

A photograph of two women in a clinical setting. One woman, wearing glasses and a blue and white patterned hospital gown, is seated in a bed. The other woman, wearing an orange t-shirt, is leaning over the bed and smiling while talking to her. The background is a blurred wall with several small photos pinned to it. A purple streamer is visible in the top left corner.

de Borg



ZORGPROGRAMMA

KLINISCHE SGLVG- BEHANDELING

NOVEMBER 2024

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
1. Visie en missie.....	2
2. SGLVG-behandeling: een begripsbepaling.....	3
2.1. Het begrip SGLVG	3
2.2. Lichte verstandelijke beperking, ernstige gedragsproblematiek: nadere duiding	3
2.3. Aard van de SGLVG-behandeling.....	5
3. Nadere toelichting op de SGLVG-doelgroep	8
4. Inclusie- en exclusiecriteria voor klinische SGLVG-behandeling.....	9
4.1. Inclusiecriteria klinische SGLVG-behandeling.....	9
4.2. Exclusiecriteria voor klinische SGLVG-behandeling	9
5. Zorgprogramma klinische SGLVG-behandeling	10
5.1. Behandelvormen.....	10
5.2. Fasering, duur en afsluiting	10
5.3 Diagnostiek.....	11
5.4 Bejegening	12
5.5 Behandeldoelen	13
5.6 Behandelen.....	14
5.7 Behandelinterventies.....	16
5.8 Risicomanagement.....	20
6. Wet- en regelgeving.....	22
6.1 Wetgeving medische beroepen	22
6.2 Gedwongen en beveiligde zorg	22
6.3 Indicatiestelling en bekostiging	22
7. Kwaliteit	23

Expertisecentrum De Borg | november 2024

Copyright De Borg | www.deborg.nl | Info@deborg.nl

Volg ons op [LinkedIn](#)

Voorwoord

In dit zorgprogramma klinische SGLVG-behandeling beschrijven wij hoe de behandeling van een zeer kwetsbare groep cliënten tot stand komt. Het uitgangspunt van De Borg is daarbij altijd de gedeelde visie en missie, en de drijfveer om de cliënt een zo volwaardig mogelijk leven te laten leiden. Het programma is geschreven door de hoofdbehandelaren van de vier Borg-instellingen: Laurette Goedhard (Behandelcentrum Wier | Fivoor), Henrieke Lamers (Behandelcentrum Middenweg | Ipse de Bruggen), Paul Prins (STEVIG | Dichterbij) en Mirjam Wigboldus (Trajectum). Redactie en coördinatie door Marjet van Baggum en Iris Bresser.

We bedanken diegenen die kritisch en constructief hebben meegelezen en hun expertise hebben gebracht: Robert Didden, Eline ten Have, Petra Sterken en Channa de Winter.

Dit zorgprogramma is geschreven voor cliënten van de Borg-instellingen en hun begeleiders en behandelaren, in de hoop en verwachting dat dit bijdraagt aan een zo volwaardig mogelijk leven.

Monique Caubo
Voorzitter Bestuur De Borg

Marjet van Baggum
Directeur De Borg

1. Visie en missie

De SGLVG-behandelcentra richten zich op het opheffen en hanteerbaar maken van ernstige ontregelingen van het persoonlijk en maatschappelijk functioneren van mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB), een psychische stoornis en gedragsproblemen. De behandelcentra verrichten diagnostiek en behandeling, waarbij kennis wordt geïntegreerd uit verschillende sectoren:

- zorg aan mensen met een (lichte) verstandelijke beperking (VG);
- geestelijke gezondheidszorg (GGZ);
- verslavingszorg;
- en forensische zorg.

Doel van de behandeling is dat cliënten de draad van hun leven weer oppakken en op een humane en volwaardige wijze deel uitmaken van de maatschappij.

In de praktijk komt de behandeling van de complexe problematiek van cliënten tot uiting in drie kernelementen, te weten de drie 'B's: Behandeling, Bejegening en Beveiliging. In de behandelcentra wordt een analyse gemaakt van de complexe problematiek van de cliënt, en hoe die leidt tot het gedrag dat hij laat zien en de problemen die zijn ontstaan. Een integrale holistische diagnose hoort hierbij. Op basis hiervan wordt gespecialiseerde behandeling geboden.

Cliënten met een lichte verstandelijke beperking hebben vaker te maken met chronische overvraging, faalervaringen, traumatische gebeurtenissen en een pedagogisch onmachtige opvoeding. Hierdoor is er een groter risico op het ontstaan van complexe problematiek. Meestal hanteren zij dit door disfunctionele coping en het laten zien van externaliserend en internaliserend destructief gedrag. Dit gedrag veroorzaakt op zijn beurt nieuwe problemen voor zowel de cliënt als zijn omgeving. Vaak is er sprake van een neerwaartse spiraal. Een gespecialiseerde behandeling is dan nodig om deze neerwaartse spiraal te doorbreken.

2. SGLVG-behandeling: een begripsbepaling

2.1. Het begrip SGLVG

In 1988 heeft de Nederlandse overheid vijf¹ SGLVG-behandelcentra aangewezen op grond van de vaststelling dat een beperkte groep mensen met een lichte verstandelijke beperking en gedragsstoornissen geen passende behandeling ontving. De belangrijkste oorzaak hiervan was de scheiding tussen de GGZ- en de VG-sector. De behandeling van de doelgroep in GGZ-instellingen werd bemoeilijkt door de LVB-problematiek, terwijl de aanwezigheid van psychiatrische stoornissen en ernstige gedragsproblematiek binnen de populatie een belemmering vormde voor de hulpverlening in VG-instellingen. Juist deze groep zeer kwetsbare mensen met meervoudige, complexe zorgvragen bleef daardoor verstoken van noodzakelijke hulp. In deze nood moesten SGLVG-behandelcentra met een gecombineerde GGZ- en VG-expertise voorzien. Deze behandelcentra konden cliënten van VG- en GGZ-instellingen tijdelijk opnemen totdat terugplaatsing naar de instelling van herkomst mogelijk werd. Vanaf de jaren 1990 hebben de SGLVG-behandelcentra daarnaast een ambulante behandelaanbod ontwikkeld. Met ingang van 2008 wordt ook SGLVG-behandeling aan cliënten met een justitiële titel geleverd.

De scheiding tussen de VG-sector en de GGZ-sector is zeker geen typisch Nederlands verschijnsel, maar komt overal in de westerse wereld voor. De omstandigheid dat mensen met zowel een (lichte) verstandelijke beperking als psychiatrische problematiek niet gemakkelijk adequate hulp vinden in één van beide sectoren is een internationaal gegeven.² Uniek is de Nederlandse oplossing: de instelling van SGLVG-behandelcentra als vangnet voor een doelgroep die voor haar complexe problematiek geen adequate hulp vindt in het reguliere zorgstelsel.

Het begrip SGLVG ('sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt'³) is in deze context ontstaan; niet als aanduiding van een specifieke aandoening, maar als benaming voor een doelgroep die in het Nederlandse zorgstelsel tussen wal en schip viel. De doelgroep wordt niet alleen gekenmerkt door een combinatie van een lichte verstandelijke beperking, psychiatrische problematiek en ernstige gedragsproblemen, maar ook door de omstandigheid dat VG- of GGZ-instellingen (inclusief forensische GGZ en verslavingszorg) door de problematiek van de doelgroep worden overvraagd. Er zijn bijzondere inspanningen nodig met kennis over de verschillende verklaringstheorieën om tot een adequaat hulpaanbod te komen. In het onderstaande worden drie 'kenmerken' nader toegelicht.

2.2. Lichte verstandelijke beperking, psychiatrische problematiek en ernstige gedragsproblematiek: nadere duiding

De combinatie van een lichte verstandelijke beperking, psychiatrische problematiek en ernstige gedragsproblematiek vraagt om een nadere duiding.

Lichte verstandelijke beperking

Onder een 'lichte verstandelijke beperking' worden - volgens de in Nederland gangbare opvatting - beperkingen in het verstandelijke en adaptieve functioneren begrepen, samenhangend met een verstandelijke beperking die in de ontwikkelingsperiode zijn ontstaan. Veelal passend met een IQ tussen ca. 50/55 en ca. 80/85.

¹ Inmiddels vier, doordat de Hanzeborg en Hoeve Boschoord in 2012 zijn gefuseerd tot Trajectum.

² Bertelli, M., e.a. (2022). *Textbook of psychiatry for intellectual disability and autism spectrum disorder*. Springer.

³ Dit is een oude vastgestelde beschrijving; Borg-instellingen spreken in de praktijk over verstandelijk beperkt (lvb) i.p.v. verstandelijk gehandicapt (lvg).

De verstandelijke beperking wordt 'licht' genoemd, maar de **gevolgen** hiervan zijn dat zeker niet. Het achterlopen van de cognitieve ontwikkeling uit zich in deficiënties in intellectuele functies, zoals beperkingen over het begrijpen van abstracte begrippen en redeneringen, taalgebruik, informatieverwerking, denktempo, executieve functies waaronder inhibitie, flexibiliteit in denken, werkgeheugen, sociale informatieverwerking en tijdsbeleving. Ook de ontwikkeling van inzicht en vaardigheden op sociaal en emotioneel vlak verloopt bij mensen met een lichte verstandelijke beperking relatief langzaam en men bereikt een lager eindniveau. Daarbij is binnen de SGLVG-doelgroep vaak sprake van een discrepantie tussen het cognitieve niveau van functioneren en het sociale en emotionele niveau. Deze discrepantie vergroot het risico op overvraging en het ontstaan van psychiatrische problematiek.⁴

Definitie LVB+

De afgelopen jaren is er binnen de verstandelijke gehandicaptenzorg discussie gevoerd over de doelgroep LVB+ en wat de kenmerken zijn van cliënten die tot deze groep behoren. Daarom is aan hoogleraren Petri Embregts, Robert Didden en Xavier Moonen gevraagd de kenmerken van de doelgroep te beschrijven. Cliënten die doorverwezen worden voor een SGLVG-behandeling zijn te herkennen in deze doelgroep beschrijving. Binnen deze doelgroep is er een grote diversiteit in zorgvragen. Als de behandelvraag van cliënten dermate complex en zwaar wordt dat zij niet in hun eigen setting behandeld kunnen worden, dan leidt de indicatie naar een klinische dan wel ambulante SGLVG-behandeling.

Definitie LVB+⁵:

"Bij mensen met een LVB+ is sprake van cognitieve en adaptieve problemen op het niveau van een lichte verstandelijke beperking. Daarnaast is altijd sprake van één of meerdere vormen van ernstig probleemgedrag en psychische problematiek zoals agressie, gedrag met een hoog risico op delicten, verslaving, persoonlijkheidsproblematiek en gevoeligheid voor psychose. Participatie in de samenleving wordt belemmerd door de afwezigheid van of de aanwezigheid van een zeer beperkt steunend sociaal netwerk, het ontbreken van een afgeronde opleiding, tevredenstellend werk en/of dagbesteding. Vaak zijn er financiële problemen en gebrekkige gezondheids-vaardigheden. Daarnaast zijn volwassenen met een LVB+ relatief vaak opgegroeid in (zeer) onveilige gezinssituaties waarbij lichamelijke en affectieve verwaarlozing aanwezig was en een gezonde hechting en persoonlijkheidsontwikkeling niet heeft kunnen plaatsvinden. Er is ook sprake van een geschiedenis van niet-toereikende hulpverlening. Cliënten met LVB+ hebben vaak met meerdere zorgsectoren (bijvoorbeeld GGZ of forensische zorg) en frequente uitstoting/overplaatsing te maken gehad. De LVB en de comorbiditeit zijn over een langere tijd en in meerdere contexten niet of te laat vastgesteld en niet adequaat behandeld. Behandeling en ondersteuning wordt gekenmerkt door het aanhoudend moeten inschatten en in goede banen leiden van risicovol gedrag en risicovolle situaties, vanuit bijvoorbeeld justitie en/of de Wet Zorg en Dwang. Vooruitgang door behandeling vraagt om een lange termijnperspectief waarbij grote inspanningen, multidisciplinaire samenwerking en veel maatregelen nodig zijn om risico's en probleemgedrag te verminderen en het welbevinden van de persoon zelf en zijn omgeving te verhogen. Het is belangrijk begeleiding en zorg af te stemmen op het cognitief en adaptief niveau van functioneren, het probleemgedrag en de psychische problematiek, en te komen tot zinvolle daginvulling. Dit vereist zowel kennis, kunde, en een adequate attitude bij begeleiders om een zo normaal mogelijk leven voor cliënten met LVB+ centraal te stellen, als een organisatie waarbij ook het cliëntensysteem betrokken wordt."

⁴ Dosen, A. (2014) *Psychische stoornissen, probleemgedrag en verstandelijke beperking*. Van Gorcum.

⁵ Embregts, P., Didden, R., & Moonen, X. (2020). *De doelgroep LVB+: een definitie*.

Psychiatrische problematiek

De scheiding in Nederland tussen de GGZ en VG-zorg zou kunnen suggereren dat het twee aparte problemen zijn. Tegelijkertijd weten we dat mensen met een verstandelijke beperking psychische problemen hebben. Sterker nog, er is een verhoogd risico op psychiatrische problematiek, ontstaan door wat ze door de jaren hebben meegemaakt. Daarbij is het wel zo dat psychische symptomen bij een verstandelijke beperking er net iets anders uit kunnen zien dan bij normaal begaafde mensen, dit vraagt soms om bijzondere inspanningen en kennis.

Ernstige gedragsproblematiek

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

De gedragsproblematiek kan ook het gevolg zijn van andere psychiatrische aandoeningen. Bovendien kan gedragsproblematiek ontstaan in samenhang met een lichte verstandelijke beperking, bijvoorbeeld met overvraging, hechtingsproblematiek of emotieregulatieproblematiek als voedingsbodem. Kenmerkend voor de SGLVG-doelgroep is dat de gedragsproblematiek in de regel zowel met psychiatrische aandoeningen als met de lichte verstandelijke beperking samenhangt, terwijl ook de aandoeningen zich in samenhang met de beperking hebben ontwikkeld. Duiding van de gedragsproblematiek van de SGLVG-doelgroep is dan ook een ingewikkeld proces. Biologische, sociale en psychische factoren moeten niet alleen worden onderscheiden, maar in hun onderlinge afhankelijkheid en beïnvloeding worden verstaan.

2.3. Aard van de SGLVG-behandeling

Het bepalende kenmerk van de SGLVG-doelgroep is dat zij voor haar complexe problematiek geen passende hulp vindt in de (forensische) GGZ of de VG-zorg. Cliënten van de **SGLVG-behandelcentra** hebben een – dikwijls langdurige – geschiedenis van hulpverlening achter zich, terwijl hun gedragsproblematiek is blijven voortbestaan of zelfs is toegenomen. De meeste cliënten hebben baat bij de geboden zorg in de eigen setting. Slechts bij een minderheid van de cliënten persisteert de gedragsproblematiek, waarna zij naar de SGLVG-behandelcentra kunnen worden verwezen.

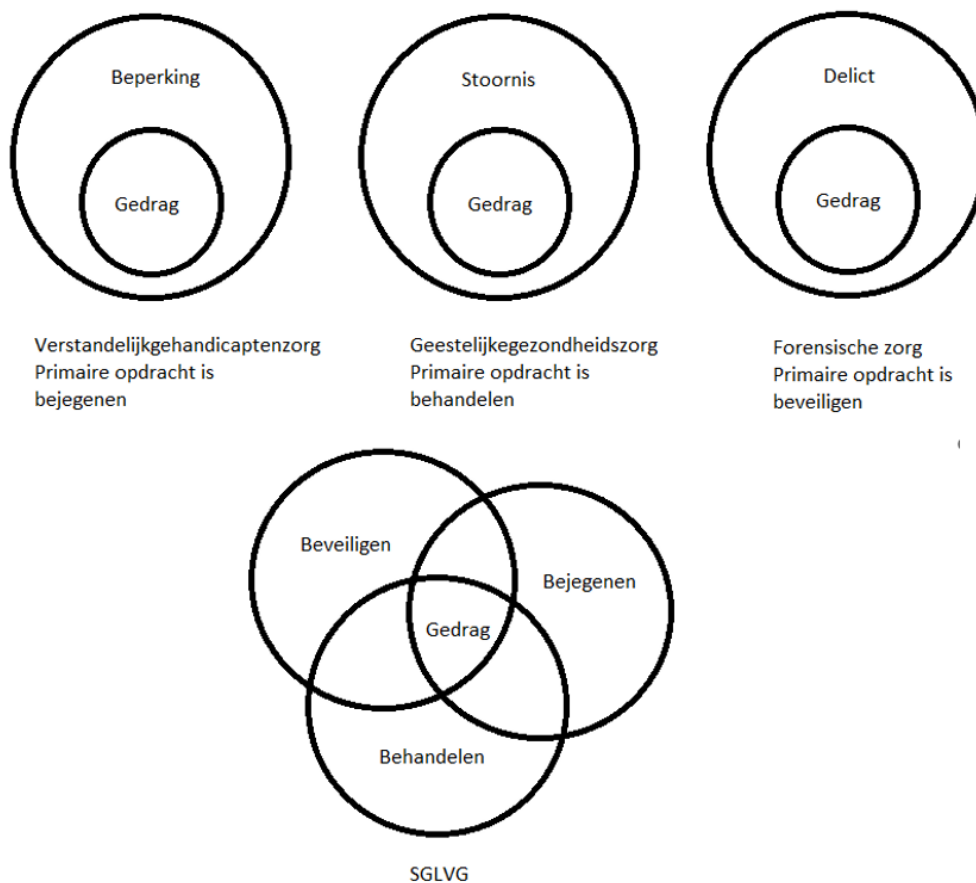
Dat GGZ en VG-zorg *niet altijd* volstaan om de ernstige gedrags- en psychiatrische problematiek van licht verstandelijk beperkte cliënten afdoende te reduceren, is niettemin verklaarbaar. De GGZ richt zich primair op de behandeling van psychiatrische aandoeningen. Gedragsproblematiek wordt in termen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

De behandeling is primair gericht op het verkleinen van de risico's op forensisch probleemgedrag, dus het wegnemen van dynamische risicofactoren. De samenhang met en gevolgen van een aanwezige lichte verstandelijke beperking wordt hierin vaak niet of onvoldoende meegenomen.

In de VG-zorg daarentegen overheerst het gedragswetenschappelijke perspectief. De zorg is gericht op de verstandelijke beperking; gedragsproblematiek wordt in samenhang met de beperking geduid en behandeld. Een probleem kan ontstaan als psychiatrische aandoeningen zozeer medebepalend zijn voor de gedragsproblematiek dat de gedragswetenschappelijke benadering ontoereikend is. Er is dan een behandeling nodig die het psychiatrische perspectief in een ontwikkelingsgerichte benadering integreert. Dit vraagt een specifieke combinatie van specialisaties, verenigd in een multidisciplinair team die in de meeste VG-organisaties niet voorhanden is. Deze combinatie van specialisaties is de kern van de **integrale behandeling** die geboden wordt door de Borg-instellingen

Bejegenen, behandelen en beveiligen

SGLVG-behandeling vindt plaats op het snijvlak van de paradigma's van de VG-sector, de GGZ en de forensische zorg: bejegenen, behandelen en beveiligen (zie figuur1).



Figuur 1: Focus per sector

Bejegenen is het paradigma van de VG-zorg. Op basis van gedragswetenschappelijke expertise worden cliënten en hun systeem zodanig ondersteund dat cliënten maximaal kunnen participeren in de samenleving. Via de juiste bejegening wordt gedragsproblematiek passend bij de beperking voorkomen en/of verminderd.

Behandelen is het paradigma van de GGZ. Op basis van psychiatrische expertise worden klachten onderzocht en aandoeningen behandeld waardoor cliënten maximaal kunnen participeren in de samenleving. Via behandeling van de psychiatrische stoornis vermindert (een groot deel van) gedragsproblematiek passend bij deze stoornis naar de achtergrond.

Beveiligen is het paradigma van de forensische zorg. Op basis van onder meer het Risk-Need-Responsivity (RNR) model wordt risico op delict verlaagd.

Binnen de SGLVG-zorg worden paradigma's geïntegreerd, met als doel probleemgedrag te voorkomen en de cliënt te laten functioneren binnen de grenzen van de wet en de samenleving. Binnen de SGLVG-zorg beschouwen we delictgedrag als een vorm van (externaliserende) gedragsproblematiek.

Bij voorkeur spreken we bij de SGLVG-behandeling over beschermen in plaats van beveiligen, omdat het zowel gaat over internaliserende als externaliserende problematiek. Daarbij is de geboden bescherming onderdeel van de geboden behandeling en de juiste bejegening. Behandeling is afgestemd op de cliënt in combinatie met de context. Bij de ondersteuning (bejegening en/of behandeling) van forensische cliënten ligt door de titel wel meer nadruk op het beschermen van de maatschappij als opdracht van justitie.

Kort samengevat betekent dit dat:

- behandeling zich niet primair richt op stoornissen en symptomen, maar op gedragsproblematiek die zowel met stoornissen als (de gevolgen van) een verstandelijke beperking kan samenhangen;
- behandeling plaatsvindt vanuit een ontwikkelingsgerichte benadering die gedragswetenschappelijke en psychiatrische perspectieven in zich verenigt;
- behandeling zich altijd richt op het voorkomen of verminderen van probleemgedrag, zowel in de forensische als niet-forensische context.

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

Ontwikkeling en toepassing van competenties en vaardigheden gebeurt normaal gesproken midden in de samenleving. Voor SGLVG-clieënten is dit niet anders. Daarom wordt SGLVG-behandeling waar mogelijk in **ambulante vorm** uitgevoerd. Dit gebeurt in hechte samenwerking met het eigen steunsysteem van de cliënt en diens professionele hulpn netwerk. Na afloop van de SGLVG-behandeling (die tijdelijk van aard is) zetten zij samen de ondersteuning van de cliënt voort. Sommige cliënten zijn echter dermate ontregeld dat klinische stabilisatie en behandeling noodzakelijk zijn. Daarbij fungeert de afdeling van de kliniek voor de cliënt als een veilige omgeving, al dan niet ge-/besloten of open, om nieuw gedrag te oefenen en zich te ontwikkelen. Na stabilisatie ontwikkelt de cliënt zich verder door op een open afdeling, een VG-woonafdeling te verblijven of met hulp van ambulante (SGLVG-) zorg. SGLVG-behandeling reikt zowel de cliënt als diens omgeving de middelen aan om het behandeldoel – maximale participatie met minimale veiligheidsrisico's – duurzaam te verzekeren.

3. Nadere toelichting op de SGLVG-doelgroep

De doelgroep betreft mensen vanaf 18 jaar met een lichte verstandelijke beperking (al dan niet samenhangend met genetische afwijkingen) in combinatie met ernstige gedragsproblematiek en (vaak diverse) psychische aandoeningen. De problemen, het probleembesef, de hulpvraag en motivatie tot behandeling kunnen fluctueren en stoornissen presenteren zich dikwijls op specifieke wijze. Bij zwakbegaafden worden vaak dezelfde symptomen gezien, maar naarmate de beperking ernstiger is zijn de symptomen meer atypisch (zoals vermeld in de DM-ID-2). Ook is er in sommige gevallen sprake van maatschappelijke overlast en is er sprake van een forensisch kader als gevolg. Veelal wordt de hulpvraag in eerste instantie niet gesteld door de cliënt, maar door diens omgeving (ouders, partner, woonvoorziening), die handelingsverlegenheid ervaart en die het functioneren van de cliënt als onhoudbaar beschouwt. In het geval van een forensische aanmelding wordt behandeling opgelegd door de rechter of gesteld als voorwaarde van in vrijheidsstelling. In de regel is sprake van een lange hulpverleningsgeschiedenis, waarbij het hulpaanbod onvoldoende is gebleken. Hulpverlening in een vrijwillig kader wordt bovendien dikwijls bemoeilijkt door een beperkte behandelmotivatie bij de cliënt en een externe locus of control (niet zichzelf als deel van het probleem zien, maar anderen en omstandigheden).

Soms kan het tot ver in de volwassenheid duren voordat de verstandelijke beperking en zwakbegaafdheid wordt opgemerkt. De redenen hiervoor zijn divers: er zijn weinig tot geen opvallende kenmerken in het uiterlijk, men heeft strategieën aangeleerd om met de omgevingseisen om te gaan en de eigen tekortkomingen te verbergen (bijvoorbeeld compensatie, camouflage, streetwise presentatie, vluchtgedrag), sociale contacten zijn beperkt of niet in staat de beperking te herkennen, of de gedragsproblematiek maskeert de aanwezigheid van een verstandelijke beperking. Men wordt geacht net als anderen mee te doen in de maatschappij en men wil dat zelf ook, waardoor veelal langdurige (zelf)overvraging is ontstaan. Het spanningsveld tussen de beperkingen, de eisen van de omgeving, het eigen streefniveau en het ontbreken van passende ondersteuning is een voedingsbodem voor stress en het ontstaan van psychische en gedragsproblemen. Het toekomstperspectief dat de cliënten zelf hebben ontwikkeld, is vaak irreëel.

In de praktijk en uit onderzoek naar de SGLVG-doelgroep⁶ komt het beeld naar voren van een laag opleidingsniveau, beperkte arbeidsparticipatie, afhankelijkheid van uitkeringen en uithuisplaatsingen. Opvallend zijn bovendien de negatieve levenservaringen zoals ook benoemd in de definitie van LVB+. Voorts is te zien dat de zelfredzaamheid en organisatievermogen in de regel gebrekkig zijn. Men is afhankelijk van anderen voor woonomstandigheden en het omgaan met financiën, er is geen goede dagbesteding en er zijn sociale, relationele en maatschappelijke problemen. De omgeving heeft vaak langdurig geprobeerd manieren te vinden om met het moeilijke gedrag van de cliënt om te gaan. Niet zelden is uitputting opgetreden en zitten omgeving en cliënt vast in inadequate actie- en reactiepatronen.⁷

De veelheid en verscheidenheid aan cliëntkenmerken en -behoefte, die elkaar onderling beïnvloeden en versterken, vormen evenzovele complicerende factoren voor de behandeling. Op het moment dat er een holistische benadering nodig is, dat wil zeggen vanuit verschillende verklarende modellen naar de problematiek gekeken moet worden, dan is SGLVG-behandeling een uitkomst (zie figuur 1).




⁶ Delforterie, M. & Hesper, B. (2020) *Effectevaluatie SGLVG(+) behandeling 2013-2018*. De Borg. Neijmeijer, L. (2020) *(Flexible) assertive community treatment for people with mild intellectual disabilities or borderline intellectual functioning and mental health of challenging behaviour*. Radboud Universiteit.

⁷ Deze kenmerken worden deels geïllustreerd door de belangrijkste risicofactoren (gemeten met het instrument HKT-30) voor de FACT-populatie: arbeidsverleden (een hoge score voor 61% van de populatie), middelengebruik (59%), hulpverleningsgeschiedenis (42%), gedragsproblemen voor het 12e levensjaar (37%), justitiële voorgeschiedenis (36%).

4. Inclusie- en exclusiecriteria voor klinische SGLVG-behandeling


Om te bepalen of een behandeling passend is voor een cliënt wordt een aantal in- en exclusiecriteria gehanteerd. De criteria worden zowel door de SGLVG-behandelcentra zelf als door externe organisaties, zoals het CIZ, gebruikt.

4.1. Inclusiecriteria klinische SGLVG-behandeling

1. De cliënt is 18 jaar of ouder.
2. Bij de cliënt is sprake van: 
 - beperkingen in zowel het verstandelijke als het adaptieve functioneren, in de conceptuele, sociale en praktische domeinen (lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafd intelligentieniveau; IQ 50-85), EN
 - een of meer diagnoseerbare psychiatrische aandoeningen, EN
 - ernstige gedragsproblematiek (d.w.z. het onderhevig zijn aan gedragspatronen die de cliënt en/of anderen ernstig schaden of benadelen) die met de verstandelijke beperking en/of de psychiatrische aandoening(en) samenhangt.
3. De verstandelijke beperking is vóór het 18e levensjaar ontstaan als gevolg van een gestagneerde ontwikkeling. Indien dit niet zonder meer aantoonbaar is, geldt het volgende: 
 - onaannemelijk is dat de verstandelijke beperking is verworven, bijvoorbeeld ten gevolge van schizofrenie, NAH (tenzij op zeer jonge leeftijd ontstaan), langdurig drugsgebruik e.d., EN
 - in het voortgezet onderwijs is alleen speciaal of praktijkonderwijs gevolgd OF het voortgezet onderwijs is niet met succes doorlopen (geen diploma en geen uitzicht daarop), EN
 - vóór het 18e levensjaar was sprake van gedragspatronen die op grond van een verstandelijke beperking kunnen worden verklaard EN/OF een structurele behoefte aan een bovengemiddeld intensief steunsysteem.
4. Er is sprake van een behandelvraag (vanuit de cliënt en/of verwijzer) en de behandelaars van het SGLVG-behandelcentrum verwachten dat hun behandeling kan leiden tot vermindering van de klachten (behandelperspectief).
5. Cliënt heeft eerder specialistische GGZ-behandeling of geïndiceerde VG-zorg ontvangen die geen of onvoldoende resultaat geeft gehad.
6. Cliënt is door een GGZ-regiebehandelaar, VG-arts, Justitie - en in uitzonderlijke gevallen - door een huisarts naar het SGLVG-behandelcentrum verwezen met een specifieke vraag om SGLVG-behandeling. 

4.2. Exclusiecriteria voor klinische SGLVG-behandeling

1. Er is sprake van een woonvraag.
2. Er is geen (enkele) lijdensdruk èn geen (enkele) motivatie èn geen (enkel) ziekte-inzicht.
3. Er is geen bereidheid om opgenomen te worden in een ge-/besloten setting. Dit geldt niet wanneer er sprake is van een RM/IBS of ZM/CM of een forensische titel die dit bepaalt.

4. Er is sprake van een na de ontwikkelingsleeftijd ontstaan cognitief en adaptief functioneren op licht verstandelijk beperkt niveau (bijvoorbeeld ten gevolge van schizofrenie, NAH, langdurig drugsgebruik) en er was premorbide sprake van gemiddeld of hoger intelligentieniveau.
5. Er is sprake van een hoge PCL-R score/hoge psychopathiefactor in combinatie met hoog recidiverisico (met uitzondering voor opname binnen een FPK). 
6. Er is sprake van een benodigd beveiligingsniveau hoger dan 3.

5. Zorgprogramma klinische SGLVG-behandeling

Het zorgprogramma klinische SGLVG-behandeling bestaat uit de kernelementen: Behandeling (gericht op de psychiatrische component), Bejegening (rekening houdend met de verstandelijke beperking) en Beveiliging (gericht op de veiligheid van de cliënt en zijn omgeving, met soms een forensische component).

5.1. Behandelvormen klinische SGLVG- behandeling

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 SGLVG-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 gesloten 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 besloten, open en resocialisatie-afdelingen met lagere beveiligingsniveaus.

5.2. Fasering, duur en afsluiting

De fasering van de SGLVG-behandeling wordt voornamelijk individueel bepaald, in samenspraak met betrokken ketenpartners. Vanzelfsprekend volgen intake, diagnostiek en behandelfase elkaar op in de tijd (waarbij even vanzelfsprekend procesdiagnostiek in de behandelfase kan plaatsvinden) en zorgt het ritme van de deeltijdbehandeling, wanneer deze geboden wordt, voor een bepaalde regelmaat. Maar wanneer ergens het principe van *matched care* de voorkeur verdient boven *stepped care* is dat bij de behandeling van cliënten die naar de SGLVG-behandelcentra zijn verwezen omdat gebruikelijke vormen van GGZ of VG-zorg onvoldoende werkzaam zijn gebleken.

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

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

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

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

De combinatie van de afsluitcriteria leveren een beeld op van de context en bejegening waarbinnen en waarmee de cliënt na de behandeling zijn leven zo optimaal mogelijk vorm kan geven. Overdracht van de cliënt vindt plaats aan het steunsysteem dat tijdens de SGLVG-behandeling rondom de cliënt aanwezig was of is ontstaan. Indien (lichtere) vervolgbehandeling nodig is waarin dit netwerk niet kan voorzien, wordt deze rechtstreeks of via de huisarts geregeld. De SGLVG-behandelcentra blijven beschikbaar voor consultatie in het kader van nazorg.

5.3 Diagnostiek

Bij aanvang van de behandeling wordt vooraf een gesprek met de cliënt gevoerd om het (behandel-) proces toe te lichten en een eerste beeld te vormen van de cliënt. Vervolgens start het behandeltraject met de diagnostiek.

Diagnostiek is het geheel aan proces diagnostiek, psychiatrische diagnostiek, test diagnostiek en somatische diagnostiek. Daarbij is proces diagnostiek onlosmakelijk verbonden aan de SGLVG-behandeling; het is een proces dat voortdurend doorloopt en de basis vormt voor de behandelinzet. Dit omdat klassieke diagnostiek (in de eerste fase van behandeling) vaak ontoereikend is als gevolg van de beperkingen in reflectie (beperkt ziektebesef en -inzicht), verbale beperkingen, een korte termijnperspectief (men zegt 'altijd' slecht te slapen na één slechte nacht) en het niet meedelen van relevante informatie (soms uit schaamte, soms omdat het besef van de relevantie of het afwijkende karakter van een gedraging ontbreekt). Verder is lang niet altijd sprake van een netwerk waarbij navraag gedaan kan worden of is er bij netwerk leden sprake van soortgelijke beperkingen. Cruciaal voor de SGLVG-behandeling is de duiding van de gedragsproblematiek als resultante van cognitieve beperkingen, adaptieve, sociale en emotionele niveau van functioneren, coping en psychopathologie in hun onderlinge interactie. Aan de hand van biologische, sociale en psychische factoren (biopsychosociale model) brengt de diagnostiek de wordingsgeschiedenis van de cliënt in kaart en relateert deze aan gedragsscenario's, competenties en copingstijl. Daarnaast ontstaat een beeld van aanleg, somatische problematiek, sociaal netwerk, risicofactoren en beschermende factoren. Het resultaat hiervan is een integratieve diagnostiek die niet alleen een probleemcomplex duidt, maar ook aanknopingspunten biedt voor een ontwikkelingsgerichte behandeling op alle levensgebieden.

Elementen van het diagnostisch onderzoek kunnen zijn:

- auto- en heteroanamnese
- ontwikkelingsanamnese
- dossieranalyse
- observatie

- levensloop- en milieuonderzoek
- psychologisch onderzoek
- neurologisch/neuropsychologisch onderzoek
- psychodiagnostisch onderzoek
- psychiatrisch onderzoek
- medisch/somatisch (eventueel: klinisch-genetisch) onderzoek
- risicotaxatie en delictanalyse

Diagnostiek vindt multidisciplinair plaats. Gedragingen van cliënten in de SGLVG-doelgroep kunnen immers verschillende oorzaken hebben. Hardop in zichzelf spreken kan duiden op een psychose, maar ook voortkomen uit een lager niveau van functioneren. Overvraging van een cliënt kan leiden tot gedragskenmerken die passen bij persoonlijkheidsstoornissen, maar ook een betrekkelijk normale afweerreactie vormen, passend bij de ontwikkelingsleeftijd. Bovendien uit psychiatrische stoornissen zich bij de SGLVG-doelgroep soms op atypische wijze.⁸ Diagnostiek is de basis voor het stellen van een (beschrijvende) diagnose. Deze diagnose vormt de basis voor de indicatiestelling en behandeling. Proces diagnostiek en behandelresultaten kunnen leiden tot aanpassing van het diagnostisch beeld en het behandelbeleid. Bij onvoldoende samenhang van specialistische kennis bestaat een groot risico op het leggen van onjuiste verbanden, over- of onderdiagnostiek en daardoor verkeerde vormen van behandeling.

5.4 Bejegening

Bepalend voor de bejegening van de cliënt is dat deze een volwaardig mens en burger is, die niettemin zo kwetsbaar is als een kind. De cognitieve vaardigheden en probleemoplossing e.d. zijn vergelijkbaar met die van jonge kinderen. Tegelijkertijd zit de cliënt in een heel andere belevingswereld en heeft andere levenservaringen. Door zijn cognitieve, sociale en emotionele en adaptieve beperkingen heeft de cliënt een ontwikkelingsleeftijd die (ver) beneden zijn kalenderleeftijd ligt en kan hij gedrag vertonen dat bij die ontwikkelingsleeftijd hoort. Onder druk van overvraging, trauma en stress kan het weerloze kind in de cliënt naar voren treden met zijn woede, zijn verdriet, zijn frustraties, zijn onhandelbare gedrag en zijn schreeuw om aandacht en koestering. Behandelaars moeten hiermee om weten te gaan door op de juiste manier afstand te bewaren en nabijheid te bieden, en zo tegemoet te komen aan de ogenschijnlijk tegengestelde behoeften aan autonomie en verbondenheid. Daarbij hebben veel cliënten, als gevolg van de kloof tussen het (aan)kunnen en de eisen vanuit de omgeving een hard pantser ontwikkeld waarmee ze de onveilige wereld op afstand houden. Dit pantser is een vorm van coping om te kunnen overleven, de één heeft geleerd zich terug te trekken, de ander te vechten, weer een ander bevriest of past zich aan. Het doorbreken van dit pantser en het winnen van vertrouwen is noodzakelijk en kan langdurige en geduldige inspanningen vergen van behandelaars.

De kwetsbaarheid van de cliënten gaat in de regel samen met een gebrekkig probleembesef en een geringe behandelmotivatie. Dit komt onder andere door de lange geschiedenis aan hulpverlenings-trajecten die veelal onvoldoende hebben geholpen naast soms (disfunctionele) coping waarbij problematiek vaak geexternaliseerd of geïnternaliseerd wordt. Ook dit heeft gevolgen voor de bejegening.

Aan het begin van een behandeltraject formuleren cliënten wel wensen (meestal met betrekking tot wonen, werk, financiën en liefdesrelaties), maar ontbreekt het inzicht dat hun gedrag de verwezenlijking van die wensen kan belemmeren. Ook missen de cliënten elementaire inzichten en vaardigheden ten aanzien van de omgang met anderen. De behandelaar moet in staat zijn de cliënt het besef bij te brengen van de consequenties van zijn gedrag en van zijn verantwoordelijkheden tegenover anderen en zichzelf.

⁸. A. Došen (2014). *Psychische stoornissen, probleemgedrag en verstandelijke beperking*. Van Gorcum.

Wanneer de basis van vertrouwen is gelegd, moet de behandelaar de cliënt helpen gevoelens en gedachten te benoemen, verband te zien tussen gevoelens en gedrag, en gevolgen van gedrag te overzien en hiermee rekening te houden. De behandelaar mag niet veronderstellen dat de cliënt zijn verantwoordelijkheden als volwaardig mens en burger kent, laat staan hiernaar handelt. Hij moet de cliënt zo veel mogelijk in staat stellen deze verantwoordelijkheden te ontdekken en zich eigen te maken. Op deze manier kan de bejegening het bindmiddel zijn tussen behandeling en bescherming.

Therapeutisch klimaat

Bij klinische opname speelt het methodisch vormgegeven therapeutisch klimaat eveneens een grote rol. In klinische SGLVG-behandeling woont, werkt en besteedt de cliënt zijn vrije tijd in en rondom de behandelkliniek. Een klimaat kan worden omschreven als een door gebeurtenissen en omstandigheden opgeroepen sfeer tussen personen. Bij SGLVG-behandeling is het belangrijk dat cliënten nieuw gedrag leren en kunnen groeien. Hiervoor is het nodig dat zij zich op hun gemak voelen en het klimaat als veilig ervaren. Dit gevoel van veiligheid wordt bijvoorbeeld gecreëerd door te zorgen dat cliënten zich geaccepteerd voelen of door te tonen dat de begeleiders hun agressie kunnen opvangen en waar nodig door passende grenzen te stellen. Ook het houden van overzicht draagt bij aan het gevoel van veiligheid. Het is hierbij belangrijk om voorspelbaar te zijn en structuur te bieden zoals vaste routines en overzichtelijke ruimtes. Een klimaat heeft een 'therapeutische' werking als het gedragsveranderingen uitlokt en stimuleert. Dit krijgt vorm door het alledaagse leven van wonen, werken en vrijetijdsbesteding en de situaties die zich hierin voordoen (bij toeval en gecreëerd) te gebruiken om nieuw gedrag te leren. De mate van beveiliging (besloten, open) en begeleidingsstijl (externe regulatie, coaching) kunnen variëren per behandelfase en zijn ook van invloed op het behandelklimaat. De begeleider⁹ heeft een centrale rol in het vormgeven en bewaken van het therapeutisch klimaat. Ook heeft hij aandeel in de andere onderdelen van het behandelprogramma; vaak zal hij hierbij aanwezig zijn om informatie later nog eens aan de cliënt te kunnen toelichten, kan hij de cliënt helpen om informatie goed weer te geven aan de ander, is hij (co)trainer bij modules, zorgt hij voor het generaliseren van inzichten en vaardigheden etc.

5.5 Behandeldoelen

Op basis van de diagnostiek worden de behandeldoelen bepaald samen met de cliënt, en waar mogelijk met zijn netwerk, en vastgelegd in een behandelplan. Hoofddoel is behandeling van de gedragsproblematiek waardoor maximale participatie met minimale risico's voor de veiligheid van de cliënt en samenleving mogelijk is. Enerzijds houdt dit in het vergroten van de vaardigheden van de cliënt en anderzijds de inzet van zijn steunsysteem en professionele netwerk.

Hoewel de behandeldoelen meervoudig zijn en zich over diverse disciplines uitstrekken, is het behandelplan een coherent geheel dat gedragen wordt door een ontwikkelingsgerichte benadering van de gedragsproblematiek. Het vergroten van inzicht in de oorzaken en effecten van gedrag en het versterken van vaardigheden om gedrag te hanteren resulteren niet alleen in gedragsverandering, maar ook in een verminderde invloed van stressoren en psychopathologie. De therapeutische aanpak van stoornissen en symptomen vermindert niet alleen het psychisch leed, maar bevordert ook de gedragsverandering. Gedragswetenschappelijke en psychiatrische interventies versterken elkaar over en weer en zijn in hun samenhang bepalend voor de gedragsbeïnvloeding van de cliënt.

Bovendien gaat de versterking van het persoonlijke en professionele steunsysteem van de cliënt hand in hand met het herstel van de cliënt zelf.

De SGLVG-doelgroep is afhankelijk van zijn omgeving. Dit betekent dat ondersteuning die optimaal aansluit bij de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt een randvoorwaarde is voor de verdere ontwikkeling van gedrag en vaardigheden die in de behandeling worden aangereikt.

⁹ Begeleiders zijn 24-uurs medewerkers met specifieke kennis en competenties voor de doelgroep.

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

Naast behandeling op gedrags- en psychiatrische problemen, worden behandeldoelen gemaakt voor verschillende leefgebieden (o.a. somatiek, wonen, werken, financiën en vrije tijd). Hieronder valt ook risicomanagement.

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

- het bieden van een gefaseerde behandeling;
- gedetailleerde studie naar de geschiedenis van het risicovol-/delictgedrag. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van een probleem-/delictanalyse (in kaart brengen van risicofactoren en beschermende factoren die specifiek voor een cliënt zijn met betrekking tot de achtergrond- en ontstaansgeschiedenis van het gedrag, de faciliterende, remmende en instandhoudende factoren, in zowel de persoon, het milieu als de context) en probleem-/delictscenario (beschrijving van hetgeen er gebeurd is, de omstandigheden en de onmiddellijke gevolgen);
- behandeling van dynamische risicofactoren;
- het opstellen van een risicomanagement plan. Dit bevat een gedetailleerde risicobeschrijving op korte, middellange en lange termijn, onder omstandigheden A, B of C (bijvoorbeeld zonder toezicht in de maatschappij, of met af en toe toezicht, of in een instituut met 24-uurs toezicht). Het bevat ook gegevens over het soort risicovol-/delictgedrag en de ernst en frequentie die verwacht wordt. Een signaleringsplan, terugvalpreventieplan, hulpkaart e.d. (stapsgewijze indeling van gedrag van de cliënt waaraan het risico op terugval en de handelingsalternatieven zijn af te lezen) kunnen onderdeel van het risicomanagement plan vormen¹⁰.

5.6 Behandelen

De klinische behandeling wordt uitgevoerd volgens de algemeen geldende richtlijnen binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg, de (forensische) psychiatrie en de verslavingszorg. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de practice based en evidence based interventies die in deze sectoren gangbaar zijn.

Omdat niet alle gangbare interventies aansluiten bij de kenmerken en leerstijl van onze doelgroep wordt waar nodig gemotiveerd afgeweken van deze interventies. De Borg-instellingen ontwikkelen ook gezamenlijk behandelmodules voor de SGLVG-cliënten.

Specifieke interventies voor de SGLVG-doelgroep: basismodules en therapeutische modules

Naast de conventionele behandelinterventies wordt gebruik gemaakt van een aantal interventies die de SGLVG-behandelcentra zelf (mede) hebben ontwikkeld. In gezamenlijke thema Borg-werkgroepen

¹⁰ Nijman, H., Didden, R. & Hesper, B. (2017) *Handreiking risicomanagement LVB*. KFZ.

wordt - na ontwikkeling en implementatie van een behandelmodule - hier ook de regie op behouden en nieuwe onderzoeksuitkomsten of innovaties in meegenomen.

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

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

- voorlichting op gebied van verslaving, seksualiteit, gezondheid/leefstijl (voeding, hygiëne, beweging), (verstandelijke) beperkingen, middelengebruik, internet;
- training op gebied van arbeidsvaardigheden, vrijetijdsbesteding, sociale vaardigheden, cognitieve en schoolse vaardigheden, omgaan met financiën;
- overige modules, bijvoorbeeld op gebied van identiteitsversterking, zelfmanagement, persoonlijke toekomstplanning, levensverhaal.

Bij de specialistische modules wordt gewerkt aan vermindering van specifieke problematiek. De programma's bestaan uit verschillende delen, waarin bijvoorbeeld aan bod komt: psycho-educatie, individuele patronen (gebeurtenissen, gevoelens, gedachten, gedragingen, goedpraters, denkfouten, ontremmers, schijnbare onbelangrijke beslissingen, risico's, coping), specifieke vaardigheden, delict-/probleemscenario en terugvalpreventie.

De modules zijn veelal door De Borg-instellingen ontwikkeld, waarbij zoveel mogelijk gebruik gemaakt is van evidence based kennis uit de zorgsectoren, maar zijn aangepast aan de specifieke kenmerken van de SGLVG-doelgroep. De modules worden (veelal) groepsgewijs aangeboden op een locatie van de behandelcentra of elders (andere instelling, penitentiaire inrichting, behandelsetting). Bij het groepsgerichte aanbod is er veelal sprake van een 'individuele benadering in groepsverband', waarmee bedoeld wordt dat iedere cliënt zijn eigen leerdoelen op zijn eigen niveau en in zijn eigen tempo nastreeft.

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

Specialistische behandelmodules zijn onder andere:

- de agressiemodule 'Grip op Agressie' (GoA), in 2013 erkend door de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie;
- het verslavingsprogramma 'Ge-zonder leven' en de hierop gebaseerde motivatietraining 'Sterker dan de kick', de laatste in 2015 erkend door de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Gehandicaptenzorg;
- de psychoeducatiemodule 'Weet wat je kan', in 2020 erkend door de Erkenningscommissie Justitiële Interventies als 'goed onderbouwd';
- de specialistische behandelmodule 'Helpers en Helden', schematherapie voor cliënten met een licht verstandelijke beperking, in 2016 positief beoordeeld door de externe opdrachtgever Kwaliteit Forensische Zorg;
- de specialistische behandelmodule Seksueel Gezond Gedrag (SGG).

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

- behandeling wordt geboden in een veilige en positieve omgeving, waarin succeservaringen centraal staan en fouten maken mag;
- behandelinterventies worden aangeboden in een vorm die is aangepast aan het niveau van functioneren van de doelgroep, door middel van vereenvoudiging, herhaling en ervaringsleren (concreet, praktisch en gericht op het hier en nu). Hierbij wordt de richtlijn gevolgd die hiertoe is opgesteld door het Landelijk Kenniscentrum LVB;¹¹
- inzichten en oefenstof worden gedoseerd en samenhangend aangeboden. Voorbeelden sluiten aan bij het ontwikkelingsniveau, de belevingswereld en de ervaringen van de cliënt, zodat ze voor hem herkenbaar zijn. Taken en vaardigheden worden in kleine onderdelen opgesplitst en stap voor stap geoefend, met behulp van getrapte ondersteuning;
- overprikkeling wordt zoveel mogelijk voorkomen. Afleiding wordt vermeden, behandelgroepen zijn klein en overzichtelijk, behandelsessies hebben een herkenbare en voorspelbare structuur. Onder deze voorwaarden is afwisseling van vorm, inhoud en omgeving van de behandeling mogelijk. Deze afwisseling is niet alleen onvermijdelijk gezien de diversiteit aan behandeldoelen en interventies, maar ook een stimulans voor de generalisatie van aangeleerde vaardigheden.

Deze interventies, specifiek voor de (SG)LVG-doelgroep ontwikkeld en extern getoetst en beoordeeld, zijn vanzelfsprekend een welkome aanvulling op de conventionele behandelinterventies waarvan de meerwaarde voor de (SG)LVG-doelgroep niet in alle gevallen vaststaat.

SGLVG-behandeling is zodoende veel méér dan GGZ-behandeling die op het niveau van functioneren en leerstijl van cliënten met een lichte verstandelijke beperking is afgestemd. Het gaat om combinaties van interventies op psychiatrisch, gedragswetenschappelijk en vaktherapeutisch gebied, inclusief specifiek voor de doelgroep ontwikkelde interventies waarvan de effectiviteit is getoetst en erkend.

5.7 Behandelinterventies

Multidisciplinair en interdisciplinair behandelteam

Het behandelteam bestaat uit een kernteam waarin meerdere disciplines samenwerken. Dit is niet alleen een multidisciplinair, maar ook een interdisciplinair team. Deze term geeft aan dat er niet alleen sprake is van meerdere en veelzijdige disciplines, maar ook dat zij in nauwe en geïntegreerde samenwerking gericht zijn op de behandeling van de cliënt.

Bij elk behandeltraject is een kernteam - met minimaal specialist (psychiater, arts VG, klinisch psycholoog) gedragskundigen ((GZ-)psycholoog, orthopedagoog (generalist)) en begeleider (casemanager of persoonlijk begeleider) - die het dagelijks contact met de cliënt en diens omgeving onderhoudt. Als regiebehandelaar fungeert ofwel de psychiater, ofwel de GZ-psycholoog/klinisch (neuro)psycholoog, orthopedagoog generalist of verpleegkundig specialist GGZ.

In de behandelfase worden, afhankelijk van de benodigde behandelinterventies en de fase waarin deze worden uitgevoerd, andere behandelaars aan het kernteam toegevoegd. Het kan dan gaan om:

- sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen
- verpleegkundig specialisten

¹¹ De Wit, M., Moonen, X. & Douma J. (2018) *Richtlijn effectieve interventies LVB*. LKC LVB.

- verpleegkundigen
- psychologen
- orthopedagogen
- vaktherapeuten
- systeemtherapeuten
- begeleiders
- ervaringsdeskundigen

Het beloop van de behandeling wordt gemonitord en regelmatig met de cliënt geëvalueerd door het kernteam en de overige betrokken behandelaars. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de resultaten van de periodiek herhaalde metingen aan de hand van gevalideerde instrumenten via Routine outcome monitoring (ROM).¹² Aan de hand van evaluaties kan worden besloten tot wijzigingen in de behandelplanpak die in het behandelplan zijn vastgelegd.

Therapeutisch contact behandelteam

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

Individuele therapeutische gesprekken/behandelingen

De meeste cliënten hebben (structurende, inzichtgevende, steunende) gesprekken met hun gedragskundige. In deze contacten krijgt de cliënt tips/adviezen om in het dagelijks leven toe te passen. Andersom brengt de cliënt zijn ervaringen van het dagelijkse leven in, hetgeen de gedragskundige diagnostische informatie geeft. Tijdens deze gesprekken wordt gebruik gemaakt van veel verschillende gesprekstechnieken (motiverende gespreksvoering, Socratisch dialoog, positieve psychologie, oplossingsgerichte technieken en ook van CGT technieken).

Psychiatrische en medicamenteuze behandeling

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

¹² Op dit moment met name HoNOS-LD, DROS 2.0 en HKT-R. De eerste twee instrumenten zijn ontwikkeld voor mensen met een verstandelijke beperking. Verder gebruiken een aantal Borginstellingen ook de BSI en de SAPROF (tweemaal per jaar) en jaarlijks de ADAPT en SEO

richting gedrags- en psychiatrische problematiek, zintuigproblematiek, klinische genetica, spasticiteit en epilepsie.

Het gebruik van psychofarmaca is relatief vaak onderdeel van de behandeling. Uiteraard wordt gewerkt conform de richtlijnen en waar nodig aangepast aan het kwetsbaar brein, zoals dat vaak het geval is bij een verstandelijke beperking. Bij SGLVG-cliënten is soms voor opname sprake van onder- of overbehandeling met psychofarmaca. Polyfarmacie (gebruik van meerdere middelen) wordt vaak gezien bij mensen met grensoverschrijdend gedrag, zeker ook bij mensen met een verstandelijke beperking en probleemgedrag zoals agressie. Polyfarmacie is niet zelden een uiting van handelingsverlegenheid van de hulpverlening. Het gebruik van (te) veel medicatie kan negatieve effecten hebben: niet alleen bijwerkingen, maar juist gedragsproblemen. Daarom wordt het medicatiegebruik tijdens behandeling altijd geëvalueerd en zo nodig afgebouwd. Bij zo'n afbouw kan de cliënt tijdelijk uit balans raken: het lichaam moet een nieuw evenwicht vinden, hetgeen soms tijdelijk leidt tot toename van probleemgedrag. Pas na een paar weken tot soms zelfs maanden na verlaging of beëindiging van de medicatie kan beoordeeld worden hoe de cliënt hieronder functioneert. Onderbehandeling komt ook voor. De SGLVG-cliënten zijn vaak zorgmijndend waardoor er sprake kan zijn van onderdiagnostiek en/of onderbehandeling. Controle op medicatie-inname/bijwerkingen door derden is soms nodig (bijvoorbeeld door ondersteuning van de begeleider, ambulante behandelaar of via het netwerk/supportsysteem).¹³

Systeeminterventies

Als de cliënt in behandeling is, is het belangrijk dat de omgeving wordt meegenomen in het veranderingsproces van de cliënt. Kennis van de problematiek en de juiste omgangswijze bij het (professioneel) netwerk is nodig daar de cliënt vaak in bepaalde mate blijvend afhankelijk blijft van ondersteuning. De behandeling heeft ook een grotere kans van slagen als de omgeving mee verandert, en zo meehelpt aan het doorbreken van de patronen die de problemen mede in stand kunnen houden. Het netwerk kan - als op de hoogte van de juiste informatie en benodigde omgangswijze - ook een belangrijke steun zijn om generalisatie van de nieuw geleerde vaardigheden van de cliënt te bevorderen. Tot systeeminterventies worden ook de interventies gerekend die leiden tot verandering van de context van de cliënt, zoals zijn woon-, werk- of sociale omgeving. Systeeminterventies kunnen tot slot gericht zijn op het maken, versterken en herstellen van verbindingen tussen de cliënt en zijn netwerk(en). Regelmatig is er sprake van traumatische gebeurtenissen binnen een systeem. Om relaties te verbeteren of herstellen is het belangrijk hier aandacht aan te geven.

Er kan met de cliënt en het systeem een analyse gemaakt worden van de context van de cliënt en zijn netwerk, het levensverhaal, de ontwikkelingsanamnese, de betekenis van het probleem en/of klachten binnen de context en de verandermogelijkheden. Er kan psycho-educatie worden gegeven met betrekking tot de problematiek van de cliënt, de behandeling en de gewenste wijze van bejegenen. De cliënt en het systeem wordt geactiveerd om (niet herkende) eigen krachten en kwaliteiten in te zetten of uit te bouwen met het oog op de gewenste verandering van de problematiek, het leren omgaan met de beperkingen en/of het tot stand brengen/houden van een leefbaar evenwicht.

Vaktherapie

Naast psychiatrische en gedragswetenschappelijke interventies wordt in het SGLVG-behandelprogramma dikwijls een belangrijke plaats ingeruimd voor vaktherapie (bijvoorbeeld psychomotorische therapie, dramatherapie, muziektherapie en creatieve therapie). Voor cliënten met een beperkt abstraherend en taalkundig vermogen is behandeling die bestaat uit *doen* in plaats van praten, een noodzakelijke aanvulling en soms de enige manier om te komen tot verandering. Een vaktherapeutisch kader kan de bereidheid stimuleren problematiek en trauma's met anderen te

¹³ De Kuiper, G. & Jonker, F. (2021) *Psychofarmaca bij mensen met een verstandelijke beperking*. NTZ, 47, 36-40.

delen en biedt een gelegenheid voor observatie van én oefening met sociale vaardigheden en gedrag. Het direct en concreet ervaren in therapie leidt tot een beter begrip van het geleerde. Cliënten ervaren al doende dat een bepaalde vorm van gedrag in verschillende situaties soortgelijke effecten sorteert. Dit kan een zeer effectieve manier zijn om bij de cliënt het besef van de repercussies van zijn gedrag te doen postvatten.

Arbeidsvaardigheidstraining

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

De SGLVG-cliënten zijn vaak onbekend met de mogelijkheden die er zijn op het gebied van werk of zinvolle daginvulling en om die reden worden er verschillende inhoudelijke vormen geboden of gezocht, bijvoorbeeld gericht op industrieel werk, hout, tuin, consumptief. Cliënten kunnen hierbij op zoek gaan naar de eigen interesses en motivatie, en de arbeidscapaciteiten, ervaring en toekomstperspectief van de cliënt worden samen met hem in kaart gebracht. Er wordt stap voor stap gewerkt aan de arbeidsvaardigheden en eventuele schoolse vaardigheden die nodig zijn om het werk te kunnen uitoefenen. Hiernaast wordt er gewerkt aan adaptieve- en sociale vaardigheden die nodig zijn om op gepaste wijze in een arbeidsomgeving te functioneren, zoals contact maken, omgaan met collega's, samenwerken, omgaan met het arbeidsritme.

De toepassing kan soms worden geoefend door deelname aan stages. Er wordt rekening gehouden met de individuele problematiek van de cliënten en betreffende behandelfase door te variëren met en te zoeken naar verschillende wijzen van aanbieden van arbeid: de mate waarin beroep wordt gedaan op gezamenlijkheid en zelfstandigheid, mate van prikkels (zoals geluid, drukte), licht of zwaar werk, uitdaging versus routinematig werk, bejegening. Bij het inrichten van arbeid moet ook aandacht worden besteed aan de veiligheid (bijvoorbeeld risico op probleemgedrag en gebruik gereedschappen).

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

Ook zijn er cliënten voor wie de aansluiting met betaald werk te hoog is gegrepen en aangewezen zijn op andere vormen van (zinvolle) dagbesteding.

Vrijtijdsbesteding

Voor kwaliteit van leven is naast werk, het hebben van leuke vrijetijdsbesteding erg belangrijk: het geeft een voldaan gevoel, zorgt voor positieve ervaringen en nieuwe vaardigheden, vergroot de eigenwaarde/identiteit, geeft mogelijkheden tot sociale contacten en zorgt voor plezier en

ontspanning. Het niet kunnen invullen van vrije tijd kan leiden tot verveling en vervolgens tot (meer) onaangepast of (risicovol) probleemgedrag.

De SGLVG-cliënten zijn vaak niet goed in staat om invulling te geven aan vrije tijd. Hiervoor zijn diverse oorzaken aan te wijzen. Onder andere een gebrek aan kennis van de mogelijkheden, beperkingen in het netwerk, de afwezigheid van stimulans uit het netwerk, financiële beperkingen of als gevolg van de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis. Door hun beperkingen (verstandelijk en in aangepast gedrag) hebben cliënten veel faalervaringen in hun leven meegemaakt, ook op gebied van vrijetijdsbesteding. Ze konden bijvoorbeeld niet meekomen in een spel vanwege beperkt inzicht of vielen op de club buiten de boot vanwege de gebrekkige sociale of praktische vaardigheden.

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

5.8 Risicomanagement

In dit hoofdstuk komt de derde 'B', die van beveiliging terug. In zijn algemeenheid wordt hiervoor de term risicomanagement gebruikt. Internaliserend en externaliserend risicovol- en/of delictgedrag is veelal (mede) aanleiding voor behandeling. Om de cliënt, zijn omgeving en de maatschappij te beschermen tegen herhaling van ernstig risicovol- en/of delictgedrag (recidive) en een veilige deelname in de samenleving mogelijk te maken, zijn het voortdurend inschatten en managen van risico's een integraal onderdeel van de behandeling.

Dit alles binnen een werkomgeving waar zoveel mogelijk veiligheid wordt gecreëerd voor cliënt en medewerkers. Risicomanagement is daarmee niet een doel op zich, maar maakt integraal onderdeel uit van de behandeling.

Risicotaxatie en delictanalyse

Risicotaxatie is het inschatten van het risico dat de cliënt oplevert voor de buitenwereld of zichzelf; men voorspelt vanuit het gedrag van de cliënt in het verleden en heden of hij in de toekomst een gevaar zal zijn voor anderen of zichzelf. De kans op (herhaling van) delict-/probleemgedrag wordt hierbij ingeschat met behulp van een gestructureerde risicotaxatie (risicotaxatie-instrument). Deze aanpak combineert een gestandaardiseerde lijst met uit onderzoek bekende actuariële factoren die samenhangen met recidive gevaar, met klinisch relevante dynamische (in principe veranderbare) risicofactoren. Ook kan er een delictanalyse¹⁴ gedaan worden om meer zicht te krijgen op risicofactoren en hoe eerder een delict is ontstaan. Het klinisch oordeel wordt op deze wijze gestuurd en ondersteund door gestandaardiseerde risicomeetinstrumenten. De risicotaxatie, en in sommige gevallen de delictanalyse, vormen een verplicht onderdeel bij een justitiële plaatsing.

Risicomanagement: vier middelen

¹⁴ In 2023 is er een [delictanalyse voor lvb](#) ontwikkeld.

Veiligheid voor cliënten, medewerkers en samenleving is een voorwaarde om behandeling mogelijk te maken, zowel in ambulante als klinische situaties. De middelen die bijdragen aan veiligheid zijn verschillend van aard.

In de eerste plaats wordt veiligheid gecreëerd door de behandeling zelf, waarbij risicotaxaties, risicomangement en behandeling van dynamische risicofactoren moet leiden tot afname van de risico's. In de tweede plaats is relationele beveiliging van belang. Hierbij gaat het om het verhogen van de veiligheid door middel van een goede werkrelatie tussen cliënt en behandelaars en eventueel cliënten onderling. Hierbij is de kwantiteit en kwaliteit van medewerkers van belang (voldoende personeel, juiste attitudes met betrekking tot de onderlinge omgang en het bejegeningsspectrum, ervaring in het werken met deze doelgroep, alert zijn op veiligheidsrisico's, empathisch vermogen, respectvol, betrouwbaar, grenzen stellend vermogen). In de derde plaats is de procedurele beveiliging van belang, zoals spelregels, gezamenlijke uitgangspunten en veiligheidsafspraken (zoals afspraak is afspraak, meld waar je heen gaat, veiligheidsafspraken bij huisbezoeken) en de veiligheid van het therapeutisch klimaat (juiste sfeer, intensiteit van de werkrelatie, gepaste bejegening en heldere basisregels met betrekking tot geweld, bedreiging, wapens en drugs). Er kan hierbij ook sprake zijn van beveiliging in de vorm van toegangsbeveiliging, bezoeksregeling, afspraken m.b.t. communicatiemiddelen in de kliniek of over gebruik van internet, zaken die vaak voor de hele afdeling zijn geregeld en dan generiek van toepassing zijn. In de vierde plaats speelt tot slot de materiële of fysieke beveiliging een rol. Deze is van belang als het gaat om het voorkomen van uitbraak en het onder controle houden van beheersgevaarlijke cliënten. Dit is ook een verplichting binnen bepaalde beveiligingsniveaus van de forensische zorg¹⁵. Hierbij gaat het bijvoorbeeld over de organisatorische, personeelsmatige, bouwkundige en elektronische beveiliging tegen direct (intern of extern) gevaar; de bewaking en controle in engere zin, via: gebouwelijke beveiliging (beslotenheid, overzichtelijkheid, mate van compartimentering, barrières tegen uitbreken en separeerkamers), beveiligingsapparatuur (elektronische controle buiten en binnen het gebouw, video, piepers, verlichting), beveiligingspersoneel (beschikbaarheid van personeelsleden met specifieke beheersings- en de-escalatievaardigheden) en regelgeving (met name met betrekking tot de dagelijkse structuur).

Verplichte en onvrijwillige zorg

Binnen de klinische SGLVG-behandeling wordt het toepassen van verplichte zorg waar mogelijk voorkomen, maar kan dit niet altijd worden vermeden door achterstanden in (sociale en emotionele) ontwikkeling is het soms nodig verantwoordelijkheden (tijdelijk) over te nemen. Ook speelt het voorkomen van herhaling van ernstig risicovol probleemgedrag en het voorkomen van herhaling van delicten (recidive), een belangrijke rol. Zeker in de eerste fase(n) van behandeling, wanneer gedragsverandering nog niet of onvoldoende heeft opgetreden, zal bescherming van de cliënt zelf en de maatschappij de legitimering zijn van verplichte zorg zoals bijvoorbeeld verblijf binnen de besloten afdeling en/of beperkingen in bewegingsvrijheid buiten de afdeling. Er worden zo weinig mogelijk (maar zoveel als nodig) beperkingen opgelegd, waarbij een goede uitleg naar de cliënt en (indien aanwezig) zijn vertegenwoordigers en het op tijd teruggeven van verantwoordelijkheden belangrijk zijn. Bij voortgang in de behandeling leert de cliënt zijn gedrag en stemming meer zelf te reguleren, al dan niet met (blijvende) ondersteuning, gebruik van een signaleringsplan of medicatie, en zullen de beperkingen zoveel als mogelijk worden afgebouwd. Door het stapsgewijs opbouwen van vrijheden en verlof worden leermomenten en toenemende oefenruimte gecreëerd zodat de cliënt zijn geleerde vaardigheden en inzichten kan leren toepassen in een bredere context, buiten het therapeutisch klimaat (generalisatiedoel). Dan moet blijken of de interne veranderingen ook zonder direct toezicht/externe controle standhouden.

Het doel is dat de cliënt uiteindelijk aangepast functioneert en problemen op maatschappelijk geaccepteerde wijze weet op te lossen. Bij voorkeur zonder dat dit door restrictieve maatregelen wordt afgedwongen (toegenomen 'conflictvrije' maatschappelijke participatie). Indien incidenten van

¹⁵ Beveiligingsniveaus forensische zorg: [Beveiligingsniveau 1 | Forensische Zorg](#)

probleemgedrag uitblijven, mag men ervan uitgaan dat er vooruitgang en kennis met betrekking tot de juiste omgang met de cliënt is ontstaan. Bij de meeste cliënten slagen we uiteindelijk in onze opdracht. In enkele gevallen komt de interne regulatie niet op gang en heeft preventief optreden of medicatie ook onvoldoende effect. Soms is er sprake van dermate ernstige en blijvende problematiek dat een bepaalde mate van toepassing van verplichte zorg ook na de behandeling nodig blijft.

Zorgvuldige multidisciplinaire weging vanuit het holistische beeld; de geschiedenis/anamnese, diagnostiek, behandelvooruitgang, state of the art kennis en risicotaxatie-instrumenten is leidend in het bepalen van het opleggen van verplichte zorg en het vrijheden-/verlofbeleid.

6. Wet- en regelgeving

De SGLVG-behandeling wordt gegeven op het snijvlak van de verstandelijk gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg. Dat de zorg complex is, betekent in dit geval ook dat de wetgeving waar wij mee te maken hebben complex is.

6.1 Wetgeving medische beroepen

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

6.2 Gedwongen en beveiligde zorg

Indien er bij de cliënt echter sprake is van nadeel voor zichzelf of de maatschappij dat voortkomt uit een verstandelijke beperking, een daaraan gelijkgestelde stoornis of een psychische stoornis, dan kan een gedwongen opname plaatsvinden op grond van de Wet zorg en dwang (Wzd) of de Wet verplichte GGZ (WvGGZ). Hiertoe kan een In Bewaring Stelling (IBS) of Rechterlijke Machtiging (RM) of een Crisis Machtiging (CM), of een Zorgmachtiging (ZM) worden afgegeven. Klinische en ambulante SGLVG(+)-behandeling kan ook door de strafrechter worden opgelegd als onderdeel van een (voorwaardelijke) straf, (behandel)maatregel of zorg tijdens tijdelijke overplaatsing vanuit detentie. We spreken dan van forensische zorg, hier is de Wet Forensische Zorg (WfZ) van toepassing. Deze zorg kan zowel ambulant als klinisch worden geboden. Bij klinische behandeling wordt aangegeven welk beveiligingsniveau nodig is bij de behandeling. De zeggenschap over plaatsing/verlof/toezicht, de eindverantwoordelijkheid en de (interne en externe) rechtspositie van de cliënt verschilt per opgelegde strafrechtelijke titel.

Als er tijdens opname -los van de opnamestatus- sprake is van ernstig nadeel dat niet op een andere wijze kan worden afgewend, kan er reden zijn voor gedwongen zorg (Wvvgz) of onvrijwillige zorg (Wzd)¹⁶.

6.3 Indicatiestelling en bekostiging

Als een cliënt door een strafrechter SGLVG(+) behandeling opgelegd krijgt, wordt deze bekostigd via de Wet forensische zorg (Wfz). De indicatie hiervoor wordt, na verzoek van de rechter, afgegeven door het NIFP (Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie) op basis van een inhoudelijke beoordeling van de cliënt.

Een cliënt kan ook voor een SGLVG-behandeling geplaatst worden op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz). Hiervoor is een specifieke SGLVG-behandelindicatie nodig, afgegeven door het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg). Het CIZ hanteert hiervoor dezelfde in- en exclusiecriteria die in het behandelprogramma benoemd zijn.

7. Kwaliteit

De Borg-instellingen hebben te maken met drie kwaliteitskaders, te weten: LKGGZ, KKGZ en KKFZ. Gezamenlijk vormen zij met het Expertisecentrum De Borg een eigen lerend netwerk. Meer hierover is de lezen in kwaliteitsdocument Kwaliteit@DeBorg.

¹⁶ De 9 categorieën zijn: a) Toedienen vocht, voeding en medicatie, medische handelingen vanwege de verstandelijke beperking of dementie, of behandelingen vanwege een lichamelijke ziekte. b) Beperking van bewegingsvrijheid. c) Insluiten (separatie, afzondering, insluiten in eigen kamer). d) Uitoefenen van toezicht op betrokkene (o.a. domotica). e) Onderzoek aan kleding of lichaam. f) Onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op middelen die het gedrag beïnvloeden en op gevaarlijke voorwerpen (kamercontrole). g) Controle op de aanwezigheid van middelen die gedrag beïnvloeden (bijvoorbeeld urinecontrole). h) Beperking van vrijheid om eigen leven in te richten, waardoor de cliënt iets moet doen of laten. (beperkingen in post, internet, sigaretten etc.) i) Beperking in het recht op het ontvangen van bezoek.