

Adviesrapport

Woonbegeleiding

Voor cliënten die sterk gedragsgestoord en tevens licht verstandelijk gehandicapt zijn in de leeftijd van 16 tot 30 jaar.

April 2011

Karen Bosman (s1016334)

Minke-Marije van der Brug (s1015573)

Christelijke hogeschool Windesheim

Sociaal Pedagogische Hulpverlening & GGZ-agoog

Riwis Zorg & Welzijn

Datum :14 april 2011

Christelijke Hogeschool Windesheim
Afstudeerproject Sociaal Pedagogische Hulpverlening (voltijd verkort) & GGZ-Agoog

Naam : Karen Bosman
S-nummer : S1016334
Email : s1016334@student.windesheim.nl

Naam : Minke-Marije van der Brug
S-nummer : S1015573
Email : s1015573@student.windesheim.nl

Opdrachtgever: Stichting Riwis Zorg & Welzijn
Contactpersoon: Mevr. E. Willemse
Docent begeleider: Mevr. R. Sevilir

Voorwoord

Na maanden veel lezen, schrijven en hard zwoegen, ligt hier dan eindelijk ons adviesrapport. In totaal zijn we meer dan een jaar bezig geweest om tot dit eindresultaat te komen, het heeft de nodige strubbelingen en irritaties gekost maar we zijn blij nu de eindstreep in zicht is.

We kijken terug op een leuke, af en toe vermoeiende, maar zeer leerzame periode. Om tot dit eindresultaat te komen zijn er een aantal mensen belangrijk geweest, die we bij dezen willen bedanken.

Allereerst onze opdrachtgever, mevrouw Willemse, woon-zorgcoördinator bij Riwis Zorg & Welzijn. Bedankt dat je ons hebt opgevangen toen wij vastliepen en dat je ons hebt geholpen bij het opstarten en afronden van een nieuw onderzoek, een onderzoek waarvan wij hopen dat het een mooie aanvulling is op het onderzoek dat er al ligt.

Verder willen wij van deze gelegenheid gebruik maken om onze docent, mevrouw Sevilir te bedanken voor haar kritische blik op ons onderzoeksproject. Ook al hebben we dat tijdens onze overleggen nooit echt duidelijk gemaakt.

Verder hadden we dit onderzoek nooit kunnen uitvoeren zonder de hulp van de verschillende instellingen die de tijd hebben genomen om onze vragen te beantwoorden. In het bijzonder willen wij dhr. van Trommelen van stichting Dichterbij bedanken voor de uitgebreide informatie die hij heeft opgestuurd over de doelgroep van dit onderzoek, cliënten die sterk gedragsgestoord en tevens licht verstandelijk gehandicapt zijn. Hier hebben we veel aan gehad.

Tevens bedanken we de mensen die ons onderzoek feedback hebben gegeven. We hebben het heel erg op prijs gesteld dat jullie de tijd hebben genomen om het onderzoek door te lezen en feedback hebben gegeven.

We hopen dat u dit adviesrapport met veel plezier zal lezen.

Zwolle, 14 april 2011

Minke-Marije van der Brug en Karen Bosman

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	- 6 -
Inleiding.....	- 7 -
1. Doelgroep.....	- 10 -
1.1. Sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt (SGLVG)	- 10 -
1.2. Psychiatrische stoornissen	- 13 -
1.2.1. ADHD	- 14 -
1.2.2. Autisme spectrum stoornis	- 15 -
1.2.3. Persoonlijkheidsstoornissen.....	- 16 -
1.3. Gedragsproblemen.....	- 17 -
1.4. Licht verstandelijk gehandicapt (LVG)	- 18 -
2. Begeleiding	- 20 -
2.1. Begeleiden.....	- 20 -
2.2. Behandelen.....	- 22 -
2.3. De overeenkomsten	- 23 -
3. Methodieken	- 24 -
3.1. Individuele Rehabilitatie Benadering	- 25 -
3.1.1. 'Hoe(Zo) Volwassen?'	- 26 -
3.2. Overige methodieken.....	- 28 -
3.2.1. Ontwikkelingsgerichte benadering.....	- 28 -
3.2.2. Competentievergroting	- 29 -
3.2.3. Humoristische benadering	- 30 -
4. Onderzoeksmethoden.....	- 33 -
4.1. Populatie en steekproef	- 33 -
4.2. Dataverzamelingsmethoden	- 34 -
4.3. De meetinstrumenten	- 34 -
4.4. Uitvoering van de dataverzameling	- 35 -
4.5. Betrouwbaarheid en validiteit.....	- 35 -
4.6. Analysemethode.....	- 35 -
5. Resultaten.....	- 36 -
6. Conclusie en aanbevelingen	- 40 -
6.1. Conclusie	- 40 -
6.2. Aanbevelingen.....	- 43 -
6.3. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	- 44 -
7. Discussie	- 45 -

8. Literatuurlijst	- 47 -
Bijlage 1. Benaderde instellingen.....	- 49 -
Bijlage 2. Interview vragen.....	- 50 -
Bijlage 3. Huisregels Riwis Zorg & Welzijn	- 51 -
Bijlage 4. Sanctiebeleid jeugd Riwis Zorg & Welzijn	- 54 -
Bijlage 5. Ontvangen huisregels.....	- 56 -
Bijlage 6. Competentieprofiel beroepskrachten die werken met de SGLVG doelgroep	- 60 -

Samenvatting

De aanleiding van ons onderzoek betreft de groei van cliënten binnen de instelling van onze opdrachtgever, Riwis Zorg & Welzijn, die naast hun psychiatrische stoornis tevens licht verstandelijk gehandicapt zijn en te kampen hebben met gedragsproblematiek. Deze doelgroep omschrijven wij in dit onderzoek als sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG).

Karen heeft stage gelopen bij onze opdrachtgever van februari 2009 tot februari 2010. Tijdens deze stage was het onderwerp erg aan de orde. Bij verschillende cliënten kwam er aan het licht (bij sommige was het al eerder bekend) dat er een licht verstandelijke beperking zich naast de psychiatrische stoornis openbaarde. Deze dubbele problematiek geeft binnen de huidige setting veel onduidelijkheden voor zowel het begeleidend personeel als de cliënt zelf. Vanuit deze probleemstelling hebben we de volgende hoofdvraag geformuleerd:

Hoe dient de woonbegeleiding aan sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapten in de leeftijd van 16 tot 30 jaar er uit te zien wanneer Riwis Zorg & Welzijn voor deze doelgroep een specifieke woonvorm creëert.

De SGLVG doelgroep bestaat uit cliënten met een lange hulpverleningsgeschiedenis, dit brengt veel teleurstellingen met zich mee. Cliënten hebben veel instellingen versleten omdat ze nergens op hun plek lijken. Dit kan onder andere te maken hebben met het niveau van zelfstandigheid, wat er van hen verwacht wordt en het tempo van de dagelijkse structuur waarin ze niet mee kunnen komen, men verzuipt. Hierdoor is er veel frustratie en onmacht bij de cliënten, dit kan zich uiten in verbale of fysieke agressie.

Ons veldwerk hebben we dan ook bij licht verstandelijk gehandicapt (LVG) en geestelijk gezondheidszorg (GGZ) instellingen gedaan. Hieruit is gebleken dat er te weinig informatie over deze doelgroep bekend is en hierdoor veel onduidelijkheid is. Wat wel bekend is over de SGLVG doelgroep is dat ze een veilige en vertrouwde omgeving nodig hebben om zich te kunnen ontwikkelen. Hiernaast moet de communicatie kort en bondig zijn, afspraken en opdrachten moeten duidelijk en op het niveau van de cliënt worden geformuleerd.

Bij onze studie naar de verschillende methodieken die gehanteerd worden in het werkveld kunnen we de conclusie trekken dat er geen één methodiek ontwikkeld is specifiek voor de SGLVG doelgroep. Echter enkele methodieken die we in dit onderzoek besproken hebben richten zich op meerdere doelgroepen, waaronder de individuele rehabilitatie benadering (IRB) die onze opdrachtgever hanteert. In theorie is deze methodiek dus toepasbaar bij de SGLVG doelgroep. Vervolgonderzoek moet nog uitwijzen of dit in de praktijk ook geldt.

Op basis van onze conclusies hebben wij onderstaande punten geformuleerd ter aanbeveling:

- * Meer scholing gericht op SGLVG voor begeleiders
- * Onderwijs moet studenten breder oriënteren
- * Samenwerking instellingen
- * Methodiek Riwis Zorg & Welzijn aanpassen/vereenvoudigen
- * Rekening houden met agressie uitingen bij inrichting locaties

Verder willen wij de onderstaande onderwerpen aangedragen waar vervolgonderzoek gewenst is:

- * Scholing begeleiders
- * Onderwijs
- * Samenwerking instellingen

Inleiding

Het onderzoek dat wij afgelopen jaar hebben uitgevoerd heeft zich gericht op sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapten (hierna te noemen als SGLVG) in de leeftijd van 16 tot 30 jaar binnen de geestelijke gezondheidszorg (hierna te noemen als GGZ) instelling Riwis Zorg & Welzijn.

Enige tijd geleden is er door onze opdrachtgever een verkennend onderzoek gedaan naar de woonmogelijkheden voor deze doelgroep. Als aanvulling op dit onderzoek hebben wij gekeken hoe de begeleiding er uit moet komen te zien wanneer Riwis Zorg & Welzijn voor deze doelgroep een specifiek woonaanbod creëert. Omdat deze groep binnen de ggz steeds groter wordt (Veneberg, 2010) zou het zeer wenselijk zijn wanneer er in de nabije toekomst meer aanbod komt specifiek voor deze doelgroep.

Probleemschets

Tijdens de jaarstage van Karen was dit onderwerp al aan de orde. Vanaf februari 2009 tot februari 2010 heeft Karen stage gelopen op locatie Mercurius in Twello, een beschermde woonvorm voor mensen met psychiatrische stoornissen. Mercurius heeft vier woonhuizen waar in totaal 16 cliënten wonen. De woonvorm is bedoeld als fasehuis en heeft als uitgangspunt dat cliënten er maximaal vijf jaar wonen waarna ze door kunnen groeien naar een meer zelfstandiger vorm van wonen. Tijdens de stage kwam er bij verschillende cliënten aan het licht (bij sommige was het al eerder bekend) dat er zich een licht verstandelijke beperking naast de psychiatrische stoornis openbaarde. Personen met een IQ tussen 50/55 en 70 vallen volgens de classificatiesystemen zoals de DSM-IV-TR in de categorie 'licht verstandelijk beperkt'. Het hebben van een licht verstandelijke beperking is een contra-indicatie¹ voor het wonen binnen de instelling. Maar ook kunnen cliënten door psychoses statusverlies krijgen.

Mensen worden geplaatst door de zorgtoeleiding d.m.v. een indicatiestelling. Voor het plaatsen binnen de betreffende woonvorm moet een iemand een IQ van 80 of hoger hebben. Door het onderzoek dat reeds al is uitgevoerd door onze opdrachtgever blijkt dat veel cliënten hier onder zitten, en dat er voor hen weinig woningaanbod is. Verder geeft het onderzoek aan dat de overweging om voor de gehele organisatie de IQ ondergrens te verlagen naar 70 door iedereen wordt afgeraden omdat er toch in de begeleiding zeer specifieke kennis, houding en vaardigheden worden vereist.

Het gevaar is dat cliënten 'verdrinken' in het samenleven met anderen, iemand valt buiten de boot. Sommigen zullen zich er aan optrekken, maar de meesten zullen ondergesneeuwd raken, onzeker worden en een negatief zelfbeeld krijgen.

Bij navraag bij andere RIBW's blijkt dat de ondergrens die gehanteerd wordt ook 80 is. Tevens geven zij aan dat deze ontwikkeling bij hen de aandacht heeft. Enkele instellingen hebben hun aanbod hier op aangepast, anderen (nog) niet.

De bestaande locaties geven veel onduidelijkheden voor zowel de cliënt als de begeleider. Veel cliënten die ook een lichtverstandelijke beperking hebben kunnen in de psychiatrie niet altijd meekomen. Er wordt een zekere mate van zelfstandigheid van hen verwacht waaraan deze cliënten niet kunnen voldoen. Dit heeft als gevolg dat ze op hun tenen lopen en dat situaties kunnen

¹ Een reden om een behandeling of onderzoek niet uit te voeren. (Bron: gezondheidsplein.nl)

escaleren. Medewerkers vinden zichzelf niet altijd geschikt om met deze doelgroep te werken. Ze vinden dat ze daar niet voor zijn opgeleid en dat de woonvorm niet bedoeld is voor mensen met een licht verstandelijke beperking.

Wanneer medewerkers voor hun cliënt een overplaatsing aanvragen dient zich het volgende probleem aan: de gehandicaptenzorg ziet vaak geen mogelijkheden om de cliënt te plaatsen. Ze willen mensen met een licht verstandelijke beperking wel een dak boven hun hoofd bieden, maar met de psychiatrische stoornis die dezelfde cliënt heeft weten ze geen raad. Dit houdt in dat veel cliënten met deze problematiek niet in de optimale setting leven/wonen, ze blijven onnodig vaak te lang ergens leven/wonen waar ze niet passen. Hierdoor kunnen ze niet altijd alles uit het leven halen wat er in zit. Ze zijn zich soms goed bewust van het feit dat ze er een 'etiket' bij hebben.²

Omdat wij allebei een achtergrond hebben in de gehandicaptenzorg en beide een jaarstage hebben gehad binnen de ggz spreekt dit onderwerp ons aan. Wij denken dat situaties zoals hierboven omschreven anders moeten kunnen en hebben er naar gestreefd om door middel van dit onderzoek een duidelijk advies te geven waar onze opdrachtgever iets aan zal hebben.

Onderzoeksopzet

Uit onze probleemstelling die wij in de inleiding hebben beschreven hebben wij de volgende hoofdvraag geformuleerd:

Hoe dient de woonbegeleiding aan sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapten in de leeftijd van 16 tot 30 jaar er uit te zien wanneer Riwis Zorg & Welzijn voor deze doelgroep een specifieke woonvorm creëert.

Om deze vraag te kunnen beantwoorden hebben wij een aantal deelvragen geformuleerd die moeten bijdragen aan onze uiteindelijke conclusies en aanbevelingen. We hebben voor dit onderzoek de onderstaande deelvragen geformuleerd:

- *Wat zijn kenmerken van SGLVG cliënten in de leeftijd van 16 tot 30 jaar?*
- *Wat zijn kenmerken bij de begeleiding van SGLVG cliënten in de leeftijd van 16 tot 30 jaar volgens de theorie?*
- *Wat zijn kenmerken bij de begeleiding van SGLVG cliënten in de leeftijd van 16 tot 30 jaar volgens bestaande instellingen?*
- *Welke bestaande begeleidingsmethodieken zijn gericht op SGLVG cliënten in de leeftijd van 16 tot 30 jaar?*
- *Wat zijn effectieve begeleidingswijzen die er toegepast worden op SGLVG cliënten in de leeftijd van 16 tot 30 jaar?*
- *Welke competenties hebben woonbegeleiders nodig voor de begeleiding van SGLVG cliënten in de leeftijd van 16 tot 30 jaar?*
- *Welke huisregels zijn toepasbaar bij de woonbegeleiding voor SGLVG cliënten in de leeftijd van 16 tot 30 jaar?*

Onderzoeksdoel:

Met dit onderzoek hopen wij een bijdrage te kunnen leveren aan de verbetering van de woonbegeleiding die aan SGLVG cliënten geboden wordt. We willen daarnaast nog maar weer eens

² Informatie is geput uit de verschillende rapportages die tijdens de jaarstage, en nu nog steeds worden gemaakt.

aan de kaak stellen dat het een doelgroep is die zeer complex is, maar desondanks zijn het wel mensen die net als ieder ander een plekje in de maatschappij verdienen. Ze mogen niet vergeten worden.

Opbouw onderzoeksverslag

Om antwoord te kunnen geven op onze onderzoeksvragen, zijn we zowel de literatuur als de praktijk in gedoken.

Hoofdstukken 1 tot en met 3 betreffen het literatuurgedeelte van ons onderzoek. Hierin hebben wij uitgebreid stil gestaan bij de doelgroep van ons onderzoek, maar ook bij de verschillende begeleidingswijzen en methodieken.

In hoofdstuk 4 en 5 besteden wij aandacht aan het veldwerk van ons onderzoek. Hoofdstuk 4 betreft de onderzoeksmethoden, hierin beschrijven wij op welke wijze wij het onderzoek hebben uitgevoerd en welke keuzes we hierbij hebben gemaakt. In hoofdstuk 5 zijn de resultaten van het veldwerk weergegeven.

Op basis van de uit de literatuur en veldwerk verkregen informatie komen wij tot een conclusie waaruit aanbevelingen voortkomen die hopelijk zullen bijdragen aan een beter (woon)aanbod voor de SGLVG cliënt. Dit betreft hoofdstuk 6 van dit rapport.

In het laatste hoofdstuk bekijken wij ons onderzoek vanuit een ander perspectief. We kijken kritisch terug op het onderzoek en formuleren hierbij onze visie. Dit is hoofdstuk 7: discussie.

1. Doelgroep

In dit hoofdstuk hebben we ons verdiept in de doelgroep van ons onderzoek: sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapten (hierna te noemen als SGLVG) in de leeftijd van 16 tot 30 jaar.

We geven in dit hoofdstuk allereerst een algemene beschrijving van de SGLVG doelgroep, vervolgens hebben we in aparte paragrafen aandacht besteed aan de volgende facetten: psychiatrische stoornissen, gedragsproblemen en licht verstandelijk gehandicapten (hierna te noemen als LVG).

1.1. Sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt (SGLVG)

In de literatuur lijkt er nog weinig aandacht besteed te worden aan deze groep mensen. Concrete informatie is lastig vindbaar, ondanks dat de SGLVG doelgroep tegenwoordig wel steeds meer in beeld komt. Dit merken we vooral aan de reacties en verhalen uit de praktijk en enkele onderzoeken die onlangs zijn uitgevoerd (Smit 2008 en Veneberg 2010). Desondanks hebben we van het behandelcentrum de Borg³ enkele boeken ontvangen die ons meer inzicht geven in de doelgroep. Wel hebben we gekeken naar welke informatie relevant is voor ons onderzoek, i.v.m. het verschil in begeleiden en behandelen. Dit verschil lichten we kort toe in hoofdstuk 3.

“Sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapten zijn mensen met een (lichte) verstandelijke beperking en ernstige psychiatrische aandoeningen en/of gedragsstoornissen.”
(Tenneij en Koot, 2007)

De definitie zoals hier boven omschreven lijkt simpel, maar bij extra studie blijkt het complexer dan je in eerste instantie zou denken. In de literatuur wordt beschreven dat het lastig is om te bepalen waar bepaalde gedragingen vandaan komen en wat de oorzaken hiervan zijn. Dit komt doordat de SGLVG cliënt een combinatie heeft van verschillende stoornissen en problematieken.

Omdat dit onderzoek gericht is op jongeren kunnen bepaalde gedragingen ook voortkomen uit de leeftijdsfase waarin iemand zich bevindt. Volgens de levensloopspsychologie valt deze groep onder de jongvolwassenheid (Rögels, 2007). Dit kan onder andere inhouden dat de cliënt niet naar school gaat en niet studeert. Het kan ook zijn dat de cliënt werkt. Problemen en bepaalde gedragingen kunnen echter ook voortkomen uit de psychiatrische stoornis of licht verstandelijke beperking. Dat maakt deze doelgroep complex.

Voor het vaststellen van de kenmerken van de SGLVG doelgroep heeft de Borg, in samenwerking met verschillende disciplines en andere instellingen, een onderzoek gedaan. Dit onderzoek heeft plaats gevonden over een termijn van 4 jaar. Het onderzoek is uitgebracht in het jaar 2006 in boek vorm die alleen via de Borg te bestellen is. Hieruit is een beschrijving voortgekomen die de doelgroep in zijn geheel in kaart brengt. Men heeft voor dit onderzoek gekeken naar onder andere de volgende gegevens; geslacht, leeftijd, intelligentie, sociale redzaamheid, school- en arbeidsverleden, oorzaken verstandelijke beperking, hulpverleningsgeschiedenis, probleemgedrag, enz. Uit dit onderzoek hebben we de volgende tabellen overgenomen:

³ De Borg is het landelijk samenwerkingsverband van de vier erkende SGLVG instellingen. Deze behandelen mensen met een (lichte) verstandelijke beperking en ernstige psychiatrische aandoeningen en/of gedragsstoornissen. De vier instellingen zijn: Altrecht, de Bruggen, Dichterbij en Trajectum

Belangrijkste verzorger in drie leeftijdperiodes, in percentage cliënten.

	0 t/m 6 jaar	7 t/m 12 jaar	13 t/m 18 jaar
Biologische ouder(s)	93.0%	76.2%	55.1%
Gezinssituatie, niet biologische ouder(s)	4.3%	9.2%	8.6%
Instituten	1.1%	11.9%	33.0%
Anders	0.5%	1.1%	1.6%
Onbekend	1.1%	1.6%	1.6%

Bovenstaande tabel is gericht op de voorgeschiedenis van de cliënt. In de tabel is weergegeven wie de belangrijkste verzorger was van de cliënt in drie leeftijdsperiode. Met de belangrijkste verzorger wordt bedoeld daar waar de cliënt het grootste deel van de periode heeft doorgebracht.

De volgende twee tabellen richten zich ook op de voorgeschiedenis van de cliënt alleen dan op het gebied van verwaarlozing/mishandeling en seksueel geweld/misbruik.

% cliënten waarbij er sprake is van verwaarlozing/mishandeling, in verschillende perioden.

	t/m 6 jaar	7 t/m 12 jaar	13 t/m 18 jaar	19 tot heden	ooit
%	29.2%	28.6%	19.6%	9.2%	39.2%

Opmerking. Van 13 cliënten is aangegeven dat dit onbekend is.

% cliënten waarbij er sprake is van seksueel geweld/misbruik, in verschillende perioden.

	t/m 6 jaar	7 t/m 12 jaar	13 t/m 18 jaar	19 tot heden	ooit
%	5.4%	10.7%	17.3%	5.4%	27.9%

Opmerking. Van 13 cliënten is aangegeven dat dit onbekend is.

“Voor zover bekend, is erbij bijna 40% van de cliënten ooit in het leven sprake geweest van verwaarlozing/mishandeling en bij bijna 28% ooit van seksueel geweld/misbruik. Wanneer men deze gegevens combineert dan blijkt bijna de helft van de cliënten (47,6%) er in de jeugd (tot en met 18 jaar), voor zover bekend, sprake te zijn geweest van seksueel geweld/misbruik en/of mishandeling/verwaarlozing.”(de Borg, 2006).

Bij de SGLVG doelgroep gaat het om mensen met een lichte verstandelijke beperking of met een zwakbegaafd intelligentieniveau, die door verschillende oorzaken de grip op hun leven zijn kwijtgeraakt. Dit kan op verschillende manieren tot uiting komen, denk bijvoorbeeld aan de omgeving, het gezin, het wonen, werken en vrije tijd. Deze mensen lopen op een bepaald moment in hun leven vast ten gevolge van de complexe problematiek van hun psychiatrische stoornis, ze worden overvraagd omdat de licht verstandelijke beperking niet of te laat herkend wordt. Veel cliënten hebben te maken met ontwrichte sociale relaties en een zeer beperkt sociaal netwerk. Verder kenmerkt de SGLVG doelgroep zich door risicovol gedrag, hierdoor is de cliënt veelal een gevaar voor zichzelf en omgeving. Er is sprake van een gebrekkige ontwikkeling wat gepaard kan gaan met een stoornis waarvoor behandeling zeer gewenst is.

De doelgroep is behoorlijk gevarieerd qua samenstelling. Grote verschillen zijn er in niveau van functioneren, leeftijd, achtergrond, omstandigheden en stoornissen. Bijna driekwart van de cliënten die bij de Borg opgenomen worden zijn van het mannelijke geslacht. De Borg heeft in het onderzoek hierin aandacht geboden om in kaart te brengen wat de verhoudingen zijn binnen de DSM-IV as 1 tussen mannen en vrouwen. Dit wordt weergegeven in de volgende tabel:

As I, percentage mannen (n=103) en vrouwen (n=41) waarbij sprake is van As I classificaties.

	% mannen (n=103)	% vrouwen (n=41)	% totaal (n=144)	p
Angststoornissen	7.9%	9.3%	8.3%	.78
Stemmingstoornissen	7.0%	14.0%	8.8%	.17
Pervasive ontwikkelingsstoornissen	22.5%	14.0%	20.1%	.23
Gedragsstoornissen	25.9%	14.0%	22.6%	.11
Psychotische stoornissen	13.3%	4.7%	10.9%	.12
Middelenafhankelijkheid	18.6%	4.7%	14.7%	.03
Enige As I stoornis	72.2%	51.2%	66.2%	.01

Opmerking. Verschillen zijn getoetst met Chi-kwadraat toetsen.

Uit het onderzoek van de Borg komt tevens naar voren dat in slechts 13 % van de SGLVG cliënten is de oorzaak van de verstandelijke beperking bekend. Bij de meerderheid van de cliënten ligt de oorzaak bij een problematisch verleden, waarbij er meestal sprake is geweest van seksueel misbruik en/of mishandeling/verwaarlozing (De Borg, 2006 en 2008).

De meest voorkomende probleemgedraging (73%) is agressie/gewelddadigheid. Onder agressie verstaan wij in ons onderzoek het non- en verbale gedrag dat erop gericht is anderen schade toe te brengen.

Binnen de SGLVG doelgroep is er bij een groot deel van de cliënten ook sprake van een ontwikkelings- of persoonlijkheidsstoornis.

De Borg heeft tevens gekeken naar het middelen gebruik van de SGLVG cliënt. Hieronder geven we in een tabel van de Borg weer welke middelen er worden gebruikt. De tweede tabel geeft de mate van middelen gebruik bij mannen en vrouwen aan.

Percentage cliënten waarbij sprake van mogelijke of ernstige problemen met het gebruik van specifieke middelen.

	Mogelijk / minder ernstige Problemen	Duidelijk / ernstige problemen
Alcohol	15.8%	15.8%
Amfetamine	4.9%	2.2%
Cannabis	10.3%	20.7%
Cocaïne	4.3%	10.9%
Overige middelen	2.7%	3.3%

Percentage mannen en vrouwen waarbij sprake is geweest van - mogelijk - problematisch en problematisch middelengebruik in het jaar voorafgaande aan de opname.

	Geen middel(en) gebruik of niet problematisch	Mogelijk / minder ernstige	Duidelijk / ernstige problemen
Man, n=137	62	21	54
%	45.3%	15.3%	39.4%
Vrouw, n=47	36	6	5
%	76.6%	12.8%	10.6%
Totaal, n=184	98	27	59
%	53.3%	14.7%	32.1%

Opmerking. $\chi^2=15.65$, $df=2$, $p<.001$.

1.2. Psychiatrische stoornissen

De SGLVG doelgroep kenmerkt zich door de aanwezigheid van verschillende psychiatrische stoornissen. Wij hebben een beeld proberen te schetsen van de term psychiatrie en aansluitend een aantal veelvoorkomende stoornissen die voorkomen bij de SGLVG doelgroep onder de loep genomen.

Psychiatrie is het medisch specialisme dat zich bezighoudt met problemen die volwassenen kunnen hebben in gedrag en beleving. Klachten kunnen een gevolg zijn van psychiatrische aandoeningen, bijvoorbeeld schizofrenie, een depressie, manisch-depressieve stoornis, paniekstoornis of een fobie. Door dergelijke aandoeningen kan iemand vaak zijn leven niet meer inrichten zoals hij wil, niet meer goed functioneren en zich niet meer aanpassen aan de door zijn omgeving gestelde eisen. (UMC Utrecht 2010)

De eerste introductie van de term psychiatrie gaat ver terug in de tijd. In 1808 werd deze term door Johann Christian Reil geïntroduceerd. Het woord is een samenvoeging van het Griekse woord *psyche*, wat ziel of geest betekent en *iatros* wat arts betekent.

“Men spreekt van een psychiatrische stoornis als de intensiteit en frequentie van bepaalde, met elkaar optredende gedrags- en emotionele problemen afwijkend zijn. Het dagelijks functioneren wordt hierdoor aanzienlijk belemmerd.” (Didden, 2006)

Om verwarring in de definities van verschillende stoornissen te voorkomen is in de DSM in het leven geroepen. De Amerikaanse vereniging van psychiaters, *the American Psychiatric Association* ontwikkelde het classificatiesysteem. De verschillende diagnostische gegevens worden gestructureerd en samengevat op vijf verschillende assen.

De termen abnormaliteit en ziekte hangen nauw samen met een psychiatrische stoornis. Abnormaal gedrag is niet hetzelfde als gestoord gedrag en is ook niet automatisch een stoornis. Daarnaast heeft niet elke stoornis meteen betrekking op een psychiatrische stoornis. Er is normaal gesproken niet één oorzaak aan te wijzen voor een psychiatrische stoornis, er liggen meerdere factoren aan ten grondslag en problematiek overlapt elkaar (Griez, 1999). In tabel 1 is een onderverdeling te zien van de verschillende psychiatrische stoornissen.

Psycho-organische stoornissen Dementie Delier Amnestisch syndroom Andere organische stoornissen	Stoornissen door gebruik van alcohol en drugs Misbruik en afhankelijkheid van alcohol en drugs	Schizofrenie en andere psychosen Schizofrenie Niet-schizofrene psychosen	Stemmingsstoornissen Depressie Manie Bipolaire stoornis Dysthymie Cyclothymie
Angststoornissen Paniekstoornis Fobieën Dwangstoornis Posttraumatische stress stoornis Veralgemeende angststoornis	Dissociatieve stoornissen Dissociatieve amnesie Dissociatieve fugue Dissociatieve identiteits stoornis Depersonalisatiestoornis	Somatoforme stoornissen Somatisatiestoornis Conversiestoornis Pijnstoornis Hypochondrie Lichaamsbeeldstoornis	Eetstoornissen Anorexia nervosa Boulimia nervosa
Seksuele stoornissen Seksuele disfuncties Parafilieën Gender-identiteits-stoornis	Slaapstoornissen Dyssomnieën Parasomnieën	Impulscontrole stoornissen Pathologisch gokken Kleptomanie Pyromanie Periodieke explosieve stoornis Trichotillomanie	Persoonlijkheidsstoornissen Paranoïde Schizoïde Schizotypische Antisociale Borderline Theatrale Narcistische vermijdende
Aanpassings Stoornissen Aanpassings stoornis	Stoornissen bij kinderen en adolescenten Autisme Aandachtstekortstoornis en hyperactiviteit Antisociale gedragsstoornissen Ticstoornissen Stoornissen in de uitscheiding Specifieke ontwikkelingsstoornissen		

Tabel 1. Onderverdeling van psychiatrische stoornissen (Vandereycken & van Deth 2004)

Alle stoornissen in tabel 1 kunnen een rol spelen bij de SGLVG cliënt, maar uit literatuur onderzoek is gebleken dat er een aantal specifieke stoornissen bij deze doelgroep meer voorkomen. Het betreft hier ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), autisme en persoonlijkheidsstoornissen. In de volgende paragrafen gaan we op deze drie uitgebreider in.

1.2.1. ADHD

De gedragsproblematiek die tegenwoordig ADHD wordt genoemd is in 1902 voor het eerst beschreven door de Britse kinderarts George Still. In het verleden zijn er verschillende benamingen geweest voor wat men nu ADHD noemt. Lange tijd kende men ADHD als MBD (minimal brain damage) (Mens en samenleving, 2011).

“ADHD staat voor Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Een combinatie van een aandachtstekort met hyperactiviteit en/of impulsiviteit. De klachten zijn erger dan op grond van de leeftijd verwacht mag worden en doen zich in tenminste twee situaties voor, zoals thuis en op school. De eerste klachten treden op voor de leeftijd van zeven jaar en zijn niet te wijten aan een andere stoornis of ziekte. Ongeveer 3-5% van de kinderen heeft ADHD, jongens hebben het vaker dan meisjes.” (Bergsma & Van Petersen, 2007)

ADHD is een psychische aandoening die zich kenmerkt door onoplettendheid, impulsiviteit en hyperactiviteit. ADHD is een stoornis die niet overgaat, men kan er wel mee leren leven of er in de loop der tijd minder last van ondervinden. ADHD kan voorkomen op alle leeftijden (ADHD-land informatiecentrum, 2011).

Voor het stellen van de diagnose ADHD bij een kind wordt er gekeken naar de volgende gedragskenmerken:

- * Snel afgeleid, moeite om zich te concentreren (aandachtsstoornissen)
- * Over beweeglijk, niet stil kunnen zitten (hyperactiviteit)
- * Direct reageren, eerst doen dan denken, ongeduldig (impulsiviteit)
- * Onhandig, onbeheerst, houterig (motorische stoornissen)
- * Wat vandaag wordt geleerd, is morgen weer vergeten (leerproblemen)

De DSM-IV-TR onderscheidt drie typen ADHD, het gecombineerde type, het overwegend hyperactieve-impulsieve type en het onoplettende type. Bij het gecombineerde type zijn alle hier boven genoemde gedragskenmerken aanwezig, bij het overwegend hyperactieve type is het aandacht tekort beperkt en bij het onoplettende type is de hyperactiviteit en impulsiviteit minder dan bij de overige typen ADHD.

Bovenstaande kenmerken zijn op zevenjarige leeftijd al zichtbaar. Op school, thuis en in contact met vriendjes enz. komen deze situaties voor. Naast ADHD hebben ongeveer de helft van de kinderen een gedragsprobleem zoals agressie. Tevens komt depressie en angstig gedrag voor.

Bij ADHD is er sprake van een prikkelselectie. De persoon wordt overspoeld door prikkels en die worden niet geselecteerd. Hierdoor is hij snel afgeleid waardoor het hem niet lukt om zich op één ding te concentreren. Dit heeft invloed op het vasthouden en verwerken van informatie, het leren. Door de slechte leerprestaties en de hoeveelheid kritiek en negatieve aandacht zijn faalangst en een negatief zelfbeeld meer een regel dan uitzondering.

1.2.2. Autisme spectrum stoornis

Autisme is een stoornis in de informatieverwerking van de hersenen. Mensen met autisme verwerken de informatie die binnenkomt via de zintuigen anders dan anderen. Ze hebben moeite om alles tot een samenhangend geheel te verwerken, hierdoor kunnen er problemen ontstaan in de communicatie, sociale interactie en verbeelding (Nederlandse vereniging voor autisme, 2011).

“Een ontwikkelingsstoornis die zich al voor het derde levensjaar manifesteert en die het hele leven aanhoudt. Er zijn problemen op het gebied van communicatie, taalontwikkeling en sociale interactie. Één op de 2000 kinderen heeft autisme en daarmee is het een van de meest voorkomende pervasieve ontwikkelingsstoornissen (een algemene aanduiding voor een aantal ernstige stoornissen in de ontwikkeling van kinderen, waarbij de normale sociale omgang is verstoord). Autisme gaat in driekwart van de gevallen gepaard met zwakzinnigheid.” (Bergsma & Van Petersen, 2007).

Leo Kanner is de specialist op het gebied van het autisme spectrum stoornis (ASS). In zijn werk met kinderen kwam hij een stoornis tegen, die hij in 1943 beschreef als het vroegkinderlijke autisme. Deze stoornis omschreef Kanner aan de hand van kenmerken; in extreme mate in zichzelf gekeerd

zijn, moeite met taal en gebruik van symbolen, bizar gedrag.

De oorzaak van autisme heeft lang ter discussie gestaan; het was aangeboren of gevolg van falend moederschap. Pas jaren later kwam men tot een ander inzicht, namelijk dat de stoornis werd veroorzaakt door een beschadiging van de hersenen.

Driekwart van de mensen met autisme hebben ook een verstandelijke handicap en daarnaast komen er ook geregeld visus- en gehoorproblemen voor.

Voor een wijze van begeleiding is autisme onderverdeeld in drie groepen:

- * De in zich zelf gekeerde autist, leeft in zijn eigen wereld en wijst contact af
- * De passieve autist, zoekt geen contact en onderneemt weinig, stelt zich passief op
- * De actieve autist zoekt contact maar slaat daarin voortdurend de plank mis, stelt zich actief op.

1.2.3. Persoonlijkhedsstoornissen

“Er is sprake van een persoonlijkheidsstoornis als iemand een vaste, starre manier van reageren heeft ontwikkeld op zeer uiteenlopende omstandigheden. Dit is hinderlijk voor de persoon zelf en/of voor de directe omgeving. De stoornis komt aan het licht op veel levensgebieden, ontstaat doorgaans in de kindertijd of adolescentie en blijft voortduren in de volwassenheid. De stoornis maakt als het ware onderdeel uit van iemands karakter, en dit impliceert dat veranderingen niet zo snel kunnen optreden.” (Bergsma & Van Petersen, 2007).

Persoonlijkhedsstoornissen zijn onder te verdelen in drie categorieën:

- * Cluster A wordt gekenmerkt door vreemde excentrieke gedragingen en bestaat uit: paranoïde, schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornissen.
- * Cluster B wordt gekenmerkt door dramatische, emotionele of onvoorspelbare gedragingen en bestaat uit: antisociale, borderline, theatrale en narcistische persoonlijkheidsstoornissen.
- * Cluster C wordt ook wel het angstige cluster genoemd en bestaat uit: afhankelijke, vermijdende, dwangmatige persoonlijkheidsstoornissen. (Vandereycken, 2004)

De uitdrukking van iemands persoonlijkheid komt naar voren door middel van gedrag, interacties en ervaringen. Biologische en psychosociale factoren, ervaringen en leerprocessen beïnvloeden de ontwikkeling van de persoonlijkheid. Een persoonlijkheidsstoornis ontstaat door hinder, last en lijdensdruk bij de persoon of bij anderen met wie de persoon in relatie staat. Voor er sprake kan zijn van een persoonlijkheidsstoornis wordt er gekeken naar cognitieve, emotionele en sociale ontwikkeling.

De levensloopontwikkeling van een persoon met lichtverstandelijke handicap verloopt vanaf zijn eerste jaren anders dan iemand zonder een lichtverstandelijke handicap. Hierdoor ontstaan er anders soorten persoonlijkheden bij personen met lichtverstandelijke handicap en zijn deze moeilijk met elkaar te vergelijken. Het afgrenzen van een onvolgroeide persoonlijkheid en van een gestoorde persoonlijkheid is lastig. Dit omdat een achterstand in de cognitieve ontwikkeling de zelfde trekken kan laten zien als van een persoonlijkheidsstoornis. Als gevolg hiervan spreekt men eerder van niet-aangepast sociaal gedrag dan een persoonlijkheidsstoornis (Didden en Moonen, 2009).

1.3. Gedragsproblemen

In ons onderzoek richten wij ons op de psychiatrische stoornissen, maar omdat er een grote overlap en samenhang bestaat tussen gedragsstoornissen en psychiatrische stoornissen zullen we kort weergeven wat deze gedragsproblemen inhouden.

Zowel in de dagelijkse praktijk als in de literatuur worden de termen 'gedragsproblemen' en 'psychiatrische stoornissen' gescheiden van elkaar gebruikt.

"Er is sprake van een gedragsprobleem als de gevolgen van het gedrag een bedreiging vormen voor het welzijn van de persoon in kwestie en/of anderen. Het gaat dan om zeer onaangepast of storend ervaren gedrag in de sociale context. Gedragsproblemen uiten zich vaak in agressief gedrag, zichzelf verwaarlozen, impulsiviteit, middelengebruik en overlast veroorzaken".
(Neijmeijer, 2010)

De DSM IV-TR onderscheidt drie typen gedragsstoornissen, te weten:

- * Gedragsstoornis, type beginnend in de kindertijd
- * Gedragsstoornis, type beginnend in de adolescentie
- * Gedragsstoornis, type begin niet gespecificeerd

Voorbeelden van gedragsproblemen zijn o.a. zelfverwondend en hyperactief gedrag, oppositioneel, vernielend en agressief gedrag, sociaal onaangepast en seksueel grensoverschrijdend gedrag, misbruik van alcohol en of drugs en stelen. In de volgende tabel staat een overzicht weergegeven van de gedragsproblemen en hierin het verschil tussen mannen en vrouwen.

Type van probleemgedrag aanwezig bij mannen en vrouwen direct voorafgaande aan de opname:

Groep van probleemgedragingen	n*	% Totaal	% Mannen	% Vrouwen	p*
Oppositieel gedrag	68	69%	65%	79%	.28
Agressie / gewelddadigheid	185	73%	73%	73%	.99
Suïcidaliteit en zelfverwonding	185	29%	23%	46%	<.01
Seksueel probleemgedrag	185	29%	31%	23%	.27
Vermogensproblematiek	185	34%	40%	17%	<.01
Overig moeilijk gedrag (bijv. extreem veel eten)	68	19%	16%	26%	.35
Middelenmisbruik	68	42%	51%	16%	<.01
Aandachtsgelateerde problemen	68	21%	23%	16%	.52
Impulsregulatie problemen	68	42%	47%	26%	.12
Stemmingsgerelateerde problemen	68	31%	27%	42%	.21
Angstgerelateerde problemen	68	28%	27%	32%	.67
Psychose gerelateerde problemen	68	21%	27%	5%	.05
Aan autisme gerelateerde problemen	68	19%	20%	16%	.66
Problemen met school / werk	68	13%	14%	11%	.68
Problemen binnen gezin	68	11%	11%	11%	.99
Maatschappelijke problemen	68	12%	14%	5%	.30
Andere problemen	185	63%	64%	63%	.83

Opmerkingen: * Per probleemgedragcategorie bestaat de populatie uit 185 cliënten (137 mannen en 48 vrouwen) of 68 cliënten (49 mannen en 19 vrouwen). * Chi-kwadraat toetsing.

Zoals gezegd komen naast psychiatrische stoornissen, gedragsproblemen ook veel voor bij mensen met een licht verstandelijke handicap. Ondanks dat er een samenhang bestaat tussen deze twee hoeft het niet zo te zijn dat gedragsproblemen altijd een gevolg zijn van een psychiatrische stoornis, omgekeerd geldt hetzelfde.

1.4. Licht verstandelijk gehandicapt (LVG)

In de Nederlandse praktijk en literatuur vallen licht verstandelijk gehandicapten en zwakbegaafden vaak samen. Een zwakbegaafde heeft een IQ tussen de 70 en 85. Doordat het functioneren van zwakbegaafden veel overeenkomsten vertoont met licht verstandelijk gehandicapten worden deze twee doelgroepen vaak als één groep gezien (Neijmeijer,2010).

"Lichte zwakzinnigheid: Ook debiliteit. Hiervan in sprake bij een IQ tussen 50-55 en 70, maar soms worden andere grenzen gehanteerd, zoals tussen 50 en 80. De lichte zwakzinnigheid komt vooral tot uitdrukking in het niet mee kunnen komen op school, maar een grote mate van zelfredzaamheid en het uitvoeren van ongeschoold of halfgeschoold werk behoren tot de mogelijkheden. Bijkomende emotionele of sociale onrijpheid kan de aanpassing echter in de weg staan en vergroot de behoefte aan speciale ondersteuning. Bij de meeste licht zwakzinnigen is het niet mogelijk om een lichamelijke oorzaak voor het gebrekkige verstandelijke functioneren aan te wijzen." (Bergsma & Van Petersen, 2007).

Het komt vaak voor dat de uiting van de verstandelijke handicap pas wordt gesignaleerd in de eerste groepen van de basisschool. Bij mensen met LVG valt de vertraagde ontwikkeling het meeste op. Dit komt steeds meer naar voren wanneer de persoon ouder wordt. Mensen met LVG zijn vaak in zichzelf gekeerd en egocentrisch. Meestal beseffen ze goed dat ze anders zijn. Dit kan leiden tot een negatief zelfbeeld, faalangst en het sneller in paniek raken. Hiernaast zijn er mensen met LVG die zichzelf te hoog in schatten. Het weloverwogen vormen van een oordeel gezien het abstract denken is moeilijk, waardoor misbruik van mensen met LVG vaak voorkomt. Mensen met LVG hebben als volwassenen niet altijd begeleiding nodig. Ze maken hun eigen keuzes, hebben een eigen smaak en weten hoe ze hun leven willen indelen. Wanneer ze nog kind zijn is begeleiding erg belangrijk, omdat ze zich bewust zijn van het 'anders zijn', hierdoor wordt het kind onzeker en kan het boos en opstandig gaan reageren. Bij mensen met LVG, ongeacht de leeftijd, moet men het zelfbeeld en de faalangst in de gaten houden. De mentale leeftijd die kan worden bereikt, vergelijkt men met een kind in de leeftijd van 10 tot 12 jaar.

Belangrijk om te weten is dat LVG geen ziekte is, maar een ontwikkelingsstoornis. Het tempo van de ontwikkeling ligt lager dan de ontwikkeling bij mensen zonder een beperking, maar het verloop ervan is hetzelfde. Aan de lagere intelligentie is weinig te veranderen. Maar aan de beperkingen in het aanpassingsgedrag is verandering mogelijk. De laatste tijd spreekt men van mensen met mogelijkheden, maar men moet de beperking niet over het hoofd zien. Deze moet ondersteund worden. Mensen met LVG zullen min of meer altijd afhankelijk zijn van anderen. De mate van de afhankelijkheid hangt samen met hoe ontwikkelingsgericht de omgeving handelt.

Mensen met LVG zijn vaak, mede door toedoen van de omgeving afhankelijker dan noodzakelijk. Deze afhankelijkheid beperkt hen en stimuleert niet tot het nemen van initiatief en andere persoonlijke ontplooiing.

Samenvatting

In dit hoofdstuk hebben wij de doelgroep van ons onderzoek uitgebreid onder de loep genomen. We hebben van verschillende kanten de SGLVG cliënt proberen te belichten. De licht verstandelijke beperking, maar ook de psychiatrische stoornissen en gedragsproblemen zijn aan bod gekomen.

De doelgroep is zeer complex en het is dan ook lastig om te herleiden waar bepaalde gedragingen van de cliënt vandaan komen. Er kan zowel een licht verstandelijke beperking aan ten grondslag liggen, maar ook bijvoorbeeld een autisme spectrum stoornis.

2. Begeleiding

In dit hoofdstuk gaan we in op het begrip begeleiding, het hoofdonderwerp van ons onderzoek. Ook zullen we kort stil staan bij het begrip behandeling omdat begeleiding een groot onderdeel is van de behandeling. We vinden het belangrijk om de rol van de begeleiding aan de doelgroep van ons onderzoek, de SGLVG cliënten, zo volledig mogelijk weer te geven, daarom bespreken we beide begrippen.

2.1. Begeleiden

Het woord begeleiden definiëren we aan de hand de Van Dale, hierin staat begeleiden als volgt omschreven: *“Be-ge-lei-den -geleidde, h -geleid 1 vergezellen 2 (muz) de ondersteunende partij spelen 3 adviserend, steunend medewerken.”*

Zoals in de definitie staat beschreven gaat begeleiding uit van de mogelijkheden van de cliënt. De begeleider is de ondersteunende partij en adviseert en ondersteunt de cliënt in zijn ontwikkeling en keuzes.

Dit onderzoek richt zich op de woonbegeleiding voor SGLVG cliënten. Woonbegeleiding wordt ook wel begeleid wonen genoemd. In 1973 zijn er begeleid wonen projecten ontstaan. Vanuit deze projecten zijn de sociaal pedagogische diensten ontstaan. Door de jaren heen is de zorg in Nederland gegroeid. Zo is onder andere de woonsituaties voor intra- en extramurale zorg zoveel mogelijk genormaliseerd (van Hove, 1992).

Wanneer we ons richten op de doelgroep van ons onderzoek, namelijk SGLVG cliënten dan spelen onderstaande aspecten volgens de literatuur een grote rol in de begeleiding. Begeleiders die werken met deze doelgroep moeten rekening houden met een aantal criteria. We houden deze criteria aan omdat ze in terug komen in meerdere theoretische bronnen (Smit, 2008). Door de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) is een competentieprofiel ontwikkeld voor beroeps krachten die behandeling en begeleiding bieden aan SGLVG cliënten. Een samenvatting van dit profiel, afkomstig uit een eerder uitgevoerd onderzoek van onze opdrachtgever is terug te vinden in bijlage 7 van ons onderzoek.

De begeleiding moet aan onderstaande criteria voldoen:

- * Vertrouwen/veiligheid/structuur

Zoveel mogelijk vertrouwen en veiligheid voor de cliënt creëren. De basis hiervoor is een duidelijke, voorspelbare omgeving. Vanuit dit gevoel zullen cliënten veel sneller geneigd zijn hun eigen mogelijkheden te ontdekken en ontwikkelen. De begeleider moet duidelijk zijn, consequent handelen en betrouwbaar zijn.

De behoefte bij cliënten met bijvoorbeeld ADHD is structuur, een prikkelarme omgeving, regelmaat en duidelijkheid waardoor ze zo min mogelijk worden afgeleid door onbelangrijke prikkels. Een vaste dagindeling helpt de cliënt om structuur in zijn leven te brengen. Bij structuur horen ook duidelijke regels waarbij de begeleiding altijd consequent en duidelijk moet zijn. Wanneer je een cliënt een opdracht geeft is het voor de cliënt het duidelijkst wanneer je het opsplitst in kleine opdrachtjes. De opdracht formuleer je dan kort en duidelijk. Hierbij help je de cliënt informatie te selecteren. Naast duidelijkheid heeft een cliënt met ADHD ook ruimte nodig om zijn hyperactiviteit te kunnen uiten. Ze hebben tijd nodig om te bewegen, zich af te reageren en uit te leven.

* Vertrouwensband

Daarnaast is het belangrijk dat er een vertrouwensband wordt opgebouwd tussen de begeleider en cliënt. Een vertrouwde en prettige omgeving kan gecreëerd worden door een warme en vriendelijke benadering. Acceptatie, empathie en een zeker mate van begrip zijn hiermee ook basisvoorwaarden voor een begeleider.

* Communicatie

Een ander aspect waarmee met rekening moet worden gehouden in de begeleiding aan deze doelgroep is communicatie. De doelgroep van ons onderzoek heeft in grote mate behoefte aan eenvoudig, concreet en bondig taalgebruik. Bij het concreet maken van woorden kan men gebruik maken van beelden. LVG-ers hebben vaak tijd nodig om verbale informatie te verwerken. Daarom moet men in de communicatie naar de cliënten toe niet te veel en niet te snel praten en af en toe een pauze inlassen. Verder moet er aandacht worden besteed aan het feit of de cliënt de boodschap heeft begrepen. Men kan bijvoorbeeld de cliënt in eigen woorden laten herhalen wat er is besproken.

Bij cliënten met autisme bijvoorbeeld, kijkt de begeleiding in eerste instantie hoe ze kan aansluiten bij de cliënt. Hoe communiceert deze cliënt, hoe zoekt hij contact? Een autist reageert niet of nauwelijks op contact, waardoor het lijkt alsof hij niet reageert op de begeleiding. Hoe je het contact aanpakt moet per individu bepaald worden. Sommige autisten communiceren via taal, maar velen vooral niet of nauwelijks. Visuele communicatie wordt dan gebruikt. De communicatievorm bestaat uit verwijzers, foto's, plaatjes of pictogrammen of geschreven taal. Dit wordt toegepast in de vormen van een kalender, agenda, communicatieboekje, stickers of plaatjes op locatie of een dag/week overzicht op de muur. Bij de communicatie is het van belang dat er duidelijk gecommuniceerd wordt. Hierbij benoem je de hoofdzaken, één zaak of enkele zaken per keer, concreet en expliciet, juiste tijdsvolgorde en een te begrijpen tempo.

* Aanleren van nieuwe vaardigheden

Het doel van de begeleiding is uiteindelijk om de cliënt nieuwe vaardigheden aan te leren en de zelfredzaamheid te vergroten. Het creëren van een veilige, vertrouwde en gestructureerde omgeving helpt daarbij. Aangezien mensen vaak normen en waarden overnemen van mensen die zij belangrijk vinden en dit vaak het geval is bij cliënt en hulpverlener, moet de hulpverlener zich goed bewust zijn van zijn eigen gedrag en voorbeeldfunctie.

* Kennis

Verder ligt het vrij voor de hand dat de begeleider de nodige kennis moet hebben over de doelgroep. Begeleiders moeten weten wat een licht verstandelijke handicap is en wat daarbij komt kijken, men moet tevens kennis hebben van de psychopathologie. Juist omdat er sprake is van comorbiditeit, is het belangrijk dat begeleiders breed georiënteerd zijn. Een gedegen opleiding en trainingen bijvoorbeeld gericht op agressiehantering zijn van belang in het werk met deze doelgroep. Soms is het lastig bepaald gedrag te plaatsen. Bij cliënten met LVG is het voor de begeleiding van belang dat je rekening houdt met de ontwikkelingspsychologie en het niveau van de LVG cliënt. Wanneer de LVG cliënt in de koppigheidsfase van een driejarige peuter beland en dit het plafond is van zijn ontwikkeling, zal de cliënt deze fase nooit ontgroeien. Voor de begeleiding van een cliënt die 25 jaar is, en in de koppigheidsfase zit lijkt het op onaangepast gedrag, de begeleiding moet zich dan ook aanpassen op het ontwikkelingsniveau van de cliënt.

Huisregels

Belangrijk in het begeleiden, van wat voor doelgroep dan ook, zijn de regels. Regels zijn er om bij de cliënt grenzen aan te geven van wat wel en niet mag. Men weet zo wat er van hen verwacht wordt. Er zitten consequenties aan verbonden wanneer men regels overtreedt. Ook voor begeleiders geven regels duidelijkheid. Hoe meer mensen zich kunnen vinden in de regels, des te meer ze zich er aan zullen houden. Het gezamenlijk opstellen van regels door groepswerkers met cliënten kan hieraan bijdragen (Bruininks, 2006).

Vrijheidsbeperking

Regelmatig tot vaak passen instellingen pedagogische maatregelen toe. Hieronder valt het 'afkoelen' op de gang of in een kamer. Deze maatregel wordt vaak niet gezien als een vrijheidsbeperkende maatregel. Pedagogische maatregelen door middel van belonen en straffen wordt vaak gezien als 'goed hulpverlenerschap' (Ivgnnet, 2006).

In LVG instellingen worden vrijheidsbeperkingen uitgevoerd in de vormen van; van afzondering op eigen kamer, afzondering in een daarvoor bestemde ruimte, fixatie en deursignalering.

Binnen de psychiatrische instelling worden de vrijheidsbeperkingen uitgevoerd in de vormen van; gedwongen opnames, gedwongen medicatie, toepassen van fixatiematerialen en opleggen van afspraken.

Bij beide doelgroepen maakt men gebruik van fixatie.

Bij vrijheidsbeperkende maatregelen moeten de instellingen zich houden aan de Wet BOPZ. Na opname van de cliënt wordt er direct een behandelingsplan opgesteld. Volgens de Wet BOPZ art. 37 moet de cliënt direct na opname schriftelijk de huisregels in ontvangst nemen naast zijn rechten als cliënt binnen de instelling. Bij de huisregels wordt vermeld waar de cliënt terecht kan indien hij klachten heeft. Tevens ontvangt de cliënt een bericht dat zijn gegevens in een voor hem aangelegd dossier worden verzameld. Huisregels zijn van belang om duidelijkheid te bieden aan de cliënt om aan te geven waar de grenzen van de instelling liggen.

Als voorbeeld van een vrijheidsbeperkend beleid hebben we in bijlage 5 het sanctiebeleid jeugd van Riwis Zorg & Welzijn toegevoegd.

2.2. Behandelen

Omdat begeleiding tevens een onderdeel van behandeling is zullen we de term behandelen kort toelichten en vergelijken met begeleiding.

Het woord behandelen definiëren we aan de hand de Van Dale, hierin staat behandelen als volgt omschreven: *"be-han-de-ling de; v -en het behandelen: onder ~ zijn onder doktershanden"*

Het uitgangspunt van behandeling is de beperking van de cliënt. Er wordt gekeken naar de persoon en zijn individuele levensverhaal, waaronder zijn voorgeschiedenis, persoonlijkheid, stoornis of handicap, capaciteiten en (ontwikkelings)mogelijkheden. Zoals ook in de definitie staat geschreven gaat het over behandelen en daarmee het 'genezen' van de stoornis of handicap. Als eerste wordt de cliënt gestabiliseerd en wordt er vast gesteld wat er aan de hand is. Van hieruit worden er doelen opgesteld voor het herstel en de verbetering van de kwaliteit van het bestaan.

2.3. De overeenkomsten

Bij begeleiden en behandelen zijn er overlappende gebieden. In beide gevallen is de cliënt bezig met het vinden van een balans tussen mogelijkheden en beperkingen en de acceptatie van zichzelf. Door de hulpverlener wordt er rekening gehouden met de beïnvloedgebieden die betrekking hebben op de cliënt zoals; probleemgedrag, vaardigheden, psychische klachten, externe factoren en zelfredzaamheid.

Wanneer men behandel- en begeleidingsinstellingen vergelijkt komt overeen dat beiden een visie nodig hebben, een duidelijke aanpak en teamafspraken. Tevens hebben beide instellingen voorwaarden voor de cliënten, dit omdat instelling altijd gericht zijn op bepaalde doelgroep(en).

Als laatste overeenkomst zijn begeleiden en behandelen beide gericht op het weer deelnemen in de maatschappij met eventueel (blijvende) ondersteuning.

Samenvatting

In dit hoofdstuk hebben wij ons gericht op het belangrijkste aspect van ons onderzoek: de begeleiding aan SGLVG cliënten. We hebben een omschrijving gegeven van de term begeleiding in het algemeen en hebben vervolgens de link gelegd naar de doelgroep van ons onderzoek, de SGLVG cliënt. De belangrijkste criteria in de begeleiding aan deze doelgroep zijn:

- * Vertrouwen/veiligheid/structuur
- * Vertrouwensband
- * Communicatie
- * Aanleren van nieuwe vaardigheden
- * Kennis

Omdat begeleiding een groot aandeel heeft in de behandeling van cliënten hebben we kort weergegeven waar de verschillen en overeenkomsten tussen beide zitten. In ons onderzoek richten wij ons op puur op begeleiding, echter bij extra studie blijkt dat begeleiding vaak in behandeling is verweven. Voor ons reden om er toch kort iets over te zeggen. In grote lijnen is het verschil dat men bij behandelen als eerste naar de beperking van de cliënt kijkt en bij begeleiding naar de mogelijkheden. De grootste overeenkomst en tevens grootste oorzaak van verwarring kunnen we verhalen op de visie van waaruit men werkt, allebei zijn ze gericht op de toekomst van de cliënt, het positief bevorderen van het deelnemen aan de maatschappij.

3. Methodieken

Wanneer men zich verdiept in de begeleiding aan wat voor doelgroep dan ook, kom je al snel uit bij de verschillende methodieken van waaruit men te werk kan gaan. Een methodiek is altijd een uitgangspunt en daaruit voort vloeit een begeleidingswijze.

In ons onderzoek willen we de volgende definitie voor een methodiek hanteren:

Een methodiek is een verzameling van meerdere methodes van een manier van werken. Met methodisch werken wordt bedoeld dat men werkt volgens een plan. (Bassant, 2003)

Een manier die kan bijdragen aan het beschrijven van een methodiek is het methodiekmodel. Het methodiekmodel is geïnspireerd door de orthopedagogische theorie 'specifiek opvoeden' van Prof.dr. J.F.W. Kok. Het model kan zowel in de pedagogische als agogische praktijk ingezet worden en kent verschillende toepassingsmogelijkheden. Men kan het model gebruiken om een bestaande methodiek te beschrijven, te verbeteren/aan te passen of een nieuwe methodiek te ontwikkelen. Wij zullen het model gebruiken om bestaande methodieken te beschrijven.

Het model bestaat uit vier delen:

- * Overallvisie
- * Organisatorische gegevens
- * Basisaanpak
- * Ondersteunende aanpak

De methodieken die in dit hoofdstuk aan de orde komen hebben wij beschreven aan de hand van de basisaanpak. De basisaanpak bestaat uit de volgende punten:

- * Klimaat creëren
- * Situaties hanteren
- * Relatie presenteren (Bruininks, 2006)

Allereerst hebben we de methodieken die Riwis Zorg & Welzijn hanteert onder de loep genomen: de Individuele rehabilitatie benadering en 'Hoe(z) volwassen?' Deze methodieken hebben wij beschreven omdat wij willen kijken of deze methodieken in stand kunnen blijven wanneer Riwis Zorg & Welzijn daadwerkelijk een woonvorm voor de SGLVG doelgroep op gaat zetten.

Daarnaast beschrijven wij een drietal andere methodieken waarvan wij denken dat ze goed aansluiten bij de SGLVG doelgroep. Deze methodieken hebben we gekozen omdat dit de meest voorkomende methodieken zijn binnen de LVG en GGZ sector.

De betreffende methodieken zijn:

- * de ontwikkelingsgerichte benadering
- * de competentievergroting

Tot slot behandelen we de humoristische benadering omdat wij denken dat humor een onmisbaar aspect is in de begeleiding van cliënten binnen de LVG en GGZ sector.

In de volgende paragrafen vindt u een overzicht van alle bovenstaande methodieken.

3.1. Individuele Rehabilitatie Benadering

De methodiek die Riwis Zorg & Welzijn hanteert in het werken met haar cliënten is de Individuele Rehabilitatie benadering (hierna te noemen als IRB). De IRB werd in de jaren tachtig ontwikkeld bij het centrum voor psychiatrische rehabilitatie in Boston, door Anthony, Farkas en anderen (Farkas e.a., 2010).

“De IRB heeft als doel mensen met psychiatrische beperkingen te helpen beter te functioneren, zodat ze, met succes en naar tevredenheid, kunnen wonen, werken, leren en sociale contacten hebben, in de omgeving van hun keuze, met zo min mogelijk professionele hulp.” (Dröes, 2005)

Klimaat creëren

Met de IRB worden psychiatrische cliënten begeleid bij het in kaart brengen en realiseren van hun toekomstwensen. De IRB richt zich op de volgende levensgebieden: wonen, werk, dagbesteding en sociale contacten. Uitgangspunt bij de begeleiding zijn de doelen van de cliënt. Een voorbeeld van een materiaal dat gebruikt wordt bij het werken vanuit deze methodiek zijn de werkboeken gericht op de bovengenoemde levensgebieden. Door deze samen met de cliënt in te vullen krijg je een helder beeld van de wensen en doelen van de cliënt, maar ook de mogelijkheden worden hierdoor in kaart gebracht. Men kan door het gebruik van de werkboeken tevens kijken wat er nodig is om deze doelen te behalen en in welk tempo dit moet gebeuren.

Rehabilitatie kan zich richten op allerlei groepen mensen, heel zwart wit gezegd dus ook op de doelgroep van ons onderzoek. Deze methodiek lijkt zeker geschikt in de begeleiding aan SGLVG cliënten omdat het aansluit bij wat de cliënt wil en kan en hierbij rekening houdt met verschillende levensgebieden en overig aspecten .

Cliënten zelf zijn aan het herstellen, rehabilitatie ondersteunt hen bij dit proces. Herstellen is iets wat ze zelf doen, hulpverleners kunnen dat herstelproces bevorderen door middel van rehabilitatie (Deegan, 1995).

Er gaan verschillende visies en werkwijzen schuil onder het begrip rehabilitatie, echter hebben ze allen gemeen dat ze zich richten op verbetering van de verschillende levensgebieden van psychosociaal kwetsbaren en de deelname van deze mensen in de maatschappij te bevorderen (www.rehabilitatie.nl).

De IRB is een uitgewerkte gesprekstechniek die medewerkers van Riwis Zorg & Welzijn in staat stelt GGZ- cliënten te begeleiden en te ondersteunen bij het nastreven van zelf gekozen doelen in zelf gekozen omgevingen. Uitgangspunt van de IRB is de gedachte dat ook mensen met chronische psychiatrische problemen hun eigen omgeving kiezen en daarin hun eigen doelen nastreven. De IRB methode kan hierbij een hulpmiddel zijn.

Het rehabilitatieproces volgens de IRB bestaat uit drie onderdelen: stellen van doelen, functionele diagnostiek en doelvaardigheidslessen.

Situatie hanteren

De IRB richt zich op verschillende levensgebieden en houdt hierbij rekening met de wensen en behoeften van de cliënt. De IRB streeft er naar een zo normaal mogelijk sociaal kader, dus niet de instellingen in de bossen vestigen. Rehabilitatie richt zich in tegenstelling tot behandeling, niet op het terugdringen van stoornissen maar op het vergroten van de activiteiten en deelname van cliënten. Met het ‘zoveel mogelijk’ vergroten van de activiteiten en de deelname doelt men op het hoogst haalbare dat binnen de situatie, en de conditie waarin een cliënt verkeert, mogelijk is. Men streeft er naar de cliënt zo veel mogelijk zelfstandig te laten doen. Bij binnenkomst wordt er onder andere gekeken naar een geschikte dagbesteding.

Relatie presenteren

Belangrijk in de IRB methodiek is dat de begeleider aansluiting vindt bij de cliënt, begeleiding zal hier vervolgens op aangepast worden.

Riwis Zorg & Welzijn heeft een aantal aandachtspunten geformuleerd voor het werken met deze methodiek. Deze aandachtspunten zijn gericht op verschillende doelgroepen. Wanneer we kijken naar de SGLVG doelgroep, zijn er volgens Riwis Zorg & Welzijn de volgende aandachtspunten:

- * Ga structureel te werk, houdt het tempo niet te hoog en zorg voor voldoende herhaling.
- * Verworven vaardigheden moeten onder de aandacht blijven.
- * Vraag de cliënt geregeld of hij/zij het besprokene in eigen woorden wil herhalen, zo weet je dat hij/zij het begrepen heeft.
- * Vertaal de IRB activiteiten in concrete stappen, houdt de regie en het overzicht.

3.1.1. 'Hoe(Zo) Volwassen?'

Deze methodiek is gebaseerd op de IRB methodiek en is specifiek ontwikkeld voor jongeren.

In samenwerking met Saxion en de Hoenderloo Groep heeft Riwis Zorg & Welzijn de methodiek 'Hoe(Zo) Volwassen?' ontwikkeld. Het doel hiervan was de overgang van jeugdinstellingen naar woonvoorzieningen van Riwis Zorg & Welzijn te vergemakkelijken.

In deze methodiek is er aandacht voor de benodigde structuur in de begeleiding van jongeren en het ondersteunen bij het vergroten van de zelfstandigheid van de jongeren. Met als doel richting geven aan hun toekomstperspectief. Het is belangrijk om inzicht te hebben in eigen (on)mogelijkheden om vaardigheden in te kunnen zetten voor het formuleren van hulpvragen. Door de begeleiding wordt er aangesloten bij de mogelijkheden. Er wordt gekeken naar de hulpvraag van de jongere en zijn eigen vaardigheden. Dit gehele proces zet de jongere zelf op, ter bevordering van de zelfstandigheid. Hiernaast wordt er gekeken naar onder andere wassen, koken, persoonlijke verzorging en seksualiteit. Door middel van deze methodiek is het de bedoeling dat de jongere uitstroomt naar een geschikte nieuwe woonplek.

Klimaat creëren

Wanneer je kijkt naar de ruimte voor een jongere vanuit deze methodiek is het zo dat de jongere een eigen zit/slaapkamer heeft. Hiernaast kan hij gebruik maken van gezamenlijke ruimtes als de keuken, badkamer, toilet en woonkamer. Hiernaast heeft de instelling waar de jongere woont enkele regels. Deze bestaan uit huisregels en individuele afspraken. De huisregels zijn vooraf opgesteld door het team van hulpverleners in overleg met de jongeren. De individuele afspraken worden verwerkt in het begeleidingsplan van de jongere.

De jongere heeft behoefte aan een vast dag-, week-, maand- of jaarritme. Hiermee wordt er voor de jongere meer overzicht en duidelijkheid gecreëerd. Zo ontstaat er meer ruimte voor rust en ontwikkeling. Er is duidelijkheid voor de jongere wanneer welke begeleider dienst heeft en tevens is het voor de begeleiders overzichtelijk, zodat er tijdig begeleiding kan worden ingezet en afgestemd worden op de individu.

Op het gebied van materialen is de jongere zelf verantwoordelijk. Dit houdt in dat wanneer er iets gemaakt moet worden de jongere dit zelf gaat doen. Hierin zullen de begeleiders de jongere ondersteunen indien nodig.

Situatie hanteren

De jongere wordt gestimuleerd zijn vrije tijd zelfstandig in te vullen en een eigen netwerk op te bouwen. Beiden zullen vooral buiten de instelling plaats vinden, zodat ze steeds zelfstandiger worden en deze contacten kunnen onderhouden wanneer ze op zichzelf gaan wonen. Naast vrije tijd wordt het werk ook veelal buiten de instelling plaats vinden. Binnen de instelling heeft de jongeren taken zoals koken, wassen, schoonmaken en boodschappen doen.

Een belangrijk middel in de begeleiding is de communicatie met de jongere. De begeleiding gebruikt dit middel om inzicht te krijgen in de jongere, maar de jongere gebruikt dit middel ook zelf. De jongere zet het in om zaken te regelen, afspraken te maken en/of duidelijkheid te krijgen. Tevens wordt communicatie regelmatig ingezet om conflicten op te lossen of irritaties uit te spreken. In bijzondere situaties moet er ad hoc gekeken worden of de jongere begeleiding nodig heeft. De ene jongere heeft meer structuur en voorspelbaarheid nodig om goed te kunnen functioneren dan een andere.

Relatie presenteren

Naast dat de jongeren een ontwikkeling doormaken, moet ook de begeleiding zich zelf blijven ontwikkelen. De begeleiding gaat van pedagogisch naar agogisch, van sturen naar overleggen en dan actief volgen. Dit vraagt van de begeleiding veel flexibiliteit omdat de jongeren in een woonvorm niet op dezelfde lijn zitten.

Binnen deze methodiek zijn drie begeleidingsstijlen, namelijk sturen, overleggen en actief volgen.

- * Sturen is een vorm van begeleiden die zich kenmerkt door een bepaalde aanwezigheid van de begeleider. De begeleider geeft grenzen aan, veel sturing en bepaald de doelen van de jongere. De begeleider luistert naar de gevoelens, ideeën en suggesties.
- * Overleggen kenmerkt zich doordat er samen doelen worden gesteld, afspraken gemaakt, grenzen besproken binnen de gestelde kaders van de begeleiding. De begeleiding luistert actief, ondersteunt en moedigt de jongere aan bij het vervullen van taken en nakomen van afspraken.
- * Actief volgen is een begeleidingsvorm dat de jongeren zelf doelen stellen, grenzen bepalen en afspraken maken. Dan heeft, krijgt en neemt de jongere over zijn beslissingen de volledige verantwoordelijkheid. Hiernaast staat de begeleider als vraagbaak of adviseur.

Voor een begeleider is het belangrijk om zichzelf te blijven. Dit omdat er genoeg verschillen in het team zijn. Het voordeel hiervan is dat de jongeren leren om met verschillende mensen om te gaan en leert de jongeren op meerdere manieren met zijn situatie om te gaan. Om dit goed te kunnen doen moet een zich begeleider bewust zijn van de wijze hoe hij overkomt en wat hij uitstraalt.

Het onvoorwaardelijk accepteren van de jongere is het uitgangspunt in de begeleiding binnen deze methodiek. Door acceptatie zal het gevoel van eigenwaarde van de jongere toenemen en ontvangt de jongere de ruimte om zich te ontwikkelen.

3.2. Overige methodieken

3.2.1. Ontwikkelingsgerichte benadering

Deze methodiek is gebaseerd op de theorieën van Vygotsky en Feuerstein.

“De ontwikkelingsgerichte benadering richt zich op het versterken van de vaardigheden voor het leven van alledag. Hiernaast richt het zich op het bevorderen van autonomie in concrete ontwikkelingskansen zoals de sociaal-emotionele mogelijkheden.” (van Dijk en van Doorn, 2004)

De methodiek wordt toegepast door middel van het bieden van een mediator. De taken van de mediator zijn op basis van de respons van de cliënt. Wanneer de cliënt onafhankelijk vaardigheden kan uitvoeren valt de mediator weg.

Klimaat creëren

Ontwikkelingsgerichte begeleiding biedt een concrete opening naar de zorg voor mensen met LVG. In de alledaagse praktijk wordt hiervoor ontwikkelingsgericht materiaal gebruikt, zodat elementen uit de leef- en leeromgeving bruikbaar zijn. Het is belangrijk om te kijken welke materialen je gebruikt per cliënt. Dit wordt bepaald door een nauwkeurige, detailgerichte observatie met behulp van videobeelden. Hier wordt gekeken naar de ontmoeting tussen cliënt en materiaal. Je moet weten wat het materiaal vraagt van de cliënt. Welke woorden of begrippen horen bij het materiaal, hoe eenvoudig of complex is het materiaal en is de cliënt vertrouwd met het materiaal. Ook wordt er gekeken wat een eerstvolgende verandering als ontwikkelingsstimulering zou kunnen zijn. De beweging van passief accepteren naar actief veranderen is waar de methodiek zich op richt. Een hulpmiddel bij het aanleren van nieuw gedrag en geven van feedback aan de SGLVG cliënt kan bijvoorbeeld een feedbackformulier zijn. Of een eenvoudiger versie waarop je alleen het thema benoemt en daaropvolgend complimenten en of tips voor een volgende keer. Op deze manier kan er een groeiproces tot stand komen.

Daarnaast is het ook aan te raden om gebruik te maken van een agenda/draaiboek waarin de dagelijkse structuur van de cliënt wordt weergegeven en zelfstandigheid wordt bevorderd. Belangrijk is om contactmomenten, eetmomenten, maar ook vrije tijd hierin op te nemen.

Situaties hanteren

De activiteiten die vanuit de ontwikkelingsgerichte benadering worden aangeboden sluiten goed aan bij de doelgroep van ons onderzoek, de SGLVG cliënten. Men gaat uit van ontwikkeling en past activiteiten daar op aan. Belangrijk is om onderscheid te maken tussen vrije en verplichte activiteiten.

De ontwikkelingsgerichte benadering benadrukt daarnaast dat in de begeleiding van mensen met een verstandelijke beperking enkele punten belangrijk zijn met betrekking tot de omgeving van de cliënt:

- * Sterke mate van openheid naar de samenleving; “mensen met een lager prestatieniveau dienen toegang te hebben tot de scala aan mogelijkheden die de maatschappij biedt. Bovendien moeten zij leren overeenkomstige verantwoordelijkheden te dragen”. (van Dijk en van Doorn, 2004)
- * Aanpassen aan situaties van positieve stress; de omgeving stelt eisen aan het individu daarom is het belangrijk dat er een “geplande en gecontroleerde confrontatie” met nieuwe taken plaatsvindt.
- * Er wordt gepleit voor een zo normaal mogelijke omgeving waarin tevens ruimte is voor jobcoaching

Relatie presenteren

Een belangrijke invalshoek bij de ontwikkelingsgerichte benadering is dat je als begeleider moet durven kijken naar jezelf. *“Veranderingen, verbeteringen in relaties tussen jou en je cliënten kunnen alleen bij jezelf beginnen”* (van Dijk en van Doorn, 2004).

In het boek van van Dijk en van Doorn waarin de ontwikkelingsgerichte benadering centraal staat wordt weergegeven dat het belangrijk is dat het gevoel van de begeleider voor gaat. Begeleiders kunnen irritaties krijgen of nerveus worden van een bepaalde cliënt omdat deze een groot beroep op hen doet, terwijl men eigenlijk weet dat de cliënt datgene zelf ook kan. Toch geeft de begeleider toe aan de cliënt en hierdoor kan een onbehaaglijk gevoel ontstaan.

Er is een bepaald patroon ontstaan wat wij in hoofdstuk 1 van dit onderzoek ook hebben omschreven als aangeleerde hulpeloosheid. Bovenstaande is dus herkenbaar wanneer het gaat om de SGLVG doelgroep.

3.2.2. Competentievergroting

De visie van competentievergroting is dat het nooit te laat is hulp te bieden en benadrukt dat het vergroten van mogelijkheden en vaardigheden de beste uitgangspunten zijn voor een vorm van hulpverlening. De methode competentievergroting bevat het competentiemodel. Het competentiemodel is ontstaan door leer theoretische principes en elementen uit de ontwikkelingspsychologie.

Klimaat creëren

Competentievergroting richt zich op het versterken van de krachten van de cliënt. Dit spreekt de cliënt wel aan, want je wordt liever aangesproken op de dingen die je kunt en wat je kan leren dan op je problemen. Tevens wordt er gekeken naar de omgevingsfactoren. Deze zijn van bepalende rol. Er wordt bij de cliënt gekeken naar zijn draagkracht en draaglast. Bij draagkracht wordt er gekeken naar de sociale steun die de cliënt ervaart en zijn zelfbeeld, sociale, emotionele en cognitieve vaardigheden. De draaglast wordt bepaald door de algemene eisen van de maatschappij aan de cliënt van zijn leeftijd. En naar zijn specifieke stressfactoren, bijvoorbeeld handicap, weinig vrienden of familie. De hulpverlener streeft er naar, door middel van het competentiemodel, om deze twee in balans te houden. Hierbij richt de hulpverlener zich op de cliënt en zijn omgeving. Het echte doel van deze methode is om de cliënt sterker en weerbaarder te maken ten aanzien van de taken die het alledaagse leven hun stelt. Er wordt gekeken naar de ontwikkelingstaken van de cliënt. Ontwikkelingstaken worden bepaald door veranderingen die op biologisch, psychisch en sociaal gebied plaatsvinden bij de leeftijd van de cliënt. Nieuwe ontwikkelingen bieden kansen, maar vragen ook om nieuw gedrag. Het gedrag wordt dan als taak gezien. Wanneer het een cliënt lukt om vaardigheden eigen te maken is het een goede voorbereiding voor de volgende levensfase.

Situatie hanteren

De competentievergrotings methodiek maakt gebruik van weekkaarten. Om inzicht te krijgen in het werk en vrijetijdsschema van de cliënt wordt er eerst een weekkaart opgesteld. Hierin geeft de cliënt aan welke vaardigheden die bezit en welke verbeterd moeten worden. Hierin wordt opgeschreven per leefklimaat wat er nodig is om deze vaardigheid zich eigen te maken. De cliënt heeft hierdoor een duidelijk schematisch overzicht van wat er van hem verwacht wordt en waar hij mee bezig is. De vaardigheden die hij zich nog eigen moet maken worden getraind en deze worden geëvalueerd. De cliënt leert hierdoor ook om te gaan met feedback, eventueel met gebruik van gedragsoefeningen en/of rollenspellen.

Aan de hand van de weekkaart wordt er gekeken hoever de cliënt is met de ontwikkelingen en wordt deze bijgesteld/uitgebreid. Hiermee kan er worden bekeken hoeveel begeleiding de cliënt nodig heeft.

Relatie presenteren

“In de omgang met de cliënt maakt de hulpverlener gebruik van ‘actieve communicatie’, deze kenmerkt zich door:

- * *Vriendelijkheid, enthousiasme en vanzelfsprekendheid*
- * *Tempo, vaart en beweeglijkheid in de aanpak*
- * *Humor en luchtigheid*
- * *Het creëren van een werk- in plaats van hulpverleningssfeer*
- * *Het uitlokken van instemmende reacties*
- * *Niet te veel in discussie gaan*
- * *Problemen of bezwaren herlabelen tot iets waarmee rekening moet worden gehouden*
- * *Bij ‘missers’ de schuld bij zichzelf leggen*
- * *Zorgen voor een goede verhouding tussen diepgang en doorgang”*
- * (Bassant & Roos e.a., 2003).

Het verloop van een hulpverleningstraject begint met een kennismaking en daarbij het verzamelen van informatie. Hierna gaat de hulpverlener de informatie analyseren. Dit doet de hulpverlener aan de hand van 7 ontwikkelingsterreinen:

- * *“Vormgeven aan veranderende relatie binnen het gezin*
- * *Participeren in onderwijs of werk*
- * *Zinvol invullen van vrije tijd*
- * *Creëren en onderhouden van woon- en leefsituatie*
- * *Omgaan met autoriteiten – zorgdragen voor gezondheid en uiterlijk*
- * *Opbouwen en onderhouden van vriendschappen en sociale contacten*
- * *Vormgeven aan intimiteit en seksualiteit.”*
- (Bassant & Roos e.a., 2003).

Deze punten worden verwerkt in een schematisch overzicht met de vergaarde informatie. Hierin worden sterke en zwakke punten benoemd. Bij de sterke punten worden de punten benoemd die de cliënt al kan en bij de zwakke punten benoemd men de vaardigheden die nog ontwikkeld moeten worden. Hierna worden de zwakke punten omgezet naar werkpunten. Het belang van het hulpverleners plan is dat het kort en krachtig maar vooral succesvol moet zijn.

Wanneer het hulpverleningsplan klaar is, kan er begonnen worden met begeleiden. In de begeleiding traint de cliënt zijn vaardigheden. Als begeleider maak je gebruik van waaromvragen en feedback. Met feedback geef je informatie over het gedrag en geef je sterke of zwakke punten aan in de ontwikkeling van de cliënt, het positieve en negatieve feedback. Ook kun je gebruik maken van gedragsoefeningen en rollenspellen.

Tijdens de begeleiding houdt je tussenevaluaties met de cliënt. Het is van belang dat de begeleiding met behulp van de competentievergrotings methode de cliënt de regie geeft over zijn ontwikkelingen en over de competenties die hij behaalt.

3.2.3. Humoristische benadering

Conflicten met de cliënt worden ten onrechte wel eens vermeden, en contact wordt uit de weg gegaan. Terwijl je door het gebruik van humor en het maken van grapjes of door gewoon samen te lachen sneller een positieve gedragsbeïnvloeding tot stand kan brengen.

“De humorvolle benaderingswijze gaat uit van respect voor de cliënt. Respect middels humor kan alleen dan worden getoond, als de humor zowel verbaal als non verbaal wordt afgestemd op het ontwikkelingsniveau, de persoonlijkheidskenmerken en de interesses van de cliënt. De begeleider die humor toepast dient over de nodige kennis en kunde te beschikken.” (Janssens, 2003)

Klimaat creëren

Het effect van deze vorm van contact kan soms zeer verwonderlijk zijn. Juist als men er van uitgaat al het mogelijke gedaan te hebben en alle mogelijke begeleidingsmogelijkheden te hebben toegepast, kan het maken van een simpel grapje al het gewenste effect bereiken.

Echter is het niet zo simpel als we hierboven omschrijven. Wanneer men humor wil gebruiken om iets te bereiken met de cliënt, moet men zich wel realiseren dat een grapje gericht en gedoseerd moet zijn. *“De speelruimte tussen het maken van grappen en iemand belachelijk maken is gering.”* (Janssens, 2003).

Door het maken van een grapje kan de spanning doorbroken worden, met als gevolg dat gedrag van de cliënt niet escaleert.

Er zijn verschillende theorieën gericht op humor. In het boek *Humor, een relativerende begeleidingsmethode* komen de volgende theorieën aan de orde:

Superioriteitstheorie

Deze theorie stelt dat lachen voortkomt uit het slechte in de mens en uit onwetendheid over zichzelf. Degene die lacht vindt zichzelf rijker, knapper of wijzer dan de ander. Hij lacht de ander uit of spot met diens gebreken.

Incongruentietheorie

Humor/lachen is een intellectuele reactie op iet onverwachts, onlogisch of ongepasts. Het lachen wordt door een bepaalde mate van tegenstelling en contrast opgewekt en door de plotseling doorkruiste verwachting wordt een situatie in een ander licht geplaatst.

Ontladingstheorie

Door te lachen of door grappen te maken, stroomt het overschot aan energie weg dat mensen gebruiken om verboden gevoelens te onderdrukken. Er vindt ontlading van spanning plaats; spanning die wordt veroorzaakt door de confrontatie met taboes en het overschrijden van bepaalde normen.

Situatie hanteren

Binnen de methodiek heeft de cliënt de ruimte om zich te ontwikkelen door middel van humor. Het leven van een cliënt wordt leuker en luchtiger. In de dagelijkse praktijk mogen cliënten graag grapjes uithalen, zoals ongemerkt iets van de begeleider vertoppen, de medebewoners aanstoten en erbij betrekken en vervolgens de begeleider overal laten zoeken. Voor de begeleiding is het hierbij belangrijk om grenzen aan te geven. Bijvoorbeeld wanneer een cliënt een bos sleutels verstoopt, die niet kwijt mag raken, kan de begeleider hier de grap soms niet van in zien en wordt dan kwaad. Het is belangrijk om dan een grens te stellen dat de cliënt niet aan de sleutels mag komen.

De cliënt kan humor inzetten in voor hem gespannen situaties. Zo kan de cliënt grip krijgen op de situatie en verminderd de spanning.

Relatie presenteren

Met het toepassen van humor, met als doel begeleidingsproblemen te doorbreken, is het van belang dat de begeleider rekening houdt met zowel de fysieke als mentale vaardigheden van de cliënt. De goede bedoeling van de begeleider zal door de cliënt worden herkend wanneer de begeleider de humor weet aan te passen aan het niveau van communiceren en aan de belevingswereld van de

cliënt. Van belang daarbij is dat de begeleider respect toont voor de levenswijze en wensen van de cliënt.

Lachen is goed voor de samenwerking en om een band te scheppen, er ontstaat een verbinding tussen mensen.

Lachen is gezond! Dit komt door de spanningsontlading bij het lachen, waardoor de stresshormonen verminderen, wat een positief effect heeft op je gezondheid. Maar er zijn uit wetenschappelijk onderzoek meer effecten naar voren gekomen. De volgende onderzoeken naar lachen zijn er gedaan:

- * *Het effect van lachen op chronische pijn*
- * *Het effect van lachen op de immuniteit*
- * *Het effect van lachen op hart- en vaatziekten*
- * *Het effect van lachen op het lichamelijk functioneren (Janssens, 2003)*

Het wordt bewezen dat deze effecten werken wanneer een mens minstens driemaal per dag zeven seconden lacht.

Samenvatting

In dit hoofdstuk hebben wij naast de methodieken die Riwis Zorg & Welzijn hanteert, verschillende methodieken besproken die gehanteerd worden in de LVG en GGZ sector. De methodieken die aan de orde zijn gekomen:

- * De IRB methodiek (Riwis Zorg & Welzijn)
- * 'Hoe(Zo) Volwassen?' (Riwis Zorg & Welzijn)
- * De ontwikkelingsgerichte benadering
- * Competentievergroting
- * Humoristische benadering

Deze methodieken hebben wij beschreven aan de hand van de basisaanpak van het orthopedagogisch methodiekmodel, hierin komen de volgende aspecten aan de orde:

- * Klimaat creëren
- * Relatie presenteren
- * Situatie hanteren

4. Onderzoeksmethoden

In dit hoofdstuk geven wij weer op welke wijze ons onderzoek is uitgevoerd en verantwoorden wij de gemaakte keuzes die hebben bijgedragen aan het uiteindelijke resultaat.

Dit onderzoek betreft een kwalitatief onderzoek, gezien het onderwerp geen statistisch doel heeft.

4.1. Populatie en steekproef

Naast de in de literatuur verkregen informatie is het veldwerk een belangrijk onderdeel van ons onderzoek.

We wilden een beeld krijgen van de begeleidingswijzen binnen andere instellingen. Dit hebben we vervolgens vergeleken met de in de literatuur geschetste begeleiding. We hebben gezocht naar verschillende instellingen:

- * Instellingen die al een passend woonaanbod hebben voor deze doelgroep
- * Instellingen die de doelgroep en de daarbij komende problematiek herkennen maar nog geen passend aanbod hebben
- * Behandelcentra

We hebben gekeken naar instellingen uit zowel de LVG als GGZ sector, hier hebben we voor gekozen omdat er mogelijk verschillende invalshoeken zijn van waaruit men te werk gaat. Deze verschillen kunnen voor ons onderzoek relevant zijn.

Als je alle instellingen in Nederland, die aan bovenstaande criteria voldoen, zou moeten benaderen krijg je te maken met een onderzoek dat een langere tijd vereist om antwoorden en conclusies te kunnen geven. Omdat de tijd bij ons beperkt was, hebben wij willekeurig een aantal instellingen benaderd. Een aantal instellingen zijn van te voren door onze opdrachtgever en docent getipt, anderen zijn we zelf op het spoor gekomen. We hebben in het zoeken naar instellingen geprobeerd om zo ons zo breed mogelijk te oriënteren. We hebben ons gericht op instellingen in de regio van onze opdrachtgever, maar ook daar buiten. Het aantal instellingen en disciplines waarvan we uiteindelijk reacties hebben verkregen, is mede hierdoor zeer divers.

In totaal hebben we 19 instellingen telefonisch en via de mail benaderd. Bij twee instellingen zijn wij langs geweest en hebben we onze vragen persoonlijk aan een drietal deskundigen mogen voorleggen.

Bij de onderstaande instellingen zijn we langs gegaan en hebben we de interviews persoonlijk afgenomen:

<i>Functie</i>	<i>Instelling</i>
* Gz psycholoog en orthopedagoog	Promens Care
* Zorgcoördinator	RIBW Nijmegen en Rivierenland
* Persoonlijk begeleider	RIBW Nijmegen en Rivierenland

Hiernaast hebben we ook vragenlijsten via de mail verstuurd, nadat de instellingen hadden toegezegd hun medewerking te verlenen. Hieronder vindt u een overzicht van de professionals werkend bij de instellingen die onze mail beantwoord hebben:

<i>Functie</i>	<i>Instelling</i>
* Directeur	Dichterbij
* Persoonlijk begeleider	Kwintes
* Clustermanager	De Hartekamp groep
* Manager, 2 locaties	Esdégé-Reigersdaal
* Behandelcoördinator	Philadelphia
* Coördinerend begeleider	Philadelphia
* Persoonlijk begeleider	Promens Care

In bijlage 2 vindt u een overzicht van de benaderde instellingen, en de instellingen die uiteindelijk hebben meegewerkt aan ons onderzoek.

Uiteindelijk heeft alle informatie, zowel uit de literatuur als uit de praktijk ons geholpen bepaalde vergelijkingen te maken. Vergelijkingen tussen de literatuur en de praktijk, maar ook tussen de LVG- en GGZ sector. Tevens konden wij door de afgenomen interviews kijken of er overeenkomsten en verschillen waren tussen de verschillende disciplines werkzaam binnen de beide sectoren. We hebben de instellingen waarmee we zowel telefonisch als email contact hebben gehad een mail gestuurd met een uitgebreide beschrijving van ons onderzoek. We hebben hierin aangegeven op zoek te zijn naar mensen uit verschillende disciplines die direct te maken hebben met de SGLVG doelgroep. Mensen die op vrijwillige basis een bijdrage wilden leveren aan ons onderzoek door een aantal vragen te beantwoorden.

4.2. Dataverzamelmethode

Bij de keuze voor een bepaalde dataverzamelmethode spelen verschillende onderwerpen een rol, hierbij denken we aan onder andere: de probleemstelling van het onderzoek, populatie, tijd en geld (Verhoeven, 2007).

Om antwoord te krijgen op onze hoofdvraag en deelvragen hebben wij er voor gekozen om half gestructureerde interviews af te nemen. Het voordeel van het inzetten van interviews met open vragen is dat je de geïnterviewde de ruimte geeft om met eigen interpretaties te komen, wat ons kwalitatieve gegevens oplevert.

Door de verschillende invalshoeken hoopten we tevens een duidelijker beeld te krijgen van de SGLVG doelgroep en de omvang van de problematiek waarmee deze doelgroep te maken heeft.

In bijlage 3 treft u de interview vragen die we uiteindelijk aan de deskundigen gesteld hebben, in het volgende hoofdstuk vindt u de resultaten hiervan.

4.3. De meetinstrumenten

We hebben in dit onderzoek gebruik gemaakt van de volgende meetinstrumenten.

Allereerst hebben verschillende bronnen verzameld voor onze literatuurstudie, zowel op school als daarbuiten. We hebben diverse boeken, artikelen en internetpagina's gelezen/bekeken die betrekking hadden op het onderwerp van ons onderzoek. Hiervoor hebben we voornamelijk gebruik gemaakt van de digitale catalogus op Sharenet. Tevens hebben wij via een aantal instellingen extra informatie verkregen over de SGLVG doelgroep. Dit heeft al plaatsgevonden voor het afnemen van de interviews. Het literatuuronderzoek is een belangrijk onderdeel van ons onderzoek omdat het de basis vormt van waaruit wij hebben gewerkt.

Om uiteindelijk ook de praktische kant van ons onderzoek tot stand te laten komen hebben we 15

interview vragen opgesteld. De vragen zijn tot stand gekomen op basis van onze eigen hoofdvraag, deelvragen en de literatuurstudie die hier aan voor af is gegaan.

4.4. Uitvoering van de dataverzameling

Uiteindelijk hebben we twee instellingen bezocht waar we in totaal drie mensen persoonlijk hebben geïnterviewd, de overige 17 instellingen hebben we het interview opgestuurd met als doel meerdere disciplines binnen één instelling te bereiken.

4.5. Betrouwbaarheid en validiteit

Het belangrijkste aspect van een onderzoek is dat het betrouwbaar moet zijn. Wanneer je het onderzoek nogmaals zou uitvoeren moet er hetzelfde resultaat uitkomen (Verhoeven, 2007).

Een aantal aspecten zijn hierbij belangrijk, ten eerste het verantwoorden van de gemaakte keuzes. Dit hoofdstuk is daar een voorbeeld van. We hebben geprobeerd duidelijk weer te geven welke keuzes we waarom hebben gemaakt. Tevens hebben we in onze literatuurstudie alle bronnen vermeld, op die manier is duidelijk waar wij onze informatie hebben verkregen.

Tijdens het onderzoek hebben we zoals hierboven omschreven gebruik gemaakt van interviews. De analyse die na afloop hiervan tot stand kwam is zo objectief mogelijk vormgegeven.

Doordat de interviews anoniem zijn ingevuld kunnen sociaal wenselijke antwoorden worden voorkomen. We hebben binnen de instellingen verschillende functies aan het woord gelaten, waardoor we een breder en betrouwbaarder beeld schetsen van de begeleiding aan de SGLVG cliënt. De interviewvragen zijn gebaseerd op onze hoofdvraag, deelvragen en literatuurstudie. We hebben getracht de vragen zo op te stellen dat deze eenduidig en helder zijn. Dit vereenvoudigt de analyse en geeft een meer reproduceerbaar resultaat.

4.6. Analysemethode

De basis van dit onderzoek ligt in de literatuurstudie, dit was het uitgangspunt voor het verdere verloop van het onderzoek. De interviewvragen zijn opgesteld aan de hand van de literatuur en onze hoofdvraag en deelvragen. De uitkomsten ervan zijn geanalyseerd vanuit een objectief oogpunt en verwerkt met behulp van diagrammen. Door de uitkomsten te vergelijken met de literatuurstudie schrijven wij de conclusies. De conclusie hebben we als uitgangspunt gebruikt om aanbevelingen te formuleren.

5. Resultaten

In dit hoofdstuk bespreken wij de resultaten die zijn voortgekomen uit het veldwerk van ons onderzoek. Zoals u in het vorige hoofdstuk heeft kunnen lezen hebben wij in dit gedeelte van ons onderzoek interviews afgenomen en vragenlijsten verstuurd aan instellingen die werken met de SGLVG doelgroep. De kwalitatieve gegevens die hieruit zijn voortgekomen hebben we hieronder weergegeven.

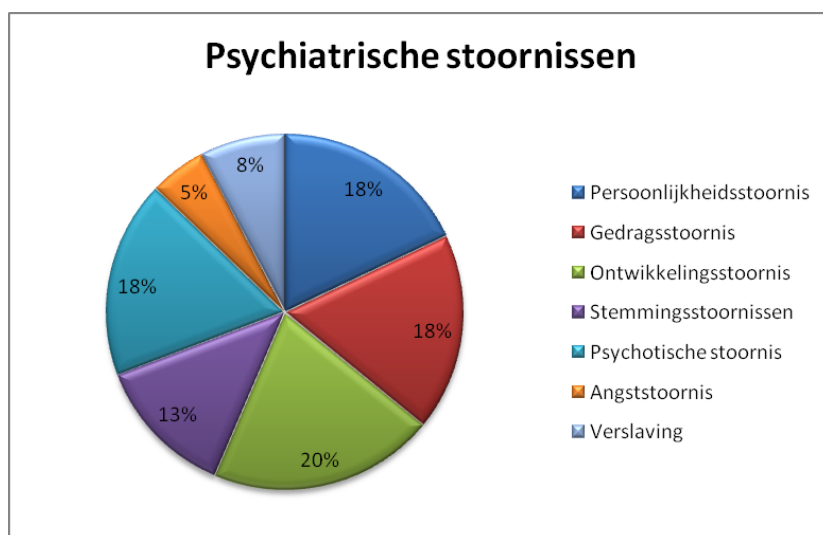
Doelgroep

In de interviews en vragenlijst hebben we gevraagd naar de leeftijd van de te begeleiden cliënt. Deze vraag stelden we omdat ons onderzoek zich richt op jongeren in de leeftijd van 16-30 jaar. De instellingen werken niet allemaal met cliënten uit deze leeftijdscategorie, maar wanneer we een gemiddelde van de beantwoorde leeftijden berekenen is het resultaat 17,25 tot en met 29,1 jaar. Dit komt overeen met de leeftijdscategorie van de doelgroep van ons onderzoek. Het verschilt per instelling of er een uitstroom regeling is of dat de cliënten er altijd kunnen blijven wonen.

Bij de vraag naar de doelgroep en welke psychiatrische stoornissen er het meeste voorkomen bij deze doelgroep is het meest voorkomende antwoord autisme (6 keer). Verder waren er enkele overeenkomsten als gedragsstoornissen, maar ook verslaving werd drie keer genoemd. De psychiatrische stoornissen hebben we onderverdeeld in categorieën en in een cirkeldiagram geplaatst die worden weergegeven op de volgende pagina.

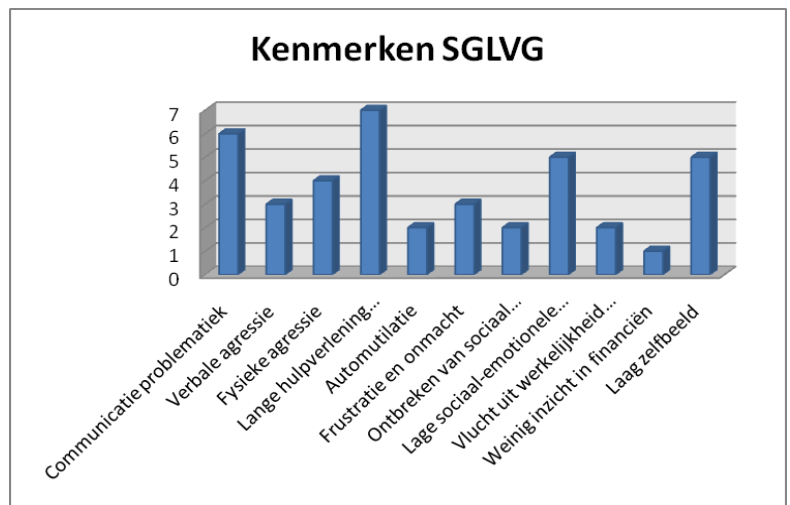
De categorieën:

Persoonlijkheidsstoornis	7
Gedragsstoornis	7
Ontwikkelingsstoornis	8
Stemmingsstoornissen	5
Psychotische stoornis	7
Angststoornis	2
Verslaving	3
	39 =
	100%



Naast de psychiatrische stoornis hebben we ook gevraagd naar de kenmerken van de SGLVG doelgroep. Hieronder zijn de antwoorden weergegeven in een tabel en grafiek.

Communicatie problematiek	6
Verbale agressie	3
Fysieke agressie	4
Lange hulpverlening geschiedenis	7
Automutilatie	2
Frustratie en onmacht	3
Ontbreken van sociaal netwerk	2
Lage sociaal-emotionele ontwikkeling	5
Vlucht uit werkelijkheid d.m.v. drugs/drank/seks	2
Weinig inzicht in financiën	1
Laag zelfbeeld	5



Tijdens het interview met de persoonlijk begeleider van RIBW Nijmegen en Rivierenland beantwoorde hij op deze vraag het volgende: *“Het grootste kenmerk is dat het overlevers zijn. Ze staan altijd voor de vraag over hoe ze de maatschappij moeten overleven, hier gaan we over in gesprek en we leggen hun uit dat je het samen met de maatschappij moet doen en er niet tegen moet gaan vechten.”*

Hiernaast geven de instellingen aan dat deze cliënten gebruik maken van verbale agressie, maar soms ook fysieke agressie, die vaak gericht is op materialen of op zichzelf. Deze agressie komt voort uit de cliënt zijn frustratie en onmacht. Hierdoor is het van belang om met de cliënt te spreken over de gevoelens die bepaalde situaties bij de cliënt oproepen.

Begeleidingsmethodiek

Op de vraag welke begeleidingsmethodieken de instellingen gebruiken kregen wij verschillende antwoorden. Zo wordt de Rehabilitatie methodiek genoemd die overeenkomt met de Individuele Rehabilitatie benadering die Riwi Zorg & Welzijn hanteert. Tevens wordt de presentie methode genoemd; *“We werken vanuit de Presentie methode. De cliënt staat hierin centraal en we werken naast de cliënt. Samen ga je de keuzes van de cliënt ervaren, hiermee leer je te kijken door de ogen van de cliënt. Het is een intensieve begeleidingsmethodiek.”* Het sociaal competentie model, die wij beschreven hebben in de literatuur, wordt gehanteerd door Promens Care. Ze hebben deze methodiek door de jaren heen aangepast, zodat het overzichtelijk is voor de begeleiding, maar ook te begrijpen valt voor de cliënt. Hieronder een overzicht van de overige antwoorden:

- * Toegepaste gedragsmethodiek
- * Heykoop
- * Communicatieprofiel
- * ASS wijzer
- * Eclectisch
- * Presentie methode
- * Instapmethodiek

Naast deze methodieken maken de instellingen gebruik van ondersteunende methodes, zoals:

- * Oplossingsgericht werken
- * Sociale omgevingsanalyse
- * Motiverende gespreksvoeringen

Tevens maken alle instellingen gebruik van werk- of ondersteuningsplannen. Deze plannen worden in samenwerking met de cliënt opgesteld. In de praktijk is het van groot belang dat alles besproken wordt met de cliënt, zodat het plan goed aansluit bij de vraag van de cliënt. Hierbij benoemen enkele instellingen dat het opbouwen van een vertrouwensband erg belangrijk is. Evenals het communiceren op het niveau van de cliënt.

De voordelen in het werken met de boven genoemde methodieken zijn dat de methodieken in de praktijk werken. Dit is te zien aan de resultaten die geboekt worden. Tevens merkt men dat de begeleiding beter verloopt.

Bij de nadelen van het werken volgens een bepaalde methodiek geven meerdere instellingen aan dat het de interpretatie is die het hem doet. Je kan een methodiek toepassen op verschillende manieren en dat is waar het mis kan gaan binnen een instelling. Hiernaast is er het gevaar dat je de cliënt te veel druk oplegt doordat de begeleiding de cliënt overvraagd en hem/haar te veel keuzes geeft. Hierbij is het belangrijk en een voordeel dat men tegenwoordig vaak evalueert. Dit zorgt er voor dat bij de cliënt kleinere doelen kunnen worden opgesteld en dat er meer slagingskansen zijn. Zodat het overzichtelijk blijft en de groei van de cliënt in kaart kan worden gebracht.

Begeleiding

In het interview is er gevraagd naar wat de instelling inzet voor de SGLVG cliënt. In de antwoorden is te lezen dat er cursussen en/of bijscholingen gegeven worden voor de begeleiding. Hiernaast zijn de gebouwen er zo op ingericht dat de cliënten een eigen kamer hebben en er een gezamenlijke huiskamer is. De gebouwen bieden veiligheid, zichtbaarheid en overzicht. Bij een enkele instelling hebben de cliënten een eigen appartement.

Huisregels

Wanneer we vragen naar de huisregels geven de instellingen veelal aan dat er per cliënt individuele afspraken gemaakt worden door middel van het begeleidingsplan, *“Gevolgen worden individueel bekeken. Er zijn geen standaard gevolgen voor het niet naleven van huisregels”*. Hiernaast geven ze aan dat het per locatie verschilt. Enkele instellingen hebben algemene huisregels naar ons verzonden die we in de bijlage hebben toegevoegd.

Riwis Zorg & Welzijn hanteert een Sanctiebeleid (jeugd) wanneer de huisregels niet nageleefd worden. We vroegen de andere instellingen wat de gevolgen bij hen waren bij het niet naleven van de huisregels. Hierbij benoemden de instellingen vooral waarschuwing en erover praten. De consequenties worden dan ook per cliënt bekeken. Een enkele instelling heeft een vaste opzet met als eerste een waarschuwing, na twee waarschuwingen 48 uur het huis uit, maar dit is vrijwel nog nooit voorgekomen.

Wanneer we naar de competenties van de begeleiding vragen zijn de instellingen het veelal met elkaar eens. De twee meest benoemde competenties zijn: Communiceren met korte en duidelijke zinnen en dat je kunt anticiperen op onverwachte situaties.

Verder zijn ook de volgende competenties benoemd:

- * Bieden van veiligheid
- * Nakomen van afspraken
- * Coachen
- * Inlevingsvermogen
- * Structuur bieden
- * Feedback geven en ontvangen
- * Relativeringsvermogen
- * Geduld hebben
- * Stevig in je schoenen staan
- * Niet invullen voor de cliënt, afwachtende houding
- * Bewust zijn van je eigen normen en waarden
- * Empowerment
- * Cliënt centraal
- * Samenwerken

Opleidingseisen

Op de vraag welke opleidingseisen er gesteld moeten worden aan de begeleiding, zijn de instellingen het met elkaar eens, dat er kennis moet zijn van de GGZ en LVG. *“Voor de GGZ kant wordt HBO personeel gevraagd, bij de LVG kant is dit nog niet het geval, maar zou wel gewenst zijn. Opleidingen zouden meer rekening moeten houden met beide kanten. Het is ook belangrijk kennis te hebben van de VG kant, wanneer is iemand zwakzinnig. Er is een groot verschil tussen perfoomaal en verbaal IQ.”*

Hiernaast zien ze het liefst HBO-ers werken die breed zijn opgeleid, maar het mogen ook MBO-ers zijn met werkervaring. Dit omdat je de doelgroep leert kennen door middel van je praktijk ervaring. Een opvallend antwoord is ook dat persoonlijkheidskenmerken soms belangrijker zijn dan de opleidingseisen zelf.

Volgens de antwoorden in de interviews bieden de instellingen cursussen, trainingen en eventuele bijscholingen aan voor de begeleider. Dit zowel intern als extern.

Ook stelden we de vraag naar de drijfveer van de mensen om met deze doelgroep te werken. Het overeenkomende antwoord is: *“Geen dag is het zelfde”*. Ook vinden ze het allemaal een uitdaging om met deze cliënten te werken. Zo zegt een persoonlijk begeleider *“Wie het kleine niet eert, is het grote niet waard”*.

Als laatste vroegen we of ze aanvulling of op en aanmerkingen hebben naar aanleiding van de vragen, maar veelal werd er met nee beantwoord. Eén coördinator antwoordde dat ze van mening is dat deze doelgroep meer in de picture mag komen te staan, omdat er veel te weinig over bekend is.

6. Conclusie en aanbevelingen

Aan het begin van ons onderzoek zijn we om tafel gegaan met mevrouw E. Willemse, woonzorgcoördinator bij Riwis Zorg & Welzijn. Met haar hebben we besproken wat het onderwerp van ons onderzoek zou gaan worden en welke richting we het wilden geven. Al snel zijn we op het idee gekomen om haar onderzoek uit te breiden. Ze heeft namelijk een onderzoek gedaan naar de disciplines die er bij komen kijken wanneer je een woonvorm op gaat zetten voor SGLVG jongeren in de leeftijd van 16 tot 30 jaar. Van hieruit hebben wij de volgende hoofdvraag geformuleerd:

Hoe dient de woonbegeleiding aan sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapten in de leeftijd van 16 tot 30 jaar er uit te zien wanneer Riwis Zorg & Welzijn voor deze doelgroep een specifieke woonvorm creëert.

De hoofdvraag beantwoorden we aan de hand van de deelvragen die we aan het begin van ons onderzoek hebben geformuleerd.

6.1. Conclusie

- *Wat zijn kenmerken van SGLVG cliënten in de leeftijd van 16 tot 30 jaar?*

Uit het onderzoek van de Borg komt naar voren dat in slechts 13 % van de SGLVG cliënten is de oorzaak van de verstandelijke beperking bekend. Bij de meerderheid van de cliënten ligt de oorzaak bij een problematisch verleden, waarbij er meestal sprake is geweest van seksueel misbruik en/of mishandeling/verwaarlozing (De Borg, 2006 en 2008). *“Voor zover bekend, is er bij bijna 40% van de cliënten ooit in het leven sprake geweest van verwaarlozing/mishandeling en bij bijna 28% ooit van seksueel geweld/misbruik. Wanneer men deze gegevens combineert dan blijkt bijna de helft van de cliënten (47,6%) er in de jeugd (tot en met 18 jaar), voor zover bekend, sprake te zijn geweest van seksueel geweld/misbruik en/of mishandeling/verwaarlozing.”*(de Borg, 2006).

De SGLVG doelgroep is zeer complex omdat niet altijd duidelijk is waar bepaalde gedragingen vandaan komen. Er zijn verschillende problemen waarmee cliënten te maken hebben, deze problemen kunnen zowel ontstaan uit hun licht verstandelijke beperking, maar kunnen ook voortkomen uit een psychiatrische stoornis.

De meest voorkomende probleemgedraging is agressie/gewelddadigheid (73%). Onder agressie verstaan wij in ons onderzoek het non- en verbale gedrag dat erop gericht is anderen schade toe te brengen.

Het valt op dat 55,1% van de cliënten tussen de leeftijd van 13 en 18 jaar niet meer bij hun biologische ouders wonen. Hiervan woont 33% in instituten.

Daarnaast geeft het onderzoek van de Borg weer dat 39,2% van de behandelde cliënten te maken heeft gehad met verwaarlozing/mishandeling. Tevens heeft 27,9% te maken gehad met seksueel geweld/misbruik.

Uit de interviews en vragenlijsten komen er onder andere de volgende kenmerken naar voren; communicatie problematiek, gedragsproblemen, frustraties en onmacht. Het totale overzicht is te vinden in het hoofdstuk resultaten. Hiernaast geven de instellingen aan dat deze cliënten gebruik maken van verbale agressie, maar soms ook fysieke agressie, die vaak gericht is op materialen of op zichzelf. Deze agressie komt voort uit de cliënt zijn frustratie en onmacht. Hierdoor is het van belang om met de cliënt te spreken over de gevoelens die bepaalde situaties bij de cliënt oproepen. Tijdens het interview met de persoonlijk begeleider van RIBW Nijmegen en Rivierenland beantwoorde hij op deze vraag het volgende: *“Het grootste kenmerk is dat het overlevers zijn. Ze staan altijd voor de vraag over hoe ze de maatschappij moeten overleven, hier gaan we over in gesprek en we leggen hun uit dat je het samen met de maatschappij moet doen en er niet tegen moet*

gaan vechten.”

Binnen de SGLVG doelgroep is er bij een groot deel van de cliënten ook sprake van een ontwikkelings- of persoonlijkheidsstoornis. Dit is naar voren gekomen uit de interviews die we hebben afgenomen.

Vanuit deze gegevens concluderen wij dat SGLVG een doelgroep is met complexe problematiek, vaak als gevolg van hun psychiatrische stoornis. Hiernaast wordt deze doelgroep overvraagd, omdat de licht verstandelijke beperking niet of te laat herkend wordt. Door het verlaagde IQ (50-80) is er meestal sprake van een zeer beperkt sociaal netwerk en een gebrekkige ontwikkeling wat gepaard kan gaan met een stoornis. Uit het onderzoek van de Borg is naar voren gekomen dat pervasieve ontwikkelingsstoornissen en gedragsstoornissen het meest naar voren komen tijdens het behandelen van deze doelgroep. Echter uit ons onderzoek gericht op begeleiding staan de volgende stoornissen op de voorgrond; ontwikkelingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, psychotische stoornissen en gedragsstoornissen. De gedragsstoornis treedt als enige in beide gevallen naar voren.

Wanneer Riwis Zorg & Welzijn een woonvorm gaat opzetten voor deze doelgroep moet er rekening gehouden worden dat er voldoende kennis aanwezig is over de doelgroep bij de werknemers.

- *Wat zijn kenmerken bij de begeleiding van SGLVG cliënten in de leeftijd van 16 tot 30 jaar volgens de theorie?*

Terugkijkend op onze literatuurstudie komen we tot de conclusie dat het van groot belang is dat de begeleiders een veilige en vertrouwde omgeving voor de cliënt moeten creëren. Dit om de cliënt zijn groei en ontwikkelingen te stimuleren en de prikkels van de omgeving zo minimaal mogelijk te houden. De begeleiding moet rekening houden met het communicatie niveau van de cliënt. Zo moet er gesproken worden door middel van korte en duidelijke zinnen/opdrachten. Hiernaast kan het nodig zijn om gebruik te maken van beelden. ‘Praatje, plaatje, daadje’. Dit betekent dat de begeleider het eerst kort uitlegt, dan laat hij een foto of een voorwerp zien van waar het overgaat en hiermee kan de cliënt dan aan de slag. Zo maakt de begeleider het overzichtelijk voor de cliënt en weet de cliënt wat hij moet doen.

- *Wat zijn kenmerken bij de begeleiding van SGLVG cliënten in de leeftijd van 16 tot 30 jaar volgens bestaande instellingen?*

De begeleider moet verder de nodige kennis bezitten over de SGLVG doelgroep. Hierbij is het van belang om kennis te hebben op het gebied van de LVG, de psychiatrie en gedragsstoornissen. Tevens moet de begeleiding leren om te gaan met verschillende vormen van agressie, omdat de cliënt als gevolg van onmacht verbale, maar ook fysieke agressie kan tonen. De verbale agressie richt zich vaak op de omgeving, maar de fysieke agressie wordt veelal op materialen en in enkele gevallen op zichzelf geuit. De geïnterviewde instellingen geven onder andere de volgende punten aan die belangrijk zijn in de begeleiding aan de SGLVG cliënt (zie hoofdstuk 5):

- * Communiceren met korte duidelijke zinnen
- * Anticiperen op onverwachte situaties
- * Bieden van veiligheid
- * Nakomen van afspraken
- * Coachen
- * Inlevingsvermogen
- * Structuur bieden
- * Feedback geven en ontvangen

- *Welke bestaande begeleidingsmethodieken zijn gericht op SGLVG cliënten in de leeftijd van 16 tot 30 jaar?*

Tijdens onze literatuurstudie zijn we er achter gekomen dat er geen begeleidingsmethodieken bestaan die gericht zijn op de SGLVG cliënt. Om ons onderzoek niet vast te laten lopen hebben we binnen de LVG en GGZ sector gezocht naar de meest gebruikte methodieken en zo kwamen we terecht bij de ontwikkelingsgerichte benadering en competentievergroting. Hiernaast hebben we de methodiek over humor uitgeschreven, omdat wij dit een belangrijk onderdeel vinden in de begeleiding. Wij hebben de basisaanpak van het methodiekmodel gebruikt bij het beschrijven van de methodieken. Hierbij zijn de volgende punten belangrijk: klimaat creëren, situatie hanteren en relatie presenteren.

Wanneer we kijken naar het creëren van een klimaat is het belangrijk dat er duidelijk wordt gecommuniceerd. Met korte zinnen en op het niveau van de cliënt. Hierbij is het belangrijk om structuur te bieden.

Bij situatie hanteren moet de begeleider rekening houden met de wensen en behoeften van de cliënt. Men moet de cliënt stimuleren om een eigen netwerk op te bouwen en andere competenties te vergroten. Uitgangspunt is dat de cliënt een zo zelfstandig mogelijk bestaan opbouwt.

Bij relatie presenteren, bij deze doelgroep, is het belangrijk dat de begeleider de cliënt stuurt en actief volgt. Dit bevordert de zelfredzaamheid. De begeleiding moet altijd in acht houden dat het een voorbeeldfunctie heeft.

- *Wat zijn effectieve begeleidingswijzen die er toegepast worden op SGLVG cliënten in de leeftijd van 16 tot 30 jaar?*

In de interviews en vragenlijsten hebben we gevraagd welke begeleidingsmethodieken de instellingen gebruiken. Hierop kregen we uiteenlopende antwoorden. Zo wordt de Rehabilitatie methodiek genoemd die overeenkomt met de Individuele Rehabilitatie benadering die Riwis Zorg & Welzijn hanteert. Tevens wordt de presentie methode genoemd; *“We werken vanuit de Presentie methode. De cliënt staat hierin centraal en we werken naast de cliënt. Samen ga je de keuzes van de cliënt ervaren, hiermee leer je te kijken door de ogen van de cliënt. Het is een intensieve begeleidingsmethodiek.”* Het sociaal competentie model, die wij beschreven hebben in de literatuur, wordt gehanteerd door Promens Care. Ze hebben deze methodiek door de jaren heen aangepast, zodat het overzichtelijk is voor de begeleiding, maar ook te begrijpen valt voor de cliënt. Er worden nog enkele andere methodieken benoemd die terug te vinden zijn in het hoofdstuk resultaten. Gesteld kan worden dat alle benaderde instellingen werken volgens een andere methode, dit wil uiteraard niet zeggen dat de verschillende methodieken niet werken. De reacties met betrekking tot de uitwerking van de methodiek in de praktijk zijn veelal positief. Overeen komt, ongeacht de methodiek, dat begeleiding neutraal moet zijn en naast de cliënt moet staan. De vraag van de cliënt staat altijd centraal. In één van de interviews die we hebben afgenomen, gaf een medewerker aan dat hij zich liever geen persoonlijk begeleider noemde omdat dit een vertekenend beeld geeft, hij zag zichzelf liever als persoonlijk ondersteuner. Wij vinden dit een mooie omschrijving en het sluit ook zeer goed aan bij bovenstaande.

- *Welke competenties hebben woonbegeleiders nodig voor de begeleiding van SGLVG cliënten in de leeftijd van 16 tot 30 jaar?*

In het hoofdstuk resultaten is een overzicht te zien van de meest belangrijke competenties die een begeleider moet bezitten. Zoals we hierboven ook al hebben vermeld is het belangrijk dat begeleiders praten in makkelijke, korte zinnen en dat ze ook nagaan of de cliënt begrijpt wat er gezegd wordt. Verder moeten begeleiders kunnen omgaan met onverwachte situaties en ad hoc kunnen werken. Ook in de literatuur worden deze aspecten genoemd.

- *Welke huisregels zijn toepasbaar bij de woonbegeleiding voor SGLVG cliënten in de leeftijd van 16 tot 30 jaar?*

Om een vergelijking te kunnen maken met de manier van begeleiden van onze opdrachtgever en die van andere instellingen hebben wij de geïnterviewde instellingen gevraagd om een exemplaar van de gehanteerde huisregels mee te sturen.

Hieruit kunnen wij concluderen dat er grote overeenkomsten zijn, de meeste regels richten zich op algemene zaken als niet roken in de woonvorm, melden als er bezoek is, tijdstippen waarop het stil moet zijn etc. Andere regels/afspraken zijn van persoonlijke aard en worden omschreven in een begeleidingsplan/behandelingsplan.

Als er al verschillen zijn, kunnen we die vinden in de vorm van drugs en alcoholgebruik en de gevolgen daarvan. Hier komt bij een aantal instellingen het schorsingsbeleid om de hoek kijken. Een aantal instellingen geeft aan een beleid te hebben dat werkt met waarschuwingen en schorsingen, echter deze instellingen zijn in de minderheid. Het lijkt er op dat het schorsingsbeleid niet meer van deze tijd is.

Waar bij een aantal instellingen gebruik van drugs streng aangepakt lijkt te worden en reden is voor een waarschuwing is het gebruik van drugs bij andere instelling aanleiding voor een goed gesprek, maar niet per definitie reden om iemand mogelijk te schorsen.

Verslaving is een onderschatte ziekte en dient zeer serieus genomen te worden. Het is een extra problematiek waarmee de cliënt, maar ook de begeleiding te maken krijgt. Iemand van de woonvorm verwijderen (ook als de oorzaak geen middelenmisbruik of afhankelijkheid is, zal de problemen waarmee de cliënt te maken heeft er niet op vergemakkelijken. De kans op terugval is alleen maar groter en de cliënt verliest zijn vertrouwen in de hulpverlening (nogmaals).

6.2 Aanbevelingen

Op basis van de in dit adviesrapport beschreven bevindingen doen we de volgende aanbevelingen.

Scholing begeleiders

De SGLVG cliënt heeft een rugzak aan problemen en aandachtspunten. Dit vraagt veel van de begeleiding met name het hebben van de kennis over deze doelgroep. Het is daarom belangrijk om de kennis bij te houden door middel van scholingen, trainingen of cursussen. Wanneer Riwis Zorg & Welzijn een woonvorm op gaat zetten voor deze doelgroep moeten de begeleiders, die voor deze woonvorm aangenomen worden, kennis hebben van de LVG en de GGZ doelgroepen. Hiernaast is het van belang om de begeleiders een training agressie, communicatie en methodieken aan te bieden gericht op de SGLVG doelgroep. Deze trainingen moeten in de toekomst herhaald worden zodat de kennis van hoog niveau blijft.

Onderwijs

Doordat studenten tegenwoordig hun eigen onderwijs zelf mogen samenstellen, is het veel voorkomend dat de student zich op één richting focust. Hierdoor is de student specifiek opgeleid, echter mist dan de brede kennis die nodig is om te werken met de SGLVG doelgroep. Binnen het onderwijs van Social Work is het van belang dat er aandacht wordt besteed aan zowel de LVG als de GGZ sector. Dit omdat er tegenwoordig veel ontwikkelingen zijn op het gebied van de SGLVG doelgroep.

Samenwerking instellingen

Indien Riwis Zorg & Welzijn een woonvorm op gaat zetten voor de SGLVG doelgroep, is

samenwerking met LVG instellingen belangrijk. De plaatsten waar de SGLVG cliënten nu wonen zijn veelal binnen de reguliere LVG of GGZ instellingen. Om cliënten te plaatsen binnen Riwis Zorg & Welzijn moet er een samenwerkingsverband aan gegaan worden. Een soortgelijke ontwikkeling heeft eerder plaatsgevonden tussen verschillende GGZ en verslavingszorg instellingen. Hierdoor zijn de dubbeldiagnose instellingen ontstaan, waar specifieke begeleiding aangeboden wordt. Wanneer Riwis Zorg & Welzijn samen werkt met LVG instellingen ontstaat er een soortgelijke samenwerking als bij de dubbeldiagnose instellingen.

Bestaande methodiek Riwis Zorg & Welzijn

Wanneer Riwis Zorg & Welzijn een woonvorm op zet voor de SGLVG doelgroep zal de methodiek(en) die nu gehanteerd worden moeten worden aangepast. Het niveau van de methodiek licht, in vergelijking met de SGLVG cliënt, te hoog. De methodiek kan wel toegepast worden, mits deze aangepast is en vereenvoudigt voor de cliënt.

Woonbegeleiding

Wanneer de woonvorm vanuit Riwis Zorg & Welzijn opgezet wordt zal er rekening moeten worden gehouden met de inrichting van de locaties. Dit naar aanleiding van de agressie van de SGLVG cliënt die veelal gericht is op materialen. Er moet rekening gehouden worden met de indeling van het huis en eventueel een time-out ruimte ontwikkeld worden.

6.3. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Er zijn een aantal onderwerpen die uit dit onderzoek naar voren komen waarvan wij denken dat vervolgonderzoek gewenst is. Dit zijn onderwerpen waar wij tijdens ons onderzoek tegen aan zijn gelopen en gezien de richting van ons onderzoek niet verder op in konden gaan. Vervolgonderzoek is nodig om kennis over- en begeleiding aan deze doelgroep op een positieve manier verder te ontwikkelen.

SGLVG doelgroep onder de aandacht brengen

Voor een vervolg onderzoek moet er een trainings/cursus module te ontwikkelen voor de begeleiders die met deze doelgroep werken, maar hier (nog) niet voor zijn opgeleid. Helaas komt dit nog veel voor, omdat de SGLVG cliënt binnen LVG en GGZ instellingen wonen. Hierdoor heeft de begeleiding kennis van of de LVG of GGZ en bijna of geen kennis van beide doelgroepen, waar ook de SGLVG cliënt onder valt.

Uitwerking methodieken in de praktijk

Binnen het social work zijn er veel begeleidingsmethodieken die gehanteerd worden. Wij hebben tijdens onze literatuurstudie een selectie moeten maken van de methodieken die gebruikt worden binnen de LVG en de GGZ sector. Deze hebben wij apart bestudeerd omdat er geen enkele methodiek specifiek voor de SGLVG doelgroep bestaat die zich richt op het begeleiden. Tijdens onze interviews kwamen we er achter dat er meerdere methodieken toepasbaar zijn in het begeleiden van de SGLVG doelgroep. Op basis van de literatuurstudie en de afgenomen interviews denken wij dat Riwis Zorg & Welzijn de methodieken die ze op dit moment hanteert, in de op te zetten woonvorm, kan toepassen. Echter zal deze methodiek aangepast moeten worden op het niveau van de SGLVG cliënt. Of de methodiek dan ook echt werkt zal een vervolgonderzoek gericht op de praktijk duidelijkheid moeten bieden.

7. Discussie

Onze visie naar aanleiding van dit onderzoek is dat er weinig bekendheid is over de SGLVG doelgroep. We vinden het interessante doelgroep met complexe problematieken waar wij een uitdaging in zien. We hebben met plezier aan dit onderzoek gewerkt en zien in dat de doelgroep groter is dan we in eerste instantie dachten. Door de doelgroep meer aandacht te schenken denken wij dat er bij beginnende professionals enthousiasme gewekt kan worden. Tevens zal het onderwijsaanbod aangepast moeten worden, waardoor er gespecialiseerde professionals opgeleid kunnen worden.

De huidige situatie vinden wij zorgwekkend omdat informatie over de SGLVG doelgroep de instellingen niet lijkt te bereiken. Persoonlijk hebben wij dit ook ervaren, tijdens ons veldwerk bleek er veel meer informatie beschikbaar dan wat de literatuurstudie ons in eerste instantie bood. De boeken die door de Borg zijn uitgegeven moeten meer onder de aandacht komen. Hierdoor is er meer specifieke informatie voor een groter publiek.

Terug kijkend op ons onderzoek denken wij dat we binnen de ethische en normatieve kaders hebben gewerkt. We hebben alle professionals die hebben meegewerkt aan dit onderzoek met respect behandeld. De doelgroep van ons onderzoek hebben we gedurende het gehele proces in hun waarde gelaten. Met alle verkregen informatie zijn we zorgvuldig omgegaan.

Wanneer we kritisch kijken naar ons onderzoek zijn er verbeterpunten. Doordat we drie interviews persoonlijk af hebben genomen en zeven interviews via de mail hebben ontvangen was het moeilijk om een conclusie te schrijven. De conclusie baseert zich nu dan ook op tien interviews en onze literatuurstudie. Hierdoor was het moeilijk aanbevelingen te formuleren voor Riwis Zorg & Welzijn en voor vervolgonderzoeken. Dit ervaren wij als een minpunt van ons onderzoek. Wanneer we meer antwoorden hadden ontvangen, hadden we meer vertrouwen gehad in de betrouwbaarheid van ons onderzoek.

Tijdens de literatuurstudie liepen we al tegen ons eigen onderwerp aan. Zo was er maar weinig doelgroep informatie te vinden over SGLVG, later bleek er toch meer bekend te zijn dan we in eerste instantie hadden gevonden. In onze resultaten is ook te zien dat er binnen bestaande instelling vraag naar meer doelgroepen informatie is. Wanneer er meer inzicht in de doelgroep is zou er ook beter begeleidingsonderzoeken gedaan kunnen worden.

Tijdens het veldwerk bleek dat een instelling inmiddels alweer een nieuwe term voor deze doelgroep hanteert, namelijk de LVG plus. Het verschil met de SGLVG en LVG plus is er bijna niet. De term LVG plus wordt gebruikt, omdat hier rekening wordt gehouden met de verslavingsproblematiek van de SGLVG cliënt. Wij vinden dit erg verwarrend omdat er binnen de SGLVG doelgroep bij 32,1% van de cliënten sprake is van problematisch middelengebruik (de Borg). Wij denken dat het duidelijker is wanneer er één term in de gehele LVG en GGZ sector wordt gehanteerd. Dit om verwarring te voorkomen.

Ter voorbereiding van ons veldwerk gingen we op zoek naar bestaande instellingen die begeleiding bieden aan de SGLVG cliënt. Hierbij kwamen we op het onderzoek: 'Overschat en overvraagd' van het Centrum voor Consultatie en Expertise. Hieruit hebben we instellingen benaderd die mogelijk een bijdrage konden leveren voor ons onderzoek. In het onderzoek stond dat deze instellingen (woon)begeleiding boden aan de doelgroep SGLVG. Enkele instellingen gaven aan geen begeleiding te bieden aan de SGLVG doelgroep en dat ze ons niet verder konden helpen. Hierdoor was het voor ons nog moeilijker instellingen te vinden die wel met deze doelgroep te maken hadden.

Op het gebied van methodieken zijn er geen methodieken die specifiek voor de SGLVG doelgroep ontwikkeld zijn. Hierdoor zijn we op zoek gegaan en hebben we een selectie gemaakt van de methodieken die gebruikt worden binnen de LVG en GGZ instellingen. Maar zoals uit het veldwerk is gebleken hebben wij een andere interpretatie gehad van de toe te passen methodieken dan de instellingen. De conclusie die wij hieruit getrokken hebben is dat er vele methodieken toepasbaar zijn op de doelgroep. De methodieken die Riwis Zorg & Welzijn op dit moment hanteren kunnen in de theorie toepasbaar zijn voor de doelgroep SGLVG. Vervolgonderzoek moet nog uitwijzen of dit in de praktijk ook geldt.

.

8. Literatuurlijst

Boeken:

- Bassant, J. & Roos, S. de e.a. (2003). *Methoden voor sociaal/pedagogisch Hulpverleners*. Bussum: uitgeverij Coutinho
- Besten, C. den & Vulpen, A. van (2006). *Competent begeleiden van mensen met een verstandelijke beperking*. Soest: Nelissen
- Borg, de (2006). *Doelgroep in beeld. Een nauwkeurige omschrijving van mensen met een lichte verstandelijke beperking en meervoudige complexe problematiek*. Amersfoort: Bergdrukkerij
- Bruininks, A.C. (2006). *Orthopedagogisch groepswork: methodiekgericht werken in de praktijk*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg
- Didden, R. (2006). *In perspectief, gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en licht verstandelijke beperking*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Didden, R. & Moonen, dr. X. (2007). *Met het oog op behandeling: effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking*. Amersfoort: Bergdrukkerij
- Didden, R. & Moonen, dr. X. (2009). *Met het oog op behandeling 2 congres: effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking*. Amersfoort: Bergdrukkerij
- Dosen, A. (2005). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap: een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen*. Assen: Van Gorcum
- Dröes, Dr. J. (2005). *Individuele rehabilitatie, behandeling en herstel: van mensen met psychiatrische problematiek*. Amsterdam: SWP
- Griez, E., Honig, A., Os, J. van en F. Verhey (1999). *Beknopte psychiatrie*. Assen: Van Gorcum.
- Holsbrink-Engels (red.), G. (2009). *Hoe(Zo) Volwassen?: een methodiek in het begeleiden van jongeren met probleemgedrag van 16-23 jaar*. Amsterdam: SWP
- Hove, G. van (1992). *Begeleid wonen van volwassenen met een lichte mentale handicap, een theoretische kader*. Apeldoorn: Garant.
- Jagt, N. en Jagt, L. (2004). *Taakgerichte hulpverlening in social work*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Janssens, M. (2003). *Humor: een relativerende begeleidingsmethode: anders omgaan met verstandelijkgehandicapten in specifieke situaties*. Soest: Nelissen
- Koch, P. (2005). *Geen gebrek, over psychiatrie en mensen met een verstandelijke beperking*. Bohn Stafleu van Loghum
- Maes, B. & Bruyninckx, W. & Goffart, K. (2003). *Trajectbegeleiding voor personen met een handicap*. Leuven/Leusden: Acco
- Neijmeijer, L., Moerdijk, L., Veneberg, G. en C. Muusse (2010). *Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ, een verkennend onderzoek*. Utrecht: Trimbos instituut
- Opdebeeck, S. & Audenhove C. van (red.) (2001). *De regels van het huis: omgaan met vrijheidsbeperking in de gehandicaptenzorg en in de bijzondere jeugdzorg*. Leuven/Leusden: Acco
- Rögels, N. (2007). *Levensloopspsychologie: jongvolwassenen, volwassenen en oudere volwassenen*. Soest: Nelissen
- Stuurgroep de Borg, drs. F.A. van Dijk, drs. M. Storms, drs. E.A.M. Terpstra, drs. G.J.C.M. Verberne & drs. J.L. Roos (red.) (2008). *Behandelvisie (forensische) SGLVG*. Amersfoort: Bergdrukkerij
- Teggelaar, J. & Bosch, J. van den & Monster, T. (2008). *Oplossingsgericht werken met mensen met een verstandelijke handicap*. Barneveld: Nelissen
- Vandereycken, W. (2001). *Psychiatrie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Veneberg, G. (2010). *LVG in de ggz: Specialistische geestelijke gezondheidszorg aan mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Afstudeer onderzoek in opdracht van Universiteit Utrecht en het Trimbos instituut.
- Verhoeven, N. (2007). *Wat is onderzoek?* Boom onderwijs

Zeevalking, M. (2000). *Autisme: hoe te verstaan, hoe te begeleiden*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

Internet:

ADHD-land informatiecentrum. Geraadpleegd op 14 maart 2011. Url: <http://www.adhd-land.nl>
Altrecht. Geraadpleegd op 7 december 2010, www.altrecht.nl
HBO-kennisbank. Geraadpleegd op 16 november 2010, http://han2.windesheim.nl/han/HBOKennisbank/www.hbo-kennisbank.nl/nl/page/page.view/hbo_about.page.
LVG net. Geraadpleegd op 10 februari 2011, Url: <http://www.lvg-net.nl>
Mendicosa. Geraadpleegd op 10 februari 2011, Url: <http://www.mendicosa.nl>
Nieuwsbrief dak- en thuislozen jongeren Nijmegen. Geraadpleegd op 7 december 2010, <http://www.foton.nl/gn-nwsbrf0707/>
Mens en samenleving. Geraadpleegd op 14 maart 2011. Url: [http://www. Mens-en-samenleving.infonu.nl](http://www.Mens-en-samenleving.infonu.nl)
Parabool. Geraadpleegd op 7 december 2010, www.deparabool.nl.
Prinsienstichting. Geraadpleegd op 1 maart 2011, http://www.prinsienstichting.nl/page_new.php?page=105&menu=8
Rehabilitatie. Geraadpleegd op 18 januari 2011, url: <http://www.rehabilitatie.nl/index>
RIBW Nijmegen en Rivierenland. Geraadpleegd op 7 december 2010, <http://www.ribw-nr.nl/>
Riwis. Geraadpleegd op 1 juni 2010, url: www.riwis.nl
Studentenstatuut 2010-2011. Geraadpleegd op 13 september 2010, sharenet.windesheim.nl
Trimbos. Geraadpleegd op 16 november 2010, www.trimbos.nl

Artikelen:

Becker, S. (16 november 2010). 'Genetische pech' oorzaak van handicap: Verstandelijke beperking vaak spontaan. *Trouw*, pagina 6
Deegan, P.(Juni 1995) *herstellen van schizofrenie*. Deviant
Farkas, M. & W.A. Anthony (April 2010). *Psychiatric rehabilitation interventions: A review. International Review of Psychiatry*. Informa Healthcare: 22(2): 114–129.
Koch, P. en J. van Stek (2003). Een 'grensgeval': psychiatrische stoornis of verstandelijke beperking?. *Psychopraxis*, 6.

Bijlage 1. Benaderde instellingen

Benaderde instellingen	Interview verstuurd	Antwoord ontvangen
Altrecht	Ja	Nee
Amsta	Ja	Nee
De Dwarsweg Nijmegen	Ja	Ja
De Hartekamp groep	Ja	ja
De Parabool	Nee	Nee
De Passerel	Nee	Nee
Dichterbij	Ja	Ja
Esdégé-Reigersdaal	Ja	Ja
Iipse de Bruggen	Nee	Nee
Kwintes	Ja	Ja
Leekerweide	Ja	Nee
OC Middelveld	Nee	Nee
Philadelphia	Ja	Ja
Prinsenstichting	Ja	Nee
Promens Care	Ja	Ja
Sherpa	Nee	Nee
Trajectum	Ja	Nee
Zozijn	Nee	Nee

Bijlage 2. Interview vragen

1. Wat is uw functie binnen de instelling en hoe zou u deze functie zelf willen omschrijven?
2. Met welke doelgroep werkt u? (leeftijd, diagnose etc.)
3. Wat zijn de meest voorkomende psychiatrische stoornissen bij uw cliënten?
4. Wat zijn kenmerken van SGLVG cliënten in de leeftijd van 16 tot 30 jaar?
(Denk bijvoorbeeld aan: Achtergrond, communicatie, gedrag, agressie en ontwikkeling)
5. Vanuit welke begeleidingsmethodiek werkt u?
6. Wat zijn de kenmerken in de praktijk met betrekking tot de woonbegeleiding aan SGLVG cliënten binnen deze methodiek?
(Denk bijvoorbeeld aan: Houding begeleiders, communicatieniveau, vertrouwensband en afstand nabijheid.)
7. Wat zijn de voor en nadelen in de praktijk met betrekking tot de woonbegeleiding aan SGLVG cliënten binnen deze begeleidingsmethodiek?
8. Wat zet de instelling (op beleidsniveau) in om de woonbegeleiding aan SGLVG cliënten te bevorderen?
(Denk bijvoorbeeld aan: Indeling van de gebouwen, financiering, zorgaanbod en samenwerkingsverbanden met andere instanties)
9. Welke huisregels hanteert uw voor deze doelgroep?
10. Wat zijn de gevolgen van het niet naleven van de huisregels?
(Denk bijvoorbeeld aan: schorsing en time-out beleid)
11. Welke competenties zijn volgens u belangrijk in de begeleiding van SGLVG cliënten?
(Denk bijvoorbeeld aan: Structuur bieden, empathie, coachen, feedback geven/ontvangen, bejegening, relativeringsvermogen en netwerken)
12. Welke opleidingseisen zouden er volgens u gesteld moeten worden aan woonbegeleiders die werken met deze doelgroep?
13. Biedt de instelling voldoende mogelijkheden om kennis met betrekking tot de begeleiding van SGLVG cliënten te vergroten? (Denk bijvoorbeeld aan: Trainingen, opleidingen en cursussen)
14. Wat is uw drijfveer om met deze doelgroep te werken?
15. Heeft u naar aanleiding van deze vragenlijst nog vragen en op- of aanmerkingen?

Bijlage 3.

Huisregels Riwis Zorg & Welzijn

Wonen

In deze folder vindt u algemene informatie over het (samen) wonen in een woning van Riwis en de algemene huisregels.

Uw kamer

In de woning heeft u een eigen zit- slaapkamer die u naar eigen smaak mag inrichten. De kamer is in de meeste woningen gestoffeerd, maar niet gemeubileerd. De woonkamer, keuken, toiletten, douches, tuin en berging deelt u met huisgenoten.

U bent zelf verantwoordelijk voor het schoonhouden van uw eigen kamer. Voor de gezamenlijke ruimtes bent u allemaal verantwoordelijk.

Cliënten die in eenpersoonsappartement wonen, zijn zelf verantwoordelijk voor het schoonmaken van de woning.

Één keer per week helpt een huishoudelijk medewerker bij het schoonhouden van de algemene ruimtes. Een schoonmaakbedrijf wast iedere maand de ramen aan de buitenkant van de woning. Een tuinbedrijf doet een paar keer per jaar het grote onderhoud aan de tuin.

Mocht u gaan verhuizen dan laat u de kamer in goede staat en netjes achter. Eventuele schade dient u de betalen. U levert de sleutels in en geeft een adreswijziging door aan de begeleiding en andere instanties.

Huisraad

Elke woonvorm heeft een huisraad. De huisraad is een overleg met uw huisgenoten en de begeleiding. U kunt dan vertellen hoe het met u gaat en hoe de sfeer in huis is. Daarnaast worden er afspraken gemaakt over het gebruik van de woning en de huisregels.

Cliënten die in een eenpersoonsappartement wonen, maken deel uit van een woonvorm. Zij kunnen aansluiten bij de huisraad van hun woonvorm.

Roken

Het is niet toegestaan in de woning te koken. Buiten de woning kan worden gerookt.

Onderhoud/reparaties

Iedere woning heeft een huismmentor. Bij hem of haar kunt u terecht met vragen over onderhoud of reparaties en het aanschaffen van ontbrekende spullen. Een technisch medewerker verricht vervolgens reparaties. Het is niet toegestaan dat u zelf gaat klussen.

Boodschappen

Samen met uw huisgenoten zorgt u voor boodschappen. Iedere week ontvangt elke woonvorm geld voor de boodschappen. Cliënten in een eenpersoonsappartement ontvangen een toeslag op dit bedrag, omdat zij hogere kosten hebben.

Iedere maand ontvangt de woonvorm geld voor schoonmaakspullen. Bonnen van uw aankopen kunt u inleveren bij de kasbeheerder. De kasbeheerder houdt alle uitgaven en inkomsten bij.

Kosten verblijf

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vergoedt de kosten van uw verblijf in een beschermende woonvorm. U betaalt wel een eigen bijdrage. De hoogte daarvan is afhankelijk van uw inkomen. U heeft uw eigen huisarts, apotheek en tandarts.

Verzekeringen

Iedere cliënt is wettelijk verplicht een aansprakelijkheidsverzekering af te sluiten (WA-verzekering). Daarnaast kunt u als cliënt kosteloos meeverzekerd worden op de polis

Aansprakelijkheidsverzekering Bedrijven en de Uitgebreide Brandverzekering van Riwis. Wel geldt voor beide verzekeringen een eigen risico. Cliënten die dit bedrag te hoog vinden, kunnen ervoor kiezen om privé een verzekering af te sluiten. Om van deze verzekeringen gebruik te kunnen maken dient u zich via een formulier aan te melden. Dit formulier wordt u toegestuurd door het Cliëntenservicebureau.

Wat te doen bij schade?

Alle schades dienen zo snel mogelijk te worden gemeld bij uw persoonlijk begeleider. U vult samen met uw begeleider een schadeformulier in en stuurt dit op naar het Centraal Bureau van Riwis.

Crisisdienst

In sommige woonvoorzieningen is overdag en een deel van de avond begeleiding aanwezig. In zo'n geval kunt u buiten de werkuren van de begeleiding een beroep doen op de crisisdienst. Dit is een medewerker van Riwis die bij een crisissituatie telefonisch bereikbaar is. Een crisis is een situatie die u op dat moment niet zelf of met huisgenoten kunt oplossen. De crisisdienst mag alleen gebeld worden als de begeleiding niet meer aanwezig is.

Omgangsvormen

- Verbaal en fysiek geweld worden niet geaccepteerd.
- Er wordt respectvol met spullen van de ander omgegaan.
- Wanneer iemand overlast bezorgt, zal hij of zij door de begeleidende medewerker hierop worden aangesproken.

Schorsing

Een belangrijke afspraak is dat u geen overlast bezorgt aan medecliënten en de direct omgeving. Wanneer u zich niet houdt aan de gemaakte afspraken wordt dit met u besproken of u wordt hiervan schriftelijk op de hoogte gesteld. Hiervoor maakt Riwis gebruik van de regeling: 'Schorsing Woongenot Cliënten'.

Riwis spant zich in u waar nodig te ondersteunen, maar wij rekenen ook op uw medewerking en gaan er vanuit dat u ook zelf maatregelen neemt om herhaling van mogelijk overlast te voorkomen. Wij helpen u, indien gewenst, een plan op te stellen.

Algemene huisregels

- Meld uw begeleider en huisgenoten als u een nacht, een weekeinde of langere tijd afwezig bent.
- U mag bezoek ontvangen. Als iemand komt logeren, overlegt u dit met uw huisgenoten en uw persoonlijk begeleider
- Huisdieren zijn toegestaan, zolang ze geen overlast veroorzaken. Begeleiding en huisgenoten moet wel toestemming geven. U bent zelf verantwoordelijk voor de zorg van uw huisdier
- De algemene telefoon in de woning mag u alleen gebruiken voor het bellen van begeleiding, crisisdienst, huisartsenpost of 112. Op de meeste kamers is een telefoonaansluiting aanwezig. Riwis betaalt de abonnementskosten. De gebruikerskosten zijn voor eigen rekening. Hiervan krijgt u een overzicht.
- Luisteren of spelen van muziek mag geen overlast voor huisgenoten of burens opleveren.
- U kunt in overleg met de begeleiding gebruikmaken van internet. De kosten hiervoor zijn voor eigen rekening. In een groot aantal woningen van Riwis staat in de algemene ruimte een

PC met internetaansluiting. Voor het gebruik hiervan dient u een overeenkomst te ondertekenen.

- Gebruik van hard- en softdrugs door cliënten in en om de woning van Riwis is niet toegestaan.
- Alcoholgebruik is toegestaan voor zover het de orde in de woning niet verstoort en het niet in strijd is met de afspraken die hierover gemaakt zijn in uw begeleidingsplan. Er kan per woning een verbod gelden.

In sommige situaties is het mogelijk dat wordt afgeweken van deze regels op basis van afspraken tussen cliënt en begeleiding.

Bijlage 4. Sanctiebeleid jeugd Riwis Zorg & Welzijn

Inleiding

Uit de praktijk is gebleken dat het schorsingsbeleid welke gehanteerd wordt binnen Riwis Zorg & Welzijn niet het gewenste effect heeft bij jongeren⁴. Er worden (te) snel officiële waarschuwingen gegeven, waardoor jongeren relatief snel geschorst worden. Daarnaast blijkt dat het schorsen van jongeren niet het gewenste effect heeft. Ook voor de doelgroep moeders met kinderen is schorsen geen goede maatregel. Tevens is het onverantwoord jongeren en moeders met kinderen te schorsen terwijl ze geen plek hebben waar ze kunnen verblijven.

Om bovenstaande te ondervangen is het idee ontstaan een 'sanctiebeleid' te ontwikkelen. Hiermee krijgen de jeugdteams een handvat om jongeren te waarschuwen en corrigeren zonder dat daar direct een schorsing aan gekoppeld is.

De procedure "Schorsing Woongenot" wordt binnen de woonvoorzieningen voor jeugd vanaf 15 mei 2010 niet meer ingezet.

Indien in uitzonderlijke gevallen de procedure "Schorsing Woongenot" de enige weg lijkt te zijn, kan dit enkel worden ingezet in overleg met de Regie- Zorgmanager en de Raad van Bestuur.

NB wanneer cliënt beneden de achttien jaar is, dient dit ook te geschieden in overleg met BJZ.

Sancties

Iedere situatie is uniek en er dient per incident bekeken te worden welke maatregelen getroffen dienen te worden. Een sanctie moet een logisch gevolg zijn op datgene wat er gebeurd is.

Om gewenst gedrag te bevorderen en/of in stand te houden is het belangrijk om dit gedrag te belonen. Door met name het positieve gedrag te bekrachtigen, kan ongewenst gedrag afnemen. Afgezien hiervan kan het nodig zijn ongewenst gedrag te sanctioneren. Het geven van een sanctie is een manier om je grenzen aan te geven en een jongere te laten ervaren dat gedrag gevolgen heeft.

Een sanctie mag worden opgelegd indien een jongere zich niet aan de algemene huisregels en afspraken houdt. Zoals het opruimen van de kamer, niet op de afgesproken tijd aanwezig zijn etc. Wanneer blijkt dat een jongere zich niet blijft houden aan de algemene afspraken en de jongere niet gemotiveerd is zich aan te passen dan kan uiteindelijk, in overleg met de WZC'er, de zorg beëindigd worden.

Bij de start van de zorg wordt er door de begeleiding bekeken wat de valkuilen van de jongere zijn en welke passende maatregelen daarvoor gebruikt kunnen worden. Dit verschilt per jongere en het is handig om de naastbetrokkene mee te laten denken in dit proces. Voorbeelden van sancties zijn: geen internet, uur eerder thuis komen, het niet mogen uitgaan in het weekend, extra taken in de huishouding of een time out. Nogmaals: een sanctie moet een logisch gevolg zijn op datgene wat er gebeurd is.

⁴ Jongeren zijn cliënten in de leeftijd van 14 tot 23 jaar.

Time out

Een time out is bedoeld als “pas op de plaats”. De jongere kan nadenken over wat hij/zij wil en de begeleiding kan doormiddel van een time out duidelijk de grens aan geven.

Het gaat hier om een forse maatregel, die zijn kracht verliest als hij te vaak wordt ingezet.

Een time out houdt in dat de jongere voor 48 uur:

- Op de woonvorm moet blijven (“huisarrest”);
- Op een andere woonvorm of bij naastbetrokkenen verblijft;
- Geen privileges heeft, zoals het gebruik maken van een computer/tv;
- Naar de crisisopvang moet of
- Twee dagen een “taakstraf” krijgt (verplicht naar een aanvullende dagbesteding gaan).

Bij een time out wordt er een opdracht meegegeven (in de vorm van vragen) die de jongere tijdens de time out kan maken. Na de time out bespreekt de persoonlijk begeleider de opdracht met de jongere en worden er afspraken gemaakt over het vervolg wonen.

Einde zorg

Indien een jongere aantoonbaar crimineel of agressief gedrag vertoont, wordt de zorg beëindigd.

Indien een jongere beneden de achttien jaar is dienst Bureau Jeugdzorg hiervan in kennis gesteld te worden. Dit is een taak van de Persoonlijk Begeleider. Vanzelfsprekend worden naastbetrokkenen ingelicht (ongeacht leeftijd).

Bij crimineel of agressief gedrag dient de jongere per direct de woonvorm te verlaten. Tijdelijk onderdak moet worden gezocht bij naastbetrokkenen, crisisopvang jeugdzorg (beneden de achttien jaar), crisisopvang IrisZorg (vanaf zestien jaar), Omnizorg (boven de achttien jaar).

Ondertussen gaat de begeleiding (eventueel samen met de functionaris Zorgtoeleiding en Informatie en Bureau Jeugdzorg) op zoek naar vervangende woonruimte. Vervolgens wordt ‘Einde Zorg’ ingezet. NB. Bij crimineel of agressief gedrag dient er aangifte gedaan te worden en wordt er gekeken naar justitieel vervolg. Bij extreme gevallen dient overlegd te worden met de Raad van Bestuur over de te nemen beslissingen.

Bij aanvang van de zorg wordt vermeld dat indien een jongere agressief of crimineel gedrag vertoont hij of zij de woonvorm dient te verlaten.

Samenvatting

Samengevat betekent bovenstaande het volgende;

- Belonen van gewenst gedrag is belangrijk
- Bij ongewenst gedrag kan een sanctie volgen
- ‘Time out’ is een sanctie die kan worden ingezet. Het gaat hierbij om een forse maatregel die zijn kracht verliest als het te vaak wordt ingezet
- Bij een ‘Time out’ wordt een opdracht meegegeven aan de jongeren, welke na terugkomst wordt besproken door de Persoonlijk Begeleider en jongere
- Bij het blijven vertonen van ongewenst gedrag en ontbrekende motivatie tot verbetering, kan in overleg met de Woonzorgcoördinator ‘Einde Zorg’ worden gegeven. De jongere mag pas de woonvorm verlaten indien er andere woonruimte is.
- Bij crimineel of agressief gedrag dient de jongere de woning te verlaten. Vervangende woonruimte wordt gezocht. Bij jongeren beneden de achttien jaar wordt Bureau Jeugdzorg ingelicht. Naastbetrokkenen worden vanzelfsprekend ingelicht.
- Bij de start van zorg:
 - Wordt er gekeken wat de valkuilen van de jongere zijn.
 - Wordt er een passende maatregel toegepast bij grensoverschrijdend gedrag.

Bijlage 5. Ontvangen huisregels

Esdégé-Reigersdaal

- U bent een goede buur.
- Harde muziek of andere vormen van overlast, zoals hard praten en roepen kunnen voor 10.00 uur en na 22.00 uur niet, ook niet buiten, in de gangen, lift, voor de deur en op het parkeerterrein van de flat.
- U hebt niet meer dan twee personen tegelijk op bezoek, tenzij na overleg met de begeleiding.
- U zorgt er voor dat het bezoek geen overlast bezorgt.
- Door de weeks zorgt u er voor dat uw bezoek om 22.30 de deur uit gaat.
- Uw bezoek mag niet blijven slapen zonder dat dit vooraf met de begeleiding is overlegd.
- U geeft geen feestjes zonder vooraf toestemming van de begeleiding. Met de begeleiding maakt u afspraken over wat wel en niet kan op het feestje en hoe u het de burens gaat vertellen.
- U praat niet met elkaar over anderen die er niet bij staan want dit is roddelen.
- Als u iets niet wilt, zegt u dit op een rustige manier tegen de ander.
- Als dat niet lukt maakt u geen ruzie maar gaat u weg.
- U bedreigt de ander niet.
- Bij problemen belt u ALTIJD eerst naar de begeleiding.
- Tijdens begeleidingsmomenten rookt u niet.
- U gebruikt geen drugs en geeft anderen ook niet de gelegenheid dit in uw huis te gebruiken, verhandelen of achter te laten.
- In uw huis komt een map te staan.
- Hierin komen alle afspraken te staan die u hebt gemaakt met de begeleiding.
- In deze map wordt ook elke keer gerapporteerd.
- U zorgt er voor dat deze map in uw huis blijft.

Deze huisregels zijn opgesteld om een ordelijke gang van zaken binnen Erve Holland goed te regelen en het wonen en werken voor iedereen zo prettig mogelijk te maken. De huisregels zijn op basis van de Model Huisregels VGN. Voor de algemene omgangsvormen wordt uitgegaan van wat gebruikelijk is in de samenleving. De afspraken die in het ondersteuningsplan van de cliënt staan, hebben altijd voorrang op de huisregels.

1. Slaap- en rusttijden: Vanaf 22.00 uur mogen medecliënten niet meer gestoord worden door overlast ten gevolge van harde geluiden veroorzaakt door bijvoorbeeld geluidsinstallaties of andere luidruchtige bezigheden. Uiteraard geldt dit ook voor begeleiders die na 22.00 uur op de afdeling zijn. Op doordeweekse (werk-) dagen dienen de cliënten op de genoemde tijd in het eigen appartement te zijn. Uitzonderingen worden gemaakt na overleg met de begeleiders. De rust duurt tot 7.00 uur de volgende morgen.
2. Etenstijden: Cliënten die in de gezamenlijke woonkamer eten, kunnen dit doen van 7.30 tot 8.30 uur, van 12.30 tot 13.30 uur en van 17.30 tot 18.30 uur. Voor en na de maaltijden is er een moment van stilte voor cliënten en begeleiders die willen bidden.
3. Post: Wij gaan uit van het recht van ontvangen en versturen van post door cliënten. Begeleiders leggen de postbus en zorgen voor de verdeling van de post onder de cliënten. Cliënten openen de eigen post. Post gericht aan de wettelijke vertegenwoordigers wordt door de (coördinerend) begeleider doorgestuurd. Niemand heeft zonder toestemming toegang tot post, die niet aan hem/haar gericht is.
4. Bezoektijden: Bezoek is mogelijk na afspraak met de begeleiders. Door begeleiders wordt voorrang gegeven aan de ondersteuning van cliënten. Als het bezoek de begeleider wenst te spreken, is het ter beoordeling van de begeleider of het op dat moment kan of dat er een afspraak gemaakt moet worden op een later tijdstip.
5. Telefoneren: De cliënten kunnen gebruik maken van de openbare munttelefoon tegen vergoeding of zij maken gebruik van de eigen telefoon. Bij gebruik van de eigen telefoon wordt er gebeld op het eigen appartement.
6. Privébezigtingen: Bij afwezigheid van een cliënt is het eigen appartement op slot. De cliënten hebben het recht bij het verlaten van het appartement de deur zelf af te sluiten of door de begeleider te laten afsluiten. Bij afwezigheid van de cliënt heeft de begeleider toegang tot de appartementen met de algemene loper als werkzaamheden dit vereisen. Er wordt met respect omgegaan met privébezigtingen. Zonder toestemming van de cliënt hebben medecliënten geen toegang tot diens eigen appartement. Bij aanwezigheid van de cliënt wordt toegang tot het appartement gevraagd door medecliënten en begeleiders.
7. Roken: Roken mag alleen in de eigen woonkamer van het appartement en niet in de slaapkamer vanwege brandpreventie. Voor begeleiders is roken alleen buiten toegestaan.
8. Alcohol: Openbare dronkenschap wordt binnen Erve Holland niet toegestaan. Voor een aantal cliënten geldt dat een combinatie alcohol en medicijngebruik wordt afgeraden op doktersadvies. Begeleiders mogen vlak voor en tijdens hun dienst geen alcohol gebruiken.
9. Drugs en andere verdovende middelen: Er geldt een verbod op het bezitten, het handelen en het gebruiken van harddrugs. Ook het gebruik van softdrugs wordt ontraden. Begeleiders dienen zich ervan te onthouden.

10. Fotograferen, video en film: Om privacyredenen moet er zorgvuldig omgegaan worden met fotograferen, video en film. De omgangsnorm is dat er altijd toestemming gevraagd wordt aan degene die gefotografeerd of gefilmd wordt. Dit geldt ook voor extern gebruik van opnamemateriaal.

11. Handelen, ruilen en lenen: Om misverstanden en eventueel misbruik van onderlinge verschillen in vaardigheden en macht tussen de cliënten te voorkomen, worden handelen, ruilen en lenen van spullen niet toegestaan.

Promens Care

Appartement: Promens Care is eigenaar van de appartementen. De begeleiding kan en mag altijd op je appartement komen.

Roken: In je eigen appartement mag gerookt worden. Wanneer er begeleidingsmomenten zijn, overleg je met de begeleiding of zij er bezwaar tegen hebben dat je rookt. Zo ja, dan wordt er pas weer na het begeleidingsmoment gerookt.

Hoofddekseis: Buiten en in je eigen appartement mag je een pet of een ander hoofddekseis dragen.

Koffieruimte: De koffieruimte is door de week open van 16.15 tot 17.00 en van 20.0 tot 20.30. de koffieruimte is in het weekend en op feestdagen open van 11.00 tot 11.45 en van 20.00 tot 20.30. je houdt de koffieruimte netjes. Het daar aanwezige kantoor en de badkamer is alleen toegankelijk voor de begeleiding.

Fietsenhok: Je zet je fiets in het fietsenhok. Je houdt het fietsenhok netjes, net zoals de gangen en het washok.

Melden, bezoek en geen geluidsoverlast:

- Door de week is het vanaf 22.00 uur stil in de flat
- Je meldt bij de begeleiding dat je bezoek hebt en wie er is
- Je meldt bij de begeleiding wanneer het bezoek weer weg gaat
- Door de week (zondag t/m donderdag) is er geen bezoek meer in de flat na 23.30 en ben je op je eigen appartement.
- In het weekend ben je voor 24.00 uur weg als je op stap wilt. Na 24.00 uur blijf je op je appartement en is het stil. Bij terugkomst veroorzaak je ook geen geluidsoverlast.
- Je gebruikt altijd het in/uit bord
- Buiten het ATC geldt ook: voor/achter het ATC geen overlast

Begeleiding:

- Je bent aanwezig op de begeleidingsmomenten. Er is dan geen bezoek
- Je bent altijd bereikbaar voor de begeleiding
- Je werkt samen met de begeleiding
- Je zit voor jezelf op het ATC en werkt aan je eigen leerdoelen
- Je krijgt voedingsgeld van de begeleiding als je je bonnen inlevert
- Ben je het ergens niet mee eens, overleg je dat met de begeleiding

Materiaal:

- Je leent geen geld of spullen uit
- Je koopt of verkoopt geen spullen onderling
- Je maakt geen spullen van anderen kapot

Drugs, drank, computer: Het gebruik van drugs, drank en de computer wordt aangepakt wanneer:

- Je hiermee overlast voor anderen veroorzaakt
- Je niet meer geleidbaar en/of aanspreekbaar bent voor de begeleiding
- Je niet meer in staat bent je dagprogramma te volgen
- Training niet meer haalbaar is

Dit kan een reden zijn om je training en verblijf op het ATC te beëindigen.

Werk: Het hebben van werk/dagbesteding is een voorwaarde voor training en verblijf op het ATC.

- Heb je tijdelijk geen werk buiten jouw schuld, dan wordt je in staat gesteld ander werk te zoeken.

Het ATC wil/kan je daar bij helpen.

- Wordt je geschorst van je werk, dan volgt een time-out voor de periode van de schorsing. Tijdens deze time-out ben je op een plek die van te voren is afgesproken. Je bent in deze periode niet op het ATC.

Overige huisregels: Je huissleutel heb je alleen zelf in bezit (geef je niet aan anderen). Je zorgt er voor dat de buitendeuren gesloten zijn. Je bewaart het oud papier in je eigen appartement. Peuken gaan in de daarvoor bestemde asbakken/prullenbakken. Het bezit en gebruik van illegaal zendapparatuur is niet toegestaan. Individuele afspraken gaan boven de huisregels.

Waarschuwing: Je krijgt een waarschuwing als jij je niet aan de regels en afspraken houdt. Na meerdere waarschuwingen krijg je een officiële waarschuwing. Als je vervolgens 6 weken geen waarschuwing hebt gehad, wordt je waarschuwing die je had weer ingetrokken.

Bij ernstige overtreding hebben we contact met de politie en wordt er aangifte gedaan.

Omgangsregels: Houdt rekening met elkaar. Respecteer de ander. Pest een ander niet. Gebruik geen agressie naar anderen (slaan, schoppen, dreigen, schelden, enz.). Wees niet racistisch naar anderen.

Deze regels en afspraken zijn er om op een prettige manier te kunnen samenleven in, op en rond het ATC.

Bijlage 6. Competentieprofiel beroepskrachten die werken met de SGLVG doelgroep

Wat vraagt (SG)LVG van de begeleiding?

De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) heeft een competentieprofiel ontwikkeld voor beroepskrachten in het primaire proces die behandeling en begeleiding bieden aan (SG)LVG cliënten. Dit is een zeer bruikbaar document voor de werving en selectie van een nieuw te vormen team medewerkers.

De combinatie van onderstaande aspecten maakt dat het werken met de doelgroep (SG)LVG zich onderscheidt van het werken met andere doelgroepen.

1. (On)zichtbaarheid van de beperkingen: Bij (SG)LVG-clënten is sprake van cognitieve- en leerproblemen. Dit heeft onder andere tot gevolg dat bij het aanleren van vaardigheden veel herhaling nodig is, en het accepteren van de beperking is moeilijk. De verstandelijke beperking is echter vaak moeilijk zichtbaar. Daarnaast zijn (SG)LVG-clënten vaak in sociaal-emotioneel opzicht minder volwassen dan het cognitieve functioneren doet vermoeden. Hierdoor bestaat het risico van overschatting van de cliënt en een verkeerde bejegening.

De begeleider doet daarom ook aan bemoeizorg: begeleiding van cliënten die daar niet zelf om kunnen vragen of die, anders gezegd, zelf geen regie kunnen voeren en daarom niet de hulp krijgen die ze nodig hebben. Daarvoor moet de begeleider kennis hebben van de beperkingen van (SG)LVG-clënten, deze kennis kunnen toepassen om een inschatting te kunnen maken van de mogelijkheden en beperkingen van de individuele cliënt, en de communicatie en bejegening hierop kunnen afstemmen.

2. Agressie en crisissituaties: (SG)LVG-clënten hebben te maken met gedragsproblematiek. Dat kan vele vormen aannemen, bijvoorbeeld: zich niet houden aan regels en afspraken (huisregels, school, werk), ontwijkend en provocatief gedrag, en ook agressie en criminaliteit. Daarnaast beschikken ze niet over het vermogen om grenzen te stellen (grensoverschrijdend gedrag).

Bij crisis- en conflicthantering is preventie een sleutelwoord. Van belang hierbij is onder meer: de psychische en sociaal-emotionele gesteldheid van de cliënt goed kunnen inschatten, kunnen signaleren of een situatie uit de hand dreigt te lopen, kunnen de-escaleren in bejegening en communicatie. Daarnaast dient een begeleider adequaat te kunnen reageren in crisissituaties. Het kunnen hanteren van stressgerelateerde problematiek is hierbij van groot belang. In woonsituaties met (SG)LVG-clënten zal dit doorgaans betrekking hebben op het kunnen onderkennen hiervan, het systematisch gebruikmaken van signaleringsplannen en de-escalatie technieken en het bevorderen van sociale vaardigheden met behulp van trainingen.

Bij LVG-jeugdinstanties is hierbij het aansluiten bij hechtingsstoornissen en daarbij behorende interventietechnieken een belangrijk paradigma.

3. Zelfbeeld: Veel (SG)LVG-clënten hebben een negatief zelfbeeld. Zij hebben veel faalervaringen gehad en zijn geneigd situaties eerder als negatief te beoordelen. Aan de andere kant hebben zij vaak geen realistisch beeld van de eigen mogelijkheden en beperkingen en zien zij zichzelf niet als gehandicapt, met als gevolg dat men zichzelf overschat. Veel (SG)LVG-clënten hebben moeite om hulpverlening te accepteren.

Het creëren van een veilige omgeving en een betrouwbare partner zijn, is een basisvoorwaarde voor het behandelen en begeleiden van (SG)LVG-clënten. Een begeleider moet empathisch zijn, de cliënt kunnen respecteren zoals hij is, maar ook consequent en duidelijk zijn en grenzen kunnen stellen.

Omdat eenduidigheid in de begeleiding binnen een team van groot belang is, moet de begeleider goed kunnen samenwerken en feedback kunnen geven én ontvangen. Zelfkennis en het vermogen tot zelfreflectie zijn een vereiste.

4. Behandelperspectief: Meer dan bij andere doelgroepen in de gehandicaptenzorg staat de hulpverlening aan (SG)LVG-cliënten in het teken van behandeling. Dit geldt het meest uitgesproken voor de behandelcentra, waar de behandeling, die in tijd gezien begrensd is, gericht is op het bewerkstellingen van verandering of verbetering van het gedrag van de cliënt. Maar ook in de op langdurig verblijf ingerichte VG-instellingen speelt op consolidatie gerichte behandeling bij deze cliëntdoelgroep in meer of mindere mate een rol.

De begeleider moet - veelal (zeker in behandelsettings) onder eindverantwoordelijkheid en coördinatie van een gedragskundige en op basis van het door die gedragskundige opgestelde behandelplan - in staat zijn om behandeldoelen te vertalen naar de dagelijkse praktijk. Goed kunnen observeren en signaleren is onontbeerlijk, onder meer om het effect van behandelingen (therapie, training, medicatie etc.) te kunnen waarnemen.

De begeleider moet onder meer beschikken over kennis van diagnose-instrumenten en behandelinterventies en over trainingsvaardigheden. Ook moet hij kennis kunnen overdragen en multidisciplinair kunnen werken.

5. Sociaal-emotionele omgeving: De sociale omgeving speelt een grote rol in de behandeling en begeleiding van (SG)LVG-cliënten, in verschillende opzichten. De sociale omstandigheden waarin (SG)LVG-cliënten zijn opgegroeid, zijn vaak slechter dan gemiddeld. Dat geldt zowel voor de sociaal-economische achtergrond als voor de gezins- en opvoedingssituatie. Dit vormt een van de achtergronden van de problematiek van de cliënt.

De omgeving is complex en (SG)LVG-cliënten hebben moeite deze omgeving te duiden. Hierdoor, en door faalervaringen treedt stress op waar zij op eigen kracht moeilijk mee om kunnen gaan. Zij zijn hiervoor sterk afhankelijk van de hulp van anderen, maar in hun sociale netwerk is deze hulp niet altijd te verwachten of niet adequaat. Binnen de directe cliëntomgeving is veelal sprake van beperkingen, bijvoorbeeld in de zin dat de ouders zelf ook een lichte verstandelijke beperking hebben.

(SG)LVG-cliënten zijn gemakkelijk beïnvloedbaar, ook door negatieve krachten in de sociale omgeving. Mede daardoor komen criminaliteit, verslaving, en seksueel overschrijdend gedrag naar verhouding veel voor. Dit kan overlast veroorzaken voor de omgeving, wat een bron van nieuwe spanningen en conflicten kan zijn.

De sociale omgeving (en het creëren daarvan) speelt daarom een grote rol in het werk van de begeleider. De begeleider moet het sociale netwerk van de (SG)LVG-cliënt goed kennen, evenals het netwerk van (hulpverlenings)instanties zoals jeugdzorg, GGZ, justitie en verslavingszorg. De begeleider moet de cliënt kunnen begeleiden en trainen in het aangaan van positieve contacten met de omgeving, en kunnen omgaan met spanningen tussen de cliënt en de omgeving (waarbij de begeleider de rol heeft van ambassadeur van volwaardig burgerschap). Bij veel cliënten is er sprake van hechtingsproblematiek. Kennis van ontwikkelingstheorieën en competenties met betrekking tot het omgaan hiermee zijn essentiële ingrediënten van het competentie profiel.

6. Psychopathologie en co-morbiditeit: Hoewel gedragsstoornissen kunnen worden geclassificeerd binnen de gangbare psychopathologische indelingscriteria worden ze niet gekenmerkt door klassieke kenmerken van psychiatrische ziekte (kenmerkend beloop, kenmerkende pathofysiologische mechanismen en dergelijke), maar juist door multiële gedetermineerdheid en een grote verscheidenheid aan dynamiek. Er is echter sprake van een aanzienlijke co-morbiditeit. Vooral

betreft dit de zogenaamde ontwikkelingspsychiatrische stoornissen zoals autisme spectrum stoornissen, ADHD, tic-stoornissen en oppositioneel opstandige gedragsstoornissen.

Dit heeft consequenties voor de competenties van de begeleiders. Zij moeten extra kennis hebben van belangrijke bijwerkingen van medicatie en moeten een rol kunnen spelen in het proces van psycho-educatie en dergelijke. In alle sectoren van de (SG)LVG zorg wordt men vaak geconfronteerd met angststoornissen, traumatisering, effecten van verwaarlozing, mishandeling en misbruik.

Daarnaast is het wenselijk dat begeleiders, leerkrachten, casemanagers en andere ondersteuners zich verantwoordelijk voelen voor een naadloze overgang van wonen en school naar werk. De levensloop van de jongere met LVG-problematiek moet hierin centraal staan, niet de stelsels. Bij jongeren met LVG-problematiek kan een overgang van school naar werk mislukken wanneer ondersteuning en afstemming niet toereikend zijn. Gevolgen van een mislukking zijn: geen werk, terugval, nog minder zelfvertrouwen en risico van ontsporing (bijvoorbeeld in aanraking komen met justitie, gaan zwerven).

Samenvatting en conclusie

Mensen met een verstandelijke handicap hebben een aangeboren of later optredende beperking in het intellectueel functioneren, die gepaard gaat met beperkingen in de sociale (zelf)redzaamheid. Het betreft cliënten die te maken hebben met een combinatie van beperkingen en problemen. Die kunnen variëren van leerproblemen, psychiatrische problemen, sociale problemen, sociaal-emotionele problemen tot (vooral) emotionele problemen. Om te kunnen werken met deze doelgroep en ze de begeleiding te bieden die ze nodig hebben is een duidelijk competentieprofiel onontbeerlijk.

- ▶ De begeleider doet aan bemoeizorg: begeleiding van cliënten die daar niet zelf om kunnen vragen of die, anders gezegd, zelf geen regie kunnen voeren en daarom niet de hulp krijgen die ze nodig hebben.
- ▶ Bij crisis- en conflicthantering is preventie een sleutelwoord.
- ▶ Het creëren van een veilige omgeving en het zijn van een betrouwbare partner zijn basisvoorwaarden voor het behandelen en begeleiden van (SG)LVG-clieënten.
- ▶ De begeleider moet - veelal (zeker in behandelsettings) onder eindverantwoordelijkheid en coördinatie van een gedragsdeskundige en op basis van het door die gedragsdeskundige opgestelde behandelplan - in staat zijn om behandeldoelen te vertalen naar de dagelijkse praktijk.
- ▶ De begeleider moet het sociale netwerk van de (SG)LVG-clieënt goed kennen, evenals het netwerk van (hulpverlenings)instanties zoals jeugdzorg, GGZ, justitie en verslavingszorg.
- ▶ De begeleider moet de cliënt kunnen begeleiden en trainen in het aangaan van positieve contacten met de omgeving, en kunnen omgaan met spanningen tussen de cliënt en de omgeving (waarbij de begeleider de rol heeft van ambassadeur van volwaardig burgerschap).
- ▶ Zij moeten extra kennis hebben van belangrijke bijwerkingen van medicatie en moeten een rol kunnen spelen in het proces van psycho-educatie en dergelijke.
- ▶ Daarnaast is het wenselijk dat begeleiders, leerkrachten, casemanagers en andere ondersteuners zich verantwoordelijk voelen voor een naadloze overgang van wonen en school naar werk.

Bronnen:

- (SG)LVG, Competentieprofiel voor beroepskrachten in het primaire proces van de gehandicaptenzorg die behandeling en begeleiding bieden aan mensen met een licht verstandelijke beperking met ernstige gedragsproblemen
- LVG-Jongeren 'Beter in beeld', Landelijk Kenniscentrum LVG, 2009, Vilans, Utrecht, blz. 23