



ONDERBOUWING  
**WEET WAT JE KAN**  
In gesprek over LVB



TRANSFORE



## COLOFON

Titel	WEET WAT JE KAN, in gesprek over LVB
Auteur	Marsja Mulder, Kenniscentrum Trajectum
Projectgroep	Lenie Galema, Trajectum Akkeleen Rooks, Trajectum Ragna Plomp, Transfore
Stuurgroep	Christien Rippen, hoofd kenniscentrum Trajectum, voorzitter Margriet Storms, hoofd FPK De Beuken, Trajectum Tinie Hendriks, directeur bedrijfsvoering Transfore
Klankbordgroep cliënten	David, Frank en Patrick, Dinie, Jeanny, Jenneke, Marion, Richard en Stefano Laurien Woudhuizen, cliëntondersteuner en coach cliëntenraad
Adviseurs	Robert Didden, hoogleraar Radboud Universiteit Nijmegen Xavier Moonen, voorzitter landelijk kenniscentrum LVB Dirk Dijkslag, projectleider E-health, Transfore Joop Verschuur, coördinator inhoud Transfore Bert Kruijswijk, docent SPH, coördinator Minor LVG Hogeschool Windesheim Adeline Stel, hoofddocent deeltijd en voltijd opleiding mwd Hogeschool Windesheim Leden van het kenniscentrum Trajectum Vakgroep maatschappelijk werk Trajectum Leden van de verwantenraad van Trajectum
Financiering	Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ)
Illustraties	MEC studio Meerssen, <a href="http://www.mecstudio.nl">www.mecstudio.nl</a>
Lay-out	Blacklight grafisch ontwerp
Uitgave	Maart 2015 eerste druk

© 2015 Trajectum

De documenten van WEET WAT JE KAN zijn zonder kosten te downloaden vanaf de websites van het KFZ, Trajectum en Transfore. Ze mogen in de originele vorm worden gebruikt door gekwalificeerde hulpverleners bij de behandeling en begeleiding van mensen met een LVB. Niet toegestaan is commercieel gebruik of gebruik zonder bronvermelding.

De ontwikkelaars staan open voor feedback en suggesties voor verbetering. U kunt contact opnemen met de auteur: [mamulder@trajectum.info](mailto:mamulder@trajectum.info) of met het kenniscentrum van Trajectum: [kenniscentrum@trajectum.info](mailto:kenniscentrum@trajectum.info)

## Voorwoord

Voor u ligt het verslag over een succesvolle en inspirerende samenwerking tussen medewerkers en adviseurs van Trajectum en Transfore, leidend tot een behandelmodule in de forensische zorg voor mensen met een Licht Verstandelijke Beperking (LVB). De ontwikkeling van deze module is mogelijk gemaakt door een subsidie van de Directie Forensische Zorg van het ministerie van Veiligheid & Justitie, binnen het innovatieprogramma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ).

De methode van psycho-educatie bestaat al tientallen jaren en wordt succesvol toegepast in de behandeling van mensen met een (psychiatrische) beperking of handicap. De methode is gericht op het verwerven van kennis en vaardigheden, zodat cliënten beter om leren gaan met hun beperkingen. Eén van de doelen is het verhogen van het zelfvertrouwen. Zoals vele behandelmethoden in de reguliere zorg vraagt ook psycho-educatie van de cliënt een gemiddeld taal- en denkniveau. Cliënten met een LVB voldoen echter niet aan deze eis. Het leren en denken van mensen met een LVB is meer gericht op het praktische 'hier en nu'.

In deze module is consequent rekening gehouden met de gevolgen van een licht verstandelijke beperking voor het denken en leren. De onderdelen van de modules zijn in nauwe samenwerking met cliënten van Trajectum en Transfore ontwikkeld en vervolgens uitgeprobeerd. De trainers waren enthousiast, en ook door de deelnemers is de module positief ontvangen. Zij worden op een bij hen passende manier aangesproken, de informatie wordt beter begrepen en overzien, en daardoor is het mogelijk de vereiste (sociale) vaardigheden te leren.

Wij denken dat door de introductie van deze module een belangrijke gedragsinterventie mogelijk is bij heel veel cliënten in de forensische zorg, zowel bij een klinische opname als ambulant. De makers van het programma hebben deze interventiemodule met veel enthousiasme en kennis van zaken ontwikkeld. Ik ben ervan overtuigd dat veel cliënten er baat bij kunnen hebben. Het programma wordt beschikbaar gesteld aan de hele forensische sector.

Ik beveel het programma dan ook van harte bij u aan!

Bart Groeneweg  
(lid Raad van Bestuur Trajectum)

## Inhoudsopgave

Samenvatting, leeswijzer en verantwoording	6
<b>1. Het ontwikkeltraject</b>	
1.1 Probleemstelling en vraag KFZ	7
1.2 Het project psycho-educatie LVB	7
1.3 Participatie van cliënten en verwanten	8
1.4 Uitgangspunten	9
1.5 Programma van eisen	10
1.6 Pilot	11
1.7 Terugblik	13
<b>2. Forensische zorg voor cliënten met een LVB</b>	
2.1 Het begrip LVB	15
2.2 Richtlijn effectieve interventies LVB`	16
2.3 Mensen met een LVB in de forensische zorg	16
2.4 Behandelvisie forensische LVB	17
2.5 Psycho-educatie LVB	18
<b>3. Theoretische en methodische onderbouwing</b>	
3.1 De methode psycho-educatie	19
3.2 What Works principes	20
3.3 Good Lives Model	20
3.4 Het biopsychosociaal model	21
3.5 Het rehabilitatiemodel	21
3.6 Motiverende gespreksvoering	21
<b>4. Onderzoeksliteratuur</b>	
4.1 Onderzoek naar psycho-educatie bij mensen met een LVB	23
4.2 Werkzame elementen van psycho-educatie	24
4.3 Instrumenten voor het bepalen van uitkomsten	25
4.4 Inventarisatie van de behoefte aan psycho-educatie LVB	25
4.5 Conclusies t.a.v.de wetenschappelijke onderbouwing	25
<b>5. De module psycho-educatie LVB</b>	
5.1 Opzet van de module	27
5.2 De 6 thema's	27
5.3 De bijlages	29
5.4 Het werkboek voor naasten	29
5.5 Tekst en illustraties	30
5.6 Individueel versus groep	30
5.7 Werkvormen	30
5.8 Het traject	31
5.9 Tijdsplan	31

<b>6. Psycho-educatie in een behandeltraject</b>	
6.1 Einddoel en werkdoelen	33
6.2 Werkdoelen	33
6.3 Nevendoelen	34
6.4 Indicaties en contra-indicaties	34
6.5 Motivatieproblemen	35
6.6 Systeemgericht werken	35
6.7 De fase in het zorgtraject	36
6.8 Aansluiting bij andere methodes	36
6.9 Afronding en overdracht	36
6.10 Evaluatie	36
<b>7. Implementatie en organisatie</b>	
7.1 Beschikbaarheid	37
7.2 Toepasbaarheid	37
7.3 Doelgroep	37
7.4 Implementatietraject	37
7.5 Faciliteiten	38
7.6 Het betrekken van het systeem	38
7.7 Tijdsinvestering	38
7.8 Bepalen van tevredenheid en uitkomsten	38
7.9 Ontwikkeling en kennis delen	38
<b>8. Competenties en scholing</b>	
8.1 Selectie van trainers	39
8.2 Competenties	39
8.3 De werkrelatie	39
8.4 Scholingsaanbod	39
8.5 Eindtermen	40
<b>9. Toekomstplannen</b>	41
<b>Literatuurlijst en referenties</b>	43
<b>Bijlages</b>	
Bijlage 1 De DROS metingen	47
Bijlage 2 Scholingsprogramma	51

## WEET WAT JE KAN, in gesprek over LVB

### Samenvatting

WEET WAT JE KAN is een systeemgerichte module psycho-educatie over een lichte verstandelijke beperking (LVB). De module biedt een methode om met de cliënt het gesprek aan te gaan over de beperking, hem te informeren en te adviseren.

De module is ontwikkeld voor de forensische psychiatrie, maar ook goed toepasbaar in andere instellingen waar mensen met een LVB professionele hulp ontvangen.

De module is geschreven voor gebruik in de vorm van een cursus. Gezien de gevoeligheid van het onderwerp is een individueel aanbod voor de hand liggend. Een aanbod in een kleine groep is ook mogelijk, maar stelt eisen aan de groepssamenstelling.

De module vereist van de trainer een HBO opleidingsniveau en bekendheid met de LVB-doelgroep. Ter voorbereiding wordt een workshop van een halve tot een hele dag aanbevolen. De kern van de module bestaat uit een werkboek voor deelnemers, een werkboek voor naasten en een trainershandleiding. Het verslag dat u nu leest vormt de onderbouwing.

### Leeswijzer

De eerste vier hoofdstukken geven achtergrondinformatie: hoofdstuk 1 belicht de totstandkoming, de hoofdstukken 2, 3 en 4 bevatten de theoretische onderbouwing. Vanaf hoofdstuk 5 wordt de module beschreven, gevolgd door richtlijnen en adviezen voor het gebruik, implementatie en scholing in de hoofdstukken 6 t/m 8. Hoofdstuk 9 is gewijd aan de toekomstplannen.

Vanwege de leesbaarheid wordt alleen gesproken over 'hij' en 'hem' waar ook 'zij' en 'haar' worden bedoeld. Verder is gekozen voor het woord 'cliënt', waar ook 'patiënt' kan worden gelezen. In de werkboeken wordt de aanduiding 'deelnemer' gebruikt om verwarring bij de gebruikers te voorkomen.

### Verantwoording

De module WEET WAT JE KAN, in gesprek over LVB is tot stand gekomen met subsidie van het KFZ (Kwaliteit Forensische Zorg).



## Hoofdstuk 1: Het ontwikkeltraject

### 1.1 Probleemstelling en vraag KFZ (uit tekst call KFZ 14-02-2013)

In de forensische zorg komt de laatste tijd meer aandacht voor de groep mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB). Met de afkorting LVB wordt bedoeld op een IQ tussen 50 en 70, of op een IQ tussen 70 en 85 in combinatie met een beperkt adaptief vermogen. Harde cijfers over het voorkomen van deze doelgroep in het forensische veld ontbreken. Schattingen gaan uit van 20 tot 40%.

Vanuit het programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ) is in 2013 subsidie ter beschikking gesteld voor het maken van een module psycho-educatie LVB, vanuit de volgende probleemstelling:

*De belangrijkste voorwaarde voor het slagen van een behandeling is dat de cliënt begeleiding accepteert. Dit geldt in het bijzonder voor mensen met een LVB daar deze groep, qualitate qua, blijvend afhankelijk is van zijn (professionele) omgeving. Bij LVB is overschatting van de eigen mogelijkheden de grootste risicofactor voor delictgedrag. Een lichte verstandelijke beperking impliceert echter een intrinsiek gebrek aan het zelfreflexief vermogen dat nodig is om de eigen beperking in te zien. Het label 'verstandelijke beperking' leidt bij deze doelgroep bovendien vaak tot weerstand, omdat het ontkend wordt of als een diskwalificatie wordt ervaren. Veel LVB cliënten wijzen ook daardoor het zo noodzakelijke begeleidingsaanbod van de hand (citaat).*

Het KFZ riep het veld op om een product te maken om de cliënt te helpen zijn beperkingen te herkennen en te bespreken, en de gevolgen ervan onder ogen te zien. Tevens is aandacht gevraagd voor een rol van de begeleider bij dit proces:

*De (persoonlijk) begeleider zal de licht verstandelijk beperkte cliënt intensief moeten ondersteunen om meer zicht te krijgen op de eigen (on)mogelijkheden, van waaruit bereidheid en motivatie kan ontstaan om ondersteuning en toezicht duurzaam te aanvaarden (citaat).*

### 1.2 Het project psycho-educatie LVB

De module 'psycho-educatie LVB' is ontwikkeld door Trajectum, in samenwerking met Transfore. De module heeft als titel gekregen: 'WEET WAT JE KAN'. (afkorting WWJK).

#### Trajectum

Trajectum is een ketenorganisatie die behandeling en begeleiding biedt aan mensen met een lichte verstandelijke beperking en onbegrepen en risicovol gedrag, al of niet met een forensische achtergrond. Trajectum beschikt over een gesloten Forensisch Psychiatrische Kliniek (fpk te Boschoord), en over verschillende Orthopedagogische Behandelcentra (obc/fpa) in Noord en Oost Nederland. Vanuit poliklinieken wordt extramurale behandeling en begeleiding geboden. Ook zijn (F)ACT teams inzetbaar. Trajectum beschikt verder over gespecialiseerde verblijfsafdelingen, ambulante woonbegeleiding en arbeidsvoorzieningen.

## **Transfore**

Transfore is op 1 januari 2014 opgericht en maakt onderdeel uit van de Dimence Groep. Transfore biedt poliklinische en klinische zorg aan patiënten met agressief en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Transfore omvat poli- en dagkliniek De Tender IJssel-vecht en De Tender Twente. Verder bestaat Transfore uit een forensisch psychiatrische kliniek (fpk) (Balkbrug), forensisch psychiatrische afdelingen (fpa), forensische ggz en forensisch beschermd wonen (fbw) Daarnaast biedt Transfore zorg volgens de FACT-methode, TACT-team IJssel-vecht en Twente. Transfore heeft een specifiek aanbod voor cliënten met een lichte verstandelijke beperking.

## **Projectorganisatie**

De projectgroep en de stuurgroep zijn samengesteld uit medewerkers van beide organisaties. Diverse adviseurs vanuit verschillende expertisegebieden zijn geconsulteerd, zowel in de eigen organisaties als extern. Zij hebben bijgedragen aan de onderbouwing op het gebied van LVB, forensische psychiatrie, systeemgericht werken, scholing en effectmeting. In de colofon worden zij genoemd. Ook is intensief samengewerkt met cliënten en verwanten.

Het project heeft een looptijd gehad van september 2013 tot december 2014. In deze periode is de module ontwikkeld, beproefd in een klinische en een ambulante pilot, en op grond daarvan bijgesteld tot zijn huidige vorm.

### **1.3 Participatie van cliënten en verwanten**

Vanaf de start van het project was een belangrijke rol weggelegd voor cliënten en verwanten, en zij hebben in alle fases actief meegedacht.

Binnen Trajectum waren twee klankbordgroepen actief, bestaande uit in totaal negen raadsleden van cliëntenraden van verschillende locaties. De projectleidster heeft met elke klankbordgroep acht bijeenkomsten belegd. Ook enkele raadsleden van de verwantenraad van Trajectum hebben op meerdere momenten meegedacht. Zij hadden vooral schriftelijk hun inbreng.

Transfore kent geen cliëntenraad. Een aantal cliënten zijn daar op persoonlijke titel geraadpleegd.

De consensus tussen de verschillende klankbordgroepen was groot. De cliënten hadden een duidelijke inbreng over de inhoud en de vormgeving van de module. Over de inhoud vanuit hun ervaringsdeskundigheid met betrekking tot een LVB, en over de vormgeving doordat zij zich verplaatsten in de rol van de toekomstige gebruikers.

De cliënten hebben in de inventarisatiefase meegedacht over de keuze van de thema's in de module. Zij hebben vervolgens niet zelf de thema's uitgewerkt in werkbladen, maar wel voorstellen voor werkbladen in verschillende ontwikkelfases van commentaar voorzien. En tenslotte hebben zij meegedacht over de eindversie van de werkboeken, en over de gewenste manier van aanbieden.

Dit proces is volgens alle partijen constructief verlopen. Er zijn wel momenten geweest dat de behandeling van de raadsleden interfereerde met hun deelname aan de klankbordgroep, en niet alle raadsleden hebben het hele traject meegemaakt. Het proces van cliëntparticipatie was leerzaam voor Trajectum, en het voornemen is daar vaker gebruik van te maken bij het ontwikkelen van modules.



Wat betreft de *inhoud* hebben de klankbordgroepen aangegeven meer belang te hechten aan adviezen over het omgaan met de LVB dan aan kennisoverdracht. Zowel cliënten als hun naasten hebben benoemd, dat zij graag adviezen zouden willen krijgen om het zelfvertrouwen te vergroten en te leren opkomen voor zichzelf.

Verder hebben de cliënten aangegeven welke thema's gevoelig lagen, en hoe deze bespreekbaar gemaakt konden worden. Tenslotte was de inbreng van de cliënten groot waar het woordkeuze betrof. Zo bleek een gangbaar hulpverlenersbegrip als 'overvraging' voor verwarring te zorgen. Dit begrip is vervangen door 'iets niet aan kunnen', wat dichterbij de beleving ligt.

Wat betreft de *vormgeving* was het advies van de klankbordgroepen geregeld een eyeopener. Dit betrof niet alleen zinsbouw, typologie en bladspiegel, maar ook de wijze waarop antwoordalternatieven zijn aangegeven. Zo gaven de cliënten bijvoorbeeld de voorkeur aan duidelijk te onderscheiden antwoordalternatieven (herken je dat punt? ja/nee) boven aankruislijstjes (welke punten uit de lijst herken je?).

De *illustraties* zijn een belangrijk onderdeel geworden van de module. Het is leuk te vermelden dat het idee voor het logo van de module vanuit de klankbordgroep gekomen is: het symbool van de rugzak. De rugzak staat voor de draaglast ten gevolge van een LVB. In het werkboek staat de volgende omschrijving: *Bijna iedereen heeft wel een rugzak. Zo heeft ook bijna iedereen wel een beperking. Maar niet iedere beperking is even zwaar.*

## 1.4 Uitgangspunten

In de inventarisatiefase zijn de volgende uitgangspunten geformuleerd:

### **Doelgroep**

Cliënten met een LVB die vanwege grensoverschrijdend gedrag in de strafrechtketen zijn terechtgekomen, of dreigen daarin terecht te komen.

### **Doelstelling**

Bijdragen aan verminderen van het recidiverisico van een cliënt met een LVB door hem te leren omgaan met zijn beperking, en door de mensen om deze cliënt heen handvatten te geven om hem daarbij te ondersteunen.

### **Opzet**

- Het is van belang dat de omgeving van de cliënt erbij wordt betrokken. Dit betreft zowel naasten als professionals zoals begeleiders en sociaaltherapeuten.
- De module heeft betrekking op de LVB, niet op het delict waarvoor de cliënt in zorg is. Het delict kan immers zeer divers zijn, en is onderwerp van gesprek in andere onderdelen van het zorgprogramma.

## **Benadering**

- Er moet begrip zijn voor het gegeven dat het voor ieder mens moeilijk is zijn zwakke kanten te bespreken.
- Er moet rekening gehouden worden met de beperkte mogelijkheden tot zelfreflectie bij de cliënt met een LVB.
- De module kan alleen een ingang vinden bij de cliënt als hij aansluit bij diens behoeftes, en niet veel weerstand oproept.
- De module is een middel om in gesprek te komen met de cliënt over zijn beleving van de beperking.
- De module biedt een begrippenkader waarmee dit mogelijk wordt.
- De trainer en de cliënt mogen van mening verschillen over het bestaan en de rol van de beperking in het leven van de cliënt.
- De nadruk ligt op de mogelijkheden voor een goede toekomst.
- De module biedt de trainer een duidelijke structuur en werkwijze.
- De module is geen vaststaand protocol, maar zal gezien de verscheidenheid aan cliënten en settings op maat moeten worden aangeboden.

## **Scholing en competenties**

- De module is een training, geen (psycho)therapie, maar kan wel gebruikt worden binnen een therapie.
- De module vereist een HBO werk- en denkniveau bij de trainer.
- Er wordt een bijscholingsprogramma gemaakt om de trainer toe te rusten voor het geven van de module.

## **1.5 Programma van eisen**

Vanuit diverse bronnen is informatie verzameld over de eisen waaraan de toekomstige module zou moeten voldoen. Die bronnen waren:

- Vakliteratuur over de doelgroep LVB, en forensische zorg voor mensen met een LVB (zie hoofdstuk 2).
- Vakliteratuur over de in het forensisch veld gangbare theoretische en methodische onderbouwing (zie hoofdstuk 3).
- Onderzoeksliteratuur over psycho-educatie bij de doelgroep LVB (zie hoofdstuk 4).

Vanuit de klankbordgroepen van cliënten en verwanten kwamen de volgende wensen:

- Handvaten om de LVB te hanteren.
- Adviezen om zelfvertrouwen te vergroten en op te komen voor zichzelf.
- Kennis over LVB vertaald naar het dagelijks leven.

Ook is gekeken naar toepassingsvereisten, verzameld via inventarisatie bij collega's. Hieruit kwamen de volgende eisen:

- De module moet flexibel in te zetten zijn, vanwege de grote heterogeniteit van zowel de doelgroep als de setting.
- De module moet zowel individueel als in een kleine groep gebruikt kunnen worden.

## 1.6 Pilot

Vervolgens is een pilotversie van de module gemaakt. Deze bestond uit:

- Een werkboek voor cliënten, bestaande uit zes hoofdstukken en twintig bijlages
- Een werkboek voor naasten (een parallelversie)
- Een trainershandleiding
- Een scholingsprogramma
- Middelen voor monitoring en evaluatie

### Scholing en trainerschap

Het scholingsprogramma is uitgevoerd bij zowel Trajectum als Transfore, dus zowel in een klinische als in een ambulante setting. Er zijn zestien trainers geschoold.

Onder de trainers waren de volgende disciplines vertegenwoordigd: basispsycholoog, orthopedagoog, GZ-psycholoog, sociotherapeut, vaktherapeut, psychosociaal werker en FACT medewerker.

Het scholingsprogramma is positief geëvalueerd direct na afloop (met ruim een 8). Ook na de pilot gaven de trainers aan dat zij door de scholing goed voorbereid waren op hun taak. Het scholingsprogramma is dan ook bijna ongewijzigd overgenomen (zie hoofdstuk 8).

Vanwege planningsproblemen hebben sommige geschoolde trainers de module niet in praktijk kunnen brengen. Er zijn naast geschoolde ook nog enkele ongeschoolde medewerkers als cotrainer ingezet. In totaal zijn vijftien trainers actief geweest, acht van Trajectum en zeven van Transfore.

### Cliënten

Voor de pilot werden eenendertig cliënten uitgenodigd. Tweeëntwintig cliënten hebben de module voltooid: twaalf van Trajectum en tien van Transfore. Binnen de klinische groep van Trajectum viel slechts één cliënt uit door een overplaatsing.

In een ambulante setting is de kans op uitval groter. Bij Transfore zijn drie cliënten niet begonnen, en vijf cliënten hebben niet het hele traject doorlopen. Deze cliënten kwamen niet meer naar de behandeling. De reden waarom was niet na te gaan. De indruk was dat de module niet de oorzaak van de uitval was, maar dit is niet te staven.

Tien cliënten volgden de module individueel, en twaalf namen deel aan een kleine groep.

Onder de deelnemende cliënten was slechts één vrouw. Er is één cliënt van allochtone afkomst gestart, maar hij heeft de module niet afgemaakt.

### Naasten en begeleiders

In de klinische setting is de aandacht vooral gericht geweest op het betrekken van begeleiders vanuit de discipline sociotherapie. Bij één kleine groep had een sociotherapeut de rol van cotrainer. Daarnaast werkten sociotherapeuten actief mee door opdrachten met de cliënt te doen.

In de ambulante setting is de aandacht gericht geweest op de naasten. In sommige gevallen waren er geen mensen in het netwerk van de cliënt die uitgenodigd konden worden. Er zijn in totaal elf bijeenkomsten met zeven naasten geweest, overwegend partners. Twee naasten zijn driemaal aanwezig geweest.

### Monitoring en evaluatie

De pilot is in de eerste plaats gericht geweest op het evalueren van het materiaal en de werkvorm van de module. Het verloop is gemonitord: de trainers vulden na elke bijeenkomst

een digitaal evaluatieformulier in. De cliënten en naasten vulden na elke bijeenkomst een papieren evaluatieformulier in dat was vormgegeven met smileys.

Jammer genoeg zijn deze evaluatiegegevens niet volledig, maar ze geven wel een beeld. De trainers hebben werkdruk benoemd als oorzaak voor het niet rapporteren.

Vervolgens is bij alle trainers na afloop een gestructureerd interview afgenomen door de projectleden. In de klinische setting zijn ook de betrokken sociotherapeuten bevroegd. Aldus ontstaat een duidelijk beeld van het verloop en de tevredenheid over de pilotversie. De tevredenheid was over het algemeen groot, er was zelfs sprake van enthousiasme.

De evaluaties vanuit de klinische setting zijn vergeleken met die vanuit de ambulante setting, en dat heeft geen noemenswaardige verschillen laten zien.

De beoordelingen van cliënten, naasten en begeleiders zijn overwegend positief. Sommige cliënten gaven aan dat ze nog wel langer door hadden willen gaan.

Er is geen fundamentele negatieve feedback gegeven over de opzet van de module. De trainers hebben actief meegedacht over vorm en inhoud, en bruikbare suggesties gegeven voor aanpassingen.

### **De belangrijkste aanpassingen**

- Meer aandacht voor de visualisaties. Hiervoor is een professionele illustrator ingeschakeld.
- Een duidelijkere omschrijving van een aantal abstracte begrippen. De begrippen zijn meer vanuit de beleving van de cliënt beschreven. Zo is bijvoorbeeld het begrip "discriminatie" vervangen door "buitengesloten worden".
- Een concretere handleiding met tips voor de trainer per hoofdstuk en werkblad.
- Verlaten van het idee dat de rol van trainer en behandelaar lastig verenigbaar waren. In de praktijk bleek dit geen bezwaar, op voorwaarde dat de werkrelatie goed was (zie hoofdstuk 8).

### **Resultaatmeting**

Een resultaatmeting was niet opgenomen in het projectplan. De pilot is immers in de eerste plaats opgezet om het materiaal van de module te beoordelen. Er is echter tijdens de pilot wel een voor- en nameting verricht met het doel te bekijken of er een geschikt instrument voor resultaatmeting voorhanden is.

Gekozen is voor de DROS (Drieschner, K. en Hesper, B., Dynamic Risk Outcome Scales). De DROS bevat vijf items die relevant zijn voor psycho-educatie LVB (zie bijlage 1). De DROS is niet in zijn geheel afgenomen, alleen de volgende items.

- Acceptatie van eigen beperkingen/handicaps
- Erkennen van de huidige noodzaak van professionele zorg
- Attitude tegenover de huidige professionele zorg
- Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling: noodzakelijke zorg
- Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling: overige aspecten (woonplaats, contact met ouders, vrienden en kennissen, werk en besteding van vrije tijd)

De metingen hadden geen wetenschappelijke pretenties. De steekproef was daarvoor te klein, een gedeelte van de beoordelaars was summier geschoold in het gebruik van dit instrument, en bovendien was in een aantal gevallen de beoordelaar dezelfde persoon als de trainer. De scores zijn om die redenen alleen bekeken op face value.

Van twaalf van de tweentwintig cliënten waren de gegevens van voor- en nameting volledig. Het is bemoedigend om bij de helft van de cliënten een verschuiving in de gewenste richting

te zien. Bij één cliënt was sprake van achteruitgang. Zes cliënten waren vooruitgegaan, sommigen substantieel. Dit waren vooral cliënten uit de ambulante pilot.

De indruk is dat de DROS een bruikbaar instrument kan zijn, aangezien de items blijkbaar het onderwerp van de psycho-educatie 'pakken'. Het lijkt zinvol in de toekomst deze resultaatmetingen te herhalen op een meer wetenschappelijk verantwoorde wijze.

### **1.7 Terugblik**

De ontwikkeling van de module is volgens plan verlopen. Er heeft een pilot plaatsgevonden met de scholing en de module, en de evaluatie daarvan was positief. Met de feedback is de module bijgesteld tot haar huidige vorm.

Wat heeft ontbroken was een toets bij cliënten en naasten van allochtone afkomst. Dit was wel gepland: de trainers kregen de vraag om allochtone cliënten uit hun caseload bij de pilot te betrekken, maar om onduidelijke redenen is dit niet gelukt. Ook het aantal vrouwelijke deelnemers was gering (slechts één) maar dat is te verklaren aangezien vrouwen in beide instellingen zijn ondervertegenwoordigd.

Om toch feedback te krijgen van mensen met een allochtone achtergrond is aan een naaste van allochtone afkomst gevraagd de module van commentaar voorzien. Dit viel buiten de officiële pilot, maar leverde wel zinvolle aanbevelingen op. Bijvoorbeeld de aanbeveling dat het blijvende karakter van de beperking benadrukt moet worden, aangezien naasten van allochtone afkomst soms verwachten dat hulpverlening de persoon met een LVB 'beter' kan maken.

Het is aan te bevelen de nieuwe versie van de module te blijven monitoren, en dan extra aandacht te hebben voor de ervaringen met cliënten en naasten van allochtone afkomst.



## Hoofdstuk 2: Forensische zorg voor mensen met een LVB

### 2.1 Het begrip LVB

Het begrip licht(e) verstandelijke beperking (LVB) wordt gebruikt als een aanduiding voor een beperking in het leer- en aanpassingsvermogen. Hoewel de beperking als 'licht' wordt aangeduid kunnen de gevolgen ernstig zijn. Voorheen gebruikte men de term zwakzinnigheid (mental retardation). De afgelopen twintig jaar is echter de aanduiding 'verstandelijke beperking' in gebruik. Uit de classificatiecriteria van de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) blijkt dat een beoordeling van zowel de cognitieve capaciteit (IQ) als het adaptieve functioneren noodzakelijk is. De mate van ernst wordt bepaald door het adaptieve functioneren en niet door de IQ-scores.

In 2014 is een nieuwe versie uitgekomen van de DSM, de DSM 5. Deze versie is op het moment van het schrijven van dit verslag nog niet algemeen ingevoerd in de hulpverleningspraktijk, vandaar dat de tekst hier onder is gebaseerd op de eerdere versie, de DSM IV.

Volgens de DSM IV wordt gesproken van een LVB wanneer het intelligentieniveau ligt tussen 50/55 en 70. Een intelligentieniveau tussen de 70 en 80/85 wordt aangeduid als 'zwakbegaafdheid'.

De meeste mensen met een dergelijk intelligentieniveau functioneren zonder problemen in de maatschappij. Maar er zijn ook mensen met een zwakbegaafd intelligentieniveau die wat betreft hun functioneren overeenkomen met de LVB groep. Zij hebben een beperkt aanpassingsvermogen, wat tot uiting komt in een beperkte sociale redzaamheid. Zij worden in Nederland ook als LVB aangeduid, aangezien zij daardoor toegang hebben tot hetzelfde type hulpverlening als mensen met een LVB.

Meestal komt de cognitieve beperking voor het eerst naar voren bij het leren op de lagere school. In de volwassenheid lukt het vervolgens niet om zonder steun van anderen adequaat in de maatschappij te functioneren. Het vinden van werk en het creëren van een sociaal netwerk blijken moeilijk te zijn. Dit veroorzaakt vaak frustratie.

Mensen met een LVB hebben in de maatschappij vaak een lage sociaaleconomische status. Vaak is er sprake van een laag inkomen, een slechte huisvesting en financiële problemen. Gezondheidsklachten komen bij hen vaker voor dan bij de gemiddelde Nederlander.

Bij mensen met een LVB komen vaak vaardigheidstekorten voor op het gebied van communicatie, zelfverzorging, zelfstandig wonen, sociale en relationele vaardigheden, gebruikmaken van gemeenschapsvoorzieningen, zelfstandig beslissingen nemen, functionele intellectuele vaardigheden, werk, ontspanning, gezondheid en veiligheid (Y. de Beer, 2011).

Vaak is er ook sprake van een verstoorde of achtergebleven sociaal-emotionele ontwikkeling. En vaak bestaat er comorbiditeit met diverse psychiatrische stoornissen en gedragsproblematiek. Ongunstige omgevingsfactoren kunnen het beeld compliceren. Er kan dan gesproken worden van multicausale, meervoudige en complexe problematiek (de Borg, 2008).

## 2.2 Richtlijn effectieve interventies LVB

Mensen met een LVB hebben een eigen manier van leren en denken waarmee in de hulpverlening rekening gehouden moet worden. Dit wordt uitgewerkt in de Richtlijn effectieve interventies LVB (De Wit, Moonen en Douma, 2011). De richtlijn is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Hij is opgesteld voor jongeren, maar ook goed toepasbaar bij volwassenen. De richtlijn geeft de volgende aanbevelingen:

- a) Uitgebreide diagnostiek, om sterke en minder sterke kanten in kaart te brengen.
- b) Het afstemmen van de communicatie: eenvoudig taalgebruik, checken van begrip, visuele ondersteuning.
- c) De oefenstof bij het leren concreet maken: aansluiten bij de belevingswereld, visualiseren, laten leren door doen.
- d) Voorstructureren en vereenvoudigen: externe sturing en structuur bieden, doseren en ordenen, tijd geven.
- e) Het betrekken van het netwerk: het netwerk verstevigen, informeren over LVB en betrekken bij de generalisatie van wat geleerd is.
- f) Een veilige en positieve leeromgeving bieden: motiveren, het positieve benadrukken, je opstellen als steun en hulp.

## 2.3 Mensen met een LVB in de forensische zorg

De prevalentie van mensen met een IQ onder de 85 is in de algemene bevolking circa 16 %. In de forensische zorg wordt de prevalentie echter veel hoger geschat. Prevalentieonderzoek in Nederland wijst op percentages tussen de 20 en 40%. Aan veel onderzoek zitten nogal wat methodologische haken en ogen, waardoor de exacte prevalentie in de justitiële keten niet met zekerheid is vast te stellen, maar er is zeker sprake van oververtegenwoordiging (Kaal, 2010 en 2014).

Onderzoek naar risicofactoren wijst uit dat IQ een voorspellende waarde heeft voor crimineel gedrag (Kaal, 2014). Het verband tussen IQ en crimineel gedrag kan direct zijn, bijvoorbeeld vanwege het slecht overzien van de gevolgen van gedrag. Het verband kan echter ook indirect zijn, via bijvoorbeeld opvoeding, schoolprestaties, toegang tot arbeid en sociale integratie (Kaal, Overvest, Boertjes, 2014).

Het einddoel van een behandeling in de forensische zorg is het voorkomen van delictgedrag en het verminderen van recidive. Daartoe wordt de aandacht gericht op risicofactoren en beschermende factoren. Het is onderwerp van discussie of risicofactoren en beschermende factoren spiegelbeeldig zijn, of dat er sprake is van verschillende dimensies.

Als persoonsgebonden beschermende factoren worden beschouwd: (EFP basiszorgprogramma 2014)

- Een hoog opleidings- en intelligentieniveau
- Een adequaat vermogen tot aanpassing
- Voldoende lerend vermogen
- Voldoende ziektebesef en ziekte-inzicht
- Therapie- en medicatietrouw
- Zich onthouden van middelengebruik



Factoren die beschermen tegen recidive zijn dus over het algemeen weinig aanwezig bij de LVB-doelgroep. Gezien de omschrijving van een LVB kunnen de eerste drie factoren immers als zwak worden aangemerkt. Tot op zekere hoogte kunnen het lerend vermogen en het vermogen tot aanpassing wel iets vergroot worden. Op de factoren ziektebesef en therapietrouw kan meer invloed worden uitgeoefend. Probleembesef is overigens bij een LVB een beter woord dan ziektebesef.

Mensen met een LVB beschikken ook maar beperkt over de omgevingsfactoren die als beschermend worden beschouwd:

- Een ondersteunend sociaal netwerk
- Een adequate dagbesteding
- Adequaat omgaan met financiën
- Een stabiele partnerrelatie

Wanneer het probleembesef toeneemt zal naar verwachting ook de bereidheid toenemen om hulp te aanvaarden. Hulp die kan worden ingezet om netwerk, dagbesteding en financiën beter te organiseren.

## **2.4 Behandelvisie forensische LVB**

De LVB heeft gevolgen voor de behandelbaarheid. Er kan bij iemand met een LVB in mindere mate een beroep gedaan worden op zelfinzicht en zelfsturing, en ook het vermogen tot transfer en generalisatie is kleiner. Toch is behandeling van de psychische problemen zeker wel mogelijk (Hesper & Drieschner, 2013), en ook kan de cliënt nieuw gedrag en vaardigheden leren (Goedhart en Roos, 2014). De behandeling moet daarvoor wel aangepast worden aan het begripsniveau en de belevingswereld van de cliënt. Er bestaat veel expertise hieromtrent in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en complexe gedrags- en psychiatrische problematiek, waartoe ook Trajectum behoort. Belangrijk is vooral om een verbinding te leggen met het dagelijks leven: te focussen op concreet gedrag, en mensen uit de omgeving van de cliënt in te schakelen. Ook is het belangrijk om te werken met kleine stappen en haalbare doelen, zodat de cliënt succeservaringen kan opdoen en een perspectief ervaart (de Borg, 2008).

Er zijn echter grenzen aan de groeimogelijkheden: de beperking zelf is niet te veranderen, en de tekorten die daarmee samenhangen zijn blijvend. De cliënt zal moeten leren leven met zijn mogelijkheden en onmogelijkheden. Door een beperkt zelfinzicht bestaat er echter vaak een discrepantie tussen willen en kunnen, met een irreële toekomstverwachting als gevolg. De cliënt wil worden gezien als een mondig en volwaardig burger, waar hij ook recht op heeft. Ondersteuning hoeft daarmee niet in strijd te zijn, maar wordt door een aantal cliënten wel zo ervaren.

Ook de noodzaak tot behandeling wordt vaak niet ingezien. De cliënt gaat er dan vanuit dat de problemen vanzelf weg zullen blijven. Om zijn recidiverisico te verminderen is het echter noodzakelijk dat hij zijn risicofactoren onderkent, en medewerking verleent aan manieren om beschermende factoren te vergroten. Psycho-educatie is daarvoor een geëigende methode.

## 2.5 Psycho-educatie LVB

Het ontwikkelen van een module psycho-educatie LVB is niet eenvoudig. Het onderwerp is beladen. De beperking wordt veelal door de cliënt niet (h)erkend en zijn mogelijkheden tot zelfreflectie zijn beperkt. De psycho-educatie zal dan ook niet primair gericht moeten zijn op het vergroten van zelfinzicht, maar op het leren omgaan met de gevolgen van de beperking. Die gevolgen zullen over het algemeen door de cliënt wél worden herkend, al kan het zijn dat hij zijn eigen aandeel daarin niet kan waarnemen.

Verder is de benadering van groot belang. Respect en begrip voor de cliënt zullen voorop moeten staan. Vandaaruit zal in veel gevallen een gesprek mogelijk zijn over de moeilijkheden die een cliënt in zijn leven ervaart.

Voor de uitwerking naar de praktijk kunnen de eerder genoemde richtlijnen voor effectieve interventies (hoofdstuk 2.2) als volgt worden vertaald:

- a) Er moeten duidelijke indicatiecriteria worden opgesteld.
- b) De module moet gebruik maken van eenvoudige taal en ondersteunende visualisaties.
- c) De inhoud van de module moet aansluiten bij de belevingswereld, en de module moet oefenmogelijkheden in het dagelijks leven bevatten.
- d) De module moet gestructureerd zijn, en een overzichtelijke hoeveelheid lesstof behandelen in voldoende tijd.
- e) Het netwerk moet niet alleen geïnformeerd maar ook actief betrokken worden.
- f) De benadering van de module moet helpend en motiverend zijn.

## Hoofdstuk 3: Theoretische en methodische onderbouwing

In dit hoofdstuk wordt eerst uitgelegd wat onder psycho-educatie wordt verstaan.

Daarna wordt aandacht besteed aan de gangbare principes en modellen in de forensisch psychiatrische zorg, die vervolgens in verband worden gebracht met psycho-educatie. Voor deze beschrijving is voornamelijk gebruik gemaakt van het EFP zorgprogramma (EFP basiszorgprogramma, juni 2014). Daarnaast zijn gebruikt het theoretische en methodische kader van de Trajectum methodiek (2014) en de zorgprogramma's van Transfore ('Tot hier en nu verder' en 'Een kwestie van goede zeden' 2010).

Aan het eind van het hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de overeenkomsten van de methode motiverende gespreksvoering met psycho-educatie.

### 3.1 De methode psycho-educatie

Er zijn veel verschillende definities van psycho-educatie in omloop (Hoencamp E. en Haffmans, P.M.J., 2008). Een gangbare definitie van psycho-educatie is: een methode om de cliënt te informeren over zijn ziekte/stoornis, zijn beleving daarvan te exploreren en hem coping-mechanismes aan te leren voor het omgaan met de consequenties.

Psycho-educatie is een hulpverleningsvorm die is ontstaan in de jaren 70 van de vorige eeuw, en die vanaf de jaren 80 breed wordt toegepast in de gezondheidszorg. Op het gebied van autisme was de methode 'Ik ben speciaal' toonaangevend. (Vermeulen, P. , 2010). Hij geeft de volgende definitie van psycho-educatie: '*mensen de instrumenten in handen geven om hun leven in handen te nemen: vaardigheden, kennis en zelfvertrouwen*'. Volgens hem is psycho-educatie vooral zinvol voor mensen met een blijvende aandoening, ziekte of stoornis, die leidt tot beperkingen en handicaps.

Psycho-educatie heeft elementen in zich van onderwijs, van training en van therapie. Het woord 'educatie' geeft al aan dat er sprake is van kennisoverdracht. Bij psycho-educatie gaat het niet om feitenkennis, maar ervaringskennis met betrekking tot de eigen persoon.

Bij psycho-educatie hoort het aanreiken van adviezen en tips en het geven van opdrachten om te oefenen. Psycho-educatie is daarmee ook een vorm van vaardigheidstraining.

Psycho-educatie is in de strikte zin van het woord geen therapie, aangezien er niet wordt gewerkt aan verandering van de ziekte/stoornis zelf. Maar psycho-educatie kan wel een belangrijke eerste stap zijn in een behandeltraject. Door psycho-educatie kunnen cliënten namelijk de samenhang tussen hun problemen en hun ziekte/stoornis beter begrijpen, wat de motivatie voor behandeling van die problemen ten goede kan komen. Om die reden kan psycho-educatie gezien worden als een belangrijk onderdeel van een Basis Zorgprogramma, dat dient om het begin van zorg en behandeling vorm te geven (EFP zorgprogramma 2014).

Bij het ontwikkelen van de module psycho-educatie LVB is de volgende werkdefinitie aangehouden:

Een methode om de cliënt te helpen zijn lichte verstandelijke beperking te herkennen, zijn beleving daarvan te bespreken, de hulp te vragen die hij nodig heeft en die hulp ook te aanvaarden.

### 3.2 What Works principes

De What Works principes vormen de basis van de meeste behandelprogramma's in de forensische zorg. Uit onderzoek blijkt dat het volgen van deze principes effectief is in het voorkomen van recidive. Er zijn een aantal What Works principes die richtlijnen bieden voor de behandeling. De drie meest bekende worden samen aangeduid als het Risk Need Responsivity model (RNR model). Deze principes houden in:

#### **Het risicoprincipe (Risk)**

De intensiteit van de behandeling moet afgestemd worden op de grootte van het recidive-risico.

#### **Het behoefteprincipe (Need)**

De doelen van de behandeling moeten aansluiten bij de veranderbare risicofactoren die samenhangen met het recidive-risico.

#### **Het responsiviteitsprincipe (Responsivity)**

De behandeling moet zo worden aangeboden dat de cliënt er optimaal van kan profiteren. Onderscheiden worden:

*Algemene responsiviteit:* de behandeling moet zo veel mogelijk evidence based zijn.

*Specifieke responsiviteit:* de behandeling moet aansluiten bij de kenmerken en de leerstijl van de individuele cliënt. Om dit te bereiken is een goede diagnostiek van belang.

- **Psycho-educatie LVB en specifieke responsiviteit**

Eenzijds zal psycho-educatie aangepast moeten worden aan de leerstijl van mensen met een LVB. Anderzijds levert de methode ook informatie op om de behandeling aan te passen aan de individuele cliënt met een LVB. De cliënt en de trainer onderzoeken met behulp van de module immers de persoonlijke leerstijl, en bespreken die ook met naasten, behandelaars en begeleiders. Dit zal de specifieke responsiviteit van de behandeling ten goede komen.

### 3.3 Good Lives Model (GLM)

Het Good Lives model is ontwikkeld als aanvulling op het RNR model. De ontwikkelaars misten in het RNR model de aandacht voor positieve factoren als motivatie en persoonlijke behoeften en waarden. Het GLM richt zich op het bevorderen van het welzijn en de motivatie van de cliënt, met als uitgangspunt dat daardoor ook de risicofactoren worden gereduceerd.

Het GLM richt zich, zoals uit de naam al blijkt, op een goed leven in de toekomst wat betreft wonen, werken, relaties en vrije tijd. En op de vaardigheden die daarvoor nodig zijn, en de tussenstappen die gezet moeten worden. Zelfvertrouwen en vertrouwen in de behandelaars worden gezien als belangrijke factoren in een behandeltraject.

- **Psycho-educatie LVB en het Good Lives model**

Psycho-educatie besteedt aandacht aan factoren die geacht worden bescherming te bieden tegen het optreden van recidive. De methode sluit goed aan bij het GLM door de nadruk die gelegd wordt op persoonlijke behoeften en waarden, en op een goede toekomst waar stap voor stap naar toe gewerkt kan worden.

Een thema als zelfvertrouwen komt bij psycho-educatie nadrukkelijk aan de orde, en vertrouwen in hulpverleners komt indirect aan de orde waar het gaat over het belang van hulp vragen en aannemen.

### 3.4 Het biopsychosociale model

Dit is een model over het ontstaan, voortbestaan en veranderen van menselijk gedrag. Het model gaat ervan uit dat zowel biologische, psychologische als sociale factoren daarbij een rol spelen, en dat ze elkaar over en weer beïnvloeden. Vanuit dit model kunnen verschillende aangrijpingspunten voor de behandeling worden gekozen: bijvoorbeeld medicatie gericht op het biologische systeem, cognitieve therapie gericht op psychologische factoren en systeembegeleiding gericht op sociale factoren.

- **Psycho-educatie LVB en het biopsychosociale model**

Psycho-educatie grijpt aan op de psychologische factoren, en beoogt een verandering in gedrag en beleving op gang te brengen door een verandering in perceptie. Door de psycho-educatie ook te bieden aan mensen uit de omgeving van de cliënt wordt ook aandacht gegeven aan de sociale factoren.

### 3.5 Het rehabilitatiemodel

Het rehabilitatiemodel heeft betrekking op het herstelproces van de cliënt. Het streven is dat de cliënt zijn toekomst kan vormgeven met een optimale zelfstandigheid en maatschappelijke participatie. Optimale zelfstandigheid zal daarbij niet altijd overeen komen met maximale zelfstandigheid. Er moet oog zijn voor de kwaliteit van leven van de cliënt, maar ook voor de risico's die zijn gedrag kan opleveren voor hemzelf en zijn omgeving.

Rehabilitatie is een proces dat plaatsvindt in samenspraak met de cliënt. Zijn wensen, maar ook zijn behoeftes vormen het uitgangspunt. Dat kan betekenen dat in een bepaalde mate van ondersteuning en/of beveiliging voorzien moet worden. Daarom wordt ook aandacht gegeven aan de ondersteuningsmogelijkheden vanuit de omgeving.

- **Psycho-educatie LVB en het rehabilitatiemodel**

Psycho-educatie LVB is erop gericht de wensen en behoeftes van de cliënt ten aanzien van zijn toekomst te onderzoeken, rekening houdend met zijn LVB. Uitgangspunt is dat de LVB een blijvende ondersteuningsbehoefte met zich meebrengt. Een cliënt met een LVB zal zich daar vaak niet van bewust zijn, en dat geldt ook voor de mensen uit zijn omgeving. Psycho-educatie kan bijdragen aan die bewustwording, en vormt daarmee een eerste stap in een proces van rehabilitatie.

### 3.6 Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering is een gespreksmethode om de motivatie voor behandeling te vergroten door probleembesef te doen ontstaan bij de cliënt. Motivatie is in de forensische zorg van belang, aangezien de cliënt doorgaans niet (geheel) vrijwillig de behandeling is aangegaan.

Motiverende gespreksvoering is erop gericht de cliënt zelf tot een keuze voor verandering te laten komen. De hulpverlener stelt vragen of geeft reacties om dat proces op gang te brengen. Aansluiten bij de beleving van de cliënt is daarbij essentieel.

- **Psycho-educatie LVB en motiverende gespreksvoering**

Ook psycho-educatie is erop gericht de motivatie van de cliënt voor behandeling te vergroten. Dit kan alleen bereikt worden als de cliënt zelf ervaart dat hij een probleem heeft, en dat verandering in zijn eigen belang is. De attitude van een psycho-educatietrainer is vergelijkbaar met die van een trainer die motiverende gespreksvoering toepast.



## Hoofdstuk 4: Onderzoeksliteratuur

Dit hoofdstuk geeft weer wat in de onderzoeksliteratuur bekend is over psycho-educatie aan mensen met een LVB.

### 4.1 Onderzoek naar psycho-educatie bij mensen met een LVB (Auteur: Robert Didden)

In de zorg voor mensen met een LVB wordt psycho-educatie steeds vaker ingezet voor de cliënt zelf en belangrijke anderen in de omgeving: gezins- en familieleden, vrienden, partners en professionele hulpverleners. Zo zijn er studies gedaan naar psycho-educatie aan ouders over de beperking van hun kind. In deze studies is psycho-educatie effectief gebleken in het veranderen van de attitude en kennis bij de ouders, wat gepaard ging met een verbetering in hun emotioneel welbevinden (zie bv. Schultz e.a., 1993).

Desalniettemin staat het wetenschappelijk onderzoek naar de toepasbaarheid en effectiviteit van psycho-educatie bij mensen met een LVB nog in de kinderschoenen. Ook het Trimbos Instituut stelde in een verkennend onderzoek dat er nog weinig bekend is over de effectiviteit van psycho-educatie bij personen met een LVB (Neijmeijer, Moerdijk, Veneberg & Muusse, 2010).

Een handvol studies heeft het effect vastgesteld van psycho-educatie over een psychiatrische stoornis aan cliënten met een LVB. Zo pasten Crowley e.a. (2008) psycho-educatie toe bij acht volwassenen met een psychotische stoornis en een IQ op zwakbegaafd niveau (tussen 70 en 85). Cliënten met een IQ tussen 50 en 70 waren in deze studie niet opgenomen. De psycho-educatie is groepsgewijs gegeven door een verpleegkundige. Gegevens zijn verzameld in een pre-post-test controlegroep design. Er was geen drop-out. Uit de resultaten kwam naar voren dat deze cliënten profiteerden van de psycho-educatie: zij hadden na afloop meer begrip van hun psychotische stoornis, van de noodzaak om medicatie te nemen, van de rol van stress en van eerste signalen van terugval.

Dat cliënten met een LVB kunnen profiteren van psycho-educatie bleek ook uit een studie van Pitzschel-Walz e.a. (2009) bij 116 cliënten die vanwege schizofrenie of een schizo-affectieve stoornis waren opgenomen in een behandelkliniek. Zij kregen een geprotocolleerd programma aangeboden van acht sessies gegeven in een tijdbestek van vier weken. De uitkomsten ten aanzien van kennis over de stoornis en houding ten aanzien van inname van medicatie lieten zien dat cliënten met een IQ tussen 70 en 85 net zo goed profiteerden van het programma als cliënten met een hoger IQ. Ook in deze studie zijn geen cliënten onderzocht met een IQ tussen 50 en 70.

In de praktijk wordt psycho-educatie vaak ingezet bij de behandeling van gedragsstoornissen, zoals bij verslavingsproblematiek en agressief gedrag.

Bij verslavingsproblematiek van cliënten met LVB maakt psycho-educatie doorgaans deel uit van klinische en poliklinische behandelprogramma's gericht op het verminderen van het misbruik van alcohol en/of drugs (zie Van der Nagel, Kiewik & Didden, 2013). Psycho-educatie is dan gericht op de cliënt en/of belangrijke anderen, en wordt ingezet om de cliënt te informeren over type, werking en bijwerking van het middel, te motiveren om zijn gebruik te veranderen, om het besef te versterken dat zijn gebruik problematisch is en om kennis bij te brengen

over risicofactoren voor eventuele terugval. Deze elementen zijn ook vaak opgenomen in programma's van motiverende gespreksvoering. Een tweetal studies heeft het positieve effect van motiverende gespreksvoering op attitude, kennis en gebruik van alcohol- en drugmisbruik aangetoond (zie Bombardier & Rimmelé, 1999; Mendel & Hipkins, 2002).

Psycho-educatie is doorgaans ook opgenomen in therapeutische programma's voor agressief gedrag bij cliënten met een LVB. Tijdens psycho-educatie leren cliënten wat woede en boosheid is, hoe dergelijke emoties te herkennen en welke gevolgen woede en agressie kunnen hebben voor de agressieve persoon zelf en voor mensen uit zijn omgeving. Psycho-educatie is een vast onderdeel van cognitieve gedragstherapieën die effectief zijn gebleken in het leren beheersen van woede en verminderen van agressief gedrag bij cliënten met een LVB (zie Dagnan, Jahoda & Kilbane, 2013; Nicholl, Beail & Saxon, 2013; Taylor & Novaco, 2013). In bovenstaande studies was psycho-educatie telkens een onderdeel van een behandelprogramma en kon het aandeel van deze interventie sec op de uitkomsten van het programma niet worden vastgesteld.

Tot op heden zijn er geen wetenschappelijke studies verschenen naar de effectiviteit van psycho-educatie over de licht verstandelijke beperking aan cliënten met deze beperking.

#### **4.2 Werkzame elementen van psycho-educatie**

Gezocht is ook naar beschrijvingen van de onderzochte psycho-educatieprogramma's. Over het algemeen wordt echter summier aangegeven waaruit het programma heeft bestaan. Psycho-educatie wordt blijkbaar gezien als een interventie die voor zichzelf spreekt. In de beschrijvingen van psycho-educatie programma's zijn de volgende elementen benoemd: (De lijst met auteurs pretendeert niet volledig te zijn).

- Zowel de cliënt als zorgverleners erbij betrekken (de Barros Pelegrinelli, 2012)
- De familie erbij betrekken (Pitschel-Walz, 2009; Schultz, 1993)
- Goede timing op een overgangsmoment (Smith, 2012)
- Vooraf checken of de cliënt kennis en abstracte begrippen kan begrijpen (Crowley 2008)
- Een kortdurend programma (Daele, 2011)
- Een multidisciplinaire aanpak (Colom, 2009)
- Een therapeutische relatie die gebaseerd is op vertrouwen en niet op autoriteit (Colom, 2009)
- Een positieve 'peer' cultuur, elkaar helpen, en het leren van sociale vaardigheden (Liau, 2004)
- Een stigma vermijden (de Barros Pelegrinelli, 2012)
- Een programma gericht op het vergroten van ziekte-inzicht (de Barros Pelegrinelli, 2012; Pettersen 2011)
- Copingmechanismen aanleren (Pelegrinelli, 2012)
- Aandacht voor emotionele aspecten (Pitschel-Walz, 2009; Schultz, 1993)
- Aandacht voor netwerken en sociale steun (Schultz, 1993)
- Aandacht voor stressmanagement, relaxatievaardigheden en probleemoplossingsvaardigheden (Schultz, 1993; Daele, 2011)
- Werken aan zelfvertrouwen (Pettersen, 2011)
- Gedragsoefening via rollenspelen (Schultz, 1993)
- Huiswerkopdrachten om het effect te vergroten (Eker, 2012; Daele, 2011)
- Aandacht voor het implementeren van het geleerde in het dagelijks leven (Daele, 2011)



Er zijn geen onderzoeken bekend waarbij verschillende elementen van psycho-educatie met elkaar worden vergeleken, waardoor het moeilijk is vast te stellen welke elementen effectief zijn. In de meeste onderzoeken heeft bij de psycho-educatie de nadruk gelegen op het vergroten van kennis.

### **4.3 Instrumenten voor het bepalen van uitkomsten**

In de wetenschappelijke literatuur is ook gezocht naar de instrumenten waarmee de uitkomsten van psycho-educatie zijn bepaald. Dit vond over het algemeen plaats met kennistoetsen aangaande de betreffende aandoening. Verder is gebruik gemaakt van bestaande zelfrapportagevragenlijsten naar algemeen welbevinden, coping mechanismen, zelfwaardering en kwaliteit van leven. Onderzoek met gedragsobservatie-instrumenten is niet gevonden.

### **4.4 Inventarisatie van de behoefte aan psycho-educatie LVB**

De vraag is of psycho-educatie over een LVB aan mensen met een LVB in een behoefte voorziet. Aan deze vraag is een masterthesis gewijd vanuit de R.U. Groningen (J. Brunsting, 2012). Zij verrichtte haar onderzoek in een setting voor jonge moeders met een LVB, aan de hand van de volgende deelvragen:

- Waarom zou psycho-educatie een relevant onderdeel binnen de behandeling van jonge moeders met een LVB kunnen zijn?
- Wat zijn de werkzame ingrediënten voor een dergelijk programma volgens professionals binnen het vakgebied?

Eerst is een literatuurverkenning uitgevoerd, gevolgd door onderzoek met vragenlijsten en semigestructureerde interviews bij zowel begeleiders, vakgroepleden als cliënten. De resultaten uit de literatuurverkenning komen overeen met de bevindingen die eerder in dit hoofdstuk zijn beschreven.

De conclusie uit het onderzoek is dat psycho-educatie wordt gezien als een relevant onderdeel binnen de behandeling van mensen met een LVB. Veel cliënten blijken zich niet bewust te zijn van hun LVB, terwijl de LVB door hun begeleiders wel wordt gezien als een risicofactor voor toekomstige problematiek. Opmerkelijk is de bevinding dat de meeste geïnterviewde cliënten psycho-educatie over LVB voor zichzelf niet zinvol achten, maar voor andere mensen met een LVB wel.

Wat betreft de werkzame ingrediënten wordt de aanbeveling gedaan om de psycho-educatie individueel te geven, vanwege de wens van cliënten. Zij gaven daaraan de voorkeur vanwege de beladenheid van het onderwerp. In de discussie worden kanttekeningen gezet bij deze aanbeveling.

Een ander aanbeveling is dat medewerkers deskundigheidsbevordering en vaardigheidstraining nodig hebben om psycho-educatie te kunnen geven. Het bespreekbaar maken van een beperking blijkt een lastige opgave te zijn.

### **4.5 Conclusies ten aanzien van de onderzoeksliteratuur**

Op basis van een klein aantal studies kan men concluderen dat psycho-educatie aan mensen met een LVB toepasbaar is. Psycho-educatie maakt in de praktijk van de hulpverlening aan mensen met een LVB vaak onderdeel uit van behandelprogramma's voor veelvoorkomende psychiatrische problemen en gedragsstoornissen.

Er is geen onderzoek gedaan naar psycho-educatie over de verstandelijke beperking zelf aan mensen met deze beperking. Er is ook geen programma bekend, maar daar blijkt wel behoefte aan te zijn.

Er zijn geen onderzoeksgegevens gevonden over de werkzame elementen van psycho-educatie bij de doelgroep, of over specifieke instrumenten om de uitkomsten te bepalen. Wel kunnen uit de beschrijvingen van psycho-educatieprogramma's in zijn algemeenheid een aantal bouwstenen worden gehaald betreffende opzet en inhoud.

## Hoofdstuk 5: De module psycho-educatie LVB

In dit hoofdstuk staat de opzet en de werkwijze van de module beschreven. Een concrete uitwerking voor de trainer is te vinden in de handleiding.

### 5.1 Opzet van de module

De module bestaat uit materiaal waarmee een trainer met een cliënt en met diens naasten in gesprek kan gaan over LVB.

De module is vormgegeven in:

- Een werkboek voor deelnemers (om de begrippen cliënt/patiënt te omzeilen wordt de aanduiding deelnemer gebruikt)
- Een werkboek voor naasten (een parallelversie)
- Een trainershandleiding
- Richtlijnen voor scholing (zie hoofdstuk 8 van dit verslag)

Het werkboek voor deelnemers bestaat uit zes hoofdstukken en bijlages (zie 5.2 en 5.3)

Het werkboek voor naasten bestaat uit twee gedeeltes (zie 5.4)

Het materiaal voor de trainer bestaat uit beide werkboeken en een losbladige handleiding bedoeld om per bladzijde te worden toegevoegd aan de werkbladen. De handleiding bevat instructies, en vormt tevens het draaiboek voor de bijeenkomsten.

### 5.2 De zes thema's

De module omvat zes thema's, die zijn uitgewerkt in zes hoofdstukken.

- Jezelf leren kennen (inleiding)
- LVB in het dagelijks leven (kenmerken, oorzaken en beloop van LVB)
- Zelfvertrouwen (coping strategieën)
- Verder komen (coping strategieën, mogelijkheden voor ondersteuning)
- Je laten horen (coping strategieën, opkomen voor eigen behoeften en rechten)
- Een goede toekomst (gevolgen voor de toekomst)

Een hoofdstuk/thema is uitgewerkt in de volgende onderdelen:

Inleiding	Algemeen bekende informatie
Educatie	Kennis met betrekking tot LVB
Adviezen	Uitleg over helpende manieren van denken en doen
Waarschuwing	Uitleg over niet-helpende manieren van denken en doen
Zelfonderzoek	Vragen naar de beleving (gevoel en gedachten)
Oefenen	Rollenspel
Opdracht	Een opdracht om uit te voeren in de woonsituatie

Niet elk hoofdstuk bevat alle onderdelen. In de eerste hoofdstukken wordt bijvoorbeeld meer aandacht gegeven aan educatie, en later meer aan adviezen. Hieronder staat de uitwerking per hoofdstuk.

### **Jezelf leren kennen**

Inleiding	Ieder mensenleven heeft pluspunten, minpunten en aandachtspunten.
Educatie	LVB is een aandachtspunt, voor jezelf en anderen. LVB is een stempel uit de hulpverlening.
Adviezen	Leer je aandachtspunt kennen om er goed mee om te gaan.
Zelfonderzoek	Inventarisatie van de beleving van de deelnemer m.b.t. zijn LVB. Onderzoeken van motivatie en mogelijkheden tot zelfreflectie.

### **LVB in het dagelijks leven**

Inleiding	Ieder mens heeft wel een beperking. Niet iedere beperking is even zwaar.
Educatie	Herhaling uitleg over het begrip LVB. Een beperking vraagt hulp of een hulpmiddel. LVB merk je niet alleen op school, maar ook in het dagelijks leven. Opsomming van wat lastig is voor mensen met een LVB. Mensen met een LVB hebben ook sterke kanten. Veel mensen met een LVB zijn gevormd door een moeilijke tijd op school.
Zelfonderzoek	Inventarisatie van de beleving van de schooltijd.

### **Zelfvertrouwen**

Inleiding	Zelfvertrouwen is vertrouwen in jezelf.
Educatie	Zelfvertrouwen heeft te maken met denken en voelen. Zelfvertrouwen is te veranderen.
Adviezen	Doe waar je goed in bent. Denk op een helpende manier. Kijk vooruit
Waarschuwing	Steek je kop niet in het zand.
Zelfonderzoek	Inventarisatie van sterke kanten volgens de deelnemer zelf.
Opdracht	Inventarisatie van sterke kanten van de deelnemer volgens anderen.

### **Verder komen**

Inleiding	Herhaling van LVB als aandachtspunt. Mensen hebben bescherming nodig.
Educatie	Mensen met een LVB zijn vatbaar voor problemen. Een tekort aan bescherming in de jeugd werkt door op die vatbaarheid. De samenleving kan hard zijn.
Adviezen	Werk aan je problemen. Gebruik praktische tips. Zorg voor beschermende punten: Breng je leven op orde en maak jezelf sterker.
Zelfonderzoek	Inventarisatie van beschermende punten.

## Je laten horen

Inleiding	Mensen met een LVB hebben moeite om zich te laten horen. Mensen met een LVB worden soms buitengesloten.
Educatie	Gevoelens van boosheid en verdriet daarover zijn begrijpelijk. Hulp vragen is moeilijk door wat je erbij denkt.
Waarschuwing	Door heel fel of boos te reageren word je niet serieus genomen.
Adviezen	Kies de goede mensen om te vertellen wat je moeilijk vindt. Kies ook een goed moment. Informeer belangrijke mensen over je LVB. Vraag zo nodig hulp. Reageer op een rustige manier als je buitengesloten wordt. Zoek mensen die jou nemen zoals je bent.
Zelfonderzoek	Inventarisatie of de deelnemer zich laat horen.
Oefenen	De trainer oefent met de deelnemer hoe deze zich meer kan laten horen.

## Een goede toekomst

Inleiding	Een goede toekomst per persoon verschillend. Ieder leven kent goede tijden en slechte tijden.
Educatie	Het verschil tussen kunnen en aan kunnen.
Adviezen	Bepaal waar voor jou de top ligt. Kies een weg met tussenstops. Zorg dat je er niet alleen voor staat.
Waarschuwing	Hou rekening met tegenslag en een mogelijke terugval.
Zelfonderzoek	Inventarisatie van overvraging en ondervraging. Vragenlijst naar tevredenheid met smileys. Inventarisatie van de adviezen die deelnemer wil gaan gebruiken.

## 5.3 De bijlages

Er zijn in totaal twintig bijlages, verdeeld over drie groepen:

- Vragen en opdrachten
- Kennis en informatie
- Voorbeelden en tips

Aan het eind van elk hoofdstuk wordt een advies gegeven over te gebruiken bijlages. Het gebruik daarvan is optioneel. De trainer kan met de bijlages een bijeenkomst naar wens luchtiger, informatiever of persoonlijker maken. Het betrekken van de deelnemer bij de keuze van bijlages zal de motivatie ten goede komen.

## 5.4 Het werkboek voor naasten

Het werkboek dat de naasten krijgen bestaat uit twee gedeeltes.

*Deel A* bevat de belangrijkste informatieve gedeeltes van het werkboek voor deelnemers. Deze zijn onveranderd overgenomen, er is alleen op sommige plekken een verklarend bijschrift toegevoegd. Vragen en opdrachten zijn niet overgenomen.

*Deel B* bevat informatie specifiek voor naasten. Een gedeelte is afkomstig van de Borg, een landelijk expertisecentrum op het gebied van hulp aan mensen met een LVB en gedragsproblematiek. De Borg heeft toestemming gegeven voor gebruik. Het taalniveau van deel B ligt hoger dan dat van deel A.

Het werkboek voor naasten bevat de volgende onderdelen:

Inleiding	Uitleg van het doel van de module.
Educatie	Werkbladen uit het werkboek voor deelnemers. Het begrip beperking. Kenmerken van LVB (de Borg). De LFB (belangenvereniging) komt voor je belangen op! Informatie over LVB in boeken en op internet.
Adviezen	Adviezen voor de dagelijkse omgang (de Borg). Zorg goed voor u zelf. Sta open voor samenwerking met de hulpverlening.

### 5.5 Tekst en illustraties

Het vermogen tot lezen en begrijpen van geschreven taal behoort tot de zwakke kanten van de doelgroep. Daarom zijn de teksten van het werkboek voor deelnemers eenvoudig wat betreft woordgebruik, zinsconstructie en typografie. Toch zullen ze voor sommige deelnemers te moeilijk zijn, en het is dan aan de trainer om de uitleg op maat te maken. Hij kan in de samenvattingen bij elk hoofdstuk lezen wat de kern is.

Er is veel aandacht besteed aan visualisatie van de teksten. Dit is niet eenvoudig bij abstracte begrippen als 'beperking' of 'zelfvertrouwen'. Vanuit de cliëntadviseurs is het idee gekomen om als metafoor de afbeelding van een rugzak te gebruiken. Zij opperden de rugzak als symbool voor de last die zij meedragen in het leven, vanwege zowel hun beperkingen als hun levensverhaal. Tegelijkertijd is een rugzak ook een gewoon gebruiksvoorwerp: bijna iedereen gebruikt wel eens een rugzak, net zoals bijna iedereen wel een beperking heeft.

Wanneer de cliënt de rugzakmetafoor begrijpt kan dit helpen om de tekst te volgen. Zo niet, dan hebben de illustraties alleen een decoratieve functie.

### 5.6 Individueel versus groep

De module kan zowel individueel als in een kleine groep worden gegeven. Individueel gebruik heeft de voorkeur, omdat de deelnemer dan de meeste tijd kan krijgen om zijn beleving te onderzoeken.

Een kleine groep van maximaal vier mensen is ook mogelijk, op voorwaarde dat de groep wat betreft begripsvermogen en openheid vrij homogeen is. Wat betreft andere variabelen kan de groep wel heterogeen zijn. In een groep zal de nadruk liggen op delen van de beleving met lotgenoten. Een cotrainer is niet noodzakelijk, maar wel wenselijk om iedere deelnemer persoonlijke aandacht te kunnen geven, met name bij het zelfonderzoek. Een begeleider kan de rol van cotrainer aannemen.

Het betrekken van naasten zal individueel moeten gebeuren, want de module voorziet niet in een groepsbijeenkomst met de naasten.

### 5.7 Werkvormen

De belangrijkste werkvorm is het gesprek, en vragen vormen de belangrijkste ingang. De vragen zijn uitgewerkt in het zelfonderzoek dat in ieder hoofdstuk terugkomt, en in de handleiding zijn ook vragen opgenomen. Andere werkvormen zijn oefeningen en opdrachten. Er worden suggesties gedaan voor te gebruiken videomateriaal, maar dat is niet speciaal ontwikkeld voor deze module.

De module kent geen wekelijkse huiswerkopdrachten. De vragenlijsten kunnen wel worden meegegeven om thuis te worden ingevuld, hetzij alleen, hetzij met hulp van naasten of begeleiders. Er zijn ook enkele opdrachten om informatie te vragen aan naasten, begeleiders of behandelaar.

### **5.8 Het traject**

Een hoofdstuk kan, maar hoeft niet samen te vallen met één bijeenkomst.

De aanbeveling is om met iedere cliënt alle zes hoofdstukken te behandelen. Vier hoofdstukken moeten vanwege de opbouw in de tekst in de aangegeven volgorde behandeld worden. Met de twee andere hoofdstukken kan geschoven worden. De bijeenkomsten met de cliënt worden afgewisseld met bijeenkomsten met naasten en begeleiders (zie de handleiding voor de trainer).

### **5.9 Tijdsplan**

Vanwege het flexibele karakter van de module is een standaard tijdsplan niet te geven.

De richtlijn is zes tot twaalf bijeenkomsten in een tijdsbestek van vier maanden. De richtlijn voor individueel gebruik is drie kwartier, en voor gebruik in een groep anderhalf uur inclusief een pauze.





## Hoofdstuk 6: Psycho-educatie in een behandeltraject

In dit hoofdstuk wordt de module beschreven vanuit de invalshoek van een forensisch behandeltraject. Aangezien er veel soorten forensische instellingen zijn met verschillende behandeltrajecten zal worden volstaan met de grote lijn.

Toepassing in een niet-forensisch behandel- of begeleidingstraject zal niet wezenlijk verschillen, maar sommige temen zullen vertaling behoeven.

### 6.1 Einddoel en werkdoelen

In het basis zorgprogramma van het EFP wordt het einddoel van een behandeling als volgt omschreven: *de behandeling is erop gericht het risico op recidive te verminderen, en de (effecten van de) stoornis te verhelpen, dan wel de cliënt in staat te stellen die te beheersen. Daartoe beoogt de behandeling dynamische risicofactoren tot een aanvaardbaar risico terug te brengen, en de beschermende factoren te versterken. (EFP juni 2014)*

Psycho-educatie LVB draagt bij aan recidivevermindering, doordat het de cliënt in staat stelt de effecten van zijn beperking te verhelpen of te beheersen. Tevens is psycho-educatie gericht op het versterken van de beschermende factoren.

In het geheel van een behandeltraject vormt psycho-educatie een relatief kleine maar wel essentiële bouwsteen (zie hoofdstuk 3).

In dit hoofdstuk worden de werkdoelen uitgewerkt. Hiermee worden bedoeld de doelen die direct na het afronden van de module behaald zouden moeten zijn.

### 6.2 Werkdoelen

De werkdoelen van psycho-educatie liggen voornamelijk op het gebied van bewustwording, dat wil zeggen op het gebied van kennis en beleving.

Wat betreft kennis gaat het vooral om zelfkennis, en niet zozeer om feitenkennis.

Wat betreft beleving gaat het om acceptatie van de beperking. Het begrip acceptatie is echter moeilijk te operationaliseren, aangezien het een proces is, geen eindtoestand. In elke levensfase en bij elke tegenslag kan de cliënt opnieuw worstelen met zichzelf en zijn omgeving over wie hij is en wat hij kan.

Het doel is dat de cliënt na de module meer rust en vertrouwen ervaart wanneer hij denkt aan zijn beperking. Een verandering in kennis en beleving zal naar verwachting resulteren in een verandering in gedrag, namelijk in de vaardigheden bespreken, hulp vragen en hulp aannemen.

Deze overwegingen hebben geleid tot de volgende formulering van de werkdoelen:

- a) De cliënt kent de betekenis van LVB in zijn leven (kennisdoel)
  - De cliënt kan enkele relevante kenmerken van LVB bij zichzelf herkennen.
  - De cliënt weet dat LVB een rol speelt bij zijn problematiek.
  - De cliënt weet dat hij voor een goede toekomst rekening moet houden met LVB.
- b) De cliënt staat open voor advies en hulp (belevingsdoel).
  - De cliënt voelt zich rustig bij het denken aan zijn LVB.
  - De cliënt ervaart dat ondersteuning hem kan helpen.
  - De cliënt heeft vertrouwen in zijn toekomstmogelijkheden.

c) De cliënt communiceert over de betekenis van LVB in zijn leven (gedragsdoel)

- De cliënt bespreekt wat lastig voor hem is door zijn LVB
- De cliënt geeft aan wat hij nodig heeft vanwege zijn LVB
- De cliënt neemt aangeboden ondersteuning aan.

### 6.3 Nevendoelen

Kennisvergroting, bewustwording en gedragsverandering bij naasten en begeleiders zijn geen werkdoelen in zichzelf, maar nevendoelen die worden nagestreefd in het belang van de cliënt.

Deze nevendoelen zijn als volgt geformuleerd:

- De naaste of begeleider kent de betekenis van LVB in het leven van de cliënt.
- De naaste of begeleider houdt rekening met de LVB
- De naaste of begeleider stemt gedrag af op wat de cliënt nodig heeft.

### 6.4 Indicaties en contra-indicaties

De indicatie voor psycho-educatie moet worden gesteld door een behandelaar, bij voorkeur in overleg met een multidisciplinair team. De indicaties zijn ruim, aangezien de module op maat van een cliënt kan worden aangeboden. Er zijn weinig contra-indicaties.

Een gesprek over een levenslange beperking kan heftige gevoelens oproepen. Dat kan een reden zijn om een psychotherapeut bij de module te betrekken. Hetzij direct als trainer, hetzij indirect als achtervang voor de cliënt, of als werkbegeleider voor de trainer.

De contra-indicaties staan in verband met het risico op ontregeling:

- De cliënt verkeert in een crisis.
- De cliënt is psychotisch.
- De cliënt is ernstig depressief en/of suïcidaal.

De indicatie voor deelname kan als volgt geformuleerd worden:

*De cliënt heeft een LVB, en zijn manier van omgaan met zijn LVB is van negatieve invloed op zijn gedragsproblematiek.*

Het hebben van een LVB alleen is dus geen indicatie voor de module. Als de cliënt omgaat met zijn LVB zoals geformuleerd in de werkdoelen is er geen reden voor deelname.

### Voorwaarden

Er zijn enkele voorwaarden voor deelname. Als de cliënt niet kan lezen en/of schrijven is dat niet onoverkomelijk, maar dan moet hij wel in staat zijn de visualisaties te volgen. En verder stelt de module eisen aan concentratie en geheugen.

De belangrijkste voorwaarden zijn de bereidheid en het vermogen om in gesprek te gaan. De cliënt moet een werkrelatie kunnen aangaan, en een rustig gesprek kunnen voeren over zijn beperking. Bij een groepsaanbod is deze voorwaarde nog van groter belang dan bij een individueel aanbod. De cliënt hoeft zijn beperking niet te onderkennen, dat is immers het doel van de module.

Bij twijfel of een cliënt aan deze voorwaarden voldoet kan de eerste bijeenkomst worden ingezet als een proefbijeenkomst.

## 6.5 Motivatieproblemen

Het is te verwachten dat een cliënt met een LVB enige moeite heeft met het aanbod van de module. De volgende situaties kunnen zich voordoen voor of tijdens de module:

- De cliënt ervaart geen herkenning en verzet zich tegen 'het stempel'.
- De cliënt beleeft LVB als een diskwalificatie en wordt boos.
- De cliënt raakt gedemotiveerd door het besef van het blijvend zijn van de beperking.
- De cliënt gebruikt de diagnose LVB als alibi voor bepaalde probleemgedragingen.

Dit zijn begrijpelijke reacties die in verband staan met het verwerkingsproces. Een begripvolle attitude van de trainer is passend. Deze motivatieproblemen vormen op voorhand geen reden om te stoppen, maar overleg met de behandelaar is aan te raden.

## 6.6 Systeemgericht werken

Systeemgericht werken is een belangrijke component van de module. De bedoeling is dat belangrijke personen uit het netwerk van de cliënt, actief worden betrokken bij de psycho-educatie. Dit betreft zowel naasten als begeleiders.

Als naasten worden beschouwd familieleden of vrienden, maar bijvoorbeeld ook betrokken vrijwilligers. De keuze wie te betrekken wordt samen met de cliënt gemaakt, en gebeurt alleen met diens toestemming.

Naasten die door de cliënt zijn aangemerkt als belangrijk komen in principe in aanmerking, op voorwaarde dat hun invloed op de cliënt als positief wordt ingeschat. Dit is ter beoordeling aan de behandelaar. Een systeemgerichte discipline als maatschappelijk werk kan vaak een goede inschatting van het netwerk maken.

De naasten krijgen niet alleen informatie, maar worden ook uitgenodigd om in gesprek te gaan met de trainer en met de cliënt. Het doel is dat zij hun verwachtingen beter kunnen afstemmen op de mogelijkheden en onmogelijkheden van de cliënt, en dat zij hem waar nodig kunnen ondersteunen. Het betrekken van het systeem kan lastig uitvoerbaar zijn. In sommige gevallen zal het handig zijn samen te werken met een discipline die al contact heeft met de naasten, zoals de discipline maatschappelijk werk.

Wanneer naasten op LVB niveau functioneren is dat geen contra-indicatie. Wel zal de trainer zich er steeds van bewust moeten zijn dat de naaste niet zijn cliënt is. De uitwerking voor het traject met de naasten staat beschreven in de handleiding voor de trainer.

Systeemgericht werken houdt ook in dat begeleiders uit het netwerk van de cliënt worden betrokken. Met 'begeleiders' worden professionals bedoeld die een centrale hulpverlenende rol hebben in het dagelijks leven van de cliënt. Verschillende disciplines kunnen deze rol vervullen, zoals sociotherapeuten of ambulant woonbegeleiders. De trainer bespreekt met de cliënt of en hoe de begeleider wordt betrokken.

Het advies is de begeleider een actieve rol te geven door hem enkele malen aanwezig te laten zijn bij een gesprek. Maar ook door hem te vragen het werkboek, de vragenlijsten en de opdrachten met de cliënt door te nemen (zie de handleiding).

Dit bevordert niet alleen transfer en generalisatie, maar maakt ook dat de begeleider zijn cliënt goed leert kennen. Dit zal de begeleidingsrelatie en begeleidingsstijl ten goede komen.

Het betrekken van begeleiders houdt meer in dan een overdracht, en is wat anders dan deskundigheidsbevordering over LVB. Het gaat om de LVB in het leven van deze ene cliënt.

## **6.7 De fase in het zorgtraject**

De module kan in principe op elk moment in een zorgtraject worden aangeboden. Het rendement zal echter het grootst zijn aan het begin of het eind.

Het begin van een traject is het meest voor de hand liggen. Dat is meestal het moment waarop de diagnose LVB met de cliënt wordt besproken.

Aan het eind van een zorgtraject kan de aandacht gericht worden op de toekomst.

Het is goed mogelijk de module te herhalen. De accenten kunnen een tweede keer anders gelegd worden: de eerste keer op educatie en verwerking, en de tweede keer op de toekomst.

## **6.8 Aansluiting bij andere methodes**

De module psycho-educatie sluit goed aan bij een aantal andere modules die gebruikelijk zijn in een forensisch behandeltraject. Er bestaat een overlap met modules als 'delictscenario' en 'levensverhaal'. In vergelijking tot deze modules is psycho-educatie minder gericht op probleemanalyse en het verleden, en meer gericht op de toekomst en op oplossingen. Verder worden in de module methodes aangetipt als cognitieve gedragstherapie en sociale vaardigheidstraining.

## **6.9 Afronding en overdracht**

De module kan worden afgerond met de uitreiking van een certificaat. De ervaring leert dat cliënten dit op prijs stellen.

Daarna volgt een afrondend gesprek samen met de begeleider of de behandelaar. Ook met de naaste wordt een afrondend gesprek gehouden. De adviezen voor nazorg, transfer en generalisatie worden bij voorkeur gegeven in het bijzijn van de cliënt.

## **6.10 Evaluatie**

De werkboeken bevatten tevredenheidsvragenlijsten voor de cliënt en de naaste, waarbij de antwoordalternatieven zijn gevisualiseerd met smileys.

Deze lijst kan aan het eind, maar ook na iedere bijeenkomst worden gegeven.

Verder bevat het werkboek voor deelnemers een eenvoudige kennistoets die aan begin en eind van de module kan worden afgenomen. Deze toets is niet wetenschappelijk onderzocht. De mogelijkheden voor ROM onderzoek worden besproken in hoofdstuk 7.

## Hoofdstuk 7: Implementatie en organisatie

### 7.1 Beschikbaarheid

De module psycho-educatie LVB is kosteloos te downloaden via de website van het KFZ ([www.kfz.nl](http://www.kfz.nl)), de website van Transfore ([www.transfore.nl](http://www.transfore.nl)) en de website van Trajectum ([www.trajectum.info](http://www.trajectum.info)).

### 7.2 Toepasbaarheid

De module WWJK is toepasbaar in iedere forensische setting waar hulp wordt verleend aan cliënten met een LVB. De module is ontwikkeld voor het forensische veld, maar kan ook toegepast worden in de Verstandelijk Gehandicaptenzorg of in de GGZ. De werkboeken refereren aan het bestaan van psychische of gedragsproblemen, maar gebruiken niet de termen delict of recidive.

Wel wordt besproken dat een LVB 'vatbaar' maakt voor problemen, en dat beschermende factoren belangrijk zijn om problemen in de toekomst te voorkomen. Door deze insteek is de module ook geschikt voor cliënten die (nog) niet met justitie in aanraking zijn gekomen. Een goede indicatiestelling is uiteraard wel van belang om te bepalen of de module in een behoefte voorziet (zie hoofdstuk 6).

De module kan in een ambulante, semi-ambulante of klinische setting worden gebruikt. Een individueel aanbod heeft de voorkeur, maar de module is ook geschikt voor een kleine, homogene groep.

### 7.3 Doelgroep

De module is geschikt voor de brede doelgroep LVB. Dat wil zeggen zowel voor cliënten die tot de doelgroep worden gerekend vanwege een IQ tussen 50 en 70, als ook voor cliënten met een IQ tussen 70 en 85. Deze laatste groep wordt alleen tot de doelgroep LVB gerekend als er tevens sprake is van problemen met het aanpassingsvermogen.

### 7.4 Implementatietraject

De beschrijving van het implementatietraject is kort, aangezien de methode psycho-educatie geen ingrijpende of organisatie-brede maatregelen vereist. Een goede selectie van trainers en een kortdurend scholingsaanbod op maat zijn de belangrijkste vereisten. Dit wordt beschreven in hoofdstuk 8.

Ook zal er natuurlijk bekendheid gegeven moeten worden aan dit (nieuwe) onderdeel van het zorgprogramma, om aldus draagvlak te creëren. De behandelaren zullen bekend moeten zijn met de indicatiecriteria en de werkwijze. Het advies is om een programmacoördinator aan te wijzen die verantwoordelijk is voor deze taken. Deze persoon kan in de voorbereidingsfase bepalen hoe groot de vraag is naar psycho-educatie, en welke investering gedaan moet worden voor scholing en werkbegeleiding van medewerkers.

In de uitvoerende fase is het vervolgens belangrijk om te monitoren of de module op de juiste wijze gehanteerd wordt.

In de borgingsfase tenslotte moet worden vastgesteld of de module in een behoefte voorziet, en hoe de selectie en scholing van nieuwe trainers in de toekomst zal verlopen.

Het is niet nodig om intervisiegroepen op te richten of trainers herhaaldelijk bij te scholen. Wel belangrijk is navraag te doen naar wensen of suggesties voor verbetering van de module.

## 7.5 Faciliteiten

Het werken met de module vraagt geen bijzondere faciliteiten. De gangbare faciliteiten voor een training volstaan: werkboeken, een rustige ruimte met whiteboard of flap-over, en desgewenst de beschikbaarheid van digitale hulpmiddelen.

## 7.6 Systeemgericht werken

Het systeemgericht werken zal mogelijk wat extra aandacht en tijdsinvestering vragen, zowel voor de voorbereiding als voor de uitvoering. Dit kan gezien worden als een goede investering.

## 7.7 Tijdsinvestering

De module neemt meestal tussen de zes en twaalf bijeenkomsten in beslag. De richtlijn voor de tijdsduur is drie kwartier voor een individueel aanbod, en anderhalf uur voor een groepsaanbod. Trainers hebben daarnaast de gangbare tijd nodig voor voorbereiding, rapportage en overdracht. Zie verder de trainershandleiding voor het tijdsplan.

## 7.8 Meting van tevredenheid en uitkomsten

Vanuit diverse kwaliteitskaders (afhankelijk van de setting) is het belangrijk om de cliënttevredenheid en de uitkomsten van de module te volgen. Daarbij moet worden bedacht dat de module zich voor de korte termijn vooral richt op een verandering in zelfkennis en beleving, en dat gedragsverandering soms direct, maar soms ook pas op langere termijn zichtbaar zal worden, bijvoorbeeld door een grotere motivatie voor behandeling.

Aangezien een cliënt meestal een pakket aan behandeling ontvangt zal het lastig zijn om de uitkomsten van de module sec vast te stellen.

De module bevat tevredenheidsvragenlijsten voor de cliënt en de naaste. De antwoordalternatieven zijn gevisualiseerd met smileys. De lijst kan aan het eind, maar ook na iedere bijeenkomst worden gegeven.

Verder bevat de module een eenvoudige kennistoets die aan begin en eind van de module kan worden afgenomen. Deze toets is niet wetenschappelijk onderzocht.

Routine Outcome Monitoring (ROM) is vereist binnen de (forensische) GGZ. Voor de doelgroep LVB is de DROS (Dynamic Risk Outcome Scales) het geëigende ROM-instrument. De DROS bevat items op de volgende relevante gebieden: zelfbeeld, toekomstverwachting en de bereidheid tot het invoeren of aannemen van professionele hulp (zie bijlage 1).

De DROS is kosteloos beschikbaar via de website van Trajectum ([www.trajectum.info](http://www.trajectum.info)) of de website van De BORG ([www.deborg.nl](http://www.deborg.nl)). Trajectum biedt scholing van een dag aan voor het gebruik van de DROS.

## 7.9 Ontwikkeling en kennisdeling

De ontwikkelaars van Trajectum en Transfore willen graag op de hoogte blijven van de ervaringen met de module, en staan open voor feedback. Vandaar dat gebruikers gevraagd wordt naar hun feedback en suggesties voor verbetering.

## Hoofdstuk 8: Competenties en scholing

In dit hoofdstuk wordt eerst beschreven welke eisen worden gesteld aan de toekomstige trainers. Daarna wordt beschreven wat het ontwikkelde scholingsprogramma kan toevoegen.

### 8.1 Selectie van trainers

Diverse disciplines komen voor het trainerschap in aanmerking.

Er gelden de volgende vereisten:

- Een HBO werk- en denkniveau.
- Affiniteit met de doelgroep LVB.
- Bekendheid met de belevingswereld en de specifieke manier van leren van mensen met een LVB.

Verder strekt tot aanbeveling:

- Ervaring als trainer.
- Ervaring met de methode motiverende gespreksvoering.
- Ervaring met systeemgericht werken.
- Eventueel: ervaring met groepsgericht werken.

### 8.2 Competenties

Een trainer moet beschikken over de volgende competenties:

Didactische en communicatieve vaardigheden

- Een gesprek kunnen structureren op directieve wijze.
- Eenvoudig en concreet kunnen uitleggen.
- Hoofdpijnen kunnen aanbrengen in de complexe sociale werkelijkheid.
- Kunnen motiveren en ondersteunen.

Sensitiviteit en flexibiliteit

- Kunnen aansluiten bij de belevingswereld van de cliënt.
- Kunnen omgaan met heftige gevoelens van de cliënt.
- Het programma van de module kunnen aanpassen aan de behoeften en de mogelijkheden van de cliënt (zonder de hoofdpijnen uit het oog te verliezen).

### 8.3 De werkrelatie

Voor de module is een goede werkrelatie met de cliënt een voorwaarde. De cliënt moet vertrouwen hebben in de persoon van de trainer. Het vertrouwen kan in de weg worden gestaan door een gezagsverhouding, of door lopende conflicten. In dat geval kan de betreffende hulpverlener beter niet de rol van trainer aannemen.

### 8.4 Scholingsaanbod

Er is een kortdurend scholingsprogramma ontwikkeld om de aspirant trainers voor te bereiden op hun taak. Deze scholing wordt aangeraden, maar is niet verplicht. De programmacoördinator die verantwoordelijk is voor het implementatieproces bepaalt wat in de eigen instelling wenselijk en nodig is. Indien de programmacoördinator over de benodigde expertise beschikt kan hij zelf de scholing uitvoeren met behulp van het programma in bijlage 2.



Het is ook een mogelijkheid om de ontwikkelaars van Trajectum en Transfore te vragen om de scholing te verzorgen, of om de scholing in samenwerking te geven. Daarvoor worden wel kosten in rekening gebracht.

Het scholingsprogramma-aanbod kan op maat gemaakt worden, en worden uitgevoerd als een train-de-trainer programma.

Het scholingsprogramma bestaat uit twee gedeeltes: een algemeen gedeelte over hulpverlening aan mensen met een LVB, en een specifiek gedeelte over psycho-educatie.

Voor het gedeelte over LVB is circa twee uur ingeruimd. Dit gedeelte kan bij ervaren LVB hulpverleners worden overgeslagen. Wanneer de aspirant-trainer echter nog helemaal onbekend is met LVB zal twee uur niet voldoende zijn.

Het gedeelte over psycho-educatie beslaat circa vier uur.

Het scholingsprogramma is opgezet als een workshop, wat inhoudt dat het zwaartepunt ligt bij zelf ervaren en oefenen. Van de deelnemers wordt verwacht dat zij vooraf dit verantwoordingsverslag hebben doorgenomen en de werkboeken van de module hebben ingezien. Verder wordt wat betreft het gedeelte over LVB enige zelfstudie verwacht. Daarvoor worden enkele boeken aangeraden (zie bijlage 2).

Wat betreft groepsgrootte wordt aanbevolen het aantal deelnemers niet groter dan zestien te laten zijn. Bij meer dan acht deelnemers is het inschakelen van een tweede workshopleider gewenst. Een workshopleider is dan in staat om het oefenen persoonlijk te begeleiden.

## 8.5 Eindtermen

Het scholingsprogramma kent de volgende eindtermen:

- De trainer heeft inzicht in de manier waarop de cliënt kan leren van de module.
- De trainer kent de essentie van de module en de kaders waarbinnen hij de module op maat kan maken.
- De trainer is, op grond van eigen ervaring, sensitief voor de impact die het bespreken van LVB op de cliënt kan hebben.
- De trainer heeft door oefening de basisvaardigheid om de module te geven.

Pas door praktijkervaring zal een trainer de methode werkelijk 'in de vingers' krijgen.



## Hoofdstuk 9: Toekomstplannen

De ontwikkelaars van de module WEET WAT JE KAN hopen dat deze methode voor psycho-educatie haar weg naar het veld zal vinden, en dat toekomstige gebruikers ervaringen zullen willen delen. De module is in een jaar tijd ontwikkeld, beproefd in een tweetal instellingen en bijgesteld. De versie die er nu ligt is nog niet in de praktijk gebracht. Ongetwijfeld zal een nieuwe praktijkproef in een groter aantal instellingen leiden tot weer nieuwe bijstellingen.

Voor de nabije toekomst bestaan de volgende plannen:

- Desgewenst medewerking verlenen aan de implementatie bij andere instellingen.
- Onderzoeken of omzetting naar een E-health module mogelijk is. Hierover bestaan al ideeën bij Transfore.
- Ontwikkelen van beknopter informatiemateriaal voor cliënten, naasten en begeleiders voor wie de huidige cursusvorm van de module te uitgebreid is.
- Onderzoek naar de tevredenheid en de resultaten bij zowel cliënten, naasten als begeleider.



## Literatuurlijst en referenties

**De Barros Pellegrinelli, K., Costa, L.F. de O, Silval K.I.D., Dias, V.V., Roso, M.C., Bandeira, M., Colom, F., Moreno, R.A.** (2012) *Efficacy of psychoeducation on symptomatic and functional recovery in bipolar disorder* Acta psychiatrica Scandinavica

**De Beer, Y.** (2011). *De kleine gids. Mensen met een licht verstandelijke beperking 2011 moeilijke zaken makkelijk uitgelegd*. Amsterdam, Nederland: Kluwer

**De Borg** (2013) *Hoe herken ik mensen met een lichte verstandelijke beperking?* Den Dolder, de Borg

**De Borg** (2014) *De complexe behandelvraag van (forensische) SGLVG cliënten*. Den Dolder, de Borg

**Bombardier, C., & Rimmele, C.** (1999). Motivational interviewing to prevent alcohol abuse after traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology, 44*, 52-67

**Brunsting, J.,** (2012) *Psycho-educatie aan jonge moeders met een licht verstandelijke beperking. Masterthesis orthopedagogiek*. Groningen, Rijksuniversiteit

**Colom, F., Vieta, E, Sanchez-Moreno J. et al.** (2009) *Group psychoeducation, for stabilised bipolar disorders: a 5 year outcome of a randomised clinical trial*. Br J Psychiatry, 194:260-5

**Crowley, V., Rose, J., Smith, J. Hobster, K. & Ansell, E.** (2008). *Psycho-educational groups for people with a dual diagnosis of psychosis and mild intellectual disability : A preliminary study*. Journal of Intellectual Disabilities, 12, 25-39

**Daele, T. van, Hermans, D., Van Audenhove, C. van & Van den Bergh, O.** (2011) *Stress reduction through psycho-education: a meta-analytic review* Katholieke Universiteit Leuven, Belgium

**Dagnan, D., Jahoda, A., & Kilbane, A.** (2013). Preparing people with intellectual disabilities for psychological treatment. In: J. Taylor, W. Lindsay, R. Hastings & C. Hatton, (Eds.) (2013). *Psychological therapies for adults with intellectual disabilities* (pp. 55-68). London: Wiley-Blackwell.

**Dijk, F.A. van, Storms, M., Terpstra, E.A.M., Verberne G.J.C.M. & Roos, J.L.** (red.) (2008) *Behandelvisie (forensische) SGLVG*. Den Dolder: De Borg

**DSM 5** (2014) *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen, Nederlandse vertaling van de publicatie van de American Psychiatric Association* Amsterdam: uitgeverij Boom

**DSM IV** (2007) *beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM IV-TR, Nederlandse vertaling van de publicatie van de American Psychiatric Association* Amsterdam: Harcourt book publishers

**Eker, F. and Harkin, S.** (2012) *Effectiveness of a six-week psycho-education program on adherence of patients with bipolar affective disorder.* Journal of Affective Disorders, 138 (2012), nr. 3, 409-416

**Expertise Centrum Forensische Psychiatrie (EFP)** *Basis Zorgprogramma, landelijke zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten, versie 2014*, Utrecht

**Goedhart, L. en Roos, J.,** *Behandelinstellingen voor volwassen delinquenten met een licht verstandelijke beperking (2014) in: Beperkt in de keten, mensen met een licht verstandelijke beperking in de strafrechtketen.* Den Haag: Boom Lemma uitgevers

**Hesper, B. & Drieschner, K.** (2013) *Effectevaluatie SGLVG (+) behandeling De Borg 2007 – 2012* Amersfoort: Bergdrukkerij

**Hesper, B. en Grand, B. le** ( 2014) *Theoretisch en methodisch kader voor behandeling en begeleiding Trajectum.* Zwolle: Trajectum

**Hoencamp, E., Haffmans, P.M.J.**(2008) *Psycho-educatie in de GGZ en de verslavingszorg. Theorie en praktijk.* Assen: Van Gorcum.

**Kaal, H.L.** (2013) *Ongewoon moeilijk: jeugdige delinquenten met een LVB als (voortdurende) bron van zorg.* Den Haag: Boom Lemma uitgevers

**Kaal, H., Overvest, N. en Boertjes, M.** (red.) (2014) *Beperkt in de keten, mensen met een licht verstandelijke beperking in de strafrechtketen.* Den Haag: Boom Lemma uitgevers

**Liau, A.K., Shively, R., Horn, M. Landau, J., Barriga, A., Gibbs J.C.,** (2004) *Effects of psycho-education for offenders in a community correctional facility.* Journal of community psychology Vol 32 No 5 543 - 558

**Mendel, E., & Hipkins, J.** (2002). *Motivating learning disabled offenders with alcohol-related problems: A pilot study.* British Journal of Learning Disabilities, 30, 153-158.

**Nagel, J. van der, Kiewik, M., Didden, R.** (2012) *Iedereen gebruikt, toch? Handboek LVB en verslaving,* Amsterdam: BOOM

**Neijmeijer, L., Moerdijk, L., Veneburg, G. & Muusse, C.** (2010). *Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ. Een verkennend onderzoek.* Utrecht, Nederland: Trimbos-instituut.

**Nicoll, M., Beail, N., & Saxon, D.** (2013). *Cognitive behavioural treatment for anger in adults with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis.* Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 26, 47-62.

**Niehof, H, Didden, R., Hazel, T. van den, Storms, M., Hoffs, J., Rutten, E. en Valenkamp, M.,** *Grip op agressie (2013)* Zwolle, Trajectum

**Nieuwenhuizen, M. van,** (2010) *De herkenning van jongeren met een lichte verstandelijke beperking*. Uitgeverij SWP

**Pettersen, G., Rosenvinge, J.H. and Wynn, R.** (2011) *Eating disorders and psychoeducating: patients' experiences of healing processes*. , Scandinavian Journal of Caring Science, 25 (2011), nr. 1, 12-18

**Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., Froböse, T., Gsottschneider, A. & Jahnt, T.** (2009). Do individuals with schizophrenia and a borderline intellectual disability benefit from psychoeducational groups? *Journal of Intellectual Disabilities*, 13, 305-320

**Ponsioen, A.** (2010) *Een kind met mogelijkheden*. Bohn, Stafleu, van Loghum

**Schultz, C., Schutz, N., Bruce, E., Smyrnios, K., Carey, L, en Carey, C.** (1993) *Psychoeducational support for parents of children with intellectual disability: an outcome study*. *International journal of disability, development and education*. Vol. 40No 3, pp 205 – 216 University of Queensland Press

**Smith, E. Greenberg, J. S., Mallich, M.R.** (2012) *Adults with autism: outcomes, family effects, and the multi-family psycho-education model*. Published online Springer science

**Taylor, J., Lindsay, W., Hastings, R., & Hatton, C.** (Eds.) (2013). *Psychological therapies for adults with intellectual disabilities*. London: Wiley-Blackwell.

**Taylor, J., & Novaco, R.** (2013). Anger control problems. In: J. Taylor, W. Lindsay, R. Hastings & C. Hatton (Eds.) (2013). *Psychological therapies for adults with intellectual disabilities* (pp. 134-155). London: Wiley-Blackwell.

**Tenneij, N. en Koot, H.** *Doelgroep in beeld*. Den Dolder: de Borg

**Verschuur, J.A.M, Hendriks, T.,** *Tot hier en nu verder!* (2010) *Zorgprogramma Gewelddadig Grensoverschrijdend Gedrag*. Uitgave Poli- en Dagklinik De Tender, Deventer

**Verschuur, J.A.M,** (2010) *Een kwestie van goede zeden, Zorgprogramma Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag* Uitgave Poli- en dagklinik De Tender, Deventer

**Vermeulen, P.** (2010). *Ik ben speciaal 2. Werkboek Psycho-Educatie Voor Mensen Met Autisme*. Leuven, België: Epo

**Wit, M. de, Moonen, X. & Douma, J.** (2011). *Richtlijn Effectieve Interventies: aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedrags-veranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.

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

### **Geraadpleegde websites**

[www.deborg.nl](http://www.deborg.nl)

[www.efp.nl](http://www.efp.nl)

[www.kfz.nl](http://www.kfz.nl)

[www.lfb.nl](http://www.lfb.nl)

### **Gebruikt meetinstrument**

Drieschner, K. en Hesper, B. DROS (2008) *Dynamic Risk Outcome Scales*

## Bijlage 1: De DROS metingen (Dynamic Risk Outcome Scales)

De volledige DROS bevat 39 items, voor de pilot is een selectie gemaakt in overleg met de afdeling Onderzoek van Trajectum. De schaalscore loopt van 1 naar 5, waarbij 5 de meest positieve score is.

(De aanduidingen van de cliënten zijn willekeurig gekozen)

Cliënt A Boschoord	1 <sup>e</sup> meting	2 <sup>e</sup> meting	verschil
1.3 Acceptatie van eigen beperkingen/handicaps	3	3	0
2.1. Erkennen van de huidige noodzaak van professionele zorg	5	5	0
2.2 Attitude tegenover de huidige professionele zorg	4	4	0
3.1 Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling: noodzakelijke zorg	4	4	0
3.2 Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling: overige aspecten (woonplaats, contact met ouders, vrienden en kennissen, werk en besteding van vrije tijd)	3	3	0
totaal			0

Cliënt B Boschoord	1 <sup>e</sup> meting	2 <sup>e</sup> meting	verschil
<b>1.3 Acceptatie van eigen beperkingen/handicaps</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>+1</b>
2.1. Erkennen van de huidige noodzaak van professionele zorg	3	3	0
2.2 Attitude tegenover de huidige professionele zorg	3	3	0
3.1 Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling: noodzakelijke zorg	3	3	0
3.2 Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling: overige aspecten (woonplaats, contact met ouders, vrienden en kennissen, werk en besteding van vrije tijd)	3	3	0
totaal			+1

Cliënt C Boschoord	1 <sup>e</sup> meting	2 <sup>e</sup> meting	verschil
1.3 Acceptatie van eigen beperkingen/handicaps	2	2	0
2.1. Erkennen van de huidige noodzaak van professionele zorg	3	3	0
2.2 Attitude tegenover de huidige professionele zorg	3	3	0
3.1 Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling: noodzakelijke zorg	2	2	0
3.2 Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling: overige aspecten (woonplaats, contact met ouders, vrienden en kennissen, werk en besteding van vrije tijd)	2	2	0
totaal			0

<b>Cliënt D Boschoord</b>	<b>1<sup>e</sup> meting</b>	<b>2<sup>e</sup> meting</b>	<b>verschil</b>
1.3 Acceptatie van eigen beperkingen/handicaps	3	3	0
2.1. Erkennen van de huidige noodzaak van professionele zorg	4	4	0
2.2 Attitude tegenover de huidige professionele zorg	4	4	0
3.1 Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling: noodzakelijke zorg	4	4	0
3.2 Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling: overige aspecten (woonplaats, contact met ouders, vrienden en kennissen, werk en besteding van vrije tijd)	3	3	0
Totaal			0

<b>Cliënt E Boschoord</b>	<b>1<sup>e</sup> meting</b>	<b>2<sup>e</sup> meting</b>	<b>verschil</b>
<b>1.3 Acceptatie van eigen beperkingen/handicaps</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>+1</b>
<b>2.1. Erkennen van de huidige noodzaak van professionele zorg</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>+1</b>
2.2 Attitude tegenover de huidige professionele zorg	3	3	0
3.1 Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling: noodzakelijke zorg	3	3	0
3.2 Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling: overige aspecten (woonplaats, contact met ouders, vrienden en kennissen, werk en besteding van vrije tijd)	3	3	0
totaal			+2

<b>Cliënt F Boschoord</b>	<b>1<sup>e</sup> meting</b>	<b>2<sup>e</sup> meting</b>	<b>verschil</b>
<b>1.3 Acceptatie van eigen beperkingen/handicaps</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>+1</b>
<b>2.1. Erkennen van de huidige noodzaak van professionele zorg</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>+1</b>
2.2 Attitude tegenover de huidige professionele zorg	3	3	0
3.1 Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling: noodzakelijke zorg	3	3	0
3.2 Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling: overige aspecten (woonplaats, contact met ouders, vrienden en kennissen, werk en besteding van vrije tijd)	3	3	0
totaal			+2



<b>Cliënt 1 Transfore</b>	<b>1<sup>e</sup> meting</b>	<b>2<sup>e</sup> meting</b>	<b>verschil</b>
1.3 Acceptatie van eigen beperkingen/handicaps	4	4	0
2.1. Erkennen van de huidige noodzaak van professionele zorg	5	5	0
<b>2.2 Attitude tegenover de huidige professionele zorg</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>+2</b>
3.1 Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling: noodzakelijke zorg	4	4	0
<b>3.2 Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling: overige aspecten (woonplaats, contact met ouders, vrienden en kennissen, werk en besteding van vrije tijd)</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>+2</b>
totaal			+4

<b>Cliënt 4 Transfore</b>	<b>1<sup>e</sup> meting</b>	<b>2<sup>e</sup> meting</b>	<b>verschil</b>
1.3 Acceptatie van eigen beperkingen/handicaps	3	3	0
<b>2.1. Erkennen van de huidige noodzaak van professionele zorg</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>-1</b>
<b>2.2 Attitude tegenover de huidige professionele zorg</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>-1</b>
<b>3.1 Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling: noodzakelijke zorg</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>-1</b>
3.2 Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling: overige aspecten (woonplaats, contact met ouders, vrienden en kennissen, werk en besteding van vrije tijd)	4	4	0
totaal			-3

<b>Cliënt 12 Transfore</b>	<b>1<sup>e</sup> meting</b>	<b>2<sup>e</sup> meting</b>	<b>verschil</b>
<b>1.3 Acceptatie van eigen beperkingen/handicaps</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>+ 3</b>
<b>2.1. Erkennen van de huidige noodzaak van professionele zorg</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>+1</b>
<b>2.2 Attitude tegenover de huidige professionele zorg</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>+1</b>
<b>3.1 Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling: noodzakelijke zorg</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>+1</b>
<b>3.2 Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling: overige aspecten (woonplaats, contact met ouders, vrienden en kennissen, werk en besteding van vrije tijd)</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>+1</b>
totaal			+ 7

<b>Cliënt 13 Transfore</b>	<b>1<sup>e</sup> meting</b>	<b>2<sup>e</sup> meting</b>	<b>verschil</b>
1.3 Acceptatie van eigen beperkingen/handicaps	2	2	0
<b>2.1. Erkennen van de huidige noodzaak van professionele zorg</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>+1</b>
<b>2.2 Attitude tegenover de huidige professionele zorg</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>+1</b>
<b>3.1 Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling: noodzakelijke zorg</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>+3</b>
<b>3.2 Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling: overige aspecten (woonplaats, contact met ouders, vrienden en kennissen, werk en besteding van vrije tijd)</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>+3</b>
totaal			+8

<b>Cliënt 17 Transfore</b>	<b>1<sup>e</sup> meting</b>	<b>2<sup>e</sup> meting</b>	<b>verschil</b>
<b>1.3 Acceptatie van eigen beperkingen/handicaps</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>+1</b>
2.1. Erkennen van de huidige noodzaak van professionele zorg	5	5	0
<b>2.2 Attitude tegenover de huidige professionele zorg</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>+1</b>
3.1 Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling: noodzakelijke zorg	4	4	0
<b>3.2 Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling: overige aspecten (woonplaats, contact met ouders, vrienden en kennissen, werk en besteding van vrije tijd)</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>+1</b>
totaal			+3

<b>Cliënt 18 Transfore</b>	<b>1<sup>e</sup> meting</b>	<b>2<sup>e</sup> meting</b>	<b>verschil</b>
1.3 Acceptatie van eigen beperkingen/handicaps	2	2	0
2.1. Erkennen van de huidige noodzaak van professionele zorg	3	3	0
<b>2.2 Attitude tegenover de huidige professionele zorg</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>+1</b>
3.1 Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling: noodzakelijke zorg	3	3	0
<b>3.2 Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling: overige aspecten (woonplaats, contact met ouders, vrienden en kennissen, werk en besteding van vrije tijd)</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0</b>
totaal			+1

## Bijlage 2: Scholingsprogramma

### Workshop: het zal je gezegd worden...

#### Vooraf

Het is aan de programmacoördinator om te bepalen in welke mate zelfstudie en theoretische scholing zinvol zijn in de eigen instelling, en of een toets daarbij nut kan hebben.

Voorwerk voor het psycho-educatiegedeelte:

- Bekijken van de werkboeken
- Lezen van de trainershandleiding
- Eventueel: lezen van delen van de onderbouwing

Zelfstudiemogelijkheden voor het LVB gedeelte (zie literatuurlijst):

- De Kleine Gids, 2011, Y. de Beer
- De Borg publicatie: behandelvisie (forensische) SGLVG
- Beperkt in de keten, selectie van hoofdstukken

#### Programma in grote lijnen

09.30 uur	Welkom, kennismaking, opzet van de dag
09.45 uur	Bespreking literatuur met PowerPoint, ruimte voor vragen
10.15 uur	Beeldvorming over LVB aan de hand van eigen ervaringen Inventariseren van specifieke problemen bij deze doelgroep
10.45 uur	Pauze
11.00 uur	Richtlijnen effectieve hulpverlening en bejegening
11.30 uur	Ervaringsoefening m.b.t. een beperking
12.15 uur	Vertaling van de ervaringsoefening naar de psycho-educatie LVB
12.30 uur	Pauze
13.15 uur	Inleiding met PowerPoint over zelfbeeld en psycho-educatie
13.45 uur	Bespreken opzet van de module en gebruik werkboeken
14.15 uur	Oefenen trainersvaardigheden met het werkboek en casussen
14.45 uur	Pauze
15.00 uur	Vervolg oefenen
15.45 uur	Vooruitblik naar de praktijk
16.00 uur	Evaluatie
16.15 uur	Afronding

#### Uitvoering

In overleg is een verdere uitwerking van dit scholingsprogramma te verkrijgen bij Trajectum en Transfore. Dit programma is namelijk op maat gemaakt voor de medewerkers van deze beide instellingen, uitgaande hun kennis, ervaring en competenties. Dat maakt het niet zondermeer overdraagbaar. Verder is het niet wenselijk om het verrassingselement van de ervaringsoefening weg te nemen.

Beschikbaar zijn:

- Een PowerPoint
- Een globaal draaiboek
- Materiaal voor de ervaringsoefening

