

# BEHANDELVISIE

## (forensische)

# SGLVG

## DE BORG

2e geheel herziene uitgave  
17-02-2017

Door: werkgroep ambulans en programmaad De Borg  
(red. J.L. Roos)

## Voorwoord

De Borg is het samenwerkingsorgaan van de vier (forensische) SGLVG-instellingen in Nederland, te weten Trajectum, Altrecht Aventurijn/Wier, Dichterbij/Stevig en Ipse de Bruggen/Behandelcentrum Middenweg. Deze instellingen bieden hoogwaardige en gespecialiseerde ambulante en klinische behandeling aan mensen met een lichte verstandelijke beperking en complexe gedrags- en psychiatrische problematiek, de zgn. 'Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten' (SGLVG). Het gedeelte van deze doelgroep waarbij het plegen van een delict (mede) aanleiding is geweest tot opname, wordt aangeduid met 'forensische' SGLVG of SGLVG+.

De complexe problematiek van de (forensische) SGLVG-cliënten vraagt in Nederland om de beschikbaarheid van een behandelaanbod van gespecialiseerde behandelvoorzieningen. In deze notitie geeft De Borg haar visie op dit specialistische behandelaanbod en daarmee ook aan de eisen waaraan voldaan dient te worden om dit aanbod te kunnen doen.

In het eerste hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de missie en visie van de Borg-behandelcentra. De behandeling van (forensische) SGLVG is zowel gelijkwaardig aan andere vormen van hoogwaardige zorg, als een verbijzondering van de reguliere zorg. Er wordt ingegaan op de specifieke kenmerken van de doelgroep en de consequenties die dit heeft voor behandeling en zorgorganisatie. Duidelijk wordt waarom deze doelgroep een eigen expertise behoeft. In het tweede hoofdstuk worden inhoudelijke onderdelen van de behandelprogramma's en de randvoorwaarden die hieraan gesteld moeten worden verder uitgewerkt. In hoofdstuk drie volgt tot slot een uitwerking van de belangrijkste vormen van onze ambulante en klinische behandeling.

Graag presenteren we hierbij onze visie op specialistische (forensische) SGLVG-behandeling.

Jacques Martini  
Voorzitter stichting De Borg

# Inhoudsopgave

Voorwoord

---

Inhoudsopgave

---

## 1. De Borg Behandelcentra: missie, visie en positie

---

- 1.1 Missie
- 1.2 Doelgroep
- 1.3 Gevolgen voor behandeling
- 1.4 Specialisme
- 1.5 Plaats in de zorgketen
- 1.6 Visie

## 2. Behandelkaders en behandelprogramma

---

- 2.1 Theoretische uitgangspunten
- 2.2 Diagnostiek
- 2.3 Behandeldoelen
- 2.4 Behandelprogramma's: vormgeving, wijze van aanbieden en fasering
- 2.5 Behandelprogramma's: inhoud
- 2.6 Zorgorganisatie
- 2.7 Materiele zaken
- 2.8 Wetgeving

## 3. Organisatievormen: van ambulante tot klinisch

---

- 3.1 Behandelaanbod
- 3.2 Ambulante behandelvormen
- 3.3 Klinische behandelvormen

Bronnen

---

Bijlagen

---

- I: Indicatiecriteria
- II: Consequenties van een lichte verstandelijke beperking
- III: Kenmerken, gedrag en behoeften van (forensische) SGLVG-cliënten

# Hoofdstuk 1 De Borg Behandelcentra: missie, visie en positie

## 1.1 Missie

De (forensische) SGLVG-behandelcentra richten zich op het opheffen en hanteerbaar maken van ernstige ontregelingen van het persoonlijk en maatschappelijk functioneren van mensen met een lichte verstandelijke beperking. We behandelen mensen met een lichte verstandelijke beperking met als doel het probleemgedrag, psychische klachten en/of recidivegevaar te verminderen. Hierbij is van belang de cliënt en zijn (professionele) netwerk te leren omgaan met (blijvende) beperkingen in verstandelijk en adaptief functioneren en co-morbiditeiten op te heffen. We streven er naar dat de in zijn leven vastgelopen cliënt weer zo goed mogelijk, met passende ondersteuning op de diverse levensdomeinen, kan functioneren in de maatschappij en waarbij die maatschappij moet kunnen rekenen op zoveel mogelijk veiligheid.

De behandelcentra verrichten diagnostiek en behandeling, waarbij expertise wordt geïntegreerd uit verschillende sectoren, zoals zorg aan mensen met een verstandelijke beperking, geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en forensische zorg. Er is een breed scala aan behandelingen voor de diverse problematieken, een brede variatie in de mate van intensiteit van de behandeling en flexibele vormen, afhankelijk van de persoonlijke behoefte, op plaatsen waar cliënten die nodig hebben. Zo zijn er mogelijkheden voor consultatie, poliklinische behandeling, deeltijdbehandeling, specialistisch ambulante behandeling, (forensisch) (F)ACT, teamcoaching, overbruggingszorg, nazorg, crisisopvang en klinische behandeling op verschillende beveiligingsniveaus. En kan de behandeling plaatsvinden op verschillende plaatsen: bij de cliënt thuis, in het behandelcentrum, in een penitentiaire inrichting, op de (VG)woonvoorziening etc.

De behandelcentra dragen hun verworven specialistische kennis van de doelgroep over aan andere professionals die met de doelgroep werken. Er worden behandelprogramma's ontwikkeld die op de doelgroep zijn afgestemd, er vindt Routine Outcome Monitoring plaats en er wordt wetenschappelijk onderzoek verricht om de kwaliteit van de behandeling te verbeteren.

## 1.2 Doelgroep

De doelgroep van de behandelcentra van De Borg betreft mensen vanaf 18 jaar met beperkingen in zowel het verstandelijk als adaptieve functioneren, in de conceptuele, sociale en praktische domeinen (lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafd intelligentieniveau) met bijkomende ernstige gedragsproblematiek en/of psychiatrische problematiek, die door een scala aan oorzaken de grip op het leven kwijt zijn geraakt. Er is sprake van onbegrepen en risicovol gedrag, veroorzaakt door de complexe, multicausale en meervoudige problematiek, dat tot uiting komt in relaties, (gezins)systeem, wonen, werken en vrije tijd. De problematiek is complex door de combinatie van psychische aandoeningen, gedragsstoornissen en een lichte verstandelijke beperking, die niet zelden te laat is (h)erkend. Hiernaast kan bij een verstandelijke beperking sprake zijn van genetische afwijkingen, presenteren stoornissen zich vaak op a-specifieke wijze en is er bij een grote groep sprake van meer dan één As-I stoornis. Een beperkt sociaal netwerk, ontworpen sociale relaties en maatschappelijke problemen maken deze problematiek vaak nog ingewikkelder. De problemen, het probleembesef, de hulpvraag en motivatie tot behandeling kunnen fluctueren. Veelal wordt de hulpvraag (in eerste instantie) niet gesteld door de cliënt, maar door diens omgeving (ouders, partner, woonvoorziening), die handelingsverlegenheid ervaart en die het functioneren van cliënt als onhoudbaar beschouwt. Er kan sprake zijn van terugkerende crisissituaties en/of risicovol gedrag waardoor cliënten een gevaar zijn voor zichzelf en/of hun omgeving. Een deel van de cliënten komt door hun problematiek in aanraking met Justitie. Er is meestal sprake van een lange hulpverleningsgeschiedenis, waarbij het reguliere hulpaanbod (bijvoorbeeld WMO-begeleiding, VG-zorg, GGZ-behandeling) onvoldoende blijkt, bijvoorbeeld door beperkte behandelmogelijkheden of door beperkte afstemming op de verstandelijke beperking zoals aanpassing aan het (ontwikkelings)niveau en betrekken van systeemfactoren. Vaak ook leiden een beperkte behandelmotivatie bij de cliënt en een externe locus of control (niet zichzelf als deel van het probleem zien, maar anderen en omstandigheden) tot het afstand nemen van hulpverlening binnen een vrijwillig kader. Voor de exacte indicatiecriteria van ambulante en klinische behandeling door een behandelcentrum van De Borg wordt verwezen naar Bijlage I.

Er zijn grote verschillen tussen de cliënten in niveau van cognitief en sociaal en emotioneel functioneren, leeftijd, levensgeschiedenis, omstandigheden en bijkomende problematiek. Wat betreft de verstandelijke beperking is van belang dat deze weliswaar 'licht' wordt genoemd, maar dat de gevolgen hiervan dat zeker niet zijn. Het achterlopen van de ontwikkeling van de verstandelijke

vermogens (cognitieve ontwikkeling) leidt tot deficiënties in intellectuele functies, zoals beperkingen aangaande het begrijpen van abstracte begrippen en abstract redeneren, taalgebruik, begrip van taal, leren, informatieverwerking, denktempo, flexibiliteit in denken, werkgeheugen, sociale informatieverwerking en tijdsbeleving. De gevolgen hiervan zijn groot en dringen door in het hele leven. Ook de ontwikkeling van inzicht en vaardigheden op sociaal en emotioneel vlak verloopt bij mensen met lichte verstandelijke beperking langzamer dan bij mensen met een gemiddeld IQ en men bereikt een lager eindniveau. Dit kan bijvoorbeeld leiden tot beperkingen aangaande empathie, sociale vaardigheden, sociaal gedrag, emoties, geweten, impulscontrole, seksualiteit, zelfsturing, identiteit en zelfstandigheid. Ook hiervan zijn de gevolgen dus groot. Voor een uitgebreidere beschrijving van deze kenmerken en de consequenties hiervan wordt verwezen naar Bijlage II. Hierbij moet worden aangetekend dat ze apart worden beschreven, maar dat de verschillende kenmerken elkaar onderling beïnvloeden. Verder geldt dat niet alle kenmerken bij alle mensen met een lichte verstandelijke beperking in dezelfde mate aanwezig zijn. De mate waarin en wijze waarop zij een rol spelen, hangt af van de individuele persoon en zijn profiel van sterkere en zwakkere kanten. Discrepanties tussen kalenderleeftijd, cognitief functioneren, aanpassingsgedrag en sociaal en emotionele ontwikkeling zijn vaak aanwezig en maken de problematiek per definitie al complex. Ondanks alle kenmerken blijft de verstandelijke beperking vaak toch op het eerste gezicht bedekt en kan het soms tot ver in de volwassenheid duren voor hij wordt opgemerkt. De redenen hiervoor zijn divers; er zijn weinig opvallende kenmerken in het uiterlijk, men heeft (overlevings)strategieën aangeleerd om om te gaan met de (te hoge) eisen uit de omgeving en de eigen tekortkomingen te verbergen (bijvoorbeeld compensatie, camouflage, streetwise presentatie, vluchtgedrag), de sociale contacten zijn beperkt of niet in staat om de beperking te herkennen, of de aanwezige problematiek maskeert de aanwezigheid van een verstandelijke beperking. Men wordt geacht net als anderen mee te doen in de maatschappij en men wil dat zelf ook, waardoor veelal langdurige chronische (zelf)overvraging is ontstaan. Het spanningsveld tussen de beperkingen, de eisen van de omgeving/maatschappij, het eigen streefniveau en het ontbreken van passende ondersteuning is de voedingsbodem voor langdurige stress en het ontstaan van psychische problemen.

Wat betreft de bijkomende problematiek komt in de praktijk en uit wetenschappelijk onderzoek naar de doelgroep van de Borg-instellingen (Koot & Tenneij, 2006; Hesper & Drieschner, 2013; Neijmeijer e.a., 2014) het volgende beeld naar voren. Allereerst is de voorgeschiedenis bij vrijwel alle cliënten zeer problematisch. Zo is vaak sprake van speciaal en/of niet afgerond onderwijs, werkloosheid en afhankelijkheid van uitkeringen, eerdere hulpverlening en uithuisplaatsingen. Er zijn veel negatieve levenservaringen; niet zelden is men in het verleden (pedagogisch en/of affectief) verwaarloosd, (seksueel) mishandeld of misbruikt. Bij veel cliënten is daarom sprake van (basis)onveiligheid, problemen met de hechtingsrelaties, trauma's, (faal)angst en een negatief zelfbeeld. Cliënten zijn veelal niet op hun juiste niveau aangesproken, wat vaak wordt bemoeilijkt door de disharmonische ontwikkelingsprofielen. Hierdoor zijn zij veelal overvraagd, soms ook op punten onderschat, hetgeen veel stress veroorzaakt, en dientengevolge psychische problemen.

Voorts is te zien dat de zelfredzaamheid, praktische vaardigheden en organisatievermogen vaak gebrekkig zijn. Men is afhankelijk van anderen voor wat betreft woonomstandigheden en omgaan met financiën, er is geen goede daginvulling en er zijn sociale, relationele en maatschappelijke problemen. De omgeving heeft vaak langdurig geprobeerd manieren te vinden om met het moeilijke gedrag van de cliënt om te gaan. Niet zelden is uitputting opgetreden en zitten omgeving en cliënt vast in inadequate actie- en reactiepatronen. Cliënten zijn soms ongemotiveerd voor behandeling, daar eerdere behandelingen mislukt zijn, men negatief denkt over het eigen vermogen tot verandering en het vermogen van hulpverleners om hen hierbij te helpen. Lijdensdruk en probleembesef zijn soms gering en cliënten kunnen zich gestuurd voelen. Vaak ook fluctueert de hulpvraag en er kan sprake van terugkerende crisissituaties. Het toekomstperspectief is vaak irreëel.

Problemen op meerdere gebieden blijken een rol te spelen bij verwijzing naar een Borg-behandelcentrum zoals oppositioneel gedrag, risicovol-/delictgedrag, emotie-/agressieregulatieproblemen, zelfverwonding, seksueel grensoverschrijdend gedrag, vermogensproblematiek, middelenmisbruik, aandachtsproblemen, impulsregulatieproblemen, stemmingsproblemen, angsten, verwarring, rigiditeit. Bijkomend kan sprake zijn van somatische problematiek. De problematiek is multi-dimensioneel: meerdere (gedrags-)problemen zijn gelijktijdig aanwezig. De heterogeniteit van de problematiek komt ook naar voren in de psychiatrische classificatie. Er zijn vaak meerdere As I classificaties (DSM) bij deze cliënten, waarbij aandachts- en gedragsstoornissen, middelenafhankelijkheid, pervasieve ontwikkelingsstoornissen, psychotische stoornissen, stemmingsstoornissen en angststoornissen het meest voorkomen, maar ook de meeste

andere categorieën worden gezien. Tevens is bij een aanzienlijk deel sprake van persoonlijkheidsproblematiek.

Voor een uitgebreide beschrijving van kenmerken, gedrag en behoeften wordt verwezen naar Bijlage III. Hierbij moet worden aangetekend dat ze apart worden beschreven, maar dat het een uit het ander kan voortkomen. Tevens wordt niet gepretendeerd volledig te zijn.

### 1.3 Gevolgen voor behandeling

Bij de diagnostiek en behandeling van (forensische) SGLVG-cliënten dient expliciet rekening gehouden te worden met alle bovengenoemde probleemgebieden: de lichte verstandelijke beperking met consequenties aangaande zowel de cognitieve als de sociale en emotionele ontwikkelingsachterstanden en kennis-/vaardigheidstekorten, de complexe bijkomende problematiek (psychische problemen, psychiatrische aandoeningen, verslavingen, somatische klachten, sociale problemen etc) en het risicovolle-/delictgedrag en benodigde veiligheid. De consequenties van de problematiek op al deze verschillende gebieden (beperking, stoornis, gedrag en risico's) zijn bepalend voor de diagnostiek, de behandeldoelen, de theoretische basis en inhoud van behandelprogramma's, de wijze waarop deze worden vormgegeven en aangeboden, en de eisen die moeten worden gesteld aan de zorgorganisatie en randvoorwaarden. Dit alles binnen de kaders van verschillende wetgeving. Hierbij gaat het in elk gebied niet om slechts een optelsom, maar dient rekening gehouden te worden met de wijze waarop de verschillende problemen elkaar beïnvloeden en de gevolgen hiervan. Hieronder enkele voorbeelden hoe de verschillende probleemgebieden in alle aspecten van behandeling een rol spelen, een en ander wordt in Hoofdstuk 2 verder uitgewerkt.

Voorbeelden m.b.t. *inhoudelijke aspecten*:

Bij diagnostiek dient kennis en kunde aangaande zowel de verstandelijke beperking als psychiatrische stoornissen, syndroomgebonden en forensische problematiek te worden geïntegreerd om gedrag, wat door elk kan zijn veroorzaakt of zich a-typisch kan uiten, in het juiste licht te duiden. Behandeling van bijkomende problematiek is pas mogelijk wanneer de begeleiding voldoende wordt afgestemd op de duurzame beperkingen. De behandeldoelen zijn gericht op de drie gebieden: ten eerste het onderkennen van de gevolgen van de verstandelijke, sociale en emotionele beperkingen en ontwikkelen van de juiste ondersteuning, ten tweede het reguleren van gedrag en behandelen van comorbide problematiek, en ten derde het verminderen van de risico's en voorkomen van recidive.

Voorbeelden m.b.t. de opbouw en uitvoering van het *behandelprogramma*:

Een integraal behandelprogramma is nodig, gebaseerd op de integrale benadering van het biopsychosociale model, waarbij kennis vanuit het orthopedagogisch, psychiatrisch en psychotherapeutisch referentiekader, de geneeskundige zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en het competentiegericht werken worden gecombineerd. Dit programma bevat behandelinterventies op de verschillende gebieden, zoals therapeutisch contact met de begeleiders c.q. (klinisch) een methodisch vormgegeven therapeutisch klimaat, werken/dagbesteding, vrije tijdsbesteding, basismodules (voorlichtingsprogramma's, vaardigheidstrainingen) en therapeutische modules (agressie, verslaving, seksueel grensoverschrijdend gedrag), individuele therapeutische gesprekken/behandelingen, medicamenteuze behandeling, systeeminterventies, risicotaxatie en risicomangement. Deze interventies dienen qua inhoud, vorm en aanbestedingswijze te zijn afgestemd op de gevolgen van de lichte verstandelijke beperking (leer- en denkstijl, ontwikkelingsniveau, belevingswereld). Hiernaast dient rekening gehouden te worden met de consequenties van de verstandelijke beperking binnen de behandeling aangaande mogelijke afwijkende effecten van psychofarmaca, het plafond in inzicht of leermogelijkheden, de interactie met de psychische problematiek, de contextafhankelijkheid etc. In verband met de generalisatieproblematiek heeft gedragsverandering voorts de meeste kans van slagen indien zoveel mogelijk oefening plaatsvindt in het alledaagse leven, door middel van intensieve begeleiding, passende bejegening en expliciete organisatie van de generalisatie van vaardigheden die in trainingen zijn geleerd of inzichten die in therapie zijn verkregen.

Voorbeelden m.b.t. *begeleiders/behandelaars en zorgorganisatie*:

Een multidimensionale benadering vraagt multidisciplinaire betrokkenheid in het diagnostisch- en behandelproces, met brede expertise. Van groot belang is ook dat de omgeving zich niet laat ontregelen door de cliënt; dit vraagt een stevig begeleidingsteam, met voldoende en vooral gekwalificeerd personeel, dat in staat is op een voorspelbare en stevige manier te reageren op het gedrag van de cliënten, risicosituaties kan inschatten en in staat is preventief en de-escalerend te werken. Door de ernst en complexiteit van de problematiek is er altijd risico dat de omgeving en de therapeutische relatie verstoord wordt. Noodzakelijk is een heldere en intensieve ondersteuning,

coaching en aansturing, zowel inhoudelijk (behandelaars) als organisatorisch (managers). Tot slot zijn ook de nodige eisen te stellen aan materiele zaken en vindt het geheel plaats binnen verschillende wetgeving die voortkomt uit verschillende zorgsectoren.

#### 1.4 Specialisme

De doelgroep (forensische) SGLVG onderscheidt zich van andere doelgroepen doordat er sprake is van tegelijkertijd aanwezige verschillende probleemgebieden: verstandelijke beperking, psychopathologie en risicovol-/delictgedrag. Bij diagnostiek en behandeling aan deze groep dient kennis en kunde vanuit deze verschillende invalshoeken te worden gebundeld en geïntegreerd. De reguliere zorg is vaak onvoldoende hierop toegespitst daar zij zich veelal op één of soms twee deelaspecten richt. De hulpverlening loopt daardoor vast en cliënten raken met hun zorgvraag tussen wal en schip.

Het in elkaar grijpen van verstandelijke beperking, psychopathologie en risicovol-/delictgedrag vraagt om een gespecialiseerde multidisciplinaire en integrale benadering, zowel behandelinhoudelijk als wat betreft organisatie en aansturing. Het specialisme van de behandelcentra van De Borg ligt besloten in het gegeven dat zij zowel beschikken over expertise aangaande behandeling en bejegening van mensen met een lichte verstandelijke beperking, als over kennis en vaardigheden met betrekking tot het behandelen van psychopathologie en terugdringen van recidive. Met andere woorden: expertise uit verschillende zorgsectoren (met name de zorg voor verstandelijk gehandicapten, de geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg) wordt gecombineerd en geïntegreerd waardoor er specifieke deskundigheid ontstaat om deze cliënten de juiste diagnostiek en behandeling te bieden. Dit vraagt voortdurende afweging, keuzes, flexibiliteit en veel creativiteit. De kracht van de samenwerking binnen De Borg is voorts dat in het samenwerkingsverband de expertise wordt verenigd van de verschillende achtergronden van de individuele instellingen (VG, GGZ, Justitie).

Vanwege de integratie van expertise uit verschillende zorgsectoren, kan men stellen dat diagnostiek en behandeling binnen de behandelcentra van De Borg plaatsvindt op het snijvlak van de paradigma's van de VG-sector, de GGZ en de forensische zorg, met verschillende kernwaarden: Bejegenen, Behandelen en Beveiligen (drie 'B's):

- **Bejegenen** is de kernwaarde van de verstandelijk gehandicaptenzorg. Op basis van orthopedagogische expertise worden cliënten zodanig ondersteund dat zij zo optimaal mogelijk kunnen participeren in de samenleving.
- **Behandelen** is de kernwaarde van de geestelijke gezondheidszorg. Op basis van het medisch model worden klachten onderzocht en wordt de psychiatrische stoornis van patiënten behandeld waardoor zij zo optimaal mogelijk kunnen participeren in de samenleving.
- **Beveiligen** is de kernwaarde van forensische zorg. Met gebruik van risicotaxatie en risicomangement worden justitiabelen behandeld recidive te voorkomen. Voor Justitie staat de veiligheid van de samenleving centraal.

Bij de behandelcentra van De Borg is zowel met betrekking tot de inhoud van de behandeling als de wijze waarop deze wordt georganiseerd de integratie van de drie 'B's' te herkennen; deze sluit aan bij het verstandelijk, sociaal en emotioneel niveau, de mogelijkheden/beperkingen, de stoornissen en de benodigde veiligheid.

#### 1.5 Plaats in de zorgketen

De behandelcentra van De Borg onderscheiden zich door het aanbod voor een specifieke doelgroep en kunnen vergeleken worden met 'topklinische', 'derdelijns' of 'specialistische' behandelcentra uit de GGZ die zich richten op specifieke categorieën complexe gedrags- en psychiatrische stoornissen. Zo bieden de behandelcentra 'state of the art' behandeling, wat een nauwe samenwerking met specialisten in deelgebieden van de zorg vraagt. Wetenschappelijk onderzoek, ontwikkeling, innovatie en onderwijs zijn essentiële onderdelen van dergelijke hoogwaardige en gespecialiseerde zorg en De Borg neemt dan ook doorlopend deel aan onderzoek, ontwikkelt methoden en instrumenten voor diagnostiek en behandeling, toetst bestaande werkwijzen op kwaliteit en doelmatigheid, en verspreidt kennis en kunde door middel van scholing aan onderwijsinstututen en partners in de zorgketen. Middels ROM-systematiek (Routine Outcome Monitoring) meten de behandelcentra van De Borg periodiek de voortgang van de behandeling, hetgeen zowel directe feedback aan behandelaars op individueel cliëntniveau geeft, als input levert voor onderzoek naar de effectiviteit van de behandeling. Op basis hiervan worden behandelingen en behandelprogramma's bijgesteld zodat deze maximaal effectief zijn.

Een voldoende groot cliëntenvolume binnen eenzelfde organisatorische eenheid is hierbij een voorwaarde; voor het succesvol aanbieden van hoogwaardige en gespecialiseerde behandeling in combinatie met ontwikkeling en innovatie is een behoorlijk volume per type aanbod noodzakelijk en versnippering over te veel instellingen dus onwenselijk.

Bij de meeste cliënten heeft er eerder (ambulante/klinische) hulpverlening plaatsgevonden, maar deze bleek onvoldoende of is vastgelopen. Het kan ook zijn dat er gezien de complexiteit van de problematiek onvoldoende resultaat van een lichtere vorm van behandeling wordt verwacht. Er is wel behandelperspectief aanwezig, maar de benodigde behandeling kan niet worden geboden door de reguliere hulpverlening, of binnen één sector, maar vraagt specifieke gecombineerde expertise. Een groot deel van de cliënten wordt doorverwezen vanuit de verstandelijk gehandicaptenzorg, maar een net zo groot deel vanuit de gemeentes (WMO), geestelijke gezondheidszorg, Justitie of verslavingszorg. De behandelcentra van De Borg beschikken over een breed scala aan vormen (zie Hoofdstuk 3). De behandeling is altijd tijdelijk, hoewel dit best een lange periode in beslag kan nemen; het gaat immers om complexe problematiek bij mensen die langzaam leren en die vaak jarenlang heeft doorgewoerd. Uit bovengenoemde onderzoeken blijkt dat de meerderheid met ontslag gaat omdat de behandeling succesvol is afgerond. Vaak is wel in meer of mindere mate sprake van restproblematiek. Hiernaast zijn er blijvende beperkingen en is sprake van contextafhankelijkheid van gedrag. Dit maakt dat de cliënt veelal langdurend (niet zelden levenslang) na behandeling is aangewezen op (een lichtere vorm van) zorg die blijvende ondersteuning en vroegsignalering biedt, zoals ambulante begeleiding of een (beschermd) woonvoorziening voor mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrische stoornis. Hoe de blijvende ondersteuning/begeleiding/bejegening/woonvorm eruit moet zien wordt door het behandelcentrum uitgewerkt en op de vervolgzorg overgedragen door middel van praktische handvatten (terugvalpreventieplannen, SOS kaarten, signaleringsplannen, bejegeningplannen), nazorgtrajecten, coaching etc.

Vanwege het belang van continuïteit van zorg onderhouden de behandelcentra een nauwe samenwerking met ketenpartners in de regio. Er op tijd bij zijn kan onnodig verergeren van problematiek of ontsporen van cliënten voorkomen. Een goede samenwerking bij de uitstroom, waarbij de ontvangende instelling kan rekenen op een warme overdracht, zorgt voor het benodigde perspectief en zoveel mogelijk voorkomen van terugval. Om continuïteit van zorg te kunnen bieden, worden regionale samenwerkingsarrangementen gesloten tussen de behandelcentra van De Borg en instellingen die vervolgzorg bieden (ambulante begeleiding, verblijfwoningen e.d.). Samenwerkingsvormen over de grenzen van de zorgsectoren heen zijn van belang voor een goed proces van instroom, doorstroom en uitstroom, zodat voorkomen wordt dat deze cliënten (opnieuw) tussen wal en schip geraken.

De behandelcentra van De Borg zijn verdeeld per regio: gezamenlijk bedienen zij heel Nederland:

- Regio Groningen, Friesland, Drenthe, Overijssel en Gelderland: Trajectum
- Regio Utrecht, Noord-Holland en Flevoland: Altrecht Aventurijn/Wier
- Regio Zuid-Holland en Zeeland: Ipse de Bruggen/Behandelcentrum Middenweg
- Regio Noord-Brabant en Limburg: Dichterbij/Steveg

## 1.6 Visie

De toenemende complexiteit van de samenleving stelt hoge eisen aan mensen met een lichte verstandelijke beperking. Steeds meer mensen met een lichte verstandelijke beperking ontwikkelen psychische, gedrags- en verslavingsproblemen en zij doen steeds vaker een beroep op professionele zorg. In de GGZ, het gevangeniswezen, voorzieningen voor maatschappelijke opvang, tussen de groep 'verwarde personen' of 'top 600' zijn cliënten met een lichte verstandelijke beperking een in omvang groeiende doelgroep of zelfs oververtegenwoordigd. Hoogwaardige, specialistische behandeling -zowel ambulant als klinisch- is voor de (forensische) SGLVG-doelgroep dan ook onmisbaar.

De specialistische behandeling van de (forensische) SGLVG-behandelcentra van De Borg betreft diagnostiek en behandeling aan mensen met een lichte verstandelijke beperking en complexe problematiek op het snijvlak van sectoren. De inhoud vervult hierbij een leidende rol: niet alleen met betrekking de behandelprogramma's, ook de werkwijzen en organisatiestructuur zijn vormgegeven vanuit de specifieke eisen die deze doelgroep aan behandeling stelt. De brede en sector overstijgende problematiek vraagt een integrale benadering, waarin op alle niveaus rekening wordt gehouden met



de integratie van (gevolgen van) verstandelijke beperking, stoornis en risicovol gedrag. De behandeling door 'begeleiders' (ambulant en klinisch) neemt een centrale plaats in: andere behandelinterventies dienen geïntegreerd te worden in het dagelijks leven. Het behandelprogramma bestaat uit een integraal aanbod van op elkaar afgestemde activiteiten, interventies, therapieën, trainingen en modules, welke in zowel diverse ambulante vormen als klinische vormen wordt aangeboden.

De behandelcentra behandelen de cliënt vanuit een holistisch mensbeeld. Dit houdt in dat het complete functioneren van de cliënt in de diagnostiek en behandeling wordt betrokken, niet slechts een deel, zoals beperkingen, ziekte, psychische problemen, problematisch gedrag, persoonlijkheid, lichaamsbeleving, leefomgeving, levensverhaal, capaciteiten, vaardigheden, (ontwikkelings)mogelijkheden, ervaringen, behoefte, culturele en levensbeschouwelijke context, netwerk, integratie in de samenleving. Dit geldt ook voor de forensische doelgroep: daar waar vanuit het justitieel paradigma de behandeling zich focust op recidivevermindering, staat bij (forensische) SGLVG de behandeling van de gehele persoon en de gehele problematiek centraal (zowel criminogene factoren als psychische stoornissen en zelf ervaren problematiek). Vanaf het begin van het behandeltraject wordt getracht het perspectief te expliciteren: welke behandeling wordt geboden, wat willen we bereiken, welke verwachtingen hebben we over de termijn en naar welke context werken we toe? Duidelijk wordt in de behandeling welke veranderingen binnen de cliënt zelf plaatsvinden (cure), maar ook wat de cliënt hierna nodig heeft aangaande woonvorm, begeleidingsintensiteit, ADL-ondersteuning, werk/dagbesteding, vrijetijdsbesteding etc om stabiel te kunnen functioneren (care) en welke maatregelen er nodig zijn om veiligheid te kunnen waarborgen (control).

Mensen met een verstandelijke beperking en/of een psychiatrische stoornis en/of mensen die een delict hebben gepleegd zijn volwaardige burgers, die met respect en waardigheid bejegend worden. De autonomie en regie over het eigen leven wordt zoveel mogelijk in tact gelaten, de behandelvoorzieningen worden doelmatig ingezet en de (re)integratie in de maatschappij wordt bevorderd waarbij wordt gestreefd naar een realistische en bij de beperkingen en mogelijkheden passende mate van inclusie. Hiertoe wordt de specialistische behandeling beperkt gehouden tot de minimaal noodzakelijke behandelinterventies, wordt de cliënt tijdig perspectief geboden en wordt de behandeling niet langer ingezet dan strikt noodzakelijk. Waar mogelijk vindt behandeling plaats zoveel mogelijk dichtbij of liever nog aan huis, in de eigen omgeving (ambulantisering). We streven naar empowerment van het (professioneel) netwerk van de cliënt; de behandeling is tijdelijk en zij zullen de vervolgzorg daarna weer overnemen. Door als partners samen te werken met het (professioneel) netwerk worden behandelresultaten geborgd en een goede uitstroom van cliënten bevorderd. Tevens is van belang dat zij de functies blijven vervullen die buiten de behandeling vallen, zoals begeleiding, familiecontact, overige zorg, wonen, dagbesteding e.d. Als er (nog) geen professioneel netwerk is, dan wordt er gezocht naar een ketenpartner die kan aansluiten in dat kader.

Belangrijk is het rekenschap te geven van de invloeden uit de maatschappij: de individualisering, het burgerschap-ideaal en wettelijke kaders (bijvoorbeeld lage grens volwassenheid) kunnen (ook) de nodige problemen opleveren of deze versterken. Het is tevens belangrijk realistisch te zijn en niet uit te gaan van een te optimistisch mensbeeld: vanwege stoornis en beperking is er sprake van een beperkte maakbaarheid en zijn er grenzen aan de mate waarin iemand tot ontwikkeling te brengen en/of te beïnvloeden is. De (forensische) SGLVG-cliënten zijn veelal omgevingsafhankelijker: zij hebben meer bescherming nodig, er is veelal een ander perspectief dan maximale zelfstandigheid en het evenwicht tussen autonomie en bevoogding kan anders liggen dan bij cliënten met een hoger (ontwikkelings)niveau. Veelal zijn zij levenslang aangewezen op een vorm van ondersteuning die past bij hun individuele behoeften. Ook kan sprake zijn van fluctuaties en terugval. Hiermee dient in de behandeling en vervolgzorg rekening gehouden te worden.

## Hoofdstuk 2 Behandelkaders en behandelprogramma

### 2.1 Theoretische uitgangspunten

Voor behandeling van (forensische) SGLVG is een integraal behandelprogramma nodig, gebaseerd op een integrale theoretische benadering. Gedrag en persoon kunnen hierbij het best begrepen worden vanuit het biopsychosociale model: het is vrijwel nooit zinvol alleen te analyseren in of biologische of psychologische of sociale en contextuele termen, maar het is wenselijk al deze denkmodellen te gebruiken en integreren. Hierbij wordt een belangrijke plaats toegekend aan behandelmodellen uit de orthopedagogiek, psychiatrie, psychotherapie, geneeskundige zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en forensische zorg. Tevens wordt gebruik gemaakt van ideeën en kaders van het competentiegerichte werken.

**Het orthopedagogisch referentiekader** vormt een logische basis voor de behandeling van de lichte verstandelijk gehandicapte cliënt, omdat de orthopedagogiek de cliënt in relatie tot zijn omgeving als object van beïnvloeding ziet en gericht is op het opheffen van een problematische, gestagneerde ontwikkeling. De cliënten zijn vaak (met name in cognitief, sociaal en emotioneel opzicht) in hun ontwikkeling achtergebleven en er is veelal sprake van ontwikkelingstekorten. Vanuit orthopedagogische oriëntatie richten wij ons op het op gang brengen van ontwikkeling, ontwikkelen van de zelfredzaamheid en vergroten van de capaciteiten (=‘opvoeden’). Hierbij is van centraal belang het accepteren en compenseren van blijvende beperkingen en het bieden van begeleiding die hierop is afgestemd.

In de psychiatrie zijn de afgelopen jaren **Richtlijnen psychiatrische stoornissen** ontwikkeld voor de behandeling van diverse psychiatrische stoornissen. In deze richtlijnen is plaats voor verschillende interventies zoals farmacotherapie en verschillende vormen van psychotherapie. De richtlijnen zijn gebaseerd op de laatste inzichten van wetenschappelijk onderzoek en zijn leidend voor de behandeling van co-morbide stoornissen. Hierbij dient wel aanpassing aan (ontwikkelings)niveau, leerstijl, belevingswereld en contextafhankelijkheid van de verstandelijk beperkte cliënt plaats te vinden.

**Cognitieve gedragstherapie** is een vorm van psychotherapie waarbij gedrag en onderliggende cognities worden geëxpliciteerd. Op basis hiervan worden cliënten aangezet te experimenteren met alternatieve gedragingen. Deze therapie kan zowel individueel als in groepen worden uitgevoerd. Deze vorm van psychotherapie is tot heden de therapie met beste evidentie van effect en sluit aan bij de mogelijkheden van de (forensische) SGLVG-clieënten. Afgeleid van de therapie wordt in de dagelijkse begeleiding gebruik gemaakt van interventies gestoeld op cognitief therapeutische principes.

Hoewel de verstandelijke beperking natuurlijk niet valt te genezen, kunnen de gevolgen van problemen die samenhangen met de verstandelijke beperking of die het gevolg zijn van syndromale problematiek wel in belangrijke mate worden gereduceerd. **De geneeskundige zorg voor mensen met een verstandelijke beperking** heeft zich gespecialiseerd op het gebied van handicapgebonden problematiek, met een belangrijke focus richting gedrags- en psychiatrische problematiek, zintuigproblematiek, klinische genetica, spasticiteit en epilepsie. De Arts voor Verstandelijk Gehandicapten (AVG) kan een belangrijke rol spelen naast de gedragskundige en psychiater. Een medische invalshoek is noodzakelijk om tot een gewogen behandeling- c.q. begeleidingsstrategie te komen.

De **Forensische zorg** levert het gedachtengoed aangaande de behandeling van risicovol/delictgedrag. Door middel van risicotaxatie wordt de kans op (herhaling van) dit gedrag ingeschat. Met behulp van probleem-/delictanalyse en probleem-/delictscenario wordt de geschiedenis en het patroon van het risicovol/delictgedrag in kaart gebracht. De behandeling richt zich op onderliggende (dynamische) factoren die gelieerd zijn aan de betreffende problematiek waardoor de kans op herhaling van het gedrag afneemt. Het mogelijke risico dat de cliënt oplevert in zijn huidige omgeving wordt gevolgd en er wordt tijdig ingegrepen met van te voren afgesproken handelingen (risicomanagement).

De ontwikkelingsoriëntatie in de hulpverlening ondersteunen we met de toepassing van het competentiegerichte werken uit het **Competentiemodel**. De cliënten zijn veelal onvoldoende in staat goed om te gaan met allerlei zaken van het alledaagse leven (‘taken’), zoals zorgdragen voor eigen veiligheid en gezondheid, opbouwen en onderhouden van vriendschappelijke contacten met anderen, vormgeven aan intimiteit en seksualiteit, vormgeven aan het contact met familieleden, participeren in werk en/ of onderwijs, zinvol invullen van vrije tijd en omgaan met autoriteiten. Dit komt doordat de cliënten worden belemmerd door hun ontwikkelingsachterstand. Faalervaringen leiden daarbij tot negatieve emoties, die de draagkracht nadelig beïnvloeden. Hierbij komt dat er bij de meeste cliënten

sprake is van (psychiatrische) stoornissen en problemen in de thuis- en werkomgeving ('stressoren', zoals echtscheiding, misbruik). Hierdoor zijn de (ontwikkelings)taken waar cliënten voor staan te zwaar en te veelomvattend, en kunnen zij er niet adequaat mee omgaan. De behandeling richt zich op het herstellen van de balans tussen taken en vaardigheden, zodat probleemgedrag afneemt. Enerzijds is het soms noodzakelijk (eerst of tijdelijk) taken te verlichten door ze over te nemen of de cliënten te begeleiden in het nemen van kleinere stapjes. Anderzijds wordt door middel van therapie, medicatie of ondersteuning (hoe er mee om te gaan), geprobeerd de invloed van stressoren en psychopathologie te laten afnemen. Door positieve ondersteuning en aansluiting bij wat zij (in potentie) wel kunnen, worden cliënten aangesproken op hun mogelijkheden in plaats van hun beperkingen, vindt herstel en uitbouw van hun competenties plaats en ontwikkelen zij nieuwe vaardigheden. De werkwijze hierbij, het verdelen van taken en vaardigheden in kleine concrete stappen, sluit goed aan bij de licht verstandelijke beperkte cliënt.

## 2.2 Diagnostiek

Cruciaal voor een succesvolle behandeling van de (forensische) SGLVG-doelgroep is het duiden van cognitieve beperkingen, sociale en emotionele ontwikkelingsachterstanden, psychopathologie, gedragsproblematiek en risicovol-/delictgedrag in hun juiste samenhang en interactie, om zo gedrag te verklaren, stoornissen te classificeren en behandelingen te indiceren. Diagnostiek en observatie hebben het doel tot een holistisch beeld van de cliënt en zijn omgeving te komen waarbij alle aspecten die van invloed zijn op het functioneren van de cliënt in kaart worden gebracht, zoals het profiel van sterkere en zwakkere kanten in de ontwikkeling, het cognitieve profiel, sociaal functioneren, emotioneel functioneren, zelfredzaamheid en adaptief vermogen, competenties, psychologische en psychiatrische problemen, dynamische risicofactoren en beschermende factoren, probleem-/delictscenario, copingstijl, somatische problemen, aanleg/biologische factoren, context en sociaal netwerk, en de leer- en levensgeschiedenis van de cliënt.

Hiertoe wordt een breed pakket aan multidisciplinair onderzoek, diagnostiek en observatie geboden. Eerst: (hetero)anamnese, dossieranalyse, levensloop- en milieuonderzoek. Daarna op basis van een diagnoseplan: gedragswetenschappelijk, psychodiagnostisch, intelligentie, neurologisch/neuropsychologisch, psychiatrisch en medisch onderzoek, tezamen met onderzoek en observatie van het functioneren van de cliënt in de drie leefsfereën wonen, werken en vrije tijd. Naast de problematiek, wordt de geïndiceerde behandeling/begeleidingsstijl nader onderzocht. Een deel van de gegevens kan de cliënt (zo mogelijk) zelf verstrekken. Daarnaast is veelal informatie nodig van anderen, bijvoorbeeld uit het netwerk van de cliënt of van instanties.

Van belang bij onderzoek en diagnostiek bij deze doelgroep is dat kennis en kunde aanwezig is op alle terreinen: verstandelijke beperking, sociale en emotionele ontwikkeling, psychische en psychiatrische stoornissen, syndroomgebonden problematiek en forensische problematiek. Vaak kan gedrag door verschillende problemen zijn veroorzaakt, de kunst is dit in het juiste licht te duiden. Bij onvoldoende kennis bestaat er zowel risico op over- als onderdiagnostiek, bijvoorbeeld door symptomen niet goed te interpreteren en te classificeren. Zo kan het hardop in zichzelf spreken door een cliënt worden veroorzaakt door het horen van stemmen (psychose) maar ook door een achtergebleven ontwikkelingsniveau. Of kunnen gedragskenmerken passend bij een borderline-persoonlijkheidsstoornis ook passend zijn bij een laag cognitief en/of sociaal-emotioneel niveau. Het komt geregeld voor dat cliënten jarenlang gediagnosticeerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis, terwijl er feitelijk sprake was van moeilijk, maar normaal gedrag passend bij overvraging van iemand met een laag sociaal en emotioneel niveau en een lichte verstandelijke beperking, hetgeen een andere behandeling en benadering vraagt. Uiteraard kan ook een combinatie van beide voorkomen, hetgeen weer eigen eisen stelt aan de behandeling.

Hiernaast is ook van belang kennis te hebben van mogelijke atypische uitingswijzen van stoornissen bij deze doelgroep. De DSM is niet altijd even goed bruikbaar omdat bepaalde voorwaardelijke symptomen niet altijd (of vanwege de verstandelijke beperking juist altijd) aanwezig zijn of op een andere wijze gepresenteerd worden. Bij het stellen van een diagnose kan de klachtweergave van de cliënt een belangrijke rol spelen; bij cliënten met een lichte verstandelijke beperking is het van belang dan rekening te houden met kenmerken als reflectiebeperkingen (beperkt ziektebesef en -inzicht), verbale beperkingen, korte termijn tijdsperspectief (bv cliënt geeft aan 'altijd' slecht te slapen na één slechte nacht) etc. Cliënten vertellen soms niet uit zichzelf waar ze allemaal last van hebben, uit schaamte of omdat men zich de relevantie of het afwijkende ervan niet realiseert. De gebruikelijke diagnostische, op zelfrapportage en medewerking gebaseerde instrumenten zijn meestal ontoereikend. Daarom is het belangrijk bij diagnostiek ook een andere informant (begeleider/familieelid) te betrekken.

### 2.3 Behandeldoelen

Behandelen houdt in: de neergaande spiraal ombuigen, stabiliseren, uitgebreid onderzoeken om vast te stellen wat er aan de hand is, om vervolgens met de cliënt doelgericht te kunnen werken aan herstel, een zinvol levensperspectief en verbetering van de kwaliteit van het bestaan. Hierbij is onder andere van belang de verstandelijk beperkte cliënt en zijn (professionele) netwerk te leren omgaan met (blijvende) beperkingen in verstandelijk en adaptief functioneren zodat de gevolgen van de beperkingen worden gecompenseerd en gekomen kan worden tot een leefsituatie waarin de cliënt met passende ondersteuning op de diverse levensdomeinen in balans is. Hiertoe is sprake van beïnvloeding van de cliënt met betrekking tot verschillende gebieden, zoals: de gevolgen van de verstandelijke, emotionele en sociale beperkingen, afname van de problematiek en co-morbiditeit (probleemgedrag, psychische klachten, stoornissen) en verminderen van risico's/recidivegevaar. We streven tevens naar het vergroten van de veiligheid van de samenleving en het verkleinen van handelingsverlegenheid van (professioneel) netwerk en zorginstellingen.

Voorbeelden van behandeldoelen m.b.t. **verstandelijke, sociale en emotionele beperkingen**: leren omgaan met beperkingen (bv zicht op (on)mogelijkheden, acceptatie van en omgang met beperkingen en eventueel blijvende ondersteuning/toezicht), creëren en accepteren van een reëel perspectief na behandeling, leren niet zichzelf te overvragen of overvraagd worden door omgeving, vergroten vaardigheden (bv ten aanzien van sociale en basale dagelijkse vaardigheden zoals zelfzorg, omgevingszorg, eetpatroon, slaappatroon, dagbesteding, vrije tijd, regels/afspraken, contacten), verbeteren zelfredzaamheid en resocialisatie (bv werken en vrije tijd, praktische redzaamheid bij huishouden en zelfzorg, zelf hulp vragen, netwerkontwikkeling), vergroten kennis (bv algemene kennis, schoolse kennis en vaardigheden, kennis m.b.t. de gevolgen van genotsmiddelen, het onderhouden van een gezonde leefstijl, gevaren van internet, kennis van verschillende aspecten die een rol spelen bij seksualiteit), vergroten assertiviteit, versterken gevoelens van eigenwaarde en positief zelfbeeld, verbeteren emotionele vaardigheden (bv omgang met grenzen, omgang met gevoelens, stress-/impuls-/agressieregulatie, probleemoplossingsvaardigheden, copingvaardigheden), verbeteren contacten omgeving, vergroten sociaal netwerk, veranderingen in het oorspronkelijke milieu, (bv vergroten inzicht/begrip van beperkingen en omgangswijze met cliënt), vermindering van omgevingsstressoren (bv geldbeheer/schuldsanering, verbeteren woonomstandigheden en dagbesteding).

Voorbeelden van behandeldoelen m.b.t. **medische, psychiatrische en gedragsstoornissen**: afname psychische klachten (bv angsten, spanningen, somberheid), vermindering van (invloed van) psychiatrische stoornissen, vermindering gedragsproblematiek (bv internaliserend en externaliserende problematiek, criminogene attitudes, impulsiviteit, middelengebruik), herstel van ziekte (in lichamelijke of psychiatrische zin), psycho-educatie aangaande de problematiek, vergroten begrip en inzicht bij de omgeving aangaande problematiek en omgangswijze.

Voorbeelden van behandeldoelen m.b.t. **risicovol/delictgedrag**: terugdringen van recidive cq risicovol ('delictwaardig') gedrag, taxeren en managen van risico's, vergroten veiligheid in de samenleving.

Van belang is dat de cliënt succeservaringen op doet, faalervaringen werken negatief. Noodzakelijke voorwaarde hierbij is dat de doelen aansluiten bij het niveau van functioneren van de cliënt, zijn mogelijkheden, tempo en belevingswereld. Gewaakt moet worden voor overvraging door oog te houden voor zijn beperkingen en haalbare doelen te stellen. Om leertheoretische principes is het wenselijk de subdoelen te formuleren vanuit het principe van de 'zones van de naaste ontwikkeling'. Hiermee wordt bedoeld dat veranderprocessen zich dienen te richten op het ontwikkelingsniveau dat net een stapje boven het huidige niveau ligt. Een stapje te hoog zal onvoldoende effect sorteren, een stapje te laag leidt niet tot gedragsverandering.

De behandeling is altijd tijdelijk, maar vraagt wel de nodige tijd. Mensen met een lichte verstandelijke beperking zijn langzaamlerend, er zijn veel doelen en veel interventies nodig en dit kan niet allemaal tegelijk, en contactopbouw vraagt de nodige tijd, er is sprake van afweer en complexe stoornissen waardoor de behandeling vaak vrij lang kan duren. Uit eerdergenoemd Borg-onderzoek blijkt klinische behandeling pas na 18 maanden significant effectief te worden. Uitgangspunt is dat ontwikkeling en verandering mogelijk is, maar de behandelmogelijkheden worden wel begrensd door de aard en ernst van de (soms ongeneeslijke) stoornis, ziekte, tekorten of beperkingen. Hierdoor en vanwege de omgevingsafhankelijkheid van het probleemgedrag moet –naast veranderingen bij de cliënt– ook kennis met betrekking tot de juiste wijze van bejegening en begeleiding, en de overdracht van deze kennis aan de vervolgzorg tot het gewenste resultaat van de behandeling gerekend worden.

Behandeling richt zich dan ook op het accepteren en organiseren van (blijvende) ondersteuning, begeleiding en/of toezicht bij zaken die cliënten (naar verwachting) niet aan zullen kunnen, zodat wel aanwezige vaardigheden kunnen worden benut voor realistische inclusie.

Behandeling moet er toe leiden dat de in zijn leven vastgelopen cliënt weer zo goed mogelijk kan functioneren in de maatschappij waarbij die maatschappij moet kunnen rekenen op zoveel mogelijk veiligheid. Hierbij moet de cliënt een balans weten te vinden tussen zijn mogelijkheden en zijn beperkingen, en de acceptatie daarvan. De behandeling wordt afgerond als de behandeldoelen zoals in het (multidisciplinaire) behandelplan zijn opgesteld, zijn behaald en/of duidelijk is dat de cliënt niet verder van behandeling kan profiteren. Hierbij is van belang dat de ontsporingrisico's zijn verminderd ofwel dat duidelijk is onder welke omstandigheden zij controleerbaar zijn. Er wordt dan gezocht naar vervolgzorg/leefomgeving waarin de cliënt optimaal kan functioneren en die in staat is de eventuele restproblematiek te compenseren. De uiteindelijke duur van de behandeling is afhankelijk van de ernst van de problematiek en de wens van de cliënt. Voor cliënten waarbij kans bestaat op risicovol- of delictgedrag wordt de behandelduur mede bepaald door de mate en tempo waarin de risico's kunnen worden teruggedrongen naar een maatschappelijk aanvaardbaar minimum en/of door de duur van de forensische zorgtitel.

#### 2.4 Behandelprogramma's: vormgeving, wijze van aanbieden en fasering

Het inhoudelijk aandachtsgebied is breed: niet alleen vanwege de benodigde sector-overstijgende expertise, maar ook omdat alle mogelijke stoornissen zich kunnen voordoen, bij een flinke range in (cognitieve, sociale en emotionele) ontwikkeling. Er is dus een breed aanbod van behandelinterventies nodig. Vanwege de complexiteit van de problematiek, wordt de (forensische) SGLVG-cliënt te kort gedaan als behandelen uitsluitend wordt gezien als het volgen van richtlijnen of behandelprogramma's. Gedrag van cliënten is moeilijk te begrijpen taal en vraagt om serieus te worden beluisterd en in persoonlijke context te worden begrepen (hermeneutische interpretatie). De werkwijze dient state of the art te zijn, tevens is veel creativiteit nodig. Hierbij is de geprotocolleerde werkwijze uit de GGZ vaak nauwelijks toepasbaar; reguliere behandelvormen en -interventies moeten worden getransformeerd en toegesneden op het (ontwikkelings)niveau van de cliënt qua inhoud, vorm en aanbiedingswijze:

- Een veilige en positieve leeromgeving is nodig, waar succeservaringen centraal staan en fouten maken mag.
- Het leren dient praktisch en concreet te zijn; laat de cliënt leren door te ervaren, niet praten maar doen. Leren dient zoveel mogelijk plaats te vinden in het hier en nu; geef uitleg op het moment dat men er direct iets mee kan.
- Aanpassing van sessies is nodig: korter van duur, meer bijeenkomsten, weinig afleiding (bv omgevingsprikkels), kleine groepen, afstemming op het individu, afwisseling van vorm en een duidelijke en herkenbare sessie-structuur.
- Informatie en oefenstof dienen eenvoudig, gedoseerd, kernachtig en geordend te worden aangeboden. Zorg dat voorbeelden aansluiten bij de belevingswereld, ontwikkelingsniveau en eigen ervaringen van de cliënt zodat ze voor hem herkenbaar zijn.
- Veel herhaling is nodig, in verschillende vormen en op verschillende plekken. Geef en neem de (ruimere) tijd die nodig is.
- Bij het aanleren van nieuw gedrag is het van belang taken en vaardigheden in kleine stapjes uit te werken en stap voor stap te oefenen. Geef hierbij ook getrapte ondersteuning (uitleggen-voordoen-samendoen-nadoen).
- Gedragsverandering heeft de meeste kans van slagen indien zoveel mogelijk oefening plaatsvindt in het alledaagse leven, door middel van intensieve begeleiding, passende bejegening en expliciete organisatie van de generalisatie van vaardigheden die in trainingen zijn geleerd of inzichten die in therapie zijn verkregen naar het alledaagse leven. Hierbij is van belang dat er herhaald en in verschillende situaties wordt geoefend en is nauwe samenwerking tussen de mensen om de cliënt heen (therapeut, begeleiders, netwerk) van groot belang.
- Rekening dient te worden gehouden met specifieke de invloed van de verstandelijke beperking binnen de verschillende behandelonderdelen. Zo kan het plafond in inzicht of leermogelijkheden de resultaten van interventies beperken of kan psychofarmaca afwijkende effecten hebben.

De behandeling bestaat uit verschillende fasen, die weliswaar kunnen worden onderscheiden, maar niet gescheiden. De eerste periode betreft de intake, waarbij het accent ligt op het opbouwen van een werkrelatie met de sociale omgeving en met de cliënt. Een eerste screening van het cliëntstelsel vindt plaats door middel van analyse van bestaande gegevens en een kort gericht onderzoek door het

intaketeam. Dit leidt tot een beeld van draaglast en draagkracht van de cliënt en zijn (gezins)systeem, een voorlopige risicotaxatie en een keuze voor een passend hulpaanbod (ambulant/klinisch). Na de intakefase wordt in de diagnostische fase een breed pakket aan multidisciplinair onderzoek en diagnostiek geboden. De diagnostische fase wordt (in de meeste gevallen) vervolgd met een behandel fase. Deze kan zowel ambulant als klinisch worden geboden, in allerlei vormen. Deze behandelvormen kunnen elkaar afwisselen en aanvullen en keuzes hierin worden gemaakt op geleide van het klachtbeeld, de risico's voor de cliënt zelf en/of de maatschappij en behandelperspectief. De ambulante behandeling kan verschillen van aard en worden gefaseerd in intensiviteit en mate van outreachend werken. De klinische behandeling kan worden gefaseerd door toenemende bewegingsvrijheid op geleide van afname van de dynamische risicofactoren, waarbij een stapsgewijze overplaatsing naar steeds minder beveiligde afdelingen kan plaatsvinden (besloten/open groepen). De laatste fase is gericht op consolidering van de behaalde resultaten. Doel is dat cliënt begeleidbaar wordt in een lichtere vorm van zorg. Van belang is dat de gevonden inzichten en methoden worden overgedragen op het oorspronkelijke en/of alternatieve vervolg milieu en/of vervolgzorg.

## 2.5 Behandelprogramma's: inhoud

Het behandelprogramma voor (forensische) SGLVG bestaat uit een integraal aanbod van op elkaar afgestemde activiteiten, interventies, therapieën, trainingen en modules. Vanwege het brede gebied van hulpvragen, is er een breed aanbod beschikbaar. Op basis van diagnostiek wordt per cliënt(groep) uit dit aanbod een specifiek 'menu' samengesteld, welk in zowel diverse ambulante vormen als klinische vormen (zie Hoofdstuk 3) kan worden aangeboden. Hierbij is veelal een parallelle focus op de cliënt en zijn systeem. Het specialisme van het behandelprogramma (forensische) SGLVG is dat alle onderdelen specifiek zijn ontwikkeld voor de (forensische) SGLVG doelgroep, op basis van jarenlange ervaring met de doelgroep, onderzoek, wetenschap, evidence based behandelprogramma's en gestoeld op het combineren van kennis uit verschillende zorgsectoren. Het programma bevat: therapeutisch contact met de begeleiders c.q. (klinisch) een methodisch vormgegeven therapeutisch klimaat, werken/dagbesteding, vrije tijdsbesteding, basismodules (voorlichtingsprogramma's, vaardigheidstrainingen) en therapeutische modules (agressie, verslaving, seksueel grensoverschrijdend gedrag), individuele therapeutische gesprekken/behandelingen, medicamenteuze behandeling, systeeminterventies, risicotaxatie en risicomangement.

### **Therapeutisch contact begeleiders**

De basis van elke behandeling is het therapeutisch contact met de begeleiders. Voor een positieve beïnvloeding van de ontwikkeling van de cliënt is van belang diens uitsluitingservaringen een halt toe te roepen, door het opbouwen van een therapeutische relatie die betrouwbaarheid en veiligheid biedt. Het dagelijks leven (thuis of op de leefgroep) is de leef- en leeromgeving waarbinnen geoefend kan worden met nieuw gedrag, vaardigheden en inzichten. We werken aan de behandoelen door methodische interventies van de gespecialiseerde begeleiders. In het contact met de cliënt is een juiste bejegening van centraal belang (zie ook Bijlage III). Men wil net als ieder ander serieus genomen worden en eigen keuzes maken, maar tegelijkertijd heeft men behoefte aan structuur en is men gebaat bij ordening en heldere grenzen en regels. Dit vraagt een juiste balans tussen externe sturing/regulerende aanpak en coachende/ondersteunende begeleidingsstijl. Hierbij dient men af te stemmen op het individuele niveau en ontwikkelingsprofiel. De passende houding van de begeleider kenmerkt zich door vriendelijkheid, optimisme, geduld, creativiteit, betrouwbaarheid, responsiviteit en consequent zijn. Aangezien er bij veel cliënten sprake is van beperkte motivatie voor behandeling, terwijl dit wel een cruciale factor in het succes ervan betekent, zijn het beschikken over gesprekstechnieken als 'motiverende en oplossende gespreksvoering' tevens van groot belang. De begeleider bewaakt de uitvoering en continuïteit van de behandeling en vervult een centrale rol in de coördinatie ervan.

### **Therapeutisch klimaat**

Bij klinische opname speelt het methodisch vormgegeven therapeutisch klimaat tevens een grote rol. In klinische behandeling woont, werkt en besteedt de cliënt zijn vrije tijd in en rondom de behandelkliniek. Een klimaat kan worden omschreven als een door gebeurtenissen en omstandigheden opgeroepen sfeer tussen personen. Bij (forensische) 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. 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 (bij toeval en gecreëerd) te gebruiken om nieuw gedrag te leren. De mate van beveiliging (besloten, open) en begeleidingsstijl (externe regulatie, coaching) kunnen variëren per behandel fase en zijn tevens van invloed op het behandelklimaat. De begeleider heeft een centrale rol in het vormgeven en bewaken van het therapeutisch klimaat. Tevens heeft hij veelal ook aandeel in de andere onderdelen van het behandelprogramma; vaak zal hij hierbij aanwezig zijn om informatie later nog eens aan de cliënt te kunnen toelichten, kan hij de cliënt helpen om informatie goed weer te geven aan de ander, is hij (co)trainer bij modules, zorgt hij voor het generaliseren van inzichten en vaardigheden etc.

### **Werken en (arbeidsmatige) dagbesteding**

(Forensische) SGLVG-cliënten hebben in het verleden vaak een gebrekkige onderwijs carrière gekend en deelname aan de arbeidsmarkt is niet of problematisch verlopen. Veelal beschikken zij over onvoldoende kennis en (praktische, sociale) vaardigheden om op adequate wijze deel te kunnen nemen aan de arbeidsmarkt; ze kunnen bijvoorbeeld onvoldoende meekomen qua tempo en niveau, hebben veel faalervaringen, het gedrag is ongepast, de (psychiatrische) problematiek werkt belemmerend etc. Toch is het hebben van werk voor velen van groot belang: 'werken' (waaronder wij verschillende soorten verstaan, van betaalde baan tot vrijwilligerswerk of zinvolle dagbesteding) betekent inspanning, ontwikkeling, productiviteit, activiteit, zingeving, zelfrealisatie, maatschappelijke gebondenheid, status, zinvolle dagbesteding en expressiemogelijkheden. Zinvolle daginvulling geeft een prettige en kwalitatieve invulling van het dagelijks leven en vermindert de risico's op ontsporing. Doelstelling in de behandeling is daarom de cliënt zo goed mogelijk te leren deelnemen aan werk of werkgerelateerde activiteiten die aansluiten bij zijn mogelijkheden. Om dit doel te bereiken bieden we diverse arbeidsvaardigheidstrainingen, waarbij theorie en praktijk worden gekoppeld. Als het binnen de mogelijkheden van de cliënt ligt, wordt hier op het behandelcentrum zelf een start mee gemaakt door het aanbieden van verschillende vormen van dagbesteding. Dit is bijvoorbeeld het geval als cliënten klinisch zijn opgenomen, deeltijdbehandeling volgen of dichtbij het behandelcentrum wonen. Als dit niet het geval is, krijgen cliënt en zijn netwerk desgewenst ondersteuning om dit in de eigen omgeving te zoeken, en kan het behandelteam mee denken, mee kijken en als nodig (tijdelijk) mee doen.

De (forensische) SGLVG-cliënten zijn vaak onbekend met de mogelijkheden die er zijn en om die reden worden er verschillende inhoudelijke vormen geboden of gezocht, bijvoorbeeld gericht op industrieel werk, hout, tuin, consumptief. Cliënten kunnen hierbij op zoek gaan naar de eigen interesses en motivatie, en de arbeidscapaciteiten, ervaring en toekomstperspectief van de cliënt worden samen met hem in kaart gebracht. Er wordt stap voor stap gewerkt aan de arbeidsvaardigheden en eventuele schoolse vaardigheden die nodig zijn om het werk te kunnen uitoefenen. Hiernaast wordt er gewerkt aan sociale vaardigheden die nodig zijn om op gepaste wijze in een arbeidsomgeving te functioneren, zoals omgaan met collega's, samenwerken, omgaan met baas-knecht verhouding, omgaan met het arbeidsritme, contact maken, omgaan met dienststopdrachten, vergroten spanningsboog, vergroten eigen verantwoordelijkheid, vergroten tempo en prestaties, zorg voor materiaal, op tijd opstaan, je houden aan de arbeidseisen die een bedrijf stelt, voeren van een sollicitatiegesprek etc. De toepassing kan worden geoefend door deelname aan stages. Er wordt rekening gehouden met de individuele problematiek van de cliënten en betreffende behandel fase door te variëren met en te zoeken naar verschillende wijzen van aanbieden van arbeid: de mate waarin beroep wordt gedaan op gezamenlijkheid en zelfstandigheid, mate van prikkels (zoals geluid, drukte), licht of zwaar werk, uitdaging versus routinematig werk, bejegening etc. Bij het inrichten van arbeid moet tevens aandacht worden besteed aan de veiligheid (risico op probleemgedrag, gebruik gereedschappen e.d.).

Een deel van de (forensische) SGLVG-cliënten is mede dankzij de behandeling in staat tot een zekere mate van arbeidsproductiviteit die economisch net rendabel is voor een werkgever. Voor andere cliënten is dit te hoog gegrepen: de verstandelijke beperkingen, vaardigheidstekorten en/of de (rest)problematiek behorend bij de psychiatrische ziektebeelden, blijven soms te groot en de cliënt is dan 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 (zinvolle) dagbesteding.

### **Vrije tijdsbesteding**

Voor kwaliteit van leven is naast werk, het hebben van leuke vrijetijdsbesteding erg belangrijk: het geeft een voldaan gevoel, zorgt voor positieve ervaringen en nieuwe vaardigheden, vergroot de

eigenwaarde/identiteit, geeft mogelijkheden tot sociale contacten en zorgt voor plezier en ontspanning. Het niet kunnen invullen van vrije tijd leidt veelal tot verveling en vervolgens tot (meer) onaangepast of risicovol gedrag, middelengebruik en/of andere negatieve effecten (negatieve gedachten, teruggetrokken gedrag).

De (forensische) SGLVG-cliënten zijn vaak niet goed in staat om invulling te geven aan vrije tijd. Hiervoor zijn diverse oorzaken aan te wijzen. Zo is er vaak sprake van een gebrek aan kennis van de mogelijkheden omdat ze niet eerder aan bepaalde activiteiten hebben deelgenomen (door de psychiatrische stoornis, door ontbreken van stimulans door de ouders, financiële problemen of het afbreken van schoolopleiding). Vaak zijn zij ook onwetendheid over de eigen interesses en schatten hun mogelijkheden negatief in, waardoor ze zich al bij voorbaat negatief tegen activiteiten afzetten. Door de beperkingen (verstandelijk en in aangepast gedrag) hebben cliënten veel faalervaringen in hun leven meegemaakt, ook op gebied van vrijetijdsbesteding. Ze konden bijvoorbeeld niet meekomen in een spel vanwege beperkt inzicht of vielen op de club buiten de boot vanwege de gebrekkige sociale of praktische vaardigheden (bijvoorbeeld: niet op tijd komen, onhandigheid in motoriek). Veelal heeft dit geresulteerd in een houding ten aanzien van vrijetijdactiviteiten die zich kenmerkt door passiviteit, afhankelijkheid, gebrek aan motivatie, beperkt gedragsrepertoire en onzekerheid. Hierdoor zijn cliënten vaak onvoldoende in staat invulling te geven aan vrije tijd, hobby's te kiezen en aan te sluiten bij clubs of verenigingen. Kortom: de vaardigheden om op adequate wijze avonden en weekenden op een aangename zelfverkozen manier door te brengen zijn vaak in maar zeer beperkte mate aanwezig met alle negatieve gevolgen van dien.

In de behandeling heeft het leren omgaan met de vrije tijd dan ook een belangrijke plaats. Er wordt onderzocht waar de interesses liggen, welke vaardigheden aanwezig zijn en welke ontbreken. Dit heeft betrekking op zowel aan specifieke hobby's en sport gerelateerde vaardigheden, als aan meer specifieke vaardigheden, zoals op tijd komen, regelmatig verschijnen, om kunnen gaan met feedback, etc. Er wordt een aanbod gedaan of gezocht (binnen en/of buiten de instelling), waarbij het in eerste instantie van belang wordt geacht zoveel mogelijk aan te sluiten bij de mogelijkheden en interesses van de cliënt, zodat hij positieve ervaringen op kan doen en gestimuleerd wordt tot verdere ontwikkeling. In tweede instantie wordt gestreefd naar het vergroten van vaardigheden en leren kennen van nieuwe mogelijkheden. Intern is er een breed aanbod beschikbaar en extern wordt dat in samenwerking met ketenpartners als buurtteams gezocht (of soms gecreëerd), waarbij rekening gehouden wordt met het beperkte ontwikkelingsniveau, aansprekende vormen, consequenties van stoornissen en risico's.

### **Basismodules en therapeutische modules**

Een module is een vaststaand 'les'pakket met o.a. informatie en oefeningen dat op systematische wijze wordt behandeld op (groeps)bijeenkomsten, met als doel de cliënt kennis en vaardigheden bij te brengen (basismodules) of specifieke problematiek te verminderen (specialistische modules).

Door zijn beperkingen, (leef)omstandigheden, schoolachterstanden en problematiek is er bij de meeste cliënten sprake van een tekort aangaande algemene kennis en vaardigheden op diverse gebieden. Hiertoe wordt een breed pakket aan *voorlichtingsmodules* en *vaardigheidstrainingen* geboden, bijvoorbeeld:

- Voorlichting op gebied van verslaving, seksualiteit, gezondheid/leefstijl (voeding, hygiëne, beweging), (verstandelijke) beperkingen, middelengebruik, internet.
- Training op gebied van arbeidsvaardigheden, vrije tijdsbesteding, sociale vaardigheden, cognitieve en schoolse vaardigheden, omgaan met financiën.
- Overige modules, bijvoorbeeld op gebied van identiteitsversterking, zelfmanagement, persoonlijke toekomstplanning, levensverhaal.

Bij de *specialistische modules* wordt gewerkt aan vermindering van specifieke problematiek. Voorbeelden hiervan zijn de programma's: 'Omgaan met Middelengebruik & Verslaving', 'Grip op Agressie' en 'Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag'. De programma's bestaan uit verschillende delen, waarin bijvoorbeeld aan bod komt: psycho-educatie, individuele patronen (gebeurtenissen, gevoelens, gedachten, gedragingen, goedpraters, denkfouten, ontremmers, schijnbare onbelangrijke beslissingen, risico's, coping), specifieke vaardigheden, delict-/probleemscenario en terugvalpreventie.

De modules zijn veelal door De Borginstellingen ontwikkeld, waarbij zoveel mogelijk gebruik gemaakt is van evidence based kennis uit de zorgsectoren, maar zijn aangepast aan de specifieke kenmerken van de (forensische) SGLVG-doelgroep. De modules worden (veelal) groepsgewijs aangeboden op een locatie van de behandelcentra of elders (andere instelling, penitentiaire inrichting, (forensische) behandelsetting). Bij het groepsgerichte aanbod is er veelal sprake van een 'individuele benadering in



groepsverband', waarmee bedoeld wordt dat iedere cliënt zijn eigen leerdoelen op zijn eigen niveau en in zijn eigen tempo nastreeft.

Het modulair aanbod wordt zowel klinisch als ambulant aangeboden, waarbij in beide situaties uitgebreid aandacht wordt besteed aan de generalisatie, bijvoorbeeld door herhaald te oefenen in het alledaagse leven en hierbij gebruikt te maken van het (professioneel) netwerk. Binnen de klinische behandeling spelen hierbij het therapeutisch klimaat en de (persoonlijk) begeleiders een grote rol, binnen de ambulante behandeling betekent dit samenwerken met het externe netwerk, zoals (ambulante) woonbegeleiders, familie of andere belangrijke derden.

### **Individuele therapeutische gesprekken/behandelingen**

De meeste cliënten hebben (structureerende, inzichtgevende, steunende) gesprekken met hun gedragskundige. In deze contacten krijgt de cliënt tips/adviezen om in het dagelijks leven toe te passen. Andersom brengt de cliënt zijn ervaringen van het dagelijkse leven in, hetgeen de gedragskundige diagnostische informatie geeft. Tijdens deze gesprekken wordt veelal gebruik gemaakt van technieken uit de cognitieve gedragstherapie. Gezien de verstandelijke beperking worden deze technieken wel aangepast aan het niveau van de cliënt.

Naast deze behandelgesprekken worden ook andere therapievormen geboden, veelal aangepast aan het niveau, zoals EMDR (traumabehandeling), cognitieve gedragstherapie, psychotherapeutische interventies waaronder schematherapie, systeemtherapie en vaktherapie (bv psychomotorische therapie, dramatherapie, muziektherapie, creatieve therapie).

### **Psychiatrische en medicamenteuze en behandeling**

Een psychiater en/of arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) is veelal onderdeel van het multidisciplinaire team ten behoeve van het stellen van een psychiatrische diagnose, het geven van advies, het leveren van een bijdrage aan risicotaxatie (bijvoorbeeld van delictgedrag, psychose of suïcidaal gedrag) of uitvoeren van behandeling. De AVG is expert op het gebied van het reduceren van de gevolgen van syndromale en handicapgebonden problematiek, met een belangrijke focus richting gedrags- en psychiatrische problematiek, zintuigproblematiek, klinische genetica, spasticiteit en epilepsie.

Het gebruik van psychofarmaca kan onderdeel zijn van de behandeling. Bij (forensische) SGLVG-cliënten is soms voor opname sprake van onder- of overbehandeling met psychofarmaca. Polyfarmacie (gebruik van meerdere middelen) wordt vaak gezien bij mensen met grensoverschrijdend gedrag, zeker ook bij mensen met een verstandelijke beperking en probleemgedrag zoals agressie. Polyfarmacie is niet zelden een uiting van handelingsverlegenheid van de hulpverlening. Het gebruik van (te) veel medicatie kan negatieve effecten hebben: niet alleen bijwerkingen, maar juist gedragsproblemen. Daarom wordt het medicatiegebruik tijdens behandeling altijd geëvalueerd en zo nodig afgebouwd. Bij zo'n afbouw kan de cliënt tijdelijk uit balans raken: het lichaam moet een nieuw evenwicht vinden, hetgeen soms tijdelijk leidt tot toename van probleemgedrag. Pas na een paar weken tot soms zelfs maanden na verlaging of beëindiging van de medicatie kan beoordeeld worden hoe de cliënt hieronder functioneert. Onderbehandeling komt ook voor. De (forensische) SGLVG-cliënten zijn vaak zorgmijndend waardoor er sprake kan zijn van onderdiagnostiek en/of onderbehandeling. Controle op medicatie-inname/bijwerkingen door derden is soms nodig (bijvoorbeeld door ondersteuning van de begeleider, ambulant behandelaar of via het netwerk/supportsysteem).

### **Systeeminterventies**

Als de cliënt in behandeling is, is het belangrijk dat de omgeving wordt meegenomen in het veranderingsproces bij de cliënt. Kennis van de problematiek en de juiste omgangswijze bij het (professioneel) netwerk is nodig daar de cliënt vaak in bepaalde mate blijvend afhankelijk blijft van hun ondersteuning vanwege zijn blijvende beperkingen. De behandeling heeft tevens een grotere kans van slagen als de omgeving mee verandert, en zo meehelpt aan het doorbreken van de patronen die de problemen mede in stand kunnen houden. Het netwerk kan –indien op de hoogte van de juiste omgangswijze- tevens een belangrijke steun zijn om generalisatie van de nieuw geleerde vaardigheden van de cliënt te bevorderen. Tot systeeminterventies worden tevens de interventies gerekend die leiden tot verandering van de context van de cliënt, zoals zijn woon-, werk- of sociale omgeving. Dit is nodig als er sprake is van een niet-passende context die de problematiek in stand houdt of verergert. Systeeminterventies kunnen tot slot gericht zijn op het maken, versterken en herstellen van verbindingen tussen de cliënt en zijn netwerk(en).

Verschillende interventies zijn mogelijk zoals gesprekken of therapie, waarbij gebruik kan worden gemaakt van bijvoorbeeld de systeemtheorie, cognitieve gedragstherapie en motiveringstrategieën. Er

kan met de cliënt en het systeem een analyse gemaakt worden van de context van de cliënt en zijn netwerk, het levensverhaal, de ontwikkelingsanamnese, de betekenis van het probleem en/of klachten binnen de context en de verandermogelijkheden. Er kan psycho-educatie worden gegeven met betrekking tot de problematiek van de cliënt, informatie over de behandeling en hoe de generalisatie van het geleerde te bevorderen (hoe te reageren, ondersteuning bij huiswerk etc), ondersteuning bij veranderen van werk- of woonsituatie, het vertalen van de diagnose naar de cliënt etc. De cliënt en het systeem wordt geactiveerd om (niet herkende) eigen krachten en kwaliteiten in te zetten of uit te bouwen met het oog op de gewenste verandering van de problematiek, het leren omgaan met de beperkingen en/of het tot stand brengen/houden van een leefbaar evenwicht.

### **Risicotaxatie en risicomangement**

Risicovol- en/of delictgedrag is veelal (mede) aanleiding voor behandeling. Om de cliënt, zijn omgeving en de maatschappij te beschermen tegen herhaling van ernstig risicovol- en/of delictgedrag (recidive) en een veilige deelname in de samenleving mogelijk te maken, zijn het voortdurend inschatten en managen van risico's een integraal onderdeel van de behandeling. Dit alles binnen een werkomgeving waar zoveel mogelijk veiligheid wordt gecreëerd voor cliënt en personeel.

*Risicotaxatie* is het inschatten van het risico dat de cliënt oplevert voor de buitenwereld of zichzelf; men voorspelt vanuit het gedrag van de cliënt in het verleden en heden of hij in de toekomst een gevaar zal zijn voor anderen of zichzelf. De kans op (herhaling van) delict-/probleemgedrag wordt hierbij ingeschat met behulp van een gestructureerde risicotaxatie (=risicotaxatie-instrument). Deze aanpak combineert een gestandaardiseerde lijst met uit onderzoek bekende actuariële factoren die samenhangen met recidive gevaar, met klinisch relevante dynamische (in principe veranderbare) risicofactoren. Het klinisch oordeel wordt op deze wijze gestuurd en ondersteund door een batterij gestandaardiseerde risicomeetinstrumenten.

*Risicomangement* is het doorlopend volgen van het mogelijke risico dat de cliënt oplevert in zijn huidige omgeving en tijdig ingrijpen met van te voren afgesproken handelingen. Risicomangement vindt plaats op verschillende manieren:

- Het bieden van een gefaseerde behandeling.
- Gedetailleerde studie naar de geschiedenis van het risicovol-/delictgedrag. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van een probleem-/delictanalyse (in kaart brengen van risicofactoren en beschermende factoren die specifiek voor een cliënt zijn met betrekking tot de achtergrond- en ontstaansgeschiedenis van het gedrag, de faciliterende, remmende en instandhoudende factoren, in zowel de persoon, het milieu als de context) en probleem-/delictscenario (beschrijving van hetgeen er gebeurd is, de omstandigheden en de onmiddellijke gevolgen).
- Behandeling van dynamische risicofactoren.
- Het opstellen van een risicomangement plan. Dit bevat een gedetailleerde risicobeschrijving op korte, middellange en lange termijn, onder omstandigheden A, B of C (bv zonder toezicht in de maatschappij, of met af en toe toezicht, of in een instituut met 24-uurs toezicht). Het bevat ook gegevens over het soort risicovol-/delictgedrag en de ernst en frequentie die verwacht wordt. Een signaleringsplan, terugvalpreventieplan, hulpkaart e.d. (stapsgewijze indeling van gedrag van de cliënt waaraan het risico op terugval en de handelingsalternatieven zijn af te lezen) kunnen onderdeel van het risicomangement plan vormen.
- Bij ambulante behandeling kan zorg worden opgeschaald in intensiteit en wordt voortdurend in het multidisciplinaire team afgewogen of de ambulante behandelvorm nog voldoende veilig is voor cliënt, behandelaars en maatschappij. Soms is opname in een voldoende veilige omgeving nodig om risico's hanteerbaar te maken. Bij klinische behandeling is het afbouwen van beperkingen c.q. opbouwen/oefenen met toenemende vrijheden en verlof onderdeel van de behandeling om risico's te verminderen.

Binnen de klinische (forensische) SGLVG-behandeling wordt het toepassen van *vrijheidsbeperkende maatregelen* zoveel mogelijk voorkomen, maar kan dit niet altijd worden vermeden. Door achterstanden in (sociale en emotionele) ontwikkeling is het soms nodig verantwoordelijkheden (tijdelijk) over te nemen. Ook speelt het voorkomen van herhaling van ernstig risicovol probleemgedrag, soms ook het uitblijven van herhaling van delicten (recidive), een belangrijke rol. Zeker in de eerste fase(n) van behandeling, wanneer gedragsverandering nog niet of onvoldoende heeft opgetreden, zal bescherming van de cliënt zelf en de maatschappij de legitimering zijn van vrijheidsbeperkende maatregelen zoals bijvoorbeeld verblijf binnen de besloten afdeling en/of beperkingen in bewegingsvrijheid buiten de afdeling. Er worden zo weinig mogelijk (maar zoveel als

nodig) beperkingen opgelegd, waarbij een goede uitleg naar de cliënt en (indien aanwezig) zijn vertegenwoordigers en het op tijd teruggeven van verantwoordelijkheden belangrijk zijn. Bij voortgang in de behandeling leert de cliënt zijn gedrag en stemming meer zelf te reguleren, al dan niet met (blijvende) ondersteuning of medicatie, en zullen de beperkingen zoveel als mogelijk worden afgebouwd. Door het stapsgewijs opbouwen van vrijheden en verlof worden leermomenten en toenemende oefenruimte gecreëerd zodat de cliënt zijn geleerde vaardigheden en inzichten kan leren toepassen in een bredere context, buiten het therapeutisch klimaat (generalisatie-doel). Dan moet blijken of de interne veranderingen ook zonder direct toezicht/externe controle stand houden. Het doel is dat de cliënt uiteindelijk aangepast functioneert en problemen op maatschappelijk geaccepteerde wijze weet op te lossen, bij voorkeur zonder dat dit door restrictieve maatregelen wordt afgedwongen (toegenomen 'conflictvrije' maatschappelijke participatie). Indien incidenten van probleemgedrag uitblijven, mag men er van uitgaan dat er vooruitgang en kennis met betrekking tot de juiste omgang met de cliënt is ontstaan. Bij de meeste cliënten slagen we uiteindelijk in onze opdracht. In enkele gevallen komt de interne regulatie niet op gang en heeft preventief optreden of medicatie ook onvoldoende effect. Soms is er sprake van dermate ernstige en blijvende problematiek dat een bepaalde mate van toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen ook na de behandeling nodig blijft.

Zorgvuldige multidisciplinaire weging vanuit het holistische beeld; de geschiedenis/anamnese, problematiek/diagnostiek, behandelvooruitgang, state of the art kennis en risicotaxatie-instrumenten is leidend in het bepalen van het opleggen van vrijheidsbeperkende maatregelen en het vrijheden-/verlofbeleid. De behandelvooruitgang kent hierbij vele aspecten, zoals de doelen m.b.t. de problematiek, afname dynamische risicofactoren, al dan niet uitblijven van incidenten en recidive, mate van overeenstemming over en commitment aan de behandeling en afspraken (waaronder bijvoorbeeld overeenstemming over behandeling/doelen, deelname aan behandeling, meewerken aan behandel-/dagprogramma, houden aan huisregels en individuele afspraken) etc.

*Veiligheid* voor cliënten, medewerkers en samenleving is een voorwaarde om behandeling mogelijk te maken, zowel in ambulante als klinische situaties. De middelen die bijdragen aan veiligheid zijn verschillend van aard. In de eerste plaats wordt veiligheid gecreëerd door de behandeling zelf, waarbij risicotaxaties, risicomangement en behandeling van dynamische risicofactoren moet leiden tot afname van de risico's. In de tweede plaats is relationele beveiliging van belang. Hierbij gaat het om het verhogen van de veiligheid door middel van een goede werkrelatie tussen cliënt en behandelaars en eventueel cliënten onderling. Hierbij is de kwantiteit en kwaliteit van medewerkers van belang (voldoende personeel, juiste attitudes met betrekking tot de onderlinge omgang en het bejegeningssrepertoire, ervaring in het werken met deze (forensische) doelgroep, alert zijn op veiligheidsrisico's, empathisch vermogen, respectvol, betrouwbaar, grenzen stellend vermogen). In de derde plaats is de procedurele beveiliging van belang, zoals spelregels, gezamenlijke uitgangspunten en veiligheidsafspraken (zoals afspraak is afspraak, meld waar je heen gaat, veiligheidsafspraken bij huisbezoeken) en - in klinische situaties - de veiligheid van het therapeutisch klimaat (juiste sfeer, intensiteit van de werkrelatie, gepaste bejegening, heldere basisregels met betrekking tot geweld, bedreiging, wapens en drugs). Er kan hierbij ook sprake zijn van beveiliging in de vorm van toegangsbeveiliging, bezoeksregeling, afspraken m.b.t. aan- of afwezigheid van communicatiemiddelen in de kliniek of omtrent gebruik van internet etc., zaken die vaak voor de hele afdeling zijn geregeld en dan generiek van toepassing zijn. In de vierde plaats speelt tot slot – met name binnen de klinische situaties – de materiële of fysieke beveiliging een rol. Deze is van belang als het gaat om het voorkómen van uitbraak en het onder controle houden van beheersgevaarlijke cliënten. Hierbij gaat het bijvoorbeeld over de organisatorische, personeelsmatige, bouwkundige en elektronische beveiliging tegen direct (intern of extern) gevaar; de bewaking en controle in engere zin, via: gebouwelijke beveiliging (beslotenheid, overzichtelijkheid, mate van compartimentering, barrières tegen uitbreken en separeerkamers), beveiligingsapparatuur (elektronische controle buiten en binnen het gebouw, video, piepers, verlichting), beveiligingspersoneel (beschikbaarheid van personeelsleden met specifieke beheersings- en de-escalatievaardigheden) en regelgeving (met name met betrekking tot de dagelijkse structuur).

## 2.6 Zorgorganisatie

De (forensische) SGLVG-doelgroep stelt specifieke eisen aan de wijze waarop behandeling moet worden georganiseerd, bijvoorbeeld ten aanzien van de werkwijze (multidisciplinair en methodisch), ten aanzien van de begeleidingsteams (centrale rol, stabiliteit) en teamleden (competenties op gebied

van kennis, vaardigheden, attitude en persoonlijkheid), en ten aanzien van de benodigde teamaansturing en -ondersteuning (dichtbij, dual).

### **Werkwijze**

Omdat de problematiek zo complex is en beïnvloed wordt door vele factoren is het multidisciplinaire op methodische wijze uiteenrafelen van het denken en handelen rondom de cliënt belangrijk in de werkwijze:

- Een multidimensionele benadering vraagt multidisciplinaire betrokkenheid in het diagnostisch en behandelproces. Ten eerste omdat er geïntegreerde kennis nodig is van verschillende zorgvelden (orthopedagogiek, psychiatrie, zorg voor verstandelijk beperkten, verslavingszorg, forensische zorg), ten tweede omdat leerstof op meerdere wijzen moet worden aangeboden (gesprek, lichamelijke oefening, toneelspel, creatieve expressie) en ten derde omdat een met een multidisciplinair behandelplan beter kan worden aangesloten bij de individuele sterke kanten van een cliënt, wat de motivatie ten goede komt.

De multidisciplinaire betrokkenheid bestaat uit het beoordelen van het persoonlijk functioneren met betrekking tot verschillende dimensies. De opgave bestaat dan daarin dat elke discipline een eigen professionaliteit, (vak)verantwoordelijkheid en deskundigheid heeft (Wet BIG), maar bovendien dat deskundigen zich aan elkaar verplichten in een niet-vrijblijvende samenwerking. De meerwaarde hiervan wordt gezocht in een integratief beleid welke het individuele of monodisciplinaire handelen overstijgt. Het resultaat van de gezamenlijke inspanning komt dan tot uiting in een integratieve diagnose, een gemeenschappelijk behandelplan met uitwerkingen naar de betrokkenheid van meerdere disciplines en uitwerkingen op het niveau van separate en disciplinespecifieke werkplannen.

Het multidisciplinaire behandelteam is de eenheid waar rondom individuele cliënten besluitvorming en interdisciplinaire samenwerking plaatsvindt. Hiervoor is een team van deskundigen nodig uit verschillende vakdisciplines waarbij ieder vanuit zijn vakspecifieke kennis inbreng heeft in de behandeling. In zo'n multidisciplinair team kunnen vertegenwoordigd zijn: psychiaters, artsen voor verstandelijk gehandicapten (AVG), gedragskundigen (GZ-psycholoog/orthopedagoog), psycho-diagnostici, begeleiders (pedagogisch hulpverleners, verpleegkundigen/sociotherapeuten), maatschappelijk werkers, vaktherapeuten en activiteitenbegeleiders. Zo nodig kunnen medisch specialisten geconsulteerd worden, zoals een neuroloog of een klinisch geneticus.

Eenduidigheid in de benadering is nodig om tot verandering te kunnen komen. Per individuele cliënt wordt om die reden het zorgmanagement richting gegeven door een gekwalificeerde deskundige GZ-psycholoog of psychiater (=behandelverantwoordelijke/-coördinator). Besluitvorming vindt volgens consensus plaats, 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, competentieontwikkeling van personeel en strategische beleidsontwikkeling van de afdeling. De behandelverantwoordelijke, psychiater en AVG leveren inhoudelijke input voor de beleidsontwikkeling.

- Eenduidigheid in de behandeling is van belang, zowel in een team onderling als in samenwerking met andere domeinen of organisaties. Daarom zijn heldere overlegstructuren van belang en een methodische werkwijze. Methodisch werken houdt in dat we handelen volgens een weloverwogen en doordacht plan. Methodisch werken is een cyclisch proces en kan worden betiteld als het voortdurend actualiseren van de vraag van de cliënt, het opstellen en onderzoeken van hypothesen, en het verkennen en bespreken van de oplossingsrichting. In samenspraak met de cliënt, met respect voor zijn wensen en mogelijkheden, en gewogen in het licht van de (ernst van) de problematiek en aanwezige risico's wordt multidisciplinair een integraal behandelplan bepaald en vastgelegd, met daarin de behandeldoelen en het behandeltraject (modules, therapieën, begeleidingsafspraken etc). Essentieel kenmerk is dat er in gezamenlijkheid geëvalueerd wordt aan de hand van actuele observaties en het behandelplan wordt bijgesteld, waarop weer evaluatie volgt, etc. Daar complexe problematiek de neiging heeft overlegstructuren en planmatig handelen te ontregelen, is het van belang hier aan vast te houden, juist als dat lastig wordt.

### **Begeleidingsteams**

- De basis van de behandeling is het therapeutisch contact met de begeleiders en (klinisch) het methodisch vormgegeven therapeutisch klimaat. In een positief behandelklimaat is er sprake van een

- op de doelgroep afgestemde bejegening en responsiviteit door de begeleiders, goede onderlinge atmosfeer, zo min mogelijk repressiviteit en voldoende mogelijkheid tot leren en groei (perspectief).
- Het leren in het leven van alledag staat centraal, waarbij de generalisatie van het geleerde in modules en therapieën bewust dient te worden georganiseerd.
  - Van groot belang is dat de omgeving zich niet laat ontregelen door de cliënt. Naarmate de stabiliteit van het team afneemt, neemt ook de eenduidigheid in de bejegening van de cliënt af. Er ontstaan paniekoverleggen, mensen gaan elkaar passeren, de rust is weg. Alleen bij harmonie en rust in het team, en eenduidigheid zowel in het team onderling als in samenwerking met andere domeinen, is de problematiek hanteerbaar. Om stevigheid te kunnen bieden, één lijn te kunnen trekken, de problematiek de baas te blijven en je niet te laten uitspelen, is het van belang dat het team elkaar goed kent en vertrouwt. Naast ruimte voor eigenheid in handelen is ook het houden aan teamafspraken een basisvoorwaarde.
  - Een stevig begeleidingsteam vraagt voldoende en vooral gekwalificeerd personeel, dat in staat is op een voorspelbare en stevige manier te reageren op het gedrag van de cliënten, risicosituaties kan inschatten en in staat is risico's preventief en de-escalierend te benaderen. Dit stelt specifieke eisen aan de competenties van begeleiders. Ten eerste ten aanzien van de benodigde kennis en vaardigheden: de aard van beperkingen, stoornissen en problematiek moet goed gekend worden, zodat gedrag in het licht hiervan kan worden gezien. Scholing en bijscholing is nodig, bijvoorbeeld m.b.t. stoornissen en ziektebeelden, behandelinterventies, wettelijke kaders, agressie-hantering etc. Ten tweede zijn specifieke eisen te stellen ten aanzien van attitude en persoonlijkheid van begeleiders, zoals zich open en controleerbaar op kunnen stellen, reflectie op en inzicht in het eigen handelen, sociaal-emotionele en taakvolwassenheid, rijpheid en weerbaarheid, inzicht in het effect van het gedrag van de cliënt op het eigen functioneren, het eigen handelen bespreekbaar kunnen maken, verbale kwaliteiten, responsief, consequent en affectief bewust kunnen handelen en regie kunnen houden. Omdat cliënten verschillende behandeldoelen hebben en in verschillende fasen van de behandeling kunnen zijn, wordt verwacht van begeleiders dat ze kunnen switchen van attitude (bv observeren tot constructieve feedback geven, van begrenzen tot coachen). Ook dit vraagt veel van begeleiders (bv kunnen observeren, analyseren, terugkoppelen, overdragen, taakverdeling, samenwerken). Goede overlegstructuren zijn van belang, evenals goede onderlinge feedback, middels open en directe communicatie tussen medewerkers. Tot slot is een gegarandeerde bezetting wezenlijk om de zorg en veiligheid (sgevoel) van cliënt (en personeel) te waarborgen.
  - Het effectief kunnen hanteren van agressie is van belang. Dit betreft zowel technische als emotionele aspecten, m.a.w. zowel vaardigheden om agressie te voorkomen, de directe gevolgen van agressie af te wenden als het hanteren van de persoonlijke impact en de psychische gevolgen van agressief gedrag. Hierbij moet worden gewaakt voor repressie.
  - Goede onderlinge werkafspraken over de omgang met veiligheid zijn van belang, zowel klinisch (bv hoe houd je elkaar in het oog) als ambulantly (bv afspraken over wie waar is, waar de grens ligt in onveilige situaties en hoe te handelen).
  - De begeleider is (co-)trainer in modules, zodat de generalisatie wordt bevorderd.
  - Veel cliënten leren niet door middel van relaties. Begeleiders met een sterke behoefte om door middel van relatieopbouw iets te betekenen voor andere mensen, zullen teleurgesteld kunnen raken. Ook met andere bronnen van mogelijke mismatches tussen begeleiders en cliënten moet rekening gehouden worden. Men kan hierbij denken aan te lang willen behandelen of irreële verwachtingen. Met deze zaken dient rekening gehouden te worden in het aannamebeleid en coaching van teamleden.
  - Teamleden dienen te werken vanuit een heldere visie op behandeling en de verschillende aspecten daarbij zoals visie op en omgang met agressie, contrabanden, potentieel gevaarlijke spullen (messen, vloeistoffen), vrijheidsbeperkende maatregelen etc.
  - In de klinische behandeling dient nachtzorg aanwezig te zijn, dat voldoende gekwalificeerd is om (pedagogisch) te handelen en op te treden.
  - Bij al deze voorwaarden aan de teamleden hoort een adequate honorering. Tevens is een goede ziekteverzuimbegeleiding van essentieel belang.

### **Teamaansturing en -ondersteuning**

- Vanwege de hoge eisen aan kennis, vaardigheden, attitude en persoonlijkheid is een gericht wervings- en aanname beleid, goede inwerkperiode en coaching van dichtbij nodig.
- Door de ernst en complexiteit van de problematiek is er altijd risico dat de omgeving en de therapeutische relatie verstoord wordt. Complexe problematiek en specifieke stoornissen hebben per definitie een ontregelende werking (bv splitting bij borderline persoonlijkheidsstoornissen, parallelprocessen bij autisme of complementaire uitlokkingskracht bij hechtingsstoornissen). Het

probleemgedrag van (forensische) SGLVG-cliënten kenmerkt zich daarbij veelal door het gegeven dat cliënt en omgeving vast zitten in een actie-/reactiepatroon waar men niet meer uit komt. De vastgelopen processen tussen cliënt en context van herkomst zullen zich in eerste instantie trachten te herhalen binnen de behandelcontext. In het geval van ambulante behandeling moet tevens rekening gehouden worden met vaak moeilijk beïnvloedbare omgevingsdynamieken. In het geval van klinische opname met het feit dat het niet om één cliënt gaat, maar een hele afdeling betreft, waarin elke cliënt zijn individuele dynamiek veroorzaakt. En deze groep voortdurend wisselt (is iemand gestabiliseerd, dan stroomt hij uit). Het is niet zozeer de vraag of de ontwrichting zich kan voordoen, maar wanneer. Aan het behandelteam, die de kracht hiervan continu ervaart, de opdracht de patronen te herkennen, tegenwicht te bieden en te doorbreken. Behandeling kan gemakkelijk falen als het onvoldoende lukt goede regie te houden. Enkele voorbeelden van risico's: schieten in beheersing of laissez-faire, te grote rol van emoties, ontkenning van problematiek of feitelijkheid, stereotype interacties, herhaling van vroegere zetten, op een te hoog of een te laag niveau aanspreken, parallel processen.

Het feit dat de begeleider/het team met name zichzelf als behandelinstrument hanteert, vraagt de nodige reflectie en psychische hygiëne. Een helicopterview is nodig zodat men ontwrichting kan signaleren en zicht houden op hetgeen gerealiseerd wordt en hoe dit zich verhoudt tot wat er is afgesproken. Er op tijd bij zijn, zorgdragen voor reflectie en begeleiding bij herstel van een gezond werkklimaat is inherent aan het dagelijks werk. Noodzakelijk daarom is een heldere en intensieve aansturing, zowel inhoudelijk als organisatorisch, met heel duidelijke bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Directe coaching door leidinggevende en gedragskundige is doorlopend noodzakelijk, gevraagd én ongevraagd. Evenals intervisie en supervisie. De dynamiek rondom steeds wisselende cliënten, de complexe problematiek met steeds weer nieuwe vraagstukken, de voortdurende in- en uitstroom van cliënten, maakt dat volledige stabilisatie hierin niet mogelijk is, maar continue ondersteuning en bijsturing nodig blijft. Met betrekking tot de grote lijn bestaat vaak overeenstemming. De vertaling naar de praktijk van alledag is moeilijker en vraagt een vangnet.

- Dit houdt in dat management en behandelstaf (gedragskundige, AVG, psychiater) dusdanig nabij moeten zijn dat ze ook weet hebben van en zicht hebben op de praktijk. Hierbij wordt de gedragskundige ingezet als behandelverantwoordelijke die niet slechts 'on demand' beschikbaar is. Hij werkt nauw samen met het management dat vanuit de lijn het team ondersteunt, coacht en aanstuurt op uitvoering van zorg, teamsamenwerking, onderlinge communicatie etc. De inhoudelijke en organisatorische aansturing is aan elkaar gekoppeld. Door de ontregelende werking van cliënten, en het feit dat het therapeutisch contact met begeleiders cq therapeutisch klimaat een centrale rol heeft en de begeleiders grotendeels hun eigen instrument zijn, is het functioneren van het team onlosmakelijk met de inhoudelijke kant verweven. Aansturing van team en inhoudelijke behandellijnen gaan hand in hand. Een duale aansturing tussen staf en lijn op alle managementniveaus levert hiertoe een goede basisvoorwaarde. Dit staf-lijn model doet recht aan de complexiteit en de verwevenheid van zowel de problematiek van de cliënten als het werken met deze cliënten. De duo's zijn door hun sparrings-mogelijkheid een stabiele factor enerzijds (de last is vaak zwaar, maar wordt verlicht door samen te dragen) en een stimulerende en ondersteunende factor voor teams anderzijds dat zorgt voor de noodzakelijke creativiteit om steeds nieuwe complexe vraagstukken te kunnen oplossen. Spanningen tussen 'lijn en inhoud' worden dwingend in de samenwerking opgelost, zodat opgaande splitting geen kans krijgt en de richting eenduidig blijft.
- Er is een bereikbaarheidsregeling na kantooruren, zodat medewerkers ook dan een beroep op een arts, gedragskundige of leidinggevende kunnen doen.
- Een derdelijns specialistisch behandelcentrum vraagt een specifiek ontwikkelingsgerichte aansturing. Door de inzet van begeleiders als belangrijkste instrument in de behandeling blijft de ontwikkeling van hun talenten en kwaliteiten van hoge prioriteit. De dynamiek, complexiteit en risicovolle situaties die men dagelijks mee maakt en de steeds veranderende, dynamische en telkens ontwikkelende context vraagt om meer dan alleen competentie management. Dat betekent dat (operationeel) managers zich steeds binnen het spanningsveld bevinden van 'coachen en beoordelen' als leidinggevende. Het creëren en vasthouden van een cultuur waarbij het veilig is om open te kunnen zijn over bijvoorbeeld angst en handelingsverlegenheid, waar fouten maken mag en bespreekbaar moet zijn, waarbij het 'normaal' is dat medewerkers elkaar feedback geven op hun handelen, is van cruciaal belang om de behandeling aan deze doelgroep, met de gewenste kwaliteit te kunnen waar maken en vraagt om continue aandacht en bijsturen door het management.

## 2.7 Materiele zaken

In de eerste plaats is van belang dat bij materiele zaken rekening gehouden wordt met de **verstandelijke beperking**; het materiaal dat wordt gebruikt bij modules, trainingen en therapieën dient aan te sluiten bij het (ontwikkelings)niveau, zonder dat het als kinderachtig wordt ervaren. Er dient sprake te zijn van kleine (behandel)groepen. Bij het inrichten van ruimtes moet rekening gehouden worden met overzichtelijkheid en helderheid in functies. Dit zodat cliënten niet overprikkeld raken en zich op hun gemak voelen, waardoor ze toe komen aan activiteiten en vergroten van vaardigheden. Materialen en inrichting van ruimtes dienen molestbestendig te zijn; vanwege primaire uitingen kan er wel eens wat sneuvelen. Van belang is voorts dat zaken snel worden gerepareerd en er zorg aan de ruimtes wordt besteed (opgeruimd, schoon, uitnodigend). Voor klinische behandeling is verder o.a. nodig: kantoorruimte begeleiders met medicijnberging, afsluitbare keuken, goed te reinigen oppervlakten, beveiligde stopcontacten, brede, overzichtelijke loopruimtes, toegankelijkheid voor rolstoelen etc (zie ook programma van eisen). Voor modules en trainingen moet men gebruik kunnen maken van een daartoe geschikte ruimten, waarin de mate van prikkels kan worden gedoseerd en verschillende leer- en oefenvormen kunnen worden gepraktiseerd. Aanwezigheid van (eventueel besloten) arbeidsruimten, onderwijsruimten, vakopleidingsfaciliteiten, mogelijkheden tot vrijetijdsinvulling (clubs, hobby's, uitdagende activiteiten), sportfaciliteiten is vereist. Vanwege het voorkomen van **psychiatrische problematiek**, is het noodzakelijk om de mogelijkheden te hebben om voorzieningen te treffen die noodzakelijk zijn in het kader van het verplegen, resp. behandelen van psychotische cliënten, manische cliënten e.d. Hierbij moet gebruik gemaakt kunnen worden van (moderne) afzonderings- en separatuurruimten. De **veiligheid vereist** dat materiaal degelijk en veilig is, en er een goed alarmeringssysteem aanwezig is. Tot slot dienen de werkkamers van lijn- en staffunctionarissen dichtbij de teams te zijn geplaatst om voldoende sturing te kunnen geven aan de het team als behandelinstrument, de ontwrichtende werking van complexe problematiek en de dynamiek inherent aan een SGLVG(+)-behandelcentrum.

## 2.8 Wetgeving

De juridische kaders voor behandeling van (forensische) SGLVG-clieënten worden geleverd door de **Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)**. Voor al onze cliënten (ambulant en klinisch) is deze wet van toepassing. De WGBO regelt de relatie tussen patiënt en zorgverlener (artsen, verpleegkundigen, orthopedagogen, psychologen, vaktherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten etc). Wanneer een patiënt de hulp van een zorgverlener inroept, ontstaat een geneeskundige behandelingsovereenkomst tussen hen. Patiënt en zorgverleners kunnen geen afspraken maken die in strijd zijn met WGBO. Uitgangspunt: patiënt beslist samen met de hulpverlener wat er gaat gebeuren op basis van goede informatie over en weer. De WGBO regelt o.a. de volgende rechten van de patiënt: recht op informatie, toestemming voor een medische behandeling, inzage in het medisch dossier, recht op privacy en geheimhouding van medische gegevens, recht op vrije artskeuze en het recht op een tweede mening of second opinion, bijhouden medisch dossier, bewaartermijn en vernietiging. De WGBO regelt de volgende plichten voor de patiënt: plicht tot geven van juiste informatie, plicht zo veel mogelijk met de zorgverlener mee te werken en adviezen op te volgen. Hiernaast bestaan bepalingen voor de beoordeling van wils(on)bekwaamheid en wettelijke vertegenwoordiging.

Indien er bij de cliënt echter sprake is van (ernstig vermoeden op) gevaar voor zichzelf of de maatschappij dat voortkomt uit een 'gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens', en dat gevaar alleen door opname kan worden afgewend, kan een gedwongen opname plaatsvinden op grond van de **Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ)**. Hiertoe kan een In Bewaring Stelling (IBS) of Rechterlijke Machtiging (RM) worden afgegeven. Indien een cliënt binnen de opname nog gevaarlijk is, kan er reden zijn voor gedwongen behandeling (fixeren, afzonderen, separeren, dwangmedicatie, gedwongen vocht en voeding).

Op basis van de **Wet Forensische Zorg (WFZ)** kan geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg, verstandelijke gehandicaptenzorg en SGLVG(+)-behandeling door de strafrechter worden opgelegd als onderdeel van een (voorwaardelijke) straf, (behandel)maatregel of zorg tijdens detentie. We spreken dan van forensische zorg. Deze zorg kan zowel ambulant als klinisch worden geboden. Forensische zorg aan cliënten met een lichte verstandelijke beperking vindt plaats op basis van een indicatie, die wordt afgegeven door het NIFP (Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie). Bij klinische behandeling wordt aangegeven welk beveiligingsniveau nodig is bij de behandeling. De zeggenschap aangaande plaatsing/verlof/toezicht, de eindverantwoordelijkheid en de (interne en externe) rechtspositie van de cliënt verschilt per opgelegde strafrechtelijke titel.

## Hoofdstuk 3 Organisatievormen: van ambulant tot klinisch

### 3.1 Behandelaanbod

De complexe problematiek van (forensische) SGLVG-cliënten vereist een specifieke aanpak om de problematiek te verminderen en maatschappelijke participatie (wonen, werken en vrijetijdsbesteding) te bevorderen. Om participeren een kans van slagen te bieden is het belangrijk om flexibele ondersteuning, aangepast aan de persoonlijke behoefte en omstandigheden, te realiseren op plaatsen waar cliënten die nodig hebben. In Borgverband is hiertoe een breed behandelaanbod ontwikkeld van werkvormen en zorgproducten zoals consultatie, poliklinische behandeling, deeltijdbehandeling, specialistisch ambulante/extramurale behandeling, (forensisch) (F)ACT, teamcoaching, overbruggingszorg, nazorg, crisisopvang en klinische behandeling op verschillende beveiligingsniveaus. Deze zijn niet altijd duidelijk van elkaar te scheiden; ze kunnen in elkaar overlopen of naast elkaar bestaan. Vanwege de complexe problematiek van (forensische) SGLVG-cliënten, die kan fluctueren in aard, ernst, behoeften en motivatie, is behandeling een dynamisch geheel. De behandeling kan bestaan uit een breed scala van interventies, waarbij bij één cliënt sprake kan zijn van behoefte aan verschillende interventies in verschillende perioden of meerdere interventies in dezelfde periode. Cliënten hebben soms ook verschillende vormen en intensiteit van behandeling nodig over de tijd heen. Soms is het nodig om een behandeling te verlengen of tijdelijk te onderbreken, een cliënt een behandelinterventie te laten herhalen, te laten deelnemen aan terugkomdagen of hem voor langere tijd te volgen om op tijd bepaalde interventies te plegen. Bij elke vorm van (forensische) SGLVG-behandeling geldt evenwel dat er sprake is van een geïntegreerde expertise op de verschillende probleemvlakken (verstandelijke beperking, problematiek, risico's) waarbij een integraal pakket aan specialistische behandelonderdelen (de interventies, therapieën, trainingen en modules uit Hoofdstuk 2) wordt samengesteld en wordt voldaan aan de hiervoor beschreven randvoorwaarden.

### 3.2 Ambulante behandelvormen

De werkvormen en zorgproducten waarbij geen 24-uursopname ('klinische behandeling') plaatsvindt zijn hier bijeengebracht onder de noemen 'ambulante behandelvormen'. Zolang het verantwoord is, heeft ambulante behandeling de voorkeur boven opname in een behandelkliniek, om de cliënt zoveel mogelijk in staat te stellen de eigen regie te houden over zijn leven en te participeren in de maatschappij. Ambulante behandeling kan ook de voorkeur hebben boven opname vanwege de problematiek van de cliënt (risico op ernstige terugval in het functioneren bij cliënten met borderline-problematiek) of vanwege de omstandigheden (bijvoorbeeld omdat de cliënt zijn baan zou moeten opgeven of zijn kinderen anders niet kan blijven verzorgen). Opname kan door ambulante behandeling soms voorkomen, dan wel verkort worden. Indien opname toch noodzakelijk is, wordt ambulante behandeling bij voorkeur aanvullend ingezet. Bijvoorbeeld als overbrugging tot opname en goede voorbereiding daarop, als voortzetting van de behandeling na opname of als middel om de transfer van de klinische behandelresultaten naar een andere leefsituatie te realiseren en inclusie te bevorderen.

De werkwijze van de behandeling verschilt per behandelinterventie. Behandeling kan plaatsvinden op locatie van het behandelcentrum, waarbij zowel individueel als groepsgewijs kan worden gewerkt. Veelal wordt er ook 'outreaching' gewerkt; dit kan bij de cliënt thuis, maar ook in een (VG)woonvoorziening, penitentiaire inrichting, (forensische) behandelsetting of elders.

#### **Consultatie**

Vaak ontbreekt het andere hulpverleners en instanties aan specifieke kennis ten aanzien van een lichte verstandelijke beperking en bijkomende problematiek. Hierdoor komt het voor dat bijvoorbeeld een verslavingsbehandeling of een arbeidstraject onvoldoende aansluit bij het ontwikkelingsniveau van de cliënt en mislukt. De specialistische deskundigheid van de behandelcentra van De Borg kan optimaal worden ingezet door de mogelijkheid tot consultatie ten behoeve van samenwerkingspartners. Voorlichting, ondersteuning en advies kan geboden worden in de vorm van telefonische consultatie, mondelinge consultatie, coaching van medewerkers, training en scholing en het op verzoek verzorgen van triages/screeningen om te bepalen bij welke organisatie(vorm) de cliënt het best op zijn plek is gezien de aard van zijn problematiek.

#### **Poliklinische behandeling en deeltijdbehandeling**

Sommige cliënten en hun omgeving hebben een gerichte behandelvraag. Men is in staat om -al dan niet met behulp van het netwerk- regelmatig op afspraak te komen, er is lijdensdruk en de cliënt is



goed ingebed in een netwerk, bijvoorbeeld persoonlijk middels adequate mantelzorg of professioneel middels goed lopende woonbegeleiding of intramurale woonvoorziening waar men een passende begeleiding weet te bieden. De poliklinische of deeltijdbehandeling zijn dan geschikte behandelvormen.

Bij poliklinische behandeling woont de cliënt elders en reist hij naar de behandelaar toe. Er wordt diagnostiek en behandeling geboden voor verschillende klachten, psychiatrische stoornissen, gedragsproblemen en persoonlijkheidsstoornissen. Deze behandelvorm kan op verschillende manieren worden ingevuld: door counseling, gesprekken met psycholoog/psychiater of (groeps- of individuele) therapie zoals cognitieve gedragstherapie, vaktherapie, systeemtherapie, dialectische gedragstherapie. Er kan sprake zijn van een consultkarakter, bijvoorbeeld vragen aan een specialist met betrekking tot medicatie of genetische afwijkingen. En er worden groepsbehandelingen geboden die worden vormgegeven door de specialistische behandelprogramma's van De Borg, zoals middelengebruik & verslaving, agressie of seksueel grensoverschrijdend gedrag. Bij deeltijdbehandeling neemt de cliënt deel aan meerdere behandelinterventies tegelijkertijd en brengt daartoe een aantal dagdelen door op een locatie van het behandelcentrum.

De separate behandelingen (zoals therapie, specialistische modules) kunnen ook op andere locaties of in andere instellingen worden geboden, bijvoorbeeld in een (VG)woonvoorziening, penitentiaire inrichting of (forensische) behandelsetting. Hierbij wordt specifieke aandacht besteed aan de transfer naar het betreffende leefmilieu van de cliënt.

### **Specialistisch ambulante/extramurale SGLVG(+)-behandeling**

Veel (forensische) SGLVG-cliënten zijn door hun complexe problematiek niet in staat om naar de behandelinstelling toe te komen of (regelmatig) op afspraken te verschijnen. Toch heeft de cliënt een behandelvraag; reguliere begeleiding heeft onvoldoende effect (gehad) en er is kennis nodig op het gebied van verstandelijke beperking, psychische problematiek en forensische zorg, en de integratie hiervan. Hierbij is de cliënt nog wel in staat op deelgebieden te functioneren of is de steunstructuur van de cliënt (nog) voldoende stevig zodat klinische opname niet nodig is.

Specialistisch ambulante behandeling kan dan worden geboden in de woonomgeving van de cliënt; thuis, in semimurale voorzieningen in de wijk of in intramurale voorzieningen ('stapelzorg'). Bij deze behandelvorm wordt op basis van diagnostiek/beeldvorming gewerkt aan de overeengekomen behandeldoelen door systematische en methodische behandelinterventies van gespecialiseerde begeleiders in de eigen leefomgeving van de cliënt. Hierbij kan gebruikt gemaakt worden van alle mogelijke interventies uit het specialistische aanbod, vaak op maat aangepast en individueel aangeboden.

De interventies kunnen een verschillende focus hebben: interventies kunnen in de eerste plaats gericht zijn op de verschillende leefwerelden van de cliënt (wonen, werk en vrije tijd) met als doel om de (gevolgen van) stoornissen weg te nemen of te verminderen, gedrags- of psychische problemen thuis of op het werk te herstellen of herhaling/verergering te voorkomen, het probleemoplossende vermogen van de cliënt te vergroten zodat hij beter in staat is met toekomstige problemen om te gaan, vaardigheden op verschillende gebieden (zelfzorg, sociale vaardigheden, praktische vaardigheden, etc) te trainen etc. Interventies kunnen ook gericht zijn op ontlasting van cliënt of het zoeken naar de (blijvende) benodigde begeleidingsstijl. Soms zal ook de conclusie zijn dat de problemen alleen verminderd kunnen worden als de cliënt zijn leven anders inricht. In de tweede plaats kunnen interventies gericht zijn op het systeem/netwerk van de cliënt. Samenwerking met het systeem is van belang om steun te bieden aan de cliënt bij herstel of voorkomen van gedragsproblemen in zijn thuissituatie, ter ondersteuning bij generalisatie van het geleerde (bijvoorbeeld door het huiswerk te bespreken) en ter ondersteuning van (blijvende) beperkingen. Interventies kunnen ook gericht zijn op ontlasting van het systeem, versterken van (competenties van) het systeem of op het realiseren van noodzakelijke aanpassingen op het gebied van wonen, vrije tijd en/of werk. Bij de interventies gericht op ouders of andere belangrijke personen in het cliëntsysteem kan er psycho-educatie en pedagogische begeleidingsadviezen worden gegeven. De ambulante behandeling kan zich in de derde plaats richten op strategische, contextuele, systemische en interactionele aspecten/beïnvloeding, omdat die vaak een belangrijke probleembestendige factor vormen. Er zal een inschatting gemaakt moeten worden van eventuele pathologie in het functioneren van de omgeving, ook van de draagkracht en draaglast van de aangemelde cliënt, terwijl ook bekeken moet worden in hoeverre sprake is van inconsistenties in de bejegening, slecht op elkaar afgestemd zijn van verschillende leefsfereën als wonen, werken en vrije tijd. Deze verschillende uitgangspunten leiden tot een diagnostische benaderingswijze waarin breedbandig gekeken wordt naar zowel psychopathologie, gedrag, systeem, aanleg, maar waarbij bovendien rekening gehouden wordt met

de mogelijkheid dat de problematiek het gevolg is van factoren die buiten de cliënt liggen. Interventies kunnen zich vervolgens richten op het beïnvloeden van ziekmakende interacties.

### **(Forensisch) (F)ACT- LVB**

Sommige cliënten vallen telkens terug in ernstig probleemgedrag. De problemen op meerdere levensgebieden, het probleembesef, de hulpvraag en motivatie tot behandeling wisselen sterk. Er kan -bij periodes- sprake zijn van een actieve verslaving of recidiverende floride psychosen. Veelal is er geen daginvulling en zijn er financiële problemen. Soms is er geen vaste woonplek; cliënten verblijven binnen de maatschappelijke opvang of zwerven op straat. Er kunnen problemen met politie/justitie zijn of met andere instanties. Er is risico op maatschappelijke teloorgang en ernstige handelingsverlegenheid bij de omgeving of overlast. Stabilisatie is vaak moeilijk te bereiken en er kunnen terugkerende crisissituaties zijn. Hierbij kan er sprake zijn van wisselende omstandigheden die leiden tot nieuwe problemen of ontwrichting van het evenwicht. De complexiteit van problematiek maakt dat de hulpverlening deze cliënten niet altijd voldoende bereikt of er kan sprake zijn van zorgmijndend gedrag door de cliënt.

De werkwijze via het FACT-model kan voor hen uitkomst bieden. FACT staat voor 'Flexible Assertive Community Treatment' en biedt ambulante, flexibele, intensieve, multidisciplinaire en langdurige behandeling en gespecialiseerde begeleiding op meerdere levensgebieden. Het FACT Team oefent een actieve benadering in de leefomgeving van de cliënt uit (assertive outreach). Er kan langdurig intensieve (bemoei)zorg geboden worden; hierbij kan gedacht worden aan vroeginterventies bij decompensaties en ondersteuning op alle levensgebieden, bijvoorbeeld: algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), medicatiegebruik, gezondheid, contacten met instanties, financiën, dagbesteding, sociale contacten etc. Veelal wordt gebruik gemaakt van gesprekstechnieken uit de motiverende gespreksvoering en andere elementen uit de bemoeiing. Het is mogelijk de zorg ten tijde van crisis te intensiveren zodat opnames zoveel mogelijk worden voorkomen. Indien (crisis)opnames of detenties wel plaatsvinden, blijft het team betrokken. Op deze manier blijft de behandelrelatie bestaan. Waar nodig draagt het begeleidingsteam een gedeelde caseload en er zijn duidelijke veiligheidsafspraken. Als de cliënt stabiel functioneert, biedt men individuele, outreachende en herstel ondersteunende behandelinterventies. Het doel van FACT is om cliënten zodanig te behandelen, begeleiden en ondersteunen dat de psychische klachten verminderen en men sociaal en maatschappelijk zo optimaal mogelijk kan functioneren op een wijze die henzelf aanspreekt en die veilig is. Als de cliënt (langdurig) stabiel functioneert, wordt waar mogelijk deze behandelvorm afgebouwd en wordt er toegewerkt naar een lichtere vorm van zorg.

Het *Forensisch* FACT biedt behandeling zoals het FACT, maar richt zich expliciet op cliënten met forensisch psychiatrische problematiek; cliënten die in aanraking zijn geweest met politie en justitie, die delicten hebben gepleegd, waarbij een grote kans bestaat dat zich dit (herhaald) voordoet en/of waarbij sprake is van door de strafrechter opgelegde behandeling of reclasseringstoezicht (justitieel kader). Extra doelstelling is aldus het verkleinen van het recidiverisico.

Het *ACT* biedt tevens behandeling zoals FACT, maar doordat er geen stabielere periodes zijn, is doorlopende intensieve bemoeiing nodig. Kenmerkend is dat er sprake is van chronische instabiliteit, aanhoudende crises, sterk zorgmijndend gedrag, problemen op alle levensgebieden, langdurig zeer intensieve zorgbehoefte en een onvoldoende of sterk overvraagd netwerk van mantelzorgers en professionals die zich geen raad weten.

Sommige behandelcentra van De Borg hebben de FACT, ACT en/of forensisch FACT werkwijze belegd bij verschillende teams. Er zijn ook behandelcentra waarbij één team meerdere functies vervuld, al dan niet gecombineerd met andere ambulante behandelvormen.

### **Teamcoaching**

Indien een netwerk (partner, familie) of instelling (VG, GGZ, Forensische zorg) vastloopt in de omgang met een verstandelijk beperkte cliënt met onbegrepen en risicovol gedrag, is er veelal sprake van handelingsverlegenheid, angst voor agressie en/of onbekendheid met de geïndiceerde begeleidingswijze. De ambulante behandelaar draagt zorg voor het vergroten van kennis rondom de cliënt, zijn problematiek en de geïndiceerde omgangswijze. Na onderzoek, veelal bestaande uit anamnese, dossieranalyse, observaties, interviews en een screening van de bestaande begeleidingscondities, soms aangevuld met observatiemomenten op locatie, wordt een beeld gevormd van de cliënt en de begeleidingsproblemen. Dit kan leiden tot psycho-educatie (bijvoorbeeld met betrekking tot de stoornis/problematiek), adviezen met betrekking tot de geïndiceerde begeleidingsstijl en advies met betrekking tot welke aanpassingen en interventies toegepast kunnen worden in de verschillende leefwerelden van de cliënt (wonen, werk en vrije tijd). Samen met het

netwerk of het team (inclusief betreffende teamleider en gedragswetenschapper) worden afspraken gemaakt met betrekking tot de leerpunten/doelen van het netwerk/team. De leerpunten/doelen hebben een relatie met de begeleidingsproblematiek van een cliënt. De ambulante behandelaar werkt samen met de leden van het netwerk of teamleden op de werkvloer en is hierdoor in staat om feedback te geven op hun handelen. Tijdens de uitvoering wordt het proces gecoacht en ondersteund door het eigen multidisciplinaire team.

### **Overbruggingszorg**

Voor sommige cliënten is het noodzakelijk dat er interventies plaatsvinden op het moment dat de cliënt is aangemeld voor klinische behandeling en op de wachtlijst is geplaatst. Niet zelden is er sprake van schrijnende situaties waarbij de interventies een crisisbezwegend karakter hebben om de moeizame periode te overbruggen tot opname. Doel hierbij is de cliënt te coachen en te motiveren, en het systeem te ondersteunen in de omgang met de cliënt totdat deze kan worden opgenomen (stabilisatie). Interventies kunnen er tevens op gericht zijn eventuele crisissituaties te voorkomen. Tevens kan overbruggingszorg worden ingezet om de voorwaarden voor klinische opname te optimaliseren. Zo kan er in het voortraject alvast een analyse worden gemaakt van de gedragsproblematiek (en eventueel delictgedrag) inclusief de context waarbinnen deze gedragsproblematiek zich voordoet. Er kan een start worden gemaakt met de diagnostiek welke richting geeft aan de inzet en invulling van het behandeltraject. Het contact met het netwerk tijdens deze overbruggingsperiode vergemakkelijkt het maken van een uitgebreide ontwikkelings- en (hetero)anamnese. Er kan gestart worden met de voorbereiding van cliënt en zijn netwerk op en informatievoorziening over de klinische opname zodat men goed geïnformeerd is over de werkwijze binnen de betreffende opnameafdeling en er vooraf overeenstemming kan worden bereikt over de behandeldoelen en -interventies. Het opstarten van de behandeling in de overbruggingsfase draagt er toe bij dat er sneller en effectiever kan worden gestart met het klinische behandeltraject na opname. Doordat de ambulante begeleider kennis heeft van de aanstaande klinische behandeling kan hij stabiliserend, voorwaardenscheppend en motiverend werken.

### **Nazorg**

Vaak is het noodzakelijk om na een ambulante of klinische behandelperiode de resultaten langdurig te bestendigen en de transfer van het geleerde naar een andere situatie te ondersteunen. Hierbij is het enerzijds nodig de cliënt te ondersteunen zijn geleerde vaardigheden in andere situaties toe te passen. Anderzijds is het van belang de expertise van het systeem (bijvoorbeeld ontvangende team) over de betreffende cliënt te vergroten, bijvoorbeeld met betrekking tot de problematiek, benodigde begeleidingswijze, geïndiceerde bejegening, werkzame handvatten, voorwaarden voor verblijf, terugvalpreventie etc. Soms is nog enige tijd coaching nodig in de begeleiding van de desbetreffende cliënt, zodat terugval in oude patronen op tijd kan worden gedetecteerd. Doordat de ambulante begeleider over kennis beschikt met betrekking tot de cliënt en de gevolgde specialistische behandeling (doelen, methodieken, ontwikkelde geïndiceerde begeleidingsstijl etc) kan hij de juiste ondersteuning bieden na de behandeling en de generalisatie en transfer van de geleerde vaardigheden en methodes bevorderen.

### 3.3 Klinische behandelvormen

Klinische opname kan niet in alle gevallen worden voorkomen. Dat is inherent aan de aard, ernst en complexiteit van de problematiek. Er kan sprake zijn van risicovol gedrag voor de cliënt zelf of de omgeving, (kans op herhaling van) ernstig probleem- of delictgedrag of dusdanig vastzittende en destructieve patronen dat tijdelijke opname nodig is om verandering te bewerkstelligen. Soms is klinische opname juist gecontra-indiceerd, bijvoorbeeld bij bepaalde persoonlijkheidsproblematiek of risico op regressie. Een opname kan op vrijwillige basis plaatsvinden, maar er kan ook sprake zijn van een dwang of drang kader. Enige motivatie om tot verandering te komen is te allen tijde van belang om behandeling kans van slagen te geven, ook bij gedwongen opnames.

In klinische behandeling woont, werkt en besteedt de cliënt zijn vrije tijd in en rondom de behandelkliniek, waarbij het behandelprogramma in de dagelijkse structuur is geïntegreerd. Het therapeutisch klimaat speelt een centrale rol. Klinische behandeling vindt plaats op verschillende niveaus van beveiliging en zorgintensiteit. Hierbij is sprake van fasering door toenemende bewegingsvrijheid op geleide van afname van de dynamische risicofactoren. Cliënten met een hoog recidive risico starten op een besloten afdeling, binnen de beveiligde ring van de instelling. Zij leren eerst naar behoren te functioneren in een kleine, gecontroleerde omgeving. Afhankelijk van de

voortgang van de behandeling, kan deze worden voortgezet in vervolgfases op open en resocialisatie-afdelingen met lagere beveiligingsniveaus.

### **Crisisopvang**

Soms is de situatie thuis of in een woonvoorziening niet meer houdbaar en is een tijdelijke 24-uurs opvang nodig voor de cliënt. Hiertoe worden enkele plaatsen voor crisisopvang geboden. Soms zijn deze bedden verbonden aan een carroussel-regeling, soms staan ze ter beschikking van het ambulante of FACT-team.

### **SGLVG - klinieken**

De Borginstellingen bieden een behandelprogramma voor SGLVG op een laag beveiligingsniveau. Cliënten kunnen vrijwillig worden opgenomen. Voorwaarde tot plaatsing of voortzetting van de behandeling is dat we overeenstemming hebben over het behandelplan. Ook gedwongen opnames zijn mogelijk, in het kader van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ).

### **Forensische SGLVG - klinieken**

De Borginstellingen bieden een behandelprogramma voor forensische SGLVG op een laag tot midden beveiligingsniveau, vergelijkbaar met die van een forensisch psychiatrische afdeling (FPA). Cliënten worden opgenomen op basis van een strafrechtelijke uitspraak. De rechtspositie is hierbij afhankelijk van de strafrechtelijke titel.

## Bronnen

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5)*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Beer, Y. de (2011). *De Kleine Gids. Mensen met een licht verstandelijke beperking 2011*. Alphen aan den Rijn/Deventer: Kluwer.
- Didden, R., Troost, P., Moonen, X., & Groen, W. (Red.) (2016). *Handboek Psychiatrie en Lichte verstandelijke beperking*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Dohmen, J., Smedts, H., Spee, P., Zwetsloot, S., & Bejczy, I. (2016). *Modelbeschrijving extramurale SGLVG-behandeling*. STEVIG.
- Goedhard, L., & Roos, J. (2014). Behandelingstellingen voor volwassenen met een licht verstandelijke beperking. In H. Kaal, N. Overvest & M. Boertjes (red.), *Beperkt in de keten. Mensen met een licht verstandelijke beperking in de strafrechtsketen* (pp. 199-212). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Helm, P. (2011). *First do no Harm. Living group climate in secure juvenile correctional institutions*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Hesper, B., & Drieschner, K. (2013). *Effectevaluatie SGLVG(+) behandeling De Borg 2007 – 2012*. Den Dolder: De Borg.
- Kuijper, G. de, Mulder, H., Evenhuis, H., Scholte, F., Visser, F., & Hoekstra, P.J. (2013). Determinants of physical health parameters in individuals with intellectual disability who use long-term antipsychotics. *Research in Developmental Disabilities, 34*, 2799-809.
- Lever, M. (2007). *LVG en Jeugdcriminaliteit*. Diemen: Expertisecentrum William Schrikker.
- Molen, M. van der, Henry, L., & Luit, J. Van (2014). Working memory development in children with mild to borderline intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 58*, 637-650.
- Neijmeijer, L., Verwoerd, J., Has, O., Eskes, D., & Didden, R. (2014). Forensische (F)ACT voor mensen met een lichte verstandelijke beperking. Een beschrijving van de aard en ernst van de problematiek van de cliëntenpopulatie. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen, 4*, 323-339.
- Neijmeijer, L. (2015). *Modelbeschrijving (Flexibele) ACT LVB*. Utrecht: Trimbos instituut.
- Peltopuro, M., Ahonen, T., Kaartinen, J., Seppala, H., & Nahri, V. (2014). Borderline intellectual functioning: A systematic literature review. *Intellectual and Developmental Disabilities, 52*, 419-433.
- Roos, J., Didden, R., & Steenbergen, B. (red.) (2010). Vakwerk! *Handboek voor begeleiders 24-uurszorg die werken met cliënten met een lichte verstandelijke beperking en ernstige gedragsstoornissen en/of psychiatrische aandoeningen*. Den Dolder: De Borg.
- Roos, J. (2014). Kenmerken en implicaties van een licht verstandelijke beperking. In H. Kaal, N. Overvest & M. Boertjes (red.), *Beperkt in de keten. Mensen met een licht verstandelijke beperking in de strafrechtsketen* (pp. 21-39). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Salekin, K., Olley, J., & Hedge, K. (2010). Offenders with intellectual disability: Characteristics, prevalence and issues in forensic assessment. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disability, 3*, 97-116.
- Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., ... & Yeager, M. (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Support* (11th ed.). Washington: AAIDD.
- Scheifes, A., Walraven, S., Stolker, J., Nijman, H., Tenback, D., Egberts, T., & Heerdink, E. (2016). Movement disorders in adults with intellectual disability and behavioral problems associated with the use of antipsychotics. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 36*, 308-313.
- STEVIG (2015). *Beleidsnotitie ambulante, ACT en deeltijd behandeling voor SGLVG*.
- Stolker, J.J., Heerdink, E.R., Leufkens, H.G., Clercx, M.G., & Nolen, W.A. (2001). Determinants of multiple psychotropic drug use in patients with mild intellectual disabilities or borderline intellectual functioning and psychiatric or behavioral disorders. *General Hospital Psychiatry, 23*, 345-349.
- Taylor, J., Novaco, R., & Brown, T. (2016). Reductions in aggression and violence following cognitive behavioural anger treatment for detained patients with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 60*, 126-133.
- Tenneij, N., & Koot, H. (2006). *Doelgroep in beeld*. Den Dolder: De Borg.
- Wieland, J., Kapitein-De Haan, S., & Zitman, F. (2014). Psychiatric disorders in outpatients with borderline intellectual functioning: Comparison with both outpatients from regular mental health care and outpatients with mild intellectual disabilities. *Canadian Journal of Psychiatry, 59*, 213-219.

- Willems, A., Embregts, P., Hendriks, L., & Bosman, A. (2016). Towards a framework in interaction training for staff working with clients with intellectual disabilities and challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60, 134-148.
- Wit, M. de, Moonen, X. & Douma, J. (2011). *Richtlijn Effectieve Interventies LVB. Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.

## **Bijlage I: Indicatiecriteria**

### Inclusiecriteria:

- De cliënt is 18 jaar of ouder.
- Er zijn beperkingen in zowel het verstandelijk als adaptieve functioneren, in de conceptuele, sociale en praktische domeinen (lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafd intelligentieniveau; IQ 50-85).
- De verstandelijke beperking is aantoonbaar voor het 18e levensjaar ontstaan (dus niet verworven bijvoorbeeld ten gevolge van schizofrenie, NAH, langdurig drugsgebruik e.d.).
- Er is sprake van ernstige gedrags-/psychische problematiek en/of psychiatrische aandoeningen.
- Er is sprake van een behandelvraag en de behandelaars van het behandelcentrum verwachten dat hun behandeling kan leiden tot verbetering van de klachten (behandelperspectief). Lichtere vormen van behandeling hebben eerder geen of onvoldoende resultaat gehad, ofwel er wordt onvoldoende resultaat van verwacht, en specialistische behandeling is noodzakelijk.
- Er is (enige) lijdensdruk of (enige) motivatie of (enig) ziekte-inzicht waaruit motivatie voor gedragsverandering voortvloeit en de cliënt bereid is tot samenwerking. Ook bij klinische opnames met een onvrijwillige status (bv RM, IBS, art.37) of justitiële trajecten dient er enige veranderbereidheid bij de cliënt aanwezig te zijn.

### Exclusiecriteria:

- Begeleidingsvragen, woonvragen en enkelvoudige hulpvragen die adequaat beantwoord kunnen worden binnen de reguliere (forensische) psychiatrie of VG-zorg.
- Ambulant: dusdanig gevaar dat dit niet ambulant kan worden afgewend en klinische zorg geïndiceerd is of ernstige veiligheidsrisico's voor begeleiders/behandelaars.
- Klinisch: ambulante behandeling is mogelijk, zwangerschap, gedrag met ernstig groepsontwrichtend effect of bedreigend voor kwetsbare doelgroep (bv door Antisociale PersoonlijkheidsStoornis in combinatie met hoge psychopathiefactor), geen bereidheid om opgenomen te worden in een ge-/besloten setting (geldt niet voor onvrijwillige opnames) of een te hoog vereist beveiligingsniveau.

## Bijlage II: Consequenties van een lichte verstandelijke beperking

### a. Consequenties van cognitieve beperkingen

Een van de belangrijkste gevolgen van een verstandelijke beperking is de beperking in het denken en daarmee in het leren. Dit maakt dat er bij mensen met lichte verstandelijke beperking sprake is van een specifieke leer- en denkstijl (Ten Wolde, Le Grand, Slagter & Storms, 2006; De Beer, 2011; De Wit, Moonen & Douma, 2011; Roos, 2011; Roos, 2014). De volgende kenmerken komen hierbij voor:

#### ➤ **Moeite met begrijpen van abstracte begrippen en abstract redeneren.**

Bij abstract denken leidt men de algemeen werkzame factoren af uit concrete gebeurtenissen. Mensen met een lichte verstandelijke beperking hebben hier moeite mee, het leren en denken is meer gericht op het hier en nu en op datgene wat men zich concreet kan voorstellen. Het is meer situatie-specifiek dan abstract. Deze tekorten in het abstracte denken uit zich onder meer in een moeizame conceptvorming en generalisatie van datgene wat geleerd is; een geleerde vaardigheid kan men niet automatisch toepassen in een andere situatie. Er kunnen ook problemen zijn met denken in ruimte waardoor men bijvoorbeeld moeite kan hebben zich te oriënteren in een gebouw. Of problemen met denken in tijd waardoor men zich moeilijk iets kan voorstellen bij 'over een paar maanden' of moeite heeft de chronologische volgorde aan te brengen in een verhaal. Het kan ook leiden tot een verminderd vermogen tot reflectie op gedachten en gevoelens, het inzien van oorzaak--gevolgrelaties en overzien van gevolgen van keuzes. Tot slot kan het omgaan met abstracte begrippen, bijvoorbeeld iets dat in symbolen weergegeven wordt (rekenen, geschreven taal, kaartlezen) eveneens de nodige moeite kosten.

#### ➤ **Minder ontwikkeld taalgebruik en begrip van taal.**

Bij mensen met een lichte verstandelijke beperking is de taalontwikkeling vaak vertraagd: men verwerft taal langzamer, er kan sprake zijn van een beperkte woordenschat, minder begrip van woorden en minder variatie in zinsconstructies. Hierdoor kan men moeite hebben iets goed onder woorden te brengen (expressief) of te begrijpen (receptief), wat de communicatie belemmert. Vaak heeft men onvoldoende taal voor meer ingewikkelde emoties, die daarom niet goed kunnen worden verwoord. Het gebruik van lange zinnen kan problemen opleveren, zeker als daar meerdere boodschappen tegelijk in zitten verpakt. Ook abstract taalgebruik is vaak lastig; spreekwoorden worden letterlijk genomen of ironie wordt niet opgepikt. Men dient erop alert te zijn dat taal van hulpverleners soms wordt overgenomen zonder dat men de betekenis begrijpt, hetgeen kan leiden tot verkeerde aannames over het begripsvermogen. Vaak zijn er ook belemmeringen in het denken en spreken in zichzelf (innerlijke taal). Het is dan moeilijker het eigen gedrag te plannen en te sturen. De problemen bij het vasthouden en afwikkelen van een gedachtegang kunnen het iemand met een lichte verstandelijke beperking moeilijk maken zich goed te uiten. Soms reguleert men door hardop tegen zichzelf te praten (het begin van innerlijke taal), waarbij het van belang is dit de juiste (diagnostische) betekenis te geven.

#### ➤ **Moelijk leren.**

Mensen met een lichte verstandelijke beperking hebben vaak minder vaardigheden om te leren, het eigen leerproces te sturen en leerstrategieën te ontwikkelen. Zo kan men minder onthouden en minder makkelijk ervaringen uit het geheugen terughalen. Men heeft vaak minder strategieën om leerstof tot zich te nemen, men kan minder goed plannen, men heeft problemen met ordenen van wat geleerd moet worden en datgene eruit te pakken wat belangrijk is, en men kan minder goed de aandacht volhouden. Daarnaast heeft men moeite met denken over een probleem en al denkend tot een oplossing te komen, te reflecteren op gedachten, gevoelens, problemen, keuzes en oplossingen. Hierdoor ziet men de gevolgen van eigen handelen of gemaakte fouten niet altijd in, waardoor er niet van wordt geleerd, men minder goede strategieën ontwikkelt om problemen op te lossen en het moeilijk is het eigen gedrag te sturen. Leren in theorie is voor mensen met een lichte verstandelijke beperking vaak erg moeilijk; vaak wordt leren wat eenvoudiger door veel te oefenen in de praktijk. Ook het leren en denken in een open systeem verloopt moeilijker, dan wanneer het plaatsvindt op een geplande en gestructureerde manier. Denken in open situaties vraagt meer creativiteit en inventiviteit. Aanleren heeft dan ook meer kans van slagen via directe begeleiding, instructie en uitleg.

#### ➤ **Problemen met informatieverwerking.**

Mensen met een lichte verstandelijke beperking hebben vaak moeite om de aandacht te richten en vast te houden, en structuur aan te brengen in de informatie die op hen afkomt. Als het ordenen, categoriseren of rangschikken van informatie moeizaam verloopt, loopt men risico hoofdzaken niet te kunnen onderscheiden van bijzaken, te weinig of juist te veel oog te hebben voor details, de focus van de aandacht op de verkeerde of onbelangrijke informatie te richten en afgeleid te worden door prikkels in de omgeving. Hierdoor kan men makkelijk worden overspoeld door informatie en het overzicht kwijtraken.

#### ➤ **Lager denktempo en minder flexibiliteit in denken.**

Vanwege o.a. de bovengenoemde problemen met de informatieverwerking verloopt deze vaak vertraagd waardoor het denktempo lager is. Er is meer tijd nodig om informatie te verwerken waardoor het even kan duren voor er antwoord komt op een gestelde vraag. Onder tijdsdruk (moeten) denken, vermindert de effectiviteit van het denkproces. Ook kan er minder flexibiliteit in het denken zijn, waardoor men starre gedachten heeft, wat soepele aanpassing aan verschillende situaties belemmert.

#### ➤ **Minder goed functionerend werkgeheugen.**

Het werkgeheugen is verantwoordelijk voor het tijdelijk vasthouden en bewerken van informatie en het omzetten hiervan naar het langetermijngeheugen. Dit werkgeheugen is bij jongeren met lichte verstandelijke beperking vaak zwak en loopt achter bij de ontwikkeling. Men slaat minder informatie in het werkgeheugen op, deze blijft minder goed hangen en deze wordt minder goed omgezet naar het langetermijngeheugen. Zich op korte termijn



meerdere dingen herinneren is lastig, wat behoorlijke belemmeringen kan geven bij het leren van nieuwe kennis of (schoolse) vaardigheden. Ook in het dagelijks leven leidt dit tot belemmeringen, bijvoorbeeld bij het volgen van een gesprek of het volgen van instructies. Als men een opdracht krijgt met meerdere onderdelen dan heb je grote kans dat er wat wordt vergeten of alleen het laatste wordt uitgevoerd.

➤ **Moeite met sociale informatieverwerking.**

Sociale situaties zijn vaak complex en kunnen vaak niet goed worden overzien. Men weet niet welk gedrag gepast is in welke situatie en men voelt de impliciete regels niet goed aan, waardoor men niet altijd weet wat er wordt verwacht. Het gedrag van anderen wordt ook niet altijd goed begrepen. Mensen met een lichte verstandelijke beperking hebben vaak moeite om zich in een ander te verplaatsen ('theory of mind') waardoor men zich moeilijk in de belevingswereld (standpunten, emoties en beweegredenen) van anderen kan inleven (empathie). Jongeren met een verstandelijke beperking hebben ook meer moeite met het herkennen van emoties bij anderen en de juiste emoties te koppelen aan gezichtsuitdrukkingen. Het gevolg is dat men het gedrag van anderen vaak niet begrijpt en niet ziet aankomen, wat het moeilijk maakt sociale situaties juist te beoordelen en de wereld voor mensen met een lichte verstandelijke beperking onvoorspelbaar kan maken. Doordat men vooral vanuit zichzelf denkt, is men minder geneigd om sociaal gewenst gedrag te laten zien (bijvoorbeeld een ander helpen), wat egocentrisch kan overkomen.

➤ **Beperkte tijdsbeleving.**

De beleving van tijd is beperkt; er wordt op een 'verbrokkelde tijdslijn' geleefd. Het hier en nu wordt heel belangrijk en er is een verminderde gerichtheid op de toekomst. Om in de toekomst te kunnen werken moet iemand een plan kunnen opstellen en met hypothesen om kunnen gaan. Ook het belang van het verleden wordt moeizaam onderkend. Het leven van het hier en nu staat centraal. Naast deze beperking op het gebied van tijdsbeleving, kan het focussen op het hier en nu ook een psychodynamische functie hebben; zo kan het een manier zijn om de vervelende dingen uit het verleden en de moeilijke zaken voor de toekomst niet onder ogen te hoeven zien. Veel zaken worden aangepakt zonder dat de eventuele gevolgen op voorhand worden overzien of afgewogen. Deze houding heeft als gevolg dat men taken en verbintenissen aangaat, die men niet kan waarmaken.

b. Consequenties van achterstand in sociale en emotionele ontwikkeling

Een achterstand in sociale en emotionele ontwikkeling heeft tot gevolg dat allerlei functies en vaardigheden (nog) onvoldoende zijn ontwikkeld. Dit kan problemen geven op de volgende gebieden (Lever, 2007; De Beer, 2011; Rot, 2013; Roos, 2014):

➤ **Empathie.**

Empathie is het vermogen je in een ander te kunnen inleven. Indien dit niet tot volledige ontwikkeling is gekomen, kan men zich weinig voorstelling maken van wat de ander denkt en voelt. Dat geeft weinig houvast om het gedrag van de ander te beoordelen of te voorspellen, wat weer weinig richting geeft aan het eigen gedrag. Dit kan leiden tot onwenselijke reacties of gedragingen.

➤ **Sociale vaardigheden en sociaal gedrag.**

Mensen met een lichte verstandelijke beperking hebben vaak moeite zich te redden in sociale situaties; zij overzien en begrijpen de situatie niet goed en ervaren deze dikwijls als stressvol. Er zijn veelal problemen met aanpassing in sociale situaties en in relaties met leeftijdgenoten, mede door de problemen met de sociale informatieverwerking. Hiernaast beschikt men vaak over onvoldoende sociale vaardigheden of past men deze verkeerd toe, waardoor de inadequate sociale reacties leiden tot problemen in de sociale omgang. Kinderen met een lichte verstandelijke beperking richten de aandacht meer op letterlijk gesproken en negatieve informatie, en interpreteren situaties sneller negatief. Daarbij beschikken zij over minder assertieve oplossingsvaardigheden; problemen worden vaker opgelost met agressief (kinderen met gedragsproblemen) of passief (kinderen zonder gedragsproblemen) gedrag. Men is vaak ook minder snel met het bedenken van de juiste reactie. Jongeren met een lichte verstandelijke beperking blijken minder goed in het spontaan bedenken van oplossingen voor problemen in allerlei sociale situaties. Dit kan leiden tot onhandigheid, ongepast gedrag, conflicten, moeite met het sluiten van vriendschappen en het onderhouden hiervan. Jongeren met een lichte verstandelijke beperking blijken dan ook minder te worden geaccepteerd of zelfs afgewezen door leeftijdgenoten en hebben moeite om relaties met leeftijdgenoten op te bouwen. Men staat vaak buiten de groep of is slachtoffer van pesten, en gevoelens van eenzaamheid komen veelvuldig voor. Dit maakt mensen met een lichte verstandelijke beperking gevoeliger voor de (negatieve) beïnvloeding van 'foute' (criminele) vrienden.

➤ **Emoties.**

Emoties herkennen, van elkaar onderscheiden en verwoorden vraagt het nodige van het abstractie-, reflectie- en taalvermogen. Aangezien mensen met een lichte verstandelijke beperking hierbij juist problemen hebben, is dit voor hen vaak moeilijk. Zij voelen de emoties wel, maar vinden het lastiger om te differentiëren en er verbaal uiting aan te geven. Bij basisemoties als blij of boos gaat het vaak nog wel goed. Maar bij emoties als frustratie, irritatie of onzekerheid wordt het lastiger deze uit elkaar te houden en verbaal aan te geven wat men voelt. Dit maakt het lastiger om op adequate wijze met emoties om te gaan; er is risico op minder beheersing van emoties en een meer primaire uiting ervan (woedeaanval, huilbui). Met andere woorden: de emotie-regulatie is vaak beperkt.

➤ **Geweten.**

Een peuter laat iets omdat het niet van zijn opvoeder mag en houdt zich hier met name aan binnen diens gezichtsveld. Gaandeweg ontwikkelt men een gevoel dat men iets verkeerd doet en leert men op basis hiervan

zelf sturing te geven aan het eigen gedrag. De onderliggende principes worden steeds helderder en men gaat begrijpen waarom iets goed of slecht is, waardoor men een innerlijk besef van goed en kwaad ontwikkelt. Bij mensen met een lichte verstandelijke beperking verloopt deze ontwikkeling langzamer en wordt een volledig uitgerijpt geweten vaak niet gehaald. De (cognitieve) beperking op het vlak van perspectief nemen en analyseren van de gevolgen voor de ander heeft een remmende werking op het moreel oordelen. Het mogelijke gevolg hiervan is dat er een grotere kans bestaat op regelovertrekend gedrag.

➤ **Impulscontrole.**

Ook het leren beheersen van behoeften en impulsen groeit met de jaren. Een peuter kan nog niet wachten met het pakken van een koekje en schopt en slaat als hij boos is. Gaandeweg leren we controle op daden en emoties uit te oefenen. Bij mensen met een lichte verstandelijke beperking is die beheersing vaak onvoldoende ontwikkeld. Wat men voelt of wil, wordt meteen omgezet in gedrag, zonder dat er tijd wordt besteed aan overdenking van keuzes of consequenties. Hierdoor kan er sprake kan zijn van het niet kunnen uitstellen van behoeftebevrediging, impulsief gedrag en problemen met agressieregulatie.

➤ **Seksualiteit.**

Mensen met een lichte verstandelijke beperking hebben net als iedereen seksuele gevoelens. Maar men heeft minder mogelijkheden en vaardigheden hier goed mee om te gaan. Zo is het reflecteren op en onder woorden brengen van gevoelens lastiger, heeft men vaak onvoldoende weet van de sociale regels die erbij horen en beschikt men over beperkte sociale vaardigheden. Het kan daarom moeilijker zijn zich te gedragen volgens de algemene geldende norm. Vaak heeft men minder kennis van seksualiteit; men is onvoldoende voorgelicht of heeft men deze kennis onvoldoende onthouden, waardoor er risico's worden gelopen aangaande de gezondheid of hygiëne.

➤ **Zelfsturing.**

Mensen met een lichte verstandelijke beperking hebben vaak grote moeite het eigen gedrag te sturen door problemen met cognitieve functies zoals je aandacht ergens op richten en dit vasthouden, vooruitdenken, oorzaak en gevolg zien, het plannen van handelingen in stapjes en in de tijd, reflecteren op eigen gedrag. Hierdoor heeft men vaak moeite te voldoen aan verwachtingen die in sociaal en praktisch opzicht worden gesteld. Vaak wordt over het hoofd gezien uit hoeveel onderliggende taken een opdracht bestaat en hoeveel vaardigheden men daarvoor nodig heeft om alle taken goed te kunnen uitvoeren. Op tijd en fris gewassen op het werk verschijnen vereist: op tijd vertrekken, weten hoe laat de bus gaat, op tijd bij de juiste halte staan, anticiperen op vertraging, voldoende tijd hebben te douchen, de wekker op tijd zetten, klok kijken enzovoort. Op tal van vlakken kunnen er dingen misgaan, waarbij men er niet altijd ook direct wat van leert. Men kan voorgaande misgelopen situaties slecht terughalen en het is lastig deze te analyseren en te bedenken wat men zelf anders had kunnen doen of welke gevolgen het eigen gedrag heeft gehad. Hierdoor kan het zijn dat ook de volgende maand het salaris te vroeg op is.

➤ **Problemen met de identiteit en zelfstandigheid.**

Mensen met een lichte verstandelijke beperking doen vanwege hun leerproblemen vaak minder kennis en vaardigheden op dan anderen. Tevens is er sprake van veel faalervaringen en negatieve feedback; men is vaak minder snel met spelletjes, doet het niet goed op school, presteert te weinig op het werk. Dit kan leiden tot onzekerheid, een negatief zelfbeeld, weinig zelfvertrouwen, insufficiëntiegevoelens en een zwakke identiteit. De ontwikkeling van zelfstandigheid en onafhankelijkheid blijft vaak achter en men is minder in staat zelfstandig het leven in te richten. Discrepancie tussen wat men wil en wat men aankan veroorzaakt spanningen. Doordat men vaak het hele leven in meer of mindere mate afhankelijk blijft van ondersteuning door anderen en er sprake kan zijn van gevoelens van minderwaardigheid en onzekerheid, is men beïnvloedbaar en kwetsbaar voor mensen met minder goede bedoelingen.

## Bijlage III: Kenmerken, Gedrag en Behoeften van (forensische) SGLVG-cliënten

### Kenmerk 1: Cognitieve beperkingen

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

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

#### Behoeften:

- Het is van belang in de behandeling, bejegening en bij de werkdoelen rekening te houden met deze beperkingen door aan te sluiten bij het cognitieve niveau, de sterke en zwakke kanten, en individuele leerstijl.
- Zorg voor afstemming van de communicatie. Vereenvoudig het taalgebruik. Gebruik weinig en eenvoudige (maar geen kinderlijke) woorden en korte zinnen. Vermijd dubbele ontkenningen. Hanteer letterlijke en concrete taal. Pas op met cynisme en ironie. Vermijd overkoepelende termen, figuurlijk taalgebruik (spreekwoorden, woordspelingen, cynisme, metaforen, beeldspraak) en impliciete boodschappen. Gebruik gangbare woorden, laat de persoon zelf de woorden kiezen voor belangrijke begrippen, sluit aan bij zijn taalgebruik en houd vast aan eerder gehanteerde woordkeuze. Controleer of je elkaar begrijpt, bijvoorbeeld door de afspraken terug te laten vertellen in eigen woorden of zelf samen te vatten en te controleren. Gebruik visuele ondersteuning: geef de boodschap kernachtig weer in een schets of laat de persoon zelf zijn verhaal verduidelijken met een tekening. Zorg dat de verbale en non-verbale boodschap congruent zijn: als je iets serieus bedoelt, lach er dan niet bij alsof het een grapje is. Spreek rustig en wees geduldig. Bouw stiltes in voor verwerking van de informatie, geef tijd om een antwoord te formuleren. Bespreek één boodschap of vraag tegelijk. Laat onnodige details weg, concentreer je op de centrale boodschap (kernachtig). Luister goed en aandachtig, orden gedachten en gevoelens en vat samen wat er gezegd wordt. Herhaal je boodschap (in meerdere situaties). Pas op voor overschatting: men kan zich taal hebben eigen gemaakt zonder de betekenissen van woorden goed te begrijpen.
- Zorg voor aanpassing van het leerproces. Men kan niet te veel (informatie, activiteiten, werkdoelen) tegelijk aan, waardoor zaken stap voor stap moeten worden aangeboden en geleerd. Zorg voor externe structurering en dosering van prikkels of afleiding bij taken. Bij het leren is het proces gericht op uitleg, herhalen en laten inslijpen. Hierbij is van belang om terug te komen op wat afgesproken of gebeurd is en het geleerde in verschillende situaties toe te laten passen. Veel uitleg en herhaling zijn van belang, bv door regelmatige gesprekken, bespreken van regels en werkpunten, achteraf lastige situaties herhaaldelijk bespreken, nagaan of de boodschap is overgekomen en rollenspelen. Door de moeite met abstraheren is het van belang praktisch en concreet te blijven. In de behandeling is het aanleren van praktische vaardigheden daarom van belang, de manier van aanleren is 'niet praten maar doen' en leren van ervaringen. Uiteraard vergt dit wat meer tijd dan 'gewoon'. Ook hebben cliënten meer tijd nodig om het geleerde 'eigen' te maken (integreren). Meer tijd is dus ook nodig voor behandeling van deze cliënten. Het is van belang dat de cliënten (die in hun leven vaak zijn opgejaagd en altijd het gevoel hebben gehad het tempo van de wereld niet te kunnen bijbenen) ook het gevoel krijgen op eigen tempo te mogen leren.
- Cliënten hebben vaak moeite om geleerde vaardigheden in één situatie te generaliseren naar andere situaties (transfer). Er moet dus geoefend worden in de praktijk en wel in verschillende situaties. Hierbij is het belangrijk in de verschillende leef- en therapiegebieden gebruik te maken van dezelfde taal en (concrete) ondersteuningsmethodes (bv mbt emoties of spanningsfasen). Ook met betrekking tot andere zaken is het van belang een vertaalslag te maken. Bv vanuit behandelplan naar werkpunt, leggen van verbindingen. De generalisatie van het geleerde zal ook vooral bewust georganiseerd moeten worden in de ambulante behandeling, bijvoorbeeld door de behandeling in te bedden in stevig support-systeem (ondersteuning bij huiswerk, betrekken van omgeving zodat men kan coachen in het dagelijks leven etc).
- Bied ondersteuning bij moeilijke situaties: planning, overzicht, sociale situaties, problemen oplossen, reflecteren. Geef inzicht door verbanden aan te brengen bij oorzaak-gevolgrelaties of maak keuzemogelijkheden en consequenties expliciet. Leg (vaker) uit, bied hulp, doe voor, doe samen (in verschillende situaties). Door problemen met abstraheren en het leggen van verbanden (oorzaak en gevolg) op begripsniveau is het veelal van belang in het 'hier en nu' te blijven en geen ingewikkelde redeneringen te maken over bestaand gedrag dat al dan niet voortkomt uit het verleden, maar ontrafel en leg uit wat er gebeurt. Ook door het korte termijn tijdsperspectief is het belangrijk om dicht bij het alledaagse leven te blijven en (concreet) in het hier en nu.
- Geef overzicht in tijd en ruimte. Pas op met onoverzichtelijke termijnen, maak het concreet en ondersteun door middel van visuele weergave (kalender, agenda), maak looproutes herkenbaar, oefen hoe van A naar B te komen.

- Breng ordening, regelmaat, duidelijkheid en voorspelbaarheid aan op alle vlakken van het dagelijks leven, in ervaringen of nieuwe situaties. Maak het visueel door bijvoorbeeld een stappenplan op een schrijfbord te tekenen of een checklist voor op de kamer te maken. Vraag niet te veel tegelijk en verdeel ingewikkelde activiteiten in stapjes. Geef meer externe sturing; bv door stellen van gerichte vragen, sturing van het denkproces door beperkte keuzes aan te bieden, gebruik maken van voor-structureren, activiteiten te plannen en situaties te structureren.
- Steeds is het belangrijk om te bezien of bepaald gedrag onderdeel is van een ziekelijke stoornis, of dat het voortkomt uit de verstandelijke beperking.
- Let op de eigen houding. Benader de persoon respectvol, geef en neem de tijd en wees geduldig. Liever meer kortere gesprekken dan een lang. Wees consequent, voorspelbaar en betrouwbaar in je gedrag. Wees duidelijk in je verwachting. Houd de eigen verwachtingen realistisch. Niet gelijk invullen van (afwijkend) gedrag. Vraag je altijd af: is het niet willen of niet kunnen?

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

Schoolopleidingen zijn veelal onderbroken en onvolledig gevolgd wegens problematisch gedrag.

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

Behoeften:

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

### **Kenmerk3: Achtergebleven of verstoorde sociaal-emotionele ontwikkeling**

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

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

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

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

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

Behoeften:

- Maak gebruik van voorstructureren van plaats, tijd en gebeurtenissen. Dit kan ook ondersteuning bieden bij activiteiten en gebeurtenissen die niet nieuw zijn maar geregeld plaatsvinden. Neem van tevoren door wat er gaat gebeuren en welk gedrag wordt verwacht.
- Houd er rekening mee dat de achterstand van het sociale en emotionele ontwikkelingsniveau vaak nog groter is dan je op basis van het cognitieve ontwikkelingsniveau zou verwachten. De emotionele ontwikkeling is het draagvlak, datgene wat de cliënt aankan. De emotionele ontwikkelingsleeftijd moet het uitgangspunt zijn in

de begeleiding, het niveau waarop je aansluit. Stem je bejegening af op het stadium waarin de cliënt zich bevindt, zijn belevingswereld en sterkere en zwakkere kanten.

- Van belang is om ruimte en begeleiding te bieden om ontwikkelingsstadia alsnog zoveel mogelijk op goede wijze te doorlopen. Sluit werkdoelen aan op de te ontwikkelen deeltaken en -vaardigheden.
- Bied ondersteuning bij het omgaan met emoties, zoals op adequate wijze uiten van boosheid en frustratie.
- Ondersteun om zich te leren verplaatsen in de ander en stimuleer te ontdekken waarom de ander iets zegt of doet.
- Geef concrete tips hoe iemand zich anders kan gedragen en spreek de persoon aan op gedrag dat ergernis of overlast veroorzaakt. Leer nieuw gedrag aan door concreet te laten doen en ervaren, in verschillende situaties.
- Bied extra hulp, bijvoorbeeld om samen iets te oefenen of een oplossing te zoeken.
- Bied uitleg en ondersteuning bij sociale situaties, houd ze overzichtelijk, ontrafel gebeurtenissen. Bied ondersteuning bij aangaan en onderhouden van sociale contacten.
- Bied ondersteuning bij maatschappelijke situaties, zoals het aanvragen van een uitkering of indicatie. Bied aan om mee te gaan naar de rechtbank of doktersbezoek om naderhand toelichting te kunnen geven.
- Bied behandeling op de probleemvlakken, zoals aanleren van vaardigheden om behoeften uit te stellen, impulsen te beheersen, emoties te reguleren etc (zie ook verder).

#### **Kenmerk 4: Omgevingsafhankelijkheid**

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

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

##### Behoeften:

- Betrek het netwerk en werk samen. Informeer de omgeving goed over de problematiek, behandeling en de omgangswijze/ondersteuning die de cliënt heeft.
- Ook vanwege het feit dat niet alle problematiek altijd geheel verdwijnt maar een blijvende, passende ondersteuning vraagt, zal aandacht aan de juiste omgang hiermee gegeven moeten worden. Na behandeling wordt gestreefd naar een 'warme overdracht' en goede nazorg.
- Behandeling vraagt dat de omgeving mee-verandert, zodat patronen die de problemen in stand houden worden doorbroken. Hierdoor is psycho-educatie aan het systeem nodig, maar soms ook mee-behandelen van het systeem.
- Soms ook hangt de problematiek dusdanig samen met de wijze waarop het wonen of het werk van de cliënt is georganiseerd dat een aanpassing van woon- of werkomgeving noodzakelijk is.
- Vanwege ontstane problemen tussen cliënt en zijn netwerk, of het ontbreken van een adequaat netwerk, is het ook belangrijk in de behandeling aandacht te besteden aan met maken, versterken en/of herstellen van het netwerk van de cliënt.

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

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

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

##### Behoeften:

- Het competentiemodel geeft handvatten bij het aanleren van praktische vaardigheden, door taken in deeltaken en vaardigheden in deelvaardigheden te delen en aan te leren.
- Bied ondersteuning bij de toeleiding, coördinatie en afstemming van zorg. Belangrijk is om de cliënt hierbij te begeleiden, stapsgewijs vaardigheden te oefenen, goede uitleg te geven en niet af te haken als een cliënt een keer niet komt opdagen. Ondersteuning bij planning en organisatie is vaak nodig om te voorkomen dat bv ambulante behandeling strandt door no-shows.
- Bij klinische opname moet worden gewaakt voor hospitalisatie (vooral na een opname > dan 1 jaar); praktische vaardigheden worden zoveel mogelijk in stand gehouden en uitgebreid.

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

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

Gedrag: Overvraging kan leiden tot (faal)angsten, onzekerheid, irrealistische ambities/toekomstperspectief en stress. De grote hoeveelheid stress die mensen met een verstandelijke beperking ervaren is een belangrijke oorzaak

voor de hoge prevalentie van gedragsproblemen en psychopathologie (bv depressie, psychotische decompensatie). Onderschatting kan leiden tot onderontwikkeling, onzekerheid, afhankelijkheid en onzelfstandigheid. Men heeft geen reëel beeld van de eigen (on)mogelijkheden en competenties.

Behoeften:

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

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

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

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

Behoeften:

- Op maat gesneden voorlichtings- en preventieprogramma's.
- Hulp en ondersteuning bij ADL, aanleren van vaardigheden (bv mbt zelfzorg, weerbaarheid, gezond leven, maaltijdbereiding, beweging etc).
- Medisch onderzoek en behandeling.

### **Kenmerk 8: Basisveiligheid**

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

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

Behoeften:

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

- Het is belangrijk continuïteit te bieden in de behandeling en de cliënt niet te bevestigen in zijn gedrag dat zich richt op afwijzing.

### **Kenmerk 9: Handelingsonvrijheid**

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

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

#### Behoeften:

- Het gedrag van veel cliënten roept reacties op van de omgeving die herhalingen zijn van hoe men eerder op het gedrag van de cliënt gereageerd heeft. Een zelfde reactie vertonen betekent, dat je het gedrag van de cliënt mede in stand houdt. Streef er dan ook naar deze herhalingen in de interactie die de cliënt afdwingt te doorbreken. Hiervoor is het nodig dat de omgeving in de eerste plaats 'anders-dan-standaard' reageert, m.a.w. geen complementaire reactiepatronen. De meest krachtige methode is de reactie die gekenmerkt wordt door een wat langere latentietijd en een reactie die anders is dan de reactie die altijd gegeven is op het stereotype appèl gedrag van de cliënt.

### **Kenmerk 10: Motivatiekortoren**

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

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

#### Behoeften:

- Voor behandeling is het noodzakelijk met de angstige kant van de cliënt contact te maken en te behandelen opdat de cliënt de inadequate vormen van coping ook niet meer/minder nodig heeft. Een goede therapeutische relatie (vertrouwen) is essentieel om door de weerstand heen te breken.
- Om dit te bereiken is het nodig tot gezamenlijke doelen te komen. Om vervolgens samen met de cliënt aan zijn doelen te werken. Belangrijk is dat er dialoog met de cliënt plaatsvindt, aangesloten wordt bij de door de cliënt zelf ervaren problemen en conflicten op te lossen. Ga tijdens de eerste behandel fase vooral samen met de cliënt op zoek naar de ervaren problemen en laat hem zelf de incongruenties en lastigheden in zijn/haar waarneming en beleving ontdekken. Zo ontstaat er een gezamenlijk veranderingsmotief, waar de cliënt achter staat. Het is belangrijk steeds helder te houden wat het probleem ook alweer was waarvoor men in behandeling is. Om het doel helder te houden, moet er planmatig worden gewerkt (werkplannen).
- Er is tevens aandacht nodig voor het actief betrokken houden van de cliënt bij zijn behandeling, bijvoorbeeld door het aanwezig zijn van de cliënt bij evaluatiebesprekingen, te werken met persoonlijke werkmappen, SMART-werkdoelen, het bieden van ondersteuning bij huiswerk, het stimuleren van actief bezig zijn met de generalisatie van geleerde vaardigheden etc. Tevens zal het supportstelsel bij de behandeling betrokken moeten worden, zodat veranderingen worden bekrachtigd en ondersteund.

- Een cliënt kan alleen veranderen als er perspectief is. Het is belangrijk voor hem, dat er doelen en interventies zijn die hem aanspreekt waarbij hij het idee heeft dat hij er beter van wordt. Hier bestaat echter altijd het risico van zogenaamde pretpakketten, waar bij de motivatie om aan moeilijker zaken zoals het gedrag te werken snel vermindert. Het gezamenlijk creëren van een reëel perspectief, passend bij de eigen (on)mogelijkheden, en hieraan werken middels duidelijke fases in de behandeling versterkt de motivatie.
- Andere motivatieverhogende aspecten zijn keuzemogelijkheden in het programma, trainingen op terreinen die voor de cliënt belangrijk zijn, zoals zelfredzaamheid (koken, huishoudelijke vaardigheden), financiën en werk (arbeidstraining, mogelijkheden voor werkervaringsplaatsen). Blijvend motiveren is van belang door: afwisseling in bezigheden, zelfvertrouwen opbouwen, kleine, succesvolle stapjes, begeleider als hulp-ego, niet afwijzen, volhouden en opnieuw beginnen.
- Hiernaast dragen bepaalde gesprekstechnieken (motiverende gespreksvoering), gezamenlijk perspectief creëren en ego-versterkend werken (succeservaringen, positieve bekrachtigers) bij aan het versterken van de motivatie.

### **Kenmerk 11: Regressie**

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

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

Behoeften:

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

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

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

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

Behoeften:

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

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

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

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

Behoeften:

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

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



Er is sprake van internaliserend en/of externaliserend probleemgedrag. De oorsprong van de problematiek kan gelegen zijn in de persoon zelf, diens omgeving en/of in de interactie tussen individu en omgeving. In een tamelijk groot aantal gevallen moet probleemgedrag opgevat worden als een uiting van onzekerheid of angst. Dit is deels verbonden met de verstandelijke beperking. Deze brengt immers doorgaans een leergeschiedenis van faalervaringen met zich mee, en een negatief zelfbeeld. De voorgeschiedenis kenmerkt zich door een lange lijst van problemen: dikwijls is er sprake van vroegtijdige gedrags- en ontwikkelingsproblemen. De verstandelijke beperking wordt amper onderkend of te laat, soms ook genegeerd. Men heeft vaak eerdere pogingen tot behandeling ondergaan en deze zijn niet of onvoldoende geslaagd. Probleemgedrag kan doorgaans ook opgevat worden als een resultante van een proces waarin cliënt gepoogd heeft te overleven, zijn problemen op te lossen, te komen tot zingeving e.d.

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

Behoeften:

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

**Kenmerk 15: Risicovol-/delictgedrag**

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

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

Behoeften:

- Structurele en dagelijkse risicotaxatie en risicomangement.
- Analyse van delictgedrag door middel van delictanalyse en delictscenario.
- Behandeling van dynamische risicofactoren (criminogene factoren).
- Afwegen wanneer het nog verantwoord is ambulante te behandelen of wanneer klinische opname geïndiceerd is.
- De-escalerende bejegeningstijl, preventief werken, vroeg-interventies, samenwerking met cliënt en netwerk. Vanwege sterke fluctuaties in het gedrag van de cliënt, is voortdurende alertheid van de omgeving vereist.
- In klinische opname kan structuur, regelmaat, dagprogramma, toezicht en de permanente aanwezigheid van voldoende gekwalificeerd personeel en hun professionele optreden stabiliserend en de-escalerend werken. Hierbij wordt gewaakt voor repressie.
- Er kan sprake zijn van cliënten die gedwongen moeten verblijven en waarbij het vanwege gevaarscriteria nodig is (in kader wet BOPZ) om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen, zoals gedwongen verblijf op een gesloten afdeling, beperken van bewegingsvrijheid, afzonderen, separeren, fixeren of dwangmedicatie. Dit alles in proportie en wanneer er sprake is van gevaar of dreiging daarvan voor zichzelf en/of anderen.
- De cliënten inzicht geven in het waarom van het toepassen van de vrijheidsbeperkende maatregelen is belangrijk. Evenals het bieden van perspectief/het uitbreiden van bewegingsvrijheid als het gevaar is geweken of het gedrag acceptabel bevonden om uit te breiden in vrijheden.

**Kenmerk 16: Fluctuerende hulpvraag**

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

Gedrag: Sommige cliënten vallen telkens terug in ernstig probleem- en/of delictgedrag. Hierbij kan er sprake zijn van wisselende omstandigheden die leiden tot nieuwe problemen of ontwrichting van het evenwicht (bv ontslag, zwangerschap, schulden, terugval in middelengebruik of problemen in het netwerk). Stabilisatie is vaak moeilijk te bereiken en er kunnen terugkerende crisissituaties zijn. Soms is er risico op maatschappelijke teloorgang en ernstige handelingsverlegenheid bij de omgeving of overlast. Soms is er geen vaste woonplek; cliënten verblijven binnen de maatschappelijke opvang of zwerven op straat. De complexiteit van problematiek maakt dat de hulpverlening deze cliënten niet altijd voldoende bereikt of er kan sprake zijn van zorgmijdend gedrag door de

cliënt. Vanwege deze dynamiek van de problematiek kan er sprake zijn van vele no-shows, kan de behandeling (herhaald) onderbroken worden en kan deze lang duren.

Behoeften:

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

### Trajectum

Postbus 40012  
8004 DA Zwolle  
Telefoon: 0575 - 576 000  
E-mail: [info@trajectum.info](mailto:info@trajectum.info)  
[www.trajectum.info](http://www.trajectum.info)

### Altrecht - Wier

Citroenvlinder 4  
3734 AD Den Dolder  
Telefoon: 030 - 225 63 06  
E-mail: [wier\\_frontoffice@altrecht.nl](mailto:wier_frontoffice@altrecht.nl)  
[www.altrecht.nl](http://www.altrecht.nl)

### Ipsede Bruggen - Behandelcentrum Middenweg

Spoorlaan 19  
2471 PB Zwammerdam  
(dependance in Poortugaal)  
Telefoon: 0172 - 642 642  
E-mail: [zorgbemiddeling@ipsedebruggen.nl](mailto:zorgbemiddeling@ipsedebruggen.nl)  
[www.behandelcentrummiddenweg.nl](http://www.behandelcentrummiddenweg.nl)

### Dichterbij - Stevig

Postbus 5029  
5800 CA Venray  
Telefoon: 0478 - 529 600  
E-mail: [stevig@dichterbij.nl](mailto:stevig@dichterbij.nl)  
[www.dichterbij.nl/stevig](http://www.dichterbij.nl/stevig)

### Expertisecentrum De Borg

Eikenpage 4  
3734 AC Den Dolder  
Telefoon: 030 - 225 64 05  
E-mail: [deborg@altrecht.nl](mailto:deborg@altrecht.nl)  
[www.deborg.nl](http://www.deborg.nl)

© Zonder toestemming van De Borg mag niets uit deze uitgave worden overgenomen.