben of dat psychische stoornissen bij cliënten met een verstandelijke beperking zich op een andere manier kunnen uiten dan bij normaal begaafden. Bij behandeling is het belangrijk dat deze niet alleen effectief is voor de betreffende problematiek, maar ook aansluit bij het begripsniveau en de beleavingswereld van de cliënt. Daarom zijn er specifieke, op de doelgroep afgestemde, behandelprogramma's nodig. Het behandelen 'op het snijvlak van sectoren' heeft ook zijn invloed op andere aspecten van de behandeling. Het vraagt bijvoorbeeld een specifieke wijze van omgang met de cliënt (bejegening; zie hoofdstuk 8) en een specifieke invulling van het alledaagse leven van wonen, werken en vrije tijd (therapeutisch klimaat; zie hoofdstuk 7).

Het behandelen op het snijvlak van sectoren heeft ook consequenties voor de manier waarop de behandeling wordt georganiseerd (bijvoorbeeld de organisatie, deelnemers en aansturing van behandelteams, de vormgeving van de verschillende behandel fases), de benodigde materiële zaken (van separeerruimtes tot trainingsruimtes) en voor de benodigde (brede) kennis en vaardigheden van het personeel. Tot slot is de specifieke behandelcontext van de SGLVG ook herkenbaar in andere aspecten, zoals de verschillende doelen die gesteld worden, de verschillende wetgeving die een rol speelt en het gebruik van verschillende theoretische kaders.

5.3 Doelstelling in de behandeling

Behandelen houdt in: de neergaande spiraal ombuigen, stabiliseren, uitgebreid zoeken naar wat er aan de hand is, om vervolgens met de cliënt te kunnen werken aan het verminderen van zijn problemen, het creëren van een zinvol levensperspectief en het verbeteren van de kwaliteit van zijn bestaan. De behandeling moet er toe leiden dat de cliënt zo goed mogelijk kan deelnemen aan de maatschappij waarbij die maatschappij moet kunnen rekenen op maximale veiligheid. De behandel doelen zijn gericht op: de beperkingen en mogelijkheden van de cliënt, de psychische problemen en het risicovol of delictgedrag.

Voorbeelden zijn:

- verminderen van probleemgedrag: bijvoorbeeld teruggetrokken gedrag, passief gedrag, druk gedrag, agressief gedrag, delictgedrag, impulsiviteit, middelengebruik;
- verbeteren van vaardigheden: bijvoorbeeld probleemoplossings-vaardigheden, communicatieve vaardigheden, sociale vaardigheden en basale dagelijkse vaardigheden zoals zelfzorg, omgevingszorg, eetpatroon, slaappatroon, dagbesteding, vrije tijd, regels/afspraken, contacten, assertiviteit, omgang met grenzen, omgang met gevoelens;
- verminderen van psychische klachten: bijvoorbeeld angsten, spanningen, somberheid;
- herstel van ziekte (in lichamelijke of psychiatrische zin) en/of verminderen van de gevolgen hiervan en/of leren omgaan met de handicap, problematiek of beperkingen, bijvoorbeeld bij schizofrenie, autisme, persoonlijkheidsstoornissen;
- beïnvloeden van externe factoren: bijvoorbeeld aanpassen omgeving, uitbreiden netwerk, versterken relaties in het netwerk, veranderingen in het oorspronkelijke milieu;
- terugdringen van risicovol gedrag of verminderen van de kans op herhaling van het plegen van delicten (recidive) door verandering van de risicofactoren;
- versterken van zelfredzaamheid, bevorderen van deelname aan de maatschappij (resocialisatie);
- veranderen van houding ten opzichte van toekomstige leefomgeving, acceptatie van beperkingen, blijvende ondersteuning en/of controle.

Niet alle problemen zijn op te lossen. De verstandelijke beperking verdwijnt niet en niet alle psychische stoornissen zijn te genezen. De behandeldoelen kunnen dan ook verschillend van aard zijn: soms gericht op het opheffen/genezen van het probleem ('cure'), maar soms ook op het leren omgaan hiermee ('cope'), het leren beheersen van gedrag ('control') of op het opzetten van ondersteuning/zorg ('care'). Het is van belang dat de cliënt zijn mogelijkheden en beperkingen leert te zien en te accepteren en hier een balans in weet te vinden. Vanwege de blijvende beperkingen kan ook een bepaalde mate van ondersteuning na de behandeling blijvend noodzakelijk zijn. Naast veranderingen bij de cliënt is daarom ook het vinden van de juiste wijze van bejegening en begeleidingsstijl van de cliënt en het overdragen van deze kennis aan de oorspronkelijke of toekomstige leefomgeving een doel in de behandeling.

De duur van deeltijd, ambulante of poliklinische behandeling is afhankelijk van de ernst van de problematiek. De behandelduur van de klinische behandeling varieert van drie maanden tot drie jaar. Voor cliënten met een risico op herhaling van delicten wordt de behandelduur mede bepaald door de mate en het tempo waarin de risico's verminderd kunnen worden. De behandeling wordt afgerond als de behandeldoelen zijn behaald en/of als duidelijk is dat de cliënt niet verder van behandeling kan profiteren. Hierbij is het belangrijk dat de ontsporingsrisico's zijn verdwenen ofwel dat duidelijk is onder welke omstandigheden zij controleerbaar zijn. Er wordt dan gezocht naar een leefomgeving waarin de cliënt optimaal kan functioneren en die in staat is om te gaan met de eventuele restproblematiek.

5.4 Theoretische behandelmodellen

Een behandelmodel is een specifieke benadering die is gebaseerd op een bepaalde theorie over de oorzaken van problemen in het menselijk functioneren. Bij de behandeling van SGLVG-cliënten is sprake van complexe problematiek en een complexe zorgbehoefte, op het snijvlak van sectoren, met zowel care, cure, cope als control doelen. Eén theoretisch model volstaat daarom niet en dus wordt met modellen uit verschillende vakgebieden gewerkt. We gaan er hierbij van uit dat gedrag en persoon het best begrepen kunnen worden

vanuit het zogenaamde biopsychosociale model: hierbij worden biologische, psychologische en sociale/contextuele modellen geïntegreerd. Een belangrijke plaats wordt hierbij toegekend aan behandelmodellen uit de orthopedagogiek, de psychiatrie, de geneeskundige zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en de forensische zorg.

De *orthopedagogiek* is gericht op het weer op gang brengen van een problematische, gestagneerde ontwikkeling, ontwikkelen van de zelfredzaamheid en vergroten van vaardigheden van de cliënt. Er is tevens aandacht voor het accepteren en compenseren van blijvende beperkingen. Hierbij zoekt men naar een specifieke wijze van omgaan met klimaat, situaties en relaties, zodat de ontwikkeling weer op gang komt (therapeutisch klimaat; zie hoofdstuk 7). Een behandelmodel dat vaak wordt gebruikt in dit verband is het Sociaal Competentiemodel. In dit model wordt onder andere duidelijk dat de ontwikkeling pas weer op gang kan komen als de gevolgen van een psychische stoornis, een syndroom of medische problemen worden opgeheven of zoveel mogelijk verminderd.

In de *psychiatrie* ligt de focus op het behandelen van de psychiatrische ziekte of stoornis volgens de daartoe ontwikkelde richtlijnen, waarbij gebruik gemaakt wordt van verschillende behandelmethoden zoals psychofarmaca en psychotherapie. Bij de SGLVG-doelgroep wordt veel gebruik gemaakt van de principes van de cognitieve gedragstherapie (zie hoofdstuk 14), een vorm van psychotherapie die zich richt op zowel het gedrag als de manier waarop cliënten over gebeurtenissen denken. Op basis hiervan worden cliënten aangezet te oefenen met alternatieve gedragingen. Ook in de dagelijkse begeleiding kan gebruik gemaakt worden van deze principes.

De *geneeskundige zorg voor mensen met een verstandelijke beperking* (zie hoofdstuk 15) heeft zich gespecialiseerd op het gebied van handicapgebonden problematiek. De verstandelijke beperking, gedragsproblemen en/of psychiatrische stoornissen hangen soms samen met genetisch bepaalde syndromen, zoals het Prader-Willi-syndroom of Klinefelter-syndroom. Hoewel de verstandelijke beperking en de syndromen natuurlijk niet te genezen zijn, kunnen de gevolgen hiervan, zoals gedragsproblemen, wel worden verminderd.

Vanuit de *forensische zorg* wordt gebruik gemaakt van risicomanagement-modellen (zie hoofdstuk 12), om de kans op recidive van delicten of ernstig probleemgedrag te verkleinen. Hierbij wordt gezocht naar de factoren in de persoon en zijn gedrag die een rol spelen bij risicovol gedrag en wordt de behandeling gericht op het veranderen van deze risicofactoren (bijvoorbeeld motivatie om te veranderen, impulsiviteit).

59

5.5 Werkwijze

Omdat kennis nodig is uit verschillende vakgebieden, moet het behandelteam ook uit verschillende vakdisciplines worden samengesteld. In zo'n multidisciplinair team zijn altijd een psychiater en/of AVG (arts voor verstandelijk gehandicapten), gedragskundige (GZ-psycholoog/orthopedagoog) en sociaal pedagogisch hulpverleners/(sociaal psychiatrisch) verpleegkundige of trajectbegeleider vertegenwoordigd. Dit kan worden aangevuld met bijvoorbeeld een psycho-diagnosticus, vaktherapeuten, maatschappelijk werker en activiteitenbegeleiders. Zo nodig kunnen medisch specialisten geconsulteerd worden, zoals een neuroloog of een klinisch geneticus. Elke discipline draagt vanuit zijn eigen deskundigheid, professionaliteit en (vak)verantwoordelijkheid bij aan een gemeenschappelijk ('multidisciplinair') behandelplan met een gemeenschappelijke diagnose en behandelbeleid. Dit behandelplan wordt door elke discipline uitgewerkt naar aparte discipline-specifieke werkplannen.

Vanwege de complexiteit van de problematiek is het belangrijk het denken en handelen rondom de cliënt op systematische wijze uit te voeren. We noemen dit methodische werken, wat inhoudt dat we handelen volgens een weloverwogen en doordacht plan. Methodisch werken is een cyclisch proces, dat zich kenmerkt door: actualiseren van de vraag van de cliënt - het opstellen en onderzoeken van hypothesen - het verkennen en bespreken van mogelijke oplossingen - bepalen van het behandelplan met behandeldoelen en behandeltraject (bijvoorbeeld keuzes voor trainingen, therapieën, daginvulling, bewegingsvrijheid) - evaluatie van de resultaten - bijstellen behandelplan - etc.

Om te zorgen voor afstemming tussen de disciplines en eenduidigheid in de behandellijnen die nodig is om tot verandering te kunnen komen, wordt de behandeling gecoördineerd door de behandelverantwoordelijke, een GZ-psycholoog of psychiater. Besluitvorming vindt zo veel mogelijk in overeenstemming met het hele behandelteam plaats, maar zo nodig hakt de behandelverantwoordelijke de knopen door. De persoonlijk begeleider is een teamlid, dat tevens verantwoordelijk is voor de coördinatie van de uitvoering van de behandeling van een of meerdere cliënten. De afdelingen worden aangestuurd door een teamleider, die verantwoordelijk is voor het organiseren van de werkprocessen en randvoorwaarden, de competentieontwikkeling van personeel en de strategische beleidsontwikkeling van de afdeling. Deze teamleider werkt veelal als duo samen met de behandelverantwoordelijke. Ook de eindverantwoordelijk manager heeft vaak een eindverantwoordelijke gedragswetenschapper of psychiater als duo-partner.

5.6 De behandelfasen

60

De behandeling bestaat uit verschillende fasen, die weliswaar kunnen worden onderscheiden, maar niet altijd gescheiden. De eerste periode ('intake') vindt plaats voor opname en staat in het teken van kennismaking met de cliënt en zijn omgeving, het opbouwen van een werkrelatie en het informeren van de cliënt over de werkwijze van de instelling. Door middel van analyse van bestaande gegevens en eventueel een kort gericht onderzoek door het (multidisciplinaire) intake-team ontstaat een eerste beeld van de cliënt en zijn omgeving. Hierbij wordt bezien wat de hulpvraag is, welke problematiek er (mogelijk) speelt, wat de cliënt en zijn omgeving nog aankunnen en wat niet, en wat de eventuele risico's zijn. Op basis hiervan wordt er door het intake-team een keuze gemaakt voor een passend hulpaanbod. Hierbij wordt er naar gestreefd zoveel mogelijk tot overeenstemming te komen met de cliënt, hoewel dit niet altijd kan worden bereikt en behandeling soms plaatsvindt in een gedwongen kader (juridisch kader; zie hoofdstuk 21). De behandeling gaat van start met een diagnostische fase, waarin een breed pakket aan multidisciplinair onderzoek en diagnostiek wordt geboden. Naast de problematiek en eventuele risico's wordt nader onderzocht welke behandeling en begeleiding de cliënt nodig heeft. De diagnostische fase wordt (in de meeste gevallen) vervolgd met verschillende behandelfasen, waarin gewerkt wordt aan de doelen, zoals in het (multidisciplinaire) behandelplan en werkplannen beschreven.

De gefaseerde behandeling start voor cliënten met een hoog recidive-risico op een gesloten afdeling, binnen de beveiligde ring van de instelling. Ook voor andere cliënten kan het, met name in het begin van de behandeling wanneer gedragsverandering nog niet of onvoldoende is opgetreden, nodig zijn om te starten op een gesloten of besloten afdeling (waarbij een besloten afdeling een lagere beveiligingsniveau kent dan een gesloten afdeling, maar een hoger niveau dan een open afdeling). Cliënten leren dan eerst te functioneren in een kleine, gecontroleerde omgeving. Aangezien het doel van de behandeling een geleidelijke, veilige herintreding in de samenleving (of in ieder geval een minder restrictieve omgeving) is, is het opbouwen en oefenen met toenemende bewegingsvrijheid en verlof een onlosmakelijk onderdeel van de behandeling.

Bij voortgang in de behandeling zullen de beperkingen worden afgebouwd en kan behandeling worden voortgezet op meer open afdelingen. Door dit stapsgewijs te doen, ervaart de cliënt succeservaringen en vooruitgang, wat motiverend werkt. Indien nodig voor de veiligheid van de cliënt of de maatschappij kan de bewegingsvrijheid worden ingetrokken en vervolgens opnieuw worden verdiend. Het toekennen van vrijheden wordt zorgvuldig en verantwoord gewogen door het multidisciplinaire team. Naast de diagnostische instrumenten die hierop betrekking hebben (risicotaxatie-instrumenten; zie hoofdstuk 12) en de bestaande (wetenschappelijke) kennis hierover, spelen hierbij de volgende factoren mee: de mate van verandering van de risicofactoren, de mate van acceptatie van de cliënt van zijn verblijf, de mate van overeenstemming met de cliënt over de behandeling, de mate van deelname aan het programma, de mate van vermindering van incidenten van (ernstig) probleemgedrag en de mate waarin de cliënt open staat voor begeleiding en zich kan houden aan afspraken.

De laatste fase van de behandeling is gericht op consolidering van de behaalde resultaten en een geleidelijke herintreding in de maatschappij of overplaatsing naar een passende en minder restrictieve leefomgeving, zoals een woonvoorziening voor verstandelijk beperkten. Dit vindt veelal plaats op resocialisatie-afdelingen, waarbij de cliënt zijn werk, sociale contacten en vrije tijdbesteding steeds meer buiten de instelling vormgeeft.

5.7 Behandelaanbod

De complexe problematiek van (forensische) SGLVG-cliënten vereist een specifieke aanpak om de gestelde behandeldoelen te kunnen behalen en de kwaliteit van leven te verbeteren. Enerzijds is het van belang de vorm van het hulpverleningsaanbod zo goed mogelijk aan te laten sluiten op de persoonlijke behoeften en omstandigheden van de cliënt. Zo kan het nodig zijn dat de cliënt 24 uur per dag verblijft in de behandelkliniek ('klinische behandeling'). Maar het kan ook nodig of beter zijn dat de cliënt in zijn eigen woonomgeving blijft ('ambulante behandeling'), waarbij hij daar begeleiding krijgt en/of voor therapie of gesprekken naar de hulpverlener toe gaat en/of bepaalde dagdelen deelneemt aan een dagprogramma met therapieën of trainingen.

Verder bestaat er een divers aanbod van andere diensten, zoals consultatie, onderzoek en diagnostiek, overbruggingszorg, nazorg, traject- en netwerkbegeleiding, crisisopvang etc. Ook combinaties zijn mogelijk: klinische behandeling kan worden voorafgegaan door overbruggingszorg of worden vervolgd met bijvoorbeeld ambulante behandeling. Anderzijds vereist het behandelen van complexe problematiek een divers aanbod van soorten behandelingen. We spreken hierbij van behandelelementen en onderscheiden basiselementen en specialistische elementen. Basiselementen zijn onderdelen van de behandeling die veelal voor de gehele doelgroep nodig zijn, zoals therapeutisch klimaat of sociale vaardigheidstrainingen. Deze onderdelen zijn vormgegeven op basis van datgene wat de gehele doelgroep met elkaar gemeen heeft, namelijk hun specifieke leer- en denkstijl, ontwikkelingsachterstanden en risicovol gedrag. Hierbij kan het overigens wel voorkomen dat specifieke problematiek een specifieke accent in een basiselement vraagt. Zo wordt bij verslavingsproblematiek gebruik gemaakt van motiverende gespreksvoering in het therapeutisch klimaat en een specifieke vaardigheidstraining gericht op verslavingsgedrag. Specialistische elementen zijn behandelinterventies die gericht zijn op een bepaalde stoornis of problematiek zoals agressie of verslaving, en dus bij een bepaald gedeelte van de doelgroep kunnen worden ingezet.

De behandelelementen (zie kader) staan veelal niet op zichzelf, maar worden in onderlinge samenhang geboden. We hebben het dan over een 'behandelprogramma' dat zich richt op een groep cliënten met een overeenkomstige behoefte aan behandeling, zoals een behandelprogramma 'Agressie' of 'Verslaving'.

Op basis van diagnostiek wordt bepaald welk behandelprogramma (of onderdelen hiervan) wordt geboden aan de individuele cliënt. In de volgende hoofdstukken zullen de bovengenoemde elementen van de behandeling afzonderlijk worden toegelicht.

Behandelelementen

» **Basiselementen:**

- » *Observatie en diagnostiek: bij elke cliënt wordt onderzocht hoe de problematiek in elkaar zit, wat de in stand houdende factoren zijn, de mate van gevaar die een rol speelt, welke behandelinterventies nodig zijn en hoe eventuele stoornissen zijn te 'labelen' (zie hoofdstuk 6).*
- » *Therapeutisch klimaat: bij klinische behandeling woont, werkt en besteedt de cliënt zijn vrije tijd in en rondom de behandelkliniek. Situaties die zich in dit alledaagse leven voordoen geven tal van mogelijkheden om nieuw gedrag te leren en te oefenen en de cliënt hierbij te begeleiden. Wanneer er op bewuste en deskundige wijze wordt omgegaan met het wonen, werken en de vrije tijd, op een wijze die bij de doelgroep past, spreken we van een klimaat waarin veranderingen worden bewerkstelligd en daardoor 'therapeutisch' werkt (zie hoofdstuk 7).*
- » *Basismodules (voorlichtingsmodules en vaardigheidstrainingen): een 'module' die zich richt op voorlichting is een vaststaand pakket aan informatie die op systematische wijze wordt behandeld op (groeps)bijeenkomsten, met als doel de cliënt kennis bij te brengen die hij vanwege zijn beperkingen, (leef)omstandigheden en schoolachterstanden niet eerder heeft opgedaan, bijvoorbeeld met betrekking tot de gevolgen van genotsmiddelen, het onderhouden van een gezonde leefstijl en kennis van verschillende aspecten die een rol spelen bij seksualiteit. Een vaardigheidstraining heeft ook een vaste vorm en richt zich op het leren van vaardigheden op verschillende gebieden, zoals het omgaan met relaties, geld of vrije tijd (zie hoofdstuk 10).*
- » *Risicomanagement: risicomanagement kan zich richten op het verminderen van de kans op herhaling van (ernstig) probleemgedrag, zoals agressie, suïcide, zelfbeschadiging of psychose. Hierbij speelt het vroeg leren signaleren van ontregeling een belangrijke rol. Risicomanagement heeft tevens betrekking op het veranderen en/of beheersbaar maken van factoren die een rol spelen bij delictgedrag, om herhaling hiervan te voorkomen (zie hoofdstukken 12 en 13).*

» **Specialistische elementen:**

- » *Specialistische therapeutische modules: dit betreft een vast behandelpakket waarin door middel van een reeks aan (groeps)bijeenkomsten door informatie, oefeningen, gesprekken etc. wordt gewerkt aan vermindering van specifieke problematiek, zoals verslaving of agressie (zie hoofdstuk 11).*
 - » *Therapie en therapeutische interventies: samen met een gedragswetenschapper of therapeut wordt gewerkt aan specifieke problemen, zoals trauma, depressie, angst etc. Hierbij bestaan er verschillende vormen van therapie, zoals gesprekken, vaktherapieën (bijvoorbeeld muziektherapie of psychomotorische therapie), EMDR etc. (zie hoofdstuk 14).*
 - » *Medische/psychiatrische behandeling: hierbij moet men denken aan bijvoorbeeld psychofarmaca of gesprekken met een psychiater (zie hoofdstuk 15).*
-

Referenties

Van Dijk, F., Storms, M., Terpstra, L., Verberne, G., & Roos, J. (Red.) (2008). *Behandelvisie (forensische) SGLVG*. Utrecht: De Borg.

Van Dijk, F., Terpstra, L., Glaubitz, H., Verberne, G., & Roos, J. (Red.) (2009). *Visie op behandelprogramma's*. Utrecht: De Borg.

06

Ankie Swinkels
Gert-Jan Verberne

OBSERVATIE EN DIAGNOSTIEK

63

Behandelen is pas mogelijk als eerst een diagnose gesteld is. Dat geldt voor de autogarage, de arts en ook voor een SGLVG-behandelcentrum. Je kunt je geen behandeling voorstellen waar geen diagnostiek aan vooraf is gegaan. Eerst zal vastgesteld moeten worden dat er iets mis is, wat er mis is en waar nog extra rekening mee moet worden gehouden in de behandeling. Diagnostiek moet helpen om indicaties te stellen voor bepaalde behandelvormen en om vast te stellen voor welke cliënten een bepaalde behandelvorm (niet) geschikt of juist (on)gunstig is (Luteyn et al., 2005).

6.1 Inleiding

Vanwege complexe problemen waarbij verschillende factoren een rol spelen, is diagnostiek bij SGLVG-cliënten extra van belang. Deze factoren liggen zowel in het verleden (problemen met hechting, ontwikkeling, leren van vaardigheden) als in de balans tussen de draagkracht en draaglast in het heden. Soms echter ook in psychiatrische stoornissen, stoornissen in het functioneren van de hersenen en dergelijke. Als het gaat om cliënten met delinquent gedrag is het belangrijk zicht te krijgen op de wijze waarop het delict tot stand is gekomen (De Ruiter & Hildebrand, 2006). In alle gevallen is er sprake van een lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid, al dan niet met een zogenaamd harmonisch of disharmonisch profiel (bijvoorbeeld een lager verbaal dan performaal IQ). In het laatste geval zien we dan grote verschillen tussen vaardigheden van cliënten. Diagnostiek vindt plaats op al deze aspecten en verschillende disciplines spelen hierin een rol (Kraijer & Plas, 2005). Bijvoorbeeld:

- de psychiater ten aanzien van de psychopathologie;
- de gedragswetenschapper ten aanzien van intelligentie (bijvoorbeeld belangrijk voor het vaststellen van de draagkracht), specifieke beperkingen in de informatieverwerking, persoonlijkheidsstructuur en invloed van doorgemaakte trauma's;
- maatschappelijk werk en systeemtherapeut of sociaal psychiatrisch verpleegkundige ten aanzien van factoren die in de omgeving of sociaal netwerk van de cliënt spelen;
- zowel de gedragswetenschapper als de begeleider in de analyse van problematisch gedrag. Richtvragen daarbij zijn: wat gaat hier aan vooraf? Gebeurt het vaak in een bepaalde situatie of een bepaalde omgeving? Leidt het meestal tot een bepaalde reactie van de omgeving? Wat voor gedachten heeft de cliënt over zichzelf, zijn gedrag en de context?;
- de begeleider ten aanzien van het observeren van gedrag en het beoordelen van competenties van de cliënt binnen de 24-uurssituatie. De begeleider merkt als de cliënt te snel tot negatieve conclusies over zichzelf komt of snel conflicten oproept of dat de cliënt weinig energie heeft, weinig eetlust, 's ochtends vroeg wakker is enzovoort.

64

In SGLVG-behandelklinieken wordt multidisciplinair gewerkt. Doorgaans vervult een gedragswetenschapper een coördinerende rol. Dat geldt ook ten aanzien van het diagnostische proces. In sommige Borg-instellingen bestaat een aparte diagnostische afdeling, die op aanvraag van de behandelcoördinator onderzoek doet. In dit boek staat de begeleider centraal en zal het diagnostisch proces vooral vanuit het perspectief van de begeleider worden beschreven. Aan de hand van een casus zullen we stilstaan bij de diagnostische rol van de begeleider.

6.2 De rol van de begeleider

Cliënten die in behandeling komen en dus behoren tot de SGLVG-doelgroep hebben vaak al een lange hulpverleningsgeschiedenis achter zich. Niet zelden zijn ze van instelling naar instelling gegaan, in aanraking gekomen met justitie, de psychiatrie en/of vastgelopen in de reguliere verstandelijke gehandicaptenzorg. Om een goed en zuiver beeld te krijgen van wat er aan de hand is en hoe de cliënt het beste behandeld kan worden, is het van wezenlijk belang dat er zorgvuldig geobserveerd en gediagnosticeerd wordt en er met een open en onbevooroordeelde blik naar de cliënt wordt gekeken. De begeleider heeft hierin een belangrijke rol. In vergelijking met andere disciplines van het multidisciplinaire team, maakt een begeleider de cliënt doorgaans langduriger, intensiever en in meer uiteenlopende situaties mee. Dit levert veel observatiemomenten op. Observeren moet hier gezien worden als het op een doelgerichte en methodische

wijze verzamelen van zo objectief mogelijke gegevens, die een bijdrage kunnen leveren aan de diagnostiek en daarmee de behandeling. Er wordt waargenomen vanuit een bepaalde houding en met een specifieke gerichtheid en dit betreft zowel het verbale als het non-verbale gedrag. Hierbij spelen de context en ook de onderlinge interacties een belangrijke rol.

Zoals uit het voorafgaande blijkt hebben begeleiders hierin een eigen professionaliteit en verantwoordelijkheid. Van de begeleider mag dan ook verwacht worden dat hij niet alleen observeert maar ook analyseert en dus een eigen bijdrage levert aan de diagnostiek. We hebben al gezien dat behandeling zonder diagnostiek ongewenst is. Dit geldt ook voor de begeleiding en ondersteuning door de begeleider. Voortdurend ben je als begeleider bezig met interventies en met het nalaten van interventies. Wanneer kies je voor de ene interventie (bijvoorbeeld de cliënt geruststellen) en wanneer voor een andere (bijvoorbeeld de cliënt confronteren met zijn gedrag)? Om hierop een antwoord te kunnen geven moet het behandelteam eerst een aantal stappen doorlopen in dit diagnostisch proces:

- **Verzamelen van gegevens.** Vaardigheid in het verzamelen van informatie is cruciaal voor het diagnostisch proces en deels afhankelijk van de kennis en vaardigheden van de begeleider. Voor het in kaart brengen van deze gegevens kunnen verschillende ordeningssystemen gebruikt worden.
- **Het interpreteren van gegevens.** Het verzamelen van informatie is zinloos als je de betekenis van de informatie niet doorgrondt. Door informatie over iemands functioneren te interpreteren wordt het mogelijk dit gedrag te voorspellen of te verklaren.
- **Het zinvol groeperen en benoemen van gegevens.** Op grond van een bepaalde interpretatie of hypothese worden gegevens gegroepeerd.
-

Tijdens het diagnostisch proces herhaalt zich het verzamelen, interpreteren en zinvol groeperen van gegevens voortdurend.

65

6.3 Observatiesystemen

De begeleider observeert en rapporteert volgens een bepaalde methode. Er wordt hierbij uitgegaan van verschillende ordeningssystemen voor diagnostische termen en interventies (sociaal competentiemodel, Verpleegkundige Diagnostiek (NANDA) en de gezondheidspatronen van Gordon (Gordon, 1996)) die in hoofdlijnen niet veel van elkaar verschillen. Daarnaast kan gebruik gemaakt worden van aftekenlijsten, dagrapportages, doelrapportages enzovoort. Ook worden in het kader van diagnostiek door de begeleiders scoringslijsten ingevuld. Deze kunnen individueel worden opgesteld door een persoonlijk begeleider, vaak in samenwerking met de gedragswetenschapper. Maar ook kan de begeleider een bijdrage leveren aan het invullen van gestandaardiseerde vragenlijsten, zoals bijvoorbeeld vragenlijsten die gedrags- en emotionele problemen inventariseren (zoals de ABCL: Adult Behavior Checklist) of vragenlijsten die specifieke problemen onderzoeken, zoals autisme, depressie of ADHD.

Hoewel er geen ordeningssysteem is voor de begeleiders, dat Borg-breed gehanteerd wordt, wil dit niet zeggen dat er niet methodisch gewerkt wordt. Er blijkt wel overeenstemming te bestaan over de volgende uitgangspunten en onderwerpen van onderzoek (Van Dijk, Storms, Terpstra, Verberne & Roos, 2008):

- **Competenties:** Probleemgedrag ontstaat en wordt vaak in stand gehouden door tekortschietende vaardigheden in relatie tot een grote draaglast; het is dan ook belangrijk nieuwe vaardigheden aan te leren, met name gericht op het leren omgaan met de problemen die hun leven hen stelt. Dit brengt de noodzaak met zich mee tekortschietende competenties in kaart te brengen alsmede een analyse te maken van

de eisen die gesteld worden door werksituatie, woonsituatie, sociale situatie etc. Hiernaast zijn bij veel cliënten er relatief weinig 'beschermende factoren'. Hierbij horen zaken als vrije tijd, een baan hebben en arbeidsvaardigheden. Deze moeten vaak alsnog worden opgebouwd en het vaststellen van tekorten hierin is dan ook noodzakelijk.

- **Probleemgedrag:** Probleemgedrag is voor een belangrijk deel aangeleerd en het is dan ook belangrijk dat dit gedrag vervangen wordt door meer zelfredzaam en gewenst gedrag. Hierbij wordt gebruik gemaakt van het verhogen van inzicht in de gevolgen van problematisch gedrag. Dit geldt zowel voor de cliënt zelf als voor anderen. Daarnaast is verbetering van zelfcontrole en zelfsturing van belang. Hiervoor is het noodzakelijk dat je helder zicht hebt op het probleemgedrag, onder welke omstandigheden dit zich voordoet en waardoor het wordt uitgelokt. Tevens is van belang te onderzoeken wat de cliënt zou kunnen stimuleren om meer adequaat gedrag toe te passen.
- **Perspectief:** Behandeling heeft alleen zin als de cliënt zich begrepen en serieus genomen voelt en als hij of zij perspectief ervaart. Met de cliënt in gesprek gaan, onderhandelen, goed invoegen bij de belevingswereld en nagaan of er voldoende perspectief in het traject aanwezig is, zijn dan van belang.
- **Motivatie:** De motivatie van veel cliënten is vaak tamelijk oppervlakkig en niet zelden ambivalent. Het is belangrijk om te onderzoeken op welke wijze de motivatie te verbeteren is. Door middel van het in gesprek gaan met de cliënt probeert de begeleider diens motivatie voor behandeling positief te beïnvloeden. Motiverende gespreksvoering kan hierbij een belangrijke rol spelen.
- **Bejegening:** Er is vaak sprake van ontwikkelingstekorten, waarbij de sociaal-emotionele ontwikkeling op een lager niveau gebleven is dan de cognitieve ontwikkeling. Het is belangrijk het sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau te bepalen (functieprofiel; zie hoofdstuk 4) om hierbij te kunnen aansluiten. Tevens is het van belang te zoeken naar de juiste bejegeningstijl en mate van benodigde afstand en nabijheid bij de cliënt, om zijn welbevinden te vergroten en de kans op regressie (achteruitgang van vaardigheden of te veel afhankelijk worden), agressief gedrag en ontregelend gedrag te verkleinen.
- **Netwerk:** De cliënt is onderdeel van een sociaal netwerk. Behandeling heeft meer kans van slagen als dit sociaal netwerk serieus genomen wordt en betrokken wordt in de behandeling. Dit brengt de noodzaak met zich mee aandacht te besteden aan het in kaart brengen van loyaliteiten, conflicten binnen het sociaal netwerk, mogelijkheden van steun en dergelijke.
- **Psychopathologie:** Bij veel cliëntenuitingen is sprake van een psychiatrische stoornis en gebruik van psychofarmaca. Observatie van uitingen van deze problematiek en (bij)werkingen van medicatie is noodzakelijk (medische/psychiatrische zorg; zie hoofdstuk 15).

6.4 Algemene observatiedoelen

Als begeleider wordt van je verwacht dat je een bijdrage levert aan het tot stand komen van het algehele beeld van de cliënt en zijn problematiek tijdens de observatieperiode. De begeleider observeert de cliënt ten aanzien van vaardigheden, gedrag, emoties, sociale interactie, de wijze van stressverwerking en eventuele psychopathologische symptomen.

Het opnamegesprek is vaak het eerste moment waarop je als begeleider de cliënt ziet. Je hebt de informatie dan gelezen en je hebt geconstateerd of het een vrijwillige of gedwongen opname betreft. In eerste instantie is het belangrijk zorgvuldig bij de cliënt 'in te voegen': te luisteren naar zijn verhaal, wat hij wil, dus wat zijn hulpvraag is en hoe hij tegen zijn problemen aankijkt. We kunnen een indruk krijgen over de hoeveelheid nabijheid die hij nodig heeft en hoeveel afstand hij verdraagt door te kijken naar hoe hij reageert op wat wij kunnen bieden, op onze informatie over hoe het hier aan toe gaat.

In de eerste weken staat de *start van het behandeltraject* en het verzamelen van relevante informatie centraal. Het tot overeenstemming komen over enkele belangrijke aandachtspunten, wennen aan de structuur van de afdeling en de dagbesteding, een begin maken met diagnostische trajecten bij arts, psychiater en psycholoog. In deze periode wordt ook de verpleegkundige anamnese afgenomen en/of persoonsbeeld opgesteld. Op gestandaardiseerde wijze wordt de ontwikkelingsgeschiedenis in kaart gebracht, het somatisch functioneren en de zelfredzaamheid. Daarnaast wordt de problematiek verder geïnventariseerd, worden uitlokkende en in stand houdende factoren van problematisch gedrag in kaart gebracht en wordt een indruk verkregen van de sociale competenties en van de draaglast.

Als begeleider ben je tijdens de verdere observatieperiode geïnteresseerd in *symptomen en problematiek* in het hier en nu. Daarbij zijn de volgende vragen richtinggevend. Weet de cliënt wat de reden van plaatsing is? Welk probleemgedrag laat hij zien? Welk probleemgedrag wordt bij aanmelding genoemd, hoe doet zich dat voor en in welke situaties? Heeft het 'belonende waarde' (levert het iets op, waardoor het in stand gehouden wordt)? Welke oplossingen heeft de cliënt zelf bedacht, wat werkt wel en niet? Hoe gaat de cliënt om met stress en welke oplossingsvaardigheden heeft hij? Hoe is zijn zelfbeeld? Naast deze vragen is het van belang inzicht te verkrijgen in de *motivatie* van de cliënt om te veranderen. Hoeveel lijdt hij onder zijn problemen? Is het vooral de omgeving of vooral hijzelf die geholpen wil worden? Denkt hij dat ze de behandeling kan volhouden als het even moeilijk gaat? Wat voor ondersteuning heeft hij dan nodig?

Het is tijdens de observatieperiode ook van belang inzicht te krijgen in het *netwerk* van de cliënt en zijn verleden. Hoe ziet het sociale netwerk er uit, met welke familieleden heeft hij contact en hoe belangrijk is dit contact? Welke contacten zijn beladen en wat voor ondersteuning heeft hij nodig? Welke andere hulpverlening heeft de cliënt gehad en welke verwachtingen heeft hij over de hulpverlening bij ons? Voorts is het belangrijk te kijken naar het toekomstperspectief. Je probeert de wensen en behoeften van de cliënt duidelijk te krijgen en in te schatten hoe reëel deze zijn.

Tal van *andere terreinen van functioneren* moeten ook onderzocht worden. Wat zijn ervaringen, interesses en vermogens van de cliënt rondom scholing, werk en vrijetijdsbesteding? Hoe is het met de gezondheid en zelfzorg? Gebruikt de cliënt medicatie en/of heeft hij een dieet? Kan hij voor zichzelf en zijn kamer zorgen, of is ondersteuning nodig? Wat is verder van waarde voor de cliënt? Heeft hij een bepaalde levensovertuiging? De cliënt is begonnen op de dagbesteding en hier wordt geobserveerd of en onder welke omstandigheden hij in staat is tot arbeid en of er gewerkt moet worden aan specifieke vaardigheden en attitudes.

De begeleiders observeren ook hoeveel *nabijheid* voor de cliënt optimaal is. Bij teveel nabijheid kan regressie (bijvoorbeeld te afhankelijk opstellen) ontstaan, bij te weinig nabijheid kunnen angst en boosheid naar voren komen. Langzamerhand zal duidelijk worden hoeveel en wat voor ondersteuning de cliënt nodig heeft om een zekere mate van emotionele en gedragsmatige stabiliteit te hebben.

Begeleiders letten bij dit alles niet alleen op datgene wat de cliënt verbaal aangeeft maar ook op lichaamstaal. Maakt hij een angstige, gespannen indruk? Lijkt hij bang voor jou? Voor de opname? Voor medecliënten? Is hij consequent in wat hij zegt en uitstraalt?

In het kader staan bovengenoemde observatiedoelen gegroepeerd. Een dergelijk overzicht kan als hulpmiddel dienen om antwoorden op genoemde vragen te krijgen.

Schematisch overzicht van enkele diagnostische activiteiten door de begeleiding

» **Invoegen en contact:**

- » Contact maken.
 - » Bewust zij, hoe ingrijpend een opname is voor een cliënt.
 - » Gevoel geven van welkom te zijn, er mogen zijn. Respect!
 - » Niet meteen oordelend, eerst luisteren/kijken. Niet meteen in een hokje plaatsen.
Registratie van hoe contact loopt.
 - » Eerst contact, afgestemd op individuele cliënt; professionele band opbouwen (bewust hanteren van afstand/nabijheid, duidelijk zijn, betrouwbaar/houden aan hetgeen je zegt en dergelijke).
 - » Starten bij hetgeen een cliënt aangeeft dus bij zijn belevingswereld, dat wil niet zeggen dat je dan ook geheel volgend hierin moet zijn.
-

» **Afstemmen/onderhandelen:**

- » Eerste screening op wat een cliënt nodig heeft. Informatie vanuit cliënt, maar ook verwijzer/ vorige woonplek.
 - » Als je bijvoorbeeld weet dat iemand autisme heeft start je vanaf het begin met het helpen structureren/invullen van de dag, zorgen voor helder programma enzovoort.
 - » Bevragen waar de cliënt vindt dat het probleem zit en waar hij aan wil werken.
 - » Kun je het met de cliënt eens worden over zijn hulpvraag?
 - » Hoe denkt deze cliënt en welke verwachtingen heeft hij van de opname?
 - » Verwachtingen verhelderen. Vragen beantwoorden.
 - » Geven van info, afgestemd op wat individu aankan.
 - » Checken of boodschap begrepen wordt.
-

» **Bijzondere context:**

- » Crisis, reguliere opname.
 - » Vrijwillig, RM, met justitieel kader, IBS.
 - » Wel/niet gemotiveerd.
 - » Psychotisch?
-

» **Gevaarscriteria:**

- » Zijn deze aanwezig en welke zijn dit dan; gekeken naar de cliënt, als ook waar zitten mogelijke risico's voor de omgeving?
 - » Wat zijn de uitlokkende factoren?
 - » Waarin is de cliënt extra kwetsbaar?
 - » Wat betekent dit voor de begeleiding en interventies?
-

» **Verzamelen van symptomen:**

- » Actief betrekken van de cliënt hierin (afnemen van een anamnese bij de cliënt).
- » Mogelijkheden; aan de hand van de 11 gezondheidspatronen van Gordon, sociaal competentiemodel, beschrijving van een persoonsbeeld en dergelijke (zie ook Methode Heykoop; hoofdstuk 4).
- » Gericht observeren en rapporteren op probleemgebieden gekoppeld aan de hulpvraag. Algeheel beeld van psychische, somatische en sociale aspecten.
- » Inconsistentie in hetgeen cliënt zegt en laat zien; vraag achter de vraag.
- » Op vraag gegevens aanleveren voor andere disciplines.

- » *Methodisch werken; gegevens verzamelen, ordenen/clusteren, hypotheses formuleren (cyclisch proces).*
 - » *Integratieve diagnostiek; begeleiding heeft hierin een eigen verantwoordelijkheid.*
-

» **Dynamiek van gedrag:**

- » *Kijken hoe een cliënt reageert in de groep/op therapie.*
 - » *Gericht op gedrag in het hier en nu.*
 - » *Bij probleemgedrag; wat gaat eraan vooraf? Wat denkt en doet de cliënt? Wat wil hij bereiken of vermijden?*
 - » *Wat gebeurt er op dat moment in de omgeving?*
 - » *Hoe reageert de cliënt achteraf?*
 - » *Wat gebeurt er in de interactie?*
 - » *Wat roept dit gedrag bij jou als begeleider op?*
 - » *Welk effect heeft de houding van begeleider op cliënt?*
 - » *Welk effect hebben de ingezette interventies?*
-

» **Contextuele aspecten:**

- » *Invloed van het therapeutisch klimaat waarin hij nu verblijft?*
 - » *Contacten met familie/netwerk, systeem.*
-

6.5 Specifieke observatiedoelen

69

Afgeleid van de hulpvraag en in multidisciplinaire afstemming worden er door de behandelverantwoordelijke veelal ook specifieke observatiedoelen voor de begeleiders geformuleerd. Hierbij gaat het veelal om de vraag welk gedrag zichtbaar is dat zou kunnen duiden op een specifieke (psychiatrische) stoornis. Indien het vermoeden bestaat van ADHD, zal de begeleiders bijvoorbeeld gevraagd worden gericht te observeren hoe lang de cliënt zich kan concentreren en hoe impulsief hij is. Bij vermoeden van een autistische stoornis, zal gevraagd worden of er sprake is van een beperkt repertoire aan bezigheden, bijzonderheden in contactvorming en taalgebruik. Bij een vermoeden van psychose, wordt gevraagd te bezien of er sprake is van wanen of hallucinaties. Hiernaast heeft de begeleider een belangrijke taak bij het observeren van de effecten van een ingezette behandelinterventie en de werking (en eventuele bijwerkingen) van psychofarmaca. De observaties in de 24-uurssituatie zijn, naast het psychologisch en psychiatrisch onderzoek, van grote waarde bij het stellen van dergelijke diagnoses en de effectiviteit van interventies.

In de loop van de observatieperiode worden samen met de behandelverantwoordelijke de eerste hypotheses over bijvoorbeeld de oorzaken van problematisch gedrag besproken en daarmee ook al een lijn uitgezet in de behandeling/begeleiding van de cliënt, zeker als het gedrag al dwingt tot handelen (bijvoorbeeld bij agressie naar zichzelf/naar de anderen). Deze hypotheses kunnen ook weer leiden tot specifiekere vragen met betrekking tot gedrag, uitingen van stoornissen en effecten van psychofarmaca. In de observatie/diagnostiekbespreking worden al deze bevindingen in een multidisciplinair overleg besproken, waarin de bevindingen, vragen en hypotheses naast elkaar gelegd worden en waarin zogenaamde werkhypotheses worden vastgesteld (en hierna behandelopzet, werkdoelen etc.). Als begeleider is het belangrijk om iets te weten over het intelligentieniveau, specifieke uitval zoals in de aandachtsconcentratie en kenmerken van de persoonlijkheid. Dit zijn onderwerpen waarop het psychologisch onderzoek gericht is. Ook of er sprake is van een psychiatrische aandoening (zoals autisme, psychose). De begeleider zal ook iets willen weten over risico's, bijvoorbeeld op

agressie, op suicide. De gedragswetenschapper en psychiater kan hem hierbij helpen. In de periode hierna wordt begonnen met de behandeling op basis van de verworven multidisciplinaire inzichten. Voortdurend worden deze inzichten echter aangevuld en zo nodig bijgesteld. Al doende leert men en al behandelend komt men tot verfijning van inzichten.

» **Casus Mieke**

Mieke is een vrouw van 21 jaar. Ze wordt aangemeld als een vrijwillige cliënt (zonder BOPZ-kader). In de aanmeldingsrapportage lezen we dat er sprake zou zijn van een stemmingsstoornis met zelfbeschadigend gedrag. Deze problemen bestaan al langere tijd. Eerdere hulpverleningspogingen leidden niet tot resultaat. Ze is opgenomen geweest op een adolescentenafdeling van een psychiatrisch ziekenhuis. Men spreekt hier van een traumatische ontwikkeling en ontbreken van basisveiligheid. Ze ontwikkelde zich zonder een vaste opvoeder. Vanaf haar tiende jaar woonde ze in kindertehuizen. Bij aanmelding verbleef ze tussen kinderen die veel jonger waren. Ze had weinig om handen, geen aansluiting met leeftijdsgenoten en geen duidelijke vrijetijdsbesteding. Eens in de drie weken ging ze een weekend naar moeder en stiefvader. In het verleden zijn verschillende diagnoses gesteld zoals dysthyme stoornis, neurotische ontwikkelingsstoornis en identiteitsstoornis. In haar puberteit is ze seksueel misbruikt door een ex-partner van moeder. Ze functioneert op zwakbegaafd niveau waarbij haar verbale(taal) IQ lager is dan per formaal(doen) IQ. Haar moeder is eveneens verstandelijk beperkt en getraumatiseerd. Onder andere is moeder ernstig bedreigd geweest door een ex-partner. Haar vader heeft cognitieve problemen na een ongeval. 15 jaar geleden zijn haar ouders gescheiden. Ze vertrouwt niemand. Haar gedrag wordt gekenmerkt door afstoten en aantrekken. Als kind was ze teruggetrokken, gesloten en timide. Later was er sprake van ernstige en brede problematiek, vooral internaliserend van aard. Ze was angstig, depressief en teruggetrokken, had ook somatische klachten. Later ging ze meer praten over onveiligheid en ging ze automutileren. Gedragsproblematiek nam toe. In haar functioneren was ze nogal afhankelijk van nabijheid van begeleiders. Ze kon haar emoties maar moeilijk uiten en trok zich snel terug. Thuis liet ze veel opstandig en dwars gedrag zien. Haar psychisch functioneren leidde tot problemen op school en haar stage. Meer recentelijk was er ook sprake van agressief gedrag, onder andere ook het ingooien van ruiten. Ze heeft zich gesneden in de armen en pogingen tot suicide door middel van overdoses pijnstillers gedaan. In haar huidige woonvorm (een jeugdsetting) liggen geen perspectieven. Een meer definitieve woonplek moet nog geregeld worden. Nu ligt er echter ook een behandelvraag.

70

6.6 En wat kan er diagnostisch onderzocht worden door gedragswetenschappers?

De wijze waarop psychologische diagnostiek vorm krijgt in de Borginstellingen is verschillend per instelling. Soms is er een aparte diagnostische afdeling en op andere plekken gebeurt de diagnostiek onder verantwoordelijkheid van de behandelaar. Steeds kan echter een onderscheid gemaakt worden tussen een aantal terreinen waarop het onderzoek zich richt. Hierbij valt te denken aan:

- Diagnostiek van intelligentie, adaptief vermogen en zelfredzaamheid. Hierbij hoort ook vaak de diagnostiek van vaardigheden als lezen, schrijven en rekenen.
Enkele voorbeelden: WAIS III, GIT II, Raven, SON, WISC III, RAKIT, KAIT.
- Diagnostiek van neuropsychologische functies als geheugen, concentratie en aandacht, waarneming, het vermogen om taal te gebruiken om te denken en je eigen gedrag te reguleren.
Enkele voorbeelden: 15 woordentest, Bourdon Vos, complexe figuur test.

- Diagnostiek van persoonlijkheid en temperament.
Enkele voorbeelden: ABV, MMPI, NPV, SCL 90, UCL, ATL, TVZ.
- Diagnostiek van de risico's op herhaling van delictgedrag, psychose, suïcide.
Enkele voorbeelden: HKT 30, DROS, SVR 20.
- Diagnostiek van specifieke psychiatrische stoornissen zoals bij ADHD, autisme spectrum stoornissen, depressie. Enkele voorbeelden: AVL, DISCO, AVZ-R, Rimland.
- Diagnostiek van gedrag: onder welke voorwaarden en situaties komt een bepaald gedrag voor?
Wat houdt dit gedrag in stand?
- Diagnostiek van het delictgedrag waaronder delictscenario/-analyse.

Tot slot: Observatie door de groepsbegeleiding

Observatie is niet alleen kijken en volgen, maar ook bewust zijn van de wederzijdse beïnvloeding. Bewust zijn van de eigen houding en de inbreng en effecten die dat teweeg brengt. Op het moment dat de begeleider een cliënt als dreigend ervaart, is de kans groot dat dit zichtbaar wordt in de houding (bijvoorbeeld 'maakt zich groot', kijkt cliënt langdurig en indringend in de ogen), toonhoogte en stemvolume, wat door een cliënt weer opgevat kan worden als een gevaarsignaal en dus verdere agressie kan uitlokken. Hierbij zijn valkuilen aanwezig zoals vervormingen in de waarneming (te snel concluderen, te veel generaliseren, iemand iets toeschrijven wat je niet echt waargenomen hebt, de neiging tot het vormen van een consistent beeld, de neiging te zien en te horen wat je graag wilt zien en horen etc. (Albersnagel & Van der Brug, 1997). Wat de begeleider 'ziet', wordt dus niet alleen bepaald door het feitelijke gedrag van de cliënt, maar ook door dergelijke vertekeningen. De lijst van bronnen van fouten kan worden aangevuld met valkuilen. Wat we zien en rapporteren, wordt gekleurd door waarden, attitudes, verwachtingen enzovoort. Persoonlijke observaties kunnen zeer waardevol zijn, maar hoeven geen spiegel van de werkelijkheid te zijn. Persoonlijke observatie zal daarom getoetst moeten worden in onderlinge feedback en gecombineerd moeten worden met gegevens verkregen vanuit scoringslijsten en gegevens van andere disciplines uit het multidisciplinaire team, om de betrouwbaarheid en relevantie te verhogen en te komen tot integrale diagnostiek.

71

Referenties

- | | |
|--|--|
| <p>Albersnagel, E. & Van der Brug, Y. (1997). <i>Diagnoses, resultaten en interventies</i>. Groningen: Wolters- Noordhoff.</p> <p>De Ruiter, C., & Hildebrand, M. (2006). <i>Handboek psychodiagnostiek</i>. Amsterdam: Harcourt.</p> <p>Gordon, M. (1996). <i>Verpleegkundige diagnostiek: proces en toepassing</i>. Utrecht: De Tijdstroom.</p> | <p>Kraijer, D., & Plas, J. (2005). <i>Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid</i>. Amsterdam: Harcourt.</p> <p>Luteyn, F. et al. (2005). <i>Psychologische diagnostiek in de gezondheidszorg</i>. Utrecht: Lemma.</p> <p>Van Dijk, F., Storms, M., Terpstra, L., Verberne, G., & Roos, J. (Red.) (2008). <i>Behandelvisie (forensische) SGLVG</i>. Utrecht: De Borg.</p> |
|--|--|

07

*Jacqueline Roos
Aniët Bruininks*

Het THERAPEUTISCH KLIMAAT

73

Behandeling van SGLVG-cliënten vindt plaats door middel van behandelprogramma's die bestaan uit een pakket van verschillende behandelelementen. Hierbij wordt gesproken van basiselementen, zoals voorlichtingsmodules en vaardigheidstrainingen, en van specialistische elementen, zoals therapieën en specialistisch therapeutische modules (behandelvisie; zie hoofdstuk 5 en basis- en specialistische modules; zie hoofdstukken 10 en 11).

7.1 Inleiding

Eén van de basiselementen van klinische SGLVG-behandeling is het 'therapeutisch klimaat', waarbinnen 3 leefsfereen worden onderscheiden, te weten wonen, werken en vrijetijdsbesteding. SGLVG-behandeling vindt dus ook plaats op de momenten dat cliënten op de leefgroep verblijven, aan het werk zijn of deelnemen aan een activiteit. In dit hoofdstuk wordt het begrip 'therapeutisch klimaat' en de drie leefsfereen hierbinnen nader toegelicht. Vervolgens worden er twee modellen gepresenteerd die gebruikt worden bij de vormgeving van het therapeutisch klimaat als behandelinstrument.

7.2 Het therapeutisch klimaat en de 3 leefsfereen

Een klimaat kan worden omschreven als een door gebeurtenissen en omstandigheden opgeroepen sfeer tussen personen. Zo heeft het viereen van een verjaardag een andere sfeer dan het in de rij staan bij de supermarkt. De omgeving speelt hierbij een belangrijke rol. Ook de manier waarop mensen met elkaar omgaan bepaalt het therapeutisch klimaat. Bij SGLVG-behandeling is het belangrijk dat cliënten nieuw gedrag leren en kunnen groeien. Hiervoor is het nodig dat zij zich op hun gemak voelen en het klimaat als veilig ervaren. Dit gevoel van veiligheid wordt bijvoorbeeld gecreëerd door te zorgen dat cliënten zich geaccepteerd voelen of door te tonen dat de begeleiders hun agressie kunnen opvangen. Ook het houden van overzicht draagt bij aan het gevoel van veiligheid. Het is hierbij belangrijk om voorspelbaar te zijn en structuur te bieden zoals vaste routines en overzichtelijke ruimtes.

74

Een klimaat heeft een 'therapeutische' werking als het gedragsveranderingen uitlokt en stimuleert. Dit krijgt vorm door het alledaagse leven van wonen, werken en vrije tijdsbesteding en de situaties die zich hierin voordoen te gebruiken om nieuw gedrag te leren. Daarnaast door te oefenen met gedrag dat bij de trainingen is geleerd of met inzichten die in therapie zijn verkregen. In SGLVG-behandeling is het therapeutisch klimaat een belangrijk behandelinstrument omdat de cliënten moeite hebben met het toepassen van het geleerde binnen één situatie in andere situaties (generalisatie). Door leersituaties te creëren in het alledaagse leven en cliënten herhaaldelijk te laten oefenen met nieuw gedrag, profiteren zij meer van de trainingen, modules en therapieën.

Begeleiders en activiteitenbegeleiders hebben een centrale rol in het creëren en in stand houden van het therapeutisch klimaat. Zij gaan op planmatige wijze om met situaties in woon-, werk- en vrije tijd waardoor een cliënt vaardigheden kan leren en oefenen. Het is hierbij van belang dat de cliënt op de leefgroep, tijdens arbeid en tijdens deelname aan vrije tijdsactiviteiten door (activiteiten)begeleiders op vergelijkbare wijze feedback op zijn gedrag krijgt (Van Dijk, Storms, Terpstra, Verberne & Roos, 2008). Dit vraagt van (activiteiten)begeleiders een goede onderlinge afstemming van de werkdoelen en bejegening binnen de drie leefsfereen. Hieronder volgt een toelichting per leefsfereer en de rol van (activiteiten)begeleiders hierbij.

Wonen

Met klinische behandeling wordt bedoeld dat een cliënt dag en nacht verblijft in een behandelkliniek. In zo'n kliniek zijn meestal meerdere behandelgroepen gehuisvest, die kunnen verschillen in beveiligingsniveau en de mate waarin de cliënt is toegestaan zich vrij te bewegen. Zo zijn er gesloten, besloten en open groepen. Ook zijn er resocialisatiegroepen om integratie in de maatschappij te bevorderen in laatste fase van de behandeling. Deze zijn buiten de kliniek gehuisvest, bijvoorbeeld in een naburig dorp of aan de rand van de instelling. In de verschillende behandelgroepen geeft het team vorm aan verschillende behandelafases, zoals de

diagnostiekfase, behandel fases en resocialisatiefase. In SGLVG-klinieken bestaat een behandelgroep uit een klein aantal cliënten (6 tot 8). De begeleiders zien toe op de basale levensbehoeften van cliënten, zoals dag- en nachtritme, eten en drinken, lichamelijke verzorging, gezondheid, opgeruimde schone omgeving, veiligheid etc. Daar waar de cliënt dit niet zelf kan, wordt hij ondersteund of wordt het (tijdelijk) van hem overgenomen. Hierbij wordt gaandeweg de behandeling de cliënt geleerd zoveel mogelijk voor zichzelf te gaan zorgen.

Naast de zorg voor de basale levensbehoeften zijn begeleiders verantwoordelijk voor het creëren en in stand houden van een groepsklimaat dat op de doelgroep en behandel fase is afgestemd. Het klimaat op de groepen wordt bepaald door verschillende aspecten, zoals de bejegening, dagindeling, mate van beslotenheid, mate van geboden structuur, inrichting en gebruik van de groepsruimtes, fase van de behandeling etc. In paragraaf 7.3 wordt verder ingegaan op de aspecten die het groepsklimaat bepalen en de wijze waarop deze kunnen worden benut als behandelinterventies.

Begeleiders hebben tevens een belangrijke rol in de individuele behandeling van SGLVG-clieënten. Zij kennen de behandel- en werkplannen van de cliënt en zijn in het dagelijkse leven met de cliënten aan het werk om de gestelde doelen te verwezenlijken. Dit kan ten eerste vorm krijgen in allerlei dagelijkse situaties: praktische vaardigheden worden geoefend tijdens het kamer schoonmaken, sociale vaardigheden tijdens een spel en emotionele vaardigheden tijdens een gesprek over (het uiten van) emoties. Ten tweede wordt door begeleiders gebruik gemaakt van interventies, zoals signaleringsplannen, beloningssystemen, spanningsthermometers, feedbacktechnieken, gesprekstechnieken (zoals motiverende gespreksvoering) etc. Deze methoden zijn gericht op verandering in cognities (denken, waarnemen), emoties en gedrag, met als doel het verminderen van probleemgedrag en (gevolgen van) stoornissen.

De persoonlijk begeleider heeft in de behandeling van SGLVG-clieënten een specifieke taak. Hij of zij coördineert de uitvoering van de behandeling rondom één of meer cliënten. Hij maakt een vertaalslag van het behandelplan naar een werkplan, waarin gedurende een bepaalde periode enkele doelen uit het behandelplan concreet worden uitgewerkt en zorgt voor afstemming van de werkplannen tussen de disciplines, zoals arbeid, therapie en training. Hij is het aanspreekpunt voor hem toegewezen cliënt(en) en diens netwerk. De persoonlijke begeleider voert gesprekken met de cliënt over zijn behandeling, voortgang en aanpak van de werkdoelen en alle andere voorkomende zaken (financiën, kleding, netwerk). Hij coacht het team rondom de uitvoering van het werkplan.

Werken en (arbeidsmatige) dagbesteding

SGLVG-clieënten hebben in het verleden vaak veel problemen gehad op school en de arbeidsmarkt. Toch is het hebben van werk voor velen belangrijk: 'werken' betekent inspanning, ontwikkeling, productiviteit, activiteit, zingeving, zelfrealisatie, het hebben van relaties, maatschappelijke gebondenheid, status, zinvolle dagbesteding en expressiemogelijkheden. Doelstelling in de behandeling is de cliënt zo goed mogelijk te leren deelnemen aan werk of werkgerelateerde activiteiten die aansluiten bij zijn mogelijkheden. Zinvolle daginvulling geeft een prettige invulling van het dagelijks leven, verhoogt de kwaliteit van het bestaan en vermindert de risico's op ontsporing (Van Dijk e.a., 2008).

De arbeidstraining verloopt fasegewijs, waarbij in eerste instantie gewenning en motivering voorop staat. Tijdens een eerste fase worden de interesses van de cliënt, zijn arbeidscapaciteiten, ervaring en toekomstperspectief onderzocht. In de vervolgfase ligt de nadruk meer op taaktraining en arbeidsvoorbereiding. De cliënten leren stap voor stap arbeidsvaardigheden; dat doen zij via leer-/werktrajecten. Ook het verbeteren van schoolse vaardigheden die nodig zijn om een vak te kunnen uitoefenen en sociale vaardigheden, die nodig

zijn om op gepaste wijze in een arbeidsomgeving te functioneren, komen aan bod. Hieronder valt bijvoorbeeld het leren omgaan met collega's, baas-knecht verhouding, arbeidsritme en dienstopdrachten. Tevens valt te denken aan het vergroten van de spanningsboog, eigen verantwoordelijkheid, tempo en prestaties. Tot slot wordt aandacht besteed aan zaken als zorg voor materiaal, contact maken, op tijd op tijd op je werk komen, je houden aan de arbeidseisen die een bedrijf stelt en voeren van een sollicitatiegesprek. In de laatste fase wordt via stages (binnen en buiten de instelling) en jobcoaching toegewerkt naar betaald werk, voor zover dit bij een cliënt haalbaar is. Deze cliënten zijn na behandeling in staat tot een zekere mate van arbeidsproductiviteit. Voor andere cliënten is dit te hoog gegrepen: de verstandelijke beperkingen, vaardigheidstekorten en/of de (rest)problematiek behorend bij de psychiatrische ziektebeelden, zijn dan te groot en de cliënt is aangewezen op de sociale werkplaats of beschutte plaatsen binnen het bedrijfsleven. Tevens zijn er cliënten voor wie de aansluiting met betaald werk te hoog is gegrepen en aangewezen zijn op andere vormen van (zinnige) dagbesteding.

Er is een divers aanbod aan werkactiviteiten nodig omdat SGLVG-cliënten sterk verschillen in interesses en mogelijkheden. Voor sommigen is dagbesteding een vorm van therapeutisch bezig zijn, anderen hebben arbeid nodig die meer overeenkomt met de te verwachten toekomstige arbeidssituatie van de cliënt. Het is in ieder geval belangrijk dat arbeid beleefd wordt als zinvol, bijvoorbeeld (meehelpen aan) het maken van producten. Arbeid leert de cliënt zijn eigen mogelijkheden te ontdekken en vergroten. Het gevoel van eigenwaarde neemt toe bij concrete eindproducten, zeker als die ook nog eens verkocht worden. Ook is variatie nodig met betrekking tot de wijze van aanbieden van arbeid: wel of niet in gezamenlijkheid, binnen of buiten, mate van prikkels (zoals geluid, drukte), licht of zwaar werk. Sommigen hebben veel uitdaging nodig, anderen hebben behoefte aan meer routinematig werk. Bij het inrichten van arbeid moet aandacht worden besteed aan de veiligheid. Werken met cliënten met ernstig probleemgedrag betekent immers dat er een verhoogd risico bestaat voor agressie, wat een goede risicoafweging nodig maakt bij het gebruik van bepaalde gereedschappen, machines, bewegingsvrijheid etc.

Activiteitenbegeleiders zijn dus niet alleen 'werkmeesters', maar ook arbeidstherapeuten. Zij zijn in staat het gedrag van cliënten te beïnvloeden en kunnen bewust en individueel gericht variëren in wat zij aanbieden aan cliënten en de wijze waarop zij dat doen.

Vrije tijdsbesteding

SGLVG-cliënten zijn vaak onvoldoende in staat zelf invulling te geven aan vrije tijd, hobby's te kiezen en aan te sluiten bij clubs of verenigingen. Zij kunnen niet meekomen vanwege hun verstandelijke beperking, vinden geen aansluiting vanwege hun gedrag (onaangepast gedrag, te kort schietende sociale vaardigheden) of het ontbreekt aan kennis, ervaring en vaardigheden met betrekking tot hobby's. Vaak spelen er ook andere problemen, zoals passiviteit, angst, onzekerheid die een goede vrije tijdsinvulling in de weg staan. Dit leidt tot verveling en (meer) onaangepast gedrag, middelengebruik of risicovol gedrag. In de behandeling heeft het leren omgaan met de vrije tijd dan ook een belangrijke plaats (Van Dijk e.a., 2008).

Ook op dit gebied verloopt de training fasegewijs. In eerste instantie is het belangrijk cliënten te motiveren, bijvoorbeeld door zoveel mogelijk aan te sluiten bij de mogelijkheden van de cliënt, zodat hij positieve ervaringen op kan doen en gestimuleerd wordt tot verdere ontwikkeling. Vanwege hun geringe (positieve) ervaring en kennis van hobby's en sport is het tevens van belang de cliënt kennis te laten maken met verschillende mogelijkheden. Er wordt onderzocht waar zijn interesses liggen, welke vaardigheden aanwezig zijn en welke ontbreken. Dit heeft zowel betrekking op hobbygerelateerde en sportgerelateerde vaardigheden, als ook op sociale vaardigheden, zoals op tijd komen, regelmatig verschijnen op de sportclub, om kunnen

gaan met feedback etc. In tweede instantie wordt gewerkt aan het vergroten van vaardigheden die betrekking hebben op de gekozen vrijetijdsbesteding. De laatste fase is gericht op het oefenen en toepassen van geleerde vaardigheden in een maatschappelijke context.

Net als bij arbeid is ook bij de invulling van de vrije tijd een breed aanbod nodig, om aan verschillende behoeften en mogelijkheden tegemoet te komen. Er moet rekening gehouden worden met het beperkte ontwikkelingsniveau (zowel cognitief als sociaal en emotioneel) en aansprekende vormen (passend bij de behoefte aan uitdaging). Ook is het belangrijk om rekening te houden met de consequenties van stoornissen: bij bijvoorbeeld autistische problematiek is een aanbod met terugkerende, wat meer routineachtige activiteiten beter, bij verslavingsproblematiek is sport belangrijk, bij cliënten met bepaald medicatiegebruik kan vermoeidheid een rol spelen etc. In de keuze van de vrijetijdsbesteding speelt niet alleen niveau en problematiek, maar ook het veiligheidsaspect van omgeving en materialen een rol. Naast het ontwikkelen van een passende vrije tijdsbesteding, bieden sportieve en recreatieve (groeps)activiteiten een goede gelegenheid om aan individuele werkdoelen te werken en generalisatie van nieuw gedrag te stimuleren, zoals omgang met emoties, samenwerken, hulp vragen, zelfvertrouwen vergroten etc.

Het vergroten van de mogelijkheden van de cliënt om zijn vrije tijd in te vullen en het gebruik van vrijetijdsactiviteiten om vorm te geven aan werkdoelen, vraagt van (activiteiten)begeleiders verschillende competenties, zoals kennis van de inhoud en begeleiding van activiteiten, vaardigheden om gedrag te sturen en bewust (individuele) interventies te plegen, en kunnen variëren in wat zij aanbieden aan cliënten en de wijze waarop zij dat doen.

7.3 Het Orthopedagogisch Methodiekmodel Bruininks (Bruininks, 2006)

Zoals hierboven al is gesteld, is het therapeutisch klimaat een belangrijk onderdeel van de behandeling bij SGLVG-cliënten. Door bewust om te gaan met het alledaagse leven van wonen, werken en vrijetijdsbesteding kan het gedrag van cliënten beïnvloed worden. Maar om op deze manier met het alledaagse leven om te gaan, moet eerst duidelijk zijn uit welke elementen dat alledaagse leven bestaat, met andere woorden: waar de aanknopingspunten in dat alledaagse leven liggen om gedrag te kunnen beïnvloeden. Een initiatief tot het inzichtelijk maken en het bewust en actief hanteren van het alledaagse leven in en rondom de leefgroep als behandelinstrument is het Orthopedagogisch Methodiekmodel Bruininks, OMB (2006). Het model is geïnspireerd op de orthopedagogische uitgangspunten 'Specifiek opvoeden' van Kok (1997). Hij stelt dat een opvoeder met 3 aspecten varieert om de ontwikkeling van een kind te stimuleren: hij creëert een *klimaat*, hanteert *situaties* en stelt zich op bepaalde manier op in de *relatie* tot het kind. Bijvoorbeeld: hij maakt de huiskamer gezellig door kaarsjes aan te steken, bakt koekjes met zijn kind of reageert uitnodigend bij wenselijk gedrag. In het Methodiekmodel worden 18 elementen genoemd die van invloed zijn op klimaat, relatie en situaties (zie kader op pagina 78).

Onder **klimaat** worden elementen genoemd die van invloed zijn op de sfeer, zoals de manier waarop een *ruimte* vorm krijgt. Hierbij spelen zaken een rol als de functie en grootte van de ruimte, wat er in de ruimte aanwezig is, de opstelling van het meubilair, kleur- en lichtgebruik, geluid, aankleding etc. Ook is de keuze van *materiaal* van invloed op de sfeer van een klimaat, waarbij die keuze van verschillende criteria kan afhangen (veiligheid, hygiëne, gebruiksvriendelijkheid, sfeervol of functioneel etc). Verder wordt het klimaat bepaald door de *basisregels* die zijn afgesproken om de leefbaarheid op de leefgroep te garanderen en het *ritme*,

Opvoeden = hanteren van het alledaagse leven met betrekking tot:		
Klimaat creëren 01. Ruimte 02. Basisregels 03. Ritme 04. Materiaal	Situaties hanteren 05. Vrijtijdssituaties 06. Spelsituaties 07. Eetsituaties 08. Werk-/taaksituaties 09. Gesprekssituaties 10. Lichamelijke contactsituaties 11. Bijzondere situaties	Relatie presenteren <i>Houding:</i> 12. Jezelf blijven 13. Accepteren van de persoon achter het gedrag 14. Vriendelijk-zakelijk en/of persoonlijk 15. Zorg <i>Handelen:</i> 16. Het stellen van grenzen 17. Helderheid in handelen 18. Het volgen en bevestigen van initiatieven

waarmee de regelmaat van de dag/week wordt bedoeld. Kortom: in een leefgroep creëren begeleiders het klimaat door op een bepaalde manier de ruimte in te richten, door een bepaald dagritme op te stellen, door bepaalde regels in te stellen en door bepaalde materialen aan te schaffen.

Met het hanteren van **situaties** wordt bedoeld dat er ook allerlei gebeurtenissen in het alledaagse leven zijn waarbij gekozen kan worden hoe hiermee om te gaan. Voorbeelden van situaties zijn *eetsituaties*, *vrijtijdssituaties*, *taaksituaties*, *spelsituaties*, *gesprekssituaties* en *lichamelijk-contactsituaties*. Er is sprake van *bijzondere situaties* in het geval een situatie speciale aandacht vraagt, bijvoorbeeld bij nieuwe situaties (ander werk), gevaarlijke situaties (impulsief gedrag), overgangssituaties (van de ene naar de andere activiteit) en onverwachte situaties (onverwacht bezoek). Begeleiders kunnen op veel verschillende manieren omgaan met dergelijke situaties; eten we op de bank voor de televisie of aan tafel, staan we knuffelen en masseren wel of niet toe, geven we de cliënten naast corveetaken ook verantwoordelijkheidstaken etc. Hierin zullen zij keuzes maken.

Met het presenteren van **relaties** wordt bedoeld dat mensen kunnen verschillen in de manier waarop zij zich kunnen opstellen (*houding*) en *handelen*. In pedagogische relaties is het belangrijk keuzes te maken op verschillende gebieden die met de relatie tussen begeleiders en cliënten te maken hebben. Voorbeelden zijn: omgang met verschillen tussen datgene wat men zelf belangrijk vindt en datgene wat er in het team wordt afgesproken, het ontwikkelen van een eigen stijl (balans persoon-functionaris), het onderscheid tussen de cliënt als persoon en zijn gedrag, de bejegening, de visie op zorg, het omgaan met grenzen, omgaan met initiatieven van de cliënt en de transparantie van het pedagogisch handelen.

De manier waarop met deze 18 elementen wordt omgegaan, bepaalt dus voor een groot deel hoe het alledaagse leven eruit ziet. Begeleiders kunnen, door bewust om te gaan met deze elementen en bewust keuzes te maken, het gedrag van cliënten beïnvloeden. Hieronder een voorbeeld waarbij begeleiders het gedrag aan de eettafel sturen door anders om te gaan met de elementen uit de groep klimaat, zoals de indeling van de ruimte (van 1 naar 2 tafels, andere tafelindeling) en het materiaal (gebruiksvriendelijke borden en lepels, sfeervol en geluiddempend tafelkleed).

Voorbeeld leefgroep met 12 jongemannen

- » Op een leefgroep zaten tijdens de maaltijd 12 jongemannen aan een langgerekte tafel. Aan beide hoofdeinden zaten de begeleiders. Het was erg druk aan tafel en de jongemannen kwamen niet aan eten toe. Op bepaald moment werd het hen verboden te praten om de groep rustiger te maken. De enigen die nog wat zeiden waren de begeleiders met opmerkingen als: 'niet doen, blijf van je buurman af, niet knoeien, niet tikken met je lepel etc'. Het ging van

kwaad tot erger, steeds meer dingen mochten niet en er werd steeds meer gecorrigeerd. Na de eetsituatie in het team doorgesproken te hebben, werd de situatie veranderd. De jongemannen zaten in het vervolg aan twee kleinere, gezellig gedekte tafels met tafelkleed (tevens het geluid van schuivende borden dempend) en schalen in plaats van pannen. De begeleiders zaten er tussen in. De borden waren groter zodat er minder werd gemorst en de opscheplepels kleiner waardoor ze beter hanteerbaar waren. Er werd niet gespeeld met de lepels voor het dessert, omdat die nog niet op tafel lagen tijdens de hoofdmaaltijd. De jongemannen die het moeilijk vonden van elkaar af te blijven, waren uit elkaar geplaatst. De maaltijd verliep gezellig, er werd gegeten en gekletst.

Hoe weet de begeleider nu op welke manier het beste met de 18 elementen kan worden omgegaan? Het Orthopedagogisch Methodiekmodel Bruininks geeft de handvatten hoe je dit kunt bepalen. Het is een 'leeg' model dat voor iedere willekeurige doelgroep ingevuld kan worden om te komen tot de ontwikkeling of uitwerking van een methodiek. Bij toepassing van het model wordt eerst een totaalvisie op de doelgroep opgesteld. Deze totaalvisie geeft weer op welke wijze wordt gekeken naar de doelgroep (hun kenmerken, gedrag, behoeften), naar de zorg, opvang, begeleiding en behandeling die de doelgroep nodig heeft en wat de doelen van de methodiek zijn. Vervolgens wordt er vanuit deze totaalvisie bepaald hoe er met de 18 elementen in het alledaagse leven moet worden omgegaan. Voor elk van de 18 elementen kan zo een deelvisie en teamafspraken worden opgesteld. Twee voorbeelden van het element eetsituaties om dit te verduidelijken; de eerste van een SGLVG-opnamegroep, de tweede van een SGLVG-resocialisatiegroep.

Voorbeeld 'eetsituaties' van een besloten SGLVG-opnamegroep

- » **Gedeelte uit de deelvisie op eetsituaties:** *'Op besloten opnamegroep X worden cliënten opgenomen die ernstig ontregeld zijn en die vaak gewend zijn ongezond, te veel/weinig en onregelmatig te eten. Het herstellen van een gezond en regelmatig voedingspatroon stellen wij als prioriteit bij de maaltijden. Wij bieden daarom gezonde maaltijden op vaste tijden aan, waarbij we de cliënten leren dat ongezonde uitzonderingen wel kunnen, maar met mate. Tevens is het van belang dat cliënten de maaltijden ook daadwerkelijk tot zich nemen. Hiervoor is het belangrijk dat de maaltijd rustig en overzichtelijk verloopt want te veel prikkels kunnen het binnen krijgen van de voeding verstoren. Vanwege de beginfase van de behandeling waarin de cliënten zich bevinden en de daarmee gepaard gaande beperkte draagkracht, is ondersteuning en soms nog overname van corveetaken tijdens eetsituaties veelal noodzakelijk. Het oefenen met sociale vaardigheden krijgt vooral aandacht bij de thee- en koffiemomenten (en groepsgesprekken) en niet bij de maaltijden. Dit onderscheid wordt gemaakt omdat te veel nadruk op het oefenen van sociale vaardigheden bij de maaltijden de cliënten afleiden van het primaire doel, namelijk het binnenkrijgen van gezonde voeding. Mocht er tijdens of na de maaltijd toch ruimte zijn voor meer sociale interactie, dan wordt dit niet uit de weg gegaan, echter wordt hierbij altijd rekening gehouden met de cliënten die nog niet zover zijn, om deze niet te overvragen. Vanwege het risicovolle gedrag waarvoor de meeste cliënten zijn opgenomen, is er specifieke aandacht voor de veiligheid'.*
-

» **Enkele Teamafspraken:**

- » *'We bieden gezonde voeding aan volgens de schijf van vier om zo onze cliënten te leren wat gezonde voeding inhoudt en hen dit te laten ervaren. Eenmaal in de week op zaterdag geven we de cliënten de mogelijkheid tot wat vettings zoals patat met snack of pizza'.*
- » *'We zorgen voor overzicht door een overzichtelijk gedekte tafel, een goede voorbereiding, vaste rituelen (momentje stilte voor en na de maaltijd) en zo min mogelijk geloop (geen telefoontjes)'.*
- » *'Voor een rustig verloop van de maaltijden is het ook nodig te zorgen dat cliënten elkaar niet verstoren. Hiertoe houden de begeleiders de regie bij de maaltijden (moment van beginnen, opscheppen) en blijven zij er*

bij aanwezig om sturing te kunnen bieden aan gedrag. De interacties onderling worden tevens beïnvloed door overwogen keuzes te maken in de plaatsindeling aan de vierkante tafel die elke cliënt veel persoonlijke ruimte biedt'.

- » *'Per cliënt wordt gezien tot welke corveetaken hij in staat is. Waar het niet lukt wordt ondersteuning geboden of wordt de taak (tijdelijk) door begeleiders overgenomen'.*
- » *'Gespreksvaardigheden worden geoefend tijdens koffie- en theemomenten. Blijkt dat het voor een cliënt te vermoeiend om na te tafelen, dan hoeft die hier niet aan deel te nemen. We laten de cliënt echter pas van tafel gaan als er duidelijk is afgesproken wat de cliënt gaat doen en waar, zodat we het overzicht houden'.*
- » *'We zorgen ervoor dat er een bestekmandje op tafel staat en letten erop dat iedereen het gebruikte bestek aan het eind van de maaltijd hier in doet zodat we achteraf de aantallen kunnen controleren in verband met de veiligheid op de groep. Missen we bestek dan zoeken we dit direct uit'.*

Voorbeeld 'eetsituaties' van een open SGLVG-resocialisatiegroep

-
- » ***Gedeelte uit de deelvisie op eetsituaties:*** *'Op resocialisatiegroep Y verblijven cliënten die in de laatste fase van hun behandeling zijn. De eetsituaties zijn een gezamenlijk moment op de dag met als doel de maaltijd te gebruiken en aandacht te hebben voor elkaar. We vinden het als team belangrijk dat cliënten wat betreft de eetsituaties in groepsverband leren omgaan met elkaar. Het oefenen van tafelmanieren en sociale vaardigheden zoals het delen van ervaringen zijn aandachtspunten. Resocialiseren vraagt dat cliënten in groepsverband kunnen eten en eventueel ook zelfstandig. Afspraken over de frequentie van het zelfstandig eten bereiden en gebruiken, zijn te vinden in het individuele behandelplan'.*
-

80

- » ***Enkele Teamafspraken:***
 - » *'In de eetkamer staan ronde, gezellig gedekte tafels, die interactie tijdens de maaltijden bevorderen'.*
 - » *'Er wordt feedback gegeven op omgangsvormen en gespreksvaardigheden'.*
 - » *'Cliënten mogen zelf hun plaatsen uitkiezen en spreken in onderling overleg de corveetaken af'.*
-

Uit de voorbeelden blijkt dat begeleiders keuzes kunnen maken wat betreft de materialen die gebruikt gaan worden, het niet of wel instellen van rituelen en het bepalen van de regels en normen aan tafel. Deze keuzes zijn van invloed op datgene wat ermee bereikt moet worden. Doordat de teams van de opnamegroep en de resocialisatiegroep ieder een eigen deelvisie hebben geformuleerd, kunnen ze deze gebruiken bij het maken van de juiste keuzes. Beide deelvisies geven duidelijk een bepaalde richting aan, hun aanpak zal dan ook verschillen. Zo kiest de opnamegroep voor een lange, rechthoekige tafel die elke cliënt veel persoonlijke ruimte biedt zodat cliënten elkaar niet in de weg zitten en de resocialisatiegroep voor twee kleinere ronde tafels, die uitnodigen voor gesprekken. Naast de materiaalkeuze verschillen de groepen ook in de wijze waarop de maaltijd verloopt. Op de opnamegroep hebben de begeleiders de regie: zij beginnen en beëindigen de maaltijd, bepalen plaatsindeling en corveerooster, zorgen voor een overzichtelijk gedekte tafel en ondersteunen cliënten die (nog) niet in staat zijn zelfstandig corvee te doen. Op de resocialisatiegroep dragen de cliënten zelf zorg voor de plaatsindeling, het gezellig dekken van de tafels en de inroosting en uitvoering van corveebeurten. Natafelen wordt op deze groep gestimuleerd om sociale vaardigheden te oefenen.

Door toepassing van het Methodiekmodel ontwikkelt een team een manier om het alledaagse leven te gebruiken als behandelinstrument. Het geeft handvatten om zowel individueel als groepsgericht het gedrag van cliënten te beïnvloeden. Hierbij hangen de keuzes af van de behoeften van de doelgroep en niet van

persoonlijke voorkeuren. Voordeel hierbij is dat nieuwe vraagstukken makkelijker zijn op te lossen door de 18 deelvisies en de totaalvisie als richtinggevend te gebruiken. We geven hiervan een voorbeeld uit onze praktijk.

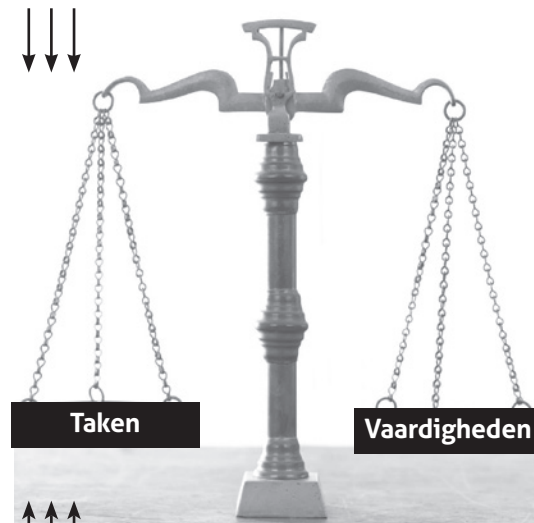
Voorbeeld: fitness of roken?

- » *Op een besloten behandelgroep in een SGLVG-kliniek hebben de begeleiders te maken met cliënten die veel acting-out gedrag vertonen. Omdat bleek dat het niet mogelijk was cliënten vaker gebruik te laten maken van de fitnessruimte op het terrein, is het team gaan nadenken over mogelijkheden hiervoor op de groep zelf. De gang viel al direct af omdat deze leeg moet blijven vanwege de brandveiligheid. Het team kwam tot de slotsom dat het plaatsen van een muur in de woonkamer de beste optie was. Hierachter zou de fitnessapparatuur geplaatst kunnen worden. Toen hen de vraag werd gesteld waarom het zogenaamde 'rookhok' hiervoor niet te gebruiken, werd geantwoord dat de cliënten de gelegenheid moeten hebben om te roken. Maar is dat een specifieke kenmerk van jullie doelgroep? Is het zo dat de cliënten die hier voor behandeling komen allemaal roken? Nee. Is het niet juist een kenmerk dat zij allen behoefte hebben aan ontladingsmogelijkheden vanwege hun achterliggende problematiek? Ja, want dat staat in de totaalvisie van onze methodiek. Is het dan terecht te kiezen voor een muur in de woonkamer in plaats van het rookhok om te bouwen tot fitnessruimte? Nee, toch?*
-

7.4 Het Competentiemodel (Slot & Spanjaard, 2006)

In de jaren zeventig van de vorige eeuw verschoof de aandacht in de hulpverlening van de dingen die een cliënt niet kan (zijn beperkingen) naar wat hij wel kan of zou kunnen leren (zijn mogelijkheden). Hierbij kwam het aanleren van nieuw gedrag en het vergroten van de mogelijkheden van de cliënt meer centraal te staan. Dit laatste wordt competentievergroting genoemd. Competenties zijn allerlei vaardigheden waarover de cliënt moet beschikken om te kunnen omgaan met de eisen die het dagelijkse leven stelt, zoals werkvaardigheden, het onderhouden van contacten met je familie of het invullen van je vrije tijd. Bij cliënten die bekend zijn met veel faalervaringen, zoals dat vaak het geval is met SGLVG-cliënten, werkt het motiverend om de nadruk te leggen op dat wat hij al wel kan en wat hij nog kan leren, in plaats van te worden aangesproken op wat hij niet kan. Op basis van deze gedachtegang ontwikkelde het Paedologisch Instituut Amsterdam/Duivendrecht het 'Competentiemodel'. In dit model (zie kader) wordt een cliënt competent genoemd als hij over voldoende 'vaardigheden' beschikt om zijn 'ontwikkelingstaken' in het leven te kunnen vervullen.

Stressoren
Psychopathologie



Beschermdende factoren

Taken en vaardigheden

Naarmate iemand ouder wordt, breidt zijn leefwereld zich uit. Er wordt steeds meer van hem gevraagd. Een kleuter hoeft geen hele middag stil te kunnen zitten, een adolescent moet in staat zijn zich aan de eisen van een werkgever te kunnen houden. Elke levensfase kent zijn eigen thema's en wordt er verwacht dat men nieuw gedrag leert. De opgaven waarvoor iemand in een bepaalde levensfase staat, noemen we ontwikkelingstaken. Voorbeelden van *ontwikkelingstaken* van kinderen zijn: leren rekenen te houden met anderen, deelnemen aan basisonderwijs, leren aanknopen en onderhouden van vriendschappelijke contacten met leeftijdsgenoten en leren zelfstandig gebruik maken van basale infrastructuur (communicatiemiddelen, openbaar vervoer, geldsysteem). Voorbeelden van ontwikkelingstaken van jongeren zijn: minder afhankelijk worden van je ouders, deelnemen aan werk, onderhouden van een eigen woonsituatie, omgaan met autoriteit en instanties, zorgen voor de eigen gezondheid door te kiezen van gezonde voeding en vermijden van overmatige risico's en omgaan met intimiteit en seksualiteit. Het adequaat vervullen van de ontwikkelingstaken die kenmerkend zijn voor een bepaalde leeftijd wordt als een voorwaarde gezien voor een goed verloop van de latere ontwikkeling. Voor het vervullen van taken zijn er vaardigheden nodig. Met vaardigheden worden handelingen bedoeld die nodig zijn om een bepaalde taak uit te kunnen voeren. Vaardigheden kunnen zowel praktisch, cognitief, emotioneel als sociaal van aard zijn, bijvoorbeeld boodschappen doen, wisselgeld geven, verdriet uiten, een praatje maken etc.

Psychopathologie, stressoren en beschermende factoren

Bij voldoende competentie is er sprake van een balans tussen de eisen die aan iemand gesteld worden (ontwikkelingstaken) en zijn vaardigheden om hiermee om te kunnen gaan. De moeilijkheidsgraad van de taken kan negatief worden beïnvloed door *psychopathologie* en *stressoren*. Met psychopathologie worden (psychiatrische) stoornissen bedoeld. Stressoren zijn gebeurtenissen die iemand niet kan vermijden en die een negatieve invloed hebben op zijn functioneren, zoals echtscheiding, seksueel misbruik of de gevolgen van de verstandelijke beperking. De moeilijkheidsgraad van de taken wordt ook positief beïnvloed, namelijk door de *beschermende factoren*. Beschermende factoren zijn de persoons- en omgevingskenmerken die beschermen tegen de invloed van stressoren en psychopathologie. Beschermende factoren kunnen bijvoorbeeld zijn: een opgewekt karakter, veerkracht, een goede vriend, passende dagbesteding etc.

82

Het competentiemodel is ontwikkeld voor jongeren met forse gedragsproblemen, maar het is ook goed bruikbaar voor de SGLVG-doelgroep. Want hoewel wat leeftijd betreft volwassenen, zullen vanwege hun verstandelijke beperking en achterstand in hun sociale en emotionele ontwikkeling bij hen nog de thema's centraal staan van jongeren (12-21 jaar) en vaak ook zelfs van kinderen (4-12 jaar). De ontwikkelingstaken van SGLVG-cliënten zijn verzwaard vanwege bijvoorbeeld een stoornis, meegemaakte trauma's en te weinig ondersteuning. En de vaardigheden om de ontwikkelingstaken uit te kunnen voeren schieten te kort. Hierdoor is bij SGLVG-cliënten het evenwicht tussen taken en vaardigheden verstoord. Een cliënt kan hierop reageren door een taak uit de weg te gaan of hier op een niet gepaste manier mee om te gaan (probleemgedrag). Het Competentiemodel kan daarom aanknopingspunten geven bij de diagnostiek en behandeling van SGLVG-cliënten.

Door middel van een competentie- en probleemanalyse worden gegevens verzameld over psychopathologie, stressoren, beschermende factoren, ontwikkelingsniveau en vaardigheden. Deze analyse geeft een beeld van wat er aan de hand is en hoe de verschillende onderdelen elkaar beïnvloeden. Hiervan kunnen vervolgens de werkdoelen en interventies worden afgeleid die leiden tot een herstel van de balans.

De behandeldoelen en interventies kunnen ten eerste gericht zijn op het versterken van bestaande vaardigheden en het leren van nieuwe vaardigheden. Ten tweede kunnen interventies gericht zijn op de

taken. Taakverlichting kan plaatsvinden door bijvoorbeeld een taak in kleinere taakjes te verdelen of een taak (gedeeltelijk of tijdelijk) over te nemen. Ten derde kunnen interventies gericht zijn op het verminderen van (de invloed van) stressoren en psychopathologie. Als de manier waarop de ouders met de cliënt omgaan zorgt voor stress bij de cliënt, kan hen geleerd worden hoe ze anders met hem om kunnen gaan. Psychopathologie kan geprobeerd worden te verminderen door therapie en/of medicatie. Het kan ook helpen de cliënt (en familie) voor te lichten over de stoornis (psycho-educatie). Tot slot kunnen interventies gericht zijn op het versterken van beschermende factoren, zoals het vinden van werk of herstel van het contact met een familielid. Deze bieden tegenwicht aan de invloed van psychopathologie en/of stressoren.

Bij de interventies gericht op taken en vaardigheden spelen begeleiders de belangrijkste rol. Zij stellen werkplannen op met (haalbare) werkdoelen die positief worden geformuleerd, in termen van gewenst gedrag. Aan deze doelen wordt gewerkt met interventiemethoden als gesprekstechnieken, dagelijkse routine, feedbacksystemen, het vertalen van probleemgedrag in vaardigheidstekorten en technieken om adequaat gedrag te versterken en inadequaat gedrag te verminderen. Bij de overige interventies zijn ook andere disciplines belangrijk, zoals arts, therapeut, maatschappelijk werker en psychiater.

7.5 Integratief aanbod

In voorgaande paragrafen zijn twee modellen gepresenteerd die gebruikt worden bij de vormgeving en hantering van het therapeutisch klimaat als behandelinstrument. Deze modellen kunnen geïntegreerd worden. Het Competentiemodel geeft daarbij aanknopingspunten om het Methodiekmodel in te vullen. In de totaalvisie zal het competentiegerichte denken dan naar voren komen. Zo zal een van de doelen van de methodiek dan bijvoorbeeld zijn: 'het herstellen van een verstoorde balans tussen ontwikkelingstaken en vaardigheden'. De voorbeelden van eetsituaties uit paragraaf 7.3 geven aan hoe het Competentiemodel tot uiting kan komen in de beschrijving van alle 18 elementen. Uit beide visies komt bijvoorbeeld naar voren dat er wordt uitgegaan van beschikbare vaardigheden om cliënten niet te overvragen (verlichten van taken) en hen te stimuleren in het gebruiken van reeds verworven vaardigheden (vergroten van vaardigheden), overeenkomstig het competentiegerichte denken.

83

Tot slot

Begeleiders en activiteitenbegeleiders hebben een belangrijke rol in de behandeling van SGLVG-cliënten. Zij zijn verantwoordelijk voor een goed reilen en zeilen van het alledaagse leven, het vormgeven van een (bij doelgroep en behandel fase) passend groepsklimaat en het aanleren van vaardigheden op het gebied van basale levensbehoeften, daginvulling en vrije tijdsbesteding. Hiernaast wordt van hen verwacht dat zij uitvoering geven aan individuele werkplannen en de generalisatie van het geleerde bevorderen. In dit hoofdstuk is uiteengezet hoe het alledaagse leven aanknopingspunten biedt om hieraan uitvoering te geven en welke interventies men hierbij ter beschikking heeft. Evenwel blijft het een ingewikkeld gebeuren. Bewust en planmatig ('methodisch') handelen komt vaak in de verdrukking door de drukte van alledag en verschil van inzichten. Daarom is het belangrijk zorg te dragen voor een goede basis, hier blijvend aan te refereren en (activiteiten)begeleiders blijvend op te coachen.

Referenties

Bruininks, A.C. (2006-2008). *Orthopedagogisch groepswerk. Methodiegericht werken in de praktijk.* Maarssen: Elsevier.

Kok, J.F.W. (1997). *Specifiek opvoeden. Orthopedagogische theorie en praktijk.* Utrecht: De Tijdstroom.

Slot, W.N. & Spanjaard, H.J.M. (2006). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg. Hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen.* Baarn: HB Uitgevers.

Van Dijk, F., Storms, M., Terpstra, L., Verberne, G., & Roos, J. (Red.) (2008). *Behandelvisie (forensische) SGLVG.* Utrecht: De Borg.

08

Robert Didden

Bejegening

85

De bejegening van cliënten door begeleiders is een belangrijk onderdeel van het therapeutisch klimaat. Het is niet eenvoudig om bejegening te definiëren. Bij bejegening gaat het niet primair om bijvoorbeeld de correcte uitvoering van werkafspraken of bereikte doelen, maar om de kwaliteit van de dagelijkse begeleiding door begeleiders. Bejegening slaat op de manier waarop begeleiders omgaan met cliënten. Het gaat dan om hun houding en attitude tegenover cliënten (voorzover dit tot uitdrukking komt in het gedrag van de begeleider) en de mate waarin zij erin slagen cliënten het gevoel te geven als persoon geaccepteerd en gerespecteerd te zijn. Een goede bejegening door begeleiders zorgt ervoor dat cliënten zich 'veilig' voelen, geaccepteerd en gewaardeerd, en dat er een klimaat heerst waarin cliënten optimaal leren en ontwikkelen en hun welzijn verbetert.

8.1 Inleiding

Bejegening is een dagelijks terugkerend onderwerp van gesprek tussen hulpverleners op de werkvloer. Maar ook cliënten hebben vaak een opvatting over hoe zij bejegend willen worden en een oordeel over de kwaliteit van begeleiding en behandeling. In het kader van onder andere 'benchmarking' worden cliënten met regelmaat gevraagd naar aspecten van de begeleiding. Door middel van benchmarking wordt de kwaliteit van allerlei zorgaspecten gemeten en kunnen er vergelijkingen tussen instellingen gemaakt worden. Op deze manier kan worden vastgesteld welke instellingen bijvoorbeeld effectieve behandelingen bieden en wat de tevredenheid van cliënten is ten aanzien van de geboden zorg en behandeling.

In dit hoofdstuk geef ik een beschrijving van bejegening en ga ik in op belangrijke elementen van bejegening, zoals het gedrag, de kennis en attributies en persoonlijkheid van begeleiders. Ook stil ik stil bij wat de begeleiding van SGLVG-cliënten specifiek zo lastig maakt. Bij de begeleiding van deze cliënten moet de begeleider in staat te zijn aan te sluiten bij een kenmerk dat *verschillende* cliënten gemeen hebben: bijvoorbeeld agressief gedrag, verslaving, autisme of psychotische stoornis. Maar ook *binnen* een cliënt kunnen er grote verschillen zijn in het niveau waarop hij of zij op bepaalde gebieden functioneert. Zo zien we bij veel cliënten dat er aanzienlijke verschillen kunnen zijn tussen de kalenderleeftijd (hoe oud is een cliënt?), de zelfredzaamheid (welke vaardigheden beheerst een cliënt?), de cognitieve leeftijd (wat snapt een cliënt?) en sociaal-emotionele leeftijd (wat kan een cliënt aan?). In de begeleiding en behandeling moet de begeleider kunnen aansluiten op verschillende niveaus bij een cliënt. Dit alles maakt zijn dagelijks werk ingewikkeld. Ik eindig dit hoofdstuk met een korte bespreking van enkele wetenschappelijk onderbouwde methoden waarmee de stijl van bejegening en begeleiding door begeleiders kan worden verbeterd.

86

8.2 Bejegening

Bejegening is moeilijk te definiëren. Dit geldt zelfs nog meer voor de definitie van wat een goede en minder goede bejegening is. Toch hebben zowel cliënten als begeleiders een opvatting over wat een goede en minder goede bejegening is. Een minder goede bejegening wordt doorgaans geassocieerd met een hoge frequentie van separaties, een beheersmatige begeleidingsstijl en een hoge mate van emotionele expressie (boosheid, waarschuwen, dreigen met consequenties, uiten van teleurstelling) en een sfeer binnen een team waarin er relatief weinig ruimte is voor waardering voor en positieve interacties met cliënten. Bij een goede bejegening daarentegen heeft de begeleider ondanks allerlei beperkingen en behandelafspraken oog voor de eigenheid van de cliënt. Hij accepteert de cliënt ondanks zijn problematisch gedrag en legt de nadruk op diens sterke kanten en competenties. Bovendien is er ruimte voor initiatief en keuzemogelijkheden voor de cliënt en is het aantal separaties tot een noodzakelijk minimum gereduceerd. Een goede bejegening is onder andere als de begeleider doet wat hij zegt en als er een sfeer van vertrouwen bestaat tussen begeleiders en cliënten.

In de dagelijkse praktijk bevindt zich de kwaliteit van begeleiding bij de meeste teams ergens op een continuüm tussen deze twee uitersten. Daar waar de bestaande stijl van bejegening ter discussie staat, probeert men de stijl te veranderen van een minder goede naar een goede stijl. De ervaring leert dat een verandering van bejegening moeilijk is, lang kan duren, waarbij er veel hindernissen moeten worden genomen.

De bejegening komt tot uitdrukking tijdens de interacties tussen begeleiders en cliënten. De stijl van begeleiding kan men aflezen aan het *gedrag* van een begeleider ten opzichte van een cliënt. Gedrag en welzijn van cliënten roepen echter niet alleen een gedragsmatige reactie bij begeleiders op. Vooral als het

gedrag en/of stoornis van de cliënt indringend is, zoals bijvoorbeeld bij agressief en gewelddadig gedrag, zal dit zonder twijfel eveneens leiden tot *emotionele reacties* bij begeleiders. Dit geldt uiteraard ook voor gedrag dat op een andere manier indringend is, zoals bijvoorbeeld het voortdurend claimen van aandacht of sterk vermijdingsgedrag van een cliënt. Emotionele reacties bij een begeleider kunnen soms dermate heftig zijn, dat hij of zij zichzelf niet meer in staat acht een cliënt te begeleiden. Er kan dan sprake zijn van een hoge kans op burn-out. Daarnaast wordt de bejegening ook bepaald door de *kennis* en *attributies* die een begeleider heeft over bijvoorbeeld de oorzaak van agressief gedrag bij de cliënt. Attributies gaan ook over het geloof of overtuiging van de begeleider dat hij al dan niet in staat is om om te gaan met problematisch gedrag. Niet in de laatste plaats hangt de stijl van bejegening samen met de *persoonlijkheid* van de begeleider. Een begeleider die gemiddeld genomen optimistisch in het leven staat en/of stressbestendig is, zal een andere stijl van bejegenen hebben dan een begeleider die nogal pessimistisch is ingesteld en snel uit zijn evenwicht.

8.3 Begeleider kan probleemgedrag oproepen

Probleemgedrag bij een cliënt ontstaat meestal als gevolg van een interactie met iemand anders; in de behandelkliniek is dat de begeleider, therapeut en/of medecliënt. Het is onze ervaring dat probleemgedrag bij een cliënt maar zelden 'uit het niets' ontstaat. Bijvoorbeeld, agressief gedrag bij een cliënt wordt vaak opgeroepen door iets dat hem boos maakt en frustriert. Dat 'iets' kan zijn gelegen in het gedrag en bejegening van begeleiders. De boosheid en/of agressief gedrag, bijvoorbeeld schelden of dreigen, ontstaat dan vanuit een 'probleem' in de interactie tussen cliënt en begeleider.

Veel cliënten op een behandelkliniek hebben moeite met het omgaan met gebeurtenissen die hen frustreren en die bij hen bepaalde emoties en gedachten (bijvoorbeeld boosheid, vijandigheid, zich bedreigd voelen, gekrenkt zijn, zich onbegrepen voelen) oproepen. Probleemgedrag ontstaat ook doordat de cliënt bijvoorbeeld onvoldoende copingvaardigheden heeft. Copingvaardigheden zijn vaardigheden die iemand nodig heeft om om te gaan met probleemsituaties of situaties die spanning oproepen. Voorbeelden van copingvaardigheden zijn: herkennen en verminderen van spanning en stress, onenigheid met anderen oplossen, etc. Anderzijds is er voor de cliënt alle reden om problematisch gedrag te vertonen of om gefrustreerd, verdrietig of angstig te zijn. In zijn of haar ogen worden zijn rechten geschonden, wordt zijn stem onvoldoende gehoord en wordt hij niet goed bejegend. Iets in het gedrag en houding van begeleiders roept dan boosheid of angst op bij een cliënt.

Recent hebben wij onderzocht welke gebeurtenissen zoal agressief gedrag bij cliënten kunnen oproepen. Hiertoe hebben wij een vragenlijst voorgelegd aan 87 begeleiders die in verschillende instellingen werkzaam waren. Zij begeleidten cliënten die naast een lichte verstandelijke beperking ook regelmatig agressief gedrag laten zien. Zoals we verwachtten was er bijna altijd een aanleiding voor agressief gedrag bij de cliënt. Die aanleiding lag meestal besloten in 'negatieve' interacties met begeleiders. De meest genoemde voorbeelden van gedrag van begeleiders of manier van bejegening door begeleiders die het agressief gedrag bij cliënten opriep, waren:

- iets verbieden of ontzeggen
- confronteren of aanspreken op iets
- autoritair benaderen
- overvragen
- activiteit verplichten
- onduidelijk zijn
- geen aandacht geven of negeren

- aanspreken in gezelschap van anderen
- aanraken

Dit zijn voorbeelden van gedrag en bejegening van begeleiders die gemiddeld genomen de kans op agressief gedrag bij cliënten verhogen. Er zijn nog tal van andere voorbeelden te noemen, maar bovenstaande komen het vaakst voor. Overigens is hiermee niet gezegd dat begeleiders daarmee ook 'schuld' hebben aan het agressief gedrag van een cliënt. Zoals we hierboven al hebben gesteld, is de kans op agressie groot als een cliënt niet goed weet om te gaan met deze gebeurtenissen of deze gebeurtenissen niet goed interpreteren en begrijpen. Een cliënt iets verbieden of ontzeggen of confronteren of aanspreken op wat hij heeft gedaan of gezegd, kan een zinvol doel zijn in een behandeling. Het kan soms niet anders dat begeleiders in bepaalde situaties op deze manier moeten handelen. Een cliënt iets verbieden is soms nodig om een bepaalde doelstelling in de behandeling te bereiken, bijvoorbeeld als het gaat om de behandeling van verslavingsgedrag of het toestaan van vrijheden of verloven. Waarom een verbod wel bij de ene cliënt agressie oproept maar niet bij de andere, is niet altijd duidelijk. Het heeft waarschijnlijk te maken met verschillen tussen cliënten wat betreft hun eerdere ervaringen met hulpverleners, vaste en rigide denkpatronen (vijandigheid), stressgevoeligheid, persoonlijkheid en behoefte aan autonomie. Ook is niet altijd duidelijk waarom een cliënt op een verbod de ene keer wel agressief reageert en de andere keer niet. Meestal, maar helaas niet altijd, komt men daar na een periode van observeren wel achter.

Waar het in deze paragraaf om gaat is dat begeleiders zich bewust moeten zijn van hun eigen gedrag in de bejegening van een cliënt en dat zij zich realiseren dat zij agressief gedrag bij een cliënt kunnen oproepen. Dit biedt mogelijkheden om agressief gedrag bij een cliënt te voorkomen. Soms is dit erg lastig, bijvoorbeeld in het geval men een cliënt iets móet verbieden. In andere gevallen is er misschien meer ruimte voor preventie, zoals bijvoorbeeld een cliënt niet aanraken, niet autoritair benaderen of aanspreken zonder dat iemand anders erbij aanwezig is. Dit laatste veronderstelt dat begeleiders open en kritisch naar hun eigen houding (durven) kijken en bereid zijn deze te veranderen.

88

8.4 Reacties van begeleiders op probleemgedrag

Problematisch en emotioneel gedrag van cliënten roept in de meeste gevallen en bijna automatisch reacties op bij begeleiders. Dat is zonder uitzondering het geval als dit gedrag indringend is, zoals bij agressie, zelfverwonding of depressieve en angstige reacties bij cliënten. De manier waarop begeleiders met dit gedrag omgaan bepaalt voor een deel de kwaliteit van begeleiding en bejegening van cliënten. Aandacht voor hoe begeleiders reageren op problematisch gedrag van cliënten is belangrijk omdat dergelijke reacties mede de kans bepalen dat het gedrag van cliënten in stand blijft of juist vermindert. Daarnaast is aandacht voor reactiewijzen op zichzelf belangrijk in het licht van een evaluatie van de bejegening door begeleiders.

Hoe te reageren op problematisch gedrag van cliënten staat beschreven in het behandelplan van een cliënt. Maar we zien dat de reacties van begeleiders mede afhankelijk zijn van andere factoren, zoals eerdere ervaringen die zij met een cliënt hebben, de emoties die problematisch gedrag bij hen zelf oproept, hun kennis en attributies van de oorzaken van dit gedrag en hun persoonlijkheid.

We weten nog maar weinig over hoe begeleiders gemiddeld gesproken reageren op problematisch gedrag bij cliënten. Het meeste wetenschappelijk onderzoek is gedaan naar emotionele reacties. Uit dit onderzoek blijkt dat probleemgedrag bij cliënten verschillende emoties kan oproepen. Zo roept bijvoorbeeld agressief gedrag

frustratie, boosheid, irritatie, maar ook angst op bij begeleiders. Uiteraard is dit voor elke begeleider anders, maar gemiddeld genomen zijn dit de meest voorkomende *emotionele reacties*. Relatief veel begeleiders geven aan dat zij zich persoonlijk aangevallen voelen en dat ze moeite hebben om te denken dat het problematisch gedrag niet op hen persoonlijk is gericht. Velen voelen zich gekwetst en onheus bejegend. Een enkeling is laconieker en ziet zichzelf als een klankbord voor de cliënt die bij hem of haar zijn emoties uit.

Een enkele studie laat zien wat begeleiders zoal *denken* als zij geconfronteerd worden met agressief gedrag van een cliënt. Voorbeelden zijn: 'ik vind de cliënt een lastige persoon', 'hij/zij doet het met opzet.' Sommige begeleiders geven toe dat ze van sommige cliënten een ronduit negatief beeld hebben.

Het is een bekend gegeven dat een hoog niveau van emotionele expressie (zogenaamd hoog EE-gehalte) bij begeleiders een negatieve invloed heeft op het gedrag en welbevinden van cliënten. We weten uit ervaring dat cliënten agressief of juist angstig en verward kunnen reageren als begeleiders heftige emoties uiten naar cliënten, bijvoorbeeld naar aanleiding van een incident met een cliënt. Voorbeelden van dergelijke emoties zijn boosheid, teleurstelling, irritatie en angst. Een hoog EE-gehalte moet derhalve zoveel als mogelijk worden vermeden als men de bejegening wil verbeteren.

Emoties en gedachten van begeleiders hangen samen met de manier waarop zij zich gedragen ten opzichte van de cliënt. Maar hierover is nog maar weinig bekend uit wetenschappelijk onderzoek. In sommige studies werd begeleiders gevraagd wat ze het liefst zouden *doen* naar aanleiding van agressief gedrag bij een cliënt. Vaak werd dan geantwoord: de cliënt confronteren met diens gedrag, weglopen, zelf fysiek of verbaal agressief reageren, vermijden van de cliënt, of in gesprek gaan en proberen te overtuigen. Redenen waarom ze dit in de praktijk toch niet doen, zijn onder andere: professionaliteit bewaren, vermijden van een conflict, vergoelijken omdat de cliënt een verstandelijke beperking heeft ('hij kan er niets aan doen'), verantwoordelijk zijn voor andere cliënten en eerdere ervaringen met de cliënt in kwestie.

89

Als laatste zij nog opgemerkt dat in veel gevallen er een verschil in referentiekader is tussen begeleider en cliënt. Hiermee bedoel ik dat wat een begeleider in een bepaalde situatie als 'normaal' of gepast beschouwt, dit niet per se ook geldt voor een cliënt. De leefwereld van een cliënt is doorgaans anders dan die van de begeleider. Begeleiders dienen zich hiervan bewust te zijn. Reageren vanuit een persoonlijk referentiekader is niet altijd bevorderlijk voor een goede bejegening van cliënten met ernstige gedrags- en psychische problematiek. Wat een begeleider bijvoorbeeld als aanmoediging of troost opvat, hoeft niet als zodanig door de cliënt te worden ervaren. Denk maar aan een aanraking of glimlach. Datzelfde geldt voor een negatieve reactie of consequentie die een begeleider geeft na een agressief incident: dit kan door een cliënt juist als prettig of belonend worden ervaren. Bestraffend toespreken kan voor de ene cliënt als correctie worden ervaren, door de ander als een aangename reactie.

8.5 Kennis en attributies van de begeleider

De manier waarop begeleiders cliënten begeleiden en bejegenen wordt ten dele bepaald door de kennis en attributies die zij hebben over de oorzaken van gedragsproblemen bij de cliënt en het geloof in eigen kunnen om om te kunnen gaan met dergelijke problemen. Kennis gaat over weten. Begeleiders moeten bijvoorbeeld weten hoe zij gedrags- en psychische problemen moeten herkennen, wat de meest voorkomende oorzaken ervan zijn en wat de beste manier is om dergelijke problemen te behandelen. Uiteraard moet dit alles zijn toegespitst op individuele cliënten. Attributies gaan over de ideeën en opvatting van begeleiders over wat de

problemen bij een cliënt veroorzaakt. Het maakt verschil uit of een begeleider denkt dat de problemen van de cliënt een lichamelijke oorzaak hebben of dat de cliënt 'met opzet' agressief is of dat het gedrag van de cliënt samenhangt met gebeurtenissen in de omgeving. Attributies gaan ook over het geloof van de begeleider over zijn of haar invloed op de cliënt. In dit laatste gaat het om de controleerbaarheid van de situatie vanuit de optiek van de begeleider.

Een belangrijke attributie waar veel begeleiders mee worstelen is de overtuiging dat de cliënt hen persoonlijk aanvalt tijdens een conflictsituatie of dat het gedrag op hen als persoon is gericht. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat veel begeleiders van mening zijn dat tijdens situaties waarin er een conflict of onenigheid ontstaat een cliënt het op hen gemunt heeft. Begeleiders voelen zich aangevallen, hetgeen meestal boosheid, angst en andere emoties oproept. Overigens is het in een aantal gevallen inderdaad het geval en worden begeleiders persoonlijk bedreigd, hetgeen terecht veel emoties bij hen oproept.

Kennis en attributies hangen samen met emotionele reacties van begeleiders. Als een begeleider zich machteloos voelt in de omgang met problematisch gedrag van een cliënt of zijn invloed ervaart als zeer gering, zal dit in veel gevallen gepaard gaan met gevoelens van boosheid, angst en frustratie. Dergelijke gevoelens verhogen vervolgens de kans dat de begeleider op een meer beheersmatige manier de cliënt begeleidt of op een manier die de kans op probleemgedrag in de toekomst juist verhoogt.

Bij een gebrek aan kennis over wat gedragsproblemen veroorzaakt bestaat de kans dat de begeleider verkeerde opvattingen hieromtrent heeft en terugvalt op een veroordelende en bestraffende begeleidingsstijl. Een begeleider die denkt dat de agressie bij een cliënt wordt veroorzaakt door een persoonlijkheidsstoornis, zal een andere houding aannemen tegenover de cliënt dan een begeleider die weet dat de agressie bij een cliënt wordt opgeroepen doordat de situatie voor hem onduidelijk is of doordat het verzoek om iets te doen bij de cliënt angst of spanning oproept. En zo zal een begeleider een cliënt anders bejegenen als hij meent dat diens agressieve gedrag niet wordt veroorzaakt door een hersenbeschadiging maar opgevat moet worden als een min of meer normale en begrijpelijke reactie op een ongewone situatie.

90

8.6 Persoonlijkheid van de begeleider

De bejegening of begeleidingsstijl van een begeleider hangt ook samen met diens persoonlijkheid of karakter. Eigenschappen als zelfvertrouwen, geloof in eigen kunnen, stressbestendigheid, vriendelijkheid, hulpvaardigheid, optimisme of juist vijandigheid zullen op de een of andere manier de begeleidingsstijl beïnvloeden. Net zoals cliënten verschillen in persoonlijkheid en de wijze waarop zij emotioneel reageren in sommige situaties, is dit eveneens het geval bij begeleiders. Waar de ene begeleider relatief kalm blijft in een crisissituatie roept dit bij een ander veel stress of angst op. Een begeleider die gemiddeld genomen optimistisch is of vol zelfvertrouwen, zal cliënten anders bejegenen dan iemand die pessimistisch is over de veranderbaarheid van cliënten of over weinig zelfvertrouwen beschikt in de omgang met cliënten. Begeleiders bejegenen cliënten op een andere manier als zij de overtuiging hebben dat het niet hun schuld is als cliënten problemen hebben. Dit komt nogal eens voor bij bijvoorbeeld cliënten die zichzelf met regelmaat verwonden. Sommige begeleiders voelen zich schuldig over het feit dat ze dit niet hebben kunnen voorkomen. Het is niet uitgesloten dat dergelijke schuldgevoelens op de een of andere manier de stijl van begeleiden bepaalt hetgeen op zijn beurt de kans verhoogt dat dit gedrag in de toekomst weer voorkomt.

8.7 Aansluiten en afstemmen

Aansluiten en afstemmen zijn sleutelbegrippen als het gaat om de bejegening van cliënten met ernstige gedragsproblemen. Een behandeling is slechts dan effectief als begeleiders (en anderen) afstemmen op de beperkingen/mogelijkheden en leerstijlen van cliënten. Begeleiders moeten hun begeleidingstijl afstemmen op wat cliënten kunnen, wat zij willen en wat zij aankunnen.

De begeleiding van cliënten is voor een groot deel afgestemd op de stoornis (bijvoorbeeld autisme, persoonlijkheidsstoornis) en/of type probleemgedrag (bijvoorbeeld agressie, verslavingsgedrag). De stoornis en/of type probleemgedrag is dan iets dat verschillende cliënten gemeenschappelijk hebben. Begeleiders stemmen hun bejegening dan hier op af. Cliënten met een autismespectrumstoornis hebben een andere bejegening nodig dan cliënten met een persoonlijkheidsstoornis.

Alsof dit niet ingewikkeld genoeg is, moeten begeleiders afstemmen op en aansluiten bij cliëntprofielen. Dat wil zeggen dat *binnen* een cliënt verschillende ontwikkelingsniveaus aanwezig zijn. Disharmonische profielen zien we niet zelden op het gebied van de cognitieve ontwikkeling waar uitgesproken sterke en zwakke punten bij een cliënt zien. Denk bijvoorbeeld aan het korte termijn of werkgeheugen dat vaak zwak is, terwijl andere aspecten van de cognitieve ontwikkeling veel sterker ontwikkeld zijn.

Een belangrijk aandachtspunt bij de aansluiting en afstemming is het verschil in kalenderleeftijd, adaptieve leeftijd, cognitieve leeftijd en sociaal-emotionele leeftijd. De kalenderleeftijd is altijd het hoogst en vertelt ons hoe oud een cliënt is. Dan volgt de adaptieve leeftijd, die ons iets vertelt over wat een cliënt kan en welke vaardigheden hij heeft; dit noemen we de zelfredzaamheid. De cognitieve leeftijd is dan weer iets lager, en ligt tussen 6 en 11 jaar. Dat zijn de leeftijdsgrenzen die horen bij een lichte verstandelijke beperking bij (jong) volwassenen. Dit zegt iets over wat cliënten gemiddeld genomen begrijpen van de wereld. Bij de meeste cliënten is de sociaal-emotionele leeftijd het laagst. Het gaat hierbij vaak om dingen die niet te maken hebben met wat cliënten kunnen, maar wat ze aankunnen. Veel cliënten ervaren (faal)angst of onveiligheid waardoor ze onvoldoende profiteren van behandelprogramma's als de begeleidingstijl niet hierop is afgestemd.

Dit alles maakt dat de bejegening van cliënten met een lichte verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen ingewikkeld is en een beroep doet op de mogelijkheden van afstemming en aansluiting door begeleiders. Er zijn meer verschillen dan overeenkomsten tussen cliënten en hiermee moeten begeleiders rekening houden.

8.8 Veranderen van bejegening en begeleidingstijl

In de voorgaande paragrafen hebben we factoren beschreven die samenhangen met de stijl van begeleiden en bejegenen door begeleiders. We hebben vastgesteld dat dergelijke factoren er mede toe bijdragen dat er een goede of minder goede bejegening naar cliënten is. Inmiddels is er veel ervaringskennis binnen de gehandicaptenzorg over hoe de stijl van begeleiden en bejegenen door begeleiders kan worden veranderd. Er bestaan verschillende methodieken waarmee de stijl van begeleiden en bejegening kan worden veranderd. Deze methodieken richten zich niet zozeer op de cliënt maar primair op de begeleider. Uiteraard wordt hiermee eveneens geprobeerd om via een verandering in de bejegening van de begeleider ook het gedrag en welzijn van de cliënt te veranderen. Voorbeelden van dergelijke methodieken zijn: Triple C (Van Wouwe & Van der Weerd, 2009), Heijkoop methode (Heijkoop; zie hoofdstuk 4) en allerlei methodieken

van videointeractiebegeleiding (zie bijvoorbeeld Janssen & Muller, 2005). Wat deze methodieken gemeenschappelijk hebben is dat zij zich richten op (een combinatie van) de factoren die de bejegening uitmaken: gedrag, kennis en attributies en persoonlijkheid van begeleiders.

Er worden de laatste jaren in toenemende mate inspanningen gedaan om begeleiders bij te scholen. Er zijn binnen de Borg cursussen ontwikkeld die begeleiders meer kennis bieden over de achtergronden van de SGLVG-cliënten en de oorzaken en effectieve behandeling van gedragsproblemen. Meer specifiek worden zij bijgeschoold in de uitingvormen, risicofactoren en behandeling van bijvoorbeeld agressief gedrag en verslaving. Inmiddels weten we dat het vergroten van louter kennis over de oorzaken van de gedragsproblemen niet per definitie leidt tot een (blijvende) verandering in bejegening van begeleiders op de werkvloer. Ofschoon bijscholing over de uitingvormen en oorzaken van gedragsproblemen bij een cliënt nodig is zal een cursus niet zonder meer ook leiden tot een verandering in gedrag en houding in de dagelijkse begeleiding van de cliënt. Met bijscholing kunnen wel kennis en attributies worden veranderd, maar dit alleen leidt zelden tot een gedragsverandering, laat staan dat een eventuele verandering blijvend is. Wat wel een gewenst bijeffect is van bijscholing, is dat het zelfvertrouwen en optimisme bij begeleiders (weer) kan toenemen alsmede hun motivatie om de werkafspraken uit te voeren.

Onderzoek toont aan dat feedback een goede manier is om gedrag van begeleiders te veranderen (o.a. Van Oorschouw & Embregts, 2009). Begeleiders krijgen bijvoorbeeld feedback aan de hand van videobeelden waarop interacties zijn te zien tussen cliënt en begeleider. Een andere manier van feedback is directe coaching, ook wel coaching 'on the job' genoemd. Hierbij krijgt een begeleider na een interactie met de cliënt feedback over de manier waarop hij heeft gereageerd tijdens een interactie met een cliënt. Feedback op de werkvloer wordt dan gegeven door een ervaren collega. Feedback kan ook worden gegeven door een externe trainer, die geen lid is van een team van begeleiders. Belangrijk is dat aan de hand van feedback het gedrag, de houding en attitude van de begeleider 'direct' en ter plekke wordt bijgestuurd. Tijdens de feedback wordt niet alleen gelet op wat er tijdens de interactie fout is gegaan, maar ook en vooral op positief gedrag (competenties) van de cliënt en goede bejegening van de begeleider. Effectieve procedures voor de beïnvloeding van de bejegening door begeleiders bestaan doorgaans uit een combinatie van elementen, waaronder feedback, instructies en beloning.

Tot slot

Begeleiders spelen een centrale rol in de behandeling en begeleiding van cliënten met ernstige gedrags- en psychische problemen. Zij hebben niet alleen een belangrijke taak, maar ook een ingewikkelde. Zij bepalen (als team) de kwaliteit van begeleiding en bejegening. Vooral de bejegening is lastig vorm te geven omdat het vaak om 'vage' en 'niet-tastbare' zaken gaat, zoals onvoorwaardelijke acceptatie van en waardering voor de cliënt en waarachtige aandacht voor diens noden en wensen. Dit is makkelijker gezegd dan gedaan, vooral ten aanzien van cliënten die risicovol gedrag laten zien, ernstige delicten hebben gepleegd, en er andere waarden en normen op na houden. Daarbij komt nog dat de bejegening en stijl van begeleiding voor elke cliënt verschillend kan zijn. Een begeleider moet derhalve zijn bejegening bijna voortdurend afstemmen, er moet voortdurend aansluiting worden gezocht. Toch is vormgeven van een goede bejegening belangrijk. Niet alleen vanuit een streven naar een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven van cliënten, maar ook met het oog op het verbeteren van het klimaat waarin begeleiders dagelijks hun werk doen. En, in het licht van benchmarking, misschien zelfs ook met het oog op de reputatie van de behandelinstelling.

Referenties

Janssen, J., & Muller, L. (2005). *Mogelijkheden van videohulpverlening binnen de zorg voor jongeren met een lichte verstandelijke beperking.* In: R. Didden (Red.), In Perspectief. Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking (pp. 191-209). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Van Oorsouw, W., & Embregts, P. (2009). *Het trainen van begeleiders in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.* Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 48, 403-414.

Van Wouwe, H., & Van der Weerd, D. (2009). *Triple-C methodiek.* Stiedrecht: ASVZ.

09

*Bas Steenberg
Jacqueline Roos
Robert Didden*

Werken in teamverband

95

Kenmerkend voor de behandeling en begeleiding van SGLVG-cliënten is dat deze grotendeels groepsgewijs plaatsvinden. Niet alleen volgen zij therapieën samen met andere cliënten, ook de dagbesteding en het wonen is groepsgewijs georganiseerd. Bij sommige cliënten is de behandeling en begeleiding meer individueel georganiseerd. In alle gevallen doet dit een sterk beroep op de samenwerking van begeleiders in teamverband.

9.1 Inleiding

Dat medewerkers deskundig zijn garandeert nog niet dat er in de praktijk hoogwaardige behandeling wordt geboden. Samenwerking, onderlinge communicatie, de manier waarop het werk wordt ingericht, reflectie op het eigen gedrag en de beïnvloeding van elkaar bij het uitvoeren van het werk zijn zaken waar men in de praktijk tegen aanloopt en waar men al werkend vorm aan geeft. Bij een team dat verantwoordelijk is voor de behandeling van mensen met complexe zorg- en behandelvragen, is het samenwerken extra complex. Dit komt omdat de gedragsproblematiek en andersoortige problemen de interacties tussen cliënten onderling en tussen cliënt en teamleden bemoeilijken. Bovendien hebben begeleiders niet met één cliënt te maken maar steeds met individuen die deel uit maken van een groep. Dergelijke groepen kennen hun eigen dynamiek en beïnvloeden op hun beurt het individuele leerproces van de cliënt en het proces binnen een behandelteam (parallelprocessen).

SGLVG-cliënten doen voortdurend een beroep op hun omgeving en begeleiders treden hierbij, afhankelijk van de situatie, uitnodigend, motiverend, ondersteunend, begrenzend en structurerend op. Omdat begeleiders altijd in een team werken en de leden van het team samen de begeleiding en behandeling gestalte geven, is onderlinge afstemming van groot belang. In dit hoofdstuk benadrukken wij het belang van een goede teamsamenwerking en bespreken wij enkele bedreigingen ervan.

9.2 Samenwerking in teams

96

Er zijn praktische en economische redenen waarom de behandelingen groepsgewijs plaatsvinden. Maar ook biedt een groepsgewijze behandeling de mogelijkheid voor het bevorderen van sociale leerprocessen bij de cliënt. Cliënten verblijven in leefgroepen en de meeste trainingen vinden in groepen plaats. Bovendien wordt de behandeling op verschillende plekken geboden: leefgroep, cursusgroep, dagbestedingsgroep etc.

De behandeling is op deze manier gecompliceerd, en de doelstellingen zijn alleen door een team van goed op elkaar ingespeelde professionals te realiseren. Behalve dat ieder teamlid een eigen deskundigheid inbrengt, heeft ook iedereen verschillende taken en rollen. Daarnaast heeft ieder teamlid een eigen stijl, sterk ingekleurd door de eigen persoonlijkheid, opleiding en ervaring. Samenwerken kan om die reden leuk en motiverend zijn maar soms lopen de frustraties tussen de teamleden hoog op. Dat laatste is bijvoorbeeld het geval als collega's gemaakte afspraken niet nakomen, men elkaar te dicht op de huid zit of als de sfeer in het team slecht is. Of als het resultaat van de samenwerking niet is wat ervan werd verwacht, terwijl veel tijd en energie is gestoken in het bereiken ervan. Om de samenwerking te doen slagen zijn een aantal factoren van belang:

Het belang van heldere behandeldoelen.

Soms wordt er tijdens een teamoverleg, zoals tijdens de overdracht, onevenredig veel tijd besteed aan bepaalde cliënten. De discussies gaan dan meestal over de aanpak en de doelen. Als er geen overeenstemming wordt bereikt over de uitvoering hiervan, kan de samenwerking onder druk komen te staan. Een mogelijk gevolg is, als reactie hierop, dat cliënten discussies uitlokken en nieuwe eisen stellen, bijvoorbeeld door conflicten met teamleden of andere cliënten te zoeken. Dat gebeurt met name als de behandeldoelen niet helder zijn en de teamleden ieder voor zich oplossingen gaan zoeken. Maar het kan ook zijn dat teamleden anders denken over de uitvoering van bepaalde doelen en men een eigen weg gaat zonder dit af te stemmen met de andere teamleden. Wanneer in het team is afgesproken dat bepaald gedrag van een cliënt niet wordt getolereerd en één van de begeleiders tijdens de uitvoering andere keuzes maakt, zet dit de samenwerking onder druk. De

cliënt weet niet meer waar hij aan toe is en zal zekerheid afdwingen. Een collega in de volgende dienst zal hiermee worden geconfronteerd en in problemen kunnen komen.

Het hanteren van dilemma's binnen de uitvoering van het werk.

Samenwerken is een uitdagende opdracht wanneer bepaalde teamleden onzeker of angstig zijn, bijvoorbeeld in het stellen van grenzen, het bespreken van regels en normen of bij het hanteren van spanningsvolle situaties. Het is gewenst dat teamleden van zichzelf en elkaar erkennen dat dit bij samenwerken hoort. Het onder ogen zien van dilemma's binnen de samenwerking en cliëntenzorg, het met elkaar bespreken en gezamenlijk zoeken naar de beste wijze van omgang zijn elementaire factoren in het doen slagen van teamsamenwerking. Het geven van (positieve) feedback biedt elkaar veiligheid en ruimte om steeds opnieuw naar de beste oplossingen te zoeken.

Het belang van duidelijk omschreven verantwoordelijkheden en taken.

SGLVG behandelteams zijn altijd multidisciplinair samengesteld. Ieder lid van een discipline heeft een eigen domein en voert specifieke taken uit. Het is van belang dat deze taken helder zijn en dat men elkaar daarop kan bevragen en aanspreken. Eén persoon is eindverantwoordelijk en is aanspreekbaar op de kwaliteit, de kosten en de wijze waarop de behandeling uitgevoerd wordt. Veelal is er sprake van duoleiding; de gedragsdeskundige voor de inhoud en de manager voor de randvoorwaarden. De overige teamleden, zoals begeleiders, zijn verantwoordelijk voor een specifiek deel van de behandeling. Eerder in dit boek is al beschreven dat begeleiders gedurende 24 uur verantwoordelijk zijn voor de dagelijkse gang van zaken binnen de leefgroep (zie hoofdstuk 7). Daarnaast zijn de persoonlijk begeleiders verantwoordelijk voor de coördinatie en continuïteit van de behandeling van de specifieke cliënten en voor de groep cliënten als geheel. Ook het vorm geven en handhaven van het therapeutisch milieu is een belangrijk aandachtsgebied van de begeleider. Eigen aan het werk van de begeleider is dat men deze verantwoordelijkheden deelt met de overige teamleden, ook ten aanzien van elkaars cliënten. Dit vraagt om voortdurende afstemming en uitwisseling van informatie. Rapportage is hierbij een belangrijk hulpmiddel. Daarnaast zijn het teamoverleg en de overdracht kenmerkende activiteiten waarin de samenwerking tot uitdrukking komt. Het bespreken van de voortgang van de behandeling, de werkwijze van en afstemming tussen de teamleden, het maken van afspraken en het geven van feedback zijn elementaire elementen van samenwerking. Moeilijker maar niet minder noodzakelijk is het bespreken van nare of indrukwekkende ervaringen met cliënten zoals conflicten of agressie of situaties waarin men het gevoel had onvoldoende te kunnen vertrouwen op collega's. In het teamoverleg wordt verwacht dat de teamleden elkaar ondersteunen om dergelijke situaties volgens afspraken, richtlijnen en andere kwaliteitseisen te kunnen hanteren.

97

Hoort iedereen erbij en mogen teamleden verschillen?

Het is voor teamleden motiverend als het team persoonlijke behoeften vervult. Bijvoorbeeld de behoefte aan waardering voor de eigen kwaliteiten en de behoefte aan het erbij horen en het delen van ervaringen. Wanneer het accent op het vervullen van persoonlijke behoeften komt te liggen kan dit de samenwerking bemoeilijken. Dat hoeft niet zolang diegene zich inzet voor het werk en daar de nodige inspiratie uit put. Een basisvoorwaarde voor goede samenwerking is dat elk teamlid het gevoel heeft erbij te horen en dat men een gezamenlijke taakstelling heeft. Naast een duidelijke taak is aandacht voor de sfeer een belangrijk aandachtspunt voor een team. Dat is ook van belang omdat begeleiders vanwege de gedragsproblematiek van cliënten regelmatig geconfronteerd worden met gevaarlijke of minder plezierige situaties. Humor, ontspanning en het delen van ervaringen helpen dan om het werk vol te kunnen houden. Erbij horen is dus van belang, maar van elkaar verschillen is zowel voor cliënten als voor de teamleden zelf ook van belang. Dat is soms een moeilijke opdracht voor teams. Persoonlijke behoeften en belangen kunnen namelijk strijdig zijn met die van

het team. Toch wordt van ieder teamlid gevraagd open te staan voor de kwaliteiten van de ander en onderlinge acceptatie te bevorderen.

Teamleden vervullen verschillende rollen.

De leden van een team dragen op drie manieren bij tot het bereiken van de doelstellingen van het team:

- op basis van hun professionele rol, ofwel hun deskundigheid op een bepaald vakgebied;
- op basis van hun organisatorische rol, ofwel de positie die zij bekleeden en de taken en verantwoordelijkheden die zij daarmee hebben ten opzichte van anderen;
- op basis van hun persoonlijkheid of teamrol. Een teamrol is te zien als een kenmerkende manier waarop iemand zich gedraagt, zijn bijdrage levert en met anderen omgaat. Belbin (1998) onderscheidt acht persoonlijkheden of teamrollen. Ieder type levert een waardevolle bijdrage aan het functioneren van het team. Door een gevarieerde samenstelling zijn teams beter in staat complexe situaties te hanteren dan homogeen samengestelde teams. De uitdaging is om een juiste balans tussen de verschillende rollen te vinden bij de samenstelling van een team. De samenstelling van het team hangt verder ook af van het te realiseren doel. Een team dat te maken heeft met veel wisselingen van cliënten (opnames) en crisissituaties vraagt andere leden dan een team dat met een stabiele en rustige cliëntengroep te maken heeft.

9.3 De invloed van gedragsproblematiek

Zoals hiervoor beschreven, is samenwerken in een team een complex gebeuren. Voor het werken met cliënten met complexe gedrags- en psychiatrische problemen geldt, dat juist deze problematiek de teamsamenwerking extra onder druk kan zetten. De kenmerken van de cliënt en zijn problematiek kunnen een bedreiging vormen voor de samenwerking en de verhoudingen in een team op scherp zetten. Dit zien we vaak bij bijvoorbeeld cliënten met een persoonlijkheidsstoornis. Cliënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis kunnen bijvoorbeeld erg sterk zijn in het vinden van de verschillen tussen begeleiders en dit gebruiken om begeleiders tegen elkaar uit te spelen en dit in te zetten voor hun persoonlijk gewin. Cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis zijn vanuit hun problematiek (zwart-wit denken; claimen versus afstoten; impulsief handelen) geneigd een team begeleiders in te delen in 'goeden' en 'slechten' en zijn diensengevolge voor de ene begeleider makkelijker in de omgang dan voor de ander. Van belang voor een team is om deze gedragspatronen goed te bezien in het licht van de problematiek en elkaar niet te bestrijden, maar juist goed samen te werken, goed te communiceren en de professionaliteit te bewaren. Doen begeleiders dit niet, kan de problematiek van de cliënt leiden tot ontwrichting van het team. Overigens kan het omgekeerde ook gelden: indien men zich niet aan de afspraken houdt, kan slordigheid in het team ook leiden tot ontregeling van de cliënt. Voor bijvoorbeeld een cliënt met een autistische stoornis is het belangrijk dat de wereld voorspelbaar is en daarom zal hij zeer alert zijn op afwijkingen. In de teamsamenwerking is het hierbij van belang dat men zich aan afspraken houdt en elkaar goed informeert over situaties die de cliënt uit het lood brengen.

In alle gevallen geldt dat ernstige problematiek een sterk beroep doet op de professionaliteit van de teamleden en een goede samenwerking. Bij SGLVG-clieñten is het gedrag dermate complex dat men ondanks goede psychodiagnostiek lang niet altijd van tevoren weet hoe de problematiek nu precies in elkaar zit en welke aanpak het beste zal werken. Het voordeel van een (multidisciplinair) team, is dat de verschillende mensen kunnen komen tot verschillende hypothesen, wat weer kan leiden tot verschillende mogelijkheden tot omgang met de problemen. Echter, bij minder goed functionerende teams kan het gebeuren dat verschillende visies in het team leiden tot verschillende subgroepen die steeds meer in hun eigen standpunt volharden. Een ieder vindt zijn eigen visie belangrijker dan die van de ander en hierover wordt strijd gevoerd. Men dient echter tot

een integraal beeld te komen zodat een samenhangend behandelbeleid kan worden gevoerd. Daarom is het van belang de cliënten op een open wijze met elkaar te bespreken, waarbij de meerdere gezichtspunten binnen het team aan bod komen zonder waardeoordelen over elkaars mening.

Een manier om de bedreigingen van een goede samenwerking in een team te verkleinen, is een systematische manier van samenwerken. Hierbij wordt gekozen voor een bepaalde aanpak, waar men zich ook aan houdt, en die vervolgens op basis van evaluaties kan worden bijgesteld. Juist als men het niet zeker weet, is het van belang een gezamenlijke aanpak te kiezen, deze conform te afspraken uit te voeren en te evalueren, waarna er indien nodig een andere aanpak kan worden geprobeerd. Het is dan vooral belangrijk dat een ieder bereid is een tijd hetzelfde te proberen en niet uit te zijn op 'eigen gelijk', ook al heb je als teamlid een andere hypothese over wat er mogelijk aan de hand is.

9.4 Overdracht en tegenoverdracht

Overdracht en tegenoverdracht zijn verschijnselen die zich voordoen in therapieën en coaching, maar ook bij teams die met (groepen) cliënten werken. Men herhaalt patronen die men eerder heeft meegemaakt: de relatie met of tussen ouders, de relaties met broers, zussen of vrienden. Als een cliënt een bepaald gedragspatroon, bijvoorbeeld de manier waarop zijn ouders en hij met elkaar omgingen, herhaalt in het hier en nu, bijvoorbeeld in de manier waarop hij omgaat met de begeleiders in het team, spreken we van overdracht. Een cliënt projecteert hierbij zijn gevoelens, wensen en ervaringen met een belangrijk persoon op een andere persoon zoals de begeleider. Dit gedrag lokt bij de begeleider bepaalde reacties uit. Dit wordt tegenoverdracht genoemd. Deze reacties kunnen vanuit de cliënt worden uitgelokt, maar ook (deels) gestoeld zijn op de eigen ervaringen en overtuigingen.

99

Overdracht en tegenoverdracht treedt vaak op tussen cliënten en begeleiders. Voor begeleiders is het belangrijk de patronen te herkennen en te bepalen hoe er mee om te gaan in het licht van de behandeling. De opdracht van de begeleiding is het om in de relatie met de cliënt antwoorden te vinden die juist niet een herhaling zijn van de vroegere negatieve ervaringen. Eerdere patronen herhalen en zo het gedrag aannemen dat de cliënt uitlokt, zorgt veelal niet voor verandering en houdt de problemen in stand. Indien men zich bewust is van deze patronen en anders kan reageren dan verwacht, kunnen de bestaande patronen echter worden doorbroken. Er wordt dan een opening gevormd voor nieuwe ervaringen zodat ontwikkelingen worden bevorderd (Steemans, 2007).

Een voorbeeld. Een cliënte probeert vanuit haar scheidingsangst zich voortdurend aan haar begeleidster vast te klampen. Zowel letterlijk (steeds tegen haar aankruipen, huilen en troost zoeken) als figuurlijk (als ze naar bed moet, heeft ze opeens pijn of moet 'iets heel belangrijks' vertellen). De cliënte probeert hierbij haar gedragspatroon, ontwikkeld om met haar angsten om te gaan, te herhalen met de begeleidster (overdracht). De begeleidster krijgt het gevoel dat ze een bijzondere band met de cliënte heeft. De cliënte geeft haar het gevoel dat ze belangrijk is en gewaardeerd wordt. Als de begeleidster vanuit dit gevoel handelt, zal zij steeds maar op de vraag van de cliënte blijven ingaan en weinig afstand kunnen nemen, vanuit de eigen verlangens iets te kunnen betekenen (tegenoverdracht). De kans bestaat dat de cliënte hierbij in haar gedragspatroon volhardt en er niet toe komt om meer op zichzelf te gaan staan en beter leert omgaan met haar angsten. Het risico is ook dat de begeleidster het zelf op den duur ook verstikkend gaat vinden en dan afstand neemt van de cliënte, wat de afwijzing oplevert die de cliënte steeds zo heeft gevreesd en wat de begeleidster steeds probeerde te voorkomen.

9.5 Parallelprocessen

Parallelprocessen doen zich voor in situaties waarin mensen intensief samenwerken, zoals in de zorg. Het is een bekend verschijnsel bij klinische behandeling en begeleiding. Bij een parallelproces gaat het team zich gedragen zoals hun cliëntengroep (Haans, 2006). Bijvoorbeeld: er is op een bepaald moment een aantal cliënten aanwezig dat dwars en opstandig gedrag vertoont en het team heeft moeite de situatie in de hand te houden. De cliënten klagen over de negatieve sfeer, maar leggen alles buiten zichzelf en zien niet welk aandeel zij zelf hierin hebben. Het parallelproces dat kan ontstaan, is dat het team op dezelfde wijze gaat reageren: zij leggen de 'schuld' van hun begeleidingsproblemen bij de organisatie, die had moeten zorgen voor... (ontslag van een cliënt, beter personeel, meer salaris, ander beleid etc.).

Parallelprocessen vormen meestal een aanwijzing voor een verslechtering van de relatie tussen het team en cliënten en een verslechtering van het functioneren van het team. Het team komt zelf niet tot oplossingen voor hun problemen met de cliënten maar verwacht oplossingen van buitenaf. Bij parallelprocessen is het van belang tijdig te constateren dat de moeilijkheden in het functioneren van het team samenhangen met de problemen in de cliëntengroep. Belangrijk is dat het team zich als geheel verantwoordelijk gaat voelen en men in de kijkt naar de mogelijkheden in het team zelf om de samenwerking te verbeteren.

Tot slot

In dit hoofdstuk hebben wij enkele belangrijke aspecten aan de orde gesteld die te maken hebben met de samenwerking binnen teams. Een goede teamsamenwerking ligt aan de basis van een hoogwaardige behandeling en begeleiding. Het is duidelijk dat het werken met SGLVG-clieñten een groot beroep doet op samenwerking tussen collega's binnen een team en met andere professionals en dat er verschillende bedreigingen voor een goede samenwerking zijn. Hiervan moet een team zich bewust zijn. Bewustzijn van deze bedreigingen en een systematische manier van samenwerken verkleinen de kans op een ontwrichting van een team, en daarmee wellicht ook op ondermaatse en ineffectieve behandeling en begeleiding.

100

Referenties

Belbin, M. R. (1998). *Teamrollen op het werk*. Den Haag: Academic Services.
Haans, T. (2006). *Parallelprocessen in organisaties*.
Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Steemans, L. (2007). *Groepsleiding: tussen Sint en Piet?* In: E. De Belie & F. Morisse (Red.), *Gehechtheid en gehechtheidsproblemen bij personen met een verstandelijke beperking* (pp. 167-180). Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

10

Joke Slagter

Basismodules: Psycho-educatie en vaardigheidstraining

101

Begeleiders zijn in de behandeling van SGLVG-cliënten een belangrijke discipline. Zij bieden de cliënt houvast bij hun dagelijkse activiteiten en maken op methodische wijze gebruik van het samenleven en de dagelijkse routine van wonen, werken en vrije tijd als een leer- en oefensituatie voor de cliënt (Ten Wolde, Le Grand, Slagter & Storms, 2006).

10.1 **Behandeling in het dagelijks leven: de centrale rol van de begeleiders**

Het is voor cliënten met een lichte verstandelijke beperking belangrijk dat training en therapie geïntegreerd worden in het leven van alledag omdat zij moeite hebben met generalisatie. Daarom moet de begeleider op zoek naar dagelijks voorkomende situaties waarin de cliënt de nieuw geleerde vaardigheden en het nieuwe gedrag kan blijven oefenen. Cliënten vergeten het geleerde snel of passen het maar beperkt toe. Dat heeft met name te maken met een tekort aan zelfsturing wat duidelijk wordt als de situatie minder voorspelbaar en overzichtelijk wordt en niet meer precies lijkt op de situatie waarin de cliënt nieuwe vaardigheden heeft geleerd. Sturen, ondersteunen, motiveren en aansluiten is cruciaal en dit vraagt veel tijd en geduld van de begeleiders.

Om generalisatie te kunnen bereiken worden begeleiders ingezet bij training en therapie. Als co-therapeut zijn ze op de hoogte van de inhoud van de training, de probleemgebieden en gedragspatronen, huiswerk-opdrachten en relevante ontwikkelingen van de cliënt. De leefgroep wordt zodoende ook een leer- en oefensituatie waarin momenten die zich daarvoor lenen, aangegrepen of indien nodig, gecreëerd worden.

10.2 **Psycho-educatie en vaardigheidstraining: basismodules**

Bij de meeste SGLVG-cliënten is er sprake van een ontwikkelingsachterstand. Het niveau van functioneren is vaak lager dan men op grond van de capaciteiten zou mogen verwachten: de cliënt functioneert op sociaal emotioneel niveau lager dan op cognitief niveau. Dit is het verschil tussen wat iemand kan (cognitief) en wat iemand áánkan (sociaal-emotioneel). Probleemgedrag kan enerzijds voortkomen uit een tekort aan vaardigheden en kennis en anderzijds uit een omgeving die te hoge eisen stelt. Meestal is er sprake van een combinatie.

Bij SGLVG-cliënten komt het tekort aan kennis en vaardigheden op verschillende 'basale' levensgebieden naar voren. Bijvoorbeeld met betrekking tot seksualiteit: er kan sprake zijn van beperkte kennis over seksueel gedrag, over seksueel overdraagbare aandoeningen en preventie hiervan en/of cliënten hebben weinig vaardigheden om de eigen grenzen aan te geven. Dit kan leiden tot onprettige of schadelijke ervaringen op dit gebied. Een veel gezien tekort is er vaak ook op het gebied van de leefstijl: er kan sprake zijn van ongezonde voedingspatronen omdat cliënten niet weten wat gezonde voeding inhoudt, weinig conditie omdat er een beperkt zicht is op het belang van beweging en te kort aan kennis van de gevolgen van het gebruik van middelen (roken, alcohol, drugs, medicatie). Andere gebieden waarop veelvuldig kennis- en vaardigheidstekorten gezien worden zijn: sociale vaardigheden (bijvoorbeeld omgaan met leeftijdsgenoten), probleemoplossende vaardigheden (bijvoorbeeld uitpraten van een conflict), praktische vaardigheden (bijvoorbeeld persoonlijke verzorging, huishoudelijke werkzaamheden), maatschappelijke oriëntatie en vaardigheden (bijvoorbeeld infrastructuur, beheer van financiën), omgaan met boosheid en frustratie, arbeidsvaardigheden (bijvoorbeeld leren van een vak, solliciteren), schoolse vaardigheden (bijvoorbeeld rekenen, lezen) en omgaan met vrije tijd (bijvoorbeeld hobby's, sportclubs).

Oorzaken van de achterstand in kennis/vaardigheden en het problematisch functioneren op deze gebieden zijn divers. Zo is er vaak te weinig kennis opgedaan op school (gebrekkige schoolcarrière) of thuis (door gezinsproblemen, uithuisplaatsingen, opvoedingstekorten). Ook nemen cliënten informatie over dergelijke zaken door hun verstandelijke beperkingen minder snel op, geven dan vaak hun eigen betekenis of uitleg aan

wat ze zien en horen en zijn zij vatbaar voor het gedrag van 'stoere vrienden' (erbij willen horen, gevolgen niet kennen of overzien). Hierbij staan ook de (psychiatrische) problemen het leren en uitvoeren van kennis en vaardigheden op deze levensgebieden in de weg.

Het competentiegericht denken is de basis van de behandeling van SGLVG-cliënten (competentiemodel; zie hoofdstuk 7; voor meer informatie; zie Slagter & Le Grand, 2004; Slot & Spanjaard, 2006). Door het vergroten van kennis en vaardigheden en het aanpassen van de omgeving (lees: verminderen van eisen) worden cliënten in staat gesteld een deel van hun ontwikkelingsachterstand in te halen. Competentiedoelen in de behandeling zijn onder andere gericht op het vergroten van de vaardigheden en het opheffen van tekorten op de basale levensgebieden. Dit gebeurt in SGLVG-behandeling zowel op de leefgroep als door middel van deelname van de cliënt aan de 'basismodules'. Een module is een gestructureerd lesprogramma met een vast aantal bijeenkomsten, waaraan een groep cliënten deelneemt. In zo'n module kan het accent liggen op het vergroten van de kennis over een bepaald onderwerp (bijvoorbeeld: wat is gezond eten en waarom is het belangrijk) en consequenties van keuzes en gedragingen. Zo'n module wordt meestal 'psycho-educatie' of 'voorlichtingsmodule' genoemd. Als het accent ligt op het oefenen van vaardigheden, dan wordt veelal van een 'vaardigheidstraining' gesproken. Voorbeelden hiervan zijn een sociale vaardigheidstraining, een training 'omgaan met geld' of 'omgaan met vrije tijd' (zie o.a. Brommer, 2007; Van der Zee, Van der Molen & Van der Beek, 1989). In de meeste basismodules zal er sprake zijn van een combinatie van psycho-educatie en vaardigheidstraining.

De Borginstellingen beschikken over tal van basismodules op bovengenoemde gebieden. Veelal zijn ze speciaal voor de SGLVG-doelgroep ontwikkeld, omdat modules uit andere hulpverleningssectoren onvoldoende op de doelgroep zijn afgestemd. Ze zijn te kinderachtig of te moeilijk en onvoldoende gericht op de specifieke leerstijl, waarbij onder andere rekening gehouden moet worden met de behoefte aan structuur, herhaling en oefening, beperkingen in concentratie, concrete voorbeelden en eenvoudig taalgebruik. De basismodules zijn in principe voor de gehele doelgroep geschikt en niet gericht op een specifieke (psychiatrische) stoornis.

103

De begeleider vervult een centrale rol in het vergroten van kennis en vaardigheden van de cliënt, zorgt voor oefensituaties in de leefgroep met betrekking tot de te leren vaardigheden en stimuleert de generalisatie van het geleerde in de basismodules naar het leven van alledag. In principe worden de basismodules gegeven door hiertoe getrainde begeleiders (1e verantwoordelijke begeleiders, trainers of persoonlijk begeleiders genoemd). Tot slot spelen begeleiders een rol in de ontwikkeling van basismodules.

10.3 Specialistische modules

Omdat het risicovolle gedrag van de SGLVG-cliënt nogal uiteenlopend is, is er naast de competentiegerichtte behandeling ook specialistische behandeling nodig. Een specialistisch behandelprogramma bestaat uit modules en trainingen, die in een bepaalde volgorde worden aangeboden en gericht zijn op specifieke problematiek, zoals verslavings- of agressieproblemen. Een deel van de specialistische modules wordt door de begeleiders samen met een therapeut/gedragswetenschapper gegeven, om de generalisatie van het geleerde in het dagelijks leven te bevorderen (specialistisch therapeutische modules; zie hoofdstuk 11).

10.4 Competenties begeleiders

Begeleiders binnen De Borg zijn beroepskrachten in het primaire proces van de gehandicaptenzorg, die behandeling en begeleiding bieden aan sterk gedragsgestoorde mensen met een licht verstandelijke beperking. In de SGLVG-behandelcentra van De Borg heeft de begeleider een specifiek aandeel in de behandeling, met name in basismodules. De doelgroep SGLVG is uniek en vraagt om een deskundige begeleiding door de begeleiders. Deze deskundigheid kunnen we uitdrukken in competenties (kennis, vaardigheden en houding).

Het uitvoeren van basis (en specialistische) modules aan cliënten vereist specifieke competenties van begeleiders (zie o.a. Edens & Van der Molen, 1993). Het is van belang om begeleiders hierin te trainen en hen te laten oefenen onder leiding van een ervaren trainer, indien mogelijk als standaard onderdeel van een scholingsprogramma. Daarnaast moeten de basismodules die gegeven worden door begeleiders concreet uitgewerkt zijn zodat de begeleider houvast heeft aan de uitwerking.

De basismodules worden bij voorkeur door een vast koppel van begeleiders gegeven; zo is de continuïteit gewaarborgd. Door twee begeleiders in te zetten kan de kwaliteit beter bewaakt worden en elkaar feedback geven na de training levert een leereffect voor de begeleiders op. De scholing aan begeleiders bestaat uit de volgende onderdelen:

- a basisvaardigheden voor de omgang met de SGLVG-cliënten;
- b algemene gesprekstechnieken;
- c didactische vaardigheden om trainingen aan cliënten te kunnen geven.

104

Ad a. Basisvaardigheden voor de behandeling van SGLVG-cliënten

In een behandelsetting voor licht verstandelijk beperkte cliënten is het van belang dat de omgang van behandelaars en begeleiders met de cliënten is afgestemd op hun mogelijkheden en beperkingen.

De basisvaardigheden die hiervoor nodig zijn, gelden uiteraard ook bij het geven van basismodules aan een cliënt of een groep cliënten. Hieronder volgt een opsomming van deze basisvaardigheden:

- **Aansluiten**
Aansluiten bij zowel het cognitieve als sociaal-emotionele niveau van de cliënt, maar ook bij diens belevingswereld, interesses, begrips- en taalniveau en leerstijl. De manier van aanspreken moet respectvol, eenvoudig en eenduidig zijn, maar niet kinderachtig. Niet te veel hulp bieden, maar ook niet te weinig.
- **Motiveren**
Omdat cliënten veel teleurstellingen achter de rug hebben, vergt de opbouw van de motivatie veel tijd en energie. Het is belangrijk in kleine stapjes te werken die succes opleveren. De begeleider fungeert als hulp-ego van de cliënt door deze aan te moedigen, te confronteren met uitspraken, gedrag en de consequenties van gedrag, te herinneren aan afspraken e.d. Aansporen en motiveren loopt als een rode draad door de behandeling, vaak hebben cliënten zelf geen hulpvraag en dreigen ze af te haken. De begeleider is voortdurend bezig om dit proces van motivatie op gang te brengen en te onderhouden. Ook bij de deelname aan basismodules komt dit aan de orde.
- **Veiligheid handhaven**
Een veilige omgeving is een basisvoorwaarde waarin behandeling en ontwikkeling kan plaatsvinden; dit geldt ook voor de Trainingsgroepen. Dit houdt in dat conflicten opgelost moeten worden, dat er rekening met elkaar moet worden gehouden en dat afspraken nagekomen worden.
- **Herhalen**
Vanwege de lichte verstandelijke beperking is het nodig dat eenmaal geleerde vaardigheden vaak herhaald

worden. Begeleiders moeten terugkomen op wat er besproken is, herhalen wat afgesproken is, controleren of het begrepen is. Ook tijdens de basismodules moet dit voortdurend getoetst worden.

- **Omgaan met gevoelens**

Ook tijdens de training moet er veel aandacht zijn voor de gevoelens die bij de cliënt leven. Dit betekent voor de begeleider: goed observeren en feedback geven. Cliënten hebben vaak moeite om hun gevoelens onder woorden te brengen en ze kunnen geen onderscheid maken tussen de verschillende emoties. Gevoelens moeten worden benoemd en de cliënt wordt aan de hand genomen om duidelijk te krijgen welke emoties bij hem spelen (is hij boos, of bang of bedroefd?). Met name bij de specialistische modules wordt veel aandacht besteed aan het (h)erkennen van emoties.

- **Vertaalslag maken (generalisatie)**

Omdat begeleiders basismodules geven is het hun taak om dat wat geleerd is in de training te herhalen en toe te passen in de dagelijkse gang van zaken op de afdeling. Ze verwijzen dan naar de betreffende training. De inhoud van de training wordt voortdurende vertaald naar gebeurtenissen in de leefgroep en kan met behulp van concrete werkpunten extra aandacht krijgen. De begeleider legt een verbinding tussen het behandelplan, het gedrag van de cliënt op dat moment en het gedrag dat de cliënt nog moet leren.

- **Feedback**

Positieve Feedback draagt bij aan een goede sfeer, hierdoor staat de cliënt open voor suggesties. Het geven van feedback op adequaat en inadequaat gedrag een basiscompetentie van de begeleiders.

Feedbackregels

- » ***Stappen die steeds terug komen zijn:***

- » Maak contact
- » Benoem het concrete gedrag
- » Gebruik een waarom
- » Sluit af

- » ***Met een waarom leg je uit wat de gevolgen van het gedrag zijn voor de cliënt:***

- » Ze moeten passen in de beleavingswereld van de cliënt
- » Zijn specifiek, concreet, kort en bondig
- » Benoem de gevolgen van het gedrag voor de cliënt

- » ***Feedback op adequaat gedrag:***

- » Maak contact ('Hé Maarten')
- » Zeg wat de cliënt goed doet ('Wat goed dat jij je dvd's hebt opgeruimd')
- » Geef een 'waarom' (Noem de positieve gevolgen voor de cliënt: 'Zo kun je ze straks terugvinden en zijn ze beschermd door het doosje')

- » ***Feedback op inadequaat gedrag:***

- » Maak contact ('Hé Anneke')
 - » Zeg wat de cliënt goed doet ('Fijn dat je op tijd aan tafel bent')
 - » Zeg wat de cliënt niet goed of nalaat ('Je hebt je handen nog niet gewassen')
 - » Noem het adequate gedrag in deze situatie ('Als jij je handen nu even gaat wassen')
 - » Geef een 'waarom' ('Dan ruik je die vieze verflucht ook niet onder het eten')
 - » Sluit af ('Snap je?')
-

Ad b. Algemene gesprekstechnieken

Algemene gesprekstechnieken helpen om invloed uit te oefenen op de vorm en inhoud van het gesprek met de cliënt. Het kan extra informatie opleveren. Vandaar dat dit onderdeel kort aan de orde moet komen in de scholing van de begeleider als trainer. Het gaat om algemene technieken die de begeleider gericht weet toe te passen, aansluitend bij de mogelijkheden van de cliënt.

De trainer heeft een uitnodigende lichaamshouding. Oogcontact kan een gevoel van 'begrepen worden' weergeven. Aanmoedigen, knikken als een cliënt iets vertelt, of 'jaja', 'hmm', 'aha', zeggen. Door het hanteren van stiltes krijgt de cliënt de mogelijkheid om rustig na te denken, ook als andere cliënten iets willen zeggen kan ze gevraagd worden of ze iemand even rustig willen laten nadenken. Het stellen van open vragen (wie, wat, waar, welke, wanneer en hoe) nodigt de cliënt uit om zijn eigen verhaal te vertellen. Soms is het tijdens een training beter om gesloten vragen te stellen; hiermee kun je sturen. Door te reageren op lichaamshouding en gezichtsuitdrukkingen kunnen emoties worden geïnterpreteerd: 'Wat kijk je boos'. Als deze interpretatie past in de context kan de begeleider benoemen wat hij ziet en controleren of het klopt: 'Ik zie dat je op je lippen bijt en tranen in de ogen hebt Jan, je bent kwaad op je vader, klopt dit?' Het effect kan zijn dat de cliënt door (h)erkenning van zijn emoties rustiger wordt. Samenvatten is bedoeld om helder te krijgen of de situatie goed begrepen wordt. 'Als ik het goed begrepen heb, dan zeg je....'. Het is van belang kort en bondig te formuleren en synoniemen te gebruiken voor eventueel grof taalgebruik.

Trainen is interactief en de dialoog is een middel dat hieraan een bijdrage levert. Het stellen van vragen aan de cliënten is een instrument om het geheugen op te frissen ('Hoe noemen we dat ook al weer?') en om te zien of de cliënt iets heeft onthouden ('Kun je nu zeggen hoe dat heet?'). Vragen stellen helpt ook om de aandacht erbij te houden ('Wat denken jullie dat er gebeurt?') en om een discussie te starten ('Wat vinden jullie daar van?'). Zorg ervoor dat iedereen aan de beurt komt en als het antwoord niet goed is benadruk dan de wil om te antwoorden, geef of herhaal het goede antwoord en voorkom dat je meerdere vragen tegelijk geeft.

Ad c. Didactische vaardigheden: kennis en houding van de trainer

De trainer is een belangrijk instrument, zowel bij de basismodules als bij de specialistische modules. Als deze erin slaagt om een motivatie op gang te brengen, is een goede basis neergezet. Om begeleiders voor te bereiden op het geven van basismodules en het deelnemen als co-therapeut bij specialistische modules, vormen didactische vaardigheden een onderdeel van de training voor begeleiders. Bij het geven van de basismodule op het gebied van seksualiteit is het bijvoorbeeld nuttig om begeleiders een cursus omgaan met seksualiteit te laten volgen omdat begeleiders zich bewust moeten zijn van hun eigen normen en waarden op dit gebied. Als het gaat om het co-therapeut zijn bij een specialistische modules is specifieke kennis nodig en goede afstemming met de therapeut. Het nabespreken van elke training is voor de co-therapeut zinvol: door elkaar feedback te geven ontstaat ook een klimaat van leren en verbetering. Het is zeer gewenst om een onervaren co-therapeut naast een ervaren therapeut te zetten en elke bijeenkomst goed voor te bereiden en na te bespreken.

Kennis

Als trainer moet je kennis hebben van het te trainen onderwerp maar ook kennis over de cliënt (wie is de cliënt, wat is zijn probleem, wat kan hij en wat kan hij aan, kennis van het sociaal emotionele niveau, wat is zijn leerstijl, wat vindt hij leuk, maar ook kennis over zijn dagprogramma); daarom is het belangrijk dat een begeleider deelneemt aan de training of therapie: hij kent de cliënt! Cliënten kunnen het ook prettig vinden als de trainer niet alles weet, het heeft een meerwaarde om de groep cliënten te betrekken bij het formuleren van een antwoord op een vraag van één van de medecliënten. Zo wordt de kennis als het ware uit de groep gehaald.

Zeker bij 'gevoelige' onderwerpen die met name bij de specialistische modules aan de orde komen, is het betrekken van de cliënten op elkaar een meerwaarde: zij kennen het gevoel, zij zijn ervaringsdeskundigen en kunnen de medecliënt helpen het gevoel onder woorden te brengen. Het maakt het competentiegevoel van de cliënten groter, wat de training ten goede komt.

Houding

De begeleider die een basismodule geeft of als co-therapeut meedraait bij een specialistische module dient een basishouding te hebben die de cliënten stimuleert tot een open interactie. Daarnaast dient de begeleider een sfeer te creëren waarbinnen de cliënten zich veilig voelen om te oefenen met de geleerde vaardigheden. Bij basishouding gaat het om actief zijn, een actieve lichaamshouding, uitleg ondersteunen door gebaren, rustig heen en weer lopen. Door directief te zijn kan de begeleider het tempo erin houden en is hij uitnodigend. Het is belangrijk dat hij initiatief neemt en houdt, de tijd bewaakt, de cliënten aan het werk zet, bepaalt wat er gebeurt zonder de cliënten het gevoel te geven dat ze geen ruimte krijgen. De begeleider maakt het vanzelfsprekend dat oefenen voor iedereen aan de orde is, want oefensituaties zijn mogelijkheden om van elkaar te leren.

Als de begeleider enthousiast is over de inhoud van de training en dit weet over te brengen op de cliënten staan zij op hun beurt meer open voor een actieve deelname. Motiveren en enthousiasmeren kan bijvoorbeeld door de theorie concreet te maken met voorbeelden uit de praktijk. Doordat de begeleider de cliënten kent, kan hij bij hen aansluiten en voorbeelden gebruiken die passen bij de cliënt. Door cliënten te vragen zelf een voorbeeld te noemen en de cliënt daarbij te ondersteunen worden ze actief betrokken. Een goede balans vinden tussen datgene wat de cliënten zelf inbrengen en al kunnen, het aanbrengen van probleembesef over wat ze nog moeten leren en het bijbrengen van nieuwe kennis en vaardigheden, zal de motivatie tot verandering verhogen. Cliënten moeten van de begeleiders de kans krijgen om nieuwe leerervaringen op te doen zonder daarbij afgerekend of uitgelachen te worden op hun falen. De begeleider let met name op datgene wat goed gaat, het benoemen van de sterke kanten van de cliënten zal ze motiveren om dit gedrag vaker te vertonen. De begeleider moet het gewenste gedrag zelf laten zien; model staan betekent als een cliënt een rollenspel heeft gedaan dat je altijd eerst vraagt: wat ging er goed en door te vragen: wat ging er nog meer goed?

107

Rollenspel

Het begeleiden van rollenspelen vraagt concentratie van de begeleider. De begeleider moet oog hebben voor de vaardigheden van de cliënten, de theoretische kennis, het doel van het rollenspel, en hij moet kunnen ingrijpen als het mis dreigt te gaan. Weerstand tegen een rollenspel komt vaak voort uit faalangst. Bij het begin van een training kan benoemd worden dat de cliënten bij elkaar zijn om van elkaar te leren en dat zij fouten mogen maken.

Een rollenspel draagt bij aan het leerproces als de begeleider de te oefenen vaardigheden herkent en deze weet in te zetten in de nabespreking van de oefening. Tijdens een rollenspel is het nuttig om cliënten de rol van observator te laten uitvoeren, dit met gerichte opdrachten, zo blijven de cliënten actief als zij zelf niet aan het rollenspel meedoen. Als een cliënt bezig is met een rollenspel houdt de begeleider zich eerst afwezig zodat de cliënt ook echt de ruimte krijgt om te oefenen. Snel ingrijpen kan de cliënt het idee geven dat hij het fout doet. Soms kan een kleine opmerking voldoende zijn om bij te sturen: 'Weet je nog Jan, het ging om 'luisteren'. Hiermee kan de begeleider er toch voor zorgen dat de oefening succesvol wordt afgerond. Het inlassen van een time-out kan ook helpen: even stopzetten en de andere cliënten mogen tips geven hoe er verder gegaan kan worden.

Een rollenspel moet worden nabesproken; de begeleider hanteert hierbij een vaste volgorde zodat deze voor de cliënten ook voorspelbaar gaat worden en ze altijd weten op welke manier de nabespreking verloopt. Vraag eerst aan de cliënt die gespeeld heeft: wat ging goed: vraag naar concreet gedrag en vraag waarom dit gedrag goed is. Daarna wordt aan de mede cliënten en de observatoren gevraagd wat er nog meer goed ging. Daarna volgen tips ter verbetering: eerst weer de cliënt zelf vragen, daarna de medecliënten. Vraag naar concreet gedrag en waarom dit gedrag beter zou zijn. Als een tip niet passend is kun je als begeleider zeggen: 'Dat is een mogelijkheid, weet je nog meer mogelijkheden?'. Als begeleider let je erop dat een tip bestaat uit het vertellen over hoe het wel moet in plaats van hoe vinden dat het niet moet. De begeleider sluit af met aspecten die onderbelicht zijn gebleven en geeft een samenvatting. Ook hier dient positieve feedback de belangrijkste plaats te krijgen. Daarnaast kan de begeleider aangeven in welke andere situaties de geleerde vaardigheid kan worden toegepast (generalisatie) en in welke situatie juist niet (discriminatie).

Tot slot

Omdat vaardigheids- en kennistekorten ten grondslag kunnen liggen aan probleemgedrag vormen psycho-educatie en vaardigheidstrainingen een basis onderdeel van de competentiegerichte behandeling van SGLVG-clieënten. Het vergroten van vaardigheden en kennis levert een bijdrage aan het verantwoord reïntegreren van de cliënt in de samenleving. Begeleiders geven de basismodules en zorgen ervoor dat er in het dagelijkse leven geoefend kan worden met het nieuw geleerde gedrag, begeleiders moeten hiervoor wel geschoold worden. Met behulp van competenties op het gebied van kennis, vaardigheden en houding zijn begeleiders in staat om training aan cliënten te geven. Ervaren trainers kunnen ingezet worden bij de coaching van begeleiders. Het vergroten van competenties bij begeleiders leidt tot het vergroten van competenties bij cliënten.

Referenties

Brommer, G. (2007). *Interne notitie afdeling onderwijs Hoeve Boschoord; Didaktische vaardigheden voor begeleiders.* Boschoord: Hoeve Boschoord.

Edens, M. & Van der Molen, H.T. (1993). *Vaardigheden voor Begeleiders.* Amersfoort: Academische Uitgeverij/NIZW.

Slagter, J. & Le Grand, B. (2004). *Handboek sociaal competentiemodel.* Boschoord: Hoeve Boschoord.

Slot, N. & Spanjaard, H. (2006). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg.* Baarn: HB uitgevers.

Ten Wolde, A.C., Le Grand, B., Slagter, J. & Storms, M. (2006). *Vaardig en Veilig. Behandeling van sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapte mensen met risicovol gedrag.* Boschoord: Hoeve Boschoord.

Van der Zee, S., Van der Molen, H. & Van der Beek, D. (1989). *Sociale Vaardigheden voor Zwakbegaafde Jongeren. Praktijkboek Goldsteintraining.* Deventer: Van Loghum Slaterus.

11

Hilde Niehoff

SPECIALISTISCHE THERAPEUTISCHE MODULES

109

Een behandelprogramma kan worden omschreven als een samenhangend, bij voorkeur 'evidence based' of 'consensus based' hulpverleningsaanbod voor een bepaalde doelgroep. Dit betekent dat uit wetenschappelijk onderzoek moet zijn gebleken dat het behandelprogramma effectief is ofwel dat het gebaseerd is op de best beschikbare informatie over doelmatigheid en doeltreffendheid. De basis van ieder behandelprogramma bestaat dus uit de wetenschappelijke kennis en praktijkervaring met het programma.

11.1 Inleiding

Binnen De Borg-instellingen wordt in de behandelprogramma's onderscheid gemaakt tussen een basisprogramma en een gespecialiseerd programma. Het therapeutisch klimaat (hoofdstuk 7) en de basismodules (hoofdstuk 10) hebben een belangrijke plaats in het basisprogramma. Zij zijn gebaseerd op gemeenschappelijke kenmerken van de doelgroep, zoals de (gevolgen van) de verstandelijke beperking, het tekort aan algemene kennis, ontwikkelingsachterstanden en risicogedrag. Vanuit dit basisprogramma zijn specialistische behandelmodules ontwikkeld, die gericht zijn op een specifieke problematiek van SGLVG-cliënten, zoals agressie, verslaving, seksuele of psychiatrische problemen. Op basis van diagnostiek wordt bepaald welke onderdelen van het basis- en specialistische programma wordt geboden aan de individuele cliënt.

Dit hoofdstuk gaat over deze specialistische behandelmodules. Er wordt uitleg gegeven over hoe zo'n programma er uitziet, wat belangrijke randvoorwaarden zijn en welke competenties dit vraagt van begeleiders die bij de modules een rol als trainer vervullen.

11.2 Voorwaarden bij gespecialiseerde behandelprogramma's

Om ervoor te zorgen dat een gespecialiseerd behandelprogramma ook effectief is, dat wil zeggen dat het leidt tot daadwerkelijke verandering in het gedrag van de cliënt, zijn er een aantal voorwaarden waaraan een programma moet voldoen. Deze zijn bijvoorbeeld: het behoefte principe, het principe van de responsiviteit, het principe van de programma-integriteit en de generalisatie (De Ruiter & Veen, 2004). Deze voorwaarden worden hieronder nader toegelicht:

- Het **behoefte principe** betekent dat de inhoud van het behandelprogramma moet aansluiten bij de problematiek van de cliënt. Het programma is gebaseerd op uitkomsten van bijvoorbeeld de functionele analyse, delict analyse of beschrijvende diagnostiek van het risicovolle gedrag van de cliënt.
- **Responsiviteit** betekent dat het behandelprogramma en de stijl van de therapeut passen bij de leerstijl van de cliënt, zijn problematiek en het risicovolle-/delictgedrag. Zo vragen bijvoorbeeld de tekorten op verbaal gebied (begrijpen van taal en zich kunnen uitdrukken in taal) om aangepast taalgebruik, visualiseren, leren door doen en voordoen. Een ander voorbeeld vormt de korte spanningsboog van cliënten. Dit vereist binnen het behandelprogramma dat de informatie gedoseerd wordt aangeboden.
- Het principe van de **programma-integriteit** omvat het principe dat ieder behandelprogramma volgens de beschreven richtlijnen wordt uitgevoerd. Dit betekent dat de modules zo uitgevoerd worden als het bedoeld is, volgens het draaiboek wordt gegeven en door deskundige ervaren trainers op gestandaardiseerde wijze wordt aangeboden.
- Onder **transfer of generalisatie** verstaan we het oefenen in de praktijk met de geleerde vaardigheden in een reële situatie, buiten de trainingssituatie, om de effecten op lange termijn te handhaven. Cliënten hebben ondersteuning nodig bij het toepassen van de in een trainingssituatie geleerde vaardigheden. Het behandelklimaat moet zijn gericht op het aanwenden en leren toepassen van de nieuwe vaardigheden.
- Voor cliënten met een sterke gedragsstoornis en licht verstandelijke beperking wordt gewezen op het belang van voorspelbare en overzichtelijke **omgevingsvariabelen** omdat zij hiervan in het algemeen meer van afhankelijk zijn. Binnen de gespecialiseerde behandeling moet daar expliciet aandacht aan worden besteed.

Bovenstaande voorwaarden zijn tevens terug te vinden in kwaliteitseisen voor een behandelprogramma zoals omschreven door de Erkenningscommissie Gedragsinterventies van het Ministerie van Justitie. In deze

kwaliteitseisen wordt onder andere benadrukt dat het behandelprogramma 'evidenced-based' is en dat het gericht is op vermindering van risicofactoren van delictgedrag, verbetering van de beschermende factoren en aanleren van vaardigheden. De voorwaarden en kwaliteitseisen hebben als doel de kwaliteit en continuïteit van de programma's te waarborgen.

11.3 Specialistische therapeutische modules

Een behandelprogramma voor SGLVG-cliënten bestaat binnen de Borginstellingen uit een samenhangend pakket van basiselementen (zoals therapeutisch klimaat en basismodules) en specialistische elementen (zoals therapieën en specialistische modules). De basismodules zijn algemeen vormend en gericht op het vergroten van vaardigheden en kennis over de algemene normen en waarden van de samenleving (basismodules; zie hoofdstuk 10). De specialistische modules zijn ontwikkeld voor een cliëntgroep met een gemeenschappelijke problematiek en specifieke hulpvraag, zoals verslaving of agressieproblematiek. Deze modules hebben een therapeutisch doel: zij zijn gericht op veranderingen in de persoon (denken, gevoelsmatig, gedragsmatig) zodat probleem- of delictgedrag afneemt.

Voor elke type problematiek is er een pakket van meerdere specialistisch therapeutische modules die in een vaste volgorde en op gestandaardiseerde wijze gegeven worden. Zij zijn ontwikkeld voor deelname in groepsverband, maar zijn ook individueel toepasbaar. De modules bestaan uit een serie bijeenkomsten met informatie, oefeningen etc. De specialistische therapeutische modules staan niet op zichzelf. Van groot belang is de samenhang in het gehele behandelprogramma, waarin alle onderdelen zoals genoemd in de hoofdstukken in Deel B een plek hebben. Specialistische modules dienen nadrukkelijk ingebed te zijn in het therapeutisch klimaat, om de generalisatie te bevorderen.

111

Door middel van diagnostiek, onderzoek en observatie wordt een analyse gemaakt van de problematiek van de cliënt. Hierbij wordt nagegaan welke factoren een rol spelen bij het ontstaan en in stand houden van probleem- of delictgedrag. Op basis hiervan wordt bepaald welk behandelprogramma voor een cliënt geschikt is. Hieronder worden twee voorbeelden beschreven van specialistisch therapeutische programma's, namelijk verslaving en agressie (Ten Wolde, Le Grand, Slagter & Storms, 2006).

11.4 Behandelprogramma 'Verslaving' (Trentelman, 2009)

SGLVG-cliënten met verslavingsproblemen kunnen deelnemen aan de basiselementen van De Borg-behandelprogramma's. Denk hierbij aan voorlichtingsmodules en vaardigheidstrainingen. Immers, ook een cliënt met verslavingsproblemen kan (te) weinig kennis hebben over seksualiteit of over gebrekkige vaardigheden beschikken om te kunnen omgaan met geld of werk. De voorlichtingsmodule 'Middelengebruik en verslaving' behoort tevens tot dit basisprogramma en biedt voorlichting over de werking, effecten en risico's van potentieel verslavende en toxische middelen. Cliënten leren in deze module praten over hun eventuele gebruik en worden bekend gemaakt met de risico's ervan. Deze module richt zich dus uitsluitend op voorlichting en vergroten van kennis, niet op behandeling van problematisch gebruik en is dus bij uitstek geschikt voor de groep cliënten die niet of matig gebruiken.

Voor cliënten die problemen hebben met middelengebruik en hieraan iets willen veranderen, zijn er de specialistisch therapeutische modules. Deze modules zijn vormgegeven vanuit de volgende visie op

verslaving: *'Verslaving is een tot chroniciteit neigende, recidiverende hersenaandoening, die zijn ontstaan en instandhouding vindt in een ongunstige combinatie van biologische, psychische en sociale factoren, en kan leiden tot blijvende veranderingen in de hersenen.'* Als gevolg van deze visie zijn de modules zo ontwikkeld dat ze ingrijpen op alle genoemde factoren. Het behandelprogramma bestaat uit verschillende opeenvolgende modules waarbij het algemene doel is om de gezonde ontwikkeling te stimuleren. Dit gebeurt door de cliënten bewust te maken van de risico's, het eigen gebruik in kaart te brengen, de veranderbereidheid te vergroten, riskant gebruik te doorbreken en acceptatie van ondersteuning hierbij te vergroten.

De eerste module ('Het begin') heeft tot doel de cliënt aan het denken te zetten over het eigen gebruik en de twijfel hierover te vergroten. De cliënt leert praten over drank en drugs, zijn kennis hierover wordt aangevuld en gecorrigeerd, er vindt een eerste verkenning/inventarisatie van het eigen gebruik plaats en er wordt een begin gemaakt met herkenning van het probleem en versterking van de ambivalentie. De tweede module ('Mijn gebruik') gaat verder in op het vergroten van de ambivalentie en veranderbereidheid. Hierbij wordt gebruik gemaakt van bijvoorbeeld een voor- en nadelenbalans, in kaart brengen van redenen om te stoppen, bedenken van alternatieven voor gebruik en leren herkennen van situaties waarin de verleiding om te gaan gebruiken groot is. Er wordt toegewerkt naar het moment dat de cliënt besluit zijn gedrag te veranderen en te stoppen met gebruik. Hierbij wordt een hulpkartaal/terugvalpreventieplan opgesteld zodat de cliënt vroegtijdig signalen van terugval en risicovolle situaties herkent en weet hoe hij hiermee kan omgaan.

In de hierop volgende vaardigheidstraining staat het volhouden van verandering centraal en het versterken en uitbreiden van kennis, inzicht en vaardigheden. Men leert verleidelijke situaties en signalen herkennen, oplossingen te bedenken en er wordt ander gedrag (copingvaardigheden) getraind. Aan de hand van onder andere voorbeelden van nagespeelde scènes op dvd, leert men hoe een terugval te melden (bijvoorbeeld aan de begeleider), hoe om ondersteuning te vragen, een aanbod te weigeren etc. Zowel tijdens de modules als na afsluiting van de vaardigheidstraining wordt aandacht besteed aan terugvalpreventie en de omgang met een eventuele terugval. Hierbij wordt de cliënt ondersteund bij de verwerking van de teleurstelling over zijn terugval en wordt hij opnieuw gemotiveerd en het terugval preventieplan bijgesteld.

Bij elke SGLVG-client speelt het therapeutisch klimaat een belangrijke rol (therapeutisch klimaat; zie hoofdstuk 7). Voor cliënten die problemen hebben met middelengebruik zijn er in dit therapeutisch klimaat specifieke accenten aangebracht. Er is extra aandacht voor 'gezond leven' en verstandig omgaan met alcohol en drugs. Begeleiders binnen De Borg hebben kennis hierover, kunnen uitleg geven, een coach voor de cliënt zijn. Maar ook kunnen zij problemen op het gebied van middelengebruik signaleren, deze binnen het behandelteam kenbaar maken, er toe bijdragen dat cliënten zich bewust worden van deze problemen en hen motiveren tot behandeling. Hierbij speelt de methodiek van de motiverende gespreksvoering een belangrijke rol.

Bij de behandeling van problemen rond middelengebruik hebben de begeleiders ook aandacht voor de sociale context, zowel binnen de eigen instelling/afdeling als daarbuiten. Binnen de eigen afdeling gaat het dan over zaken als bijvoorbeeld verantwoord schenkgedrag op feestavonden. Daarbuiten kan het gaan over afspraken over drankverstrekking met winkeliers en cafés in de omgeving, aandacht voor overlast etc. Hierbij wordt door de begeleiders 'De Borg-visie op middelengebruik en verslaving' uitgedragen. Tot slot is het belangrijk dat de begeleiders op de hoogte zijn van de onderwerpen waar de cliënt in de specialistische module mee aan het werk is, om zodoende oefenmomenten in het alledaagse leven te creëren en de cliënt te kunnen ondersteunen bij de toepassing van de kennis en vaardigheden uit de module.

11.5 Behandelprogramma 'Agressie' (Niehoff, 2006)

Om de wetenschappelijke basis recht te doen, is er bij het specialistische behandelprogramma agressie niet gekozen voor één verklaringsmodel voor agressief gedrag, maar meerdere omdat er vele factoren agressie kunnen veroorzaken. Dit zijn: de biologische benadering, psychologische benadering, omgevings- en ontwikkelingsfactoren en (cognitieve) gedragstherapie. Deze modellen zijn ondergebracht in het algemene agressie model (Anderson & Bushman, 2002).

De factoren die te maken hebben met agressie, werken bij mensen met een verstandelijke beperking in het algemeen op dezelfde manier als bij de gemiddelde begaafde populatie. Uit onderzoek blijkt wel dat er een aantal specifieke factoren een extra risico zijn bij mensen met een verstandelijke beperking. Zo hebben zij minder copingvaardigheden en zijn zij vanwege hun geringere verbale vaardigheden sneller geneigd problemen op een agressieve wijze op te lossen. Andere risicofactoren zijn: negatieve leerervaringen (niet mee kunnen komen, gepest worden) en daardoor een vijandige en antisociale houding, een gebrekkige informatieverwerking (bijvoorbeeld waarnemingsfouten in sociale situaties), snel beïnvloedbaar door de omgeving (criminele vrienden), verminderde controle over gevoelens en impulsen door wellicht aangeboren (cognitieve) tekorten om risicovol gedrag te kunnen afremmen, een beperkt gedragsrepertoire en daardoor blijven hangen in eenmaal aangeleerd gedrag. Deze factoren vormen het uitgangspunt binnen het behandelprogramma.

De behandeling van agressief gedrag moet aangrijpen op verschillende componenten of factoren van waaruit het gedrag verklaard kan worden. Dus een grondige diagnostiek en gedragsobservatie is de basis voor de gespecialiseerde behandeling. Hierbij geeft een gedrags- of functieanalyse belangrijke aanknopingspunten voor een interventie en verhoogt de kans op een succesvolle afname van het risicovolle gedrag (Didden, 2006). De gedragsanalyse wordt opgesteld ten behoeve van de identificatie van functionele relaties tussen het probleemgedrag, persoonskenmerken en gebeurtenissen in de omgeving. Bij een gedragsanalyse is de functie van het probleemgedrag belangrijk alsmede de vraag hoe dit gedrag in stand wordt gehouden door de cliënt en/of zijn omgeving. De verkregen informatie uit de observatieperiode vormen een beeld van de cliënt en zijn agressieproblematiek. Dit betekent een omschrijving van de licht verstandelijke beperking, het risicovolle gedrag, delict-/probleemanalyse, delict-/probleemscenario, delict/probleem gerelateerde factoren, diagnostische classificatie van het probleemgedrag, vertaald in ontwikkelingstaken en behandeldoelen. Al deze gegevens vormen de basis voor de behandeling, risicotaxatie en het risicomanagement van de betreffende cliënt met agressief risicovol gedrag.

Bovenstaande diagnostische informatie vormt het uitgangspunt voor de cliënt om deel te kunnen nemen aan de specialistische therapeutische modules. Deze modules zijn: 'herkennen van gevoelens', 'herkennen van gedachten', 'omgaan met agressie en boosheid', 'delictscenario' en als laatste de 'terugvalpreventie' module. De eerste twee modules hebben betrekking op het leren herkennen van gevoelens en gedachten. Hierbij leert de cliënt zijn eigen signalen van spanning te herkennen en op welke manieren hij hiermee om kan gaan. Hij leert wat gedachten zijn en op welke manier hij met gedachten zijn gedrag kan beïnvloeden. Met behulp van onder andere psychomotorische- en dramatherapie wordt de cliënt geleerd verbinding te leggen tussen gevoelens, gedachten en gedrag. Binnen de modules 'omgaan met agressie' leert de cliënt vervolgens wat onder agressie en boosheid wordt verstaan en hoe je dit bij jezelf kunt herkennen. In deze module worden de probleemoplossende vaardigheden (zelfmanagement) uit de voorgaande modules verder uitgebreid. Er wordt gebruik gemaakt van werkbladen, video, spanningsthermometer en spanningspiramide, eerste hulpkaart en signaleringsplan waarin de opbouw van spanning geformuleerd is met daaraan gekoppeld de interventies

van de cliënt zelf en de begeleiders om de spanning weer te doen afnemen. In de module 'probleem-/delictscenario' wordt het delict of agressief gedrag geanalyseerd. Hierbij wordt gezocht naar de schakels (gebeurtenis, gevoelens, gedachten, gedrag) uit de totale keten die hebben geleid tot probleemgedrag. Tevens wordt er aandacht besteed aan mogelijke 'goed-praters' ('hij vroeg er om'), ontremmers (alcohol, drugs, medicijnen, slaapttekort), schijnbaar onbelangrijke beslissingen (keuze gericht op ander voordeel voor cliënt), en situaties die agressie mogelijk oproepen. De module 'terugvalpreventie' is de afsluitende module binnen het programma. Gebeurtenissen die spanning bij de cliënt hebben opgeleverd worden door de cliënt ingebracht en geanalyseerd (Niehoff, 2009).

Een koppeling met het therapeutisch klimaat is belangrijk om de generalisatie te bevorderen. De aanwezigheid en de hulp van begeleiders is een belangrijke succesfactor voor mensen met een verstandelijke beperking, blijkt uit diverse onderzoeken. Alle geleerde vaardigheden worden geoefend, herhaald en getoetst op de afdeling waar de cliënt verblijft. Helpen met huiswerk, oefenen in de praktijksituaties waar probleemgedrag ontstaat en herhalen is voor mensen met een verstandelijke beperking noodzakelijk. Dit betekent dat de gehele omgeving van de cliënt gericht is op het verminderen van het probleemgedrag, aanreiken van nieuwe vaardigheden en daarmee samenhangend een verhoging van de persoonlijke welbevinden van de cliënt.

11.6 Uitvoering van de specialistische modules

114

De specialistische modules worden gegeven door daartoe opgeleide begeleiders, ook wel trainers genoemd. De kwaliteitscriteria van een gespecialiseerd behandelprogramma hebben praktische consequenties voor het werken als trainer. Om te kunnen voldoen aan de eerder beschreven voorwaarden en eisen van een behandelprogramma, hebben de trainers specifieke competenties nodig. In een trainingsprogramma voor begeleiders die de gespecialiseerde behandelmodules geven, de zogenaamde 'train de trainers' opleiding, wordt aandacht besteed aan het ontwikkelen van deze competenties die onderscheiden kunnen worden op kennis, vaardigheden, attitude en persoonlijkheid (Arendsbergen & Liefhebber, 2005).

Kennis

De theoretische kennis vormt de basis van een behandelaanbod en het is, zoals eerder omschreven staat, een kwaliteitscriterium van het gespecialiseerde behandelaanbod. De trainers moeten ten eerste op de hoogte zijn van theoretische onderbouwing van de betreffende specialistische modules: van welke verklaringsmodellen wordt uitgegaan en welke visie op de problematiek wordt aangehangen. De trainer kan, ondersteund door behandelaars, het gedrag van de deelnemers verklaren vanuit de theorie en weet op welke factoren de module ingrijpt. Ten tweede moet de trainer kennis hebben van de inhoud van de modules: wat is het doel van de modules, voor welke cliëntengroep en problematiek zijn ze bedoeld, op welke vaardigheden, criminogene factoren en (risicovol) gedrag richten deze zich? Ten derde moet de trainer kennis hebben van de doelgroep en de individuele cliënt. Hij kent de diagnostische gegevens en de behandeldoelen van de cliënt en kan deze verbinden met de modules. Ook kan hij terugval in probleemgedrag bij de cliënt zo vroeg mogelijk herkennen. Tot slot is kennis over de meetinstrumenten van belang die gebruikt worden voor het meten van behandeffecten.

Vaardigheden

Van de trainers worden specifieke vaardigheden verwacht bij het toepassen van de specialistische modules. Alle modules en lessen zijn volledig omschreven in een trainershandboek. De trainers leren dit toe te passen

zoals dit omschreven staat, waarbij het (vanwege eerder genoemde programma-integriteit) belangrijk is dat de trainer zich houdt aan de instructie.

De trainer moet beschikken over de (cognitief) gedragstherapeutische technieken die binnen de modules worden gebruikt. Dit zijn bijvoorbeeld ontspanningsoefeningen, rollenspelen, gesprekstechnieken, en onderscheid tussen gebeurtenis, gedachten, gevoelens, gedrag en gevolg (de 5 G's). Bovendien moet de trainer de producten zoals een woede thermometer, eerste hulpkaart, delictketen, signaleringsplan en terugvalpreventieplan op kunnen stellen en samen met cliënten kunnen hanteren. Ook technieken op het gebied van het vervangen van inadequaat gedrag door adequaat assertief gedrag zijn van belang, evenals negeren of stopzetten van ongewenst gedrag en bekrachtiging van gewenst gedrag. Verder moeten trainers in staat zijn te rapporteren over de voortgang van de cliënten en moet hij over technieken beschikken om de cliënten te motiveren voor deelname aan de modules. Naast algemene vaardigheden dient de trainer ook te beschikken over de vaardigheden die bij een specifieke module van belang zijn. Zo moet men bij de agressiemodules kunnen omgaan met agressie die een cliënt dan kan laten zien.

Attitude en persoonlijkheid

Het leren vanuit de confrontatie van de eigen probleemgebieden van de cliënt en het aanleren van nieuwe vaardigheden vraagt om een veilige leeromgeving. De werkrelatie tussen de trainer moet onder andere betrouwbaar, consequent, consistent en deskundig zijn. Dit wordt niet alleen omvat door bepaalde vaardigheden van de trainer; een passende attitude van de trainer is een belangrijke voorwaarde voor het effect van een interventie. Aspecten van attitude die van belang zijn: jezelf blijven, accepteren van de persoon achter het gedrag, vriendelijke/zakelijke houding, zorg en pedagogisch handelen, zoals het stellen van grenzen, duidelijkheid in handelen, en de cliënt ruimte voor ontwikkeling bieden. De persoonlijkheid van de trainer is een belangrijke factor binnen het geven van de zorg en behandeling. Persoonlijkheidskenmerken als betrouwbaarheid, consequent en consistent zijn, geïnteresseerd, alert, deskundigheid, begrip tonen, aandacht geven en ondersteunen zijn belangrijke aandachtsgebieden voor trainers tijdens het geven van de specialistische therapeutische modules. Deze kenmerken blijken bovendien uit open, waarachtig, valide en echt zijn van de trainer en worden ook wel kernkwaliteiten genoemd. Als de trainer bewust wordt van zijn eigen kernkwaliteiten is hij of zij in staat om hier optimaal gebruik van te maken en kunnen onbewuste en intuïtieve reacties op gedrag van de deelnemers of eigen valkuilen zoveel mogelijk worden voorkomen.

115

Tot slot

De Borg-instellingen zijn sinds 2008 bezig gezamenlijk de gespecialiseerde behandelprogramma's (door) te ontwikkelen en te implementeren. In 2009 is het behandelprogramma 'Middelengebruik en Verslaving', ontwikkeld binnen Hoeve Boschoord, Borgbreed geïmplementeerd. In 2010 zal het behandelprogramma 'Agressie' volgen. Doelstelling van De Borg is door middel van wetenschappelijk onderzoek de effectiviteit van deze programma's aan te tonen en verder te onderbouwen.

Referenties

Anderson, C. & Bushman, B. (2002). *Human Aggression*. Annual Review of Psychology, 53, 27-51.

Arendsbergen, Ch. van, & Liefhebber, S. (2005). *Landelijk competentieprofiel beroepskrachten primair proces gehandicaptenzorg*. Utrecht: NIZW.

De Ruiter, C. & Veen, V.C. (2004). *Terugdringen van recidive bij drie typen geweldsdelinquenten: werkzame interventies bij relationeel geweld, seksueel geweld en algemeen geweld*. Utrecht: Trimbos Instituut.

Didden, R. (2006). *Gedragsanalyse en cognitieve gedragstherapie*. In: R. Didden (Red), In perspectief. Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en licht verstandelijke beperking (pp.101-126). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Niehoff, H.M. (2006). *Behandelprogramma Aggressie*. Boschoord: Hoeve Boschoord.

Niehoff, H.M. (2009). *Behandeling van sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapte mensen met risicovol agressief gedrag binnen Trajectum-Hoeve Boschoord*. In: R. Didden & X. Moonen (Red.), Met het oog op behandeling-II (pp. 41-50). Amersfoort: Bergdrukkerij.

Ten Wolde, A.C., Le Grand, B., Slagter, J. & Storms, M. (2006). *Vaardig en Veilig. Behandeling van sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapte mensen met risicovol gedrag*. Boschoord: Hoeve Boschoord.

Trentelman, M. (2009). *De Borg Behandelprogramma Middelengebruik en Verslaving*. Boschoord: Hoeve Boschoord.

12

Bernadette Lutjenhuis

Risicotaxatie en Risicomanagement

117

Risicotaxatie kan verschillende dingen betekenen: bijvoorbeeld het inschatten van het risico dat de cliënt loopt op een ziekte, brand of ongeluk. Risicotaxatie kan ook gaan over de risico's die de cliënt loopt door zijn probleemgedrag, zoals vormen van internaliserend probleemgedrag waaronder suïcide, zelfbeschadiging en verloedering. Maar in dit hoofdstuk gaat het vooral om het inschatten van het risico dat de cliënt oplevert voor de buitenwereld (externaliserend probleemgedrag) waaronder agressie naar anderen, diefstal en brandstichting.

12.1 Inleiding en terminologie

Risicotaxatie

Bij risicotaxatie maak je altijd een inschatting vooraf. Je voorspelt vanuit het gedrag van de cliënt in het verleden en heden of hij/zij in de toekomst een gevaar zal zijn voor anderen (zie De Ruiter & Hildebrand, 2005). De toekomst kan op korte termijn zijn (in de instelling) of op de langere termijn (als hij/zij weer in de maatschappij woont). Een risicotaxatie bestaat uit een aantal onderdelen:

- onder **delict-/probleemscenario** wordt verstaan de exacte beschrijving van hetgeen er gebeurd is tijdens het delict-/probleemgedrag, zodat je het net als in een film voor je ziet;
- onder **delict-/probleemanalyse** wordt verstaan de achtergrond- en ontstaansgeschiedenis van het delict-/probleemgedrag;
- vervolgens bepaal je de **risicovariabelen**: welke kenmerken van het verleden van de cliënt (historische kenmerken) en welke eigenschappen in het heden (klinische en omgevings- kenmerken) een rol spelen bij een eventuele terugval in de nabije of verre toekomst. Deze kenmerken zijn opgenomen in de verschillende risicotaxatielijsten zoals de HKT (Historisch-Klinisch-Toekomst)-30.

Risicomangement

In het risicomangementplan of *signaleringsplan* wordt het gedrag van de cliënt omschreven dat voorafgaat aan (en dat wil zeggen een signaal is voor) het delict of probleemgedrag (Lutjenhuis, 2009). Vervolgens wordt beschreven hoe de ingeschatte risico's worden afgedekt door de noodzakelijke maatregelen. Het gaat dan bijvoorbeeld om vrijheidsbeperkende maatregelen, afleidende bezigheden of medicatie. Er wordt beschreven wanneer en op welke manier wordt ingegrepen ter voorkoming van risico's. Ook passend in een risicomangement-/signaleringsplan zijn: specifieke signalen verbonden aan het delict-/probleemscenario, zoals toegang hebben tot een slachtoffer (bijvoorbeeld bij een pedofiel: op woensdagmiddag naar een zwembad willen), lucifers die verdwijnen bij een brandstichter, een cliënt die vaker wisselt van mobieltjes dan hij geld op zijn bankrekening heeft, een cliënt die niet aan de behandeling mee wil werken en dan ineens heel ijverig wordt wanneer het verlof eraan komt (ontvluchtingsrisico). Op het signaleringsplan wordt verder ingegaan in hoofdstuk 13.

Er is een grote overlap tussen het signaleringsplan en het zogenaamde *terugvalpreventieplan*. Dit is het plan dat samen met de cliënt wordt opgesteld en waarin staat wat hij/zij zelf kan doen als hij in de verleiding komt om weer delict of probleemgedrag te ondernemen. In veel signaleringsplannen is dit echter ook al opgenomen.

Bij risicomangement beoordeel je op basis van een signaleringsplan de vrijheden die jouw cliënt die dag aan zal kunnen. Je treft vervolgens maatregelen wanneer je denkt dat de omgeving risico loopt. Dit kan bijvoorbeeld zijn: een cliënt begeleiden naar het werk in plaats van alleen te laten gaan. Het inschatten van risico's op korte termijn doe je als begeleider of (arbeids-)therapeut ieder moment van de dag. Als een cliënt 's ochtends loopt te vloeken, en het is bekend dat deze cliënt dan sneller tot agressie overgaat als er geen begeleiders bij zijn, dan laat je hem bijvoorbeeld niet in zijn eentje wandelen. Er is een vloeiende overgang tussen het inschatten van het risico op korte termijn, naar het inschatten van het risico op langere termijn, bijvoorbeeld na het ontslag van de cliënt.

12.2 Hoe weet je welk gedrag van een cliënt een voorbode is van toekomstig risico?

Iedere cliënt is uniek in de kenmerken of omstandigheden die maken dat hij of zij weer in probleemgedrag vervalt. Deze *unieke risicokenmerken* staan in het signaleringsplan en worden afgeleid van het huidige gedrag van cliënt op de afdeling, maar vooral ook van het delict-/probleemscenario van deze cliënt en diens delict-/probleemanalyse. Maar er zijn ook *algemene risicokenmerken* die voor veel cliënten gelden. Bekende kenmerken die voor veel daders van gelden zijn bijvoorbeeld een antisociale houding, impulsiviteit en drankmisbruik.

Het inschatten van het individuele risico op delict of probleemgedrag werd tot voor enige tientallen jaren gedaan door een behandelaar die de cliënt goed kende, zoals een forensisch psychiater. Dit heet een 'ongestructureerd klinisch oordeel'. De laatste tijd wordt uit wetenschappelijk onderzoek steeds duidelijker dat dit ongestructureerd klinisch oordeel geen betere voorspeller is dan een voorspelling op basis van een loterij (kans), met andere woorden: zo'n beoordelaar zat er vaak naast. Daarbij komt: hoe meer iemand betrokken is bij de cliënt, hoe minder goed hij/zij het risico inschat. Er is een onderzoek bij forensisch psychiaters geweest waaruit bleek dat hun secretaresses over het algemeen het risico beter konden inschatten dan de psychiater zelf. Hetzelfde geldt jammer genoeg ook voor behandelverantwoordelijken en begeleiders.

Toch komen we steeds meer te weten over welke kenmerken voor bepaalde groepen personen (bijvoorbeeld TBS-ers of gevangenen) als redelijk voorspellend voor een delict gelden en welke niet. Al die zaken die de kans op terugval in probleemgedrag vergroten, zijn nu opgenomen in de zogenaamde *risicotaxatielijsten*. Oorspronkelijk zijn die gemaakt voor gevangenen en TBS-ers. Men wilde inschatten of zij na ontslag weer in de fout zouden gaan. Er is enig onderzoek waaruit blijkt dat deze kenmerken waarschijnlijk ook van toepassing zijn op mensen met een lichte verstandelijke beperking. Een van die kenmerken is bijvoorbeeld een antisociale houding/gedrag. Het blijkt dat cliënten die dit laten zien, vaker weer in de fout gaan dan cliënten die zich niet voortdurend antisociaal gedragen tijdens de opname. Nu wordt het risico op recidive (terugval in delict-/probleemgedrag) meestal niet bepaald door maar één kenmerk. We weten nu dat hoe meer kenmerken je hebt die samenhangen met recidive, hoe meer risico op delict/ernstig externaliserend probleemgedrag je loopt. Maar ook de ernst van het kenmerk telt mee. De behandelverantwoordelijken gebruiken de risicotaxatielijsten als een checklist, waarna ze vervolgens de ernst van de kenmerken beoordelen en besluiten of er sprake is van een (verhoogd) risico in de toekomst.

119

12.3 De rol van de begeleiders en (arbeids-)therapeuten bij de risicotaxatie

Uit onderzoek is gebleken dat de achtergrondkenmerken (*historische kenmerken*) zoals gedragsproblemen in het verleden, het best voorspellen wat er in de toekomst door de cliënt gedaan gaat worden. Het verleden is nog altijd de beste voorspeller voor de toekomst, vooral voor gewelddadig gedrag en dan vooral voor seksueel gewelddadig gedrag. Dit geldt ook voor mensen met delictgedrag maar zonder daarvoor veroordeeld te zijn. Ten aanzien van de historische kenmerken geldt onder sommige begeleiders de populaire opvatting: 'ik wil vooraf niets weten van mijn cliënt, hij moet een nieuwe kans hebben'. Dit past niet binnen risicomangement. Wanneer je de signalen van de cliënt die duiden op agressief gedrag niet van te voren kent, loop jij of lopen de medecliënten of de maatschappij vanaf de eerste dag na de opname onnodige risico's. Dus het is raadzaam wel degelijk iets af te weten van de risicofactoren van een cliënt en zijn levensgeschiedenis goed in kaart

te brengen. Dit kan niet gedetailleerd genoeg gebeuren: informatie van ouders, verzorgers, leerkrachten, en anderen moeten worden opgevraagd. Vaak weten we minder van SGLVG-cliënten dan van forensische cliënten. Dit is onterecht. Gebrek aan informatie betekent nog niet dat er dan ook minder risico is (met wat je niet weet kun je geen rekening houden, maar daarom is er nog wel risico). Een actieve houding ten aanzien van informatie vergaren is dus noodzakelijk. Dit geldt ook voor begeleiders en (arbeids-)therapeuten; zij horen vaak veel van cliënten of via contact met ouders of bezoek over kenmerk uit het verleden en heden die van belang zouden kunnen zijn voor de risicotaxatie. Deze informatie moet worden doorgegeven aan de behandelverantwoordelijke. Belangrijke *historische* risicokenmerken zijn bijvoorbeeld: gedragsproblemen in de jeugd, vroeg begin van delict-/probleemgedrag, alcoholmisbruik in het gezin, eerdere veroordelingen, mishandeld of misbruikt zijn in de jeugd, eerdere schending van voorwaarden. Nu kunnen we aan de historische kenmerken niets meer veranderen. Als deze *alles* zouden voorspellen (onder het motto: 'eens een dief, altijd een dief'), dan hoefden we geen behandeling meer aan te bieden. Gelukkig hebben de klinische en omgevingskenmerken ook nog invloed op de recidive al blijven de historische kenmerken het meest voorspellend in de risicotaxatie.

De *klinische kenmerken* zijn met name impulsiviteit, middelenmisbruik tijdens opname, niet meewerken aan behandeling, gebrek aan probleemoplossende vaardigheden, vijandigheid, incidenten tijdens opname en een antisociale houding. Op korte termijn geldt ontregeling (zoals te zien aan: zichzelf en de omgeving verwaarlozen, angst, woede of frustratie) als kenmerk dat een verhoogd risico met zich meebrengt. Begeleiders en (arbeids-)therapeuten leveren het fundament van de risicotaxatie wat betreft de klinische kenmerken. Die gaan immers over eigenschappen van cliënten in het hier en nu, die vooral door hen worden waargenomen. De beoordeling van het deel van de risicotaxatie dat over de klinische kenmerken gaat berust hoofdzakelijk op de rapportage door de begeleiders en (arbeids-)therapeuten. Zij rapporteren over de bekende risicokenmerken van de cliënt: bijvoorbeeld een vijandige houding, niet willen aanpassen aan de omgeving, ongewenst middelenmisbruik, impulsiviteit, redzaamheid, dwangmatig bezig zijn met seks door cliënt, sociale vaardigheden. Als deze rapportage niet klopt, klopt ook de risicotaxatie niet. Als deze niet volledig is, kan de risicotaxatie niet goed worden gedaan. Dus: zonder begeleiders en arbeidstherapeuten geen goede risicotaxatie.

Verschillende omgevingen brengen verschillend gedrag bij een mens naar boven. Cliënten met een lichte verstandelijke beperking zijn vaak zeer omgevingsafhankelijk. Onze cliënt is vaak alleen risicovol in specifieke omstandigheden, ten opzichte van specifieke slachtoffers (*omgevingskenmerken*). Als het bijvoorbeeld met seksueel probleemgedrag in een bepaalde plaats of omgeving lange tijd goed gaat, wordt vaak aangenomen dat er een verbetering is opgetreden en dat het gedrag dus verdwenen is. Dit is onwaarschijnlijk, omdat seksueel probleemgedrag erg hardnekkig is. De omgeving speelt dan waarschijnlijk een belangrijke rol bij het al dan niet optreden van het risicogedrag. Verander je de omgeving dan is er grote kans dat het gedrag weer opduikt, bijvoorbeeld enige tijd na uitplaatsing. Voor veel probleemgedrag geldt dus, dat we de omgeving moeten aanpassen aan de cliënt, zodanig dat het gedrag niet meer voorkomt. Deze cliënten hebben externe controle nodig omdat ze geen of onvoldoende zelfcontrole ontwikkelen over hun gedrag. Wanneer eenmaal een goede 'gebruiksaanwijzing' is vastgelegd is het de kunst om *ook bij goed gedrag* van de cliënt hieraan vast te houden. Het is immers zo dat deze benadering heeft gezorgd voor beter gedrag: loslaten hiervan kan zorgen dat het delict/probleemgedrag weer terugkomt ook na een langere tijd van goed gedrag. Versoepeling van regels, stoppen met controles, verandering van begeleiders zijn risicokenmerken. De werkwijze van begeleiders is ook hier cruciaal om uiteindelijk recidive en dus slachtoffers te voorkomen.

Wat moet je als begeleider/arbeidstherapeut kunnen om recidives te helpen voorkomen?

1. Het delict/probleemgedrag van de cliënt kennen en de afspraken over zijn bewegingsvrijheid.
2. Het signaleringsplan van de cliënt kennen en toepassen.
3. Risicovariabelen die veel voorkomen kennen (de algemene risicovariabelen).
4. 'Visueel' rapporteren.
5. Probleemgericht rapporteren (met name ook gericht op risicokenmerken).

Ad 4. **Visueel rapporteren** houdt in: rapporteren alsof je een film scène beschrijft. Houd vier W's in gedachten: wat, (met) wie, waar, wanneer. Let in eerste instantie niet op de andere W's (waarom, waardoor). Je eigen interpretatie van het gebeuren heeft een plaats maar pas *na afloop* van een zo feitelijk mogelijke beschrijving. Anderen (diegenen die een risicotaxatielijst invullen en justitiemedewerkers) moeten als het ware door jouw ogen kunnen kijken en zien wat er is gebeurd.

Ad 5. **Probleemgericht rapporteren** houdt in: rapporteren over bekende risicokenmerken bij de cliënt. Dan gaat het zowel over negatieve veranderingen (gebeurtenissen) als ook positieve veranderingen (gebeurtenissen) die verband houden met delictgerelateerde kenmerken (bijvoorbeeld positieve of negatieve veranderingen in cliënt's impulsiviteit, antisociaal gedrag e.a. (zie boven), of gedragingen beschreven in het signaleringsplan). Neem bij de rapportage ook het signaleringsplan/terugvalpreventieplan en de risicovariabelen als uitgangspunt: rapporteer gericht over de daarin voorkomende signalen of afspraken. Ook is het van belang de voorgaande rapportage niet klakkeloos over te nemen maar je steeds te bezinnen op wat nog geldt en wat niet. Houd bij het rapporteren steeds in het hoofd dat anderen die informatie moeten gebruiken om risicotaxatie te doen. Bijvoorbeeld: soms vergeet je dat het standaard probleemgedrag dat iemand vaak vertoont, voor anderen die de cliënt niet kennen toch weer vermeld moet worden. Bijvoorbeeld: vage beschrijvingen van het gedrag van de cliënt is voor iemand die hem niet kent niet te gebruiken voor risicotaxatie.

121

12.4 Samenvattend

- Risicotaxatie is dus niet eenmalig een formulier invullen, maar een voortdurend proces.
- Het verleden van een cliënt is een belangrijke voorspeller van de toekomst.
- Risicotaxatie berust voor de klinische kenmerken op een goede probleemgerichte rapportage van begeleiders en (arbeids-)therapeuten.
- Kenmerken van het probleem-/delictscenario en probleem-/delictanalyse worden opgenomen in het signaleringsplan en risicomanagementplan.
- Iedereen kent de algemene risicokenmerken en cliënt's signaleringsplan.
- Iedereen in de omgeving van de cliënt doet aan risicomanagement.

Casus Bas en Jan Willem

-
- » *Bas is een nieuwe kracht in de SGLVG instelling. Na zijn introductieperiode draait hij als persoonlijk begeleider mee in het team. Bas wil de cliënten met een frisse en onbevooroordeelde blik tegemoet treden. Daarom neemt hij zich voor niet vooraf de stukken rondom een cliënt te lezen.*

Zijn cliënt Jan Willem is een zwakbegaafde jongeman. Bas weet dat hij hier zit voor een poging tot zware mishandeling. Jan Willem komt wat verlegen over maar lijkt het gezelschap van Bas wel op prijs te stellen.

In de weken dat Bas nu werkt is er nooit sprake geweest van enige agressie; Jan Willem oogt eerder verlegen en terughoudend. Jan Willem zit in zijn TBS-proefverloftijd na een lange behandeling. Er moet een 6-jaars rapport worden opgemaakt door een extern rapporteur. Deze meldt zich op de groep bij Bas. De rapporteur is een slanke psychologe met donker haar die wat formeel gekleed is en nogal uit de hoogte doet. Bas roept Jan Willem en laat hen alleen in de bezoekersruimte. Hijzelf gaat koffie drinken met de andere cliënten op het terras. Na enige tijd loopt hij naar binnen en hoort wat gestommel in de bezoekersruimte; voor de zekerheid klopt hij even aan. Als hij geen gehoor krijgt opent hij de deur en ziet Jan Willem met de handen rond de nek van de psychologe, die al bewusteloos lijkt.

Na de (gelukkig niet fatale) afloop van dit incident verdiept Bas zich in de achtergrond van Jan-Willem. Dan blijkt dat Jan-Willem in het verleden steeds fors gepest en gekleineerd is door zijn stiefmoeder, een wat stijve vrouw met donker haar die zich steeds liet voorstaan op de hogere klasse waar haar familie toe zou behoren. De zwakbegaafdheid van haar stiefzoon was voor haar een bron van ergernis en ze liet niet na hem hierop te wijzen. Haar eigen kind werd goed behandeld, Jan-Willem werd verwaarloosd. Jan-Willem liep al jaren rond met een steeds groeiende haat naar vrouwen met donker haar die wat uit de hoogte doen. Hij volgde ze op zijn brommer. Na enige tijd ging hij over tot het aanspreken van dergelijke vrouwen met de uiteindelijke bedoeling ze te mishandelen en te doden. Voor een dergelijke mishandeling had hij TBS gekregen. Tot nu toe had hij geweigerd hierover te spreken er was dus geen reden om aan te nemen dat Jan-Willem veranderd was in dit opzicht.

Het signaleringsplan bevatte een alinea over de toegang tot dergelijke potentiële slachtoffers als zijnde een (omgeving) risicovariabele.

122

» **Conclusie:**

Historische risicovariabelen, opgetekend in het delict-/probleemscenario en verwerkt in het risicomanagement/ signaleringsplan moeten tot de parate kennis behoren van iedereen die de cliënt begeleidt. Op deze manier had het bovenstaande incident voorkomen kunnen worden.

Tot slot

Je moet er ook rekening mee houden dat, hoe goed je het ook probeert te doen, veel risicosituaties niet voorspelbare en oncontroleerbare elementen bevatten. Risicotaxatie is nooit 100%, wat de media ook graag willen dat lukt nooit. Maar voor de slachtoffers van de toekomst zijn we verplicht het uiterste doen om recidive door de cliënt te helpen voorkomen.

Referenties

De Ruiter, C. & Hildebrand, M. (2005). Van risicotaxatie naar risicohantering: indicatiestelling bij forensisch-psychiatrische patiënten. In: Behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten, 2e herziene druk, Cure and Care (pp. 23-33). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Lutjenhuis, B. (2009). Samen veilig, een inleiding in risicotaxatie voor groepsleiding en andere belangstellenden. Interne publicatie Hoeve Boschoord. [Dit is een uittreksel uit de gelijknamige interne publicatie van Samenwerkingsverband VGN Friesland en Hoeve Boschoord (2007). Te bestellen via B.Lutjenhuis@hoeveboschoord.dji.minj.us.nl.]

13

Frans Fluttert

SIGNALERINGSPLANNEN

123

Signaleringsplannen worden gebruikt om cliënten te leren signalen van gedragsontsporing bij henzelf te herkennen en daarmee verdere escalatie van gedrag te voorkomen. Signaleringsplannen zijn de documenten waarin dergelijke signalen beschreven staan. Het is belangrijk om op een methodische wijze cliënten en begeleiders te leren om met signaleringsplannen te werken. Hiervoor is de Methode Vroegsignalering ontwikkeld. Bij deze methode staat de interactie tussen begeleiders en cliënt centraal en in het licht van een systematische wijze van toepassen van signaleringsplannen. In dit hoofdstuk wordt deze methode verder aangeduid met de term 'signaleringsplannen'.

13.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we in op zowel de achtergrond van het werken met signaleringsplannen als op de specifieke kenmerken van de toepassing ervan, met bijzondere aandacht voor de forensische variant. Tenslotte wordt beschreven hoe het gebruik van pictogrammen kan bijdragen aan de toepassing van signaleringsplannen waarbij de gespreksvaardigheden van de begeleiders in het kader van signaleringsplannen belicht worden.

13.2 Achtergrond en modellen

Het werken met signaleringsplannen kent zijn oorsprong in de behandeling van patiënten met schizofrenie. Aanvankelijk werden deze patiënten behandeld met medicatie totdat bleek dat alleen medicatie niet voldoende was om psychosen te voorkomen. Er kwam ook kennis over gedragingen en gevoelens van patiënten die optreden voordat een psychose zich openbaart. Deze typische 'vroege voortekenen' gaven mogelijkheden om psychotisch gedrag in een vroeg stadium te herkennen. Birchwood (1992) beschreef hoe vroege voortekenen in een signaleringsplan beschreven konden worden op een wijze dat patiënten zelf leren deze voortekenen te herkennen en daarmee psychosen te voorkomen.

In Nederland was er in de jaren '90 van de vorige eeuw een toenemende aandacht voor signaleringsplannen op grond van vroege voortekenen. Het Trimbosinstituut en het Academisch ziekenhuis te Utrecht ontwikkelden methodieken voor signaleringsplannen en Van de Werf (1998) beschreef een methodiek signaleringsplannen en bestudeerde dit in Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Vogelenzang.

124

Er zijn drie modellen signaleringsplannen te onderscheiden:

1. **Basismodel:** de vroege voortekenen worden op een checklist geïnventariseerd. Doel is vooral medicatie aan te passen; de rol van de patiënt is passief.
2. **Fasenmodel:** de verschillende fasen van een psychose staan beschreven, evenals de bijbehorende acties voor de patiënt.
3. **Omvattende model:** beschreven worden de 'vroege voortekenen' maar ook de factoren die erop van invloed zijn. De patiënt en zijn familie worden actief betrokken bij het toepassen van het signaleringsplan en het bepalen van preventieve acties.

Van Meijel (Van Meijel, Van der Gaag, Kahn, & Grypdonck, 2000; Van Meijel, Van der Gaag, Kahn & Grypdonck, 2002) heeft, voortbordurend op het werk van Birchwood en uitgaande van het omvattende model, de 'methode vroegsignalering en vroege interventie' en het bijbehorende protocol ontwikkeld. Flutters (Flutters, Van Meijel, Webster, Nijman, Bartels & Grypdonck, 2008) gebruikte dit als basis voor de ontwikkeling van de forensische variant: Methode Vroegsignalering van Risicogedrag. In deze methode is er vooral aandacht voor het inventariseren en beschrijven van vroege waarschuwingssignalen van risicogedrag. Toepassing van deze methode moet bijdragen aan de preventie van spanningsvolle situaties en vooral agressie. In het hierna volgende gaan we verder in op de Methode Vroegsignalering van Risicogedrag (hier verder aangeduid met signaleringsplannen), dat in Borg verband uitgewerkt is in het Handboek Signaleringsplannen (Flutters & Schols, 2005).

13.3 Uitgangspunten bij de Methode Vroegsignalering van risicogedrag

Het doel van het toepassen van signaleringsplannen is dat de cliënt leert zijn gedrag te reguleren. Het gaat daarbij vooral om het voorkomen van risicovol gedrag. 'Risiko' wordt in de literatuur gedefinieerd als de *'the probability of a bad consequence'*, ofwel: de kans op een slechte uitkomst. Daarbij kan gedacht worden aan agressie maar ook in bredere zin ontregeld gedrag/decompensatie en psychotische decompensatie. Hier gebruiken we de term risicovol gedrag voor *'gedrag dat voor de omgeving bedreigend of beschadigend is, en/of zo wordt ervaren'*. Dit kan dus variëren van schelden en bedreigen tot fysieke agressie. Maar ook zelfbeschadiging behoort tot risicogedrag. We veronderstellen dat de cliënt door het werken met signaleringsplannen inzicht krijgt in zijn gedrag, ook en vooral op momenten van oplopende stress, en tegelijk leert om zijn gedrag beter te reguleren.

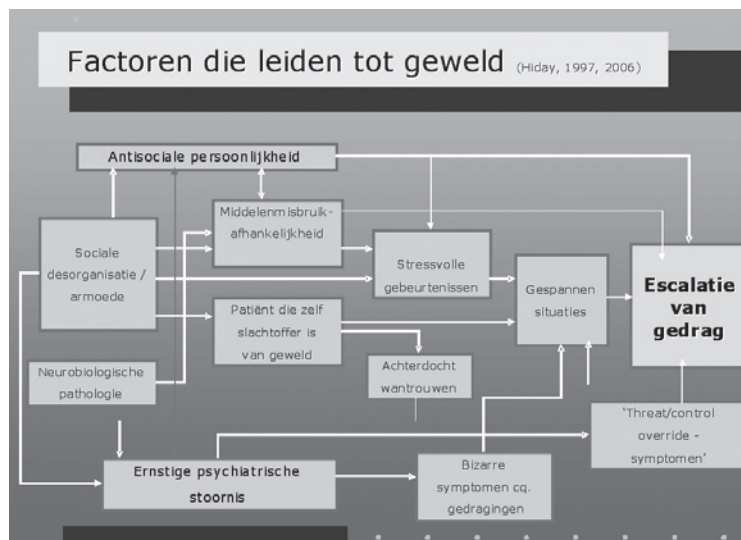
Hiday (1997, 2006) heeft een model beschreven waarin de belangrijkste factoren die tot geweld kunnen leiden, in hun onderlinge samenhang worden weergegeven (zie figuur 1). Ten onrechte wordt wel eens gedacht dat cliënten met agressie uitsluitend reageren ten gevolg van hun stoornis (dus bijvoorbeeld iemand die agressief is omdat hij een persoonlijkheidsstoornis heeft). Ook is het een misvatting te veronderstellen dat psychotische patiënten acuut (lees: onmiddellijk, en zonder vroege voortekens) agressief reageren ten gevolg van een acute optredende psychose. Zowel voor de symptomen van een stoornis als voor de uiting daarvan met signalen geldt dat er vrijwel altijd vroege waarschuwingssignalen aan vooraf gaan. Het probleem is dat dergelijke waarschuwingssignalen voor de omgeving niet altijd zichtbaar zijn omdat deze zich in het hoofd van de cliënt afspelen. Dat geldt alleen voor de cognitieve signalen, gedragssignalen kun je wel waarnemen.

125

Het model van Hiday laat het belang zien van het onderkennen en kennen van persoonsgebonden en contextuele factoren. Er is geen rechtstreekse relatie tussen een stoornis en escalatie van gedrag; vooral de tussenliggende factoren zijn interessant. Het kan daarbij gaan om spanningsvolle situaties zoals achterdocht, gebruik van alcohol/drugs etc. Bij signaleringsplannen willen we eigenlijk de cliënt leren zijn 'tussenliggende factoren', ofwel de vroege voortekens, te herkennen met behulp van het signaleringsplan. In zeer recente onderzoeksliteratuur wordt

beschreven dat cliënten vaak op een zelfde wijze met dezelfde vroege voortekens spanning en risicogedrag opbouwen. Dit wordt ook wel aangeduid met 'signature-risk-signs', ofwel 'de handtekening van het gedrag' (Flutters e.a., 2008). Dit zijn signalen die erg cliëntgebonden zijn en bij herhaalde spanningsopbouw vaak

Figuur 1: Factoren die leiden tot geweld (Hiday, 1997, 2006)

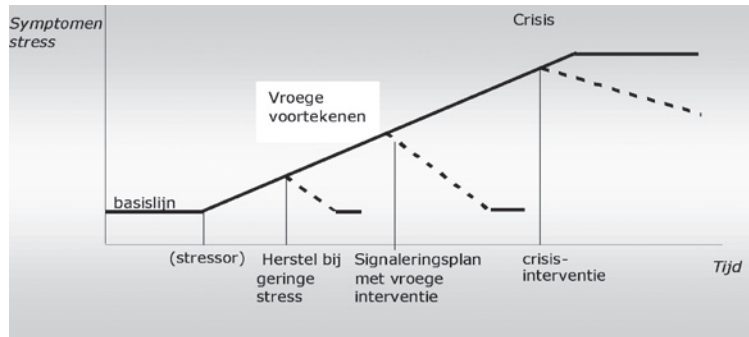


'repetierend' optreden. Daarom is het zo belangrijk persoonsgebonden signaleringsplannen te beschrijven waarin vooral cliënt- specifieke signalen beschreven staan; het liefst in bewoordingen van de cliënt zelf.

Uitgangspunt bij de toepassing van (forensische) signaleringsplannen is vroegsignalering zoals weergegeven in figuur 2.

De basislijn in de figuur geeft het gedrag weer zoals we dat in stabiele normale situaties tegenkomen. De schuin oplopende lijn symboliseert een toename van ontsporing van gedrag. Normaal zijn we in staat om ons te herstellen van de gevolgen stress tot het functioneren op de basislijn. Wanneer echter de stress en/of symptomen van een stoornis toenemen kan het gedrag verder ontsporen tot een punt, dat er geen aanpassing meer mogelijk is en een crisis ontstaat. Bij de toepassing van signaleringsplannen richten we ons op het functioneringsgebied in het midden van de oplopende lijn. In dit gebied is het gedrag wel uit balans maar nog niet ontspoord. Dit is het gebied waar de eerste signalen, de zogenaamde *vroege voortekenen*, optreden. Dit is ook het gebied waarin er bij uitstek kansen zijn voor gedragsbeïnvloeding en preventie.

Figuur 2: gedragsontsporing en vroege voortekenen



126

Een crisis ontstaat meestal niet van het ene op het andere moment. Meestal zijn er een aantal dagen of weken vóór de crisis al signalen zichtbaar die erop wijzen dat een crisis dreigt. Deze signalen noemen we 'vroege voortekenen'. Het kan hierbij gaan om veranderingen in het denken, voelen en gedrag. Deze vroege voortekenen kunnen dus als een 'waarschuwings-signaal' worden opgevat. Vroegtijdige signalering van dergelijke vroege voortekenen maakt het mogelijk om preventief in te grijpen, met het oog op het voorkomen van crises. Dit vroegtijdig ingrijpen wordt ook wel 'vroege interventie' genoemd. Alle gegevens betreffende vroege

Figuur 3: signaleringskaart

Signaleringskaart

Vroeg voortekenen (1): Angst voor licht...

Datum →

Niveau 3: ernstig

Ik voel woede bij licht in mijn ogen

Niveau 2: matig aanwezig

Ik trek me terug en plak de ramen dicht om daglicht te vermijden

Niveau 1: normaal / stabiel

Ik vermijd zonlicht maar kan overige licht wel verdragen.....

ACTIEPLAN

Frans Fluttert Copyright 2009

voortekenen, vroegsignalering en vroege interventie worden vastgelegd in een 'signaleringsplan' dat bestaat uit 5 signaleringskaarten. Een signaleringsplan heeft als doel om ervoor te zorgen dat het optreden van een crisis in de toekomst voorkomen wordt. Een signaleringsplan bestaat uit twee gedeelten: (1) een beschrijving van de vroege voortekenen en (2) een beschrijving van acties om gedrag te stabiliseren en een dreigende een crisis te voorkomen.

13.4 Toepassing van de Methode Vroegsignalering

In 'Het protocol voor het werken met signaleringsplannen ter vermindering van risicovolle situaties' staat de methodiek beschreven om de cliënt op de juiste wijze te begeleiden bij de toepassing van een signaleringsplan. Een protocol is nodig om ervoor te zorgen dat begeleiders op een systematische wijze, met de juiste stappen op het juiste moment, de methode toepassen. Het genoemde protocol is gebaseerd op degelijk wetenschappelijk praktijkonderzoek (Van Meijel e.a., 2000; Flutters e.a., 2008). Uit meerdere wetenschappelijk onderzoeken blijkt overigens dat de interactie tussen hulpverlener (begeleiders) en cliënt de belangrijkste factor bij het beïnvloeden van agressie tijdens een opname. Ook bij het onderzoek naar de toepassing van de Methode Vroegsignalering bleek dat wekelijkse gesprekken tussen sociotherapeuten en (Tbs)-patiënten een betekenisvolle bijdrage hadden in het terugdringen van agressie (Flutters, Van Meijel, Nijman, Bjørkly & Grypdonck, in druk).

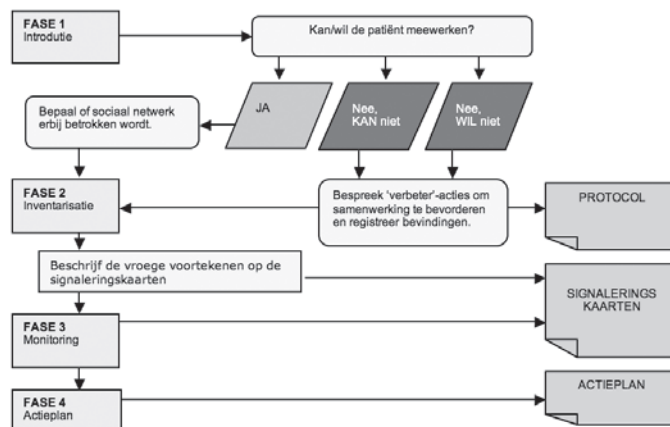
Het protocol behorend bij de methode Vroegsignalering is opgebouwd in 4 fasen, de stappen waarin de methode wordt toegepast: (1) Introductiefase, (2) Inventarisatiefase, (3) Monitoringfase en (4) Actiefase. Zie voor een overzicht figuur 4: 'Beslisboom Vroegsignalering'.

127

Wanneer bij een cliënt voor de eerste keer een signaleringsplan wordt opgesteld, is het belangrijk om alle fasen toe te passen. In het protocol en de toepassing ervan is er rekening mee gehouden dat er cliënten zijn die niet willen of niet kunnen meewerken aan het opstellen en toepassen van een signaleringsplan. Dan is het belangrijk te beoordelen wat de redenen daarvan kunnen zijn. Bijvoorbeeld een cliënt kan aangeven dat hij niet wil meewerken, terwijl hij of zij zich eigenlijk schaamt omdat hij niet begrijpt wat er van hem

verwacht wordt. In dat geval zal eerst de werkwijze verduidelijkt moeten worden alvorens zijn mogelijke vroege voortekenen te onderzoeken. Overigens zal bij de SGLVG-populatie het vaker voorkomen dat cliënten niet zelf in staat zijn om met signaleringsplannen te werken. In dergelijke gevallen zullen de begeleiders het initiatief en de toepassing van signaleringsplannen overnemen, zelf signalen beschrijven en registreren en ook zelf acties formuleren en toepassen. Het protocol (ook beschreven in de Borg-methode) voorziet in deze differentiatie en

Figuur 4: 'Beslisboom' Methode Vroegsignalering



geeft de route aan van de gespreksvoering bij zowel cliënten die zelfmanagement vaardigheden hebben als cliënten die hiertoe niet in staat zijn.

De volgende fasen zijn in het protocol te onderscheiden:

- 1. Introductie/voorbereidingsfase** - De cliënt wordt uitgelegd wat een signaleringsplan is en wat van hem verwacht wordt. Tegelijk wordt in deze fase geobserveerd en beoordeeld of de cliënt in staat zal zijn met het signaleringsplan te werken. Daartoe wordt ten aanzien van motivatie en het mogelijk aanwezig zijn van belemmerende symptomen geregistreerd wat opvallend is in het gedrag. Ook wordt bepaald welke acties eraan kunnen bijdragen om samenwerking van de cliënt te bevorderen. Indien er een sociaal netwerk is, bijvoorbeeld familieleden, dan wordt in deze fase ook beoordeeld of zij een bijdrage kunnen leveren aan het opstellen van het signaleringsplan. De cliënt moet hier dan wel toestemming voor geven. De introductiefase wordt afgesloten met de inschatting in welke mate de cliënt kan meewerken. Zonodig kan besloten worden, zonder medewerking van de cliënt, toch een signaleringsplan op te stellen. Maar dan alleen wanneer de inschatting er is dat de cliënt niet in staat is tot samenwerking.
- 2. Inventarisatiefase** - In deze fase wordt samen met de cliënt besproken en beschreven welke vroege voortekenen in het signaleringsplan beschreven worden. Zo mogelijk wordt ook het sociaal netwerk van de patiënt hierbij betrokken.
- 3. Monitoring van vroege voortekenen** - Nadat de vroege voortekenen in het signaleringsplan beschreven zijn, wordt de cliënt geleerd hoe zijn gedrag te monitoren. Hierbij wordt de cliënt geleerd bewust te worden van eigen gedrag dat als een vroeg voortekenen gekenmerkt kan worden. . Zoals eerder beschreven is dit bij de gemiddelde cliënt met een verstandelijke beperking lastig en blijft het vaak bij 'weten' en niet 'doen' als het erop aankomt.
- 4. Opstellen van een actieplan** - Tenslotte wordt samen met cliënt een actieplan opgesteld, dat onderdeel is van het signaleringsplan. Daarin wordt beschreven welke acties kunnen bijdragen aan stabilisatie van gedrag wanneer de vroege voortekenen gesignaleerd worden en escalatie van gedrag dichterbij komt.

128

13.5 Pictogrammen

Cliënten met een verstandelijke beperking hebben vaak moeite om teksten te begrijpen. Het signaleringsplan is opgebouwd uit teksten en in die zin kan dit een opstakel zijn voor deze cliënten om hieraan mee te werken. In 2008 is in de FPC Dr. S. Van Mesdag onderzoek verricht naar de vraag op welke wijze het gebruik van pictogrammen ondersteunend kan zijn voor patiënten die niet goed met teksten overweg kunnen. Dit onderzoek is ook relevant voor SGLVG-cliënten Naast het raadplegen van literatuur en experts, is ook bestudeerd wat specifiek van belang is wanneer pictogrammen toegepast worden in signaleringsplannen bij patiënten met autistische stoornis, met schizofrenie, met een persoonlijkheidsstoornis en bij patiënten met een verstandelijke beperking. Het voert hier te ver om uitgebreid op het onderzoek in te gaan maar enkele bevindingen zijn ook voor de SGLVG-doelgroep van belang:

- Er zijn verschillende vormen van pictogrammen, variërend van smilies tot pictogrammen met uitsluitend gezichtsuitdrukkingen, zwart/wit pictogrammen, pictogrammen met en zonder teksten etc. Een aanbeveling is om vierkante zwart/wit pictogrammen te gebruiken zonder extra teksten.
- Bij patiënten met een psychotische stoornis is het belangrijk om pictogrammen met gezichtsuitdrukkingen te vermijden. Dergelijke afbeeldingen roepen vaak andere gevoelens op dan waarvoor ze bedoeld zijn.
- Bij autistische patiënten is het vooral belangrijk pictogrammen te gebruiken met slechts 1 afbeelding om tot een zo eenvoudige en eenduidige uitbeelding te komen.

- Bij verstandelijk beperkte cliënten wordt de keuze voor pictogrammen bepaald door de eenvoud en helderheid van de boodschap.



Te moeilijk



Duidelijk

Het beste is om samen met de cliënt de pictogram te kiezen die in het signaleringsplan de tekst vervangt.

Binnen De Borg worden in signaleringsplannen, als alternatief voor teksten, kleuren gebruikt om een verandering in het optreden van vroege voortekenen weer te geven. Deze toepassing wordt ook wel eens aangeduid als de 'stoplichtmethode': de kleuren groen, oranje en rood symboliseren wanneer het beschreven gedrag (vroeg voortekenen) stabiel, licht ontregeld of sterker ontregeld gesignaleerd is. Ook deze toepassing helpt cliënten om op een eenvoudige wijze het inzicht te krijgen wanneer het gedrag (dreigt) te ontsporen.

13.6 Vaardigheden bij de toepassing van Vroegsignaleringsplan van Risicogedrag

129

De samenwerking tussen hulpverlener en cliënt heeft tot doel dat de cliënt uiteindelijk leert zo zelfstandig mogelijk te werken met het signaleringsplan. Bij cliënten met een verstandelijke beperking zal zelfmanagement vaak niet haalbaar zijn. Dan is het zaak te kijken op welke wijze ondersteuning nodig is.

De toepassing van de methode Vroegsignaleringsplan is een vorm van risicomanagement: het methodisch begeleiden van cliënten met als doel risicogedrag te reguleren. Belangrijk bij risk management is dat de begeleiders zich bewust zijn van zijn of haar eigen (lieftst neutrale) basishouding. Cliënten die weerstand of vijandigheid tonen tegen 'bemoeienis' van hulpverleners, hebben baat bij begeleiders die niet meteen oordelen over het gedrag maar de cliënt aanmoedigen om te bespreken wat hem of haar dwars zit (Meehan, McIntosh & Bergen, 2006). Uiteraard moet wel structuur geboden worden door bijvoorbeeld aan te geven dat schelden, schreeuwen of bedreigen niet getolereerd wordt. Tegelijk hoeft een cliënt niet gemotiveerd te zijn om mee te kunnen werken met signaleringsplannen. Externe motivatie is ook een vorm van motivatie, ofwel: een cliënt die zegt het signaleringsplan waardeloos te vinden, maar ondertussen wel in gesprek blijft zou een compliment kunnen krijgen dat hij desondanks toch in gesprek blijft. Motivatie is ook iets dat kan groeien als de cliënt merkt dat de begeleiders, en het werken met signaleringsplannen, toch niet zo bedreigend zijn als hij aanvankelijk dacht.

De twee belangrijkste criteria voor het slagen van risk management zoals het werken met signaleringsplannen zijn: (1) de cliënt moet verdragen dat hij of zij met signaleringsplannen kan leren om het gedrag te stabiliseren en (2) de cliënt moet begrijpen hoe het werken met signaleringsplannen hem of haar kan ondersteunen in de preventie van risicogedrag. Het 'verdragen' gaat voor het 'begrijpen' en dat heeft tijd nodig. In een

signaleringsplan worden vaak gedragingen beschreven waarvan de cliënt het gevoel kan krijgen dat, nu het 'zwart of wit staat', dit hem kwetsbaar maakt. De begeleiders moeten erop vertrouwen dat, naarmate het signaleringsplan vaker onderwerp van gesprek is, de cliënt het beter verdraagt zijn of haar gedrag te bespreken. Als deze weerstand enigszins doorbroken wordt, kan het inhoudelijk begrijpen van de signalen en het herkennen ervan geleerd worden.

Bij SGLVG-cliënten hebben met name de begeleiders een belangrijke rol om de tekorten van deze cliënten ten aanzien van het zelfmanagement bij signaleringsplannen op te vangen. De begeleiders kunnen vaak eerder dan hun cliënten signaleren wanneer vroege voortekenen optreden. Zij zullen hun cliënten dan ook nadrukkelijk moeten ondersteunen in het opstellen van de signaleringsplannen, het registreren van het optreden van de vroege voortekenen en het beschrijven en toepassen van acties om stabilisatie van gedrag te bevorderen.

De Methode Vroegsignalering, ofwel het toepassen van signaleringsplannen, is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en wordt in de huidige praktijk voortdurend bestudeerd op verbeteringen en op toepassingen voor specifieke cliënt/patiënt groepen. De basis van het toepassen van signaleringsplannen, zoals in het protocol beschreven staat en zoals De Borg dit gebruikt, lijkt echter goed aan te sluiten bij de behandeling van cliënten met een verstandelijke beperking. Dat is de reden dat in dit hoofdstuk geen specifiek onderscheid is gemaakt voor een toepassingsvorm voor cliënten met verstandelijke beperking. Het Borg-protocol en de toepassing van Vroegsignalering van Risicogedrag gaan uit van de zelfde principes en fasen, zoals in dit hoofdstuk beschreven. Tegelijk wordt, bijvoorbeeld door de toepassing van pictogrammen, wel geprobeerd nog beter bij de behoeften van SGLVG- cliënten aan te sluiten.

Casus Henk

- » *Henk verblijft sinds 4 jaren in een SGLVG kliniek. Hij werd opgenomen nadat hij aanhoudend agressief was tegen huisgenoten in de RIBW waar hij voordien verbleef. Henk stelt zich afwerend op tegen zijn behandeling en vooral tegen het bespreken van zijn agressie. Toen de begeleider het signaleringsplan bij hem introduceerde reageerde hij, enerzijds vond hij de aandacht aantrekkelijk, anderzijds stelde hij zich regelmatig vijandig en afwerend op. Henk werd de keuze gelaten om bepaalde gespreksmomenten te kiezen. In de eerste gesprekken werd Henk overeenstemming bereikt om het woord 'agressie' niet te gebruiken omdat dit te beladen voor hem was. In plaats daarvan werd over crisis gesproken. Henk had geen contact met familie of kennissen. Wel had hij een goed contact met de werkmeester die hij op de arbeidstherapie enkele keren per week ontmoette. Er werd besloten dat Henk zijn mentor, de werkmeester en hijzelf betrokken werd bij het opstellen van het signaleringsplan. De volgende vroege voortekenen werden gesignaleerd:*
- » *Ik ben lichtgeraakt door worden van anderen.*
 - » *Ik vertrouw de mensen in mijn omgeving niet.*
 - » *Ik voel woede opkomen als ik mijn zin niet krijg.*
 - » *Ik ben veel bezig met lichamelijke klachten.*

Vervolgens nam de mentorbegeleider het initiatief om samen met Henk wekelijks de vroege voortekenen in het signaleringsplan te lezen en te bespreken of deze de afgelopen week optraden. Hij mocht een kruisje zetten achter dat vroege voortekenen dat hij die week tevoren gemerkt had. Ook werden acties beschreven die hij of begeleider kon ondernemen indien vroege voortekenen optraden. Bijvoorbeeld: bij gevoel van onrust dit melden bij de begeleiders en zich vervolgens terugtrekken op zijn eigen kamer om afleiding te vinden. Ook de werkmeester had een signaleringsplan, met instemming van Henk.

Bij de wekelijkse evaluatie, waarbij de vroege voortekenen besproken werden, bleek dat Henk het vaak met zijn mentor oneens was over de waarnemingen van vroege voortekenen. De mentor stelde zich vragend op naar Henk om hem het verschil in waarneming over zijn gedrag te laten ontdekken. Henk was verrast dat deze verschillen niet leidden tot conflicten of oordelen van zijn mentor maar dat hierover het gesprek gezocht werd.

Sinds anderhalf jaar bespreken Henk en de begeleiders wekelijks zijn gedrag en met name de signalen zoals beschreven in het signaleringsplan. Deze gesprekken verlopen duidelijker constructiever, ondanks dat er ook wel momenten van oplopende conflicten zijn. De algehele verbetering was dat Henk minder afweergedrag liet zien en dat het aantal incidenten afnamen. Ondanks dat Henk daarbij niet bijzonder veel inzicht toonde in het ontstaan en verloop van zijn agressie, was er wel een betere basis om zijn probleemgedrag bespreekbaar te maken.

.....

Referenties

- Birchwood, M. (1992).** *Early Intervention in Schizophrenia: Theoretical Background and Clinical Strategies.* British Journal of Psychiatry, 31, 257-278.
- Fluttert, F., Van Meijel, B., Grypdonck, G. & Bartels, A. (2005).** *Vroegsignalering en vroege interventie bij forensische signaleringsplannen.* GGZ-wetenschappelijk, 2.
- Fluttert, F., Van Meijel, K.A.G. & De Winter, C. (2001).** *Psychosen en extreem gewelddadig gedrag. Een literatuurstudie.* Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 56, 938-951.
- Fluttert, F. & Schols, G. (2005).** *De Borg Handboek Signaleringsplannen.* Den Dolder: De Borg.
- Fluttert, F.A.J., Van Meijel B., Webster, C., Nijman, H., Bartels, A. & Grypdonck, M. (2008).** *Risk management by early recognition of warning signs in forensic psychiatric cliënts.* Archives of Psychiatric Nursing, 22, 208-216.
- Fluttert F., Van Meijel, B., Nijman, H., Bjørkly & S., Grypdonck, M. (in druk).** *Effect of The Early Recognition Method on the number of aggressive incidents and episodes of seclusions in forensic care.* Journal of Clinical Nursing.
- Hiday, V.A. (1997).** *Understanding the connection between mental illness and violence.* International Journal of Law and Psychiatry, 20, 399-417.
- Hiday, V.A. (2006).** *Putting Community Risk in Perspective: a look at correlations, causes and controls.* International Journal of Law and Psychiatry, 29, 316-331.
- Meehan, T, McIntosh, W, & Bergen H. (2006).** *Aggressive behaviour in the high-secure forensic setting: the perceptions of cliënts.* Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 13, 19-25.
- Van de Werf, B. (1998).** *Naar minder agressie en dwang in de psychiatrie, Signaleringsplannen.* Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Van Meijel, B., Van der Gaag, M., Kahn, R.S. & Grypdonck, M. (2000).** *Protocol voor het werken met een signaleringsplan ter preventie van psychosen bij patiënten met schizofrenie.* UMC-Utrecht: divisie Verplegingswetenschap.
- Van Meijel, B., Van der Gaag, M., Kahn, R.S. & Grypdonck, M. (2002).** *The practice of early recognition and early intervention to prevent psychotic relapse in cliënts with schizophrenia: an exploratory study. Part 1.* Journal Psychiatric Mental Health Nursing, 9, 347-55.

14

José Huls

Therapeutische interventies

133

Als onderdeel van de totale SGLVG-behandeling kunnen therapieën of therapeutische interventies worden geïndiceerd. In dit hoofdstuk wordt uitleg gegeven over de meest voorkomende therapieën binnen een klinisch SGLVG-behandeltraject. Allereerst wordt beschreven wat onder therapie verstaan wordt. Daarna worden cognitieve gedragstherapie, EMDR en vaktherapieën toegelicht. Als laatste wordt ingegaan op de belangrijke rol van begeleiders bij therapie.

14.1 Therapie: wat is dat?

Therapie heeft tot doel veranderingen tot stand te brengen in het voelen, denken, willen en handelen van mensen. Daarnaast kan therapie ook zijn gericht op het op gang brengen van een gestagneerde ontwikkeling, het voorkomen van een achteruitgang in het functioneren of het verbeteren van het psychosociaal functioneren.

Therapie wordt binnen een SGLVG-behandeling veelal voorgeschreven als, na diagnostisch onderzoek, duidelijk is geworden dat een cliënt klachten of problemen heeft voortvloeiend uit een psychische stoornis zoals een depressie, fobie of paniekstoornis. Therapie kan ook worden voorgeschreven als onderdeel van een behandeling waarin het gewenst is dat een cliënt doelgericht aan persoonlijke veranderingen werkt om zo tot een duurzame verbetering van zijn functioneren te komen. Dit laatste is vaak reden voor therapie voor cliënten die zijn opgenomen in een SGLVG-behandelsetting. Leren omgaan met agressieve gevoelens, vergroten van de weerbaarheid, het aangeven van grenzen op seksueel gebied, acceptatie van beperkingen of om hulp durven vragen zijn voorbeelden van doelstellingen waar een cliënt binnen een therapie aan zou kunnen werken.

Therapie is meer dan alleen een uitwisseling van de vraag van een cliënt en een advies van een therapeut. Belangrijk is het 'therapeutische proces', dat wil zeggen de verschillende fasen die binnen een therapie worden doorlopen. Allereerst wordt gestart met een diagnostische fase waarin de problematiek samen met de cliënt wordt uitgediept en verkend. Dit wordt vervolgd door een interventiefase waarin de cliënt wordt geholpen om de veranderingen ten uitvoer te brengen. Het proces eindigt met een evaluatiefase, waarin de gevolgen en resultaten van het veranderingsproces samen met de cliënt vastgesteld worden. Binnen een therapie wordt een werkomgeving, de zogenaamde therapeutische context, gecreëerd waarin de omstandigheden worden geoptimaliseerd om de cliënt zaken uit te laten voeren die tot verandering moeten leiden. De therapeutische relatie speelt hierbij een belangrijke rol. De kans op succes neemt toe wanneer de therapeut door de cliënt als deskundig en begripvol wordt ervaren.

Om de therapie tijdens de klinische opname succesvol te laten zijn, zal samenwerking en afstemming worden gezocht met het cliëntsysteem. Bij SGLVG-clienten betekent dit vaak dat behandelcoördinatoren, begeleiders en soms ook familie op de hoogte zijn van de ontwikkelingen in de therapie en de cliënt kunnen ondersteunen in zijn veranderingsproces.

Er is een groot aanbod van verschillende therapievormen. Echter lang niet alle therapievormen zijn geschikt voor mensen met een verstandelijke beperking. Het lijkt logisch te veronderstellen dat een therapie die een groot beroep doet op iemands werkgeheugen, concentratievermogen, vermogen tot introspectie en abstraheren en dergelijke niet erg geschikt zal zijn voor mensen met een verstandelijke beperking. In de dagelijkse praktijk lijken vooral therapieën geschikt die voldoende doe-elementen bevatten en waarbij de therapie kan worden aangepast aan de mogelijkheden van de cliënt. Windemuller e.a. (1998, in Roeden & Bannink, 2007) stellen dat gesprekstherapie met cliënten met een verstandelijke beperking een aantal aanpassingen vereist ten opzichte van het werken met een normaal begaafde doelgroep. Dit betekent in de praktijk:

- eenvoudige taal gebruiken;
- veel uitleggen en navragen of de uitleg begrepen is;
- niet teveel informatie tegelijk aanbieden;
- rekening houden met beperkte concentratie en aandachtsspanne;
- veel en vaak herhalen en het liefst op verschillende manieren en in wisselende contexten om de generalisatie te bevorderen;

- veel gebruik maken van concreet materiaal en veel visualiseren (bijvoorbeeld door gebruik van plaatjes, whiteboard, rollenspelen en dergelijke);
- werktempo aanpassen, zo mogelijk doelen opdelen in kleine stapjes en niet te snel resultaten willen behalen.

Therapievormen waarin het bovenstaande kan worden toegepast, waarin de cliënt voldoende structuur krijgt aangeboden, waarin voldoende kan worden geoefend en die aansluiten bij de belevingswereld van de cliënt lijken meer geschikt voor mensen met een verstandelijke beperking. Binnen de SGLVG klinische opname wordt op dit ogenblik vooral gebruik gemaakt van cognitieve gedragstherapie, EMDR en diverse vaktherapieën.

14.2 Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een mengvorm van cognitieve en gedragstherapie therapie:

- **Cognitieve therapie** gaat vooral uit van de invloed van het denken op het gevoelsleven en het handelen. Wie denkt dat hij een mislukkeling is (disfunctionele gedachte) zal zich bijvoorbeeld gemakkelijker neerslachtig voelen en minder geneigd zijn om nieuwe positieve ervaringen op te gaan doen. Bij cognitieve therapie wordt de cliënt bewust gemaakt van zijn disfunctionele gedachten en gestimuleerd om een verandering in zijn denken en overtuigingen tot stand te brengen. Cognitieve therapeuten gaan ervan uit dat door een verandering in het denken er blijvende veranderingen plaatsvinden in de emotiebeleving en gedrag van de cliënt.
- In **gedragstherapie** staat het gedrag van de cliënt centraal. Hoe iemand handelt, bepaalt in belangrijke mate hoe iemand zich voelt. Wie geneigd is om uit angst bepaalde zaken uit de weg te gaan, zal zijn angst vaak eerder versterken dan verminderen. Wie niet goed weet hoe hij zijn mening het beste naar voren kan brengen, zal eerder onzeker of juist geïrriteerd raken. Wie niet heeft geleerd hoe hij zich moet beheersen, zal gemakkelijk het slachtoffer worden van zijn eigen impulsiviteit. Wanneer cliënten alternatief gedrag gaan oefenen zullen zij merken dat dit andere emoties oproept.

135

De laatste 15 jaar zijn beide therapieën meer met elkaar verweven geraakt. Cognitieve gedragstherapie is een therapievorm waarbij het uitgangspunt soms meer op verandering in het denken ligt en een andere keer meer op verandering van het gedrag/handelen. Cognitieve gedragstherapie bestaat in verschillende vormen (soorten en maten). De therapie kan individueel of in een groep gegeven worden. Naast deze verschillen bestaat binnen CGT een aantal stromingen die inhoudelijk andere accenten leggen. Welke variant wordt gebruikt is vaak afhankelijk van de instelling of de voorkeur van de aanwezige therapeut.

Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat CGT, bij normaal begaafde mensen, effectief is voor de behandeling van depressie, angststoornissen, fobieën, agressieregulatiestoornissen en dwangstoornissen. Daarnaast wordt CGT steeds vaker gebruikt voor het verbeteren van het functioneren van mensen met chronische stoornissen zoals schizofrenie, psychoses of persoonlijkheidsstoornissen. Gegevens van een groeiend aantal onderzoeken laten zien dat CGT een effectieve behandeling is voor agressieproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking (Didden, 2009). CGT of behandelprogramma's met CGT interventies wordt binnen de SGLVG vooral toegepast bij agressief gedrag, seksueel delinquent gedrag en verslaving. Er zijn aanwijzingen gevonden dat bij verstandelijk beperkte cliënten vooral de doe-elementen (rollenspel, oefeningen, ontspanningstechnieken) in de therapie gericht op gedragsverandering meer bijdragen aan de effectiviteit dan de cognitieve elementen (Willner, 2005, in Didden, 2007).

Werkwijze

Bij cognitieve gedragstherapie wordt gestart met het maken van een functieanalyse en betekenisanalyse. Dit zijn beschrijvingen van de samenhang tussen gedrag, gebeurtenis en consequenties die een verklaring geven voor het gedrags- en/of psychische probleem. Bij een functieanalyse is het uitgangspunt de klacht die de cliënt naar voren brengt. In een functieanalyse wordt gekeken naar het gedrag, de situatie waarin dit gedrag plaatsvindt en de verwachting van de cliënt van wat er zal gaan gebeuren wanneer er bepaald gedrag plaatsvindt. Bij verslaving (situatie) gebruikt iemand drugs (gedrag) omdat hij verwacht dat de toenemende hunkering en verlangen naar een middel zo gaat afnemen ook al heeft dit gebruik allerlei negatieve consequenties. Of: iemand snijdt in zijn arm (gedrag) wanneer hij wordt geplaagd door herinneringen aan traumatische ervaringen (situatie) omdat hij verwacht zo de nare herinneringen te kunnen stopzetten ook al leidt dit tot pijn en bloedverlies. Het belangrijkste van de FA is dat er een hypothese komt over de functie van een klacht (gedrag/gedachte), wat het oproept en in stand houdt. Dit biedt vervolgens aanknopingspunten tijdens de verdere therapie.

Bij een betekenisanalyse wordt de moeilijke situatie of gebeurtenis als uitgangspunt genomen. In een betekenisanalyse wordt gekeken naar de problematische situatie, de associaties die aan het voorkomen van de problematische situatie gekoppeld zijn en de emotie die deze situatie oproept. Bijvoorbeeld: iemand die chronisch wordt overvraagd op het werk denkt vaak dat dit komt omdat hij zwak is wat kan leiden tot gevoelens van somberheid en minderwaardig zijn. Of: Voor iemand die vaak gepest en vernederd is in het leven kan 'vernedering' een gevoelig kernthema zijn. Wanneer iemand kritiek ontvangt zal dit kernthema 'vernedering' gemakkelijk geactiveerd worden wat agressie oproept.

136

Na het opstellen van een functieanalyse en betekenisanalyse wordt binnen de CGT vaak gewerkt met een registratielijst of gedachterapport om te bepalen hoe vaak bepaald gedrag voorkomt en/of welke gedachten en gevoelens iemand heeft in een bepaalde situatie. Omdat dit voor verstandelijk beperkte cliënten moeilijk kan zijn, is het soms wenselijk om dit huiswerk samen met een vaste begeleider te maken. Een voorbeeld van een registratielijst is bijhouden welke activiteiten iemand op een dag doet en welk cijfer iemand toekent aan het gevoel dat de betreffende activiteiten oproept.

Wanneer de functieanalyse/betekenisanalyse is opgesteld en de klachten zijn geïnventariseerd, zal een CGT behandelplan worden opgesteld met daarin de interventies voor verdere behandeling. Voor een aantal specifieke stoornissen, bijvoorbeeld verslaving en depressie bestaan vaste protocollen/oefeningen waarvan wetenschappelijk is vastgesteld dat zij voor deze specifieke stoornissen effectief zijn. Interventies waar gebruik van wordt gemaakt binnen CGT zijn onder meer:

- **Exposure:** de cliënt wordt langdurig en herhaaldelijk blootgesteld aan de angstwekkende situatie totdat de angstreactie is verminderd of verdwenen. Deze techniek wordt veelal gebruikt voor fobische en dwangklachten.
- **Responspreventie:** soms voert een cliënt (dwang)handelingen uit om paniek te voorkomen. Bij responspreventie wordt deze handelingen geblokkeerd, een cliënt mag stapje voor stapje minder dwanghandelingen uitvoeren tot zijn angst is verminderd of verdwenen.
- **Mindfulness:** methodiek waarin cliënten wordt geleerd om met tegenslag en teleurstellingen om te gaan door te leren accepteren dat 'het is zoals het is' en problemen voldoende kunnen 'loslaten' en er niet over te blijven piekeren. Voor depressie gevoelige cliënten zijn negatieve gedachten over zichzelf en de wereld om hen heen en hun toekomst een belangrijke risicofactor om terug te vallen in een depressie. Het voorlopig accepteren van negatieve gedachten en het opgeven van pogingen om deze meteen te corrigeren is een van de doelen van Mindfulness based cognitive therapy (MBCT) om daarmee een terugval te voorkomen.

- **Impulscontrole/zelfcontrole:** deze interventie wordt toegepast voor allerlei soorten impulsproblemen van automutilatie tot agressie (Korrelboom & Ten Broeke, 2008). De methode is in belangrijke mate gebaseerd op de principes van zelfcontrole. Impulsief gedrag is doorgaans niet alleen maar impulsief. Een cliënt kan zich bewust worden en leren wat zijn risicosituaties zijn en welke stappen hij nog wel kan nemen voor het point of no return, dat wil zeggen het punt waarop hij geen invloed meer kan uitoefenen op zijn eigen gedrag. Een cliënt kan leren risicosituaties uit de weg gaan (vermijden) of wanneer hij zich reeds in een risicosituatie bevindt de situatie zo snel mogelijk zien te verlaten (time-out) voordat het punt is bereikt waarop de cliënt geen grip meer heeft over zijn eigen gedrag.
- **Oplossingsgerichte CGT:** de focus van de oplossingsgerichte aanpak is niet gericht op het probleem van de cliënt, maar op de door de cliënt gewenste situatie in de toekomst (Roeden & Bannink, 2007). De interventie richt zich op datgene dat de cliënt al goed doet. Voor bijna alle problemen geldt dat er momenten zijn waarop het probleem er niet of minder is. Naar positieve uitzonderingen wordt samen met de cliënt gezocht. Het verkennen van de momenten waarop iets goed ging biedt de cliënt de mogelijkheid om een eerder geslaagde aanpak te herhalen. Gebruik wordt gemaakt van vragen zoals; Wanneer was het probleem er niet of minder? Wat doe jij dan anders? In welke situaties voel jij je beter? Wie kan jou daarbij helpen? Bij oplossingsgericht werken stelt de therapeut zich op als een coach die samen met de cliënt speurt zoekt oplossingen die de cliënt (meestal) al in huis heeft daarbij gebruikmakend van de sterke kanten die de cliënt reeds bezit.

14.3 EMDR

EMDR (Eye Movement Desensitisation en Reprocessing) is een therapie voor cliënten die last blijven houden van de gevolgen van traumatische ervaringen. EMDR kan ook als onderdeel van een cognitieve gedragstherapie worden toegepast. Bijna alle cliënten die voor behandeling met EMDR worden aangemeld of deze behandeling krijgen, hebben aangrijpende gebeurtenissen achter de rug. Het kan gaan om 'grote' trauma's, zoals verkrachtingen, mishandeling, betrokkenheid of getuige zijn van een ernstig ongeluk, maar ook om chronische en 'kleine' trauma's in de vorm van langdurige ernstige overvraging, chronische verwaarlozing, pesterijen etc. EMDR is een erkende behandelmethode voor een posttraumatische stressstoornis. Er wordt gesproken over een posttraumatische stressstoornis wanneer cliënten na één of meerdere traumatische gebeurtenis(sen) steeds weer opnieuw herbelevingen hebben, nare beelden, gevoelens en gedachten niet kwijtraken, hardnekkig prikkels willen vermijden die doen denken aan het trauma en/of daarbij moeite hebben met slapen, prikkelbaar zijn en/of overdreven schrikachtig. Daarnaast kan EMDR goed gebruikt worden voor klachten of stoornissen waar een nare ervaring aan ten grondslag ligt, zoals bij fobieën, sociale angst of paniekstoornis. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een nare ervaring in het ziekenhuis die leidt tot paniekaanvallen bij een cliënt wanneer hij weer voor onderzoek naar een ziekenhuis moet.

Met EMDR wordt geprobeerd het vastgelopen verwerkingsproces weer op gang te brengen. In de praktijk betekent dit dat de cliënt na de therapie aan de gebeurtenissen kan terugdenken zonder dat het bij hem veel spanning of een gevoel van onbehagen oproept. De herinnering wordt dan ervaren als iets uit het verleden dat voorbij of afgesloten is. De EMDR therapie zal ertoe leiden dat de nare herinnering zijn kracht en emotionele lading verliest. Toch is het belangrijk dat men ook rekening houdt met het feit dat na afloop van een EMDR therapie de effecten nog even kunnen doorwerken. Vaak zijn cliënten na afloop van een sessie moe, verdrietig of aangedaan, maar dit hoeft niet. Vooral het begin van de therapie is zwaar omdat cliënten dan de nare gevoelens oproepen. Dan is ook de kans groot dat cliënten afhaken. In sommige gevallen kan de cliënt enige

tijd even de regie kwijt zijn, bijvoorbeeld als er nieuwe beelden of gevoelens naar boven komen. Vaak is het dan een geruststelling om te weten dat dit in de regel niet langer dan drie dagen aanhoudt.

EMDR lijkt zeer geschikt te zijn voor mensen met een verstandelijke beperking, het is betrekkelijk non-verbaal, kortdurend en goed gestructureerd. Onderzoek naar toepassing van EMDR in Hoeve Boschoord bracht aan het licht dat het belangrijk is dat de cliënt goed voorbereid wordt op de therapie (Burdova, 2007). En dat niet alleen de cliënt, maar ook het cliëntsysteem goed op de hoogte is van de therapie en het doel ervan. Begeleiders die niet op de hoogte zijn van de effecten na afloop van de therapie, zoals vermoeidheid of emotioneel zijn, kunnen hun ongerustheid of twijfel op de cliënt overbrengen. Verder bleek dat het raadzaam is dat er tijdens de therapie contact wordt onderhouden over het verloop van de therapie met de begeleiders en behandelcoördinator. Aan de cliënt moet worden uitgelegd dat het nuttig is dat, voor hem belangrijke mensen, weten wat er in de therapie gebeurt. Het is vaak een opluchting om 'geen geheimen' te hoeven hebben. Een aantal cliënten vindt het prettig dat zijn persoonlijk begeleider of een andere vertrouwd persoon (vanuit de professionals) bij de therapiesessie aanwezig mag zijn.

Werkwijze

EMDR kent een strak, stapsgewijs protocol. De therapeut zal vragen aan de gebeurtenis terug te denken inclusief de bijbehorende beelden, gedachten en gevoelens. Dit gebeurt om meer informatie over de traumatische beleving te verzamelen. Daarna wordt het verwerkingsproces opgestart. De therapeut zal vragen de gebeurtenis opnieuw voor de geest te halen. Tegelijkertijd wordt dit gecombineerd met een externe stimulus: handbewegingen van de therapeut of klikjes in de koptelefoon. Nadat de therapeut een aantal maal heeft gevraagd naar wat er in de cliënt opkomt en dit combineert met de handbewegingen of tikjes in de koptelefoon (dit wordt een 'set' genoemd) wordt er even rust genomen. Een EMDR sessie bestaat uit meerdere sets. De EMDR procedure brengt doorgaans een stroom van gedachten en beelden op gang, maar soms ook gevoelens en lichamelijke sensaties. De cliënt wordt na elke set gevraagd zich te concentreren op de meest opvallende verandering, waarna er een nieuwe set kan volgen. Wanneer de spanning van het nare beeld voldoende is gedaald, wordt het nare beeld gekoppeld aan een positieve gedachte bijvoorbeeld de gedachte: 'ik kan het aan' of 'ik heb gedaan wat ik kon'.

138

14.4 Vaktherapieën

In algemene zin richten vaktherapeuten zich op het tot stand brengen van een gedragsverandering door gebruik te maken van verschillende, veelal non-verbale werkvormen, zoals lichamelijke en bewegings-oefeningen, beeldend werken, muziek, drama en dans. Deze werkvormen zijn geen doel op zich, maar worden gebruikt als context waarbinnen de problematiek, klachten en/of gedrag van cliënten 'al doende' aan de orde komen. Het doel van vaktherapieën is veelal dat cliënten in staat gesteld worden om hun problemen te (h)erkennen en de werkvorm wordt gebruikt om op methodische wijze, processen van acceptatie of verandering in gang te zetten. Daarbij wordt vaak ook gekeken naar het stimuleren van de mogelijkheden of vaardigheden die een cliënt heeft. Binnen de SGLVG hebben cliënten vaak al een (voorlopige) diagnose voordat zij, veelal door de behandelcoördinator, worden verwezen naar een vaktherapeut met een bepaald behandel doel. De keuze voor een bepaalde therapievorm wordt vaak bepaald op grond van de aandachtsgebieden van de betreffende therapie en de mogelijkheden en interesses van de cliënt. Om een goed vaktherapeutisch behandelplan op te stellen vindt altijd eerst een observatie plaats waarin onder meer gekeken wordt naar de mogelijkheden van een cliënt toegespitst op de omgang met de vaktherapeutische middelen.

Bij PMT, psycho-motorische therapie, wordt lichaamservaring en beweging gebruikt als 'middel' om tot gedragsveranderingen te komen. Bij beweging kun je denken aan oefensituaties uit de sport en het bewegingsonderwijs, bij lichaamservaring gaat het om het concentreren op de ervaring en beleving van het eigen lichaam. Daarbij kun je onder andere denken aan ontspanningsoefeningen, ademhalingsoefeningen etc. Binnen een psychomotorische therapie wordt gekeken hoe men met zichzelf, met anderen, met de opdrachten en met het materiaal omgaat. De therapeut duidt de signalen die het lichaam van de cliënt afgeeft. De cliënt leert zich hierdoor bewust te worden van de eigen lichaamstaal, houding en ademhaling in verschillende situaties. Voorbeelden van interventies binnen de PMT zijn oefeningen waarin een cliënt leert omgaan met stressvolle situaties, het reguleren van gevoelens van boosheid en frustratie, grenzen aangeven, acceptatie van beperkingen en dergelijke.

Creatieve therapie is een verzamelnaam voor therapievormen zoals danstherapie, muziektherapie, schildertherapie etc. Gevoelens worden tijdens creatieve therapie door cliënten op non- verbale wijze geuit. Door middel van muziek maken, toneel spelen, dansen of schilderen worden gevoelens en problemen uitgebeeld en onderzocht. Creatieve therapie wordt vaak als veilige manier gezien om te experimenteren met het uiten van gevoelens. Het doel van creatieve therapie is het erkennen van problemen en het vervolgens in gang zetten van processen van acceptatie, activering of verandering. Het voordeel van creatieve therapieën is dat ze vaak goed aan sluiten bij de belevingswereld en interesse van een cliënt.

14.5 De rol van de begeleider bij therapie

De begeleider en dan vooral de persoonlijk begeleider speelt een belangrijke rol in het therapeutisch proces van een cliënt. Allereerst kan een persoonlijk begeleider voorwaardenscheppend werken. De persoonlijk begeleider kan de cliënt proberen te motiveren voor deelname aan de therapie. Wanneer begeleiders zich negatief uitlaten over de therapie of het te verwachten resultaat, zal dit geen gunstig effect hebben op het verloop van de therapie en de motivatie van de cliënt. De persoonlijk begeleider kan door het toepassen van motiverende gespreksvoering de betrokkenheid van cliënt bij de behandeling en zijn motivatie vergroten. Hierbij kan gedacht worden aan het in kaart brengen met de cliënt wat hij of zij nadelig vindt aan de huidige situatie en welke voordelen er zijn bij een verandering. Verder kan de begeleider proberen het optimisme over de gewenste verandering en de bedoeling van de verandering onder woorden te brengen (Miller & Rollnick, 2005).

De persoonlijk begeleider kan verder de cliënt helpen door deze te ondersteunen bij het plannen en agenderen van de therapiesessies. Sommige cliënten zullen enige voorstructurering nodig hebben om therapeutische sessie niet te vergeten of om zich voor te bereiden. Een goede ondersteuning op dit vlak zal het aantal 'no-shows' beperken en daarmee de therapie effectiever maken. Cliënten hebben voldoende tijd nodig om zich voor te bereiden op een therapiesessie en moeten daarna ook in de gelegenheid worden gesteld om de therapie te verwerken. Een te vol dagprogramma is dan ook niet wenselijk. Een persoonlijk begeleider kan de cliënt helpen om hierover goede afspraken te maken met alle andere betrokkenen. Een vrije middag of extra vrije dag na bijvoorbeeld een EMDR sessie is geen overbodige luxe.

De persoonlijk begeleider kan de cliënt ondersteunen door bijvoorbeeld de eerste keer mee te gaan naar de therapie. Sommige cliënten vinden het vertrouwd als een begeleider meegaat naar een voor hen onbekende situatie. Daarnaast kan de begeleider na de therapiesessie soms nog eens toelichten wat de therapeut nu allemaal heeft verteld en welke afspraken er zijn gemaakt. Bij cognitieve gedragstherapie is het de bedoeling

dat cliënten huiswerkoefeningen maken of gaan experimenteren met bepaald gedrag. Voor een groot gedeelte van de cliënten is het prettig wanneer de persoonlijk begeleider hen ondersteunt bij het huiswerk en het doen van oefeningen stimuleert en evalueert.

Als laatste speelt de persoonlijk begeleider een niet te onderschatten rol bij de generalisatie van de vaardigheden en inzichten die de cliënt in de therapie heeft opgedaan. Onvoldoende aandacht voor het tot stand brengen van de generalisatie naar het dagelijkse leven zal ertoe leiden dat de gewenste veranderingen niet beklijven. Dit betekent dat een persoonlijk begeleider goed op de hoogte moet zijn van de ontwikkelingen in de therapie. Een aantal gezamenlijke sessies waarin zowel door de therapeut, begeleider en cliënt wordt nagedacht hoe de gewenste veranderingen kunnen worden toegepast in het dagelijkse leven is dan ook vaak zeer gewenst.

Casus Soraya

» *Soraya is een jonge dame van 20 jaar. In de beginperiode van haar opname laat Soraya in de gesprekken met haar persoonlijk begeleider zien moeite te hebben met vragen over haar verleden. Zodra het onderwerp wordt aangesneden vullen haar ogen zich met tranen. Verder wordt gezien dat Soraya problemen heeft met inslapen en angstig reageert op plotselinge geluiden of ruzies op de groep. Uit de anamnese is gebleken dat Soraya vanaf haar veertiende jaar niet meer naar school ging en er regelmatig sprake was van heftige ruzies tussen haar ouders. Toen Soraya 17 jaar was, is haar moeder neergestoken door haar vader. Er lijken voldoende aanwijzingen tijdens de observatieperiode naar voren te komen om te kunnen spreken van een depressie en er zijn kenmerken van een posttraumatische stressstoornis. Soraya wordt aangemeld voor cognitieve gedragstherapie. De eerste keer gaat de persoonlijk begeleidster met haar mee. De therapeut geeft uitleg over CGT en stelt voor om eerst eens een paar gesprekken met Soraya te hebben om duidelijk te krijgen waar zij nu last van heeft en wat zij zou willen veranderen. De therapeut vraagt aan Soraya of het goed is om de bevindingen met de persoonlijk begeleider te bespreken en op basis van de bevindingen een behandelplan op te stellen. Uit de gesprekken komt naar voren dat Soraya vaak moet denken aan de plas met bloed die op de grond lag toen zij thuis kwam en veel moeite moet doen om er juist niet aan te denken. Vooral als zij gaat slapen heeft zij last van herbelevingen. Dit kost haar veel energie. Verder voelt zij zich rottig en schuldig als zij terugdenkt aan hetgeen er met haar moeder is gebeurd. Zij zorgde er juist voor dat zij altijd thuis was zodat zij kon voorkomen dat een ruzie tussen haar ouders uit de hand liep. Net die middag was zij even met een vriendin naar de bioscoop. Er wordt een functieanalyse gemaakt. In situaties waarin Soraya alleen is doet zij erg haar best om niet aan de nare gebeurtenis te denken omdat zij zich niet rottig, angstig en schuldig wil voelen terwijl zij zich hierdoor juist angstig gaat voelen en slecht in slaap valt. Verder denkt Soraya dat, wanneer zij niet bij haar moeder kan zijn, haar moeder gevaar loopt. Dit roept schuldgevoelens op en zij voelt zich dan een slechte dochter. In het behandelplan, dat met Soraya en de persoonlijk begeleider wordt besproken, wordt voorgesteld om eerst met EMDR de vermijding en de negatieve emoties die bij het trauma horen te verminderen. Daarna kan gestart worden met het uitdagen van de disfunctionele gedachten zoals de gedachte dat Soraya verantwoordelijk is voor het welzijn van haar moeder. Daarnaast worden Soraya oefeningen aangeboden die haar helpen om het verleden het verleden te laten zodat zij het echte leven weer kan gaan oppakken.*

Tot slot

De mogelijkheden voor het volgen van een effectieve therapie voor mensen met een verstandelijke beperking, zowel ambulant als klinisch, zijn in het verleden beperkt geweest. Uitzondering zijn PMT en creatieve therapie, die al een langere bestaansgeschiedenis hebben in de VG-sector. De overheersende gedachte was dat

verstandelijk beperkte cliënten niet zouden kunnen profiteren van gesprekstherapie gezien het appèl op zelfinzicht en reflectie. Langzaam maar zeker begon het besef door te dringen dat therapie voor mensen met een verstandelijke beperking waardevol kan zijn. Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat cognitieve gedragstherapie effectief is. CGT therapie of cognitief gedragstherapeutische interventies zijn effectief binnen de SGLVG-behandeling en worden toegepast bij agressief gedrag, seksueel delinquent gedrag en verslaving. De komende jaren wordt een grote uitbreiding van de mogelijkheden van CGT voor de SGLVG-doelgroep verwacht. Zo wordt er onder meer in de GGZ gewerkt met dialectische gedragstherapie voor zwakbegaafde cliënten met een ernstige borderline persoonlijkheidsstoornis, een stoornis die ook veel wordt gezien bij SGLVG-cliënten.

Een grote groep cliënten profiteert van de bejegening, structuur en bescherming die bij SGLVG-behandeling geboden wordt. Nare jeugdervaringen zoals misbruik, mishandeling of verwaarlozing of bepaalde angsten zoals sociale angst of angst om alleen te zijn, spelen gedurende de opname een minder prominente rol. Echter voor opname (en vaak ook weer daarna) kunnen, onder minder beschermde condities, deze stoornissen of problemen ontregelend werken op het functioneren van de cliënt. Het is belangrijk om gedurende de SGLVG-behandeling, voldoende aandacht in therapie te bieden voor deze factoren.

Afsluitend wil ik mij aansluiten bij Jahoda en Embregts (2009) dat cliënten niet alleen recht hebben op hooggekwalificeerde en gespecialiseerde therapie maar ook op een context waarin (a) de resultaten van therapie worden gegeneraliseerd (b) een veilig leefklimaat is en (c) de bejegening en begeleiding van cliënten door professionals 'bewust' en 'respectvol' is. Binnen een SGLVG-setting kan deze context zeker worden geboden. De (persoonlijk) begeleiders spelen in dit therapeutisch proces een belangrijke rol; zij bewaken de continuïteit, dragen mede zorg voor de generalisatie, ondersteunen de cliënt bij huiswerkopdrachten en motiveren en faciliteren de cliënt om deel te nemen aan de therapie.

141

Referenties

Burdova, I. (2007). *Eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) bij sterk gedragsgestoorde, licht verstandelijk gehandicapte mensen.* In: R. Didden & X. Moonen (Red.), *Met het oog op behandeling I* (pp. 113-121). Amersfoort: Bergdrukkerij.

Didden, R. (2007). *Effectieve behandeling van jeugdigen en volwassenen met een lichte verstandelijke beperking: een beschouwing.* In: R. Didden & X. Moonen (Red.), *Met het oog op behandeling-I* (pp. 129-135). Amersfoort: Bergdrukkerij.

Didden, R. (2009). *Met het oog op behandeling-II: een slotbeschouwing.* In: R. Didden & X. Moonen (Red.), *Met het oog op behandeling II* (pp. 139-143). Amersfoort: Bergdrukkerij.

Jahoda, A. & Embregts, P. (2009). *Individual therapeutic interventions with clients and working through staff: moving forward together.* In: R. Didden & X. Moonen (Red.), *Met het oog op behandeling II* (pp. 33-40). Amersfoort: Bergdrukkerij.

Korrelboom, K. & Ten Broeke, E. (2008). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie.* Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2005). *Motiverende gespreksvoering* (pp. 81-138). Gorinchem: Theologische Uitgeverij.

Roeden, J. & Bannink, F. (2007). *Oplossingsgericht werken met licht verstandelijk beperkte cliënten.* Amsterdam: Harcourt Book Publishers.

Voor websites over behandelvormen, zie:

EMDR website: www.emdr.nl algemene informatie

VGCT website: www.VGCT.nl informatie over CGT

Vaktherapie website: www.therapiehulp.nl informatie over PMT en creatieve therapie

15

Mariet Clerkx

Medische en PSYCHIATRISCHE ZORG

143

Een verstandelijke beperking is geen psychiatrische stoornis. Helaas beschermt het er ook niet tegen; integendeel. Mensen met een verstandelijke beperking hebben vaker dan normaal begaafden een psychiatrische stoornis (Dosen, 1990). Daar zijn nogal wat redenen voor:

- 'kwetsbare' of beschadigde hersenen;
- syndromen waar vaak psychiatrische stoornissen bij voorkomen;
- vaak traumatisering: vroege uithuisplaatsing, veel ziekenhuisopnames, gepest worden, misbruik, mishandeling etc.;
- beperkt overzicht over ingewikkelde situaties, overvraging;
- beperkte (cognitieve) mogelijkheden om hiermee om te gaan.

Je zou kunnen zeggen dat mensen vaak een grotere draaglast dan gemiddeld hebben, terwijl hun draagkracht juist geringer is. Het is bekend dat in dit soort situaties de kans op een psychiatrische stoornis groot is.

15.1 Inleiding

Binnen de SGLVG-afdelingen heeft, zoals te verwachten, een zeer groot percentage van de cliënten een psychiatrische stoornis: 75% heeft een DSM-IV diagnose op As 1 (Tenneij & Koot, 2006). De afdelingen zijn immers in het leven geroepen om mensen met psychiatrische of gedragsstoornissen te onderzoeken en te behandelen. De begeleider in een SGLVG-instelling speelt hierbij een belangrijke rol en vormt vanzelfsprekend een schakel binnen een behandelteam. Vooral waar lichamelijke en psychiatrische stoornissen aanwezig zijn, hebben (AVG)-artsen en psychiaters een belangrijke taak. Ook orthopedagogen en psychologen hebben kennis en ervaring op dit gebied. Zij zijn immers degenen die de mogelijke achtergronden van probleemgedrag in kaart brengen. Binnen het team van begeleiders hebben de begeleiders vaak specifieke taken rond medische en psychiatrische zorg, bijvoorbeeld rond medicatie.

Dit hoofdstuk biedt geen uitvoerig overzicht van alle lichamelijke of psychiatrische problemen die bij mensen met een lichte verstandelijke beperking kunnen voorkomen. Er zijn verscheidene uitgebreide Nederlandstalige boeken over dit onderwerp verschenen; belangstellenden kunnen de titels vinden aan het einde van dit hoofdstuk. Wel worden kort belangrijke aspecten aangestipt, en verschillen met de reguliere psychiatrie besproken. Hierbij ligt de nadruk op de rol van de SGLVG-begeleider bij de diagnostiek en behandeling van problemen op deze gebieden. Kort samengevat zou men kunnen zeggen dat de begeleider enerzijds een extra paar ogen en oren vormt voor de betrokken cliënt, en dit anderzijds ook doet voor (in dit geval) de arts: beiden zijn vaak aangewezen op de begeleider als degene die zowel lichamelijk of psychische klachten helpt signaleren en verwoorden, alsmede behandelingen helpt vorm te geven.

144

15.2 Vreemd gedrag: en wat dan?

Onderzoek naar psychiatrische stoornissen bij mensen met een (lichte) verstandelijke beperking staat eigenlijk nog in de kinderschoenen. Veel kennis die wij hebben is dus afgeleid van wat we weten bij normaal begaafden. Bij mensen met een lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid, zoals die op SGLVG-afdelingen verblijven, komen we hier in het algemeen redelijk goed mee uit. Dat betekent (gelukkig) dat, als werkers kennis hebben van de psychiatrie (bijvoorbeeld doordat ze eerder hebben gewerkt op een afdeling voor mensen met een psychiatrische stoornis) zij deze kennis, met enige aanpassingen, redelijk goed kunnen gebruiken. Wel moet men meestal wennen aan het gegeven dat men met 'praten' minder ver komt. Naarmate de verbale mogelijkheden van cliënten beperkter zijn, wordt het moeilijker om op basis van gesprekken nauwkeurig vast te stellen wat er aan de hand is. Diagnostiek en behandeling bestaan in die situaties dan ook vaak uit het toetsen van hypothesen.

Casus Piet

-
- » *Piet is 22 jaar. Hij heeft een IQ van 65, waarbij hij vooral verbaal laag scoort. Hij is een zwijgzame jongen, die moeilijk uit zijn woorden komt. Meestal kan hij nauwelijks aangeven wat hij van iets vindt of wat er in hem omgaat. Doordat hij altijd stil en onopvallend aan de rand van de groep aanwezig is, valt hij niet op. In zijn rapportage staan erg veel korte zinnen als: 'weinig gezien', 'stil aanwezig'. Hij komt regelmatig niet aan tafel, of pas na lang aandringen, en eet weinig. Het valt een begeleider op dat hij nu en dan wrijft over zijn maagstreek. Hij stelt Piet voor om de dokter te vragen eens te onderzoeken of er misschien iets met zijn maag is, waardoor hij zo weinig eet. Dat vindt Piet goed. Bij onderzoek, ook door de specialist, blijkt hij een fikse ontsteking te hebben van met maagslijmvlies, veroorzaakt door een bacterie. Na behandeling met antibiotica is hij ineens veel levendiger, en eet hij goed.*
-

Allereerst is het zaak om gedragsproblemen, en zeker gedragsveranderingen, niet als 'gewoon' te accepteren, maar om altijd weer na te gaan wat er aan de hand zou kunnen zijn. Dat blijkt in de praktijk veel minder vanzelfsprekend dan het klinkt. Gedragsveranderingen springen lang niet altijd sterk in het oog, bijvoorbeeld omdat ze optreden in een periode dat iemand verschillende keren van woonplek of van begeleiders verandert (zoals vaak gebeurt in de periode voordat iemand wordt opgenomen in een SGLVG-afdeling). Het kan gaan om veel verschillende soorten van gedrag: weglopen, stelen, onrust, verwardheid, angst, dwangmatigheid, teruggetrokken zijn, agressie naar anderen of naar zichzelf, dingen horen of zien die er niet zijn, foute en niet te corrigeren gedachten (wanen) hebben.

Er zijn een aantal gebieden die bij gedragsproblemen een rol kunnen spelen, zoals omgevingsfactoren, somatische aspecten en psychiatrische aspecten. Soms liggen de problemen vooral op een enkel gebied, vaak is echter een combinatie van probleemgebieden.

15.3 Omgevingsfactoren

Omgevingsfactoren spelen vaak een belangrijke rol bij het veroorzaken of in stand houden van gedragsproblemen. Denk daarbij niet alleen aan 'grote zaken' als bijvoorbeeld aan verlies van belangrijke familieleden of vaste begeleiders of aan het doormaken van ernstige traumata als misbruik of ongevallen. Ook door kleinere veranderingen (wijzigingen in groepssamenstelling, veranderingen op de dagbesteding) kunnen mensen behoorlijk ontregelen. Vaak hebben beleidswijzigingen binnen instellingen grote gevolgen voor individuele bewoners, bijvoorbeeld als er verhuisd moet worden of er minder personeel beschikbaar is. Het is dus belangrijk om bij ontregeling altijd goed te bedenken of deze veroorzaakt kunnen worden door externe factoren, en welke maatregelen hierbij op zijn plaats zijn.

145

15.4 Somatische (lichamelijke) aspecten

Mensen met een verstandelijke beperking hebben als groep aanmerkelijk meer lichamelijke aandoeningen dan de normaal begaafde populatie. Stoornissen van zicht en gehoor en epilepsie komen bijvoorbeeld vaak voor. Daarbij doen zich een aantal problemen voor. Zo kunnen mensen met een verstandelijke beperking vaak slecht aangeven of ze pijn hebben of zich beroerd voelen. Omschrijven van een klacht, wanneer deze is ontstaan, relatie met bijvoorbeeld eetpatroon, menstruatie of medicatiegebruik: velen van ons weten uit eigen ervaring hoe moeilijk dat is. Doordat klachten niet of onduidelijk worden aangegeven, worden lichamelijke aandoeningen vaak niet of pas laat herkend. Pijn of ander lichamenlijk ongemak is een belangrijke veroorzaker van gedragsproblemen (Verhoeven & Tuinier, 1999).

Daarnaast zijn er de nodige aandoeningen die erom bekend staan vaak psychische klachten te geven. Zo zijn stoornissen in de schildklierfunctie beruchte veroorzakers van stemmingsstoornissen. Maar ook bijvoorbeeld bij diabetes mellitus en hartaandoeningen ziet men vaak allerlei psychische en gedragsproblemen optreden, door de aandoening zelf, of soms ook door de medicamenten die iemand in verband met deze aandoeningen moet gebruiken. Bijwerkingen van geneesmiddelen worden niet altijd opgemerkt en kunnen eveneens tot afwijkend gedrag leiden.

Verder zijn er nogal wat genetische syndromen die je in de zorg voor verstandelijk gehandicapten regelmatig ziet, waarbij zowel lichamelijke als psychiatrische stoornissen voorkomen. Zo hebben mensen met syndroom

van Down vaak een traag werkende schildklier, maar weten we ook dat zij een grote kans hebben om de ziekte van Alzheimer te krijgen (Koch, 2005) Bij het Velo-Cardio-Faciaal-syndroom (ook wel VCF genoemd, een afwijking op het 22e chromosoom), komen vaak gehemelte- en hartafwijkingen voor, maar bestaat ook een verhoogde kans op angst- en psychiatrische stoornissen. Bij het syndroom van Prader-Willi (een afwijking op chromosoom 15) bestaat meestal een onverzadigbare eetlust waardoor een extreem overgewicht kan ontstaan, maar is ook vaak sprake van dwangmatigheid en andere psychiatrische symptomen, zoals een verhoogde kans op een psychose (Curfs, Schrander-Stumpel & Didden, 2005).

Casus Marieke

» *Marieke wordt op de SGLVG-afdeling opgenomen in verband met plotselinge agressiedoorbraken, die niet meer te hanteren zijn voor de VG-instelling waar ze sinds een jaar woont. Behoudens een cognitieve achterstand had ze tot de puberteit geen gedragsproblemen. Wel had ze als kind voedingsproblemen, die samen bleken te hangen met een hoog gehemelte. Op de afdeling merken verscheidene begeleiders op dat ze qua uiterlijk en gedrag lijkt op een cliënte die enkele jaren daarvoor opgenomen was met extreme gedragsproblemen. Zij bleek het VCF-syndroom te hebben. Ook voor Marieke wordt klinisch genetisch onderzoek aangevraagd.*

Deze specifieke gedragskenmerken bij genetische syndromen worden ook wel 'gedragsfenotypen' genoemd. Bij verdenking op het bestaan van een genetisch syndroom is nader onderzoek aangewezen. Als er ernstige problemen voorkomen bij iemand die bekend is met een genetisch syndroom, is het dus altijd verstandig om na te gaan of de ervaren problemen kenmerkend zijn voor dat syndroom. Daarmee is het probleem natuurlijk nog niet opgelost, maar het scheelt meestal een hoop gezocht naar de achtergronden, en maakt de kans op verwijten aan het adres van de cliënt (en anderen) kleiner.

Het is dus erg belangrijk dat mensen die in beeld komen vanwege ernstige psychische problemen altijd eerst lichamelijk goed worden onderzocht, inclusief uitgebreid laboratoriumonderzoek. Vooral bij lichamelijke klachten is het wenselijk dat een begeleider die de betreffende persoon goed kent meegaat naar de arts (dus niet de stagiaire die er net een dag is). Cliënten kunnen immers vaak niet goed aangeven wat er precies aan de hand is, hebben geen overzicht over het beloop van de klachten, of vergeten zelfs waarvoor ze ook alweer naar de dokter waren gegaan. Dat maakt een goede beoordeling van de klachten lastig, en een consult soms zinloos. De aanwezige begeleider maakt het voor de betreffende persoon ook veiliger om naar de dokter te gaan: het gebeurt erg vaak dat mensen, op zichzelf aangewezen, uiteindelijk niet aankomen in de spreekkamer. Tot slot kan de begeleider nadien nog eens uitleggen wat de dokter heeft gezegd, wat er verder eventueel aan onderzoek of behandeling gaat gebeuren. Ondersteuning, bijvoorbeeld bij het juist innemen van medicatie, is hierbij vaak nodig.

Mensen met een verstandelijke beperking hebben waarschijnlijk een grotere kans dan normaal begaafden op bijwerkingen van medicatie. Als iemand onverwachte verschijnselen laat zien, denk dan altijd aan de mogelijkheid dat dit samen kan hangen met gebruikte medicatie, en maak er melding van.

15.5 Psychiatrische aspecten

Als derde mogelijkheid kan men zich vervolgens afvragen: zou hier sprake kunnen zijn van een psychiatrische stoornis? Hier zal men sneller aan denken als iemand plotseling erg veranderd is, of duidelijk verward: onsamenhangend praat, onrustig in zichzelf pratend heen en weer loopt, dingen hoort of ziet die er niet zijn, erg achterdochtig is etc. Ook een familiale belasting kan in de richting van een psychiatrische stoornis wijzen: als in de familie veel depressies voorkomen, bijvoorbeeld, of schizofrenie. Niet zelden zijn het familieleden zelf die hier de aandacht op vestigen. Zij kennen de beelden van hun andere familieleden, en maken zich zorgen. Maar ook als de familie zich niet meldt, is het goed om, als er gedacht wordt aan de mogelijkheid van een psychiatrische stoornis, na te gaan of er binnen de familie mensen hieraan lijden. Ook als psychische of gedragsklachten periodiek terugkeren, eigenlijk een kenmerkend beloop laten zien, is het zaak een psychiatrische stoornis te overwegen. Denk eraan dat mensen vaak al een lang leven hebben geleefd voordat je zelf als begeleider in zijn of haar leven kwam: een jaar iemand kennen is nog niet lang op een mensenleven van bijvoorbeeld 30 jaar. Navragen bij de cliënt zelf of bij de familie of iemand bepaalde klachten al eens eerder heeft gehad, levert belangrijke informatie op.

Bij mensen met een zeer lichte of lichte verstandelijke beperking lijken de beelden erg veel op de beelden zoals die zich bij normaal begaafden voordoen. Er zijn veel meer overeenkomsten dan verschillen. Naarmate het niveau lager wordt (en op de SGLVG-afdelingen verblijven toch ook met regelmaat mensen met een IQ van rond de 50), uit de stoornis zich een beetje anders dan bij normaal begaafden (zogenaamde aspecifieke symptomen), en is onze kennis in wezen beperkter (Dosen, 2005). Dan is het veel meer zoeken, hypothesen vormen, kijken naar beloop en familiegeschiedenis etc.

147

Zo verwoorden mensen met een verstandelijke beperking bij een depressie vaak niet dat zij somber zijn. Somberheid is een erg abstract begrip. Ze zijn echter stil en inactief en de omgeving merkt dat ze niet meer genieten en lachen of dat ze weinig eten en drinken. Soms spreekt iemand alleen nog maar over de dood van familieleden of loopt over de drukke rijweg als teken van suicidaliteit. Vaak zijn er wat genoemd wordt: vitale kenmerken, die niet meteen te herkennen zijn als onderdeel van een depressie. Dit gaat dan over: veranderingen in het eetpatroon (meestal weinig eten, maar soms juist veel eten); veranderingen in het slaappatroon (meestal slecht doorslapen en heel vroeg wakker zijn, maar soms juist heel erg veel slapen); last hebben van obstipatie; een dagschommeling (meestal: 's morgens veel meer last hebben dan 's avonds). Soms is iemand al bij de diëtiste langs geweest vanwege vermagering en bij de huisarts in verband met obstipatie, terwijl niemand aan een depressie heeft gedacht. Ook agressie en automutilatie kunnen aspecifieke symptomen van een depressie zijn (Verhoeven, Tuinier & Curfs, 1999). Deze symptomen worden door begeleiders meestal heel snel opgemerkt, omdat er problemen in de begeleiding door ontstaan. De kans bestaat dat, als er niet specifiek op de andere symptomen wordt gelet, hierdoor de achterliggende depressie niet wordt herkend. Ook bij psychosen zijn de verschijnselen vaak aspecifiek: angst en verwarring staan dan op de voorgrond. Waandenkebeelden zijn meestal eenvoudig: 'ik heb geen hart', 'ik heb een gat in mijn been', 'anderen praten steeds over mij', 'de burens zeggen dat ze me doodschieten als ik niet om tien uur naar bed ga'.

Casus John

-
- » *John wordt opgenomen omdat hij thuis niet meer te handhaven is. Hij wordt plotseling en onverwacht boos, en heeft op straat twee keer heftige ruzie gehad met voorbijgangers, waarbij de toedracht voor zijn familie niet duidelijk wordt. Zij maken zich zorgen omdat hij tot ongeveer een jaar geleden altijd een vriendelijk en zachtaardige jongen was. Zij vragen zich af of deze verandering samen zou kunnen hangen met John's cannabisgebruik. Op de afdeling is John*

na opname de eerste dagen veel op zijn kamer. Gesprekken houdt hij zoveel mogelijk af; hij geeft korte antwoorden op vragen. Na enkele dagen laat hij zich wat meer op de groep zien, en blijft hij na de maaltijd ook nog wat zitten bij de televisie. Daar ziet een begeleider hoe hij ineens opvliegt en een groepsgenoot toesnauwt dat deze steeds opzettelijk in zijn richting hoest. Als deze dat nog een keer doet, zullen er klappen gaan vallen, aldus John tegen de verschrikte groepsgenoot die zich van geen kwaad bewust is. De begeleider meldt dit op het ochtendrapport. Het incident vormt onderwerp van gesprek tussen John en de psychiater, waarbij al snel duidelijk wordt dat John psychotisch en heel achterdochtig is. Mogelijk is die psychose inderdaad uitgelokt door het cannabisgebruik.

Het is belangrijk te realiseren dat mensen met een verstandelijke beperking een grotere kans dan gemiddeld hebben op het meemaken van enige vorm van misbruik en mishandeling (Borgonderzoek: bijna 50%!).

Psychiatrische symptomen als plotselinge angsten, herbelevingen etc., kunnen hiervan een gevolg zijn. De begeleider maakt cliënten mee in het leven van alledag. De begeleider is dan ook vaak de eerste die klachten hoort of opvallend gedrag waarneemt. Die observaties vormen, naast wat cliënten zelf vertellen, een belangrijk element in het diagnostisch proces. Maak er dus melding van, tegenover collega's, behandelaars, en in de rapportage!

Voor het indelen van psychiatrische ziektebeelden kunnen verschillende soorten classificatiesystemen worden gebruikt. In Nederland is dat, net als trouwens in de meeste andere Westerse landen, de DSM. DSM staat voor 'Diagnostic Statistical Manual of Mental disorders'. Het is een in Amerika ontwikkeld systeem voor de indeling van psychiatrische stoornissen, waarbij criteria staan omschreven waaraan mensen tot op een bepaalde hoogte moeten voldoen, willen ze de betreffende diagnose krijgen. Inmiddels wordt de vierde versie gebruikt, en is de vijfde in ontwikkeling. Het systeem maakt gebruik van 'assen', die verschillende aandachtsgebieden bestrijken:

- Op As 1 staan de klinische stoornissen, bijvoorbeeld psychosen, depressies, angststoornissen, maar ook autisme.
- Op As 2 staan persoonlijkheidsstoornissen, en ook de verstandelijke beperkingen.
- Op As 3 worden eventuele lichamelijke aandoeningen (bijvoorbeeld ook genetische syndromen) vermeld.
- Op As 4 kunnen omgevingsfactoren die een rol spelen bij de actuele problemen worden vermeld.
- Tenslotte wordt op As 5 een schatting gegeven van het niveau van functioneren.

Bij de mensen die worden opgenomen op een SGLVG-afdeling, mensen dus met een lichte verstandelijke beperking, komt men met dit systeem niet veel slechter uit dan bij de normaal begaafde populatie. Het wordt dan ook ongewijzigd gehanteerd. Voor de mensen met een veel lager cognitief niveau is er een aanpaste versie gemaakt, waarbij de criteria zijn gewijzigd, de DM-ID: Diagnostic Manual for intellectual disabilities (ID, de Engelstalige benaming voor verstandelijke beperking) (zie Fletcher e.a., 2007).

15.6 Behandeling

Bij de behandeling van psychiatrische stoornissen kunnen drie aspecten worden onderscheiden. Bij alle drie deze aspecten heeft de begeleider een eigen rol.

Begeleidingsaspecten

Zeker bij acute psychiatrische problemen, maar niet alleen dan, is het belangrijk om met elkaar een duidelijk en passende plan te maken voor de omgang met de betreffende cliënt. Hoeveel prikkels kan iemand aan?

Zit er voldoende structuur en ondersteuning in de dag? Komt iemand tot rust? Is er afleiding? Hoe kan bij deze specifieke persoon het beste gereageerd worden bij angst, bij hallucinaties, bij verwarring, bij boosheid? Kan men problemen aan zien komen? Zijn er manieren om preventief in te grijpen?

Als het gaat om terugkerende episodes, is het van het grootste belang om goed vast te leggen wat de eerste signalen waren van de naderende ontregeling. Zijn er fases in klachten te onderscheiden, en hoe kan daarbij het beste gehandeld worden? Het document waarin dit soort zaken wordt vastgelegd wordt signalerings- of terugvalpreventieplan genoemd (zie hoofdstuk 12 en 13). Voor vervolgvoorzieningen zijn dit type verslagen van groot belang.

Medicatie

Medicatie speelt een belangrijke rol bij het behandelen van psychiatrische stoornissen, vooral psychosen en ernstige depressie. Daarbij is het noodzakelijk dat alle betrokkenen weten wat de beoogde effecten zijn van de medicatie, en wat de mogelijke ongewenste effecten. Van de voorschrijvers mag verwacht worden dat zij hier uitleg over geven, niet alleen aan de cliënten, maar ook aan de overige leden van het behandelteam. Aarzel niet om vragen te stellen bij onduidelijkheden. Waarnemingen worden op een tevoren afgesproken manier vastgelegd in meetlijsten of rapportagesystemen, zodat het effect goed kan worden beoordeeld, en ook bijwerkingen tijdig kunnen worden gesignaleerd. Overigens kunnen er soms ook, verlaat, nog bijwerkingen worden gesignaleerd van medicatie die iemand al gebruikte bij binnenkomst.

Casus Anna

» *Anna gebruikt bij opname al antipsychotische medicatie. Omdat ze vaak erg achterdochtig is, wordt deze medicatie gehandhaafd. Enkele maanden later merkt Anna's moeder tijdens een bezoek tegen de aanwezige begeleider op dat Anna's hand al een tijd zo'n vreemde verkrampde stand aanneemt. De begeleider kent haar niet anders dan met die vreemde houding, maar volgens moeder had ze dat voorheen nooit. Zowel de begeleider als moeder vragen zich af of dit misschien met de door haar gebruikte medicatie kan samenhangen. De begeleider geeft deze vraag door aan de psychiater. Het vermoeden blijkt juist, en verandering van medicijn doet de vreemde stand van de hand verdwijnen.*

149

Natuurlijk moet in eerste plaats worden beoordeeld of de betrokkene de medicatie inneemt, en of dit op de goede manier gebeurt. Is hierbij ondersteuning nodig? Kan iemand de pillen in eigen beheer hebben? Per dag? Per week? Juist ook in het motiveren tot een juist gebruik en het oefenen hiervan spelen begeleiders een eigen en belangrijke rol.

Specifieke methodieken

Behandelmethodieken als (cognitieve) gedragtherapie of EMDR kunnen onderdeel van de behandeling zijn (therapie en therapeutische interventies; zie hoofdstuk 14).

Tot slot

Uit bovenstaande wordt hoe belangrijk de rol van de begeleider binnen de SGLVG-afdeling is binnen de medische en psychiatrische zorg (zie ook Clijsen e.a., 2005). Het 'tussenpersoon zijn' weegt daarbij het zwaarst: tussen de cliënt enerzijds, en gedragswetenschappers en artsen anderzijds. Dat vraagt de kennis om te weten wanneer je aan de bel moet trekken, en de assertiviteit om dat vervolgens ook te doen!

Referenties

Clijisen e.a. (red) (2005). *Leerboek psychiatrie voor verpleegkundigen*. Maarssen: Elsevier.

Curfs, L., Schrander-Stumpel, C., & Didden, R. (2005). *Lichte verstandelijke beperking: een klinisch genetische invalshoek*. In: R. Didden (Red.), *In perspectief. Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking* (pp. 41-52). Houten: Bohn Stafleu van Loghem.

Dosen, A. (1990). *Psychische en gedragsstoornissen bij zwakzinnigen*. Meppel: Boom.

Dosen, A. (2005). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap. Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen*. Assen: Van Gorcum.

Fletcher, R., Loschen, E., Startakaki, C. & First, M. (Eds.) (2007). *Diagnostic Manual-Intellectual disability*. New York: National Association for the Dually Diagnosed.

Koch, P. (2005). *Geen gebrek. Over psychiatrie en mensen met een verstandelijke beperking*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Tenneij, N. & Koot, H. (2006). *Doelgroep in beeld*. Den Dolder: De Borg.

Verhoeven, W.M.A., & Tuinier, S. (1999). *Farmacotherapie bij verstandelijk gehandicapten met gedragsstoornissen en/of psychiatrische aandoeningen: een dimensionele benadering*. Tijdschrift voor Psychiatrie, 41, 219-231.

Verhoeven, W.M.A, Tuinier, S., & Curfs, L.M.G. (1999). *Neuropsychiatrische diagnostiek bij verstandelijk gehandicapten*. Tijdschrift voor Psychiatrie, 41, 151-163.

16

Peter Fransen

TRANSFER na BEHANDELING

151

Het uitplaatsen van licht verstandelijk gehandicapte cliënten die een indicatie hebben (gehad) van sterk gedragsgestoord en risicovol gedrag (SGLVG) is vaak een moeizame en lange weg, die uiterst zorgvuldig bewandeld moet worden. Nog sterker geldt dit voor cliënten die ook nog eens een justitiële maatregel hebben, zoals een TBS (ter beschikking stelling) of PIJ (plaatsing in een inrichting voor jeugdigen) of anderszins, waarbij de veiligheid van de maatschappij een belangrijke factor vormt. De historie en de complexe achtergrond van de cliënten, als beste risicovoorspeller van de toekomst, gaat bij het uitplaatsen met hen mee en loopt hen in veel gevallen zelfs vooruit. Instellingen zitten niet te wachten op deze cliënten vanwege de mogelijke veiligheidsrisico's en het vereiste hoge niveau van professionaliteit van de begeleiders. Bovendien kan stigmatisering van de 'sterke gedragsstoornis', in samenhang met de overige problematiek of het gepleegde delict, de kansen verkleinen op maatschappelijke participatie. Met als mogelijk gevolg dat het grensoverschrijdend probleemgedrag opnieuw versterkt wordt.

16.1 Inleiding

De verwachtingen van behandelaars en het sociale netwerk (onder andere familie) zijn hoog gespannen en er wordt impliciet een hoge druk gelegd op de cliënt. Hij of zij moet slagen in zijn nieuwe omgeving, want deze plaatsing biedt een nieuwe kans tot re-integratie en participatie in de maatschappij. Als het mislukt, kan het zijn dat de cliënt met gezichtsverlies weer terug moet keren naar het behandelcentrum, in de wetenschap dat rehabiliteren wel heel erg moeilijk is.

De stabiliteit en het sociaal-emotionele evenwicht die de cliënt verworven heeft na een langdurige behandelperiode worden bij een uitplaatsing zeer op de proef gesteld. De cliënt verhuist naar een nieuwe woonomgeving, met nieuwe mensen, met nieuw werk, met een nieuw in te vullen vrije tijd. En niet in de laatste plaats verhuist de cliënt met het achterlaten van al het bekende en vertrouwde. Het is vaak een ingrijpende levensgebeurtenis en de cliënt moet zijn bestaan op alle levensgebieden (wonen, werken en vrije tijd) opnieuw opbouwen, samen met onbekenden.

Van meet af aan dient de cliënt zich sociaal en emotioneel relatief adequaat te kunnen gedragen, dient hij voorspelbaar te zijn en moet hij zijn dagelijkse routine kunnen vasthouden. De mate van begeleidbaarheid en afsprakenrouw wegen in de praktijk zwaar en zijn een indicator voor een succesvolle uitplaatsing. De transfer van het geleerde gedrag vanuit de behandelkliniek naar de nieuwe woonsituatie is bij mensen met een lichte verstandelijke beperking een zwak punt. Bij hen gaat de transfer van geleerde vaardigheden bijna nooit vanzelf. Van de cliënt kan niet bij voorbaat worden verwacht dat hij het geleerde spontaan laat zien in een nieuwe omgeving. Zij zijn hierin afhankelijk van een goede overdracht en goede coaching van het ontvangende team door het behandelteam. Dit alles wordt transfer genoemd.

152

16.2 Rehabilitatie, de laatste behandelfase

Het proces van rehabilitatie van de cliënt vanuit de behandelkliniek naar een nieuwe woonomgeving moet gezien worden als een volwaardig onderdeel van de behandeling. Het volgt op de behandelfase van resocialisatie waarin de cliënt geleerd heeft hernieuwd te participeren in de samenleving met beheersing van zijn risico's (Ten Wolde, Le Grand, Slagter & Storms, 2006). In deze fase wordt toegewerkt naar een uitplaatsing in de reguliere zorg voor licht verstandelijk gehandicapten. Daarna volgt de fase van rehabilitatie, tevens de laatste behandelfase die de cliënt doorloopt. Rehabilitatie is het proces waardoor en waarmee de cliënt in een betekenisvolle verbinding met zijn omgeving komt te staan en maatschappelijk tot tevredenheid kan functioneren op de levensdomeinen wonen, werken en vrije tijd en de persoonlijke domeinen van zelfzorg, gezondheid, zingeving en sociale relaties (Wilken & Den Hollander, 2000). Rehabilitatie is er met ander woorden op gericht de cliënt te helpen zijn kwaliteit van leven en zijn vermogen tot zelfzorg zo groot mogelijk te laten zijn. Doelen worden geformuleerd vanuit de wensen en zorgbehoeften van de cliënt. In dit behandelproces wordt nadrukkelijk samengewerkt tussen de cliënt, zijn behandelaars en het team van de woonbegeleiding en belangrijke anderen uit zijn of haar netwerk.

16.3 Prognose

Op basis van gegevens van risicotaxatie-instrumenten (risicotaxatie; zie hoofdstuk 12), zoals de HKT-30 (Werkgroep risicotaxatie, 2002), is bekend welke factoren een belangrijke rol spelen in het rehabilitatieproces. Naast een goede weging van de historische en klinisch-dynamische risicokenmerken (indicatoren) dient een inschatting gemaakt te worden van situaties en reacties in de toekomst (toekomstige indicatoren) van de cliënt. Bestaat er overeenstemming over de voorwaarden van uitplaatsing en is de cliënt bereid om zich in te spannen de voorwaarden na te leven? Zijn de noodzakelijk geachte basisvoorwaarden (de materiële indicatoren) zoals woonomstandigheden, hygiëne, aanwezigheid van zorg, structuur en financiële situatie aanwezig? Is er zinvolle dagbesteding waaraan de cliënt kan en wil deelnemen? Beschikt de cliënt over voldoende vaardigheden om een maatschappelijk en sociaal aanvaardbaar bestaan op te bouwen en krijgt hij daarbij voldoende steun vanuit een sociaal netwerk? Zijn de copingvaardigheden van de cliënt voldoende om toekomstige stresserende omstandigheden het hoofd te bieden? Het gaat erom een inschatting te maken hoe de cliënt naar verwachting zich zal aanpassen aan de situatie bij uitplaatsing en in welke mate deze situatie hem/haar uit het evenwicht kunnen brengen.

16.4 Overdracht

In de rehabilitatiefase gaat het erom hoe de deskundigheid, die gedurende de behandelperiode opgedaan is rondom de cliënt, het beste kan worden overgedragen aan het nieuwe woonbegeleidingsteam. De gebruikelijke papieren overdracht (rapportage) wordt gegeven. Hierin wordt het persoonsbeeld van de cliënt beschreven: een kernachtige beschrijving van wie de cliënt is, waarmee als het ware een pasfoto van hem gemaakt wordt, zodat de nieuwe woonomgeving een duidelijk beeld krijgt van wie zij opnemen. Dit wordt aangevuld met het signaleringsplan zodat dreigend onregelend gedrag vroegtijdig gesignaleerd kan worden. Ook het terugvalpreventieplan dient te worden opgenomen. Hierin staan de risicopunten en valkuilen genoemd, waarmee de cliënt riskante situaties leert herkennen en leert om op tijd hulp te vragen om recidive(gevaar) te voorkomen (signaleringsplan; zie hoofdstuk 13).

153

Goede informatieoverdracht over praktische zaken rondom de cliënt is minstens net zo belangrijk. Onduidelijkheden hierover leiden al gauw tot miscommunicatie, onbegrip en frustratie bij zowel de cliënt als het nieuwe team. Het gaat erom de cliënt zo breed mogelijk bekend te maken bij zijn nieuwe woonomgeving. De praktische basisinformatie is het overdrachtsverslag dat door de persoonlijk begeleider wordt geschreven. Hierin worden praktische zaken die belangrijk zijn in het dagelijkse leven van de cliënt beschreven. Het gaat om een breed scala van zaken, ondermeer om zijn financiën, de omgang met belangrijke anderen, zijn werk en invulling van zijn vrije tijd alsook om de inrichting van zijn kamer en het omgaan met groepsgenoten. Het is de schriftelijke neerslag van wat later in de overdracht toegelicht wordt door de persoonlijk begeleider aan de hand van specifieke gebeurtenissen in de nieuwe woonomgeving. Zie hiervoor het voorbeeld van een schema van informatieoverdracht.

Daarnaast is een persoonlijke uitwisseling van wezenlijk belang, vanwege de complexiteit van de SGLVG-cliënt. De nieuwe ervaringen die de cliënt samen met zijn nieuwe woonbegeleiders opdoet, worden in het rehabilitatieproces besproken met de behandelaars van de uitplaatsende instelling. Dit gebeurt dan met name door de persoonlijk begeleider die reeds veel ervaring in het leven van alledag met de cliënt heeft opgedaan. Hij kan vanuit zijn deskundigheid situaties en reacties ordenen, relativeren, corrigeren en de cliënt

en het woonbegeleidingsteam aanmoedigen en hen van feedback voorzien. Zo samen-op-werkend kan de juiste benaderingswijze worden overgedragen en wordt de cliënt geholpen om de verbinding met zijn nieuwe omgeving te maken.

Een voorbeeld van een schema voor Informatieoverdracht (Hoeve Boschoord, 2009)

Cliënt

Geboren

» I. Gezin/familie

Samenstelling van het gezin:

Adressen

Telefoonnummers

E-mail

Hoe is het contact met moeder, vader, broers, zussen?

Met welke Belangrijke Anderen (uit de familie) heeft de cliënt contact?

» *Hoe ziet het contact eruit*

» *Hoe vaak zien ze elkaar*

» *Wat zijn belangrijke aandachtspunten binnen dit contact*

» *Wat is op termijn de verwachting van dit contact*

» *Heeft de cliënt zelf wensen t.a.v. contacten met familieleden ?*

Welke culturele en/of religieuze achtergrond heeft de cliënt?

» *Welke rol speelt dit in zijn/haar leven?*

» II. Woon- en levensituatie

» *Huidige woon- levensituatie*

» *Hoe ziet de huidige woon- en levensituatie eruit?*

Hoe is het contact met de leiding?

» *Hoe is het contact met de persoonlijke begeleider?*

» *Hoe is het contact met de overige leiding?*

» *Welke zaken gaan goed*

» *Wat zijn aandachtspunten in het contact met begeleiders*

Hoe is het contact met medebewoners?

» *Welke positie neemt cliënt in t.a.v. medebewoners*

» *Welke vaardigheden laat cliënt zien in het contact met medebewoners*

» *Wat zijn aandachtspunten in dit contact*

Beeldvorming

» *Hoe wordt de cliënt over het algemeen ervaren?*

» *Wat is zijn stemming doorgaans*

» *Wat zijn de sterke en zwakke punten van de cliënt*

» *Hoe wordt de openheid in gesprekken met cliënt ervaren (ook wanneer hij geconfronteerd en gecontroleerd wordt bijvoorbeeld in het nakomen van afspraken)*

Vrijheden

» *Wat zijn de huidige vrijheden van cliënt*

» *Hoe gaat cliënt hiermee om?*

» *Wat zijn verwachtingen t.a.v. toekomstige vrijheden*

Omgaan met afspraken

- » Hoe gaat cliënt om met afspraken?
- » Welke begeleiding en controle heeft cliënt nodig in het omgaan met afspraken
- » Op welke manier moeten afspraken met cliënt worden doorgenomen en afgesproken (bijvoorbeeld agenda of pictogrammen)

Financiën

- » Over hoeveel geld beschikt de cliënt (per week en per maand)
- » Waar bestaat dit uit (zakgeld, uitkering, kledinggeld, etc.)
- » Wat zijn de afspraken met betrekking tot de financiën
- » Hoe besteedt de cliënt zijn/haar geld
- » Wat zijn aandachtspunten m.b.t. financiën

Kamer

- » Hoe ziet de kamer van de cliënt eruit?
- » Welke taken kan hij zelfstandig m.b.t. onderhoud van zijn/haar kamer
- » Wat zijn aandachtspunten m.b.t. onderhouden van eigen kamer

Uiterlijk en gezondheid

- » Gebruikt cliënt medicatie? Zo ja welke
- » Hoe is de verzorging van het uiterlijk
- » Hoe is zijn/haar eetpatroon
- » Hoe is zijn/haar slaappatroon
- » In hoeverre is de cliënt gezond
- » Wat zijn aandachtspunten op het gebied van gezondheid

Seksualiteit

- » Is de cliënt voorgelicht
- » Op welke manier is de cliënt voorgelicht
- » Wat zijn aandachtspunten op het gebied van seksualiteit
- » Heeft de cliënt een vriend/vriendin? Hoe lang kennen zij elkaar al.
Wat zijn hierover de afspraken. Wat zijn hun plannen?

Alcohol-/druggebruik

- » Is de cliënt bekend met alcohol en/of druggebruik
- » Zo ja wat gebruikt hij
- » Wanneer heeft cliënt voor het laatst gebruikt (voor zover dit bekend is)
- » Wat is het beleid/welke maatregelen kunnen ingezet worden

155

» III. Werk

Werk

- » Welk werk doet de cliënt nu?
 - » Waar bestaat het werk uit?
 - » Om hoeveel uur gaat het?
 - » Hoe is het contact met collega's op het werk?
 - » Wat zijn de mogelijkheden voor cliënt
 - » Wat zijn zijn/haar eigen wensen v.w.b. werk
 - » Hoe ziet een doordeweekse dag van een cliënt eruit?
 - » Hoe ziet een dag in het weekend eruit?
-

» **IV. Vrije tijd**

Vrije tijd

- » *Hoe brengt cliënt zijn/haar vrije tijd door?*
- » *Sport de cliënt*
- » *Zo, ja welke*
- » *Wat zijn hobby's van cliënt*
- » *Welke dingen gaat goed m.b.t. vrijetijdsbesteding*
- » *Wat zijn aandachtspunten m.b.t. vrijetijdsbesteding*

Sociaal netwerk

- » *Heeft cliënt vrienden?*
 - » *Hoe ziet het contact eruit*
 - » *Hoe vaak zien ze elkaar*
 - » *Wat zijn belangrijke aandachtspunten binnen dit contact*
 - » *Wat is op termijn de verwachting van dit contact*
-

» **V. Problematiek/delict**

- » *Voor welk delict is betrokken veroordeeld?*
 - » *Wat zijn aandachtspunten binnen de behandeling geweest m.b.t. dit delict*
 - » *Wat zijn valkuilen?*
 - » *Wat zijn nog aandachtspunten?*
 - » *Wat zijn belangrijke aandachtspunten t.a.v. terugvalpreventie*
 - » *Wat zijn afspraken rondom verlof en vrijheden?*
 - » *Zijn er specifieke afspraken in kader van terugvalpreventie bijvoorbeeld afspraken rondom alcoholgebruik?*
Zo, ja welke?
-

» **VI. Toekomstperspectief**

- » *Hoe ziet het toekomstperspectief van de cliënt eruit?*
 - » *Wat zijn de wensen en zorgbehoeften van de cliënt?*
-

156

16.5 Procedure

Bij een uitplaatsing is de maatschappelijk werker de contactpersoon tussen de behandelkliniek en de nieuwe wooninstelling. Hij zorgt voor de verblijfsindicatie waarmee de plaatsing wordt gefinancierd en hij is verantwoordelijk voor de voorbereidingen voor de plaatsing. Hij zendt de benodigde rapportage aan de wooninstelling en hij plant een afstemmingsoverleg tussen de persoonlijk begeleider en behandelverantwoordelijke en het toekomstige woonbegeleidingsteam. Vanzelfsprekend wordt de cliënt voortdurend op de hoogte gesteld van de vorderingen en is hij het ook eens met zijn plaatsing in die vervolgvoorziening. Wanneer de cliënt definitief geaccepteerd is, worden er vervolgafspraken gemaakt over het proces van uitplaatsing en de plaatsingsvoorwaarden waar cliënt en wooninstelling zich aan zullen houden. Onderwerpen die hierbij worden vastgelegd zijn bijvoorbeeld de afspraken rondom terugnamegarantie, de nazorg en ondersteuning die geboden wordt en de data van evaluatiebesprekingen.

De persoonlijk begeleider is de spil in de rehabilitatie. Hij verhuist als het ware de cliënt, praktisch, sociaal en emotioneel, en bezoekt hem in het begin nog regelmatig. Hij neemt met de cliënt de week door. Dit doet hij eveneens met diens persoonlijk woonbegeleider: hij legt de verbinding tussen het gedrag van de cliënt en de gewenste, effectieve benaderingswijze; hij koppelt het gedrag van de cliënt aan het signalerings- en terugvalpreventieplan; hij verduidelijkt de contacten met het sociaal netwerk. Op deze wijze draagt de persoonlijk begeleider bij aan een goede sturing van het alledaagse gedrag van de cliënt en de ervaringen die hij opdoet. Hij stimuleert het contact tussen de cliënt en zijn nieuwe persoonlijk begeleider en zijn nieuwe woonomgeving. Waar het mogelijk is, treedt hij naar de achtergrond. Zo wordt geleidelijk aan en als vanzelf het contact met de persoonlijk begeleider van de behandelkliniek afgebouwd en wordt het contact van de cliënt met de nieuwe woonomgeving verstevigd.

Na vier weken vindt er een eerste evaluatiebespreking plaats, waar de eerste ervaringen met de geplaatste cliënt multidisciplinair worden besproken. Hierbij zijn naast de persoonlijk begeleider en de behandelverantwoordelijke, de persoonlijk begeleider, de unitleider en de orthopedagoog/psycholoog van de wooninstelling aanwezig. De levensdomeinen en de persoonlijke domeinen van de cliënt worden besproken en ook de actualiteit van het signaleringsplan en terugvalpreventieplan zijn onderwerp van gesprek tijdens de evaluatiebespreking.

Wanneer het proces naar wens verloopt, worden afspraken gemaakt over het terugbrengen van de bezoekfrequentie van de persoonlijk begeleider van eens in de twee, dan drie en vervolgens naar eens in de vier weken; er wordt na twee maanden, en daarna na drie maanden een evaluatie gepland. De cliënt is dan een half jaar in zijn nieuwe woonomgeving. Een laatste evaluatie vindt plaats omstreeks één jaar na plaatsing, waarmee het rehabilitatieproces wordt afgesloten.

157

16.6 Rapportage

Elke zes weken stuurt de wooninstelling een schriftelijke rapportage volgens vastgestelde punten (Hoeve Boschoord, 2009) over de voortgang van de plaatsing aan de behandelkliniek. Van de multidisciplinaire evaluatiebesprekingen worden notulen gemaakt door de instelling waar de cliënt geplaatst is en de laatste zorgt voor verspreiding van deze notulen onder de deelnemers van het rehabilitatieproces. Vanuit de behandelkliniek wordt de rehabilitatie van de cliënt nadrukkelijk gevolgd en de zesweekse rapportage dwingt min of meer het woonbegeleidingsteam om het rehabilitatieproces van de cliënt vanuit een grotere afstand te bekijken en hierop te reflecteren.

Voorbeeld van periodieke informatie

» **Beeldvorming**

- » *Contact met persoonlijk begeleider en overige begeleiders.*
 - » *Contact/omgaan met bewoners woonvoorziening.*
 - » *Omgaan met afspraken, planning, agenda.*
 - » *Openheid in gesprekken.*
 - » *Stemming.*
 - » *Sterke/zwakke kanten.*
-

-
- » **Rapportage over vaste relevante zaken**
 - » A.D.L. (hygiëne, financiën, dag-/nachtritme).
 - » Daginvulling, vrijetijdsinvulling, zelfredzaamheid.
 - » Incidenten (verbale en fysieke agressie, weglopen, manipuleren, e.d.).
-

- » **Contacten met sociaal (familie) netwerk;**
 - » Vrijheden en verlof.
 - » Alcohol- en drugsgebruik.
 - » Risicogedrag, probleemgedrag.
-

- » **Arbeidsmatige activiteiten/dagbesteding**
 - » Contact op het werk met begeleiders/collega's.
-

- » **Conclusie**
-

- » **Vooruitblik**
 - » Voorstellen t.a.v. de komende periode.
-

Tot slot

Rehabilitatie is een kwetsbare behandelfase, waarin een cliënt in een nieuwe leefomgeving, waarin andere rollen en competenties van belang zijn, het risico loopt te destabiliseren. Rehabilitatie als behandelfase heeft de belangrijke functie om de transfer van het geleerde door de cliënt te begeleiden naar de nieuwe woonomgeving en de deskundigheid en ervaringen die opgedaan zijn met deze cliënt over te brengen op het nieuw woonbegeleidingsteam. Positieve ervaringen zijn met deze werkwijze opgedaan in het rehabilitatietraject van licht verstandelijk gehandicapte cliënten met een ter beschikking stelling (TBS). Het werken met dit rehabilitatiemodel vergroot de kansen van een succesvolle uitplaatsing: door de coaching en ondersteuning vanuit de behandelkliniek wordt de nieuwe woonomgeving gedegen ingeleid en kunnen de competenties van de cliënt worden geactualiseerd en gestabiliseerd.

Casus Boris

- » *Boris: 'Ik ga niet meer in de fout. Ik zal bewijzen dat ik het kan. Ik weet dat het mij gaat lukken, als ze maar vertrouwen in mij hebben. Ik ben niet agressief en ik weet dat drank meer kapot maakt dan mij lief is. Iedereen zegt wel dat het moeilijk voor mij zal zijn in het begin: allemaal nieuwe mensen, een nieuwe kamer en ander werk, Ik moet weer sociale contacten opbouwen. Maar waarom zou het mij niet lukken? Mijn persoonlijk begeleider Jannes komt me wel opzoeken, maar dat hoeft niet; ze zeggen dat ik licht verstandelijk gehandicapt ben, maar ik ben geen klein kind meer. Het was wel leuk dat mijn oude persoonlijk begeleider ook nog even langs kwam bij het afscheidetentje op de groep. Ze waren er allemaal. Ik zal ze nog missen. Maar niet meer aan denken 'de kop d'r veur' zegt mijn moeder dan. Moeten we nu al eten? Ik dacht dat ik geroepen werd, dat ben ik gewend. Al die namen die onthoud ik nooit. Waar moet ik zitten? Straks nog even verder met mijn kamer inrichten. Ze willen me allemaal wel helpen, wel een beetje nieuwsgierig. Gelukkig heeft een begeleider even tijd om wat dingen uit te leggen. Hier hebben ze ook allemaal regels! En ik moet me aan- en afmelden als ik wegga. Maandag ga ik naar mijn werk. Ik word er de eerste paar keren naar toegebracht en dan mag ik alleen op de fiets. Het*

is een kort stukje aan de andere kant van het dorp. De werkmeester is wel aardig. Hij stelt me voor aan de anderen en legt me uit wat ik moet doen. In de pauze komt hij bij me zitten en vraagt of het allemaal wel lukt. Ik ben blij dat ik iets te doen heb. In het centrum zijn drie cafés. Ik fiets er elke dag langs als ik naar mijn werk ga. Eén heeft een groot terras. Met dit mooie weer zitten er altijd jongens en meisjes met een pilsje.

Dat ziet er wel gezellig uit. Maar dat ga ik niet doen!

Jannes komt voor de vierde keer. Hij is wel tevreden over mij. Ze gaan vandaag evalueren. Dan gaan ze het er zeker ook over hebben dat ik deze week twee keer kwaad ben geweest. Het was ook hun eigen schuld. Ik heb ze gewaarschuwd dat ze mij met rust moeten laten. De begeleider zei dat ik in fase twee van mijn signaleringsplan zat. Dat was dan maar heel kort. Ik was meteen weer rustig toen ik even op mijn kamer was. Jannes heeft uitgelegd dat ik vaak zo reageer en wat de begeleider dan het beste kan doen: mij even met rust laten en dan er over praten. Dat helpt het beste, maar ze moeten me wel serieus nemen. Ze hebben het er ook gehad over de weg naar mijn werk. Misschien dat ik wel onrustig word omdat ik langs die cafés fiets. Jannes vindt dat een riskante route; dat staat ook zo in mijn terugvalpreventieplan. Er is ook nog een andere route, die is maar een paar honderd meter langer. Dat is wel beter.

Het is trouwens wel fijn dat Jannes zoveel komt. Hij kan het allemaal beter uitleggen dan ik, en ik kan beter aan hem vertellen wat ik gedacht en gevoeld heb. Met Mariska, mijn nieuwe woonbegeleider weet ik het nog niet zo. Die doet wel heel anders. Die zegt precies waar het op staat. Jannes zegt dat het wel goed komt, maar het heeft nog even tijd nodig.

Mijn vrijheden worden nog niet uitgebreid. Jannes vindt mij nog te onrustig. Hij vindt het wel belangrijk dat ik me eerst wat meer op mijn plek voel hier. Terwijl Mariska al tegen mij gezegd had dat ik wel alleen in de omgeving mocht fietsen, toen ik er om vroeg. Maar Jannes kent mij wel beter.

Met Mariska ben ik naar mijn ouders geweest. Ze heeft verteld waar ik nu woon en dat de bezoekenregeling hetzelfde blijft: één keer in de vier weken kom ik begeleid op bezoek. Jannes heeft gezegd dat dit het beste is. Mijn ouders drinken nogal stevig en dat is niet goed voor mij. Mijn ouders vonden Mariska wel leuk.

Jannes komt nu één keer in de vier weken en na de volgende evaluatie, dan ben ik al een half jaar hier, komt hij af en toe een keer en hij belt me nog eens. Dat is wel goed, want ik weet toch niet meer zo goed wat ik met hem moet bepraten. Ik vertel alles aan Mariska. Hij heeft nog wel gezegd dat Mariska mij moet aanmelden bij het gehandicaptenvoetbal. Dat doe ik graag. Ik kan met een paar jongens van de woongroep goed opschieten. Het gaat nu wel goed.'

.....

Referenties

Hoeve Boschoord-Trajectum (2009). Basisinformatie bij uitplaatsing en Format 6-weekse. Wilhelminaoord: Resocialisatie-afdeling.

Ten Wolde, A.C., Le Grand, B., Slagter, J., & Storms, M. (2006). *Vaardig en Veilig. Behandeling van sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapte mensen met risicovol gedrag.* Boschoord: Hoeve Boschoord.

Werkgroep risicotaxatie forensische psychiatrie (2002). Handleiding HKT-30. Risicotaxatie in de forensische psychiatrie.

Wilken, J.P., & Den Hollander, D. (2000). *Systematisch rehabilitatiegericht handelen op basis van een integrale benadering.* In: M. Nuy (Red), *Rehabilitatie. Een oriëntatie en een beschrijving van drie benaderingswijzen.* Utrecht: SWP.

Deel C: De Organisatie



17

Annouschka Roos

PROFESSIONALISERING VAN BEGELEIDINSTEAMS

163

In de voorgaande hoofdstukken is de doelgroep SGLVG beschreven en is uiteengezet hoe de behandeling van het complexe gedrag van deze cliënten vorm en inhoud krijgt. Ook is duidelijk gemaakt dat begeleiders een centrale rol spelen in de behandeling van SGLVG-cliënten. Een goede kwaliteit van behandeling vraagt om deskundige begeleiders die weten wat hun vak inhoudt. In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe professionaliteit van begeleiders en begeleiderteams concreet kan worden gemaakt, gestimuleerd kan worden en kan worden bewaakt.

17.1 Competenties van begeleiders

Bij SGLVG-cliënten is er sprake van meervoudige problematiek: een verstandelijke beperking, psychiatrische problemen en risicovol gedrag. Aangezien begeleiders een belangrijke rol spelen in de behandeling van deze cliënten, moeten zij voldoende kennis en kunde hebben op deze verschillende gebieden en moeten zij op een goede wijze met deze meervoudige problematiek om kunnen gaan. Een begeleider is 'competent' als hij over voldoende kennis en vaardigheden beschikt om een goede kwaliteit van zorg te kunnen bieden. Om concreet te maken welke kennis, attitudes en vaardigheden een begeleider moet bezitten, worden competenties veelal beschreven in een 'competentieprofiel'. Gezien de complexiteit van de SGLVG-doelgroep, hanteren de Borginstellingen een eigen competentieprofiel (De Borg, 2002). De competenties zoals beschreven in het Borgprofiel kunnen worden onderverdeeld in 3 clusters: 1. kennis en vaardigheden in relatie tot zichzelf, 2. kennis en vaardigheden in relatie tot de cliënt en 3. kennis en vaardigheden in relatie tot samenwerking. Elk cluster kent drie niveaus: basisniveau, verdiepingsniveau en specialistisch niveau (zie tabel met enkele voorbeelden). Een dergelijk competentieprofiel kan op verschillende manieren worden gebruikt. Zo kan het competentieprofiel een middel zijn ten behoeve van de ontwikkeling van de individuele begeleider en samenstelling van het begeleiderteam. Eveneens kan het worden ingezet als middel bij de selectie van begeleiders.

De Borg Competentieprofiel SGLVG

	Basisniveau	Verdiepingsniveau	Specialistisch niveau
Kennis en vaardigheden in relatie tot zichzelf	De begeleider is in staat om te reflecteren op het eigen handelen binnen laagcomplex, standaardsituaties. Hij beschikt over competenties als afstand nemen van probleemgedrag, met eigen spanning omgaan en conflicthantering.	De begeleider is in staat om de competenties van het basisniveau toe te passen in middencomplex, standaardsituaties. Hij beschikt over competenties als het uitvoeren van een interactieanalyse.	De begeleider is in staat om de competenties van het basisniveau toe te passen in niet-gestandaardiseerde complexe situaties. Hij beschikt over competenties als hanteren van gesprekstechnieken en coaching van een collega op een lager niveau.
Kennis en vaardigheden in relatie tot de cliënt	De begeleider maakt kennis met en wordt zich bewust van de rol van de begeleider met betrekking tot diagnostiek, begeleiding en behandeling.	De begeleider heeft inzicht in zijn rol met betrekking tot diagnostiek, begeleiding en behandeling en kan dit uitvoeren onder begeleiding van een ervaren collega die functioneert op het specialistisch niveau.	De begeleider beheerst de coördinatie van de begeleiding en behandeling.
Kennis en vaardigheden in relatie tot samenwerking	De begeleider (her)kent de succesfactoren en complicerende factoren die van invloed zijn op de samenwerking.	De begeleider kan succesfactoren en complicerende factoren die van invloed zijn op de samenwerking bespreekbaar maken in het eigen team.	De begeleider richt zich op oplossingen en gerichte interventies ten aanzien van de samenwerking.

17.2 De samenstelling van het team van begeleiders

Een behandelteam SGLVG is multidisciplinair en bestaat dus uit verschillende functionarissen (Van Dijk, Storms, Terpstra, Verberne & Roos, 2008). Echter, ook binnen het team van begeleiders is er sprake van verschillen. Het is namelijk niet realistisch om te verwachten en ook niet noodzakelijk dat alle begeleiders in gelijke mate competent zijn. Om een kwalitatief goede behandeling te kunnen bieden is het belangrijk is dat vooral teambreed alle benodigde competenties voldoende aanwezig zijn. Dit kan worden bereikt door het zorgvuldig samenstellen van het team. Hierbij zal steeds de vraag rijzen of het team beschikt over de nodige kwaliteiten en vaardigheden die zijn vereist om de gevraagde behandeling vorm te kunnen geven. Ten eerste is het van belang dat een team wordt samengesteld uit begeleiders met uiteenlopende achtergronden gerelateerd aan de VG, GGZ en de forensische zorg. Dit zorgt er voor dat de verschillende invalshoeken vertegenwoordigd zijn. Ten tweede wordt een team samengesteld uit mensen die zich in verschillende stadia bevinden met betrekking tot hun competentieontwikkeling. Bij elk stadium horen bepaalde competenties en bepaalde taken die te maken hebben met het behandelproces. We noemen dit functie- en takendifferentiatie.

Globaal genomen is er sprake van drie niveaus: begeleiders, tweede verantwoordelijken en eerste verantwoordelijken. De benaming van de verschillende functies zal per instelling verschillen, de bijbehorende taken zullen echter grotendeels overeenkomen. Elk niveau heeft een specifiek aandachtsgebied, taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de behandeling, waarvoor een bepaalde mate van ontwikkeling van competenties vereist is. Zo zal de begeleider zich vooral bezig houden met het gestalte geven van het alledaagse leven van de cliënt binnen het therapeutisch klimaat. Een tweede verantwoordelijke heeft als aandachtsgebied de coördinatie van de uitvoering van de behandeling van een of meerdere cliënten. Hij/zij is aanspreekpunt voor de cliënt, het netwerk en andere betrokken disciplines en eventueel instanties. Hij/zij maakt de vertaalslag van het behandelbeleid naar de werkvloer, verzamelt relevantie informatie van alle betrokkenen rondom de cliënt en koppelt dit terug aan de gedragskundige. Een eerste verantwoordelijke heeft veelal een specialistisch aandachtsgebied in de rol van trainer, bijvoorbeeld binnen de basismodules (vaardigheidstrainingen, psycho-educatiemodules) of bij specialistisch therapeutische modules.

165

17.3 De ontwikkeling van het team van begeleiders

Hoewel de kwaliteit van het team vooral afhangt van een goed evenwicht in aanwezigheid en niveau van alle benodigde competenties, is het ook gewenst dat begeleiders zich individueel kunnen ontwikkelen en dat de teams als geheel zich ontwikkelen. Veelgebruikte methoden hiertoe zijn POP/PAP plannen, intervisie en teamtrainingen.

17.3.1 POP en PAP

Iedere individuele medewerker ontwikkelt zich op een eigen wijze en in een eigen tempo. Veel organisaties maken tegenwoordig dan ook gebruik van competentie management als onderdeel van hun Human Resource Management (HRM). Managers beoordelen hun medewerkers op basis van competenties en ontwikkeltrajecten voor begeleiders worden aan de hand van competenties uitgezet. Om een ontwikkeltraject te starten is het nodig dat helder wordt gemaakt wat het doel is van het traject en langs welke weg dit doel bereikt gaat worden. Bij competentie management wordt hiervoor gebruik gemaakt van een zogenaamd 'Persoonlijk OntwikkelPlan' (POP) en 'Persoonlijk ActiviteitenPlan' (PAP) (Van Leest, 2004). Een POP is een 'ontwikkelingscontract' tussen werkgever en werknemer waarin de werknemer duidelijk maakt ten aanzien van welke competenties hij/zij zich

verder zal ontwikkelen. Zo wordt het mogelijk om de organisatiedoelen van de werkgever en de ambities van de werknemer op elkaar af te stemmen. In het ideale geval gaan de ontplooiing van de werknemer en het streven van de werkgever hand in hand.

De uitgangspunten bij het opstellen van een POP zijn dan ook tweeledig. Zowel de uitgangspunten vanuit het perspectief van de werkgever, zoals de lange-termijn doelen van de organisatie, de functie-eisen en het functioneren van de werknemer, als de uitgangspunten vanuit het perspectief van de werknemer, zoals de loopbaanwensen, geven richting aan het POP. In de praktijk leidt een POP overigens tot een voortdurend leerproces: ontwikkeling gaat geleidelijk en leerdoelen kunnen veranderen naarmate er sprake is van meer of minder ontwikkeling.

In het POP wordt dus de gewenste ontwikkeling beschreven. Vervolgens zal met behulp van het PAP concreet moeten worden gemaakt hoe de begeleider de gewenste ontwikkeling wil realiseren. Met andere woorden: welke leeractiviteiten worden gebruikt om het doel te bereiken? Bij leeractiviteiten kan worden gedacht aan het volgen van een opleiding of literatuurstudie. Maar ook het praktijkgericht leren is mogelijk, bijvoorbeeld door andere accenten aan te brengen in het takenpakket zoals een bepaald overleg voorzitten of deelnemen aan een project. Een concreet voorbeeld van ontplooiingsmogelijkheden die De Borg biedt is de leergang begeleider SGLVG in samenwerking met VDO Opleiding en advies van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. In dit leertraject wordt de praktijkopdracht afgestemd op de persoonlijke leerdoelen van de begeleiders en in het PAP worden de leerdoelen weggezet in een tijdsplanning.

166

Het werken met ontwikkelplannen heeft veel voordelen. Wanneer begeleiders in de gelegenheid worden gesteld om te werken met een POP, wordt hen de kans geboden om stappen te ondernemen ten aanzien van de persoonlijke wensen in hun loopbaancarrière. Met het benutten van deze kans kan men zich bijvoorbeeld richten op een vakinhoudelijke ontwikkeling of doorgroeimogelijkheden. De kans dat begeleiders hun werkmotivatie, uitdaging of interesse verliezen wordt hiermee beperkt. Door actief gebruik te maken van het competentieprofiel kan de begeleider ook zelf de regie over zijn eigen ontwikkeling in handen nemen.

17.3.2 Intervisie

Een veelgebruikte methode ter bevordering van ontwikkeling, zowel individueel bij een persoonlijke leervraag, als teamgericht bij een gezamenlijk praktijkprobleem, is intervisie. Intervisie is een vorm van deskundigheidsbevordering waarbij medewerkers een beroep doen op collega's om mee te denken over persoons- en functiegebonden vragen en knelpunten uit de dagelijkse praktijk. Dit gebeurt niet door het aandragen van oplossingen maar door het stellen van vragen om zo, met behulp van eigen analytisch en probleemoplossend vermogen, zicht te krijgen op het ingebrachte probleem en hoe hierin te handelen. De inbrenger combineert de verschillende invalshoeken, deskundigheden en ervaringen van collega's om situaties uit de praktijk te verhelderen en te bewerken met als doel een vergelijkbare situatie in de toekomst met vernieuwde inzichten tegemoet te kunnen treden. Intervisie levert ook een bijdrage aan de ontwikkeling van het vermogen te reflecteren van groepsleden. Inzicht in en denkprocessen die van invloed zijn op gebeurtenissen in de dagelijkse werksituatie worden gezamenlijk onderzocht, geëvalueerd en expliciet gemaakt. De deelnemers aan intervisie krijgen hierdoor meer greep op hun eigen leer- en denkprocessen die vervolgens de effectiviteit van hun handelen ten goede komt. Intervisie kan dus heel wat opleveren, maar vraagt in eerste instantie ook het nodige van de deelnemers. Wil intervisie effectief ingezet kunnen worden dan doet dit voornamelijk een beroep op competenties als effectief vragen stellen, luisteren, feedback geven en ontvangen en zelfreflectie.

Thema's die bijvoorbeeld met behulp van intervisie kunnen worden onderzocht zijn: omgaan met spanningen, omgaan met conflicten, lastige situaties in gesprekken etc.

Er zijn diverse intervisiemethoden die alle hun eigen aanpak en doelstelling hebben. Om een intervisiemethode te kunnen kiezen is het belangrijk het doel van de intervisie helder te hebben en een keuze te kunnen maken voor een methode passend bij de situatie en de groepssamenstelling. Een aantal welbekende intervisiemethoden zijn de Delphi methode, het lateraal denken en de Socratische methode.

De Delphi methode is een verbeterde manier van brainstormen. Bij brainstormen wordt gebruikgemaakt van associaties, connecties en combinaties van verschillende ideeën om tot nieuwe ideeën te komen. Het nadeel van deze methode is dat dominante deelnemers vaak de minder dominante groepsleden ondersneeuwen of dat deelnemers hun echte mening niet durven geven. Deze nadelen worden vermeden bij de Delphi methode. Bij lateraal denken is de doelstelling om nieuwe manieren te vinden om tegen zaken aan te kijken: het probleem oplossen door gebruik te maken van niet-traditionele methoden. Bij de Socratische methode tenslotte is niet het oplossen van het probleem maar zelfonderzoek, of gezamenlijk onderzoek en het bepalen van de essentie van een kwestie de oorspronkelijke doelstelling.

17.3.3 Teamtrainingen

POP's en PAP's richten zich op de individuele ontwikkeling van begeleiders. Intervisie kan zowel worden ingezet voor ter bevorderingen van de deskundigheid van een individu als van het hele team. Om specifiek teambrede ontwikkelingen in gang te zetten zijn interactieve teamtrainingen een goede methode. Hierbij kan worden gedacht aan team-interactietrainingen, veiligheidstrainingen (zoals CFB: Controle Fysieke Beheersing) op maat. Deze teamtrainingen richten zich op de onderlinge samenwerking, waarbij het accent bij de interactietrainingen zal liggen op communicatie en teambuilding en bij veiligheidstrainingen op de omgang met agressie incidenten.

167

17.4 Behoud van begeleidingsteams

Naast een zorgvuldig beleid rondom het ontwikkelen van begeleiders is een zorgvuldig beleid gericht op behoud van begeleiders minstens zo belangrijk om stabiele, goed functionerende begeleidingsteams te behouden. Hiertoe kan competentie management als middel worden ingezet. De werkgever bevordert met behulp van het competentie management niet alleen de kwaliteit van het werk en hiermee de kwaliteit van de zorg die wordt geleverd, maar levert eveneens maatwerk op het gebied van arbeidstevredenheid. Arbeidstevredenheid heeft op zijn beurt ook weer een positief effect op de kwaliteit van het geleverde werk. Begeleiders zijn immers de motor van de organisatie, tevreden begeleiders houden de motor geolied. Door als teamleider de capaciteiten van mensen goed te benutten, hen ontplooiingskansen en daarmee een loopbaan perspectief te bieden, kan actief worden gewerkt aan behoud van personeel.

Continue voortgang en de uitvoering van zorg lijden onder sterke personeelwisselingen. De werkdruk in de zorg is hoog en hiermee is het verzuim binnen de zorg groot. Het onderwerp verzuim verdient hiermee dan ook de nodige aandacht in het kader van personeelsbehoud. Om personeelstekorten door verzuim zo klein mogelijk te houden is het belangrijk dat richtlijnen voor verzuimpreventie worden gehanteerd. Een actief verzuimbeleid is hier een voorbeeld van. Een actief verzuimbeleid richt zich niet alleen op zieke medewerkers maar heeft ook oog voor preventie. Hoge werkdruk en de complexe doelgroep zijn risicofactoren voor verzuim. Voor begeleiders onderling maar zeker ook voor de teamleider is het belangrijk dit te erkennen en te herkennen

zodat bijtijds de nodige interventies kunnen worden ingezet om te voorkomen dat medewerkers ziek worden. Regelmatig preventief aandacht voor het onderwerp verzuim en openheid rondom risicofactoren is dan ook belangrijk. Er zijn echter binnen meerdere interventies noodzakelijk ten aanzien van het voorkomen van verzuim. Gezien het risicovolle gedrag van veel cliënten is het van belang beleid te voeren ten aanzien van veiligheid. Hierbij kan gedacht worden aan trainingen voor persoonlijke veiligheid, maar ook aan eenduidige huisregels (bijvoorbeeld: 'het in bezit hebben van scherpe voorwerpen is niet toegestaan') en teamafspraken (bijvoorbeeld: 'iedereen is verplicht een persoonlijk alarm te dragen').

Tenslotte zijn arbeidsomstandigheden belangrijk in een dynamische werkomgeving. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan het inroosteren van medewerkers volgens ARBO richtlijnen zoals het inplannen van voldoende rusttijd tussen twee diensten.

17.5 Multidisciplinaire samenwerking

De begeleidingsteams zijn niet op zichzelf staand in de behandeling van SGLVG-cliënten, maar zijn onderdeel van een multidisciplinair team. In deze paragraaf zal worden toegelicht welke rol het team van begeleiders heeft in het multidisciplinaire team en hoe zich dat verhoudt tot de kwaliteit van de begeleidingsteams.

Om de kwaliteit van de begeleidingsteams te kunnen bewaken en bevorderen is het belangrijk dat duidelijk is wie welke verantwoordelijkheid heeft en wat de deelnemers van het samenwerkingsverband van elkaar mogen verwachten. Voor begeleiders is het van belang dat duidelijk is wat de rol is van de gedragswetenschapper en de teamleider. Dit zijn namelijk de disciplines waar zij voornamelijk mee te maken hebben en aan wie zij zich moeten verantwoorden.

De behandeling wordt gecoördineerd door de behandelverantwoordelijke, een GZ-psycholoog of psychiater. Besluitvorming vindt zo veel mogelijk in overeenstemming met het hele behandelteam plaats, maar zo nodig hakt de behandelverantwoordelijke de knopen door. De behandelverantwoordelijke stelt de diagnose maar is daarbij voor een deel afhankelijk van de informatie van andere disciplines. In gezamenlijk overleg wordt het behandelbeleid vervolgens vastgesteld. Dit behandelbeleid wordt door elke discipline uitgewerkt naar aparte discipline-specifieke werkplannen. Het begeleiderteam is verantwoordelijk voor het uitvoeren van de acties die voortkomen uit het 'werkplan wonen' binnen het therapeutische behandelklimaat. De teamleider tenslotte is verantwoordelijk voor het creëren van mogelijkheden en voorwaarden binnen vastgestelde kaders om het begeleiderteam zijn werk te kunnen laten uitoefenen. Alle betrokken partijen hebben de verantwoordelijkheid knelpunten te signaleren die ten kosten (kunnen) gaan van de kwaliteit van de behandeling. Afhankelijk van het knelpunt zal de gedragswetenschapper, bij inhoudelijke vraagstukken, of de teamleider, bij organisatorische vraagstukken, het team begeleiden naar een oplossing. Hieronder een voorbeeld van multidisciplinaire samenwerking in het kader van kwaliteit is de casus van Jeroen.

Casus Jeroen

-
- » *Collega's van Jeroen zijn niet tevreden over bepaalde aspecten in de bejegening van Jeroen. Tegen de afspraken in zou Jeroen meerdere malen hebben verzuimd om Anna (cliënte) aan te spreken op bepaald gedrag. De collega's hebben Jeroen hier al op aangesproken, maar toch gebeurt dit weer. Aangezien het voor Anna belangrijk is dat het team consequent de afspraken nakomt en uitvoert, besluiten zij de teamleider op de hoogte te stellen. De teamleider gaat in gesprek met Jeroen. Uit dit gesprek komt naar voren dat Jeroen eigenlijk de gemaakte afspraken niet goed*

begrijpt en dat hij meerdere collega's heeft gesproken die eigenlijk ook niet zo goed begrijpen waarom bepaalde keuzes zijn gemaakt. Samen komen Jeroen en zijn teamleider overeen dat Jeroen het beleid zal moeten volgen wat door de gedragwetenschapper is uitgezet. Op de vraag van de teamleider aan Jeroen wat hij daarvoor nodig heeft is zijn antwoord dat hij meer inzicht zou willen hebben in de problematiek van Anna. Jeroen heeft wel ideeën over een oplossing: omdat meerdere collega's kampen met onduidelijkheid stelt Jeroen voor om de gedragwetenschapper te vragen samen met hem een les voor te bereiden over Anna. De teamleider en de gedragwetenschapper gaan akkoord met het voorstel. Jeroen en de teamleider kijken samen naar de mogelijkheid voor Jeroen om deze les voor te kunnen bereiden.

.....

Tot slot

De zorg in Nederland is continu aan veranderingen onderhevig. Zo vragen bijvoorbeeld bezuinigingen en maatschappelijke ontwikkelingen om aanpassingen van zorgorganisaties. Een ontwikkeling van de afgelopen jaren is bijvoorbeeld de omslag van aanbodgerichte naar vraaggerichte zorg. Wil een organisatie kwalitatief goede zorg bieden, dan zal in het zorgaanbod rekening moeten worden gehouden met deze ontwikkelingen. Dit vraagt om veranderingen binnen de zorgorganisatie, en dus om aanpassingen van de competenties van begeleiders. Een recente ontwikkeling is bijvoorbeeld de toename van de vraag naar forensische SGLVG-behandelplaatsen. Wil een organisatie meegaan in deze ontwikkeling door behandelplaatsen te creëren voor deze SGLVG-cliënten met een juridische maatregel tot besloten plaatsing in een behandelkliniek, zal de organisatie de behandelvoorziening moeten aanpassen aan de eisen die justitie stelt. Ook zullen medewerkers hun kennis ten aanzien van het vereiste beveiligingsniveau en de juridische terminologie moeten verruimen.

169

Zowel de werkgever als de werknemer heeft een verantwoordelijkheid in het op peil houden en verbeteren van de kwaliteit van de geleverde werkzaamheden. De werkgever door de begeleider de kans te bieden tot individuele ontwikkeling, de begeleider door de verantwoordelijkheid te nemen zich te ontwikkelen.

Referenties

De Borg (2002). *Competenties SGLVG leergang.*

Van Dijk, F., Storms, M., Terpstra, L., Verberne, G., & Roos, J. (Red.) (2008). *Behandelvisie(forensische) SGLVG.* Utrecht: De Borg.

Van Leest, S. (2004). *Maak je eigen POP.* Academic Service.

Interessante websites die meer informatie geven over de paragrafen uit dit hoofdstuk zijn:

www.leren.nl

www.minvws.nl

www.zelfontplooiing.nl/intervisie.html

www.cop.hva.nl

www.groepsdynamiek.nl

www.isisq5.nl

18

Nico Overvest

Financiën en BEDRIJFSPROCESSEN

171

Behandeling kost veel geld. Behalve de salarissen van de begeleiders, staf en management zijn er veel zaken die moeten worden betaald: het onderhoud van het gebouw, verwarming, eten voor cliënten etc. Geld dat wordt opgebracht door alle burgers van het land. Dat vind je op je eigen loonstrookje terug in het percentage dat wordt ingehouden voor de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) en de inkomstenbelasting. Dit kan een spanning opleveren tussen de professional en de burger. Professionals willen goed behandelen, burgers stellen grenzen aan wat ze willen betalen.

18.1 Inleiding

De kwaliteit van de behandeling van cliënten wordt vergroot doordat verschillende professionals zoals begeleiders, vaktherapeuten, gedragkundigen en psychiaters hun aandeel leveren. Een effectieve, kwaliteitsverhogende inzet van al die professionals is alleen mogelijk als de verschillende bijdragen goed op elkaar zijn afgestemd. Die afstemming moet worden georganiseerd.

Bij de kwaliteit van de behandeling zijn niet alleen professionals binnen een instelling betrokken, maar ook vele externe partijen. Dat betreft verwijzers, indicatiestellers, zorgverzekeraars, inspectie, beroepsverenigingen, de brandweer, de Voedsel en Waren Autoriteit etc. Elk van deze stakeholders (belanghebbenden) vraagt van de instelling om rekening te houden met specifieke aspecten van de kwaliteit van de behandeling.

In dit hoofdstuk wordt de financiering van de zorg (medio 2009) besproken, waarbij in het bijzonder wordt ingegaan op de financiering van de behandeling van mensen met een verstandelijke beperking in combinatie met ernstige gedragsstoornissen en/of psychiatrische stoornissen. Daarna wordt ingegaan op de wijze waarop het toezicht op de kwaliteit van de behandeling is georganiseerd. De rol van een aantal stakeholders komt aan bod. Uiteengezet wordt hoe al deze partijen de bedrijfsprocessen op een afdeling mee beïnvloeden. Tenslotte wordt ingegaan op de mogelijkheden voor de begeleider zelf om een bijdrage te leveren aan de opgave om voldoende 'handen aan het bed' te hebben. Dit laatste is namelijk van groot belang voor de arbeidstevredenheid van de begeleiders zelf en als het goed is, levert het daarbij een bijdrage aan de kwaliteit van de behandeling.

172

18.2 Financiering van de zorg

De rijksoverheid heeft de wettelijk vastgelegde taak om ervoor te zorgen dat de zorg in Nederland toegankelijk is, betaalbaar en van goede kwaliteit. De manier waarop deze taken worden uitgevoerd is vaak in het nieuws: wachtlijsten bij ziekenhuizen, de hoogte van de verzekeringspremie en ingrepen van de inspectie.

Om goede zorg te kunnen blijven bieden is door de jaren heen een uitgebreid stelsel ontworpen. In dit stelsel wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende soorten zorg. In de eerste plaats kunnen we denken aan de zogeheten langdurige onverzekerbare zorg. Deze zorg wordt betaald uit de AWBZ en is bedoeld voor mensen die levenslang op zorg zijn aangewezen, zoals dit geldt voor veel mensen met een verstandelijke beperking. Het eventuele recht op zorg wordt vastgesteld door een onafhankelijk orgaan: het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). De aard en omvang van de mogelijk (klinische) zorg is vastgelegd in Zorg Zwaarte Pakketten (ZZP's). Voor elk ZZP is vastgelegd welke financiële vergoeding daarbij hoort (TIAS, 2006/2007).

De afgelopen jaren is het geld van de AWBZ voor een deel herverdeeld. De kosten van de thuiszorg zijn ondergebracht in de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). De gemeente is daarmee verantwoordelijk geworden voor de zorg die in de eigen gemeente wordt geboden. De kosten van het eerste jaar van een klinische opname zijn ondergebracht in de Zorg Verzekerings Wet (ZVW). De gedachte hierbij is dat een klinische opname immers niet tot een levenslange opname hoeft te leiden en daarom ook niet onverzekerbaar hoeft te zijn. Het recht op deze zorg wordt vastgesteld na een verwijzing van de huisarts. De zorgverzekeraar koopt de zorg in bij een zorgaanbieder via een Diagnose Behandel Combinatie (DBC). Dit systeem is algemeen gebruikelijk in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Recent is de financiering van de zorg voor mensen bij wie sprake is van een justitiële titel overgebracht van de AWBZ naar het Ministerie van Justitie. Deze zorg is bedoeld voor mensen bij wie zowel sprake is van een delict als van een gedrags- en/of psychiatrische

stoornis. Justitiële titels zijn bijvoorbeeld een bijzondere voorwaarde bij een voorwaardelijke gevangenisstraf, reclasseringstoezicht etc. De reden voor deze wijziging is dat de zorg op deze manier beter toegankelijk wordt voor mensen die delicten hebben gepleegd. En ook dat goede zorg een bijdrage levert aan het verminderen van het plegen van nieuwe delicten. In de financiering van de zorg sluit Justitie zoveel mogelijk aan bij wat in de GGZ gebruikelijk is. De geboden zorg wordt daarom zoveel mogelijk beschreven in DB(B)C's: Diagnose Behandel en Beveiliging Combinaties (Programma Vernieuwing Forensische Zorg, 2009).

Het systeem van de financiering van de zorg is vooral gericht op grote groepen cliënten. In de Borginstellingen worden altijd cliënten opgenomen die kenmerken hebben van meerdere van zulke grote groepen cliënten. Als gevolg van een verstandelijke beperking hebben ze namelijk langdurige zorg nodig (AWBZ). Omdat er echter ook sprake is van gedragsstoornissen en/of psychiatrische stoornissen hebben cliënten behandeling nodig die het eerste jaar uit de ZVW gefinancierd zou moeten worden. Op voorstel van de Borg heeft het ministerie van VWS in 2006 daarom besloten om de behandeling die in de Borginstellingen wordt geboden onder te brengen in een eigen ZZP: 'ZZP1 SGLVG' (Nederlandse Zorgautoriteit, 2009). Hierdoor wordt erkend dat het gaat om een combinatie van langdurige zorg en op verbetering gerichte behandeling. Dit bijzondere ZZP past niet goed in het algemene systeem van de AWBZ. Hierdoor moet er door de Borginstellingen extra aandacht worden besteed aan de afstemming met het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en de verwerking van allerlei administratieve gegevens.

Ook wat betreft de financiering van zorg door Justitie nemen de Borginstellingen een bijzondere positie in. Dit wordt voor een deel veroorzaakt door het gegeven dat een aantal Borginstellingen VG-instellingen zijn die alleen werken met ZZP's. Het invoeren van DB(B)C's vraagt om aparte software en het invoeren van andere gegevens dan bij een ZZP gebruikelijk is. Een belangrijker probleem is echter dat verstandelijke handicap en zwakbegaafdheid (IQ 50 tot 85) worden beschouwd als een stoornis, naast andere stoornissen zoals schizofrenie en verslaving. In de praktijk blijkt dat in de forensische zorg deze groep cliënten in veel geringere mate herkend en erkend wordt, dan verwacht zou mogen worden op grond van verschillende onderzoeken. Het gevolg hiervan is dat veel cliënten met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid voortdurend overvraagd worden.

173

Voor elke zorgaanbieder is het van groot belang die cliënten zorg en behandeling te bieden die passen bij de eigen doelstelling en daarvoor ook de daarbij behorende financiering te verkrijgen. Alleen op die manier kan de behandeling verantwoord worden uitgevoerd. Het vraagt tijd van het management, van verschillende stafleden en van de administratie om zo de 'juiste' cliënten en de 'juiste' financiering bij elkaar te krijgen. De begeleider heeft veelal te maken met zowel cliënten van wie het verblijf wordt gefinancierd op basis van het ZZP1 SGLVG als op basis van een DB(B)C. Bij de financiering op basis van een DB(B)C is de hoogte van de vergoeding mede afhankelijk van het aantal daadwerkelijk geleverde uren therapie. Het is dan ook van belang dat deze uren zorgvuldig geregistreerd worden.

18.3 Kwaliteit van de behandeling

Alle partijen hebben belang bij een goede kwaliteit van de behandeling: de cliënt, de omgeving van de cliënt, professionals, managers en bestuurders, financiers, de politiek, de samenleving. De samenleving vraagt op alle terreinen om transparantie en verantwoording. We zien dat regelmatig op de televisie. Wanneer er een ernstig incident plaatsvindt, is dat vaak reden om wetten en regels aan te scherpen. Dat gebeurt na een brand op Schiphol en ook nadat een patiënt overlijdt in een separeercel.

In de loop van de jaren is daardoor een steeds groter woud aan voorschriften en instanties ontstaan (Price Waterhouse Coopers, 2006). Voor de fysieke veiligheid van medewerkers en cliënten kennen we bijvoorbeeld de BedrijfsHulpVerlening (BHV). De voedselveiligheid wordt gecontroleerd met behulp van het systeem Hazard Analyses Critical Circumstances Points (HACCP). Al deze voorschriften hebben niet rechtstreeks van doen met de kwaliteit van de behandeling, maar ze spelen wel een rol in de kosten die een behandelcentrum moet maken en in de manier waarop de bedrijfsprocessen zijn georganiseerd.

Goede behandeling vraagt om professionele kwaliteit. Deze kwaliteit wordt gevormd in beroepsopleidingen en de voortgang wordt gevolgd in beroepsverenigingen. Voor een aantal beroepen is de kwaliteit wettelijk geregeld in de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG). Begeleiders hebben meestal een achtergrond als verpleegkundige of sociaal pedagogisch hulpverlener. Voor de Borgbehandelcentra is een aanvullende opleiding noodzakelijk. Dat komt door de combinatie bij de cliënten van een verstandelijke beperking, ernstige gedragsstoornissen en/of psychiatrische problematiek en grensoverschrijdend gedrag. Zo'n aanvullende specialistische opleiding bestaat al enkele jaren voor de SGLVG-begeleiders en wordt door De Borg zelf in samenwerking met VDO Opleiding en advies van de Hogeschool van Arnhem Nijmegen uitgevoerd. In 2009 is gestart met een aanvullende opleiding voor beginnende gedragskundigen in samenwerking met de Centrale RINO groep en de VOBC LVG (Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra Licht Verstandelijk Gehandicapten).

174

Behandelcentra willen zelf de kwaliteit van de behandeling toetsen en op een hoger plan brengen. Is de behandeling daadwerkelijk effectief? Hoe kan het beter? Deze ambitie leidt er toe dat wordt geïnvesteerd in wetenschappelijk onderzoek, waarbij ook begeleiders de nodige gegevens aanleveren (wetenschappelijk onderzoek; zie hoofdstuk 20). Een deel van deze gegevens kan ook gebruikt worden voor het dagelijkse beleid op de afdeling. Dit geldt bijvoorbeeld voor het dagelijks registreren van agressie incidenten op de afdeling. Wanneer de instelling op deze manier positieve resultaten met de behandeling boekt, verhoogt dat de reputatie van de instelling, waardoor de maatschappij c.q. de financier eerder bereid is om voor de behandeling te betalen. Cliënten hebben ook 'recht' op een effectieve behandeling en de samenleving op veiligheid.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) ziet namens de samenleving toe op de kwaliteit van de zorg. Daarbij ligt het accent op de individuele cliënt. Met name ziekenhuizen zijn nog al eens in het nieuws omdat bijvoorbeeld operatiekamers niet voldoen aan de eisen. Maar ook in de gehandicaptenzorg en in de psychiatrie is er soms sprake van ernstige incidenten, die grote beroering in de samenleving teweegbrengen en de IGZ in actie brengt. Na het overlijden van een cliënt in een separeercel ontstaat er een acute en grote druk op iedereen die bij de separaties betrokken is, zeker ook op de begeleiders. Voor de instellingen is het van belang om nieuwe ernstige incidenten dan te voorkomen. Soms wordt door de IGZ zelfs een afdeling gesloten, ter bescherming van de cliënt tegen risicovolle ingrepen en ter verzekering dat de cliënt (in de toekomst) een betere behandeling krijgt. Vanzelfsprekend is het sluiten van een afdeling om deze reden ook slecht voor de reputatie van een instelling. De instelling loopt daarmee een groot risico dat de maatschappij en de financier niet meer willen betalen voor de behandeling.

De nieuwste ontwikkeling is dat zorginstellingen zelf gevraagd worden om op een gesystematiseerde manier informatie aan te leveren over tal van aspecten van de kwaliteit van de behandeling. Deze kwaliteit wordt zoveel mogelijk verwoord in zogeheten 'Prestatie Indicatoren'. Voorbeelden van indicatoren betreffen het medicatiegebruik en het aantal separaties. De instelling moet over de resultaten jaarlijks rapporteren. Die rapportage wordt door de RIVM geplaatst op het internet (www.kiesbeter.nl). De burger en de financier kunnen hierdoor gemakkelijk instellingen onderling vergelijken (benchmarking). In de VG-sector ligt het accent

van de Indicatoren vooral op de wijze waarop het langdurig verblijf wordt vorm gegeven. In de (forensische) GGZ ligt het accent op de behaalde resultaten van de behandeling. Voor de cliënten van de Borginstellingen geldt dat zowel de indicatoren in de VG-sector als die in de (forensische) GGZ van belang zijn. Door De Borg wordt er daarom aan gewerkt dat er voor deze cliënten indicatoren komen die rekening houden met zowel de verstandelijke beperking, als de gedragsstoornis en ook met de behoefte aan veiligheid van de samenleving (Inspectie Gezondheidszorg, 2009).

Een prestatie die aparte aandacht verdient is de tevredenheid van cliënten. De Borgbehandelcentra doen daarin mee met metingen die georganiseerd worden door de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN). Deze metingen gaan wel in op de beperkingen waar cliënten mee te maken hebben, maar niet op de vraag hoe cliënten oordelen over de voortgang van de behandeling. Bij een eerdere meting is daarom op initiatief van De Borg een korte vragenlijst toegevoegd. In 2006 was er het mooie resultaat dat gemiddeld over alle Borginstellingen 80% van de cliënten vonden dat zij als gevolg van de behandeling minder problemen hadden.

18.4 Bedrijfsprocessen

De taak van instellingen is het behandelen van cliënten. De processen van het bedrijf moeten daar dan ook in de eerste plaats op zijn ingericht. De problematiek van de cliënten is complex. De behandeling kent daardoor ook vele aspecten die bovendien doelgericht moeten zijn en onderling moeten samenhangen. De behandeling vindt plaats in een samenleving die vraagt om hoge kwaliteit tegen lage kosten, verantwoording en transparantie. De interne organisatie van processen op een behandelafdeling moet zodanig zijn dat aan al deze belangen wordt tegemoet gekomen.

175

In de eerste plaats betreft dit de organisatie van de behandeling. De begeleider speelt een centrale rol in de behandeling en in het dagelijks leven van de cliënt. Hij neemt deel aan het dagelijks overleg met zijn collega's over de stand van zaken op de afdeling, hij speelt een centrale rol in de coördinatie van verschillende behandelactiviteiten met en rond de cliënt. Hij ondersteunt de cliënt bij het oefenen van nieuw gedrag op de afdeling en geeft aan behandelaren en (vak)therapeuten aan wat goed gaat en wat niet. Deze coördinerende en ondersteunende rol is bij cliënten met een verstandelijke beperking van extra groot belang. Tenslotte neemt de begeleider deel aan behandelplan besprekingen.

Voor de begeleider zijn ook diverse randvoorwaardelijke bedrijfsprocessen van veel belang. Een voorbeeld daarvan is de organisatie van het personeelsbeleid, waarbij de jaargesprekken een belangrijke plaats innemen. Een van de onderwerpen die hier aan de orde komen is de ontwikkeling van de medewerker in zijn rol als professional. Wat zijn zijn eigen ambities? Welke mogelijkheden ziet de leidinggevende (professionalisering; zie hoofdstuk 17)?

18.5 Management en begeleiders

Het management van een afdeling staat voor de taak om de afdeling zo te laten functioneren dat alle belanghebbenden daarin tot hun recht komen. Dat is een ingewikkelde taak omdat het er zoveel zijn en omdat sommige belangen moeilijk te verenigen zijn. Het lijkt dus ook wel op de taak van de begeleider. Succesvolle behandeling van cliënten en voor hun taak berekende en enthousiaste medewerkers zijn essentieel voor een goed functionerende afdeling. Dit dient in deze tijd zonder twijfel samen te gaan met financieel verantwoorde

behandeling. Behandeling kan alleen geleverd worden als ervoor betaald wordt en de afdeling niet met verlies draait. Het management werd de afgelopen jaren nog al eens de zwarte piet toegespeeld: zij zouden degenen zijn die de professionals tot wanhoop drijven door steeds meer verantwoording te eisen (Tonkens, 2008). Verantwoordingsplicht is echter een algemene maatschappelijke ontwikkeling, die net als in andere sectoren, ook voor de zorg geldt.

Het beroep begeleider professionaliseert zich de laatste jaren. Dit boek is daar een uiting van. Ook wordt er in het dagelijks werk steeds meer belang gehecht aan bewezen effectieve behandelingen. Het bijvoorbeeld systematisch bijhouden van incidenten geeft een basis om de bejegening van een cliënt of de algemene werkwijze op de afdeling aan te passen. Begeleiders vervullen een essentiële taak in de behandeling van cliënten en daarom is het voor hen zelf en voor de werkuitvoering van belang dat zij hun vak bijhouden en zich blijven ontwikkelen. Dat vormt mede de basis om gezond te blijven en met plezier het werk te kunnen doen.

Tot slot

De financiering van de zorg lijkt soms een vaststaand gegeven maar is dat niet. Van behandelcentra wordt verwacht dat ze op een transparante manier aan de burger en aan de financier laten zien dat ze voor een passende prijs goede kwaliteit leveren. Dit zal in toenemende mate invloed hebben op de interne organisatie en op het dagelijks werk van de begeleiders.

Referenties

Inspectie Gezondheidszorg (2009). *Forensische Prestatie Indicatoren*. Den Haag.

Nederlandse Zorgautoriteit (7 april 2009). *Besluit Raad van Bestuur inzake ZZP-SGLVG-1*. Utrecht.

Price Waterhouse Coopers (2006). *Overzicht administratieve lasten zorgaanbieders*. Utrecht.

Programma Vernieuwing Forensische Zorg (2009). *Kostprijsmodel DB(B)C*.

TIAS, Universiteit van Tilburg (2006/2007). *Colleges opleiding Master of Health Administration*.

Tonkens, E. (2008). *Mondige burgers, getemde professionals*. Amsterdam: Uitgeverij Van Gennep.

19

Nico Overvest

Maatschappelijke ontwikkelingen

177

Begeleiders en hun cliënten maken deel uit van de maatschappij. Een maatschappij die zich voortdurend ontwikkelt en verandert. Dat leidt tot nieuwe mogelijkheden, en tot nieuwe uitdagingen. Zo biedt de 'digitale revolutie', zoals internet, nieuwe mogelijkheden voor de behandeling van cliënten wat betreft seksuele voorlichting, het aanleren van sociale vaardigheden etc. Mogelijkheden waar tot nu toe voor mensen met een lichte verstandelijke beperking en ernstige gedragsstoornissen weinig gebruik van gemaakt wordt.

19.1 Inleiding

Van nieuwe uitdagingen is sprake bij de behandeling van nieuwe Nederlanders, mensen die zelf of hun (groot) ouders niet in Nederland geboren zijn. Nieuwe Nederlanders brengen hun eigen cultuur met zich mee en daarmee eigen opvattingen over psychiatrische stoornissen, gezinsverhoudingen, het vieren van feestdagen etc. Ten behoeve van een effectieve behandeling is het noodzakelijk deze, diep gewortelde, opvattingen niet alleen te kennen, maar ook te integreren in de behandeling. Zo komt het bij mensen van creools-surinaamse afkomst nog al eens voor dat de oorzaak van psychiatrische stoornissen wordt toegeschreven aan geesten (Winti) die door kwaadwillenden kunnen worden aangewend om onheil te brengen. Een zinvol gesprek over de stoornis is met deze cliënten en hun familie alleen mogelijk als de behandelaar kennis heeft van de opvattingen over en de invloed van Winti. De uitdaging is dus steeds weer voor de begeleider om kennis te nemen van de culturele achtergrond van de cliënt en die kennis te integreren in de dagelijkse praktijk.

In dit hoofdstuk wordt een schets gegeven van een aantal maatschappelijke ontwikkelingen die hebben plaatsgevonden sinds de jaren '70 van de vorige eeuw: ontwikkelingen in de economie, individualisering, eisen aan gezondheid en veiligheid, specialisering en kennisontwikkeling, eisen aan transparantie en verantwoording, financiële grenzen aan de zorg. Ook wordt ingegaan op de problematiek van cliënten die nergens lijken te passen: niet in de sector voor verstandelijke gehandicapten, niet in de GGZ en ongezien terecht komen bij Justitie of als dak- en thuislozen in de grote steden. In de beschrijving van de ontwikkelingen wordt ingegaan op de consequenties voor de begeleiders en voor de cliënten. Het hoofdstuk wordt afgesloten met enkele te verwachten ontwikkelingen voor de komende jaren.

178

19.2 Ontwikkelingen in de economie

De ontwikkelingen in de economie hebben er toe geleid dat er minder vanzelfsprekend arbeidsplaatsen zijn voor mensen met een verstandelijke beperking. In de jaren '70 was er nog veel behoefte aan laaggeschoolde arbeiders. Er werden zelfs gastarbeiders uit Marokko en Turkije naar Nederland gehaald om te werken in bijvoorbeeld de textielindustrie. Een laag opleidingsniveau was voor hen een pré om toegelaten te worden tot Nederland. Vanwege die grote behoefte aan laaggeschoolde arbeid was het toen vrij gemakkelijk werk te vinden voor mensen met verstandelijke beperkingen. Die situatie is sindsdien grondig veranderd. Onze kleding wordt nu geproduceerd in lage lonen landen. In de 21ste eeuw ligt het accent in de Nederlandse economie op kennisontwikkeling en innovatie. Het gebruik van mobiele telefonie en internet vraagt vaak een hoger abstractieniveau dan mensen met een verstandelijke beperking aankunnen. Alleen al het zelfstandig kopen van een treinkaartje op een station met een beeldscherm en een toetsenbord is voor veel mensen met een verstandelijke beperking ingewikkeld.

Door de eerder genoemde veranderingen is de behoefte in Nederland aan laaggeschoolde arbeid zeer sterk afgenomen. Voor mensen met een verstandelijke beperking is het daardoor moeilijker geworden om een werkplek te vinden. Dat geldt nog meer als er sprake is van een combinatie van verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen. Deze ontwikkeling in de economie en daarmee op de arbeidsmarkt heeft tot gevolg dat er in de behandeling meer aandacht moet worden besteed aan het vinden dan wel creëren van een als zinvol ervaren (betaalde) werkplek dan wel dagbesteding.

19.3 Internet en de digitale revolutie

Hiervoor werd de invloed van de 'digitale revolutie' al even genoemd. Pas 25 jaar geleden werden de eerste 'personal computers' (PC's) op grote schaal aangeschaft, met subsidie van de werkgever. In die eerste tijd waren er heel veel mensen die geen idee hadden wat ze met zo'n apparaat aan moesten: het nieuwe apparaat bleef dan een aantal jaren onuitgepakt in de doos zitten. Sindsdien hebben er ingrijpende veranderingen plaats gevonden. Navigatiesoftware en internet op mobiele telefoons is nu heel gewoon. Internet heeft er toe geleid dat nog veel meer werk wordt uitgevoerd waar dat het goedkoopste kan. Zo zijn veel callcenters gevestigd in lage lonen landen. Huiswerkondersteuning vanuit India voor leerlingen van de middelbare scholen in Europa of in de VS behoort nu tot de mogelijkheden (Friedman, 2006).

Wat zijn de consequenties van deze 'digitale revolutie' voor (de behandeling van) mensen met een verstandelijke beperking? Welke nieuwe mogelijkheden biedt de 'digitale revolutie'? Het lijkt er op dat het denken over consequenties en mogelijkheden op dit gebied nog in de kinderschoenen staat.

Een van de consequenties van de 'digitale revolutie' is dat door het gebruik van internet er sprake is van een toename van nieuwe prikkels voor mensen die daar vaak niet om mee weten te gaan. De opgave is nu vooral om deze prikkels te hanteren (of misschien soms zelfs te vermijden) in de behandeling en cliënten te leren met deze prikkels om te gaan na de behandeling.

De 'digitale revolutie' biedt ook vele nieuwe mogelijkheden voor de behandeling van mensen met een verstandelijke beperking. Te denken valt aan gestandaardiseerde trainingen (seksuele voorlichting, sociale vaardigheden) verbeteren van kansen op resocialisatie door het op afstand volgen en begeleidingsgesprekken via camera en computer. Met de uitwerking en toepassing van deze mogelijkheden binnen de klinische multidisciplinaire behandeling is nog nauwelijks begonnen. Het belang is echter bijzonder groot omdat hier waarschijnlijk mogelijkheden liggen om de behandeling niet alleen beter, maar ook goedkoper te maken en daarmee efficiënter.

179

19.4 Multiculturele samenleving

Een maatschappelijke ontwikkeling van andere aard is die van de multiculturele samenleving. De komst van nieuwe Nederlanders van Molukse origine in de jaren '50 leidde in de jaren '70 tot grote spanningen in de Nederlandse samenleving. De Molukse gemeenschap hield destijds vast aan de door de Nederlandse regering beloofde terugkeer naar een Vrij Zuid-Molukken. De frustraties liepen op en leidden onder meer tot een treinkaping bij het plaatsje Wijster in Drenthe en de gijzeling van meer dan 100 kinderen op een school in Bovensmilde. De spanningen van toen lijken nu volledig te zijn weggeëbd. Deze gang van zaken sluit aan bij onderzoek waaruit blijkt dat na immigratie de meeste problemen zich voordoen bij de tweede generatie. Daarna vindt pas werkelijke integratie plaats en lijken de problemen zich als vanzelf op te lossen.

Vanaf de jaren '70 werd Nederland meer en meer een immigratieland. De al eerder genoemde gastarbeiders gingen toch niet terug en hun familieleden kwamen naar hier. Een proces dat tot op heden doorgaat. Het zelfstandig worden van Suriname in 1975 leidde tot een toegenomen instroom van met name Hindoestaanse Surinamers. Als gevolg van crises over de hele wereld vonden verschillende groepen vluchtelingen in Nederland een veilig heenkomen: Vietnamese bootvluchtelingen, Tamils uit Sri Lanka etc. Al met al werd Nederland steeds meer multicultureel. De vanzelfsprekende opvang van vluchtelingen

veranderde in de loop van de tijd in een vrees voor verlies van de eigen Nederlandse identiteit. Momenteel is de angst voor islamisering van de Nederlandse samenleving in de politiek en in de media sterk aanwezig. Deze angst leidt weer tot geëmotioneerde discussies over het viere van Sinterklaas of van het Suikerfeest; discussies die vroeger of later ook binnen de muren van een behandelcentrum plaats kunnen gaan (als ze dit niet al doen) vinden.

Het vinden van een eigen 'plaats' in een nieuw, vreemd land is een extra opgave, zeker voor mensen met een verstandelijke beperking. Ook voor 'autochtone' Nederlanders is het vinden van een verstandhouding tot mensen met een andere cultuur een extra opgave. De kans dat juist mensen met een verstandelijke beperking (autochtone - en nieuwe Nederlanders) in de problemen komen is daardoor groter dan voorheen.

De cliënten in de behandelcentra zijn steeds meer afkomstig uit verschillende culturen. Cliënten met verschillende ideeën over sociale relaties, eetgewoonten, feestdagen, (psychiatrische) ziektebeelden, de plaats van de mens in de wereld etc. De begeleider staat voor de opgave de cliënten te 'begrijpen'. Dat is nodig om cliënten te helpen met de behandeling. Zoals ook al in de inleiding is gesteld, is het hebben van de juiste kennis een belangrijke voorwaarde: kennis van de culturele achtergrond, weten wat als bedreigend wordt ervaren, wat belangrijk is voor de cliënt, weten wat als helpend wordt ervaren.

19.5 Individualisering

180

Een andere belangrijke maatschappelijke ontwikkeling betreft de individualisering. De wortels van de individualisering liggen in het einde van de jaren '60: studenten kwamen toen overal in de Westerse wereld in opstand. D'66 werd in Nederland de politieke uiting van deze nieuwe ontwikkeling. De doelstelling van deze beweging was tweeledig. Het ging in de eerste plaats om de vergroting van de individuele zeggenschap, wat onder meer tot uiting kwam in de oprichting van ondernemingsraden, vergroting van de invloed van studenten op universiteiten en de politieke eis van de gekozen burgemeester.

Het idealisme van de jaren '60 kende ook een politiek georiënteerde gewelddadige kant: de Rote Armee Fraktion in Duitsland en de Brigade Rosso in Italië. Deze bewegingen pleegden moorden om hun idealen te bereiken.

In de loop van de jaren '80 en '90 is de aandacht voor het individu steeds verder in de haarvaten van de samenleving terecht gekomen. Dit komt bijvoorbeeld tot uiting in een enorme vergroting van de keuzemogelijkheden voor consumentenartikelen en een explosieve groei van het aantal hbo-opleidingen om maar twee heel verschillende voorbeelden te noemen. De omvang van de keuzemogelijkheden wordt ook steeds meer als een probleem gezien.

Een andere uiting van de individualisering is dat in de zorg is het hebben van een 'eigen' kamer de norm geworden. De invoering van de Zorg Zwarte Pakketten (ZZP's, zie hoofdstuk 18) de afgelopen jaren betekent verder dat de (financiële) rechten van de cliënten niet langer op instellingsniveau, maar op individueel niveau worden vastgesteld.

De individualisering brengt met zich mee dat individuele rechten ook in toenemende mate geclaimd worden. We zien dat in consumentenprogramma's zoals Radar, waar de rechten van de individuele consument worden behartigd tegenover grote en (schijnbaar) toegankelijke ondernemingen. Maar ook op kleinere schaal

bijvoorbeeld in een televisieprogramma als de Rijdende Rechter en in claims van omwonenden tegen het lawaai van kinderspeelplaatsen. Cliënten en hun vertegenwoordigers gaan steeds meer ook via procedures hun rechten claimen. Dat betreft het recht op een bepaald type behandeling, maar ook het recht op vrijheden, zoals het gebruik van internet en mobiele telefoon.

Dit accent op de rechten van de cliënt vraagt van het behandelcentrum grotere vaardigheden dan voorheen met betrekking tot het motiveren van de cliënt om aan (onderdelen van) de behandeling mee te werken. Voor de begeleiders is van belang dat de instelling een duidelijk beleid voert met betrekking tot de rechten en plichten van de cliënt. Daarnaast ligt er voor de begeleiders de opgave om deze rechten en plichten goed te kennen en goed te kunnen hanteren in het dagelijkse contact met de cliënt.

19.6 Financiële grenzen aan de zorg

Sinds de jaren '70 van de vorige eeuw is de hoeveelheid geld dat aan zorg wordt uitgegeven enorm toegenomen. Geld dat wordt besteed aan diagnostiek en behandeling, aan MRI-scans en aan dure medicijnen. Geld dat door de burgers wordt opgebracht door het betalen van belasting en premies.

Mensen met een verstandelijke beperking in combinatie met ernstige gedragsstoornissen verbleven 30 jaar geleden veelal op grote slaapzalen. Nu is de norm, ook in ziekenhuizen en verpleeghuizen, dat iedere cliënt een eigen kamer heeft. Steeds meer komt de grens in beeld van wat financieel haalbaar is. Dat heeft een aantal oorzaken. Ten eerste wordt de zorg relatief steeds duurder. Terwijl mobiele telefoons en computers voor steeds lagere kosten geleverd kunnen worden is dat voor het leveren van zorg, bij voorbeeld bij het geven van persoonlijke aandacht van begeleiders veel moeilijker. De salariskosten kunnen niet echt omlaag, anders zou niemand meer in de zorg willen werken. Ten tweede maken meer mensen de komende jaren gebruik van zorg, terwijl er minder mensen zijn om de kosten op te brengen. Mensen hebben de meeste zorg nodig aan het einde van hun leven. De kosten zijn dan veel hoger dan de premie die ze op dat moment betalen. De komende jaren zal het aantal ouderen flink toenemen, terwijl het aantal premiebetalende 'jongeren' afneemt. De derde oorzaak betreft de al genoemde toegenomen mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling. Dit leidt tot hogere kosten, bijvoorbeeld door het gebruik van meer psycho-diagnostische tests en genetische diagnostiek. Mede als gevolg van de al genoemde individualisering en het accent op individuele rechten mag verwacht worden dat het in de nabije toekomst als vanzelfsprekend wordt gezien dat wat technisch mogelijk is ook beschikbaar is voor elk individu (Porter & Teisberg, 2006).

181

De financiële grenzen aan de zorg zullen grote invloed hebben op begeleiders en cliënten. De uitdaging voor behandelcentra zal zijn om de kosten beheersbaar te houden en tegelijkertijd een hogere kwaliteit te leveren. Verlaging van de arbeidskosten heeft daarbij een hoge prioriteit. Nu wordt al veel aandacht besteed aan een effectievere inzet van begeleiders door grote aandacht voor het inroosteren. Met betrekking tot de cliënten werd al gewezen op de mogelijkheden van de digitale revolutie.

19.7 Vergrijzing

In de vorige paragraaf werd benoemd dat de zorg, naast andere factoren, duurder wordt omdat een kleiner wordende beroepsbevolking meer geld moeten opbrengen voor een groeiende groep oudere zorgconsumenten. Dit gegeven is een van de aspecten van een maatschappelijke ontwikkeling die wordt

samengevat onder de noemer 'vergrijzing'. Ook de maatschappelijke discussie in 2009 over de verhoging van de pensioengerechtigde leeftijd valt onder het thema vergrijzing.

Verwacht wordt dat in de zorg, en dus ook in de behandelcentra, de vergrijzing de komende decennia zal leiden tot grote problemen om voldoende personeel te krijgen en te behouden. Aan te nemen valt dat de strategie om dit probleem aan te pakken tweeledig zal zijn. In de eerste plaats zal, meer nog dan in het verleden, geprobeerd worden aantrekkelijke arbeidsvoorwaarden te realiseren. In de tweede plaats zal geprobeerd worden om met het optimaal gebruik maken van de mogelijkheden van de digitale revolutie met minder personeel een betere behandeling te realiseren. Beide strategieën zullen een belangrijke invloed hebben op het werk van de begeleiders.

Een specifiek aandachtspunt van de vergrijzing betreft het gegeven dat ook mensen met een verstandelijke beperking ouder worden dan voorheen het geval was. Bij het schrijven van dit boek is er nog weinig bekend over de gevolgen van deze ontwikkeling op de zorgvraag.

19.8 Transparantie en verantwoording

Het internet en de digitale revolutie hebben de afgelopen jaren een fundamentele wijziging teweeg gebracht wat betreft transparantie en het afleggen van verantwoording. Voor de consument heeft dit grote voordelen. Wie een nieuwe computer wil aanschaffen kan op internet zeer eenvoudig prijs, kwaliteit en waardering door consumenten met elkaar vergelijken. Een product dat slecht scoort verliest marktaandeel.

182

Ook in de zorg neemt transparantie een steeds belangrijker plaats in. Verschillende bladen, onder andere het Algemeen Dagblad en Elsevier publiceren jaarlijks lijsten van de beste en de slechtste ziekenhuizen, universiteiten etc. Trouw doet dit al weer een aantal jaren over de kwaliteit van scholen. De organisatie die bovenaan zo'n lijst staat heeft wat te vieren, wie onderaan staat moet zich publiekelijk verantwoorden. De zorgconsument kan voor zijn informatie steeds meer terecht op www.kiesbeter.nl.

Ook in de Geestelijke Gezondheidszorg en in de zorg voor Verstandelijk Gehandicapten zal de transparantie met betrekking tot de geleverde resultaten de komende jaren sterk toenemen. Onder leiding van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) worden zogeheten Prestatie Indicatoren opgesteld. Deze PI's betreffen onder meer het medicijngebruik, het verblijf in een separeer, de voortgang van de behandeling, de ervaring van de cliënt etc. Over al deze onderwerpen worden systematisch gegevens verzameld. De resultaten worden verwerkt in een zogeheten Jaardocument, wat beschikbaar komt op internet. Op deze manier krijgen cliënten, financiers, verwijzers en belangstellende burgers een beeld van de Prestaties van de betreffende instelling of afdeling.

De behandeling van mensen met gedragsstoornissen en een verstandelijke beperking vereist geïntegreerde kennis en vaardigheden op het terrein van gedragsstoornissen en van verstandelijke beperking. Door de IGZ zijn daarom in samenwerking met De Borg Prestatie Indicatoren opgesteld die hier recht aan doen. Deze ontwikkeling heeft twee belangrijke gevolgen voor de begeleiders. Het leidt tot een nog grotere verantwoordelijkheid wat betreft het registreren van bijvoorbeeld agressie-incidenten. Daarnaast leidt het ook tot de terugkoppeling van gesystematiseerde informatie over het verloop van de behandeling en het functioneren van een afdeling. Deze terugkoppeling biedt de begeleiders nieuwe mogelijkheden om de effectiviteit van de behandeling te vergroten.

19.9 Kennisontwikkeling en specialisering

In de vorige eeuw werden psychiatrische ziekten en gedragsstoornissen bij mensen met een lichte verstandelijke beperking als een onderdeel van de verstandelijke beperking gezien en daarmee als onbehandelbaar beschouwd. Van behandeling was dan ook nauwelijks sprake. Pas in 1988 werd door de overheid een aantal instellingen aangewezen voor de behandeling van mensen met een lichte verstandelijke beperking en gedragsstoornissen. Deze instellingen vormden in 1999 het samenwerkingsverband De Borg. Deze naam is ook een afkorting: Diagnose en Behandeling van Onbegrepen Risicovol Gedrag.

Er werden verschillende onderzoeken gedaan naar de cliënten in de behandelcentra (wetenschappelijk onderzoek; zie hoofdstuk 20). In het onderzoek door Koot & Tenneij (2003-2007) werd systematisch in beeld gebracht of er sprake was van een psychiatrisch ziektebeeld bij de cliënten. Dat bleek bij het merendeel van de cliënten het geval. Dankzij deze onderzoeken groeide het inzicht dat er meer mogelijkheden zijn om de behandeling beter te laten aansluiten bij de problematiek van de cliënten. Zodoende werden er onder andere behandellijnen ontwikkeld voor onder meer cliënten met verslavingsproblematiek en met agressieproblematiek.

Deze ontwikkeling heeft twee interessante gevolgen voor de begeleiders. In de eerste plaats vindt de behandeling door deze ontwikkeling steeds meer 'op maat' plaats: toegespitst op de problematiek van de individuele cliënt. Van de begeleider wordt dus gevraagd om in te spelen op deze individuele problematiek. In de tweede plaats is de behandeling steeds meer gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Dat betekent dat de behandeling volgens een vaste methode wordt uitgevoerd en dat steeds wordt onderzocht of door de behandeling de beoogde resultaten worden bereikt. Van de begeleider wordt gevraagd om met de nodige kennis en vaardigheden zijn rol hierin te nemen. De behandeling wordt zodoende zowel meer op het individu gericht als ook meer gestandaardiseerd.

183

Tot slot

Een behandelcentrum maakt deel uit van de maatschappij. Maatschappelijke ontwikkelingen hebben een directe invloed op het werk van de begeleider bij de behandeling van de mensen met een verstandelijke beperking en gedragsstoornissen. In dit hoofdstuk zijn enkele ontwikkelingen kort geschetst. Daaruit blijkt dat er de afgelopen dertig jaar sprake is geweest van ingrijpende veranderingen op meerdere terreinen.

Te verwachten is dat deze trends zich de komende jaren zullen voortzetten, met veel invloed op de behandeling van mensen met een verstandelijke beperking en gedragsstoornissen. Op basis van de huidige stand van zaken mag verwacht worden dat de mogelijkheden van internet veel meer dan tot nu gebruikt zullen worden met betrekking tot de behandeling zelf, de aansturing van de organisatie, maar ook met betrekking tot transparantie naar buiten toe. Een tweede punt betreft de verdere ontwikkeling van het beroep van de begeleiders. Alleen al de toegenomen kennis met betrekking tot diagnostiek en behandeling vragen ook van de begeleiders meer gespecialiseerde kennis en vaardigheden. Bij het denken over toekomstige ontwikkelingen is het, tenslotte, verstandig rekening te houden met het onverwachte. De voorkeuren van de kiezers wisselen de laatste jaren sterk. Een krachtige verandering in de politiek naar 'links' of naar 'rechts' zal zeker ook gevolgen hebben voor de houding ten aanzien van mensen die een gedragsstoornis combineren met een verstandelijke beperking. En het belangrijkste voor de toekomst is waarschijnlijk datgene waar niemand nu nog enig idee van heeft.

Referenties

Friedman, T.L. (2006). *De aarde is plat, ontdekkingsreis door een geglobaliseerde wereld.* Amsterdam: Nieuw Amsterdam.

Porter, M.E. & Teisberg, E.O. (2006). *Redefining Health Care, Creating Value-Based Competition on Results.* Boston: Harvard Business School Press.

www.kiesbeter.nl

20

Robert Didden

WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

185

In de zorg voor mensen met een (lichte) verstandelijke beperking neemt wetenschappelijk onderzoek een steeds belangrijkere plaats in. Deze vaststelling geldt in sterke mate voor de Borginstellingen die behandeling en begeleiding bieden aan mensen met een lichte verstandelijke beperking en ernstige gedrags- en psychische stoornissen. Een onderscheidend kenmerk van de Borginstellingen is dat zij streven naar een zoveel als mogelijk wetenschappelijke onderbouwing van de diagnostiek, zorg en behandeling van deze cliënten. Een Engels woord voor wetenschappelijk onderbouwd of bewezen effectief is 'evidence-based'. Evidence-based verschilt van 'practice-based' doordat ervaringskennis is getoetst aan de regels van de wetenschap. Binnen de Borginstellingen lopen inmiddels verscheidene wetenschappelijke studies (voor een overzicht, zie Didden & Moonen, 2007, 2009). Wat deze studies gemeen hebben, is dat hiermee wordt gestreefd de kwaliteit van de behandeling van deze complexe groep cliënten te verbeteren.

20.1 Inleiding

Er bestaan verschillende betekenissen van termen als 'wetenschap' en 'wetenschappelijk onderzoek'. De kern van deze betekenissen is dat kennis op een systematische manier, dat wil zeggen door meten, registreren, experimenteren en ordenen, wordt vergaard. Met 'systematisch' wordt onder andere bedoeld dat het verzamelen van gegevens gebeurt met een bepaald doel en volgens bepaalde regels.

Een kenmerk van het wetenschappelijk onderzoek binnen de Borginstellingen is dat het erop is gericht kennisverwerving te koppelen aan de toepassing ervan in de praktijk. Het doel is dus niet louter het verzamelen van kennis (hoe zit iets in elkaar?), maar vooral het veranderen van de praktijk. Begeleiders leveren hieraan een belangrijke bijdrage binnen de verscheidene studies.

20.2 Typen wetenschappelijk onderzoek

Er zijn verschillende vormen van wetenschappelijk onderzoek waar de begeleider mee te maken kan krijgen. Elk type heeft zijn eigen methodiek en doel. Zo ziet het onderzoek naar het effect van een behandeling er anders uit dan een onderzoek naar de deugdelijkheid van een meetinstrument waarmee de gedrags- en psychische problemen in kaart kan worden gebracht. Begeleiders werkzaam binnen de behandelafdelingen van De Borg hebben een belangrijke rol bij het onderzoek naar: (a) effectiviteit van behandeling, (b) kwaliteit van meetinstrumenten en (c) inventarisatie van de kenmerken en achtergronden van cliënten die voor behandeling zijn opgenomen.

186

Ad a. Effectiviteit van behandeling

Een belangrijke, zo niet de belangrijkste vorm van wetenschappelijk onderzoek binnen De Borg is het meten van de effectiviteit van een behandeling. Met dit type van onderzoek wil men te weten komen of een bepaalde behandeling effectief is. Met 'effectief' bedoelen we dat de mate van gedrags- en/of psychische problemen veel kleiner is na een behandeling in vergelijking met situatie vóór de behandeling.

Er is een aantal redenen waarom het meten van de effectiviteit van een behandeling belangrijk is. Op de eerste plaats mag een cliënt aanspraak maken op een effectieve behandeling. Wanneer een cliënt wordt opgenomen binnen een behandelkliniek mag hij of zij ervan uitgaan dat de behandeling effectief is en dat de behandeling er mede toe bijdraagt dat zijn welzijn toeneemt. Daarnaast verwacht de samenleving dat een cliënt zo goed mogelijk wordt behandeld, en dat hij/zij (weer) kan deelnemen aan het leven in de maatschappij zonder overlast te bezorgen of zelfs terug te vallen in delictgedrag. De samenleving verwacht dat de behandeling effectief is en dat na terugkeer van de cliënt de veiligheid is gewaarborgd. Voorts zien we een toegenomen druk vanuit de 'overheid' om aan te tonen dat de behandeling effectief is. Behandeling is duur en de overheid wil weten of de financiële middelen goed worden besteed. Niet in de laatste plaats geeft informatie over de effectiviteit van een behandeling aanknopingspunten voor de onderzoekers voor verdere aanpassing van de behandeling. Als de behandeling effectief is, kan deze ongewijzigd worden voortgezet. Is de behandeling niet effectief of zijn de resultaten minder gunstig dan verwacht, dan moet de onderzoeker samen met de behandelaar en begeleider de behandeling aanpassen. De onderzoeker kan bijvoorbeeld analyseren welke elementen van de behandeling nu wel of niet hebben bijgedragen aan de effectiviteit ervan. Op deze manier kan de inhoud van de behandeling steeds beter worden aangepast aan wat cliënten nodig hebben.

Effectiviteit van klinische behandeling

Sinds 2007 loopt er een onderzoek naar de effectiviteit van de behandeling bij cliënten die zijn opgenomen binnen de Borg behandelafdelingen (zie Drieschner, Hesper, & Marrozos, 2009). Dit onderzoek zal vele jaren in beslag (gaan) nemen. Immers, de cliënten die voor behandeling zijn opgenomen, verblijven gemiddeld zo'n 1,5 jaar (sommigen veel langer, anderen veel korter) binnen de kliniek. En omdat men ook wil weten of de behandeling effectief is in het verminderen van recidive (herhaling van een delict) worden cliënten ook na het ontslag nog bijna een jaar lang gevolgd.

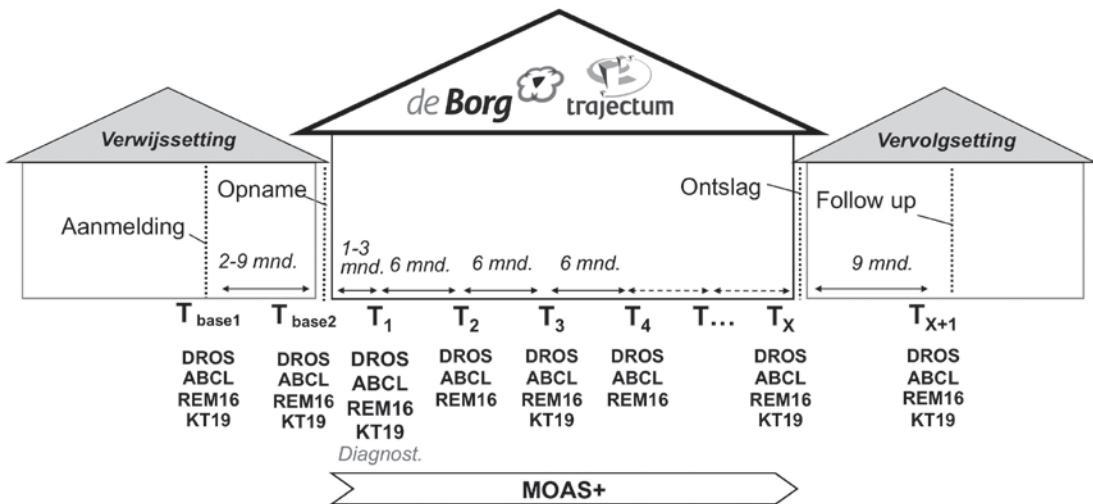
Om uitspraken te kunnen doen over de effectiviteit van de klinische behandeling worden veel gegevens verzameld. Van elke cliënt wordt bij de aanmelding een groot aantal gegevens verzameld, waaronder type en ernst van zijn gedrags- en psychiatrische problemen (bijvoorbeeld verslaving, agressie) of gepleegde delict (bijvoorbeeld fraude, geweldsdelict), niveau van cognitief functioneren en redzaamheid, informatie over eerdere hulpverlening en huidige verblijfplaats en gezinssituatie. Deze grote hoeveelheid aan gegevens voor elke cliënt worden verzameld door onderzoeksmedewerkers, behandelaren en begeleiders. Daarvoor is een computersysteem ontwikkeld waar behandelaren en begeleiders binnen De Borg behandelafdelingen cliëntgegevens kunnen registreren: Digitest.

Begeleiders leveren een niet geringe bijdrage aan dit onderzoek. Dat doen zij onder andere door het dagelijks registreren van agressieve en andere incidenten op de woning, dagbesteding of arbeid en vrije tijd. Begeleiders registreren dergelijke incidenten in hun dagrapportage maar ook in een instrument dat specifiek hiervoor is ontwikkeld: de MOAS+ (zie verder).

Het unieke van dit onderzoek is dat er elk half jaar een meting bij cliënten wordt gedaan. Ook voorafgaande aan de opname (bij aanmelding en vlak voor de opname) en ongeveer een jaar na ontslag worden metingen verricht. Op deze manier worden cliënten gedurende een lange(re) periode gevolgd en aan de hand van het verloop van de uitslagen op de verschillende meetinstrumenten wordt de effectiviteit van de behandeling afgemeten. De opzet van zo'n onderzoek is een voorbeeld van het zogenaamde Routine Outcome Monitoring onderzoek. Voor een schematische weergave van dit onderzoek, zie onderstaande figuur.

187

Overzicht Routine Outcome Monitoring (ROM)



Effectiviteit van behandelprogramma's en modules

Binnen dit bovengenoemde grootschalige onderzoek zal ook onderzoek worden gedaan naar de effectiviteit van behandelprogramma's en modules die zijn gericht op specifieke problemen die cliënten kunnen hebben. Zo zijn er programma's ontwikkeld voor bijvoorbeeld agressief gedrag en verslaving. Deze programma's bestaan uit modules die in een bepaalde volgorde aan cliënten worden aangeboden. Net als bij het onderzoek naar de klinische behandeling leveren begeleiders ook aan het onderzoek naar de effectiviteit van aparte programma's en modules een belangrijke bijdrage.

Ad b. Kwaliteit van meetinstrumenten

Met meetinstrumenten kan de gedrags- en psychiatrische problematiek in kaart worden gebracht. Gemeten wordt dan niet alleen het type problematiek maar ook de ernst ervan. Deze instrumenten worden gebruikt tijdens de (fase van) psychodiagnostiek waarbij de behandelaar een antwoord probeert te formuleren op de vraag wat er met iemand aan de hand is, wat zijn gedragsproblemen veroorzaakt en waar zijn sterke en zwakke kanten liggen.

Meetinstrumenten worden bijvoorbeeld gebruikt bij de effectevaluatie en bij bijvoorbeeld risicotaxatie. Deze instrumenten moeten voldoen aan bepaalde eisen voordat zij bruikbaar zijn bij cliënten met een lichte verstandelijke beperking. Meestal worden vragenlijsten die voor normaal begaafden zijn ontwikkeld aangepast. Er is door de Borginstellingen inmiddels een overzicht gemaakt van instrumenten die mogelijk geschikt zijn voor het uitvoeren van (psychodiagnostisch) onderzoek bij cliënten: Diagnostisch formularium (Lutjenhuis & Verberne, z.j.).

188

Twee voorbeelden van instrumenten die door begeleiders worden ingevuld bij wetenschappelijk onderzoek zijn:

- **Adult Behavior Checklist (ABC; vertaling: lijst voor gedragsproblemen bij volwassenen):** deze lijst bestaat uit 118 items of vragen over allerlei soorten gedrags- en emotionele problemen, zoals bijvoorbeeld agressief gedrag en angst- en stemmingsklachten. Op elke vraag moet de begeleider een score geven, die de ernst/frequentie van de problematiek aangeeft. Deze score varieert van '0' (helemaal niet) tot '3' (duidelijk/vaak). De optelsom van al deze vragen geeft een goede indicatie van de ernst van de problematiek van een cliënt. Deze vragenlijst wordt in het onderzoek naar de effectiviteit van klinische behandeling elk half jaar ingevuld door een begeleider die de cliënt goed kent.
- **Modified Overt Aggression Scale (MOAS; vertaling: aangepaste lijst voor de registratie van agressie):** met dit instrument registreren begeleiders incidenten van verbale en fysieke en seksuele agressie. Hierbij moeten zij tevens aangeven hoe ernstig het incident is. De MOAS wordt dagelijks door begeleiders ingevuld en de gegevens worden verwerkt in het onderzoek naar de klinische behandeling.

Betrouwbaarheid

Een belangrijk kenmerk van een meetinstrument is betrouwbaarheid. Er zijn verschillen in eisen aangaande de betrouwbaarheid waar een instrument of vragenlijst aan moet voldoen. We bespreken hier de twee belangrijkste betrouwbaarheidseisen waar begeleiders mee te maken krijgen: (a) overeenstemming tussen begeleiders en (b) test-hertest betrouwbaarheid:

- **Ad a Overeenstemming tussen beoordelaars**
Soms worden twee of meer begeleiders gevraagd om onafhankelijk van elkaar een vragenlijst in te vullen voor een en dezelfde cliënt. Deze vraag heeft dan betrekking op het meten van de betrouwbaarheid van het instrument. Een meetinstrument is betrouwbaar als twee of meer begeleiders onafhankelijk van elkaar tot dezelfde beoordeling (lees: score op een vraag of item) komen. Als twee begeleiders tot eenzelfde

beoordeling komen, bijvoorbeeld ten aanzien van de vraag óf er sprake is van agressief gedrag bij deze cliënt en hoe ernstig dit gedrag is, dan spreekt men van een goede betrouwbaarheid van het instrument. Als de beoordelingen onverhoopt van elkaar verschillen, dan is het instrument op dit kenmerk onvoldoende betrouwbaar. Dit kan verschillende oorzaken hebben. Een oorzaak is bijvoorbeeld gelegen in het feit dat de omschrijving van de vragen en items niet duidelijk (genoeg) is. De maker van de vragenlijst moet dan de omschrijving van de items en de scoring aanpassen.

- **Ad b Test-hertest betrouwbaarheid**

Een andere vorm van betrouwbaarheid is de zogenaamde test-hertest overeenstemming. Dit betekent dat een en dezelfde begeleider ongeveer tot dezelfde beoordeling komt tijdens metingen die kort na elkaar worden verricht. Een instrument of vragenlijst is dus (voldoende) betrouwbaar als de begeleider bij de beoordeling van een cliënt tot (bijna) dezelfde score komt als hij of zij hetzelfde instrument bijvoorbeeld twee weken later nog eens invult.

Validiteit

Een ander belangrijk kenmerk van een meetinstrument is validiteit. Validiteit betekent dat de vragenlijst meet wat deze moet meten. De validiteit van een meetinstrument kan op verschillende manieren worden onderzocht. Begeleiders kunnen bijvoorbeeld worden betrokken bij het onderzoek naar de 'convergente' validiteit van een instrument. Hiertoe wordt hen gevraagd twee vragenlijsten in te vullen die weliswaar van elkaar verschillen maar waarvan wordt aangenomen dat ze hetzelfde meten. Men zegt dan dat een vragenlijst valide is als beide vragenlijsten (ongeveer) dezelfde uitkomst hebben. Zo is bijvoorbeeld een vragenlijst die depressie meet valide als de uitkomsten ervan overeenkomen met die van een ander instrument dat depressie meet.

Een meetinstrument kan ook 'predictieve' of voorspellende validiteit hebben. Dat betekent dat de uitkomsten van een meetinstrument op de een of andere manier het functioneren van cliënten op andere gebieden voorspelt. Een instrument waarmee men depressie meet is valide als deze een beter effect van bijvoorbeeld gesprekstherapie voorspelt bij cliënten die depressief zijn dan cliënten die niet depressief zijn. Zo'n instrument voorspelt als het ware wie van een therapie zou kunnen profiteren en wie niet. Voorbeelden van instrumenten die predictieve validiteit moeten hebben, zijn instrumenten voor de risicotaxatie. Deze instrumenten moeten in staat zijn om toekomstig gedrag en gevaar voor delictgedrag van cliënten te voorspellen. Samen met behandelaren proberen begeleiders toekomstig gedrag te voorspellen aan de hand uitkomsten van instrumenten van risicotaxatie (zie hoofdstuk 12).

189

Ad c. Inventarisatie kenmerken en achtergrond cliënten

Tussen 2004 en 2006 heeft een grootschalig onderzoek plaatsgevonden dat tot doel had een overzicht te geven van achtergrond en kenmerken van cliënten die in deze periode waren opgenomen op een van de behandelklinieken van de Borginstellingen (zie Tenneij & Koot, 2006). Hiertoe werd een groot aantal gegevens verzameld, dat een nauwkeurige beschrijving opleverde van de populatie van cliënten met complexe problematiek (SGLVG). Deze studie vormt de voorloper van het huidige effectonderzoek dat we hierboven hebben beschreven.

Door dit inventariserend onderzoek hebben we niet alleen een gedetailleerd beeld gekregen van de aard en complexiteit van de gedrags- en psychiatrische problematiek bij opgenomen cliënten, maar bovendien van hun voorgeschiedenis, opvoedingssituatie en andere gegevens. Uit de resultaten blijkt dat er sprake is van complexe en ernstige problematiek op allerlei levensterreinen. De gemiddelde leeftijd van de cliënten is relatief laag, te weten 25 jaar; het merendeel is man. Bij veel cliënten is er sprake van een zeer problematische opvoedingsgeschiedenis, schoolverlaten en vroegtijdige contacten met hulpverleningsinstanties.

Ongeveer een derde heeft in het verleden een delict gepleegd en de helft wordt met een juridische maatregel opgenomen. Vaak voorkomende vormen van gedrags- en psychische problematiek zijn agressie en geweld, problematisch middelengebruik en verslaving, seksueel grensoverschrijdend gedrag en stemmings- en angstproblemen.

De resultaten van dit onderzoek geven aan hoe ernstig de problematiek is waarmee begeleiders in hun werk te maken krijgen en welke deskundigheid dit van hen vraagt. De uitkomsten geven daarnaast ook richting aan de verdere ontwikkeling van behandelprogramma's die zijn toegespitst op de meest voorkomende problematiek. Op basis van deze uitkomsten zijn onder meer specifieke behandelprogramma's verder ontwikkeld, die zijn gericht op de behandeling van agressie, middelengebruik en seksueel grensoverschrijdend gedrag. In dit opzicht was het onderzoek waardevol. Het gaf de praktijk aanknopingspunten voor beleidskeuzes ten aanzien van de inhoud van de behandeling van SGLVG-cliënten.

Tot slot

Begeleiders werkzaam binnen de behandelafdelingen van de Borginstellingen worden de laatste jaren steeds vaker betrokken bij wetenschappelijk onderzoek. In dit hoofdstuk heb ik benadrukt waarom het belangrijk is dat Borginstellingen wetenschappelijk onderzoek ondersteunen, welke typen van onderzoek er zijn en welke bijdrage hieraan wordt geleverd door begeleiders.

Wetenschappelijk onderzoek is geen overbodige luxe of tijdverdrijf van enkele onderzoekers. De meeste Borginstellingen hebben inmiddels een samenwerkingsrelatie met hogescholen en universiteiten en kenniscentra (bijvoorbeeld Trimbos, Expertisecentrum Forensische Psychiatrie). De druk vanuit de overheid (lees samenleving) om een kwalitatief goede en effectieve behandeling te bieden neemt alleen maar toe. De overheid (bijvoorbeeld ministerie van Justitie) ontwikkelt bijvoorbeeld beleidsplannen om alleen nog maar wetenschappelijk onderbouwde behandelingen te vergoeden en 'bedden in te kopen' bij instellingen die hebben aangetoond dat hun behandeling effectief is. Wetenschappelijk onderzoek is dan een belangrijk onderscheidend kenmerk in de concurrentieslag met andere instellingen en sectoren die behandeling aan SGLVG-cliënten (willen) bieden. Wetenschappelijk onderzoek is echter ook belangrijk voor instellingen die een 'lerende organisatie' willen zijn. Uitkomsten van studies geven instellingen feedback over hoe (in)efficiënt en (in)effectief hun methodieken van behandeling en begeleiding zijn en welke aanknopingspunten zij bieden om hun beleid ter zake hierop aan te passen.

Referenties

Didden, R., & Moonen, X. (2007). *Met het oog op behandeling-I*. Utrecht: De Borg/VOBC LVG.

Didden, R., & Moonen, X. (2009). *Met het oog op behandeling-II*. Utrecht: De Borg/VOBC LVG.

Drieschner, K., Hesper, B., & Marrozos, I. (2009). *De Borg effectevaluatie-onderzoek: Opzet een eerste resultaten*. In: R. Didden & X. Moonen (Red.), *Met het oog op behandeling-II* (pp. 23-32). Utrecht: De Borg/VOBC LVG.

Lutjenhuis, B. & Verberne, G. (z.j.). *Diagnostisch formularium*. Utrecht: De Borg.

Tenneij, N., & Koot, H. (2006). *Doelgroep in beeld*. Utrecht: De Borg.

21

Wim van Geffen

Wetgeving en JURIDISCH KADER

191

De instellingen binnen De Borg hebben, naast behandeling, ook in juridische zin zorg voor cliënten. Zo kunnen cliënten verblijven op vrijwillige basis of op onvrijwillige basis, zoals in het kader van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (wet BOPZ). Daarnaast hebben de instellingen te maken met de Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) en de Kwaliteitswet Zorginstellingen, die van toepassing zijn voor alle inwoners van Nederland. Tenslotte zijn er de wetten die plaatsing in een BOPZ-instelling mogelijk maken, maar waarbij de plaatsing onder medeverantwoordelijkheid van de minister van Justitie (een Terbeschikkingstelling of TBS), een PIJ-maatregel (Plaatsing in een Inrichting voor Jeugdigen) of ondertoezichtstelling (OTS), plaatsvindt. Het is vanwege dit woud van wetgeving niet altijd eenvoudig de rechtspositie van de cliënt goed in beeld te krijgen en daar naar te handelen.

21.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in het bijzonder in op de wet BOPZ, de rechtspositie van de cliënt hierin en de wijze waarop hiermee in de Borg-instellingen omgegaan dient te worden. Kort wordt ingegaan op cliënten die onder medeverantwoordelijkheid van Justitie verblijven binnen de BOPZ-instelling. Aan het einde zal kort worden ingegaan op de Wet Zorg en Dwang, die naar verwachting in de tweede helft van 2010 van kracht zal worden.

Voorafgaand aan de verschillende onderdelen van de wet, worden de verschillende verblijfsstatus van de cliënt besproken. Dit is van belang, omdat de wet BOPZ uitsluitend rechtskracht heeft voor onvrijwillig verblijvende cliënten.

21.2 Vrijwillig verblijf

Cliënten verblijven veelal vrijwillig in een instelling. De Wet Geneeskundig Behandelingsovereenkomst (WGBO) is hier in volle omvang van toepassing. Dat betekent dat deze cliënten de rechten en plichten hebben die alle burgers van Nederland hebben. Er is sprake van een behandelrelatie tussen cliënt en behandelaar. Behandeling, gebruik van medicatie, verlof, etc. worden met de cliënt (of diens wettelijk vertegenwoordiger in geval van wilsonbekwaamheid) afgesproken. Het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen tegen de wil van de cliënt in is in principe niet toegestaan. Dit op straffe van een gevangenisstraf van maximaal 2 jaar of een geldboete van € 7.400,-. Toch kan het voorkomen dat het noodzakelijk is, ondanks verzet bij de cliënt, vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen ter voorkoming van (medische) schade bij de cliënt. Bijvoorbeeld het fixeren van de armen tijdens het genezingsproces van een bovenarmfractuur bij een cliënt die de gevolgen van zijn handelen niet kan overzien. Dit wordt beschreven in de WGBO. Uiteraard dient dit alles in goed overleg met de wettelijk vertegenwoordiger plaats te vinden. Ook voor noodsituaties maakt de WGBO een uitzondering (Stikker, 2003). Het kan voorkomen dat het niet-handelen het risico op een ernstig letsel verhoogt. Denk bijvoorbeeld aan een cliënt die zichzelf ernstig letsel dreigt aan te doen. Een goed hulpverlener zal dit voorkomen (desnoods door opsluiting in een veilige omgeving) en direct een behandelaar op de hoogte stellen (Van Veen, 2002).

192

21.3 Onvrijwillig verblijf

Regelmatig verblijven cliënten binnen de Borg-instellingen onvrijwillig. Dit geldt voor cliënten met een Inbewaringstelling of een (voorlopige) rechterlijke machtiging (RM). Binnen de wet BOPZ kennen we verder nog het 'artikel 60'. Ook in het kader van het strafrecht kunnen SGLVG-cliënten gedwongen worden tot opname ('forensische SGLVG'). Hierbij kunnen nog vele andere juridische titels gelden, zoals detentievervangende behandeling, behandeling als bijzondere voorwaarde bij straf, verplichting te houden aan reclasseringsaanwijzing etc. Gekozen is voor het beschrijven van de meest voorkomende titels binnen de BOPZ en enkele daarbuiten. Een praktische, gratis te bestellen brochure over de wet BOPZ is uitgegeven door het ministerie van VWS en is te vinden op www.postbus51.nl onder BOPZ (Ministerie VWS, 2009).

21.3.1 Onvrijwillig verblijf en BOPZ

Voor de Borg-instellingen is de wet BOPZ een belangrijke wet. Primaire doelstelling van de wet is het regelen van de rechtspositie van de cliënt bij een onvrijwillige opname. Tevens regelt de wet BOPZ de procedures die

leiden tot een onvrijwillige opname. Dit alles geldt voor cliënten van 12 jaar en ouder. Zijn cliënten jonger dan 12 jaar dan kunnen zij slechts op gezag van de ouders of voogd in het kader van de wet BOPZ worden opgenomen. Belangrijk is het te benadrukken dat de wet BOPZ vrijheidsbeperkende maatregelen slechts toestaat als aan een groot aantal voorwaarden wordt voldaan (Dijkers & Widdershoven, 2008).

De wet BOPZ was oorspronkelijk bedoeld voor de Geestelijke Gezondheidszorg. Later zijn er aanvullingen en uitzonderingen toegevoegd voor de sectoren verpleeghuiszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg (in de wet BOPZ nog zwakzinnigenzorg genoemd). Dat maakt de wet BOPZ complex in de uitvoering. Er is dan ook al veel jurisprudentie (uitspraken gedaan door de rechter) over verschenen. Belangrijk is het te weten dat de wet BOPZ steeds spreekt over 'het psychiatrisch ziekenhuis'. In bijna alle gevallen kan hier ook de instelling voor verstandelijk gehandicapten, als deze een BOPZ-aanmerking^[3] heeft, worden gelezen. De wet BOPZ dateert van 17 januari 1994.

Onvrijwillig verblijf - De Inbewaringstelling BOPZ (IBS)

In spoedeisende situaties biedt de wet BOPZ de mogelijkheid een kortdurende procedure te volgen, de Inbewaringstelling of IBS. De burgemeester bepaalt dan of iemand tegen zijn wil moet worden opgenomen, op basis van het rapport (geneeskundige verklaring) van een onafhankelijke, niet bij de behandeling betrokken psychiater^[4]. Opname kan alleen plaatsvinden als er sprake is van onmiddellijk (dreigend) gevaar veroorzaakt door betrokkene én er sprake is van een geestesstoornis én er geen tijd is te wachten op een rechterlijke machtiging én het gevaar niet op een andere manier kan worden afgewend. De IBS mag slechts kort duren, namelijk de tijd die nodig is om te bepalen of voortzetting van de IBS (besluit van een rechter) gewenst is.

Onvrijwillig verblijf - De voorlopige machtiging BOPZ

193

De voorlopige machtiging is de toestemming van de rechter om iemand tegen zijn wil, dus onvrijwillig, op te nemen in een psychiatrisch ziekenhuis en hem daar te houden. De voorwaarden waaraan moet zijn voldaan en die door de rechter zullen worden getoetst zijn: er moet sprake zijn van een geestesstoornis (waaronder 'zwakzinnigheid' wordt gerekend, maar ook bijvoorbeeld een cliënt met het Korsakov-syndroom) én de cliënt vormt een gevaar (voor zichzelf, of voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen en/of goederen) én de cliënt geeft geen blijk van de nodige bereidheid zich vrijwillig te laten opnemen én de cliënt geeft er blijk van zich te verzetten tegen opname of verblijf. De rechter vormt zich over al deze aspecten een oordeel, daarbij geholpen door de zogenaamde geneeskundige verklaring (van een onafhankelijk psychiater) en de mondelinge of schriftelijke toelichting van een behandelaar (bijvoorbeeld een arts of gedragsdeskundige). In de meeste gevallen zal de rechter de betrokkene (en diens advocaat) willen spreken en eveneens in de meeste gevallen doet de rechter ter zitting uitspraak. De voorlopige machtiging heeft vanaf het moment van de uitspraak een geldigheidsduur van maximaal 6 maanden.

Onvrijwillig verblijf - De machtiging tot voortgezet verblijf BOPZ

De machtiging tot voortgezet verblijf wordt meestal rechterlijke machtiging of RM genoemd en sluit aan op de voorlopige machtiging. De voorwaarden zijn grotendeels overeenkomend aan die van de voorlopige machtiging. De duur van de RM in een zwakzinnigeninrichting kan maximaal 5 jaar bedragen. Meestal wordt de machtiging verleend voor de duur van één of twee jaar.

[3] Een BOPZ-aanmerking wordt door de minister van VWS verleend en geeft de instelling de mogelijkheid uitvoering te geven aan de datgene wat de wet eist. Een BOPZ-aanmerking wordt verkregen als de instelling aan een groot aantal eisen voldoet. De Inspectie voor de Gezondheidszorg toetst de instellingen en adviseert de minister.

[4] Is een onafhankelijk psychiater niet voorhanden dan mag ook een onafhankelijk arts de verklaring opstellen. Lukt ook dat niet dan mag zelfs de huisarts van betrokkene de verklaring opstellen.

Onvrijwillig verblijf - Overigen BOPZ

Vermeldenswaard is nog de rechtelijke machtiging op eigen verzoek. Zoals uit de naam blijkt doet een persoon hier zelf het verzoek tot gedwongen opname. Deze wordt door de rechter voor maximaal 6 maanden toegewezen en kan niet worden verlengd. Belangrijk verschil met de (voorlopige) machtiging is, naast uiteraard het eigen verzoek, dat er niet per sé sprake hoeft te zijn van een geestesstoornis. Voorbeeld hiervan is een cliënt met verslavingsproblematiek die een mogelijkheid wil hebben tegen de wil te worden opgenomen, als steun in de rug en ter voorkoming van het vervallen in oud gedrag. Is de voorlopige machtiging eenmaal van kracht dan gelden dezelfde rechten en plichten als bij de gewone RM.

De wet BOPZ kent verder nog de voorwaardelijke machtiging, de observatiemachtiging en de zelfbindingsmachtiging. Deze zijn echter niet van toepassing op de verstandelijk gehandicaptenzorg. Een enkele keer kan het voorkomen dat een door de kinderrechter onder toezicht gesteld kind (OTS) wordt geplaatst in een psychiatrisch ziekenhuis. In beginsel is er dan sprake van een vrijwillige opname. Weigert de minderjarige behandeling dan kan een voorlopige machtiging worden aangevraagd, of in een acute situatie, een IBS.

Onvrijwillig verblijf - Forensische zorg

Hieronder vallen PIJ, TBS en andere juridische titels. PIJ en TBS zijn echter de meest voorkomende en worden hier kort besproken.

Wanneer een jongere in een psychiatrisch ziekenhuis is geplaatst via een zogenoemde PIJ-maatregel (Plaatsing in een Inrichting voor Jeugdigen), gelden in belangrijke mate de rechten en plichten zoals voor anderen die onvrijwillig verblijven in de inrichting. Uitzonderingen betreffen vooral de regelingen aangaande verlof, uit- of overplaatsing, etc. De inrichting zal hiervoor steeds overeenstemming moeten hebben met de Officier van Justitie.

In geval van plaatsing van een Terbeschikkinggestelde (TBS) in een psychiatrisch ziekenhuis, gelden in overwegende mate de rechten en plichten zoals voor anderen die onvrijwillig verblijven in de inrichting. Uitzonderingen betreffen in het de regelingen aangaande verlof, uit- of overplaatsing etc. De inrichting zal hiervoor steeds overeenstemming moeten hebben met de Officier van Justitie.

Artikel 60 wet BOPZ

Dit artikel in de wet BOPZ regelt de opneming en verblijf van een persoon ouder dan 12 jaar, die geen blijk geeft van de nodige bereidheid (of bezwaar) tegen de opname ('noch bereidheid - noch bezwaar'). De indicatie wordt gesteld door de Indicatiecommissie (CIZ). Geeft de cliënt er blijk van de inrichting te willen verlaten dan staat hem dit in principe vrij. Wordt dit onverantwoord geacht, dan zal een eventueel gedwongen verblijf middels een voorlopige machtiging door de rechter bekrachtigd moeten worden. Is er een acute, gevaarlijke situatie ontstaan, dan kan overwogen worden een IBS aan te vragen, mogelijk gevolgd door een voorlopige machtiging. Plaatsing in een instelling op basis van artikel 60 betekent dat Middelen of Maatregelen (MofM) en dwangbehandeling kunnen worden opgelegd. Uitvoering van het artikel 60 dient plaats te vinden op een BOPZ-aangemerkt terrein.

2.1.3.2 De toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen bij onvrijwillig verblijf

De wet BOPZ stelt zware eisen aan het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen van de onvrijwillig opgenomen cliënt. Het toepassen ervan moet met vele waarborgen worden omgeven en kunnen slechts worden toegepast als moet worden gevreesd voor de gezondheidstoestand van de cliënt, of ter voorkoming

van de verstoring van de orde, of ter voorkoming van strafbare feiten. In deze paragraaf wordt ingegaan op een aantal veel voorkomende vrijheidsbeperkende maatregelen en de voorwaarden waarmee deze zijn omgeven. In de praktijk kunnen de vrijheidsbeperkende maatregelen worden ingedeeld in de beperking om een ruimte te verlaten of te betreden (niet naar buiten mogen, kamermomenten, deurverklidders, time-out, etc.), beperking in het kunnen beschikken over bepaalde voorwerpen (koelkast gesloten, belbeperking, sigarettenschema, etc.), beperkingen in het aangaan van contacten (onderlinge relaties, ouders, bepaalde activiteiten, etc.) en zaken als een gestructureerd dagprogramma (Frederiks & Den Dulk, 2009).

Middelen of Maatregelen (MofM)

Bij onvrijwillig verblijvende personen en voor hen die zijn geplaatst via de Indicatiecommissie (artikel 60 wet BOPZ), kunnen in acute situaties Middelen of Maatregelen (artikel 39 wet BOPZ) worden toegepast. MofM mogen uitsluitend worden toegepast om een acuut gevaar weg te nemen. De behandelend arts of bij diens afwezigheid het verpleegkundig afdelingshoofd beslist over de toepassing hiervan. In het laatste geval wordt de behandelend arts zo spoedig mogelijk geïnformeerd. Verder stelt de wetgever de volgende eisen:

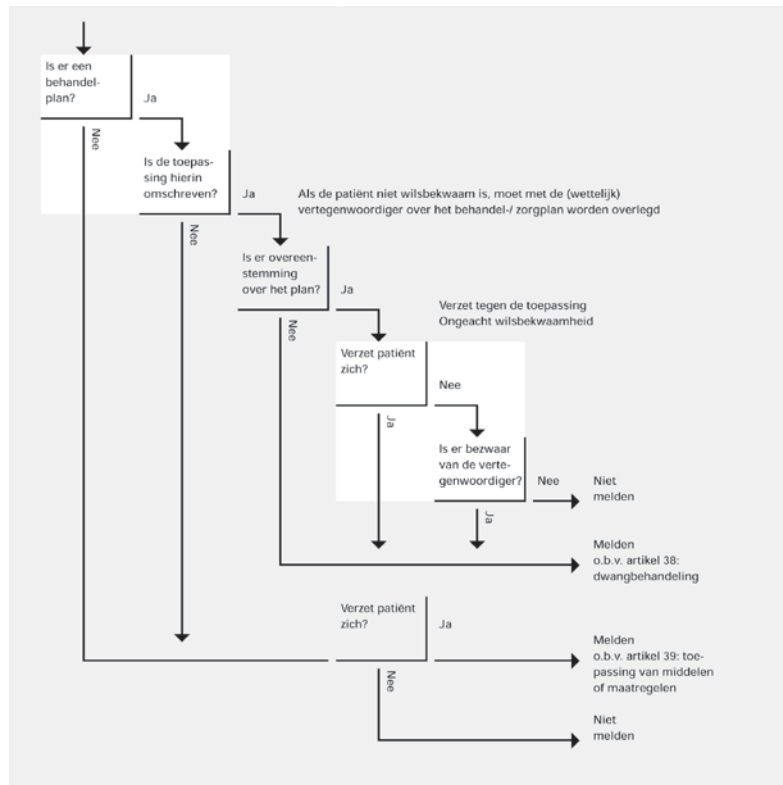
- er is sprake van een noodsituatie die zijn oorzaak vindt in de omstandigheden die zich in het ziekenhuis voordoen. Een externe omstandigheid zoals te weinig personeel is geen reden voor het uitvoeren van MofM!;
- het moet gaan om niet verwacht gevaar. Vrijheidsbeperkende maatregelen bij verwacht gevaar moeten namelijk zijn opgenomen in het behandelplan;
- de mogelijk om MofM toe te passen zijn door de wetgever nadrukkelijk omschreven, te weten afzondering, separatie, fixatie, medicatie en het toedienen van voeding of vocht;
- toepassing van MofM wordt direct gemeld aan de Inspecteur voor de Gezondheidszorg en aan de wettelijk vertegenwoordiger of naaste familiebetrekking;
- de duur is gemaximeerd tot zeven dagen, of zoveel eerder als de situatie weer hanteerbaar is.

Is de situatie na maximaal 7 dagen nog niet hanteerbaar dan worden de noodzakelijk geachte vrijheidsbeperkende maatregelen opgenomen in het behandelplan. Is of blijft er sprake van verzet tegen de behandeling, dan is dwangbehandeling mogelijk.

Dwangbehandeling

In artikel 38c wet BOPZ wordt de dwangbehandeling geregeld. Wanneer voor een bepaalde noodzakelijk geachte behandeling geen toestemming van de cliënt wordt verkregen en/of de cliënt zich verzet tegen een eerder overeengekomen behandeling, kan behandeling tegen diens wil worden toegepast. Dit wordt dwangbehandeling genoemd. Belangrijke voorwaarde is dat dwangbehandeling noodzakelijk wordt geacht om de geestesstoornis of het gevaar dat betrokkene als gevolg van de geestesstoornis binnen de inrichting doet veroorzaken, niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen resp. afgewend. Daarnaast dient dwangbehandeling te worden getoetst aan de eisen van doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit. Aan deze dwangbehandeling in verband met het zogenaamde 'interne' gevaar is geen termijn verbonden. Sinds 1 juni 2008 kent de BOPZ, uitsluitend voor cliënten met een GGZ-indicatie, de dwangbehandeling die wordt toegepast op basis van de reden waarvoor de cliënt is opgenomen, het zogenaamde 'externe' gevaar. Aan deze vorm van dwangbehandeling is wel een wettelijke termijn verbonden van maximaal drie maanden, met een mogelijke verlenging van nog eens drie maanden. Vindt de behandelaar verlenging daarna opnieuw noodzakelijk, dan zal hij de geneesheer-directeur van het nut en de noodzaak hiervan schriftelijk moeten overtuigen. In ieder geval wordt van een dwangbehandeling met verzet melding gedaan aan de Inspectie voor de gezondheidszorg.

Schematische weergave melden van MofM of dwangbehandeling voor cliënten die verblijven in het kader van de BOPZ (IBS, RM, artikel 60) (bron: Inspectie voor de Gezondheidszorg).



196

Huisregels

De BOPZ-instelling is verplicht huisregels op schrift te hebben en deze direct bij opneming aan de cliënt te overhandigen. Huisregels mogen geen andere regels bevatten dan die welke noodzakelijk zijn voor een ordelijke gang van zaken in de instelling. Tevens zijn zij algemeen geldend. Dat betekent dat er in de huisregels geen vrijheidsbeperkende maatregelen mogen staan die uitsluitend op één cliënt van toepassing zijn. Zijn individuele vrijheidsbeperkende maatregelen noodzakelijk dan worden zij in het behandelplan opgenomen.

Verlof- en ontslagregeling wet BOPZ

Is, naar het oordeel van de geneesheer-directeur, het gevaar zover verminderd dat (tijdelijke) terugkeer naar de maatschappij verantwoord is, dan kan dit verlof of ontslag, zo nodig onder voorwaarden, door de geneesheer-directeur worden verleend ^[5]. De geneesheer-directeur kan dit verlof (of het ontslag onder voorwaarden) ook weer intrekken. Voor wat betreft de voorwaarden zal de geneesheer-directeur zich bij voorkeur laten adviseren door de verantwoordelijk behandelaar. Voor psychiatrische ziekenhuizen, niet zijnde instellingen voor zwakzinnigenzorg of psychogeriatrie, gelden andere, zwaardere eisen. Hierop wordt in dit hoofdstuk niet verder ingegaan.

[5] Nadrukkelijk wordt hier nog eens aangegeven dat deze bevoegdheid van de geneesheer-directeur uitsluitend geldt voor cliënten met een VG of een PG indicatie. Voor de GGZ-clients gelden andere - strengere - verlof- en ontslagregels.

21.3.3 De rechten van de cliënt bij onvrijwillig verblijf

De onvrijwillig verblijvende cliënt wordt door de wet BOPZ een aantal rechten toegekend. Deze rechten zijn universeel en kunnen in het algemeen niet middels huisregels of vastgesteld beleid worden beperkt (Frederiks & Blankman, 2005). Merk op dat hier steeds wordt gesproken over rechten van de cliënt en niet, zoals de wet BOPZ in de praktijk nogal eens wordt uitgelegd, het recht op inperking van de vrijheden van de cliënt door de instelling. De beschreven rechten, die gelden voor cliënten die middels een machtiging zijn opgenomen, gelden ook voor cliënten die met een strafrechterlijke titel (zoals TBS met dwangverpleging) zijn opgenomen in een BOPZ-instelling. Zij gelden nadrukkelijk niet voor cliënten die met een artikel 60 (BOPZ- of CIJZ-indicatie) zijn opgenomen. De rechten worden hier kort beschreven.

Recht op een behandelaar

De cliënt heeft het recht zo spoedig na opname te horen wie er binnen de instelling verantwoordelijk zal zijn voor zijn behandeling. Dit recht geldt overigens ook voor de echtgenoot, de wettelijk vertegenwoordiger en de naaste familie van de cliënt.

Recht op het bezit van de eigen voorwerpen

De cliënt heeft recht op het kunnen beschikken over de eigen spullen. Slechts de voorwerpen die een gevaar vormen voor de veiligheid of de goede gang van zaken in de instelling, kunnen (tijdelijk) worden ingenomen. De cliënt heeft recht op een schriftelijk bewijs van ontvangst van de ingenomen voorwerpen.

Recht op informatie

Dit recht betreft zo spoedig mogelijk na opname ontvangen van de huisregels en de klachtenregeling. Tevens behoort de cliënt te weten dat zijn gegevens worden opgenomen in een patiëntendossier. De cliënt ontvangt bij opname de beschikking van de rechtbank op basis waarvan hij onvrijwillig bij de instelling zal verblijven.

197

Recht op post

De cliënt heeft recht op het ontvangen en verzenden van poststukken, zoals elke burger. Deze poststukken mogen, als daarvoor een reden is (de reden is niet nader omschreven maar gedacht kan worden aan het vermoeden van de aanwezigheid van drugs, wapens etc.), in het bijzijn van de cliënt worden onderworpen aan een controle op meegezonden voorwerpen. Dit geldt zowel voor binnenkomende als uitgaande post. Post openen buiten het bijzijn van de cliënt is bij wet verboden. In de praktijk is het de behandelverantwoordelijke of de geneesheer-directeur die bepaalt of er reden is de post te openen.

Recht op bezoek

De cliënt heeft recht op bezoek, tenzij dient te worden gevreesd dat het bezoek ernstige nadelige gevolgen kan hebben voor de gezondheidstoestand van de cliënt. Dit ter beoordeling van de behandelverantwoordelijke. Een tweede reden om het toelaten van bezoek te kunnen weigeren, is ter voorkoming van verstoring van de orde in de instelling. De beoordeling dient bij elk nieuw bezoek door de behandelverantwoordelijke plaats te vinden en schriftelijk, met motivatie, te worden vastgelegd. Standaardformulering in het behandelplan dat 'bezoek niet is toegestaan' is in strijd met de wet.

Recht op bewegingsvrijheid

De cliënt heeft recht op bewegingsvrijheid in en rond het ziekenhuis. Inperking van dit recht kan slechts onder voorwaarden zoals genoemd bij het recht op bezoek, met dien verstande dat elk nieuw verzoek tot uitbreiding van de bewegingsvrijheid, door de behandelverantwoordelijke dient te worden beoordeeld.

Recht op vrij telefoonverkeer

Hiervoor geldt in feite hetzelfde als is aangegeven bij het recht op bezoek. De cliënt heeft recht op het voeren van telefoongesprekken, tenzij er door de behandelaar redenen zijn aangegeven waarom het voeren van een telefoongesprek ongewenst is. Zeker als dit is met de vertrouwenspersoon van de cliënt. Het recht om te bellen met de advocaat, de officier van justitie, de rechter, de hoofdinspecteur of de inspecteur kan niet worden ingeperkt.

Recht op overplaatsing

De cliënt heeft de bevoegdheid om zelf zijn overplaatsing naar een andere instelling (psychiatrisch ziekenhuis) te bewerkstelligen. Hij kan dit ook aan de geneesheer-directeur vragen. De geneesheer-directeur beoordeelt het verzoek en laat hierbij het belang van de cliënt het zwaarst wegen. Van het besluit wordt een afschrift gestuurd aan de inspecteur. Is dit besluit afwijzend, dan kan de inspecteur vervolgens besluiten het verzoek tot overplaatsing alsnog te honoreren. De instelling is dan verplicht dit te regelen, onder verantwoordelijkheid van de geneesheer-directeur.

21.3.4 Overigen

198

De wet BOPZ beschrijft nog een aantal zaken die voor een goede uitvoering van de wet van belang zijn. Hier wordt in deze paragraaf kort op ingegaan.

De geneesheer-directeur

De geneesheer-directeur is al vaker genoemd. Hij is in de wet BOPZ aangewezen om toezicht te houden op het juist uitvoeren van de wet binnen het ziekenhuis. Zijn bevoegdheden beperken zich niet tot het toezicht, maar hij is belast met de zorg voor de algemene gang van zaken op geneeskundig gebied in het ziekenhuis. De geneesheer-directeur is bevoegd tot het verlenen van verlof of ontslag of overplaatsing bij cliënten die een juridisch kader vanuit de wet BOPZ hebben. De geneesheer-directeur kan worden waargenomen door een daartoe door het bestuur van de instelling aangewezen vervanger. De geneesheer-directeur kan zijn bevoegdheden in principe niet mandateren. Dat wil zeggen dat de bevoegdheden die de geneesheer-directeur in de wet BOPZ zijn toebedeeld, niet uit zijn naam door anderen kunnen worden uitgevoerd. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het ondertekenen van de geneeskundige verklaring, het besluit tot al dan niet overplaatsen etc. Het verlenen van (voorwaardelijk) verlof is eventueel te mandateren (aan de behandelverantwoordelijke). Het intrekken van het (voorwaardelijk) verlof is in principe weer niet te mandateren, evenals het verlenen of intrekken van het (voorwaardelijk) ontslag (Keurentjes & Zuiderhoudt, 2003). De gedachte is dat het inperken van de vrijheid een zwaarder besluit is dan het besluit tot het verlenen van vrijheid. Over dit onderscheid zijn de meningen van de verschillende rechtbanken overigens verdeeld.

Ook een geneesheer-directeur heeft wel eens vakantie of is anderszins af en toe afwezig. Daarom voorziet de wet in de mogelijkheid van een waarneming. De instelling is verplicht een waarneming te hebben en ook aan te geven wie (welke arts) op welk moment aanspreekbaar is als (plaatsvervangend) geneesheer-directeur.

Administratieve procedures

De wet BOPZ kent vele administratieve procedures die tot doel hebben de rechtspositie van de cliënt op een transparante manier te borgen. Aan de procedures zijn tevens termijnen verbonden waarbinnen de procedures dienen te worden uitgevoerd. Alle toegepaste vormen van Middelen of Maatregelen waarbij de cliënt verzet vertoont of welke (nog) niet in een behandelplan zijn vastgelegd, moeten gemeld worden aan inspectie. Dat betekent dat begeleiders deze dus altijd aan behandelverantwoordelijke moeten melden. Het is in de meeste instellingen een goed gebruik een toegepaste vrijheidsbeperking of dwangbehandeling, ook al deze staat vermeld in het dwangbehandelplan, te registreren. Het zorgvuldig vastleggen van alle vormen van vrijheidsbeperking, of zij nu wel of niet moeten worden gemeld bij de inspectie, kan worden gezien als een belangrijke taak voor de begeleiders en vormen een belangrijke informatiebron voor de behandelverantwoordelijken.

Wilsbekwaamheid en wettelijke vertegenwoordiging

Vanaf 18 jaar zijn mensen voor de wet meerderjarig en handelingsbekwaam. Dat betekent dat er aankopen mogen worden gedaan, overeenkomsten mogen worden gesloten, een huwelijk mag worden aangegaan etc. Cliënten met een verstandelijke beperking zijn echter niet altijd in staat op alle gebied hun belangen op een goede wijze te behartigen en/of voor zich zelf te zorgen. De wet geeft dan de mogelijkheid om zo iemand onder curatele te kunnen laten stellen, een bewindvoerder toe te wijzen, of een mentor te benoemen.

Bij ondercuratelestelling verliest de persoon handelingsbekwaamheid en mag dus niet meer zelfstandig rechtshandelingen verrichten en eventueel toch verrichte rechtshandelingen kunnen door de curator terug gedraaid worden. Bij een onderbewindstelling mag iemand niet meer zelfstandig beslissen over de onder bewind gestelde goederen. Ook een eventueel aanwezig vermogen wordt op deze wijze beschermd. Een mentor neemt beslissingen over verzorging, verpleging, behandeling en begeleiding van de cliënt.

Voor alle drie de maatregelen kan een verzoek worden ingediend bij de rechtbank en zij kunnen worden beëindigd als de cliënt zijn eigen belangen weer kan behartigen. Is er sprake van wilsonbekwaamheid en is er geen wettelijke vertegenwoordiging geregeld, zoals hierboven beschreven, dan zijn de ouders of naaste verwanten de wettelijk vertegenwoordiger (Ministerie van Justitie 2008). Vanuit het perspectief van behandeling en verzorging is het wenselijk, bij gebleken wilsonbekwaamheid, de wettelijke vertegenwoordiging (i.c. het mentorschap) goed te regelen. In overleg- en conflictsituaties heeft de behandelaar dan één aanspreekpunt. Voor ouders stelt het wettelijk vertegenwoordiger zijn hen soms een onmogelijke, haast onmenselijke taak. Zij moeten dan als wettelijk vertegenwoordiger meebeslissen over vrijheidsbeperkingen in het behandelplan, terwijl hun ouderlijke gevoelens hiermee in strijd zijn. Te overwegen valt de wettelijke vertegenwoordiging op een andere manier in te vullen, zodat de ouders ook vooral ouder kunnen zijn en hun kind kunnen ondersteunen zonder de last van de wettelijke vertegenwoordiging.

21.4 Te verwachten nieuwe wetgeving

De wet BOPZ is in de afgelopen jaren veelvuldig gewijzigd en aangepast aan de praktijk. Met name voor de verstandelijk gehandicaptenzorg maar ook voor de psychogeriatric blijkt de wet BOPZ vaak niet aan te sluiten bij de praktijk van alledag (Frederiks, 2004). Dit geldt in het bijzonder voor cliënten die met een artikel 60 indicatie verblijven binnen de instelling. De wetgever heeft daarom het initiatief genomen voor het vervaardigen van nieuwe wetgeving, de wet Zorg en Dwang (of de wet Onvrijwillige Zorg. De naam is nog niet vastgesteld). Alle mensen met psychogeriatrische problematiek of een verstandelijke beperking krijgen straks hun

rechtsbescherming via deze nieuwe wet in de gevallen dat zij door zorgverleners in hun vrijheid worden beperkt of tegen hun wil zorg moeten ondergaan. Die bescherming geldt naar verwachting niet alleen binnen instellingen, maar bijvoorbeeld ook in de thuissituatie of in kleinschalige woonvormen (Frederiks & Den Dulk, 2009).

De nieuwe wet kent twee belangrijke uitgangspunten: Ten eerste mag onvrijwillige zorg alleen worden toegepast als er sprake is van ernstig nadeel voor de cliënt zelf of voor anderen. Voorbeelden van ernstig nadeel zijn het risico van uitdroging, waarbij alleen het met dwang toedienen van vocht het risico kan verminderen. Het toedienen van vocht mag in zo'n geval plaatsvinden, ook al verzet de cliënt zich hiertegen. Een ander voorbeeld betreft iemand die nog thuis woont en zichzelf zodanig verwaarloost en vervuilt, dat een gedwongen douchebeurt gerechtvaardigd blijkt. Een derde voorbeeld betreft mensen met een verstandelijke beperking en ernstig automutilerend gedrag door middel van het zichzelf slaan. Het aanmeten van een armkoker om dat te beletten is in de nieuwe wet, onder strikte condities, mogelijk. Het beperken van de vrijheden van cliënten met niet behandelbaar, ernstig onaanpast gedrag (zoals seksueel grensoverschrijdend gedrag in het openbaar) zal binnen de nieuwe wet geregeld kunnen worden. Een laatste voorbeeld betreft cliënten die geen remmingen kennen bij het eten of drinken en waarbij om die reden de koelkast op slot gaat om ernstige gezondheidsschade te voorkomen.

De nieuwe wet bepaalt dat dit soort vrijheidsbeperkende maatregelen altijd in een zorgplan te vinden moeten zijn. Over de inhoud van het zorgplan is van te voren multidisciplinair overlegd. Opnemen in het zorgplan is alleen toegestaan als is aangetoond dat er sprake is van ernstig nadeel voor de cliënt. Uit het zorgplan moet blijken welke situatie dwang rechtvaardigt en waarom andere, minder ingrijpende middelen, niet toereikend zijn. Als het daadwerkelijk tot uitvoering van onvrijwillige zorg komt, moet een zorgverlener controleren of er op een verantwoorde manier toezicht op de cliënt kan worden gehouden. Er kan geen sprake van zijn dat een cliënt in zijn vrijheid wordt beperkt en vervolgens alleen wordt gelaten.

Het tweede uitgangspunt van de nieuwe wet is dat deze regelt onder welke condities mensen kunnen worden opgenomen, als zij zichzelf niet meer over opname kunnen uitspreken.

De belangrijkste elementen van de nieuwe wet op een rij:

- Voor iedere cliënt dient een zorgplan te worden opgesteld, in overleg met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger.
- De zorgaanbieder wijst zelf de categorie zorgverleners aan die binnen zijn instelling bevoegd is om zorgplannen op te stellen.
- Pas wanneer alle alternatieven in overweging zijn genomen en gemotiveerd zijn afgewezen en alleen het toepassen van een vrijheidsbeperkende maatregel nog ernstig nadeel voor de cliënt of zijn omgeving kan voorkomen of afwenden, kan in het zorgplan een vrijheidsbeperkende maatregel worden opgenomen. Daarbij wordt beschreven welk ernstig nadeel door de bewuste vrijheidsbeperking wordt voorkomen of weggenomen.
- De beslissing van het opnemen van een vrijheidsbeperkende maatregel in het zorgplan wordt genomen na overleg in een multidisciplinair team, waarbinnen een dialoog tussen verschillende disciplines zorgt voor verschillende inzichten. De verschillende inzichten kunnen bijdragen aan het minimaliseren van het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen. In het multidisciplinaire team is in ieder geval een arts vertegenwoordigd. Deze toetst of er een somatische contra-indicatie is voor het toepassen van een vrijheidsbeperkende maatregel en om uit te sluiten dat het gedrag veroorzaakt wordt door somatische klachten.
- Een zorginstelling moet op aanvraag van de Inspectie een overzicht kunnen tonen van de aard, frequentie en noodzaak van de toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen.

Voor de GGZ zal de nieuwe Wet verplichte GGZ gaan gelden. Vanuit De Borg is aangegeven dat er mogelijk lacunes zijn in de wet Zorg en Dwang, waardoor de rechtspositie van de SGLVG-cliënten mogelijk niet op een goede manier kan worden geborgd. Wellicht moet voor deze cliënten een uitstapje worden gemaakt naar delen van de Wet verplichte GGZ.

De invoering van de Wet Zorg en Dwang is al enkele keren uitgesteld. Er wordt uitgegaan van een invoering in de loop van 2011.

Tot slot

De wet BOPZ is op papier een tamelijk overzichtelijke wet. In de praktijk is er nogal eens sprake van een grijs gebied. Juist begeleiders van cliënten komen met dit grijze gebied in aanraking. Het is dan zaak vrije interpretatie van de wet te voorkomen en de vragen en dilemma's te bespreken in multidisciplinair verband, al dan niet in het bijzijn van de geneesheer-directeur. Daarnaast is vastlegging van het beleid en de handelingen van belang. Een goed hulpverlener stelt zich ook in deze transparant en toetsbaar op, zodat steeds recht kan worden gedaan aan datgene wat de wet van ons eist en de cliënt van ons verwacht. Goede en verantwoorde zorg op maat.

Referenties

Dijkers, W. & Widdershoven, T.P. (2008). *Wetstekst BOPZ*. Den Haag: SDU-uitgevers.

Frederiks, B.J.M. (2004). *De rechtspositie van mensen met een verstandelijke beperking (proefschrift)*. Den Haag: SDU-uitgevers.

Frederiks, B.J.M. & Blankman, K. (2005). *BOPZ; De verstandelijk gehandicaptenzorg*. Den Haag: SDU-uitgevers.

Frederiks, B. & Den Dulk, L. (2009). *Rechten van cliënten met een verstandelijke beperking*. Barneveld: Uitgeverij Nelissen.

Keurentjes, R.B.M. en Zijderhoudt, R.H. (2003). *De geneesheer-directeur, Praktijkreeks BOPZ 2003*. Den Haag: SDU-uitgevers.

Ministerie van Justitie (2008). *Curatele, bewind en mentorschap*. Den Haag: Ministerie van Justitie.

Ministerie VWS (2009). *Over de Wet BOPZ*. Den Haag: Ministerie van VWS.

Stikker, T.E. (2003). *De samenhang tussen de WGBO en de Wet BOPZ*. Den Haag: SDU-uitgevers.

Veen, E-B van (2002). *De WGBO, Dossiers gezondheidsrecht*. Den Haag: Koninklijke Vermande.

Personalia

Terug
naar de
Inhoud



203

Drs A.C. (Aniet) Bruininks is als orthopedagogisch adviseur werkzaam onder de naam ACB advies.

ACB advies brengt vanuit orthopedagogische visie lijn aan in de werkwijze op en rondom groepen voor opvang, zorg, begeleiding of behandeling, met als doel het realiseren van een professionele, kwalitatieve en effectieve methodiek.

M. (Mariet) Clerkx is als psychiater verbonden aan Altrecht/Wier, SGLVG-afdeling voor Noord-Holland, Utrecht en Flevoland.

Prof. dr. R. (Robert) Didden is als bijzonder hoogleraar 'Intellectual disabilities, learning and behaviour' verbonden aan het Behavioural Science Institute en de vakgroep Orthopedagogiek van de Radboud Universiteit Nijmegen. Daarnaast is hij hoofd van het Trajectum (Hoeve Boschoord & Hanzeborg) Kenniscentrum en als GZ-psycholoog werkzaam bij Trajectum-Hanzeborg.

I.H.E. (Ilse) van Esch is manager van de (forensische) SGLVG-behandelkliniek van Ipse de Bruggen.

F. (Frans) Fluttert F.A.J., MScRN, is Forensisch Verplegingswetenschapper en onderzoeker/promovendus bij FPC Dr.S. Van Mesdag/Universiteit Utrecht. Hij is bestuurslid van de European Violence in Psychiatry Research Group [EVIPRG] en betrokken in (inter)nationale onderzoeksprojecten op gebied van Vroegsignalering.

Drs P. (Peter) Fransen is GZ-psycholoog/orthopedagoog en behandelverantwoordelijke F.P.C. De Beuken bij Trajectum-Hoeve Boschoord.

W.T.F.M. (Wim) van Geffen, arts, is werkzaam als Medisch directeur/Geneesheer-directeur bij Dichterbij.

Drs J. (Jacques) Heijkoop, ontwikkelingspsycholoog, zelfstandig gevestigd als Jacques Heijkoop Psycho Practicum (www.heijkoop.nu). Werkzaam als consultant, trainer en adviseur in Nederland en verschillende andere Europese landen. Ontwikkelaar en hoofdopleider Methode Heijkoop®.

Drs J. (José) Huls, gedragswetenschapper/psycholoog, is werkzaam als behandelverantwoordelijke bij de ambulante dienst van Ipse de Bruggen.

Drs B.H.M. (Bernadette) Lutjenhuis, GZ-psycholoog, is diagnosticus bij Trajectum-Hoeve Boschoord.

Drs H.M. (Hilde) Niehoff, GZ-psycholoog, is werkzaam als behandelverantwoordelijke binnen Trajectum-Hoeve Boschoord en lid van het Trajectum Kenniscentrum. Als programmaleidster is zij verantwoordelijk voor de ontwikkeling en implementatie van het behandelprogramma Agressie voor cliënten met een lichte verstandelijke beperking en agressieproblematiek.

N. (Nico) Overvest, MHA, is manager van Stichting De Borg.

J.D. (Annouschka) Roos, is locatiemanager bij de SGLVG-behandelkliniek van Ipse de Bruggen.

Drs J.L. (Jacqueline) Roos, orthopedagoog/GZ-psycholoog, is als hoofd behandelzaken werkzaam bij de (forensische) SGLVG-kliniek van Ipse de Bruggen. Hiernaast is zij als projectmanager bij De Borg verantwoordelijk voor Borgbrede (door)ontwikkeling van behandelprogramma's.

B. (Bas) Steenbergen, (MSc, docent en adviseur VDO Opleiding en advies van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Hij is coördinator van de leergang begeleiders SGLVG die VDO samen met De Borg jaarlijks uitvoert.

Drs J. E. (Joke) Slagter, GZ-psycholoog/klinisch psycholoog is als Hoofd Zeuvenakkers werkzaam binnen Trajectum.

J.C.B.M. (Ankie) Swinkels-van den Beuken is verpleegkundig specialist en coach bij Specialistische Zorg Dichterbij.

Drs. G.J.C.M. (Gert-Jan) Verberne is klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog en psychotherapeut (BIG) en werkzaam bij Specialistische Zorg Dichterbij. Hiernaast is hij kinder- en jeugdpsycholoog-specialist (NIP).

Vakwerk!

Vakwerk. Dat is wat de begeleiders 24-uurs-zorg leveren, die dagelijks werken met cliënten die behalve een lichte verstandelijke beperking ook kampen met ernstige psychiatrische aandoeningen en/of gedragsstoornissen. Cliënten die een tijdelijke behandeling krijgen in één van de instellingen van De Borg, die langdurig verblijven in een instelling voor verstandelijk gehandicapten of in een justitiële inrichting, die in de GGZ worden behandeld of die thuis- of dakloos zijn.

Behandelen is mensenwerk, waarbij verschillende professionals betrokken zijn. De begeleider 24-uurs-zorg speelt voor de cliënten daarin een belangrijke rol. Niet alleen om ervoor te zorgen dat de dagelijkse bejegening in alle facetten is afgestemd op hun verstandelijke beperking, hij of zij levert ook een bijdrage aan therapieën en trainingen en ondersteunt de cliënten het geleerde te integreren in het dagelijks leven op de afdeling, op het werk of in de vrije tijd.

De instellingen van De Borg hebben samen met de HAN VDO in Nijmegen sinds een aantal jaren een leergang voor begeleiders 24-uurs-zorg. Om hen te ondersteunen in de uitoefening van hun vak. De kennis die daarbij in de loop der jaren is opgebouwd, is gebundeld in het handboek Vakwerk!. Dit boek biedt een gedegen overzicht van alle facetten waarmee de begeleiders in hun werk te maken hebben, is bruikbaar voor velen die met deze groep cliënten werken en levert een belangrijke bijdrage aan de professionalisering van het beroep van de begeleider 24-uurs-zorg.