

*Mark Engelkens (291348) & Malon Beerling (372910)*

Eindopdracht Bachelor Social work | Academie voor Sociale Studies Hanzehogeschool Groningen

Optimaliseren van de zorg: hoe beter om te gaan met licht verstandelijk beperkte patiënten in de forensische psychiatrie?

*Eindopdracht: advies*



**Optimaliseren van de zorg: hoe beter om te gaan met licht verstandelijk beperkte patiënten in de forensische psychiatrie?**

Eindopdracht: Advies

|  |
| --- |
| **Auteurs**: Mark Engelkens & Malon Beerling  **Studentnummers**: 291348 & 372910  **Datum**: 23-05-2023  **Opleiding**: Deeltijd Bachelor Social Work  **Organisatie**: Academie voor Sociale Studies, Hanzehogeschool Groningen  **Module + OSIRIS-code**: Eindopdracht, SSDB22EO  **Deelopdracht**: Advies  **Opdrachtgevende** **organisatie**: FPC van Mesdag  **Opdrachtgever & begeleider:** Johan Dijkstra & Berber Hiemstra  **Docent**: Hans Orsel  **Aantal woorden**: 6026 |

# Voorwoord

Voor u ligt het ontwerponderzoek ‘’*Optimaliseren van de zorg: hoe beter om te gaan met licht verstandelijk beperkte patiënten in de forensische psychiatrie?’’.* Dit ontwerponderzoek is in het kader van de deeltijdopleiding Social Work aan de Hanzehogeschool Groningen uitgevoerd. In opdracht van de Forensische Psychiatrisch Centrum (FPC) dr. S. van Mesdag kliniek te Groningen is er, in de periode van februari 2023 – mei 2023, onderzoek gedaan naar hoe de kwaliteit van zorg verbeterd kan worden onder de sociotherapie. In deze periode is het ontwerponderzoek uitgevoerd, het onderzoeksverslag geschreven en het product ontworpen.

Het ontwerponderzoek heeft tot stand kunnen komen door de medewerking van verschillende personen. Hiervoor willen wij onze dank uitspreken aan de medewerkers van de Mesdag. Daarnaast danken wij ook het Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie voor het delen van hun visie en kennis. Tot slot willen wij Hans Orsel en Berber Hiemstra bedanken voor de begeleiding en feedback vanuit de Hanzehogeschool en de Mesdag.

# Managementsamenvatting

Begin 2013 verschenen er nieuwsberichten dat er 30 gevangenissen en tbs-klinieken zullen gaan sluiten. De Mesdag heeft op deze berichtgeving ingespeeld door zich te positioneren als specialist op gebied van LVB. Door in te spelen op deze berichtgeving heeft de kliniek zijn bestaansrecht weten te behouden. Op deze manier kon de kliniek meer tbs-patiënten opnemen waarbij sprake is van LVB-problematiek. Dit heeft geresulteerd in een hedendaagse LVB-populatie van boven de 60%. De verschuiving van de patiëntenpopulatie is daardoor steeds meer merkbaar op de werkvloer en vraagt daardoor meer aanpassing in de werkwijze bij de zorgverleners. Daarbij blijkt dat de Mesdag geen middelen biedt om de kennis van zijn medewerkers te vergroten, én handelen te verbeteren, op gebied van de LVB-problematiek. De organisatie is van mening dat er gekeken moet worden naar hoe de professionals, in het bijzonder de sociotherapie, beter kunnen aansluiten bij het niveau van de doelgroep. Vanuit deze vraagstelling is een ontwerpgericht onderzoek verricht om te onderzoeken wat er voor de professionals nodig is om deze aansluiting te realiseren.

De doelstelling van dit onderzoek is de kwaliteit van zorg binnen de sociotherapie te verbeteren en beter laten aansluiten bij de LVB-problematiek. Door te onderzoeken waar de professionals behoefte aan hebben kan de kliniek handvaten geboden worden om de kwaliteit van zorg te gaan verbeteren.

Om de doelstelling te behalen heeft er field- en deskresearch plaatsgevonden. Uit de probleemanalyse kan geconcludeerd worden dat het voornaamste probleem het gebrek aan kennis is door het ontbreken van een opleiding/cursus. Tijdens het fieldresearch zijn interviews afgenomen met unitcoördinatoren, behandelcoördinatoren, managers en sociotherapeuten. Daaruit blijkt dat de kennis op gebied van LVB vergroot moet worden. Naast dat er meer kennis over LVB moet komen is men ook van mening dat er aandacht moet zijn voor het leef- en werkklimaat, de schaal emotionele ontwikkeling (SEO) en begeleiding/bejegening bij LVB. Uit het deskresearch is gebleken dat de begeleiding/bejegening aan de hand van de 8 aandachtspunten bij LVB dient te gebeuren. Daarnaast blijkt dat er bij de SEO aandacht moet zijn voor de verschillende ontwikkelingsfases met bijbehorende begeleidingsstijlen. Verder blijken methodieken als krachtwerk en de weet wat je kan – module ondersteuning kunnen bieden in de begeleiding bij LVB-patiënten. Tot slot blijkt dat er niet alleen gekeken moet worden naar de problematiek maar ook aandacht moet zijn voor de contextfactoren, hier kan op worden ingespeeld door te zorgen voor een open (positief) leefklimaat.

Naar aanleiding van het field- en deskresearch is er een handreiking opgesteld met een opzet voor de cursus. Dit biedt de organisatie de mogelijkheid om een definitieve cursus te laten ontwikkelen waarin rekening wordt gehouden met de behoefte van de professionals. Dit onderzoek bevat daarnaast vier aanbevelingen welke kunnen bijdragen aan het realiseren van de doelstelling. Ten eerste, een vervolgonderzoek naar de behoefte van andere disciplines om de brede implementatie te vergroten. Ten tweede, het aanbieden van het advies en product bij de werkgroep LVB van het kenniscentrum van de Mesdag en het aanstellen van een projectleider/manager. Ten derde, een werkbezoek aan Trajectum om te kijken hoe de WWJK-module beter geïmplementeerd kan worden. Tot slot, een vervolgonderzoek naar hoe het leef- en werkklimaat verbeterd kan worden.

Inhoudsopgave

[1 Beschrijving advies/product 1](#_Toc135752279)

[2 Aanleiding en doelstelling van het advies 3](#_Toc135752280)

[2.1 Context 3](#_Toc135752281)

[2.1.1 Organisatie 3](#_Toc135752282)

[2.1.2 Aanleiding 3](#_Toc135752283)

[2.2 Probleemanalyse 4](#_Toc135752284)

[2.2.1 Micro 4](#_Toc135752285)

[2.2.2 Meso 4](#_Toc135752286)

[2.2.3 Macro 5](#_Toc135752287)

[2.3 Conclusie veld- en literatuurverkenning 6](#_Toc135752288)

[2.4 Doelstelling 6](#_Toc135752289)

[2.5 Onderzoeksvraag 6](#_Toc135752290)

[3 Aanpak en inhoud 7](#_Toc135752291)

[3.1 Discoverfase 7](#_Toc135752292)

[3.2 Definefase 7](#_Toc135752293)

[3.2.1 Affinity mapping 7](#_Toc135752294)

[3.2.1.1 Ontwerpeisen fieldresearch 8](#_Toc135752295)

[3.2.2 Deskresearch 8](#_Toc135752296)

[3.2.2.1 Best practices 8](#_Toc135752297)

[3.2.2.2 Methodieken 9](#_Toc135752298)

[3.2.2.3 Ontwerpeisen deskresearch best practices 11](#_Toc135752299)

[3.3 Developfase 11](#_Toc135752300)

[3.3.1 Brainwriting en decision matrix 11](#_Toc135752301)

[3.4 Deliverfase 12](#_Toc135752302)

[4 Aanbevelingen 13](#_Toc135752303)

[4.1 Brede inzetbaarheid van de handreiking 13](#_Toc135752304)

[4.2 Implementatie van de handreiking 13](#_Toc135752305)

[4.3 Werkbezoek Trajectum 13](#_Toc135752306)

[4.4 Vervolgonderzoek leef- en werkklimaat 14](#_Toc135752307)

[Bronnenvermelding 15](#_Toc135752308)

[Bijlagen 18](#_Toc135752309)

[Bijlage 1: Aanleiding en doelstelling 18](#_Toc135752310)

[Bijlage 1.1: Organisatie 18](#_Toc135752311)

[Bijlage 1.1.1: Visie behandeling 18](#_Toc135752312)

[Bijlage 1.1.2: Visie beveiliging 19](#_Toc135752313)

[Bijlage 1.2: Veld oriëntatie 20](#_Toc135752314)

[Bijlage 1.3: Probleemboom en doelenboom algemeen verhaal 22](#_Toc135752315)

[Bijlage 2: Stakeholdersanalyse 28](#_Toc135752316)

[Bijlage 3: Contextual interviewing. 30](#_Toc135752317)

[Bijlage 3.1: Interviewprotocol 30](#_Toc135752318)

[Bijlage 3.2: Uitwerking contextual interviews. 32](#_Toc135752319)

[Bijlage 3.3: Uitwerking affinity mapping 41](#_Toc135752320)

[Bijlage 4: Deskresearch 42](#_Toc135752321)

[Bijlage 5: Uitwerking Brainwriting 50](#_Toc135752322)

[Bijlage 6: Decision matrix: 53](#_Toc135752323)

[Bijlage 7: Evaluatie: Walkthrough methode 55](#_Toc135752324)

# Beschrijving advies/product

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het ontwikkelde product en welke kansen en kwaliteitsverbetering het heeft.

**Bijdrage handreiking**

Tijdens het onderzoek is er een handreiking ontwikkeld als opzet voor een cursus: begrijpen van- en omgaan met een licht verstandelijke beperking (LVB). Deze cursus is biedt sociotherapeuten van de Mesdag scholing gericht op:

* Kennis verkrijgen over LVB;
* Toelichting over het belang en kenmerken van open (positief) leef- en werkklimaat;
* Informatie over de schaal emotionele ontwikkeling (SEO) met bijbehorende begeleidingsstijlen;
* Krachtwerk

Door deze cursus aan te bieden zal de kennis van de medewerkers toenemen. Daarmee wordt de kernwaarde *deskundigheid en zorgvuldigheid* uit de beroepscode bevordert. De beroepscode stelt namelijk dat professionals erkennen dat kennis één van de basis ingrediënten is om zorgvuldig te kunnen handelen (BPSW, 2021). Ook zal dit ten goede komen aan het *respect voor menselijke waardigheid en autonomie*. Wanneer er kennis is, zal de professional beter de waardigheid en inherente waarde van mensen kunnen erkennen en herkennen (BPSW, 2021).

**Het onderzoeksproces**

Om de handreiking op te kunnen stellen is er een field- en deskresearch gedaan om te onderzoeken waar behoefte aan is en welke methodieken er in de praktijk al gebruikt worden. De medewerkers van de Mesdag hebben bijgedragen aan de verkregen informatie tijdens het fieldresearch. Aanvullend op deze informatie heeft het deskresearch geleid tot inzichten in de gebruikte effectieve methoden. Deze opgedane kennis en informatie heeft geresulteerd in de uiteindelijke handreiking.

**Kansen en kwaliteitsverbetering**

Het advies en de handreiking worden overhandigd aan het management en de kenniscentrum werkgroep LVB van de Mesdag. Op deze manier kan de organisatie een passende aanbieder/ontwikkelaar voor de cursus gaan zoeken. De reden dat er gekozen is voor een handreiking in plaats van een definitieve cursus is het belang voor de organisatie. De cursus dient ontwikkeld te worden door een specialist op gebied van opleiden en LVB. De specialist in opleiden en LVB kan op basis van de handreiking de gewenste cursus gaan ontwikkelen waarbij rekening wordt gehouden met de behoefte van de professionals, dit is de volgende stap in het ontwikkelproces.

Wanneer de cursus in de praktijk doorgevoerd zal worden, zullen de medewerkers van de Mesdag kennis en inzichten opdoen over hoe om te gaan met een patiënt met LVB-problematiek. Hierdoor kan de begeleiding en bejegeningstijl worden aangepast op het sociaal- en cognitiefontwikkelingsniveau. Dit heeft een positief effect op de behandeling, zorgt voor minder agressie problemen en verlaagde kans op recidive. Hierdoor heeft het advies en de handreiking effect op de drie kernactiviteiten van de Mesdag: behandelen, beveiligen en opleiden. Doordat het advies en product inzet op vergroten van kennis, en creëren van een passend leef- & werkklimaat, sluit dit aan bij opleiden. Maar indirect zal dit ook effect hebben op de kernactiviteiten beveiliging en behandeling.

Door verschillende disciplines dezelfde kennis aan te bieden kan dit de interdisciplinaire samenwerking ten goede komen. Dit kan namelijk zorgen voor een verbeterde onderlinge samenwerking en dat ieder dezelfde visie nastreeft. De aanwezigheid van de cursus zorgt er ook voor dat er beter gebruik gemaakt kan worden van elkaars expertise, zoals bij de afname van de SEO door de diagnosticus. De sociotherapie is door de cursus beter op de hoogte van de ontwikkelingsfases waardoor de diagnosticus specifiekere informatie kan ontvangen.

# Aanleiding en doelstelling van het advies

## Context

### Organisatie

Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) Dr. S. van Mesdagkliniek (hierna: Mesdag) is een particuliere justitiële instelling in Groningen, waar circa 260 mannelijke patiënten worden behandeld met een tbs-maatregel. De Mesdag heeft drie kernactiviteiten: behandelen, beveiligen en opleiden (FPC Dr. S. van Mesdag, z.d.).

**Behandelen**

Om de kans op recidive, het opnieuw plegen van een delict, te verkleinen worden de patiënten behandeld. Op het moment dat de kans op recidive erg klein is geworden, wordt een behandeling als succesvol gezien. Op dat moment zal er worden toegewerkt naar de toekomst met als uiteindelijke doel: veilig terugkeren naar de samenleving.

**Beveiligen**

Patiënten zijn niet tot nauwelijks een gevaar voor de samenleving. Dit komt doordat de Mesdag een beveiligde gesloten instelling is. Pas op het moment dat de kans op recidive tijdens een verlof erg klein is geworden, kan een patiënt naar buiten. Dit gebeurt eerst met begeleiding en later zonder. Door te werken met individuele signaleringsplannen (gericht op risicogedrag van de patiënt) wordt gezorgd voor een veilige woon- en werkomgeving voor patiënten, medewerkers en bezoekers.

**Opleiden**

Werken met forensische psychiatrische patiënten is een specialisme, dit vergt daarom specifieke kennis en vaardigheden van de medewerkers. Om deze benodigde kennis te verkrijgen worden er externe opleidingen, supervisie en relevante trainingen aangeboden.

### Aanleiding

De laatste jaren heeft er een verandering plaatsgevonden in het gevangenis- en TBS-wezen. Begin 2013 verschenen nieuwsberichten dat er 30 gevangenissen en tbs-klinieken zullen gaan sluiten, als gevolg van de aangekondigde bezuinigingen. Toenmalig staatssecretaris Teeven gaf aan dat de behandelduur van tbs teruggedraaid moest worden van 10 naar 8 jaar, een haalbaar doel aldus Teeven (De Vries, 2013).

Uit gesprek met Kamminga, Manager Bedrijfsvoering in de Mesdag, blijkt dat de Mesdag destijds heeft ingespeeld op de aangekondigde bezuinigingen. Om het bestaansrecht van de kliniek te behouden heeft de kliniek zich gepositioneerd als specialist op gebied van LVB, op deze manier kon de kliniek meer tbs-patiënten opnemen waarbij sprake is van LVB. Dit heeft geresulteerd in een hedendaagse populatie LVB-patiënten van meer dan 60% binnen de Mesdag (Bijlage 1.2).

TBS-patiënten binnen de Mesdag staan dagelijks onder begeleiding van de sociotherapie, dit zijn de medewerkers die werken op de afdelingen waar de patiënten verblijven. Sociotherapeuten zijn het eerste aanspreekpunt voor de patiënten en bieden de dagelijkse begeleiding in het tbs-traject, met als doel toewerken naar re-integratie in de maatschappij. De verschuiving van de patiëntenpopulatie is de laatste jaren steeds meer merkbaar op de werkvloer. Dit vraagt voor de sociotherapie een aanpassing in de werkwijze om de begeleiding aan te laten sluiten op het niveau van de patiënten.

**Gewenste situatie**

De gewenste situatie is dat de medewerkers, met name de sociotherapie, beschikken over de benodigde kennis met betrekking tot LVB. Hierdoor kan het personeel de begeleiding en bejegening beter laten aansluiten bij het niveau van de LVB-patiënten. Dit zou gerealiseerd kunnen worden door het structureel aanbieden van een cursus, vast voor elke nieuwe medewerker en periodieke herhaling voor vaste medewerkers. Deze cursus bestaat uit kennis over LVB, maar ook uit mogelijke methodieken die toegepast kunnen worden in de begeleiding.

## Probleemanalyse

### Micro

Patiënten in de Mesdag hebben een delict gepleegd en in de meeste gevallen daarvoor een gevangenisstraf uitgezeten. Ook worden er mensen opgenomen die vanwege psychiatrische, en vaak ook verslavingsproblematiek, niet goed functioneren en als gevolg daarvan een delict hebben gepleegd. Een rechter kan alleen tbs opleggen wanneer er sprake is van psychische problematiek bij de verdachte. Deze problematiek moet (mede) hebben geleid tot het plegen van het delict. De verdachte zal hiervoor worden onderzocht. Wanneer blijkt dat de psychiatrische stoornis heeft geleid tot het delict, er een kans is op recidive én er een gevangenisstraf van minimaal 4 jaar staat voor het gepleegde delict, kan de rechter de tbs-maatregel opleggen (FPC Dr. S. van Mesdag, z.d.). De psychische problematiek kan bestaan uit persoonlijkheidsstoornissen, psychotische kwetsbaarheid, autismespectrumstoornis (ASS) en seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG) (FPC Dr. S. van Mesdag, z.d.). Zoals uit de gesprekken met Visser en Kamminga is gebleken gaan deze psychische problematieken steeds vaker samen met LVB (Bijlage 1.2).

Mensen met een LVB hebben hoofdzakelijk een niet zichtbare beperking. Wanneer iemand een LVB heeft, heeft de persoon een intelligentiequotiënt (IQ) van 50-70. Een score tussen de 70-85 kan mogelijk wijzen op een LVB. Een persoon met LVB heeft beperkingen in het intellectuele functioneren (abstract denken, planning, probleemoplossing), het adaptief functioneren (niet voldoen aan sociaal-culturele- en ontwikkelingsnormen (niet voldoen aan de kalenderleeftijd)) en in het sociale en praktische domein (bijv. verminderd sociaal aanpassingsvermogen) (De Beer, 2021).

Gemiddeld komen patiënten met een LVB vaker in aanraking met justitie dan patiënten zonder LVB. Psychiatrische patiënten hebben volgens Nieuwenhuis (2022) drie keer zoveel kans op onvrijwillige opname en vier keer meer kans op het oplopen van een traumatische ervaring (Nieuwenhuis, 2022). Het hebben van een LVB kan een risicofactor zijn voor het ontstaan van crimineel gedrag. Dit kan komen door de kwetsbaarheden en ongunstige omgevingsfactoren. Een patiënt met LVB kan ook sneller slachtoffer zijn van criminele uitbuiting, waarbij iemand misbruik maakt van de persoon met een LVB. Factoren die mee kunnen spelen bij het ontwikkelen van crimineel gedrag zijn het hebben van een laag zelfvertrouwen, problematisch sociaal netwerk, gebrekkige impulscontrole en het gevoel te hebben nergens bij te horen (Landelijk Kenniscentrum LVB, 2023).

### Meso

November 2022 wordt in gesprek met de heer Visser, unitcoördinator (UC) én coördinator op gebied van LVB binnen de Mesdag, duidelijk dat de populatie van LVB-patiënten de laatste jaren aanzienlijk is toegenomen. Visser benoemt dat het percentage LVB-patiënten momenteel boven de 60% is binnen de Mesdag. De kliniek is in die jaren niet of nauwelijks meegegroeid op gebied van beleid en benaderingswijze. Dit heeft erin geresulteerd dat het personeel, met name de sociotherapie, niet voldoende is gespecialiseerd in deze doelgroep. Doordat het personeel niet voldoende aansluit bij deze categorie patiënten is het lastig om de juiste begeleiding te bieden, aldus Visser (Bijlage 1.2). Dat de doelgroep verandert merken de uitstroomafdelingen Helperdiep 1 t/m 3 het afgelopen jaar steeds meer. Het aantal patiënten waarbij sprake is van een LVB is aanzienlijk toegenomen wat ervoor zorgt dat er een andere manier van begeleiden nodig is. De huidige manier van communiceren in de begeleiding is niet ingespeeld op het niveau van de LVB-patiënten, waardoor de begeleiding niet voldoende aansluit. Aldus Dijkstra één van de UC-ers van de uitstroomafdelingen (Bijlage 1.2). Op Helperdiep 1 t/m 3 komen voornamelijk patiënten met psychotische kwetsbaarheid, ASS of SGG. De afgelopen periode valt op dat er, naast een van deze stoornissen, ook vaker sprake is van LVB.

Binnen de Mesdag zijn er momenteel geen vaste handleidingen/hulpmiddelen voor de sociotherapie waarmee extra kennis kan worden opgedaan met betrekking tot LVB. Medewerkers kunnen vrijblijvend e-learning modules volgen bij de GGZ-ecademy om op deze manier de kennis te vergroten. Volgens Wiersema (UC Uitstroom) is de kliniek sinds kort aan het kijken naar mogelijkheden om kennis te vergroten onder personeel met betrekking tot LVB. In haar ogen iets waar dit onderzoek een goede bijdrage aan kan leveren om ook de behoefte vanuit het personeel mee te kunnen nemen (Bijlage 1.2). Volgens Deen (behandelcoördinator Uitstroom) is er momenteel één mogelijkheid om meer kennis te krijgen over het niveau en de omgang van patiënten met een verstandelijke beperking. Een team kan namelijk een aanvraag doen voor het afnemen van een SEO-R2 kleurenprofiel (Bijlage 1.2). Deze werkvorm wordt gebruikt door gedragsdeskundigen om een inschatting te kunnen maken van het sociaal emotioneel functioneren (Zaal & Boerhave, 2022). De gedragsdeskundigen in de Mesdag kunnen aan de hand van dit profiel de medewerkers meer inzicht geven in de sociaal-emotionele ontwikkeling van het individu en handvaten bieden voor de omgang.

In de laatste fase van het tbs-traject ligt de focus op re-integratie. De sociotherapie bevordert en erkent, waar mogelijk, het sociaal-maatschappelijk functioneren en welzijn van de patiënten. Dit komt overeen met *artikel 1 – Mensen tot hun recht laten komen* uit de beroepscode voor professionals in sociaal werk (Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW), 2021). Een vraag die hieruit voorkomt is hoe goed kan dit artikel worden uitgevoerd als het personeel niet optimaal aansluit bij de patiënten. Het is voor professionals belangrijk dat er inzicht is in de persoonlijke- en omgevingsfactoren en -omstandigheden van psychiatrische LVB-patiënten, maar ook de balans daartussen. Om eventuele psychische problemen beter te signaleren, diagnosticeren en behandelen is het volgens Landelijk Kenniscentrum LVB van belang dat professionals de hierboven benoemde inzichten hebben (Landelijk Kenniscentrum LVB, 2023). Vanuit de beroepscode staat in *artikel 2 – Deskundige beroepsuitoefening* dat de professional zijn beroep vakbekwaam uitoefent op basis van recente inzichten en actuele kennis (BPSW, 2021). Aangezien de kennis bij het merendeel van de medewerkers ontbreekt, kan worden afgevraagd hoe bekwaam en deskundig de professionals momenteel zijn.

### Macro

Om te beoordelen hoe het percentage LVB-patiënten in de Mesdag zich verhoudt ten opzichte van het landelijk gemiddelde binnen geestelijke gezondheidszorg (ggz) instellingen, is gekeken of hier meer over bekend is. Uit het proefschrift van Jeanet Nieuwenhuis blijkt dat het gemiddelde rond de 40% ligt, maar dat dit oploopt tot 67% binnen de meest intensieve behandelsettingen (Nieuwenhuis, 2022). Nederland kent momenteel ongeveer 2,3 miljoen mensen met een zwakbegaafdheid (ZB) of een LVB. Vaak valt zo’n beperking niet direct op wanneer iemand hulp zoekt met psychische problematiek. Het risico daarvan is dat de behandeling niet goed aansluit bij het kunnen van de patiënt, met als gevolg dat de behandeling niet goed uitpakt (GGZ Standaarden, 2023). Dit probleem is ook terug te zien in de gehandicaptenzorg. Het aantal cliënten in de gehandicaptenzorg met een dubbele of driedubbele diagnose is in 2011 van 32,5% gestegen naar 44,5% in 2017. Volgens directeur Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) Frank Bluiminck uiten cliënten hun zorgvraag elders nu ze niet meer in aanmerking komen voor een bed in de ggz (Van de Poel, 2020). Het gaat om cliënten waarbij sprake is van een verstandelijke beperking in combinatie met een psychische of verslavingsproblematiek.

Bluiminck wijst als mogelijke oorzaak naar de ambulantisering van de ggz. De ambulantisering heeft als gevolg gehad dat de afgelopen jaren het aantal klinische bedden in de ggz met 20% is gedaald, hierdoor is de toegang tot de ggz moeilijker geworden. Daarnaast wordt als probleem gewezen naar het optreden van gemeentes. Doordat er vaak niet tijdig of adequaat wordt gereageerd op de problemen bij kwetsbare groepen, resulteert dit in een ophoping van problemen zoals: werkloosheid, schulden, dakloosheid en criminaliteit. Doordat deze mensen intensieve zorg nodig zijn, maar te laat of niet geboden wordt, escaleren de situaties tot een crisis. Bluiminck geeft aan dat bijna de helft van de nieuwe instroom voortkomt uit een crisis (Van de Poel, 2020).

De problemen die door Bluiminck worden benoemd werden in het onderzoek van Neijmeijer et al. (2010) al aangehaald als knelpunten binnen de ggz. Ondanks de veranderingen in de zorg, zijn de problemen met betrekking tot de doorstroommogelijkheden (door gebrek aan bedden) en de gebrekkige samenwerking binnen de keten, nog steeds aan de orde (Neijermijer et al., 2010). Dat er veranderingen plaatsvinden in het systeem blijkt ook uit de cijfers van het aantal tbs-opleggingen. Volgens Harry Beintema, behandeldirecteur van de Mesdag én voorzitter TBS Nederland, is de instroomafdeling van een tbs-kliniek berekend op 100 patiënten per jaar (LC Redactie, 2020). De laatste jaren neemt dit aantal jaarlijks aanzienlijk toe, zoals weergegeven in tabel 1:

**Tabel 1**

Aantal opgelegde tbs-maatregelen

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Opgelegde tbs | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| Aantal | 174 | 208 | 252 | 260 | 273 |

Opmerking. Overgenomen uit *Rechters legden vorig jaar toch vaker tbs op* door NOS Nieuws, 2021 (https://nos.nl/artikel/2381280-rechters-legden-vorig-jaar-toch-vaker-tbs-op) Copyright 2021, NOS Nieuws

Doordat er steeds meer tbs-opleggingen zijn de laatste jaren is het aannemelijk dat hier ook meer LVB-patiënten tussen zitten. Doordat de Mesdag zich heeft gepositioneerd als een tbs-kliniek die is gespecialiseerd in het behandelen van patiënten met LVB-problematiek, is het ook aannemelijk dat de stijging van het aantal opleggingen zich verhoudt tot het toenemende aantal LVB-patiënten binnen de Mesdag.

## Conclusie veld- en literatuurverkenning

Uit het veldonderzoek valt te concluderen dat het gebrek aan kennis op LVB-gebied wordt aangeduid als het meest centrale probleem. Daarnaast valt op dat de oorzaken die worden gegeven, in de probleemboom (bijlage 1.3), overeenkomen met de knelpunten die uit het onderzoek van Neijmeijer et al. (2010) naar voren komen:

* Gebrek aan kennis door het ontbreken van opleiding/cursus (of aandacht voor LVB in/tijdens de opleidingen);
* Lange wachttijden vervolgtrajecten omdat er een gebrek is aan voldoende vervolgplekken;
* Het maatschappelijk systeem veranderd niet mee (de maatschappij is niet ingesteld op LVB);

## Doelstelling

Het doel van het ontwerponderzoek is de kwaliteit van zorg van de sociotherapie te gaan verbeteren. Op basis van de bevindingen wordt er een advies opgesteld waarmee de Mesdag handvaten toegereikt krijgen om de arbeidsdeskundigheid van hun medewerkers te vergroten. Hierdoor zal de kwaliteit van zorg toenemen en de medewerkers beter aansluiten bij het niveau van de patiënten.

## Onderzoeksvraag

*‘’Hoe kan het personeel van de afdelingen (sociotherapie) van de Mesdag beter aansluiten bij het niveau van de patiënten met psychiatrische problematiek en LVB?’’*

# Aanpak en inhoud

In dit hoofdstuk zijn de resultaten beschreven van de ontwerpstappen van het ontwerpproces. De resultaten van het ontwerpproces hebben geleid tot de ontwerpeisen van het advies. Om het ontwerpproces vorm te geven is gebruik gemaakt van *Ontwerpen voor zorg en welzijn* van Van ’t Veer et al. (2020), met het Double Diamond-model (Design Counsil, 2007) als leidraad voor het proces. Het Double Diamond-model bestaat uit vier fasen: Discover, Define, Develop en Deliver.

## Discoverfase

De discoverfase is voor het onderzoek tweemaal doorlopen. De eerste keer is deze fase doorlopen voor de probleemanalyse. In deze fase zijn gesprekken gevoerd met twee UC-ers, één behandelcoördinator (BC) en één Zorginhoudelijk manager (ZIM) (bijlage 1.2). Daarnaast is er ook gebruik gemaakt van een probleemboom, ingevuld door sociotherapeuten van verschillende uitstroomafdelingen (bijlage 1.3). De resultaten van de gesprekken en de probleemboom zijn in hoofdstuk 2.2 en 2.3 opgenomen.

Voor de tweede ronde is gebruik gemaakt van field- en deskresearch om meer inzicht te krijgen in de ontwerpeisen/behoeftes naar aanleiding van het probleem. Het fieldreseach is uitgevoerd aan de hand van contextual interviewing, zo is erop een inductieve manier informatie verzamelt. Contextual interviewing is een kwalitatieve onderzoekmethode (Van ’t Veer et al., 2020). Aan de hand van het interviewprotocol (bijlage 3.1) is het interview semigestructureerd vormgegeven. In totaal zijn er negen interviews afgenomen onder verschillende disciplines binnen de Mesdag, inclusief één externe GZ-psycholoog van het Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie (CVBP). De uitwerking van deze interviews is volledig uitgewerkt in bijlage 3.2. Deze resultaten zijn beschreven in hoofdstuk 3.2.

## Definefase

Naar aanleiding van de field- en deskresearch wordt in de definefase de verkregen data geanalyseerd. Voor het analyseren van de data, die is voortgekomen uit de contextual interviews, is er gebruik gemaakt van de methode affinity mapping(bijlage 3.3) (Van ’t Veer et al., 2020).

### Affinity mapping

Uit de contextual interviews (bijlage 3.2) is naar voren gekomen dat het beleid van de Mesdag niet is ingericht op de nieuwe stroming LVB-patiënten en de kennis met betrekking tot deze doelgroep ontbreekt. Het gevolg hiervan is dat patiënten worden overvraagd/overschat en er niet goed geluisterd wordt naar de patiënten, waardoor de patiënten op de uitstroom afdeling stagneren. De begeleiding is soms te betuttelend voor de patiënten. De in-, door- en uitstroom afdelingen werken niet vanuit dezelfde visie en dit is niet wenselijk voor de begeleiding van de patiënten. Daarnaast ontbreekt het op de afdelingen aan een open (positief) leefklimaat, waar de BC en UC een belangrijke rol in kunnen betekenen. Het werkklimaat zal aangepast moet worden om dit te kunnen creëren. Er wordt bevonden dat er in kleinere stapjes gewerkt moet worden om overvraging te voorkomen en dat er meer naar de vraag achter de vraag gekeken wordt.

Vanuit de BC komt naar voren dat het wenselijk is dat bij elke overgang naar een nieuwe afdeling de SEO opnieuw wordt afgenomen. Dit zou de sociotherapie de benodigde handvaten geven voor begeleiding op sociaal emotionele ontwikkelingsniveau. Termen die regelmatig naar voren zijn gekomen in de contextual interviews zijn structuur bieden en voorspelbaar zijn. Door het niveauverschil van de patiënten moet er telkens geschakeld worden in de mate van ondersteuning en begeleiding, dit sluit aan bij het leveren van maatwerk. Hierbij is het van belang dat er een veilige basisstructuur is en het handig kan zijn dat er met visuele ondersteuning (picto’s) gewerkt wordt. Tot slot geven medewerkers aan behoefte te hebben aan een cursus/scholing om beter aan te kunnen sluiten in de begeleiding en bejegening.

#### 3.2.1.1 Ontwerpeisen fieldresearch

* **LVB**: Kennis vergroten op gebied van LVB;
* **Leef- en werkklimaat**: Zorgen voor een open (positief) leefklimaat en het werkklimaat daarop laten aansluiten;
* **SEO**: Meer gebruik maken van de SEO om medewerkers benodigde handvaten te geven;
* **Begeleiding/bejegening**: Meer laten aansluiten bij de behoefte van de patiënt. Valt samen met kennis over LVB en begeleidingsstijlen vanuit bijvoorbeeld de SEO.

### Deskresearch

Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat de onderstaande aandachtspunten essentieel zijn in de begeleiding/bejegening van een patiënt met LVB (Landelijk kenniscentrum (LKC) LVB (2021), LKC LVB (2011) en de Beer (2016):

1. Taalbegrip
2. Communicatie aanpassen/afstemmen
3. Houding
4. Concreet maken van oefenstof
5. Veilige en positieve leeromgeving
6. Aansluiten bij de persoon
7. Ondersteuning aanpassen
8. Structuren en vereenvoudigen
9. Netwerk inschakelen

Deze aandachtspunten zijn de basis voor de best practices en methodieken die hieronder worden toegelicht.

#### 3.2.2.1 Best practices

Onderzoek naar best practices heeft inzichten gegeven in wat andere instellingen werkbaar vinden in de begeleiding van forensische cliënten (bijlage 4). Robbers et al. (2022) heeft onderzoek gedaan binnen de sector Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang (BW/MO). Aan het onderzoek deden verschillende professionals mee van vijftien BW/MO instellingen. Twaalf van de vijftien instellingen hebben aangegeven krachtgericht te werken. De aandacht moet volgens de professionals liggen op een goede balans tussen focus op eigen regie en krachten en focus op duidelijkheid en structuur. Volgens Robbers et al. (2022) zijn de **werkbare elementen van krachtgericht werken**:

* Bekrachtigen van wat de cliënt bereikt binnen het kader bijzondere voorwaarden;
* Zoeken naar waar cliënt zelf regie op kan voeren;
* Duidelijke grenzen stellen.

Daarnaast wordt aangegeven dat een **goede samenwerking in de keten** essentieel is voor een goede begeleiding. Er moeten duidelijke afspraken zijn over de verantwoordelijkheden en taken. Een ander belangrijk element dat werkbaar is gebleken, is de zorgvuldige plaatsing van cliënten. Dit wordt op twee manieren gedaan:

* Geclusterd;
* Gespikkeld (gemengd).

Clustering vindt voornamelijk plaats om expertise gerichter in te kunnen zetten, terwijl gespikkelde plaatsing wordt ingezet om normalisering in de hand te werken. Als succesfactor van clustering wordt aangegeven dat er extra rekening kan worden gehouden met de bijkomende psychische problematiek, zoals bijvoorbeeld LVB. Door deze doelgroep te clusteren kunnen problemen als overvraging en eventuele misbruik door cliënten zonder LVB voorkomen worden (Robbers et al., 2022). Tijdens de eerste fase (verkenning) van het onderzoek van Robbers et al. (2022) hebben professionals nog extra best practices benoemd die van belang zijn voor een goede begeleiding:

* 1. Heldere kaders en duidelijke structuur bieden;
  2. Investeren in de werkalliantie;
  3. Goede samenwerking met ketenpartners met duidelijke afspraken over ieders taken en verantwoordelijkheden;
  4. Herstelgericht werken aan kleine doelen;
  5. Werken aan destigmatisering;
  6. Werken met signaleringsplannen en risicotaxaties;
  7. Zorgvuldig plaatsen van cliënten.

#### 3.2.2.2 Methodieken

Aansluitend op de aangegeven best practices in het vorige hoofdstuk is gekeken naar verschillende methodieken die hierbij aansluiten. Daarin zijn vier methodieken naar voren gekomen: Schaal voor Sociaal Emotionele Ontwikkeling - Rivised2 (SEO), Krachtwerk, Weet wat je kan module en Leef- en werkklimaat. De volledige uitwerking van deze methodieken is te lezen in bijlage 4.

**SEO**

*Doel/inhoud:*

De SEO is een methodiek om meer inzicht te krijgen in de sociaal emotionele ontwikkeling. Deze methodiek helpt het gedrag van de patiënt beter te begrijpen en de ondersteuning af te stemmen op de basale emotionele behoefte van de cliënt. De patiënt wordt door middel van een semigestructureerd interview gescoord in verschillende domeinen op de emotionele ontwikkeling. Naar aanleiding van deze uitkomsten kunnen er handvaten worden opgesteld om een behandeling op maat te kunnen aanbieden voor de praktijk (Morisse & Dosen, 2017).

*Werkbare elementen:*

Volgens Wieland et al. (2014) is het, vanwege mogelijke discrepantie tussen de sociaal emotionele ontwikkeling en cognitieve ontwikkeling) van belang over de juiste handvaten (zoals begeleidingsstijlen, signaalgedrag en aspecten bejegening) te beschikken om psychiatrische klachten te onderkennen en begrijpen bij mensen met een LVB. Hierdoor worden risico’s als overvraging verminderd (Wieland et al., 2014).

Zaal & Boerhave (2022) geven enkele voorbeelden van werkbare bejegeningsaspecten: individuele benadering, begrenzing, nabijheid, stimulering en affectiviteit*.* In de begeleidingsstijl kan worden gedacht aan (Zaal & Boerhave, 2022):

* Bieden van structuur en veiligheid;
* Autonomie vergroten binnen duidelijke grenzen en aangegeven keuzes of structuur;
* Begeleiding is op basis van stimuleren van initiatief nemen, het vormen van identiteit en verantwoordelijkheid leren nemen.

**Krachtwerk**

*Doel/inhoud:*

Krachtwerk gaat ervan uit dat cliënten, ondanks hun beperkingen, voldoende eigen krachten en mogelijkheden hebben om te kunnen veranderen en het hebben van een betekenisvol leven. Krachtwerk heeft als doel het ondersteunen van het eigen herstelproces in het door henzelf gewenste kwaliteit van leven. Net als iedere burger mogen zij meedoen in de samenleving, zijn wie ze zijn, ertoe doen en erbij horen (Wolf, 2015). Krachtwerk bestaat uit drie samenhangede onderdelen: focusbepaling, uitvoering en evaluatie.

*Werkbare elementen:*

Wolf en Jonker (2021) hebben onderzoek gedaan naar de implementatie van krachtwerk. In hun onderzoek onderscheiden zij de volgende werkbare elementen: cliënt heeft zoveel mogelijk eigen regie, de focus ligt op krachten, mogelijkheden en talenten.

**Weet wat je kan (WWJK)**

*Doel/inhoud:*

De WWJK-module is een laagdrempelige module gericht op de psycho-educatie voor volwassen mensen met LVB in de forensische psychiatrie. In deze module kunnen hulpverleners in gesprek gaan met hun patiënt over hun beperking. Tijdens deze module worden de patiënten handvatten aangeboden en informatie gegeven om, om te gaan met de beperking (Mulder, 2022).

*Werkbare elementen:*

Uit onderzoek van Mulder (2022) is gebleken dat de er acht werkbare elementen zijn van de WWJK-module. Deze elementen zijn tot stand gekomen door verschillende bronnen/methodieken te raadplegen: Cognitieve gedragstherapie, Good Lives Model (GLM) en RNR-principes, richtlijnen effectieve interventies LVB, literatuursearch naar effectiviteit en toepasbaarheid psycho-educatie bij mensen met LVB én behoeftes, wensen en feedback van hulpverleners, cliënten en naasten. De werkbare elementen zijn: transferbevordering, vormgeving, opzet, benadering, inhoud, praktische uitvoerbaarheid, personele uitvoerbaarheid en implementatie (Mulder, 2022). De omschrijving per element staat vermeld in bijlage 4.

**Leef- en werkklimaat**

*Doel/inhoud:*

Leef- en werkklimaat zijn niet direct gekoppeld aan een methodiek. Knotter et al. (2019) geven echter aan dat er niet alleen gekeken moet worden naar LVB en de psychiatrische aandoening, maar ook naar de contextfactoren, zoals de atmosfeer, onrust en geslotenheid van de therapeutische omgeving. Onderzoek toont aan dat de kwaliteit van het leefklimaat in de behandel- of wooncontext van invloed is op het gedrag van de personen die daar verblijven. Er is sprake van een open leefklimaat als er sprake is van structuur, veilige en ondersteunde sfeer, respectvol contact en mogelijkheid voor ontwikkeling en groei. Dit zorgt voor een betere behandeling (Knotter et al., 2019). Wanneer personeel tevreden is over het werk resulteert dit in het beter functioneren van het team. Dit heeft als effect dat patiënten minder repressie ervaren (Neimeijer, 2021).

*Werkbare elementen leefklimaat:*

Studies van Van der Helm & Drenth (2013) en Ros et al. (2013) tonen aan dat een positief open leefklimaat bijdraagt aan: meer emotionele stabiliteit, positief behandelresultaat, hogere behandelmotivatie, hogere locus of control en dat hogere responsiviteit van de begeleider resulteert in minder agressie incidenten. Om deze effecten te behalen schrijft Van der Helm (2011) over 4 pijlers die bijdragen aan het succes van de behandeling: sfeer, groei, proportioneel handelen en ondersteuning.

*Werkbare elementen werkklimaat*

Schaftenaar (2015) deed onderzoek naar de werkzame elementen van forensische sociotherapie. In haar onderzoek toont ze aan dat: een gedeelde visie, inspirerend leiderschap, positief team functioneren en een open en flexibele arbeidscultuur bepalend zijn gebleken voor de werkomgeving. Dit heeft indirect effect op de sfeer van de afdeling (Schaftenaar, 2015).

#### Ontwerpeisen deskresearch best practices

* **Begeleiding/bejegening:** Behandelen van de 8 essentiële aandachtspunten voor begeleiding en bejegening bij LVB;
* **SEO**: Per fase de begeleidingsstijl, signaalgedrag en aspecten van bejegening beschrijven;
* **Krachtwerk**: Aandacht voor de autonomie waarin de cliënt zoveel mogelijk eigen regie heeft. Daarnaast ligt de focus op krachten, mogelijkheden en talenten.
* **WWJK:** Psycho-educatie voor volwassenen met LVB in de forensische psychiatrie.
* **Leef- en werkklimaat**: Naast LVB en de psychiatrische aandoeningen is het van belang te kijken naar de contextfactoren. Afdelingen kunnen hierop inspelen door te zorgen voor een positief open leefklimaat aan de hand van de vier pijlers.

## Developfase

In de devolopfase staat het product centraal. De developfase bestaat uit twee deelfasen: de ideationfase en prototyping. Tijdens de ideationfase worden “goede” ideeën gegenereerd om uiteindelijk tot een passende en effectieve oplossing te komen. Daaropvolgend wordt er een product gevormd, wat als prototype beproeft kan worden, waarna het definitieve product tot stand komt. Tijdens deze fase zijn directe stakeholders betrokken, zoals sociotherapeuten, BC en UC (bijlage 2).

### Brainwriting en decision matrix

Om ideeën te verzamelen en op te doen over de aandachtspunten is er gebruik gemaakt van brainwriting. Er is voor deze methode gekozen om creativiteit te stimuleren, zodat er nieuwe ideeën tot stand kunnen komen (Van ’t Veer, 2020). In totaal hebben er vijf rondes plaatsgevonden. De vraag die centraal stond bij deze sessie was: “*Waar moet een cursus/scholing aan voldoen om beter aan te sluiten bij patiënten met LVB?’’.* Deze vraag kon opgesteld worden naar aanleiding van de ontwerpeisen van het field- en deskresearch. In bijlage 5 is de uitwerking te vinden van de brainwriting.

De medewerkers die deelgenomen hebben aan deze brainwriting sessie waren drie sociotherapeuten, een BC en een UC. Op deze manier werden er van alle invalshoeken ideeën opgedaan. De ideeën kwamen veel met elkaar overheen maar sommige ideeën wisselden sterk van elkaar. Om alle gegevens met elkaar te vergelijken, is alles geclusterd en met dezelfde deelnemers een decision matrix opgesteld. Door deze gegevens op deze manier te clusteren konden de ontwerpeisen voor het product vastgesteld worden. Hierdoor kan er op een gepaste manier aangesloten worden op de praktijk (Van ’t Veer, 2020).  In bijlage 6 is de decision matrix weergegeven. Uiteindelijk zijn er acht ideeën vastgelegd die volgens de medewerkers van belang zijn om beter te leren aansluiten bij de begeleiding en bejegening van de LVB-patiënten. Hierbij is ook gekeken naar de haalbaarheid van de ideeën en de effectiviteit van de ideeën.

**Ontwerpeisen product:**

## Deliverfase

**Implementatie**

In gesprek met de ZIM (Bijlage 1.2) kwam naar voren dat de kliniek, vanuit het kenniscentrum, bezig is met drie thema’s binnen de kliniek: verslaving, SGG en LVB. Momenteel worden deze groepen nog vormgegeven en bevindt het zich in de ontwikkelfase. De ZIM adviseerde Engelkens als onderzoeker én sociotherapeut van de Mesdag zich aan te melden bij de werkgroep LVB. Op deze manier is het mogelijk om de bevindingen van het onderzoek, en het daarbij behorende product, na het onderzoek op de juiste plek onder de aandacht te brengen. Als extra voordeel werd benoemd dat er persoonlijk voor gezocht kan worden dat het een passend vervolg krijgt nadat het onderzoek is afgerond.

**Evaluatie**

Om de handreiking te evalueren is er gebruik gemaakt van de walkthrough methode. In de walkthrough methode wordt het ontwerp, in dit geval de handreiking, besproken met toekomstige gebruikers en/of andere betrokkenen/ belanghebbenden. De evaluatiedata wordt op deze manier verzameld door te bevragen (Van der Donk & Van Lanen, 2021). In bijlage 7 is de volledige walkthrough methode uitgewerkt.

Tijdens de walkthrough momenten is naar voren gekomen dat de medewerkers en andere betrokkenen de onderwerpen binnen de thema’s passend vinden. Ook zijn de betrokkenen van mening dat er geen thema’s ontbreken. Daarnaast wordt aangegeven dat alle thema’s helder en duidelijk naar voren komen. Ter feedback werd benoemd dat sommige hoofstukken taal technisch nog enige aandacht verdienen. Om goed voorbereid de cursus in te gaan vroegen betrokkenen zich af of iedere medewerker, die de cursus voor de eerste keer volgt, voorafgaand ook een e-learning moet worden gedaan. Qua tijdsduur wordt aangeven dat 4 uur voldoende moet zijn. Het tijdsbestek van twee uur wordt te kort bevonden gezien de hoeveelheid informatie die behandeld moet worden om de juiste kennis te krijgen. Herhaling wordt als belangrijk bevonden, echter vragen de betrokkenen zich wel af of jaarlijks haalbaar is omdat er meerdere cursussen worden aangeboden.

Het laatste onderdeel van de cursus, de praktijkvoorbeelden, wordt als een goed en sterk onderdeel gezien. Vooral om de casuïstiek na elk thema terug te laten komen wordt als waardevol gezien. Als laatste tip wordt er aangegeven welke hulpmiddelen ingezet kunnen worden om de communicatie van LVB te verbeteren, zoals pictogrammen, kaartjes etc.

Tijdens de laatste evaluatieronde is aangegeven dat er nog verder gekeken kan worden naar het leef- en werkklimaat. Het kan gezien worden als kapstok om de behandeling (en daarbij behorende methodieken) beter tot hun recht te laten komen. De suggestie was om dit hoofdstuk niet als laatste te behandelen maar als tweede, na de informatie over LVB en voor de methodieken.

Om het leef- en werkklimaat meer onder de aandacht te brengen werd voorgesteld om te kijken naar aandachtsfunctionarissen per fase van het tbs-traject (in-, door- en uitstroom). Tijdens de evaluatie maken de deelnemers wel de kanttekening dat er ook op beleidsgebied iets moet veranderen om het leef- en werkklimaat kliniek breed te veranderen.

# Aanbevelingen

Om de handreiking binnen de Mesdag verder te ontwikkelen tot een daadwerkelijke cursus, en de kwaliteit van zorg van de medewerkers te verbeteren, worden de onderstaande aanbevelingen gedaan. De aanbevelingen zijn tot stand gekomen uit de gesprekken met de deelnemers en de evaluatierondes. Om de aanbevelingen te kunnen behalen wordt geadviseerd om een projectleider/manager aan te stellen binnen de werkgroep LVB van het kenniscentrum. Op deze manier zal er iemand zijn die de verantwoordelijkheid zal dragen in het vervolgproces.

## Brede inzetbaarheid van de handreiking

De onderzoekers geloven dat -ook binnen gedwongen hulpverlening/forensische zorg- respect voor de menselijke waardigheid aan de basis staat van goede zorg. Binnen de specialistische setting waar het onderzoek is uitgevoerd blijken deskundigheid en zorgvuldigheid voorwaardelijke waarden om zorgvuldig te handelen, dit aan de hand van de basis ingrediënten: beroepshouding, vaardigheden en kennis (BPSW, 2021). De cursus is in eerste instantie ontwikkeld voor de sociotherapie binnen de Mesdag. Echter is de cursus mogelijk ook inzetbaar voor andere disciplines die veel met de LVB doelgroep samenwerken, zoals Dienst Geïntegreerde Beveiliging (DGB), medewerkers van de medische dienst, medewerkers van de arbeid en forensische zorgwerkers. Door deze bredere inzetbaarheid zal de onderlinge samenwerking verbeterd kunnen worden. De betrokken disciplines zullen hierdoor allen dezelfde kennis hebben waardoor er beter een eenduidige visie kan ontstaan in de behandeling. De doelstelling, *de kwaliteit van zorg te verbeteren van de sociotherapie in relatie tot LVB-patiënten binnen de Mesdag,* kan dus mogelijk breder getrokken worden naar meerdere disciplines. Om ook voor die disciplines aan de doelstelling te kunnen voldoen zal er een vervolgonderzoek nodig zijn om te kijken of de informatie uit de cursus ook voldoende aansluit bij hun behoeftes en benodigdheden.

## Implementatie van de handreiking

Om de implementatie van de handreiking te vergroten is het van belang dat het advies en product worden aangeboden binnen de werkgroep LVB van het kenniscentrum van de Mesdag. Hierdoor zal het product een passend vervolg krijgen en kan er worden voldaan aan de doelstelling van het onderzoek. Vanuit het kenniscentrum zal er een ontwikkelaar gezocht moeten worden (intern of extern) die de cursus verder zal ontwikkelen op basis van de handreiking. Verder is er uit de evaluatierondes de suggestie gekomen om na te denken over aandachtsfunctionarissen. Door deze per fase (in-, door, en uitstroom) aan te stellen wordt de kans van slagen groter geacht. De aandachtsfunctionarissen kunnen zorgen voor de inbedding van de toekomstige cursus en deze tegen die tijd onder de aandacht te brengen. Op deze manier zal het onderwerp steeds meer gaan leven binnen de organisatie. Tot slot is het een voorwaarde om een projectleider/manager aan te stellen zodat de verdere ontwikkeling en uitvoering gewaarborgd blijft.

## Werkbezoek Trajectum

Uit het interview met Deen (bijlage 3.2) is naar voren gekomen dat de WWJK-module binnen de Mesdag wordt gebruikt, maar nog niet optimaal wordt ingezet. Volgens Deen wordt deze methode bij Trajectum ingezet door de sociotherapie, iets wat van meerwaarde kan zijn voor de Mesdag. Om te kijken wat de Mesdag hiervan kan leren is het aanbevolen om een werkbezoek te plannen aan Trajectum. Door gebruik te maken van de kennis van andere specialistische organisaties wordt gebruik gemaakt van elkaars expertise. Op deze manier wordt het interdisciplinair samenwerken gestimuleerd.

## Vervolgonderzoek leef- en werkklimaat

Uit onderzoek komt naar voren dat een positief open leef- en werkklimaat veel voordelen heeft met betrekking tot de behandeling. Tijdens de evaluatie is gebleken dat het veranderen van het leef- en werkklimaat meer aandacht verdient. Om te kijken wat er nodig is om het open (positief) leef- en werkklimaat te realiseren, is het advies om hier een vervolgonderzoek naar te gaan doen.

# Bronnenvermelding

Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW). (2021, oktober). *Beroepscode voor professionals sociaal werk*. Geraadpleegd op 1 maart 2023, van https://www.bpsw.nl/app/uploads/BPSW-Beroepscode-2021.pdf

De Beer, Y. (2021). *Kompaslicht verstandelijke beperking: Definitie, aspecten en ondersteuning.* SWP

De Vries, J. (2013). *Kabinet gaat 26 gevangenissen sluiten.* Algemeen Dagblad. Geraadpleegd op 19 maart 2023, van https://www.ad.nl/binnenland/kabinet-gaat-26-gevangenissen-sluiten~a9869156/

FPC Dr. S. van Mesdag. (z.d.). *Organisatie*. Vanmesdag.nl. Geraadpleegd op 1 maart 2023, van https://www.vanmesdag.nl/organisatie/

GGZ Standaarden. (2023). *Psychische stoornissen en ZB/LVB*. Geraadpleegd op 19 maart 2023, van https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/psychische-stoornissen-en-zwakbegaafdheid-zb-of-lichte-verstandelijke-beperking-lvb/introductie

Knotter, M., Willems, A., & Moonen, X. (2019). De rol van de context bij agressief gedrag van mensen met een lichte verstandelijke beperking. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 814–818. https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/nl/artikelen/article/50-12069\_De-rol-van-de-context-bij-agressief-gedrag-van-mensen-met-een-lichte-verstandelijke-beperking#:~:text=conclusie%20De%20behandeling%20van%20opgenomen,investeren%20in%20een%20goed%20werkklimaat.

Landelijk Kenniscentrum LVB. (2011). *Richtlijn Effectieve Interventies LVB: aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. KenniscentrumLVB. Geraadpleegd op 12 maart 2023, van https://www.kenniscentrumlvb.nl/product/richtlijn-effectieve- interventies-lvb-2/

Landelijk kenniscentrum LVB. (2021).  *Aansluiten bij een LVB.. (hoe) doe jij dat?* Kenniscentrum LVB.Geraadpleegd op 12 maart 2023, van https://www.kenniscentrumlvb.nl/product/aansluiten-bij- een-lvb-hoe-doe-jij-dat/

Landelijk Kenniscentrum LVB. (2023). *GGZ & LVB*. KenniscentrumLVB. Geraadpleegd op 1 maart 2023, van https://www.kenniscentrumlvb.nl/ggz-lvb/

LC Redactie. (2020, 15 juli). *Toename in aantal tbs-opleggingen*. Leeuwarder Courant. Geraadpleegd op 19 maart 2023, van https://lc.nl/binnenland/Toename-in-aantal-tbs-opleggingen-25852609.html

Morisse, F., & Došen, A. (2017). SEO-R2: Schaal voor Emotionele ontwikkeling bij mensen met een verstandelijke beperking - Revised. Garant.

Mulder, M. (2022). *Weet wat je kan (WWJK) Module*. Trajectum. Geraadpleegd op 19 maart 2023, van https://www.trajectum.nl/sites/default/files/1-handb

Neijmeijer, L., Moerdijk, L., Veneberg, G., & Muusse, C. (2010). *Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ: Een verkennend onderzoek*. Geraadpleegd op 1 maart 2023, van https://www.trimbos.nl/docs/af1005-licht-verstandelijk-gehandicapten-in-de-ggz.pdf

Neimeijer, E. G. (2021, september). *Close(d) care: Group climate in a secure forensic setting for individuals with mild intellectual disability*. Geraadpleegd op 12 maart 2023, van https://www.publicatie-online.nl/uploaded/flipbook/152455-Elien-Neimeijer/2/

Nieuwenhuis, J. G. (2022, 20 september). *A blind spot?: Screening for mild intellectual disabilities and borderline intellectual functioning in psychiatric patients in specialized mental health care in the Netherlands: prevalence and associations*. Geraadpleegd op 1 maart 2023, van https://www.kenniscentrumlvb.nl/wp-content/uploads/2023/02/Proefschrift-J.-Nieuwenhuis-18-9-2022-1.pdf

NOS Nieuws. (2021, 18 mei). *Rechters legden vorig jaar toch vaker tbs op.* Geraadpleegd op 19 maart 2023, van https://nos.nl/artikel/2381280-rechters-legden-vorig-jaar-toch-vaker-tbs-op

Robbers, S., Wewerinke, D., Strum, A., Huber, M., & Van Vugt, M. (2022). *Forensische best practices in BW/MO instellingen*. Kwaliteit Forensische Zorg. Geraadpleegd op 12 april 2023, van https://kfz.nl/projecten/best-practices-in-bwmo-instellingen#:~:text=Hieronder%20wordt%20verstaan%3A%20werkmethoden%2C%20technieken,voor%20andere%20organisaties%20of%20professionals.

Ros, N., van der Helm, P., Wissink, I., Stams, G-J & Schaftenaar, P. (2013). Institutional climate and aggression in a secure psychiatric setting. The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology. DOI: 10.1080/14789949.2013.848460

Schaftenaar, P. (2015). *De werkzame elementen van forensische sociotherapie. Een literatuurstudie.* Kwaliteit forensische zorgTrajectum. (2020). *Weet Wat Je Kan*. Geraadpleegd op 19 maart 2023, van https://www.trajectum.nl/weet-wat-je-kan

Van de Poel, P. (2020, 7 april). *Gehandicaptenzorg geconfronteerd met toestroom uit ggz*. Skipr. Geraadpleegd op 19 maart 2023, van https://www.skipr.nl/nieuws/gehandicaptenzorg-geconfronteerd-met-toestroom-uit-ggz/

Van der Helm, G.H.P. & Drenth, J.D. (2013). Behandelklimaat in een forensisch psychiatrische setting. In: P. van der Helm, U. Kroger, P. Schaftenaar en J. van Vliet (Red.) Leefklimaat in de klinische forensische zorg (pp. 79-96). SWP

Van der Helm, G. H. P. (2011). *First do no Harm: Living group climate in secure juvenile correctional institutions*. Vrije Universiteit Amsterdam. Geraadpleegd op 12 april 2023, van https://research.vu.nl/en/publications/first-do-no-harm-living-group-climate-in-secure-juvenile-correcti

Van der Donk, C., & Van Lanen, B. (2021). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Coutinho.

Van Landeghem, N. (2021). *De implementatie van de Schaal voor Emotionele Ontwikkeling – Revised2 (SEO-R2): Een kwalitatief onderzoek met focusgroepen op twee forensische medium-security afdelingen* (Door S. Rowaert). Geraadpleegd op 12 maart 2023, van <https://libstore.ugent.be/fulltxt/RUG01/003/011/180/RUG01-> 003011180\_2021\_0001\_AC.pdf

Van ’t Veer, J., Wouters, E., Veeger, M., & Van der Lugt, R. (2020) *Ontwerpen voor zorg en welzijn.* Coutinho

Wieland, J., Kapitein, S., Otter, M., & Baas, R. W. J. (2014). Diagnostiek van psychiatrische stoornissen bij mensen met een (zeer) lichte verstandelijke beperking. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, *56*, 463–470. https://www.researchgate.net/profile/Jannelien-Wieland/publication/264434578\_Diagnosing\_psychiatric\_disorders\_in\_people\_with\_very\_mild\_intellectual\_disabilities/links/549d837b0cf2d6581ab63d6c/Diagnosing-psychiatric-disorders-in-people-with-very-mild-intellectual-disabilities.pdf

Wolf, J. & Jonker, I. (2021) *Krachtwerk methodisch werken aan participatie en zelfregie.Interventiebeschrijving.* Impuls - Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg. Geraadpleegd op 12 april 2023, van https://www.movisie.nl/interventie/krachtwerk

Wolf, J. (2016). *Krachtwerk, methodisch werken aan participatie en zelfregie*. Coutinho

Zaal, S., & Boerhave, M. (2022). *Emotionele ontwikkeling: Omschrijving fasen en bijbehorende begeleidingsstijl*. Cordaan. Geraadpleegd op 19 maart 2023, van https://www.cordaan.nl/sites/default/files/downloads/emotionele\_ontwikkeling\_fas en\_begeleiding\_cordaan\_2022\_0\_0.pdf

# Bijlagen

## Bijlage 1: Aanleiding en doelstelling

### Bijlage 1.1: Organisatie

#### Bijlage 1.1.1: Visie behandeling

**De behandeling kent een aantal leidende principes**

1. Delictanalyse is het vertrekpunt van de behandeling.
2. Veilig terugkeren naar de samenleving is het doel.
3. De behandeling is gebaseerd op de what-works-principles.
4. Verantwoordelijkheid en autonomie vergroten is het streven.
5. Behandelinterventies zijn gericht op factoren die recidiverisico verkleinen.

**Cognitieve gedragstherapie**  
We werken op basis van de cognitieve gedragstherapie (CGT). Bij de CGT is het uitgangspunt dat gedachten en gevoelens je gedrag beïnvloeden.   
  
**Community Reinforcement Approach (CRA)**We werken in de behandeling met CRA. Uitgangspunt van de CRA is het bekrachtigen van pro-sociale (niet alleen gericht op je eigen welzijn) levensstijl van de patiënt.

**Vrij van verslavende middelen**  
We streven ernaar de Mesdag drugsvrij te houden. Patiënten en hun omgeving worden daarom gecontroleerd op het gebruik of het in bezit hebben van verslavende middelen.

**Alert op de behandelcultuur**  
De (behandel)cultuur in de Mesdag is dynamisch en voortdurend in ontwikkeling. Om te voorkomen dat er ongemerkt een onwenselijke cultuur ontstaat zijn patiënten en medewerkers daar voortdurend alert op.

(FPC. Dr. S. van Mesdag, z.d.)

#### Bijlage 1.1.2: Visie beveiliging

Binnen de Mesdag staat de behandeling centraal. De beveiliging passen we zoveel mogelijk aan de behandeling aan (integratie van Behandeling & Beveiliging). Voorwaarde is wel altijd dat er binnen of buiten de Mesdag geen gevaarlijke situaties ontstaan.  
  
Doel van onze beveiliging is dat de Mesdag een veilige woon- en behandelomgeving is voor onze patiënten en een veilige werkplek voor onze medewerkers. Patiënten zijn daardoor in staat om aan hun problematiek te werken. Medewerkers kunnen vanuit die veiligheid patiënten aanspreken op hun gedrag als dat nodig is. Daarnaast moeten de beveiligingsmaatregelen er ook toe leiden dat de patiënten niet zonder toestemming buiten de Mesdag verblijven. Het streven is dat onze patiënten tijdens hun behandeling nauwelijks tot niet gevaarlijk zijn voor de samenleving.  
  
**Hoe creëren we die veiligheid?**  
Veiligheid creëren we in eerste instantie door een goede relatie met de patiënt(en) op te bouwen en te behouden. Wanneer je de patiënten goed kent en weet wat er omgaat in de individuele patiënt en binnen de groep, ben je in staat afwijkend(e) gedrag en omstandigheden snel te signaleren. Door vervolgens samen met de patiënt(en) te onderzoeken op welke wijze je de normale situatie kunt herstellen, is het mogelijk incidenten te voorkomen. Naast het investeren in contact zijn er nog andere manieren waarop we in en buiten de Mesdag veiligheid creëren. We noemen er hier drie.  
  
*Signaleringsplannen*  
Als onderdeel van het behandelplan maken we met elke patiënt een signaleringsplan. In dit plan worden signalen (risicogedrag van de patiënt) beschreven, die aangeven dat het minder goed gaat met de patiënt en dat er mogelijk een crisis dreigt.  
  
In het signaleringsplan is ook een actieplan opgenomen. Daarin staat wat de patiënt en/of de medewerkers kunnen doen om ervoor te zorgen dat het risicogedrag van de patiënt weer afneemt. Door vroegtijdig hulp te vragen (patiënt) of in te grijpen (medewerker of patiënt) kunnen we voorkomen dat er gevaarlijke situaties ontstaan. De patiënten leren op welke wijze ze dit plan kunnen gebruiken. Het doel is dat ze deze werkwijze blijven gebruiken als ze stapsgewijs terugkeren in de maatschappij.  
  
*Risicotaxatie-instrumenten*  
Risicotaxatie-instrumenten zijn wetenschappelijk onderbouwde vragenlijsten waarmee je kunt inschatten hoe groot de kans is dat de patiënt opnieuw een ernstig delict pleegt. Met behulp van de risicotaxaties kijken we bijvoorbeeld naar in hoeverre de patiënt risicogedrag laat zien, zoals agressie, impulsief gedrag en middelengebruik.  
  
Voor elke patiënt wordt minstens één keer per jaar een risicotaxatie afgenomen door zijn behandelaar en een medewerker van de afdeling Onderzoek. Dit gebeurt onafhankelijk van elkaar. De definitieve scores worden in overleg met elkaar vastgesteld. Of iemand op verlof mag is onder meer afhankelijk van de risicotaxatie. Een patiënt mag alleen op verlof als de kans op recidive laag is.  
  
De score op de risicotaxatie zegt ook iets over het effect van de behandeling. Een patiënt zou gedurende zijn behandeling steeds lager moeten scoren op de recidivekans. Op basis van de score kan het behandelplan worden aangepast. Om de risicotaxatie-instrumenten verder te verbeteren is in 2008 het project Landelijke Databank Risicotaxatie opgezet. Op de site van het Expertise Centrum Forensische Psychiatrie vindt u meer informatie over dit project.  
  
*Dienst Geïntegreerde Beveiliging*  
De dienst geïntegreerde beveiliging (DGB) ondersteunt de medewerkers in de Mesdag. Deze dienst is verantwoordelijk voor specifieke beveiligingstaken, zoals het beveiligen van het gebouw (binnen en buiten) en het bieden van ondersteuning in situaties waarin er sprake is van (dreigend) fysiek geweld. Bij dit laatste maakt de DGB zoveel mogelijk gebruik van de-escalerende methodes.

(FPC Dr. S. van Mesdag, z.d.)

### Bijlage 1.2: Veld oriëntatie

Om het probleem te verkennen en analyseren is er met meerdere personen gesprekken gevoerd. De uitkomsten van deze gesprekken zijn onderstaand weergegeven in een tabel.

|  |  |
| --- | --- |
| **Gesproken met** | Persoon J. |
| **Functie** | Unit-coördinator |
| **Waarom met deze persoon gesproken?** | Om beeld te krijgen van mogelijke ontwikkelingen/knelpunten binnen de Mesdag |
| **Belangrijkste uitkomsten** | * Interessante oriëntatie naar de mogelijke ontwikkelingen binnen de Mesdag. Vanuit persoon a zijn er verschillende zaken die aandacht behoeven waarin verbetering mogelijk is. Punten als leefstijl, digitalisering en begeleiding LVB komen hierin duidelijk naar voren. * LVB is de laatste jaren aanzienlijk toegenomen onder de patiëntenpopulatie. Persoon a constateert dat dit voor lastige situaties zorgt bij zijn personeel op de afdeling. * Gesprek met persoon b inplannen. Dit is volgens persoon a een van de belangrijkste personen die zich hard wil maken voor betere begeleiding op gebied van LVB. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gesproken met** | Persoon V. |
| **Functie** | Unit-coördinator |
| **Waarom gesproken met deze persoon?** | Meer inzicht krijgen in de ontwikkelingen op gebied van LVB en een mogelijke onderzoeksvraag |
| **Belangrijkste uitkomsten** | * Persoon V. loopt al lang aan tegen het feit dat de LVB-problematiek toeneemt, momenteel heeft 60-65% van de patiënten LVB. Echter biedt de kliniek haar personeel nog geen handvaten om goed aan te sluiten bij de patiënten. * Mogelijk product zou een scholing kunnen zijn voor elke nieuwe medewerker (en periodieke herhaling voor vaste medewerkers). * Zorg is niet goed afgestemd op de behoefte van de patiënt. Een van de redenen hiervoor is dat het merendeel van het personeel niet beschikt over de benodigde kennis. |

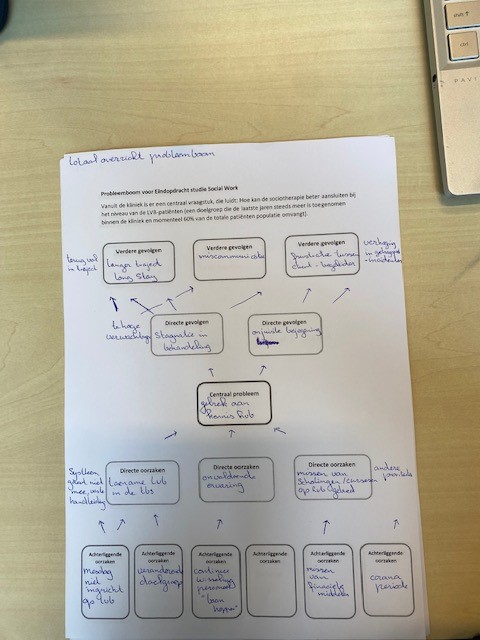
|  |  |
| --- | --- |
| **Gesproken met** | Persoon D. |
| **Functie** | Behandel coördinator |
| **Waarom gesproken met deze persoon?** | Werkt samen met de sociotherapie en kan inzicht geven in de problemen op de werkvloer |
| **Belangrijkste uitkomsten** | * Tijdens gesprek met de BC-er kwam naar voren dat de LVB-ers op de uitstroom units steeds vaker voorkomen. Op haar betreffende unit heeft elke patiënt te maken met een lager IQ maar zeker driekwart functioneert op LVB-niveau. * Dat het personeel niet altijd over de juiste kennis beschikt ziet persoon c terugkomen in de begeleiding en bejegening. * Er wordt nog vaak gehandeld binnen de regels en kaders van het tbs-systeem. Er wordt daardoor niet gekeken naar wat het beste past bij de patiënt. Dit gaat ten koste van de begeleiding en samenwerking. * Persoon c verwacht dat wanneer de sociotherapie meer kennis heeft op gebied van LVB beter aan kan sluiten bij de behoefte van de patiënten, dit zou dan ook ten goede komen aan het leefklimaat op de afdeling. |

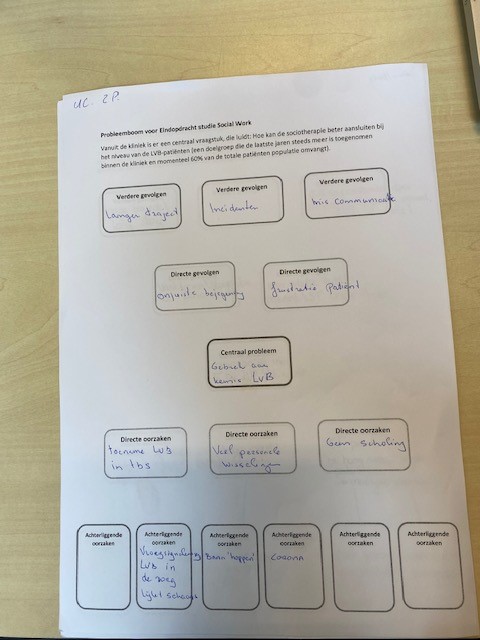
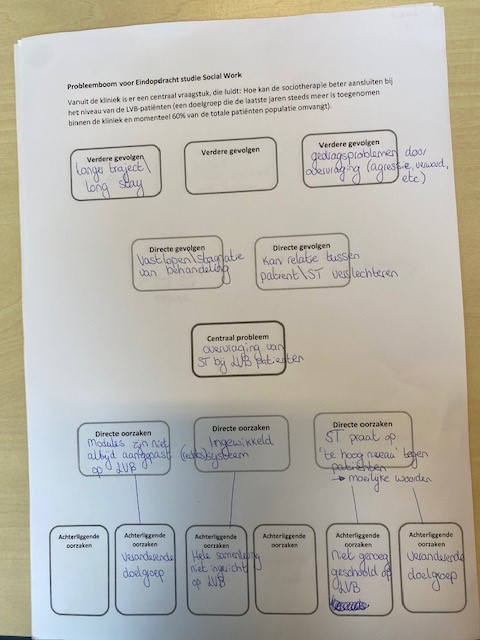
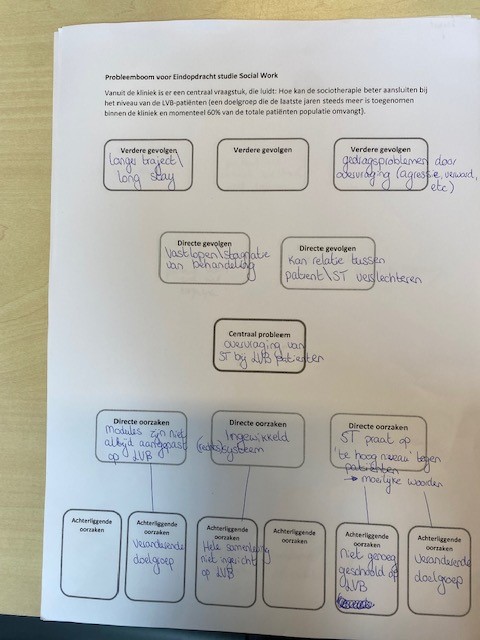
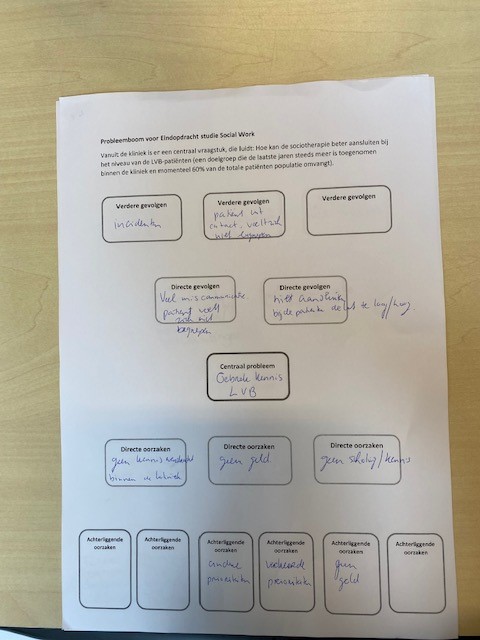
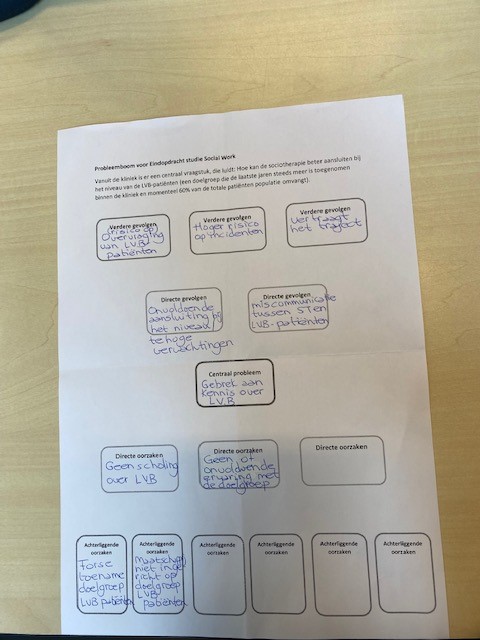
|  |  |
| --- | --- |
| **Gesproken met** | Persoon H. |
| **Functie** | Zorg inhoudelijk manager (ZIM) |
| **Waarom met deze persoon gesproken?** | Is leidinggevende van de behandel coördinatoren, kan inzicht geven in hoe het zorg inhoudelijk geregeld is binnen de organisatie.  Op advies van de manager behandelzaken betrokken bij het onderzoek. |
| **Belangrijkste uitkomsten** | * Er is in de kliniek al veel voor LVB-ers. Dit is echter op behandelniveau gericht. * Voor de sociotherapie is er weinig/ tot niks. Dit is echter de groep medewerkers die het meeste contact heeft met de patiënten; * De zorg is veelal vanuit één afdeling vormgegeven, er is te weinig samenwerking. * Door de minimale samenwerking hebben plannen geen aansluiten met de vervolg unit (Plan van de Doorstroom sluit niet goed aan bij de Uitstroom). * Persoon D is van mening dat de kliniek iets moet gaan bieden waardoor personeel over meer kennis gaat beschikken mbt LVB. Dit zal op de afdeling voor een beter leefklimaat kunnen zorgen wat aansluit bij de behoefte van de patiënten. * Kliniek is bezig met opzetten van werkgroepen op gebied van SGG, verslaving en LVB; * Advies aan Mark om als medewerker bij de werkgroep LVB aan te sluiten zodat na het onderzoek hier eigenhandig een vervolg aan kan worden gegeven. |

### Bijlage 1.3: Probleemboom en doelenboom algemeen verhaal

Om het probleem te verkennen en analyseren is er met meerdere personen gesprekken gevoerd. De uitkomsten van deze gesprekken zijn onderstaand weergegeven in een tabel.

**Totaaloverzicht:**



**Overzicht verzamelde probleembomen**

## Bijlage 2: Stakeholdersanalyse

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Gebruikers | Beslissers | Leveranciers | Experts | |
| Sociotherapie  micro | Raad van bestuur  meso | Interne behandelaren (orthopedagogen bijvoorbeeld)  meso | Specialisten op gebied van LVB: van bijvoorbeeld het CVBP of Trajectum  macro |
| Behandelaren  micro | Unit coördinatoren  micro |  |  |
| Integrale beveiliging  meso | Zorg inhoudelijke manager  meso |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Directe stakeholders | Belang algemeen | Emotie in de casus | Impact (score: 1-5)  1= laag & 5= hoog | |
| 1. Sociotherapie | Meer leren aansluiten bij het niveau van de patiënt. | L | 2:  Signaleren probleem maar hebben geen direct invloed op de veranderingen. |
| 1. Behandelaren (GZ-psychlogen) | Behandeling meer laten aansluiten bij het niveau en behoefte van de patiënt | L | 3:  Signaleren probleem en staan dichter bij het management. Kunnen hierdoor iets makkelijker invloed uitoefenen. |
| 1. Unit coördinatoren | Zien het onderzoek als positief. Het aan te sturen personeel kan hierdoor meer kwaliteit van zorg bieden. | L | 4:  Hebben als leidinggevende van een unit de taak en bereikbaarheid om de gegeven signalen bij de juiste personen te krijgen. |
| 1. Integrale beveiliging | Door beter aan te sluiten bij de patiënten zal het risico op incidenten minder worden. | J | 1:  Hebben minimale impact. Zullen wel signaleren maar aanzienlijk minder dan bijvoorbeeld de sociotherapie, patiëntencontact is op dat gebied minder. |
| 1. De kliniek   (Raad van Bestuur, Raad van Toezicht, psychiaters, etc.) | Door betere begeleiding zal dit terug te zien zijn bijvoorbeeld in de behandelduur, mogelijke aanpassingen medicatie, doorstroommogelijkheden) | J | 5:  De kliniek heeft de hoogste impact, zij bepalen waarop wordt ingezet. Er zal ruimte en budget vrij gemaakt moeten worden. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Indirecte stakeholders | Belang algemeen | Emotie in de casus | Impact (score: 1-5)  1= laag & 5= hoog | |
| 1. De patiëntengroep | Zijn zelf niet allemaal voldoende in staat aan te geven wat ze nodig zijn, of hebben geen ziektebeeld inzicht.  Zullen willen dat het personeel beter hun problematiek leert begrijpen met als gevolg dat ze beter begeleid zullen worden | Neutraal gezicht zonder opvulling | 3:  Zullen zelf aan kunnen geven wat er niet goed gaat, echter is dat voor de meesten vaak niet goed mogelijk vanwege hun beperkte niveau. Hierdoor zijn ze van anderen afhankelijk die dit signaleren. |
| 1. Netwerk van patiënten | Netwerk wil het beste voor hun familielid. | Neutraal gezicht zonder opvulling | 2:  Kunnen signaleren wanneer er dingen in hun ogen niet goed gaan. Echter is de impact laag. |
| 1. De maatschappij | De maatschappij heeft er baat bij dat de patiënten zo goed en verantwoord mogelijk resocialiseren. Dit kan alleen als de behandeling aansluit bij het niveau en behoefte van de patiënten. | L | 1:  Staan ver van de kliniek, hierdoor hebben ze weinig/geen impact op wat er in de kliniek gebeurt. |
| 1. Vervolg instellingen | Wanneer de begeleiding op maat is zal dit ten goede komen aan de behandeling, de kans dat patiënten beter overgedragen kunnen worden neemt hierdoor toe. Kans op terugval bij vervolginstellingen kan dan afnemen. | L | 3:  Kunnen signaleren op zaken (die bij de kliniek liggen) die niet goed verlopen na een overplaatsing |

## Bijlage 3: Contextual interviewing.

Contextual interviewing is een relevante data verzamelingsonderzoeksmethode. Bij deze vorm van onderzoek wordt het in de vorm van relevante context gehouden, waarbij het gesprek semigestructureerde wordt afgenomen. Hierdoor is het interview specifieker, eerlijker, accurater en vooral levendiger in de antwoorden. Dit komt vooral omdat het interview in de vertrouwde omgeving wordt gehouden, waardoor een deelnemers zich sneller op zijn of haar gemak voelt. Dit zorgt ervoor dat ideeën, herinneringen en ervaring eerder besproken worden. De deelnemers hebben de ruimte om informatie te delen, zoals hij of zij dat zelf prettig vindt, echter door de vooropgestelde interview vragen (zie volgende bijlage) ontvangen wij wel essentiële informatie voor het onderzoek.

### Bijlage 3.1: Interviewprotocol

**Voorbereiding:**

* Hoe benader je de deelnemers?
* Waaraan moet de praktijksituatie voldoen?
* Hoe introduceer je jezelf en begin je het gesprek?
* Hoe beëindig je het gesprek en hoeveel tijd plan je voor het gesprek?

**Benadering:**

De deelnemers worden intern benaderd. Dit is afhankelijk van de functie hoe dit zal gaan:

**Sociotherapie**

De sociotherapie zal telefonisch/fysiek op de afdeling worden benaderd of er wil worden meegewerkt aan het interview. Indien er wil worden meegewerkt zal er met de specifieke collega een afspraak worden gemaakt.

**Unit coördinator**

De unit coördinator zal persoonlijk worden benaderd om te vragen of er hij/zij wil meewerken aan het interview. Vervolgens zal er een afspraak worden gemaakt voor het interview. Indien niet aanwezig zal de uitnodiging per mail worden verstuurd.

**Behandel coördinator**

De behandel coördinator zal persoonlijk worden benaderd om te vragen of er hij/zij wil meewerken aan het interview. Vervolgens zal er een afspraak worden gemaakt voor het interview. Indien niet aanwezig zal de uitnodiging per mail worden verstuurd.

**Manager bedrijfsvoering**

Benadering gaat via de mail. Bij het maken van de afspraak zal er contact worden gezocht met het management secretariaat voor het inplannen van een afspraak.

**Praktijksituatie**

De praktijksituatie zal bij iedere betrokkene in zijn eigen werkomgeving plaatsvinden.

**Introductie**

In de benadering van de medewerkers zal, indien de onderzoeker voor hem/haar onbekend is, zich introduceren. Bij deze introductie zal ook de aanleiding en doelstelling van het onderzoek worden benoemd. Tijdens de interviews zal één van de twee onderzoekers notuleren, de andere richt zich op de afname van het interview.

**Tijdsplanning en andere afspraken interviews**

De tijdsplanning zal per functie verschillen. Bij de sociotherapie zal er in de praktijk meegelopen worden en zullen de sessies 1 a 2 uur zijn. Bij de andere functies zullen de gesprekken ± 15-30 minuten zijn.

**Vragen/topics**

|  |  |
| --- | --- |
| **Onderwerpen** | **Voorbeeldvragen** |
| Deskundigheid | Wat is uw rol binnen de Mesdag?  Wat zou u kunnen betekenen m.b.t. dit onderwerp? |
| Eigen ervaring | Wat zijn uw ervaringen met LVB?  Wat zijn uw bevindingen hoe de sociotherapie omgaat met patiënten met LVB? |
| Methodieken | Welke methodieken/handvaten zijn er momenteel al aanwezig?  Wat mist u in de praktijk?  Met welke andere methodieken bent u bekend? |
| Betrokkenheid | Waar denkt u dat u rekening mee moet houden in de begeleiding/bejegening bij patiënten met LVB? |
| Behoefte | Wat denkt u nodig te zijn om beter aan te sluiten bij patiënten met LVB-problematiek?  Waar zou een product/advies volgens u aan moeten voldoen om u voldoende handvaten te geven in uw werkzaamheden? |

### Bijlage 3.2: Uitwerking contextual interviews.

|  |  |
| --- | --- |
| **Gesproken met** | Persoon D. |
| **Functie** | Behandel coördinator |
| **Waarom gesproken met deze persoon?** | Mevrouw D. is als eindverantwoordelijke van de patiënten direct betrokken bij de afdelingen, zij werkt direct samen met de sociotherapie. |
| **Belangrijkste uitkomsten** | * SEO-afname à iedere afdeling (Instroom /doorstroom/ uitstroom) weer opnieuw te doen à nieuwe patiënt opnieuw leren kennen waardoor er beter kan worden aangesloten bij het niveau van de patiënt. Voorbij het gedrag kijken. * Belangrijk dat de sociotherapie over de juiste kennis beschikt, zij werken de meeste uren met de patiënten samen en zijn de medewerkers die de patiënten het beste kennen. * Uit ervaring van de SEO blijkt dat wanneer een afdeling handvaten krijgt, is de bejegening en begeleiding anders geworden naar de patiënt. * Implementatie SEO lastig ivm de tijd die het inneemt. Wens is dat alle BC-ers opgeleid worden om dit zelf bij hun team af te kunnen nemen. * Behandeling van mensen met LVB vindt voornamelijk plaats op de afdeling, in het afdelingsmilieu, met de sociotherapie. Ze zijn hun omgeving nodig om goed te kunnen functioneren. * Door het verschil van niveau van de patiënten moet er telkens geschakeld worden in de mate van ondersteuning en begeleiding. Dit is überhaupt al lastig en dit is nog lastiger wanneer er niet over de juiste kennis beschikt wordt door het personeel. * Cursus/scholing is essentieel om goed aan te sluiten in de begeleiding en bejegening. Als er beschikking is over de basiskennis zorgt dit ook voor meer bewustwording. * Weet wat je kan module à Hoeve Boschoord (trajectum) doet de ST dit samen met de patiënt. Psycho-educatie ook direct voor de ST. Mogelijkheid om dat hier ook toe te passen, bijvoorbeeld binnen de cursus/scholing. * Emotioneel functioneren; * Overschatting * Niveaus van functioneren en waarop zich dat uit * Basiskennis over waar lvb tegenaan loopt in de maatschappij à praktische zaken à werken toe naar herintreden naar de maatschappij * Veel gericht op delict factoren à risico’s: meer kijken naar wat kan wel en waar is behoefte aan. |

|  |  |
| --- | --- |
| Gesproken met | Persoon N. |
| Functie | Forensische zorg assistent |
| Waarom met deze persoon gesproken? | Mevrouw N. biedt laagdrempelige zorg aan de patiënten binnen de instroom-doorstroom-uitstroom. Denk hierbij aan ondersteuning bieden bij ADL en HDL. |
| Belangrijkste uitkomsten van het gesprek. | Ervaringen:   * Binnen de van Mesdag zijn er geen handvatten beschikbaar, om op de juiste manier LVB-patiënten te begeleiden. “Je moet het zelf maar ontdekken”. * Bij mijn kunnen patiënten niet falen, ik kijk naar mogelijkheden om doelen te halen. Het mag bij mij in kleinere stappen, waardoor er overzicht komt bij de patiënten.   Ik zie het vooral hier fout gaan:   * Personeel geeft te weinig stimulans, * Er moet meer gekeken naar de mogelijkheden, er zullen kleinere stappen gezet kunnen worden met patiënten (“ter voorkoming van overvraging”). * Patiënten vinden duidelijke structuur prettig.   Bejegening:   * Kijk naar mogelijkheden (kleinere stappen). * Structuur bieden. * Meer communicatie tussen personeel.   Behoefte product:   * Duidelijke uitleg over LVB, denk hierbij de begeleidingsstijl. * CEO meenemen. * Verplicht voor iedereen. * Maak het visueel. |

|  |  |
| --- | --- |
| Gesproken met | Persoon J. |
| Functie | Sociotherapeut |
| Waarom met deze persoon gesproken? | Meneer J. is een van de sociotherapeuten op uitstroom en is gespecialiseerd op het gebied van LVB. |
| Belangrijkste uitkomsten van het gesprek. | Ervaringen:   * “Binnen de van Mesdag worden patiënten met LVB volledig overschat". Er wordt niet ingegaan op de behoefte maar op de kaders van de van Mesdag. * Er wordt niet geluisterd naar de vraag achter de vraag. * Er wordt vaak benoemd dat patiënten niet willen, maar vaak is het niet weten hoe ze een situatie moeten aanpakken en daarom alles maar stopzetten. (Bv. Ik wil geen mobiel, dan word ik de gehele tijd gestoord). Eigenlijk is een voor ons “simpele” Nokia al te ingewikkeld voor deze patiënten, denk hierbij aan beltegoed regelen en activeren. De hele technische telefonische ontwikkeling hebben ze niet ervaren en dus gemist.   Bejegening:   * Veiligheid mag niet uit het oog worden verloren. Denk hierbij aan de persoonlijke grens en neem je collega in bescherming. * Het belangrijkste instrument is je mond “weet wat je zegt en wat een patiënt daarvan begrijpt. * Accepteer de patiënt zoals die is, sluit je begeleiding hierop aan. * Wat willen ze zelf, wat kunnen ze zelf, wat hebben ze nodig voor een extra stapje ontwikkeling.   Behoefte product:   * Denk naar over het menselijke aspect, van de patiënt. * Investeer op inzicht krijgen van de LVB-problematiek. Wat houdt het in, wat vraagt het in de begeleiding en hoe is je eigen houding tegen over deze problematiek. |

|  |  |
| --- | --- |
| Gesproken met | Persoon J. |
| Functie | Unit coördinator |
| Waarom met deze persoon gesproken? | Meneer J. is een van de unitcoördinatoren van de uitstroom. Hiernaast heeft J. gesignaleerd dat zowel de droomstroom als de uitstoom niet aansluiten bij de nieuwe patiëntenpopulatie. |
| Belangrijkste uitkomsten van het gesprek. | Ervaringen:   * De struggle dat patiënten vanuit de kaders binnen de van Mesdag het allemaal zelf moeten kunnen, maar de nieuwe populatie dit niet ofwel nooit volledig zelfstandig zouden kunnen. * Het CEO wat sinds kort steeds meer wordt afgenomen is een fijn inzicht maar geeft een handvatten in wat dat inhoudt voor begeleiding. * Instroom-doorstoom-uitstroom werken niet vanuit een perspectief. Hierdoor stageert telkens het proces op de uitstroom.   Bejegening:   * Hier valt nog een behoorlijke verbeterslag in te maken, de van Mesdag staat stil. * Korte overzichtelijke signaleringsplannen, die ook op LVB-groepen worden gebruikt. * Ondersteuning vanuit picto's.   Behoefte product:   * Cursus moet ook visueel worden gegeven, zowel op de instroom-doorstoom-uitstroom. * Standaard voor elk personeelslid. * Uitleg wat houdt LVB in. * Wat moet je juist wel en niet doen. * Maak de cursus niet te moeilijk, het moet onthouden worden. * Kleine naslag moet op elke groep komen. |

|  |  |
| --- | --- |
| Gesproken met | Persoon J. |
| Functie | Sociotherapeut |
| Waarom met deze persoon gesproken? | Werkzaam als sociotherapeut op afdeling met veel LVB |
| Belangrijkste uitkomsten van het gesprek. | Ervaringen:   * Het beleid van de Mesdag is niet ingericht op de nieuwe LVB-patiënten stroming. Het gevolg is dat patiënten worden overvraagd en op de uitstoom regelmatig stagneren in hun proces. * Personeel mist handvatten om de patiënten te begeleiden. * Instroom-doorstroom-uitstoom mist een eenduidig beleidsvorming.   Bejegening:   * Kijk naar de vaardigheden van de patiënten. * Neem het CEO mee in de begeleiding. * Eventuele visuele ondersteuning op de groep, denk hierbij aan dagprogramma's. * Kijk naar de vraag achter de vraag.   Behoefte product:   * Educatie in LVB. * Bejegening methode. * Do/ Don'ts * Verplicht voor ieder personeelslid. * Jaarlijks terug laten komen. |

|  |  |
| --- | --- |
| Gesproken met | Persoon K. |
| Functie | Sociotherapeut |
| Waarom met deze persoon gesproken? | Mevrouw K. is al zeker 30 jaar werkzaam binnen de van Mesdag, heeft alle ontwikkelingen meegemaakt en ervaren. |
| Belangrijkste uitkomsten van het gesprek. | Ervaringen:   * Grote populatie verandering, waarbij de kaders niet mee zijn veranderd. * Er wordt niet geluisterd naar de patiënten. * Instroom-doorstroom-uitstroom werken niet vanuit dezelfde visie. * Er wordt soms te betuttelend begeleid.   Bejegening:   * Enerzijds zie je dat de patiënten worden overschat en anderzijds worden patiënten onderschat. * Patiënten hebben duidelijkheid en structuur nodig. * Ga niet de discussie aan. Je hoeft de waarom niet altijd uit te leggen. * Eerder bij de patiënt de vraag stellen, hoe gaat het? * Zorg op maat (kanttekening: je werkt binnen de van Mesdag, er blijven ten alle tijden kaders).   Behoefte:   * Moet interactief gegeven worden. * Algemene informatie LVB. * Zowel cursus met directe collega's als collega’s van de doorstoom afdelingen. * Begeleidingstijden. |

|  |  |
| --- | --- |
| Gesproken met | Persoon R. |
| Functie | Sociotherapeut |
| Waarom met deze persoon gesproken? | Werkzaam als sociotherapeut op afdeling met veel LVB |
| Belangrijkste uitkomsten van het gesprek. | Ervaringen:   * Patiënten behalen de kaders niet. * Kaders/criteria/doelen moeten continu worden bijgesteld. Hierbij is continu de vraag, is dit verantwoord binnen de van Mesdag? * Doorstroom heeft geen idee wat er op de uitstroom wordt verwacht. “Ze hebben letterlijk geen idee”. * Verandering kost veel tijd, de van Mesdag is een keten. * Er wordt niet geluisterd naar de patiënten, ze worden regelmatig overschat.   Bejegening:   * Gebruik maken van zo min mogelijke communicatie. * Ga de discussie niet aan. * Zorg op maat bieden. * Wees voorspelbaar als begeleider en bied een vast dagprogramma. * “Ik weet dat het anders moet, maar zou niet weten hoe het anders moet".   Behoefte:   * Informatie rondom LVB. * Bejegening informatie. * Graag een actieve cursus, maar geen rollenspel. * Voor alle nieuwe personeelsleden.   Extra:   * Er moet inzichtelijk worden gemaakt wat er op alle stromingen wordt verwacht. Waarbij vooral de doorstroom en uitstroom beter op elkaar moeten aansluiten. |

|  |  |
| --- | --- |
| Gesproken met | Persoon L. |
| Functie | Behandel coördinator Doorstroom |
| Waarom met deze persoon gesproken? | Gespecialiseerd in LVB |
| Belangrijkste uitkomsten van het gesprek. | Ervaringen:   * Er is te weinig voor de belangrijkste groep medewerkers, de sociotherapie; * Leren vindt voor deze doelgroep vooral plaats op de afdeling, werkt beter dan individuele behandelingen. * Het ontbreken van een open (positief) leefklimaat op de afdelingen. * Rol van de UC en BC zou belangrijker kunnen zijn in het creëren van dit leefklimaat, het werkklimaat moet daar namelijk op aangepast worden. Daarin spelen UC en BC momenteel een te minimale rol. * Behandeling van mensen met LVB vindt namelijk plaats op de afdeling. Vaak op gedragsniveau en het bieden van externe prothese.   Bejegening:   * Houdt rekening met de sociaal-emotionele ontwikkeling, maak gebruik van deze bejegeningsstijlen. * Maatwerk, kijk niet eerst naar de regels en kaders maar kijk vooral naar wat de patiënt nodig heeft. Niet elke regel met bijbehorende consequentie werkt even efficiënt in het veranderen van het gedrag.   Behoefte:   * Scholing met aandacht voor: kennis over LVB, sociaal-emotionele ontwikkeling, bejegeningsstijlen. * Meer aandacht voor SEO, motiverende gespreksvoering, oplossingsgericht werken en competentiegericht werken. * Meer orthopedagogen in dienst nemen * Creëren van het open leefklimaat à rekening houden met de 4 pijlers: Sfeer, ondersteuning, ontwikkeling en proportionaliteit. Parallel proces met het werkklimaat * Kliniek moet meer inzetten op de sociotherapie en de afdeling, echter hiervoor is een voorwaarde dat er een open leefklimaat wordt gerealiseerd. * Zorgen voor methoden voor kennisoverdracht van ST naar patiënten |

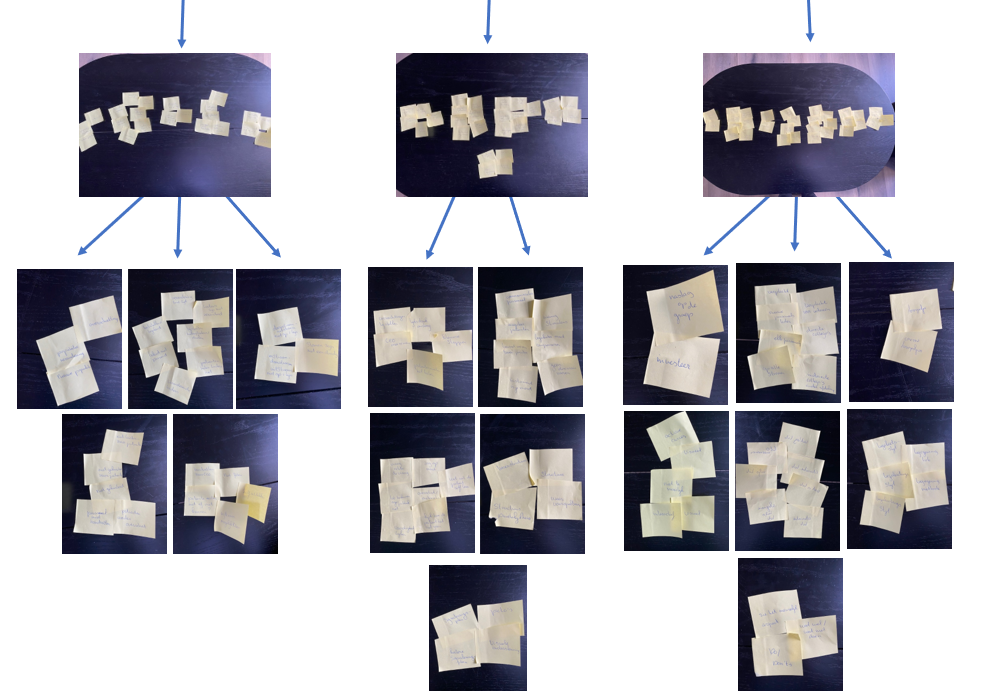
|  |  |
| --- | --- |
| Gesproken met | Persoon C. |
| Functie | GZ-Psycholoog GGZ/CVBP |
| Waarom met deze persoon gesproken? | Mevrouw C. heeft geruime tijd bij Trajectum gewerkt en is nu werkzaam als GZ-psycholoog bij het CVBP (centrum verstandelijke beperking en psychiatrie). |
| Belangrijkste uitkomsten van het gesprek. | Bejegening:   * Je moet als begeleider ten alle tijden compenseren. Verwachtingen moeten worden bijgesteld, tijdsdruk moet omlaag. * Als begeleider moet je bewust zijn van je “boven” positie. Patiënten zijn bewust dat de uiteindelijke beslissing bij jou als begeleider ligt. * Uiteindelijk moet de patiënten zich redden/ staande houden in de samenleving. Wat heeft hij of zij daarvoor nodig. * Ongedacht de beperking houdt ook de delict analyse up-to-date. Denk aan signaleringsplan. * Lvb-ers herkennen/erkennen hun eigen problematiek niet. De wereld doet hun iets aan, zij reageren daar alleen maar op. * Overschat de patiënten niet, ze roepen tegen overdracht op. * Basisstructuur is belangrijk. * Wees voorspelbaar.   Behoefte:   * Geef educatie over LVB. * Hanteer een begeleidingstijd. * Laat een cursus jaarlijks terugkomen.   Ontvangen tips:   * Trajectum heeft al meer kennis opgebouwd, kenniscentrum. * KFZ (kwaliteit forensische zorg). * Psycho educatie, kan ook een vorm van verduidelijking zijn voor begeleiding. * Weet wat je kan/ helpers en Helden methodieken. |

### Bijlage 3.3: Uitwerking affinity mapping

Affinity mapping is een werkvorm om observaties, antwoorden, inzichten, ideeën enzovoort te clusteren. Door te clusteren ontstaan er visueel overzichtelijke thema's. Vanuit het contextuele interview is er al veel ruwe data verzameld, door dit te visueel te maken aan de hand van clusteren, ontstaat er categorisering.

De data vanuit de interviews zijn kernachtig genoteerd op post-its, die zijn onderverdeeld in de hoofdkoppen ervaring- bejegening- behoefte. Deze post-its zijn op tafel geplakt, vanuit die positie zijn de categorieën onderverdeeld met post-its die dezelfde informatie bevatten. Dit resulteerde in 17 verschillende clusters, ofwel basis ontwerpeisen voor het eindproduct.





## Bijlage 4: Deskresearch

**Wat is eigenlijk LVB:**

LVB staat voor een Licht Verstandelijke Beperking. Mensen met LVB hebben hoofdzakelijk een niet zichtbare beperking.  Wanneer iemand een LVB heeft, heeft de persoon een intelligentiequotiënt (IQ) van 50-70. Een persoon met LVB heeft beperkingen in het intellectuele (abstract denken, planning, probleemoplossing) en adaptief (niet voldoen aan sociaal-culturele- en ontwikkelingsnormen (niet voldoen aan de kalenderleeftijd)) functioneren en in het sociale en praktische domein (bijv. verminderede sociaal aanpassingsvermogen) (De Beer 2021).

**LVB-TBS:**

Gemiddeld komen patiënten een LVB vaker in aanraking met justitie dan patiënten zonder LVB. Het hebben van een LVB kan een risicofactor zijn voor het ontstaan van crimineel gedrag. Dit kan komen door de kwetsbaarheden en ongunstige omgevingsfactoren. Een patiënt met LVB kan ook sneller slachtoffer zijn van criminele uitbuiting, dat iemand misbruik maakt van de persoon met LVB. Factoren die mee kunnen spelen bij het ontwikkelen van crimineel gedrag zijn het hebben van een laag zelfvertrouwen, problematisch sociaal netwerk, gebrekkige impulscontrole en het gevoel te hebben nergens bij te horen (Landelijk Kenniscentrum LVB, 2023).

**Communicatie**

Dat communicatie een van de essentiële aandachtspunten is blijkt uit verschillende studies. Wanneer er rekening gehouden wordt met het beperkte taalbegrip van iemand met LVB, zullen de gesprekken met de patiënt effectiever zijn en zal overvraging en afhaken voorkomen worden (Landelijk kenniscentrum (LKC) LVB, 2021). Uit de literatuur van LKC LVB (2021), LKC LVB (2011) en de Beer (2016) is gebleken er op onderstaande 8 aandachtspunten essentieel zijn in de begeleiding/behandeling van een patiënt met LVB:

1. **Taalbegrip**

Een patiënt met een LVB heeft behoefte aan eenvoudige en korte boodschappen. Het is van belang dat er geen moeilijke en complexe zinnen gebruikt worden. Daarnaast vinden patiënten met een LVB het ook moeilijk om soms non-verbale communicatie te herkennen. De beperking in het taalbegrip wordt niet altijd opgemerkt, dit omdat de patiënt hier niks over durft te zeggen of schaamte heeft. In de hulpverlening is het van belang dat je niet in hulpverleningstaal gaat praten, dit begrijpen ze vaak niet (LKC LVB, 2021 & De Beer, 2016)

1. **Communicatie aanpassen/afstemmen**

Tijdens de gesprekken is het van belang dat er rustige en korte zinnen gebruikt worden, met concrete woorden en voorbeelden. Spreekwoorden, gezegden en hulpverleningstaal moet vermeden worden. Daarnaast is het goed om na te vragen of de het duidelijk is wat er gezegd/gevraagd is. Bespreek één onderwerp of vraag tegelijkertijd. Als er meer besproken moet worden, maak een agenda zodat de patiënt weet waar hij/zij aan toe is. Visuele ondersteuning kan altijd helpen. Herhaling is met regelmaat goed. Daarnaast is het ook van belang dat er concreet benoemt wat er gezien of verwacht wordt (LKC LVB, 2021 & De Beer, 2016).

Wanneer er schriftelijk gecommuniceerd wordt met iemand met een LVB is het van belang dat het een duidelijk lettertype is en het maximaal 1 A4tje is. Tevens is het goed dat er in heldere kopjes gewerkt wordt maximaal 1 boodschap per zin. Daarnaast kan er ook gebruik gemaakt worden van tabellen of schema’s, dit kan soms beter overkomen dan alleen tekst. Tot slot is het van belang dat er geen afkortingen gebruikt worden (LKC LVB, 2021 & De Beer, 2016).

1. **Houding**

In gesprekken met een patiënt is het van belang dat er goed geluisterd wordt en de hulpverlener aandachtig aanwezig is. Daarnaast is het van belang dat de hulpverlener consequent en voorspelbaar gedrag laat zien, laat voorbeeldgedrag zien. Spreek in de ik-vorm en niet in jij-boodschappen. Daarnaast is het belangrijk om in het hier en nu te blijven. Het moet allemaal niet te snel gaan, stapje voor stapje. Neem vooral de tijden wees betrokken. Een optimistische en positieve grondhouding is een fijne houding die een LVB-er nodig heeft. Geef aan wat er goed gaat en straal vertrouwen uit. (LKC LVB, 2021 & De Beer, 2016)

1. **Concreet maken van oefenstof**

De onderwerpen laten aansluiten bij de belevingswereld van de patiënt is een belangrijk proces in het leerproces. Patiënten met een LVB leren van uit een egocentrisch perspectief. Maak de oefenstof zichtbaar en laat de patiënt de oefenstof zelf laten ervaren (LKC LVB, 2011)

1. **Veilige en positieve leeromgeving**

Vaak hebben patiënten met en LVB een negatieve ervaring met hun zelfbeeld zoals faalervaringen en negatieve sociale situaties. Hierdoor hebben ze moeite met het overzien van hun eigen gedrag en hier de consequenties van. Als een patiënt meer handelingen lukt en op deze manier succeservaringen op doet, leidt dit tot meer zelfvertrouwen en zelfwaardering. Deze veilig leeromgeving wordt gecreëerd door o.a. het bieden van structuur (LKC LVB, 2021 & De Beer, 2016).

1. **Aansluiten bij de persoon**

Geef de patiënt zoveel mogelijk zelf de regie. Stimuleer de patiënt zoveel mogelijk zelf na te denken en in actie te komen. Probeer aan te sluiten bij de patiënt zijn/haar gewoontes, interesses, motivatie en kracht. Neem pas de regie over wanneer de kracht van de patiënt met LVB ophoudt. Wanneer de patiënt zijn wensen/behoeften niet aansluiten bij zijn/haar mogelijkheden, ontkracht deze behoefte/wens niet, kijk welke mogelijkheden er wel zijn. Sta niet boven de patiënt, sta ernaast. Kijk gezamenlijk naar oplossingen en doelen, leg deze afspraken vast (LKC LVB, 2021)

1. **Ondersteuning aanpassen**

Bij het ondersteunen van een patiënt met een LVB is het van belang om structuur te bieden. Probeer elke keer dezelfde opbouw te hebben en maak een stappenplan. Gebruik herhaaldelijke voorbeelden uit het dagelijks leven. Daarnaast hebben mensen met een LVB meer tijd nodig om iets te leren. Neem hier de tijd voor en las pauzes in. Zorg hierbij ook voor zo min mogelijk prikkels zodat de patiënt niet afgeleid raakt (LKC LVB, 2021).

* 1. **Structuren en vereenvoudigen**

Patiënten met een LVB vinden het lastig om informatie te structureren en de hoofd- en bijzaken te scheiden. Doe dingen voor en laat dit de patiënt na doen. Geef opdrachten mee en maak geheugensteunen wat in allerlei vormen kan (stappenplan/pictogrammen). Daarnaast hanteer structuur, maak een lijst met afspraken en bewaar deze. Zorg voor zo min mogelijk prikkels in de ruimte waar het gesprek plaatsvindt (LKC, 2011).  
  
Tevens is het van belang dat de taal vereenvoudigd wordt. Doseer de informatie, een patiënt met LVB kan niet veel informatie tegelijkertijd opslaan. Wanneer dit wel gedaan wordt, raakt het werkgeheugen overbelast (Kleinert et al., 2009). Wanneer er te veel informatie komt, raakt iemand overprikkelt en is hij/zij het overzicht kwijt. Kleine stapjes zijn van belang en kom gelijk tot de kern. Gebruik voorbeelden en korte opdrachten (max 1 per keer). Gebruik eventueel visuele ondersteuning. En neem vooral de tijd.

1. **Netwerk inschakelen**

Het netwerk kan alleen ingeschakeld worden als de patiënt hier toestemming voor geeft. Wanneer er toestemming is kan het netwerk de patiënt met een LVB ook helpen om wat hij/zij geleerd heeft toe te passen in het dagelijks leven (LKC LVB, 2021).

De bejegening geeft veel aan over de effectiviteit van de behandeling van LVB-ers met psychiatrische en/of gedragsproblemen. Onderzoek toont aan dat hulpverleners behoefte hebben aan richtlijnen en handvatten in de begeleiding van deze doelgroep (Neijmeijer et al., 2010).

Wanneer mensen met een LVB niet op een adequate manier bejegend worden zal dit te kort gedaan worden in de behandeling. Er moet op een gepaste manier aangesloten worden bij het emotionele ontwikkelingsniveau van de patiënt. Hulpverleners kunnen op de volgende manier het beste een adequate begeleiding en bejegening bieden; Neijmeijer et al., (2010):

* Aansluiten bij het niveau van sociale-emotionele ontwikkeling;
* Vertrouwensband opbouwen met de cliënt;
* Een positieve en competentiegerichte benadering;
* Aanpassen van communicatie;
* Bieden van structuur;
* Ondersteunen bij het versterken en uitbouwen van sociale en praktische vaardigheden, en het leren toepassen van deze vaardigheden;
* Te werk gaan vanuit een stabiel team met een gezamenlijke visie.

**Best practices**

Onderzoek naar best practices heeft inzichten gegeven in wat andere instellingen werkbaar vinden in de begeleiding van forensische cliënten. Robbers et al. (2022) heeft hier onderzoek naar gedaan binnen de sector beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang (BW/MP). Aan het onderzoek deden vijftien professionals mee van verschillende BW/MP. Twaalf van de vijftien instellingen hebben aangegeven krachtgericht te werken. De aandacht moet volgens de professionals liggen op een goede balans tussen focus op eigen regie en krachten en focus op duidelijkheid en structuur. Volgens Robbers et al. (2022) zijn de werkbare elementen van krachtgericht werken: Bekrachtigen van wat de cliënt bereikt binnen het kader bijzondere voorwaarden, zoeken naar waar cliënt zelf regie op kan voeren, duidelijke grenzen stellen.

Daarnaast wordt aangegeven dat een goede samenwerking in de keten essentieel is voor een goede begeleiding. Er moeten duidelijke afspraken zijn over de verantwoordelijkheden en taken. Een ander belangrijk element die werkbaar is gebleken in de begeleiding is de zorgvuldige plaatsing van cliënten. Dit wordt op twee manieren gedaan: geclusterd en gespikkeld (gemengd). Clustering vindt voornamelijk plaats om expertise gerichter in te kunnen zetten, terwijl gespikkelde plaatsing wordt ingezet om normalisering in de hand te werken (Robbers et al., 2022). Als succesfactor van clustering wordt aangegeven dat er extra rekening kan worden gehouden met de bijkomende psychische problematiek, zoals bijvoorbeeld LVB. Door deze doelgroep te clusteren kunnen problemen als overvraging en eventuele misbruik door cliënten zonder LVB voorkomen worden (Robbers et al., 2022).

Tijdens de eerste fase (verkenning) van het onderzoek van Robbers et al. (2022) hebben professionals nog extra best practices benoemd die van belang zijn voor een goede begeleiding.

* 1. Heldere kaders en duidelijke structuur bieden;
  2. Investeren in de werkalliantie;
  3. Goede samenwerking met ketenpartners met duidelijke afspraken over ieders taken en verantwoordelijkheden;
  4. Herstelgericht werken aan kleine doelen;
  5. Werken aan destigmatisering;
  6. Werken met signaleringsplannen en risicotaxaties;
  7. Zorgvuldig plaatsen van cliënten.

**Methodieken**

**SEO**

Een methodiek om meer inzicht te krijgen in de sociaal emotionele ontwikkeling is de Schaal voor Emotionele Ontwikkeling – Rivised2 (SEO-R2). De SEO-R² helpt het gedrag van de patiënt beter te begrijpen. De patiënt wordt door middel van een semigestructureerd interview gescoord in verschillende domeinen op de emotionele ontwikkeling. Naar aanleiding van deze uitkomsten kunnen er handvaten worden opgesteld om een behandeling op maat te kunnen aanbieden voor de praktijk. Deze methodiek mag afgenomen worden door gedragswetenschapper en/of geschoolde medewerker (Morisse & Dosen, 2017).

Uit onderzoek van Van Landeghem (2021) blijkt dat het beter kunnen kaderen en daarop beter anticiperen als grote meerwaarde wordt gezien. Het verbreedt de kijk van de hulpverlener en zorgt voor meer geduld. Daarnaast wordt het delict gedrag ook beter begrepen. Het SEO-R2 wordt gezien als een dagelijks hulpmiddel voor de patiënten en hulpverlener. Echter zijn er ook enkele barrières die de implementatie van deze methodiek moeilijk maken. Voornamelijk de complexiteit en de tijdsintensiviteit van het afnemen, maar ook de nood aan stevige theoretische basis bij hulpverleners is van belang (Van Landeghem, 2021).

Onderzoek toont aan dat focussen op sociaal-emotionele ontwikkeling ook een kanttekening heeft. Het is namelijk van belang om, naast de sociaal-emotionele ontwikkeling, ook te kijken naar de cognitieve ontwikkeling. Wanneer er sprake is van psychiatrische problematiek kan er mogelijk sprake zijn van geblokkeerde of gestagneerde sociaal-emotionele ontwikkeling. Dit leidt tot discrepantie tussen het cognitieve en sociaal-emotionele niveau, hierdoor is het sociaal-emotionele niveau nog lager dan verwacht op basis van het cognitieve ontwikkelingsniveau. Wanneer deze discrepantie niet wordt onderkent is overvraging een van de risico’s. Deze overvragen heeft als mogelijk gevolg dat dit het ontstaan van psychische klachten beïnvloed en het voortbestaan ervan onderhoudt (Wieland et al., 2014).

Volgens Wieland et al. (2014) is het om die reden van belang over de juiste handvaten (zoals begeleidingsstijlen, signaalgedrag en aspecten bejegening) te beschikken om psychiatrische klachten te onderkennen en begrijpen bij mensen met LVB. Hierdoor worden risico’s als overvraging verminderd (Wieland et al., 2014). Voor een goede begeleiding is het nodig inzicht te hebben in de mate van de verstandelijke beperking, mogelijk bijkomende of onderliggende genetische of lichamelijke aandoeningen (ook medicatiebijwerkingen), het sociaal-emotionele en cognitieve niveau, de context en het systeem (Wieland et al., 2014).

Zaal & Boerhave (2022) maken bij de werkbare elementen onderscheid op twee gebieden: werkbare bejegeningsaspecten en begeleidingsstijl. De genoemde bejegeningsaspecten zijn: individuele benadering, begrenzing, nabijheid, stimulering en affectiviteit*.* In de begeleidingsstijl kan worden gedacht aan (Zaal & Boerhave, 2022):

* Bieden van structuur en veiligheid;
* Autonomie vergroten binnen duidelijke grenzen en aangegeven keuzes of structuur;
* Begeleiding is op basis van stimuleren van initiatief nemen, het vormen van identiteit en verantwoordelijkheid leren nemen.

**Krachtwerk**

Krachtwerk gaat ervan uit dat cliënten, ondanks hun beperkingen, voldoende eigen krachten en mogelijkheden hebben om te kunnen veranderen en het hebben van een betekenisvol leven. Krachtwerk heeft als doel het ondersteunen van het eigen herstelproces in het door henzelf gewenste kwaliteit van leven. Net als iedere burger mogen zij meedoen in de samenleving, zijn wie ze zijn, ertoe doen en erbij horen (Wolf, 2016). Krachtwerk bestaat uit drie samenhangende onderdelen: focusbepaling, uitvoering en evaluatie.

In de eerste fase focusbepaling draait het om het opbouwen van een werkrelatie, een goede werkrelatie vormt de basis voor goede hulp/ondersteuning. Het draait hierbij om gelijkwaardigheid. In het begeleiden draait het om het activeren van eigen regie en persoonlijke verantwoordelijkheid maar ook om de versterking van het persoonlijke steunsysteem van de cliënt en omgeving. Dit wordt ook wel de krachteninventarisatie benoemd. Op deze manier wordt helder welke krachten en hulpbronnen de cliënt heeft. Daarnaast wordt er gekeken naar het opstellen van zelfgekozen lange-termijn doelen. Hiervoor is een werkblad beschikbaar die hulp kan bieden. De gekozen lange-termijndoelen gaan over de prioriteiten van de cliënt, dit wordt ook al het actieplan genoemd. Het opgestelde actieplan wordt telkens weer geëvalueerd zodat het plan aangevuld kan worden zodat het actueel blijft. Hierbij wordt ook de krachteninventarisatie besproken

De tweede fase gaat over het ondersteunen van het herstel bij het zelf gekozen actieplan. De hulpverlener probeert de cliënt zoveel mogelijk zelf te laten doen. Elke keer wordt het actieplan besproken en eventueel aangevuld. De hulpverlener is tijdens het gehele traject de centrale regisseur. In de laatste fase wordt het gehele proces geëvalueerd, dit proces bestaat uit een terugblik en een vooruitblik.

Krachtwerk richt zich op zelfregie, verminderen en voorkomen van sociale uitsluiting en maatschappelijke participatie. In het onderzoek Wolf en Jonker (2021) wordt beschreven dat 75 organisaties, verspreid door heel Nederland, werken met krachtwerk. De werkzame elementen van krachtwerk zijn onderbouwd aan de hand vier classificaties. Het gaat hierbij om wetenschappelijke of theoretische onderbouwing, praktijkervaringen, wetenschappelijk effectonderzoek en veronderstelling ontwikkelaar. De cliënt heeft zoveel mogelijk de eigen regie, de focus ligt op krachten, mogelijkheden en talenten. De werkrelatie heeft vertrouwen, respect en wederkerigheid en heeft een duidelijke structuur (Wolf en Jonker, 2021).

**Weet wat je kan (WWJK) module**

De WWJK-module is een laagdrempelige module gericht op de psycho-educatie voor volwassen mensen met LVB in de forensische psychiatrie. De module is een methode om met cliënten in gesprek te gaan over hun beperking. Tijdens deze module worden de cliënten handvatten aangeboden en informatie gegeven om om te gaan met de beperking. Deze module is een vorm van behandeling/begeleiding en kan zowel individueel als groepsgericht gegeven worden. De WWJK-module is in 2020 door de erkenningscommissie Justitiële interventies beoordeeld als goed onderbouwd (Mulder, 2022).

De module mag gegeven worden door een hbo-professional met LVB-kennis en de training WWJK gevolgd heeft.  Uit verschillende evaluatieonderzoeken blijkt dat de cliënten en trainers positief zijn over de module. Ondertussen wordt de module in meerdere instellingen in Nederland gebruikt en gegeven. De module is ook al naar het Deens vertaald (Trajectum, 2020).

De WWJK heeft gebruik gemaakt van verschillende werkzame elementen door verschillende bronnen te raadplegen. De bronnen zijn: Cognitieve gedragstherapie, uitgangspunten voor forensische zorg (Good Lives Model (GLM) & Risk-Need-Responsivity (RNR) principes, richtlijnen effectieve interventies LVB, literatuurresearch naar effectiviteit en toepasbaarheid van psycho-educatie bij mensen met LVB én behoeftes, wensen en feedback van hulpverleners, cliënten en naasten.

In de verschillende bronnen zijn acht overeenkomstige elementen naar voren gekomen die werkzaam zijn voor patiënten. Ondanks dat dit gericht is op wat werkt voor de patiënten zijn er ook elementen naar voren gekomen die voor de hulpverlener van belang zijn. Zo komt naar voren dat hulpverleners zich moeten richten op de vertaling naar het dagelijks leven (relevante adviezen), naasten en andere begeleiders actief moeten betrekken én de hulpverleners dicht bij de cliënt moeten staan (Mulder, 2022).

*De acht elementen (Mulder, 2022):*

|  |  |
| --- | --- |
| **Element** | **Beschrijving** |
| **Transferbevordering** | Hiermee wordt bedoeld dat er een vertaling gemaakt wordt naar het dagelijks leven van de patiënt. Zodat ze bruikbare tools krijgen die ze dagelijks kunnen gaan gebruiken. Daarnaast wordt bij dit element verwacht, indien dat kan, de naasten en begeleiders die betrokken zijn, actief aanwezig zijn maar ook actief betrokken worden. |
| **Vormgeving** | Bij het element vormgeving adviseren ze dat in gesprekken met patiënten er eenvoudige teksten gebruikt worden. Ter ondersteuning en afwisseling kan gebruik gemaakt worden van visualisatie materiaal. Voor de hulpverleners is er een handboek beschikbaar en voor patiënten en naasten een werkboek. Ook zijn er videofragmenten beschikbaar waarin uitleg gegeven wordt over LVB. |
| **Opzet** | Een gestructureerd programma is van belang waarbij één onderwerp per keer wordt behandeld. Waarbij het handig is om geregeld herhaling te laten plaatsvinden zodat de patiënt hiervan kan leren. |
| **Benadering** | Deze module staat een positieve benadering centraal, de benadering is gericht op wat de patiënt wel kan. Hierin wordt gebruik gemaakt van een hoopgevende, motiverende, responsieve en respectvolle benadering. |
| **Inhoud** | De WWJK-module bestaat uit zeven thema’s waarin met bovenstaande elementen rekening wordt gehouden. De thema’s gaan over module van WWJK, jezelf leren kennen, het dagelijks leven, vooruitkomen, problemen voorkomen, jezelf laten horen, de toekomst en weten wat je al kan. Hiermee krijgt de patiënt de adviezen die hij/zij nodig heeft voor in het dagelijks leven. |
| **Praktische uitvoerbaarheid** | De WWKJ-module is een kortdurend programma wat op maat aan de patiënten aangeboden kan worden. Het voordeel van de WWKJ-module is dat de materialen makkelijk en kosteloos verkrijgbaar zijn. |
| **Personele uitvoerbaarheid** | Voor de professionals is er een kortdurend scholingstraject dat bestaat uit zelfstudie en oefenworkshop. De hulpverleners die dichtbij de patiënt staan kunnen het beste met deze module aan de slag gaan. |
| **Implementatie** | De implementatie is een laagdrempelige interventie die makkelijk ingevoerd kan worden in het bestaande begeleidings- en/of behandelprogramma. Het implementatieplan bestaat uit informeren, organiseren, motiveren en draagvlak creëren, educatie, uitvoeren en monitoren en borgen. Op deze manier blijft de kwaliteit van de module gewaarborgd. |

**Leef- en werkklimaat**

Uit onderzoek van Neimeijer (2021) blijkt dat om een gezond leefklimaat te creëren op afdelingen/woongroepen dat het accent moet liggen op het sociaal, emotioneel en cognitief functioneren van de patiënten. De bejegening en ondersteuning dient hier door de sociotherapie op te worden afgestemd (Neimeijer, 2021).

**Leefklimaat**

Onderzoek van Knotter et al. (2019) benadrukt dat er niet alleen gekeken moet worden naar LVB en de psychiatrische aandoening, maar ook naar de contextfactoren zoals de atmosfeer, de onrust en geslotenheid van de therapeutische omgeving. Het onderzoek toont aan dat bij overvraging, en de mogelijke agressie tot gevolg, vaak gekeken wordt naar de beperking/problematiek van de patiënt. Echter blijkt dat deze incidenten vaker gerelateerd kunnen worden aan de contextfactoren dan aan de biologische factoren (Knotter et al., 2019).

Uit onderzoek blijkt dat de kwaliteit van het leefklimaat in de behandel- of wooncontext van invloed is op het gedag van de personen die daar verblijven. Er wordt onderscheid gemaakt tussen een gesloten en open leefklimaat. Een gesloten leefklimaat kenmerkt zich door een grimmige sfeer, van veel regels, wantrouwen en weinig wederzijds respect (Knotter et al., 2019). Wanneer er sprake is van structuur, veilige en ondersteunde sfeer, respectvol contact en mogelijkheid voor ontwikkeling en groei, spreekt men van een open leefklimaat. Effecten van een open leefklimaat kunnen zijn: positief behandelresultaat, meer emotionele stabiliteit, hogere interne locus of control en hogere behandelmotivatie (Knotter et al., 2019).

Van der Helm (2011) heeft onderzoek gedaan naar de werkbare elementen van een open leefklimaat. In het onderzoek komt naar voren dat de responsiviteit van de begeleider een belangrijk kenmerk is van een open leefklimaat. Studies van Van der Helm & Drenth (2013) en Ros et al. (2013) tonen aan dat een open leefklimaat bijdraagt aan: meer emotionele stabiliteit, positief behandelresultaat, hogere behandelmotivatie, hogere locus of control en dat hogere responsiviteit van de begeleider resulteert in minder agressie incidenten. Om deze effecten te behalen schrijft Van der Helm (2011) over 4 pijlers die bijdragen aan dit succes: sfeer, groei, proportioneel handelen en ondersteuning.

*Sfeer:*

* Positieve sfeer: behandelteam biedt veiligheid en vertrouwen;
* Patiënten kunnen hierdoor nieuwe vaardigheden leren en oefeningen;
* Veilige cultuur: uitgangspunt van afdeling als het team;
* Duidelijke structuur;
* Nabijheid van het behandelteam.

*Groei:*

Leren/behandelen met als doel de patiënt voor te bereiden op:

* Een goed leven buiten de kliniek;
* Stabiel blijven;
* Recidive voorkomen.

*Proportioneel handen:*

* Repressie willen voorkomen:
* Omvat de mate van eerlijkheid van controle door het behandelteam, hoeveelheid regels en handhaving daarvan, verveling patiënten en aanwezigheid privacy.
* Ontstaat door te veel structuur, het gebrek aan structuur of te veel sancties.

*Ondersteuning:*

* Steun: de steun en responsiviteit van het behandelteam:
* Positieve behandelrelatie, gericht op zorg en samenwerking.

**Werkklimaat**

Naast het leefklimaat is het werkklimaat ook van invloed. Knotter et al. (2019) schrijft dat de houding van begeleiders tegenover het gedrag, in dit geval agressie, beïnvloed kan worden door samen te werken met gedragswetenschappers of psychiaters. Daarnaast wordt in het onderzoek aangegeven dat trainingen alleen op kennis met betrekking tot LVB niet voldoende zijn om effect te hebben op het gedrag. Een mogelijke verklaring hiervoor is het ontbreken van scholing op gebied van attitudes en functioneren van het team. Er moet daarom aandacht zijn voor de wijze van feedback geven en ruimte voor alternatieve verklaring betreft gedrag (zoals agressie) (Knotter et al., 2019).

Schaftenaar (2015) deed onderzoek naar de werkzame elementen van forensische sociotherapie. In haar onderzoek toont ze aan dat: een gedeelde visie, inspirerend leiderschap, positief team functioneren en een open en flexibele arbeidscultuur bepalend zijn gebleken voor de werkomgeving. Dit heeft indirect effect op de sfeer van de afdeling (Schaftenaar, 2015).

**Bronnenlijst deskresearch:**

 De Beer, Y. (2021). *Kompas licht verstandelijke beperking: Definitie, aspecten en ondersteuning.* SWP.

Knotter, M., Willems, A., & Moonen, X. (2019). De rol van de context bij agressief gedrag van mensen met een lichte verstandelijke beperking. Tijdschrift Voor Psychiatrie, 814–818. https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/nl/artikelen/article/50-12069\_De-rol-van-de- context-bij-agressief-gedrag-van-mensen-met-een-lichte-verstandelijke- beperking#:~:text=conclusie%20De%20behandeling%20van%20opgenomen,investeren%20in %20een%20goed%20werkklimaat.

Landelijk Kenniscentrum LVB. (2011). *Richtlijn Effectieve Interventies LVB: aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. KenniscentrumLVB. Geraadpleegd op 12 maart 2023, van https://www.kenniscentrumlvb.nl/product/richtlijn-effectieve-interventies-lvb-2/

Landelijk kenniscentrum LVB. (2021).  *Aansluiten bij een LVB. (hoe) doe jij dat?* Kenniscentrum LVB.Geraadpleegd op 12 maart 2023, van https://www.kenniscentrumlvb.nl/product/aansluiten-bij- een-lvb-hoe-doe-jij-dat/

Landelijk Kenniscentrum LVB. (2023). Dossier Criminaliteit & LVB.  KenniscentrumLVB. Geraadpleegd op 18 maart 2023, van <https://www.kenniscentrumlvb.nl/dossier->criminaliteit-lvb/

Morisse, F., & Došen, A. (2017). SEO-R2: Schaal voor Emotionele ontwikkeling bij mensen met een verstandelijke beperking - Revised. Garant.

Mulder, M. (2022). *Weet wat je kan (WWJK) Module*. Trajectum. Geraadpleegd op 19 maart 2023, van https://www.trajectum.nl/sites/default/files/1-handb

Neijmeijer, L., Moerdijk, L., Veneberg, G., en Muusse, C. (2010). *Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ.* Trimbos-instituut.

Neimeijer, E. G. (2021, september). *Close(d) care: Group climate in a secure forensic setting for individuals with mild intellectual disability*. Geraadpleegd op 12 maart 2023, van [https://www.publicatie- online.nl/uploaded/flipbook/152455-Elien-Neimeijer/2/](https://www.publicatie-online.nl/uploaded/flipbook/152455-Elien-Neimeijer/2/)

Robbers, S., Wewerinke, D., Strum, A., Huber, M., & Van Vugt, M. (2022). *Forensische best practices in BW/MO instellingen*. Kwaliteit Forensische Zorg. Geraadpleegd op 12 april 2023, van https://kfz.nl/projecten/best-practices-in-bwmo-instellingen#:~:text=Hieronder%20wordt%20verstaan%3A%20werkmethoden%2C%20technieken,voor%20andere%20organisaties%20of%20professionals.

Ros, N., van der Helm, P., Wissink, I., Stams, G-J & Schaftenaar, P. (2013). Institutional climate and aggression in a secure psychiatric setting. The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology. DOI: 10.1080/14789949.2013.848460

Schaftenaar, P. (2015). *De werkzame elementen van forensische sociotherapie. Een literatuurstudie.* Kwaliteit forensische zorg Trajectum. (2020). *Weet Wat Je Kan*. Geraadpleegd op 19 maart 2023, van https://www.trajectum.nl/weet-wat-je-kan

Van der Helm, G.H.P. & Drenth, J.D. (2013). Behandelklimaat in een forensisch psychiatrische setting. In: P. van der Helm, U. Kroger, P. Schaftenaar en J. van Vliet (Red.) Leefklimaat in de klinische forensische zorg (pp. 79-96). SWP

Van der Helm, G. H. P. (2011). *First do no Harm: Living group climate in secure juvenile correctional institutions*. Vrije Universiteit Amsterdam. Geraadpleegd op 12 april 2023, van https://research.vu.nl/en/publications/first-do-no-harm-living-group-climate-in-secure-juvenile-correcti

Van Landeghem, N. (2021). *De implementatie van de Schaal voor Emotionele Ontwikkeling – Revised2 (SEO-R2): Een kwalitatief onderzoek met focusgroepen op twee forensische medium-security afdelingen* (Door S. Rowaert). Geraadpleegd op 12 maart 2023, van <https://libstore.ugent.be/fulltxt/RUG01/003/011/180/RUG01-> 003011180\_2021\_0001\_AC.pdf

Wieland, J., Kapitein, S., Otter, M., & Baas, R. W. J. (2014). Diagnostiek van psychiatrische stoornissen bij mensen met een (zeer) lichte verstandelijke beperking. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, *56*, 463–470. https://www.researchgate.net/profile/Jannelien-Wieland/publication/264434578\_Diagnosing\_psychiatric\_disorders\_in\_people\_with\_very\_mild\_intellectual\_disabilities/links/549d837b0cf2d6581ab63d6c/Diagnosing-psychiatric-disorders-in-people-with-very-mild-intellectual-disabilities.pdf

Wolf, J. & Jonker, I. (2021) *Krachtwerk methodisch werken aan participatie en zelfregie. Interventiebeschrijving.* Impuls - Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg. Geraadpleegd op 12 april 2023, van https://www.movisie.nl/interventie/krachtwerk

Wolf, J. (2016). *Krachtwerk, methodisch werken aan participatie en zelfregie*. Coutinho

Zaal, S., & Boerhave, M. (2022). *Emotionele ontwikkeling: Omschrijving fasen en bijbehorende begeleidingsstijl*. Cordaan. Geraadpleegd op 19 maart 2023, van https://www.cordaan.nl/sites/default/files/downloads/emotionele\_ontwikkeling\_fas en\_begeleiding\_cordaan\_2022\_0\_0.pdf

## Bijlage 5: Uitwerking Brainwriting

Door het field- en deskresearch zijn er aandachtspunten naar voren gekomen om de patiënten met een LVB beter te begrijpen en te begeleiden. Om meer inzicht en ideeën op te doen over deze aandachtspunten, en tot meer nieuwe ideeën te komen, is er gebruik gemaakt van de brainwriting methode. Er is voor gekozen om een variatie aan collega’s aanwezig te laten zijn tijdens de sessie. Door sociotherapeuten, een behandel coördinator en unit coördinator aanwezig te laten zijn is er vanuit verschillende invalshoeken informatie verkregen.

Tijdens deze sessie was het van belang dat elkaars ideeën gerespecteerd en niet bekritiseerd werden maar open stonden voor elkaars ideeën om hier weer ideeën uit voort te vloeien of te combineren. Het voordeel van brainwriting is dat veel groepsdynamische processen voorkomen kunnen worden, bijvoorbeeld: groepsdenken, invloed van extroverte personen ten opzichte van introverte personen, invloed van statusverschil: meer aandacht voor de hogere functies (Van ‘t Veer et al., 2020). Met deze methode krijgt iedere deelnemer dus even veel kans om van invloed te zijn doordat ieder zelf eerst individueel zijn ideeën opschrijft.

Tijdens de brainwriting sessie hebben er meerdere rondes plaatsgevonden volgens de 6-3-5 methode. In een groep van zes medewerkers schrijft ieder drie ideeën op in 5 minuten. Na deze 5 minuten schuiven de opgeschreven ideeën één persoon door. Echter waren er op het moment van de brainstormsessie maar 5 medewerkers beschikbaar wegens ziekte. In dit geval hebben 5 collega’s, 3 ideeën, in 5 minuten opgesteld.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Onderwerp:**  *Waar moeten een cursus/scholing aan voldoen om beter aan te sluiten bij patiënten met LVB?* | | | **Formulier:**  **1** |
| **Ronde** | **Idee 1** | **Idee 2** | **Idee 3** |
| 1 | Uitleg krijgen over wat is nou LVB | Een cursus zonder rollen spellen | Feedback momenten om van elkaar te leren in de begeleiding. |
| 2 | Leren door middel van praktijksituaties | Training/Cursus krijgen hoe begeleid ik een patiënt met LVB | Uitleg video over LVB |
| 3 | Wat mag kan ik wel doen bij een patiënt met LVB? | Om de kennis actueel te houden, jaarlijkse cursus | Leren hoe we elkaar beter kunnen begeleiden om de patiënten te ondersteunen, supervisie? |
| 4 | Uitleg krijgen in wat is overvraging precies? | Rollen spellen om beter in te spelen op situaties bij patiënten | Niet alleen een luister cursus, ook een cursus met zelf dingen doen/ervaren. |
| 5 | Kennis krijgen hoe kunnen we structuur kunnen geven in de dagelijkse werkzaamheden | Een trainer laten meekijken op de werkvloer, om ons feedback te geven | Na afloop ook boekje voor op de afdeling om elkaar scherp te houden |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Onderwerp:**  *Waar moeten een cursus/scholing aan voldoen om beter aan te sluiten bij patiënten met LVB?* | | | **Formulier**:  2 |
| **Ronde** | **Idee 1** | **Idee 2** | **Idee 3** |
| 1 | Stuk theorie over LVB | Voorbeelden a.d.v. patiënten met SEO-kaartjes | Geen rollenspel |
| 2 | Duur: dagdeel | Casusbespreking verwerken in cursus | Op intervisie achtige wijze |
| 3 | Verdieping theorie LVB | Casusbespreking in de cursus | Voorbereiding op vervolgvoorziening, wat moeten ze kunnen? |
| 4 | Benaderingswijze | Kliniekbeleid m.b.t. LVB-groep | Rollenspellen |
| 5 | Als het mogelijk is een bekend iemand uit de kliniek die de collega’s en patiënten wat beter kent. Zodat we een relevante casus die ook toepasbaar is bijvoorbeeld | Geen rollenspellen. Het is in werkelijkheid altijd anders dan wanneer gespeeld. | Interactief, niet alleen maar informatie. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Onderwerp:**  *Waar moeten een cursus/scholing aan voldoen om beter aan te sluiten bij patiënten met LVB?* | | | **Formulier**:  3 |
| **Ronde** | **Idee 1** | **Idee 2** | **Idee 3** |
| 1 | Jaarlijks of om het jaar herhalen met eventueel nieuwe evidence omtrent bejegening/LVB | Rollenspellen | Toe te passen interventies |
| 2 | Informatie over wat is LVB? | Hoe ga je om met LVB | Beleving van een LVB-er |
| 3 | Kortdurende cursus: max 2 uur | Do and dont’s bij LVB | Regelmatig terug laten komen (bijv. jaarlijks) |
| 4 | Stukje theorie | Filmpjes over LVB | Ervaringsdeskundige uitnodigen |
| 5 | Bejegening | SEO betrekken in cursus | Standaard in scholing voor nieuwe medewerkers |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Onderwerp:**  *Waar moeten een cursus/scholing aan voldoen om beter aan te sluiten bij patiënten met LVB?* | | | **Formulier**:  4 |
| **Ronde** | **Idee 1** | **Idee 2** | **Idee 3** |
| 1 | Gezamenlijk overleg met ST, bijvoorbeeld in kwaliteitsuur | Hoe moet je een patiënt met LVB benaderen? | Niet te lang, geen dagdeel |
| 2 | Als team bijeenkomst | Benadering LVB | Een dagdeel met evt. vervolg |
| 3 | Gezamenlijk met het team | Oefenen met acteur | Casus inbrengen |
| 4 | Ook training voor medewerkers die er al langer werken | Iemand betrekken die bekend is in de kliniek en met de doelgroep, relevante voorbeelden | Voorbeelden uit de praktijk. Waar kun je tegenaanlopen? |
| 5 | Verplicht cursusonderdeel voor nieuwe medewerkers | Geen focus op cijfers in Nederland maar op LVB zelf | Training teambreed inzetten |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Onderwerp:**  *Waar moeten een cursus/scholing aan voldoen om beter aan te sluiten bij patiënten met LVB?* | | | **Formulier**:  5 |
| **Ronde** | **Idee 1** | **Idee 2** | **Idee 3** |
| 1 | Welke communicatie methodieken zijn toepasbaar bij LVB-patiënten? | Tijdsduur: 2 uur | Een combinatie cursus van visueel en praktijk. |
| 2 | SEO terug laten komen | Uitleg over LVB | Hoe ga je om met de dingen waar je tegenaan kunt lopen? |
| 3 | Kennis leren toepassen op de afdeling | Werkklimaat | Net als SUST en medicatie, voor elke nieuwe medewerker |
| 4 | Leefklimaat | Bejegeningsstijlen op basis van SEO | Herhalingen met team |
| 5 | Herhaling instroom/doorstroom/uitstroom door elkaar | Advies op de werkvloer: hoe kan het op de afdeling beter | Als team zorgen voor de juiste sfeer: UC, BC en ST |

## Bijlage 6: Decision matrix:

Aansluitend op de brainwriting is er een decision matrix opgesteld. Deze beslissingsmatrix is een manier om de verschillende keuzes te tellen en de beste optie te kiezen. Deze matrix geeft in een korte tijd inzichten in de beste of verstandigste keuzes. De verschillende opties/ideeën vanuit de brainwriting zijn verzameld om een helder en concreet beeld te creëren. Elk idee is per criteria gescoord door een cijfer van 1-5, waarbij de 1 de slechtst mogelijke score is en de 5 de best mogelijk score. De scores worden onderbouwt aan de hand van een korte toelichting die uit de discussie is voortgekomen (Van ’t Veer, 2020).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Criteria 1:**  Aansluiten bij behoeften medewerkers | **Criteria 2:**  Haalbaarheid van de ideeën | **Criteria 3:**  Effectiviteit van de ideeën |
| **Inzicht/idee:**  Educatie over LVB: Uitleg over LVB, bejegening- en begeleidingsstijlen, beleving, benadering en toepassing op de werkvloer | **5**  Momenteel wordt er geen educatie aangeboden over de beperking die het merendeel van de patiënten in de kliniek heeft. Vanuit de medewerkers is er daarom veel behoefte voor educatie. | **4**  De educatie wordt als een haalbaar onderdeel gezien. De vraag is echter over de toepasbaarheid op de werkvloer, de cursusaanbieder zal daar oog en tools voor moeten hebben. Eenduidig beleid vanuit de kliniek wordt ook als pre genoemd. | **4,5**  Het hebben van meer kennis wordt als grote meerwaarde gezien. Door meer kennis wordt verwacht de patiënten met LVB beter te leren begrijpen. |
| **Inzicht/idee:**  Gebruik maken van rollenspellen aan de hand van een acteur, zoals bij SUST-training | **2,5**  De behoefte is verdeeld, de ene helft is voor. De andere helft geeft aan het verschrikkelijk te vinden. | **3**  De haalbaarheid zal afhangen van de beschikbaarheid van een acteur. | **4**  Het effect van een acteur wordt ingezien, gebaseerd op de ervaring van de SUST-training. |
| **Inzicht/idee:**  De training moet voor iedere nieuwe medewerker worden aangeboden. Daarnaast periodiek (jaarlijks) herhalen. | **4,5**  Elke nieuwe medewerker moet beginnen met de juiste kennis en deze kennis moet vers blijven in het geheugen. | **3,5**  Er worden veel cursussen/scholingen aangeboden binnen de Mesdag. Deze zal zijn plek daarin moeten krijgen.  De kliniek zal prioriteit aan deze scholing moeten geven om de haalbaarheid te vergroten | **5**  Nieuwe medewerkers zullen hierdoor beter de LVB doelgroep begrijpen. Kansen op overvraging en onjuiste bejegening nemen daardoor af. |
| **Inzicht/idee:**  De herhalingscursus zal gemixt moeten worden aangeboden (instroom, doorstroom en uitstroom door elkaar). | **3,5**  Medewerkers reageren verschillend. Van beide kanten worden de voor en tegens benoemd. | **2,5**  De haalbaarheid hiervan wordt als lastig bevonden. Dit zal dan georganiseerd of op inschrijving moeten gaan plaatsvinden | **4**  De meerwaarde wordt erin gezien dat er een betere afstemming kan komen tussen de verschillende afdelingen. Hierdoor kan er beter worden aangesloten op het vervolgtraject. |
| **Inzicht/idee:**  Zorgen voor een geschikt leef- en werkklimaat. Als team (UC, BC & ST) voor zorgen. | **4,5**  Iedereen is van mening dat ze elkaar nodig zijn om tot de beste behandeling te komen. | **3,5**  Het is van belang, er wordt echter wat sceptisch gereageerd omdat de kliniek haar beleid zal moeten aanpassen om dit aan te sturen en te gaan begeleiden. | **4,5**  Om beter aan te sluiten bij de patiënten is ieder van mening dat er op de afdeling iets moet veranderen, het grootste deel van de behandeling vindt plaats op de afdeling zelf. |
| **Inzicht/idee:**  SEO moet in de cursus worden verwerkt en moet handvaten bieden aan de teams waarmee zij op de afdeling kunnen werken (voorbereidend op de SEO-afname per patiënt). | **5**  Het middel is bekend en heeft al zijn meerwaarde bewezen. De medewerkers zien graag dat dit verder uitgebreid wordt waar mogelijk. | **4**  Het is een tijdrovende methodiek, maar de kliniek wil elke BC-er scholen om deze zelf binnen het team toe te kunnen passen. Dit zal de haalbaarheid doen vergroten. | **4,5**  De methodiek biedt handvaten in de begeleiding en bejegening op basis van de SEO. Hierdoor weten medewerkers beter hoe aan te sluiten bij het sociaal-emotionele niveau van een patiënt. |
| **Inzicht/idee:**  Naast informatie ook gebruik maken van interactie tijdens de cursus, dit door bijvoorbeeld gebruik maken van casussen uit de praktijk. | **4,5**  Iedere medewerker heeft aangegeven niet alleen maar informatie te willen. | **5**  Vooral bij de herhalingscursus zullen er voldoende praktijkvoorbeelden zijn die medewerkers zelf kunnen inbrengen. Bij de nieuwe medewerkers zou er een map moeten liggen voor de cursist met verschillende voorbeelden. | **4,5**  Door het interactief te houden zal de aandacht er beter bij kunnen blijven. Het maakt het ook leuker en leerzamer om de cursus te volgen. Op deze manier is het ook van meerwaarde, bijvoorbeeld vergelijken met alleen informatie (e-learning). |
| **Inzicht/idee**  Duur van de cursus:  Dagdeel van 3-4 uur | **3**  Medewerkers willen graag meer informatie, maar het is zoeken naar de juiste duur. De ideeën en wensen lopen uiteen. | **3,5**  Op basis van de inhoud zal een specialist moeten gaan kijken wat haalbaar is voor de te geven informatie/scholing binnen een bepaald tijdsbestek. | **3,5**  Meningen lopen uiteen. Waar de een maximaal 2 uur volhoudt, is de ander van mening dat een dagdeel nodig is om alles goed te kunnen behandelen. |

## Bijlage 7: Evaluatie: Walkthrough methode

Om de handreiking te evalueren is er gebruik gemaakt van de walkthrough methode. In de walkthrough methode wordt het ontwerp, in dit geval de handreiking, besproken met toekomstige gebruikers en/of andere betrokkenen/ belanghebbenden. De evaluatiedata wordt op deze manier verzameld door te bevragen (Van der Donk & Van Lanen, 2021). Na de eerste evaluatie is de feedback verwerkt in het product, na deze verwerking is de walkthrough nogmaals toegepast zodat er twee evaluatierondes hebben plaatsgevonden.

Om meer richting te geven aan de walkthrough zijn er vooral vragen opgesteld:

* Krijg je op basis van de huidige thema’s de benodigde informatie over de doelgroep LVB?
* Zijn er nog onderwerpen die je mist binnen de drie thema’s?
* Is deze opzet van de cursus voor jou werkbaar?
* Is deze informatie uit de cursus voor elke medewerker te begrijpen die gebruik zou kunnen maken van de cursus?
* Hoe schat je de haalbaarheid van de cursus in met betrekking tot de gewenste duur?
* Heb je nog aanvullingen/tips voor de handreiking?

|  |
| --- |
| Op de vragen zijn de volgende antwoorden naar voren gekomen:   * Helder en overzichtelijk verhaal. * Er staat duidelijk beschreven wat LVB is. Hoe je het kan signaleren. Hoe je daarop moet reageren. En wat je vooral niet moet doen. * Elk jaar is misschien wat veel, ook met de andere cursussen in de kliniek. * Duidelijke en compacte informatie. * Er wordt veel ‘basis’ informatie gegeven waardoor het ook duidelijk is voor collega’s die niet bekend zijn met LVB. * Ik denk dat 4 uur voldoende is, 2 uur is wellicht te kort voor alle informatie. * Nog een top: Ik denk dat het laatste onderdeel, waarbij informatie wordt gekoppeld aan praktijkvoorbeelden, heel goed en sterk is. Dit zal voor veel mensen het meest leerzame zijn. * Krijgt voldoende informatie. Ook een mooie koppeling tussen LVB en de SEO. * 2 uur zal te kort zijn voor alle informatie. Mogelijk dat dit wel voldoende is voor de herhalingscursus. Die hoeft denk ik niet zo uitgebreid. * Misschien een e-learning module verplicht stellen voor nieuwe medewerkers, voorafgaand aan de cursus. Op deze manier beginnen ze goed voorbereid aan de cursus. * Kijk nog even goed naar de taal, vooral hoofdstuk LVB leest niet goed, hierdoor niet altijd even goed te begrijpen. * Mogelijk nog iets benoemen over communicatiehulpmiddelen bij LVB, zoals picto’s, kaartjes, etc. * Misschien kijken naar de duur van de eerste keer (basiscursus) en de herhalingscursus elk jaar. Herhaling hoeft denk ik niet net zo uitgebreid. * Het aanstellen van aandacht functionarissen per fase van het traject binnen de Mesdag (instroom, doorstroom en uitstroom). * Plek van leef- en werkklimaat kan beter na het hoofdstuk LVB: de kapstok om theorieën en methodieken beter tot hun recht te laten komen. * Per fase van de SEO nog uitleg toevoegen om hier meer inzicht in te krijgen. * Leef- en werkklimaat verdient meer uitleg gezien het belang. Dit is echter niet voor jullie onderzoek maar zou wel een passend vervolg moeten krijgen. |

De vragen, onduidelijkheden en aanvullingen die zijn ontvangen uit de evaluatie, zijn onderzocht en indien nodig aangepast en toegevoegd aan de handreiking.