

Behandelvormen SGLVG-cliënten

Inhoudsopgave

1. Inleiding	1
2. Algemene uitgangspunten bij behandeling	2
3. Ambulante behandelvormen	3
3.1 Consultatie.....	3
3.2 Poliklinische behandeling en deeltijdbehandeling.....	3
3.3 Crisis- en ondersteuningsteam (COT).....	4
3.4 Specialistisch ambulante/extramurale SGLVG(+)-behandeling	4
3.5 (Forensisch) (F)ACT- LVB	5
3.6 Teamcoaching	6
3.7 Overbruggingszorg	6
3.8 Nazorg	7
4. Klinische behandelvormen	7
4.1 Crisisopvang.....	7
4.2 SGLVG - klinieken.....	7
4.3 Forensische SGLVG - klinieken	8

1. Inleiding

Soms leidt een combinatie van een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid en een psychiatrische stoornis, meestal gecombineerd met een trauma in het verleden tot ernstige gedragsproblemen bij cliënten. Als deze gedragsproblematiek zo ernstig wordt dat de cliënt zelf en de omgeving van de cliënt hier niet meer mee om kan gaan, dan bieden SGLVG-behandelcentra hulp. In dit document staat beschreven met welke uitdagingen SGLVG-cliënten te maken hebben en hoe de behandelcentra door middel van bejegening (orthopedagogisch aspect), behandeling (psychiatrisch aspect) en beveiliging (forensisch aspect) cliënten helpen. Bij iedere behandeling is de unieke zorgvraag van de cliënt leidend. In de afgelopen jaren is er veel meer gekozen voor een ambulante behandelvorm, en wordt alleen gekozen voor een klinische opname als behandeling in de eigen omgeving niet meer mogelijk is.

In dit document zijn zowel de klinische als de ambulante behandelvormen binnen De Borg-instellingen beschreven. Het aanbod kan per regio verschillen en voor een actueel overzicht kan de website van de betreffende Borg-instelling worden bekeken: <https://www.deborg.nl/organisatie/de-borg-instellingen/>



2. Algemene uitgangspunten bij behandeling

De complexe problematiek van SGLVG-cliënten vereist een specifieke aanpak om de problematiek te verminderen en maatschappelijke participatie (wonen, werken en vrijetijdsbesteding) te bevorderen. Om participeren een kans van slagen te bieden is het belangrijk om flexibele ondersteuning, aangepast aan de persoonlijke behoefte en omstandigheden, te realiseren op plaatsen waar cliënten die nodig hebben. In Borgverband is hiertoe een breed behandelaanbod ontwikkeld van werkvormen en zorgproducten zoals consultatie, poliklinische behandeling, deeltijdbehandeling, specialistisch ambulante/extramurale behandeling, (forensisch) (F)ACT, teamcoaching, overbruggingszorg, nazorg, crisisopvang en klinische behandeling op verschillende beveiligingsniveaus. Deze zijn niet altijd duidelijk van elkaar te scheiden; ze kunnen in elkaar overlopen of naast elkaar bestaan.

Vanwege de complexe problematiek van (forensische) SGLVG-cliënten, die kan fluctueren in aard, ernst, behoeften en motivatie, is behandeling een dynamisch geheel. De behandeling kan bestaan uit een breed scala van interventies, waarbij bij één cliënt sprake kan zijn van behoefte aan verschillende interventies in verschillende perioden of meerdere interventies in dezelfde periode. Cliënten hebben soms ook verschillende vormen en intensiteit van behandeling nodig over de tijd heen. Soms is het nodig om een behandeling te verlengen of tijdelijk te onderbreken, een cliënt een behandelinterventie te laten herhalen, te laten deelnemen aan terugkomdagen of hem voor langere tijd te volgen om op tijd bepaalde interventies te plegen. Bij elke vorm van (forensische) SGLVG-behandeling geldt evenwel dat er sprake is van een geïntegreerde expertise op de verschillende probleemvlakken (verstandelijke beperking, problematiek, risico's) waarbij een integraal pakket aan specialistische behandelonderdelen (de interventies, therapieën, trainingen en modules) wordt samengesteld en wordt voldaan aan de vastgestelde randvoorwaarden.

3. Ambulante behandelvormen

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

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

3.1 Consultatie

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

3.2 Poliklinische behandeling en deeltijdbehandeling

Sommige cliënten en hun omgeving hebben een gerichte behandelvraag. Men is in staat om -al dan niet met behulp van het netwerk- regelmatig op afspraak te komen, er is lijdensdruk en de cliënt is goed ingebed in een netwerk, bijvoorbeeld persoonlijk middels adequate mantelzorg of professioneel middels goed lopende woonbegeleiding of intramurale woonvoorziening waar men een passende begeleiding weet te bieden. De poliklinische of deeltijdbehandeling zijn dan geschikte behandelvormen.

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

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

3.3 Crisis- en ondersteuningsteam (COT)

Het crisis- en ondersteuningsteam (COT) is een team waarvan de hulp ingeroepen kan worden via de crisisregisseur indien sprake is van een crisis bij een cliënt. Een COT is een multidisciplinair team, samengesteld uit ervaren professionals uit de sectoren verstandelijk gehandicaptenzorg (vg) en de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Het COT richt zich op het aanvullen van de kennis en expertise van een zorgaanbieder bij het omgaan met en voorkomen van crisissituaties en biedt nazorg aan de zorgaanbieder. Het COT geeft verbeteradviezen aan de zorgaanbieder waar de crisis plaatsvond om deze te versterken en de context te verbeteren. Crisis waarop COT ingezet kan worden: het COT kan alleen ingezet worden bij een crisis waarvoor binnen 48 uur een interventie noodzakelijk is. Het gaat bij de inzet van het COT niet om een acute crisis. Een acute crisis wordt gedefinieerd als een noodsituatie waar per direct een oplossing voor moet komen.

3.4 Specialistisch ambulante/extramurale SGLVG(+)-behandeling

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

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

De interventies kunnen een verschillende focus hebben: interventies kunnen in de eerste plaats gericht zijn op de verschillende leefwerelden van de cliënt (wonen, werk en vrije tijd) met als doel om de (gevolgen van) stoornissen weg te nemen of te verminderen, gedrags- of psychische problemen thuis of op het werk te herstellen of herhaling/verergering te voorkomen, het probleemoplossende vermogen van de cliënt te vergroten zodat hij beter in staat is met toekomstige problemen om te gaan, vaardigheden op verschillende gebieden (zelfzorg, sociale vaardigheden, praktische vaardigheden, etc) te trainen etc. Interventies kunnen ook gericht zijn op ontlasting van cliënt of het zoeken naar de (blijvende) benodigde begeleidingsstijl. Soms zal ook de conclusie zijn dat de problemen alleen verminderd kunnen worden als de cliënt zijn leven anders inricht. In de tweede plaats kunnen interventies gericht zijn op het systeem/netwerk van de cliënt. Samenwerking met het systeem is van belang om steun te bieden aan de cliënt bij herstel of voorkomen van gedragsproblemen in zijn thuissituatie, ter ondersteuning bij generalisatie van het geleerde (bijvoorbeeld door het huiswerk te bespreken) en ter ondersteuning van (blijvende) beperkingen. Interventies kunnen ook gericht zijn op ontlasting van het systeem, versterken van (competenties van) het systeem of op het realiseren van noodzakelijke aanpassingen op het gebied van wonen, vrije tijd en/of werk. Bij de interventies gericht op ouders of andere belangrijke personen in het cliëntensysteem kan er psycho-educatie en pedagogische begeleidingsadviezen worden gegeven. De ambulante behandeling kan zich in de derde plaats richten op strategische, contextuele, systemische

en interactionele aspecten/beïnvloeding, omdat die vaak een belangrijke probleembestendige factor vormen.

Er zal een inschatting gemaakt moeten worden van eventuele pathologie in het functioneren van de omgeving, ook van de draagkracht en draaglast van de aangemelde cliënt, terwijl ook bekeken moet worden in hoeverre sprake is van inconsistenties in de bejegening, slecht op elkaar afgestemd zijn van verschillende leefsfereën als wonen, werken en vrije tijd. Deze verschillende uitgangspunten leiden tot een diagnostische benaderingswijze waarin breedbandig gekeken wordt naar zowel psychopathologie, gedrag, systeem, aanleg, maar waarbij bovendien rekening gehouden wordt met de mogelijkheid dat de problematiek het gevolg is van factoren die buiten de cliënt liggen. Interventies kunnen zich vervolgens richten op het beïnvloeden van ziekmakende interacties.

3.5 (Forensisch) (F)ACT- LVB

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

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

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

Het ACT biedt tevens behandeling zoals FACT, maar doordat er geen stabielere periodes zijn, is doorlopende intensieve bemoeizorg nodig. Kenmerkend is dat er sprake is van chronische instabiliteit, aanhoudende crises, sterk zorgmijndend gedrag, problemen op alle levensgebieden,

langdurig zeer intensieve zorgbehoefte en een onvoldoende of sterk overvraagd netwerk van mantelzorgers en professionals die zich geen raad weten. Sommige behandelcentra van De Borg hebben de FACT, ACT en/of forensisch FACT werkwijze belegd bij verschillende teams. Er zijn ook behandelcentra waarbij één team meerdere functies vervuld, al dan niet gecombineerd met andere ambulante behandelvormen.

3.6 Teamcoaching

Indien een netwerk (partner, familie) of instelling (VG, GGZ, Forensische zorg) vastloopt in de omgang met een verstandelijk beperkte cliënt met onbegrepen en risicovol gedrag, is er veelal sprake van handelingsverlegenheid, angst voor agressie en/of onbekendheid met de geïndiceerde begeleidingswijze.

De ambulante behandelaar draagt zorg voor het vergroten van kennis rondom de cliënt, zijn problematiek en de geïndiceerde omgangswijze. Na onderzoek, veelal bestaande uit anamnese, dossieranalyse, observaties, interviews en een screening van de bestaande begeleidingscondities, soms aangevuld met observatiemomenten op locatie, wordt een beeld gevormd van de cliënt en de begeleidingsproblemen. Dit kan leiden tot psycho-educatie (bijvoorbeeld met betrekking tot de stoornis/problematiek), adviezen met betrekking tot de geïndiceerde begeleidingsstijl en advies met betrekking tot welke aanpassingen en interventies toegepast kunnen worden in de verschillende leefwerelden van de cliënt (wonen, werk en vrije tijd). Samen met het netwerk of het team (inclusief betreffende teamleider en gedragswetenschapper) worden afspraken gemaakt met betrekking tot de leerpunten/doelen van het netwerk/team. De leerpunten/doelen hebben een relatie met de begeleidingsproblematiek van een cliënt. De ambulante behandelaar werkt samen met de leden van het netwerk of teamleden op de werkvloer en is hierdoor in staat om feedback te geven op hun handelen. Tijdens de uitvoering wordt het proces gecoacht en ondersteund door het eigen multidisciplinaire team.

3.7 Overbruggingszorg

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

3.8 Nazorg

Vaak is het noodzakelijk om na een ambulante of klinische behandelperiode de resultaten langdurig te bestendigen en de transfer van het geleerde naar een andere situatie te ondersteunen. Hierbij is het enerzijds nodig de cliënt te ondersteunen zijn geleerde vaardigheden in andere situaties toe te passen. Anderzijds is het van belang de expertise van het systeem (bijvoorbeeld ontvangende team) over de betreffende cliënt te vergroten, bijvoorbeeld met betrekking tot de problematiek, benodigde begeleidingswijze, geïndiceerde bejegening, werkzame handvatten, voorwaarden voor verblijf, terugvalpreventie etc.

Soms is nog enige tijd coaching nodig in de begeleiding van de desbetreffende cliënt, zodat terugval in oude patronen op tijd kan worden gedetecteerd. Doordat de ambulante begeleider over kennis beschikt met betrekking tot de cliënt en de gevolgde specialistische behandeling (doelen, methodieken, ontwikkelde geïndiceerde begeleidingsstijl etc) kan hij de juiste ondersteuning bieden na de behandeling en de generalisatie en transfer van de geleerde vaardigheden en methodes bevorderen.

4. Klinische behandelvormen

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

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

4.1 Crisisopvang

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

4.2 SGLVG - klinieken

De Borg-instellingen bieden een behandelprogramma voor SGLVG op een laag beveiligingsniveau. Cliënten kunnen vrijwillig worden opgenomen. Voorwaarde tot plaatsing of voortzetting van de behandeling is dat we overeenstemming hebben over het behandelplan. Ook gedwongen opnames zijn mogelijk, in het kader van de Wet zorg en dwang (Wzd) en de Wet verplichte GGZ (Wvvggz).

4.3 Forensische SGLVG - klinieken

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