

Interventie

Weet wat je kan In gesprek over LVB

Erkenning

Erkend door deelcommissie Justitiële interventies

Datum: 24 juni 2020

Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: Mulder (10 mei 2020).

Justitieinterventies.nl: beschrijving Weet wat je kan, in gesprek over LVB. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos instituut. Gedownload van www.justitieinterventies.nl.

Inhoud

Samenvatting	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal.....	4
Onderbouwing.....	4
Onderzoek.....	4
1. Uitgebreide beschrijving.....	5
1.1 Doelgroep	5
1.2 Doel	6
1.3 Aanpak	7
2. Uitvoering	12
3. Onderbouwing.....	16
4. Onderzoek.....	25
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	25
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	27
5. Samenvatting Werkzame elementen	29
6. Aangehaalde literatuur	30

Samenvatting

Weet wat je kan (WWJK) is een psycho-educatie interventie om cliënten en hun naasten te informeren over en te leren omgaan met een Lichte Verstandelijke Beperking (LVB). De interventie bestaat uit een kortdurende laagdrempelige module in de vorm van een training. De module is ontwikkeld als onderdeel van een basis zorgprogramma voor de forensische zorg, maar is ook inzetbaar in andere werkvelden zoals de GGZ en de Verstandelijk Gehandicapten Zorg.

De module combineert het didactische model van educatie met de therapeutische doeleinden van psychotherapie. Daarbij wordt gebruik gemaakt van methodes uit de cognitieve gedragstherapie.

De module is afgestemd op de behoeftes en de leerstijl van de doelgroep. Steekwoorden daarbij zijn: structuur, herhaling, eenvoudige taal en visualisaties.

Doelgroep

Cliënten vanaf 18 jaar met een LVB en gedragsproblematiek. De gedragsproblematiek is zodanig risicovol dat behandeling noodzakelijk is, al of niet in een forensisch kader. LVB wordt gedefinieerd als een combinatie van een laag IQ (circa 55 – 85), tekortkomingen in adaptieve vaardigheden en psychosociale problemen.

Doel

Het risico op risicovolle gedragsproblematiek is verkleind doordat de cliënt, diens naasten en begeleiders adequaat omgaan met de verstandelijke beperking. De cliënt weet wat hij kan en waar hij hulp bij nodig heeft, en is bereid hulp aan te nemen. De naasten en begeleiders stemmen hun verwachtingen af op de beperking en bieden hulp en ondersteuning.

Aanpak

Cliënten doorlopen eenmalig een training, individueel of in groepsverband. De training wordt gegeven door in de interventie geschoolde hulpverleners met een HBO- of hoger opleidingsniveau. De training wordt gegeven aan de hand van werkboeken die op maat gemaakt kunnen worden. Cliënten hebben daarbij inspraak. Naasten en begeleiders worden actief betrokken.

Materiaal

De volgende materialen zijn kosteloos te downloaden:

- Een werkboek voor cliënten, op papier en online
- Een werkboek voor naasten, op papier en online
- Uitleg op video over een LVB
- Een set kaarten met samenvattingen
- Een handboek
- Een trainershandleiding
- Een instructiefilm voor trainers
- Een scholingsprogramma
- Een implementatiemonitor

Onderbouwing

WWJK is gebaseerd op de volgende pijlers:

Uitgangspunten van forensische behandeling: het RNR model en het Good Lives Model.

Aanwijzingen over de toepasbaarheid en de effectiviteit van psycho-educatie bij mensen met een LVB vanuit een literatuursearch.

Een theoretisch model over verandering van gedrag en cognities vanuit de cognitieve gedragstherapie.

Aanpassingen aan de doelgroep vanuit de richtlijnen effectieve interventies LVB.

Wensen en behoeftes van gebruikers vanuit raadplegingen en procesevaluaties bij cliënten en trainers.

Onderzoek

Uit een procesevaluatie (2017) naar eHealth versie van WWJK bleek dat cliënten het online werken als positief ervaren. De meeste cliënten (80%) gaven de voorkeur aan een combinatie van de papieren en de online versie.

Een recente procesevaluatie (2019) liet zien dat cliënten en trainers de inhoud van WWJK positief waarden. Wat betreft de uitvoering bleek het betrekken van naasten nog een aandachtspunt.

Een pilotonderzoek in 2014 naar de effecten van WWJK op basis van 5 items van de DROS liet bij 8 van de 12 cliënten verbetering in scores zien op ten minste één DROS item. Op groepsniveau werden met name verbeteringen gezien wat betreft het accepteren van de eigen beperkingen. Dit is naar verwachting.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

De doelgroep bestaat uit cliënten vanaf 18 jaar met een lichte verstandelijke beperking (LVB) en risicovolle gedragsproblematiek. De DSM-5 definieert LVB als 'beperkingen ondervindend in zowel het verstandelijk als het adaptieve functioneren, op conceptueel, sociaal en praktisch gebied'.

De doelgroep omvat zowel cliënten met een IQ tussen 55 en 70 als cliënten met IQ tussen 70 en 85 die maatschappelijk vastlopen. De cliënten kampen met gedragsproblematiek die behandeling of gespecialiseerde begeleiding vereist, al of niet in een forensisch kader. Zij zijn met justitie in aanraking gekomen of lopen dat risico. Daarnaast is er veelal sprake van overlast gevend gedrag en/of psychiatrische problematiek.

Intermediaire doelgroep

Er zijn twee intermediaire doelgroepen te onderscheiden: naasten en begeleiders. De begeleiders zijn de professionals met een (in)directe ondersteunende rol in het dagelijks leven van de cliënt: zoals sociotherapeuten, woonbegeleiders, activiteitenbegeleiders, casemanagers of soms ook reclasserings-medewerkers.

De naasten zijn niet-professionals die als persoon een belangrijke en positieve rol vervullen in het leven van de cliënt. Zij kunnen zijn: familielid, partner, kind, vriend, goede kennis, collega, werkgever, buur etc.

Selectie van doelgroepen

De regiebehandelaar selecteert, in samenspraak met een multidisciplinair team, de cliënt op grond van de volgende indicaties:

Er is sprake van een LVB.

Voor het vaststellen van een LVB wordt niet alleen gekeken naar het IQ maar vooral ook naar de adaptieve vaardigheden. Het EFP (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie) heeft in 2013 voor het forensische veld een werkdocument opgesteld met de state of the art ten aanzien van diagnostiek bij deze doelgroep. <https://efp.nl/publicaties/werkdocument-diagnostiek-taskforce-lvb>

De cliënt gaat inadequaat om met de LVB.

De volgende gedragingen worden gezien als inadequaat: ontkennen van de beperking, te hoge doelen nastreven, geen hulpvraag stellen en geen hulp aan nemen. De inadequate manier van omgaan met de LVB wordt vastgesteld met behulp van gesprekken en gedragsobservaties.

Er is sprake van risicovolle gedragsproblematiek die wordt veroorzaakt, verergerd of in stand gehouden door de inadequate manier van omgaan met de LVB.

Het verband tussen gedragsproblematiek en de manier van omgaan met de LVB vergt een functieanalyse van het gedrag.

De algemene contra-indicaties voor een training of behandeling zijn geldig: crisis, psychose en ernstige vormen van verslaving. Daarnaast is ernstige depressiviteit een specifieke contra-indicatie, met name wanneer die samengaat met suïcidale gedachten. Het besef van een levenslange beperking kan een negatieve toekomstverwachting versterken.

De module is laagdrempelig. De voorwaarden voor deelname zijn dat de cliënt instemt met en in staat is tot het voeren van een gesprek over zijn functioneren. Enige weerstand tegen de term LVB is geen probleem. De cliënt hoeft niet te erkennen dat die classificatie op hem van toepassing is. De vaardigheden lezen en schrijven zijn niet vereist.

De regiebehandelaar verwijst de geselecteerde cliënt door naar een trainer. De trainer bepaalt in overleg met de cliënt welke personen uit de intermediaire doelgroep worden betrokken.

Betrokkenheid doelgroep

Tijdens de ontwikkelfase van WWJK in 2014 hadden cliënten en verwanten een belangrijke adviserende rol. Zes leden van de cliëntenraad van Trajectum werden actief geraadpleegd in twee klankbordgroepen. Iedere klankbordgroep kwam acht keer bijeen. Bij Transfore zijn een aantal cliënten op persoonlijke titel geraadpleegd. Enkele leden van de verwantenraad van Trajectum hebben schriftelijk hun input gegeven. De cliënten hebben ideeën aangeleverd over zowel de inhoud als de vormgeving van de module. In een later stadium hebben zij feedback gegeven op alle teksten en illustraties, en op de lay-out. Het symbool van de verstandelijke beperking, de groene rugzak, was een idee van de cliënten.

In 2016 werd de ‘papieren’ module’ omgezet naar een online module. Zeventien cliënten van Trajectum en Transfore vormden toen een gebruikerspanel. In hoofdstuk 4 (onderzoek) staat hun feedback beschreven.

1.2 Doel

WWJK is ontwikkeld als onderdeel van een basis zorgprogramma voor risicovolle gedragsproblematiek. Een basis zorgprogramma bestaat uit interventies die zich niet richten op een specifiek(e) stoornis of delict, maar op onderliggende gemeenschappelijke factoren, ook wel aangeduid als ‘transdiagnostische factoren’ (EFP,2019).

Hoofddoel

Het korte termijn (proximale) doel van WWJK is:

De cliënt functioneert op een manier die bevredigend en veilig is voor hemzelf, zijn naasten en de maatschappij, rekening houdend met zijn beperking en uitgaande van zijn mogelijkheden.

WWJK draagt daarmee bij aan het volgende lange termijn (distale) doel:

Het risico op justitieel contact of recidive is verkleind doordat risicovolle gedragsproblematiek wordt voorkomen of gereguleerd met adequate hulp.

Subdoelen

De hoofddoelen zijn in WWJK als volgt uitgewerkt:

Cognitief

- De cliënt weet dat hij beperkingen heeft die worden geclassificeerd als een LVB.
- De cliënt herkent de situaties die moeilijk voor hem zijn door de LVB.
- De cliënt weet dat hij in die situaties hulp nodig heeft.

- De cliënt kent ook zijn vaardigheden en kwaliteiten.

Beleving

- De cliënt ervaart minder spanning ten gevolge van falen en afwijzing.
- De cliënt verdraagt de spanning ten gevolge van falen en afwijzing.
- De cliënt heeft zelfvertrouwen en vertrouwen in zijn naasten en begeleiders.

Gedrag

- De cliënt spreekt over situaties die moeilijk zijn door de LVB.
- De cliënt geeft aan waar hij hulp bij nodig heeft.
- De cliënt maakt gebruik van de aangeboden hulp.
- De cliënt zet zijn vaardigheden en kwaliteiten in voor haalbare doelen.

De betrokkenheid van naasten en begeleiders staat ten dienste van de cliënt. Vandaar dat voor deze intermediaire doelgroepen alleen gedragsdoelen zijn geformuleerd. Natuurlijk zullen deze ook bij hen samengaan met veranderingen in cognities en beleving, maar de module is daar niet op gericht.

De gedragsdoelen voor naasten en begeleiders zijn:

- De naaste/begeleider stemt zijn verwachtingen van de cliënt af op diens mogelijkheden.
- De naaste/begeleider spreekt met de cliënt over de gevolgen van de LVB in zijn dagelijks leven.
- De naaste/begeleider biedt de cliënt hulp op maat.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

WWJK is opgezet als een kortdurende training. Bij een individueel aanbod kan de module optimaal worden aangepast aan de individuele cliënt. Bij een groepsaanbod moet worden afgestemd op 'de grootste gemene deler' van de groepsleden. Daar staat tegenover dat positieve groepsprocessen benut kunnen worden.

De keuze voor het soort aanbod wordt meestal gemaakt op organisatorische gronden. Een groepsaanbod stelt eisen aan de groepsgrootte (maximaal 5 deelnemers) en aan de samenstelling (zie handboek). Voor iedere cliënt moet afgewogen worden of hij kan leren in een groep in het algemeen en in de voorgestelde groep in het bijzonder.

Een groepsaanbod vereist vanwege de ruimte voor interactie meer bijeenkomsten dan een individueel aanbod. Het betrekken van naasten en begeleiders vindt buiten de groepsbijeenkomsten plaats.

Het werkboek is beschikbaar in zowel een papieren uitvoering als online. Het bestaat uit negen hoofdstukken, in de online module 'sessies' genaamd. In dit werkblad wordt de term 'sessie' aangehouden. Een sessie kan één bijeenkomst beslaan, maar kan ook meer of minder bijeenkomsten vergen.

De module is op maat te maken. In de werkboeken, het handboek en de trainershandleiding staat aangegeven welke sessies en werkvormen noodzakelijk zijn om de doelen te behalen.

De trainer en de cliënt kunnen besluiten bepaalde sessies over te slaan. Ook binnen een sessie zijn er keuzemogelijkheden. Er zijn lees-meer gedeeltes en optionele vragenlijsten.

Richtlijnen voor de tijdsinvestering:

	Bijeenkomsten cliënt(en)	Bijeenkomsten naasten en begeleiders	Bijeenkomsten totaal	Minuten per bijeenkomst
Individueel volledig programma	9	4	13	30 a 45
Individueel minimaal programma	4	2	6	30 a 45
Groep 3 tot 5 deelnemers volledig programma	16	2 per deelnemer	24	90
Groep 3 tot 5 deelnemers minimaal programma	7	1 per deelnemer	11	90

Inhoud van de interventie

De module is opgebouwd uit zeven thema's, een inleiding en een samenvatting.

De sessies 2, 3, 7 en 9 horen tot het standaard minimum en moeten in die volgorde worden doorlopen.

De aanbeveling is om daarnaast nog minimaal twee andere sessies aan te bieden.

Sessie	Naam sessie	Thema
1	De module Weet wat je kan	Inleiding: wat houdt de module in?
2	Jezelf leren kennen	Introductie van de begrippen stempel, beperking en LVB
3	LVB in het dagelijks leven	Vertaling van deze begrippen naar het dagelijks leven
4	Zelfvertrouwen	Inventarisatie van sterke kanten en goede eigenschappen; uitleg over helpende gedachten.
5	Vooruit komen	Praktische adviezen voor het dagelijks leven
6	Problemen voorkomen	Adviezen voor preventie van problemen
7	Je laten horen	Helpende gedachten bij het vragen van hulp
8	Een goede toekomst	Adviezen voor een realistisch toekomstplan
9	Weten wat je kan	Herhaling, samenvatting en afronding, evaluatie

Ieder thema is uitgewerkt in de volgende onderdelen:

Onderdeel	Vorm	Werking (zie hoofdstuk 3 voor een toelichting op de begrippen)
Inleiding	Humoristisch stripje met een kernboodschap ('take-home message') Inleidende tekst	Op gang brengen van het gesprek Aandacht richten en motivatie bevorderen
Uitleg in woorden	Uitleg over LVB en over psychische processen d.m.v. van tekst en video met een presentator (Jaro)	Educatie Heretikettering Cognitieve herstructurering
Uitleg in beelden	Metaforen en illustraties	Educatie non-verbaal Aandacht vasthouden
Vragen en vragenlijsten	Zelfonderzoek vragenlijst (standaard) Oefening vragenlijst (optioneel)	Zelfreflectie Transfer naar het dagelijks leven

Quotes	Uitspraken en gezichtsexpressies waarin de cliënt zich kan herkennen	Zelfreflectie
Adviezen voor denken en doen	Affirmaties (helpende gedachtes) Gedragsadviezen	Cognitieve herstructurering en zelfinstructie
Afronding	Bondige herhaling van weetjes, adviezen en kernboodschap	Inslijpen, geheugensteun

In de eerste drie sessies ligt het zwaartepunt bij educatie, zelfreflectie en heretikettering. Daarna verschuift het zwaartepunt naar cognitieve herstructurering, model-leren, gedragsadviezen en zelfinstructie.

Ter toelichting volgt een beschrijving van de sessies 2 en 7. De andere sessies hebben dezelfde opbouw.

Sessie 2 ‘het stempel LVB’.

- Een stripje waarin een verschrikte cliënt een grote stempel op zich af ziet komen met de letters LVB. De cliënt reageert opgelucht als het stempel belandt op zijn dossier. Kernboodschap: LVB is een stempel, niet op je hoofd maar op je dossier.
- Inleiding: uitleg over de afkorting LVB en het gebruik van deze classificatie in de hulpverlening.
- Uitleg in woorden: LVB maakt dat het dagelijks leven moeite kost. Hiervan worden voorbeelden gegeven. LVB vraagt aandacht. Maar er gaat ook veel goed.
- Uitleg in beeld: met een illustratie van rugzakken wordt het begrip beperking uitgelegd.
- Vragenlijst (standaard): LVB in mijn leven.
- Quotes: hoe voelt het om LVB genoemd te worden?
- Uitleg in woorden: waardoor komt LVB?
- Adviezen voor denken en doen: in dit stadium nog niet aan de orde
- Vragenlijst (optioneel): Wat vind ik van mijn leven? Beoordeling met behulp van smileys.
- Afronding met de volgende weetjes: LVB is een woord voor hulpverleners; LVB wil zeggen: moeite met leren en moeite met het dagelijks leven; LVB is maar een deel van wie je bent, je kunt ook veel dingen goed.
- Evaluatie met behulp van een smileyformulier.

Sessie 7 ‘je laten horen’

- Een stripje waarin een man in een restaurant pas bediend wordt nadat hij de aandacht van de ober heeft getrokken. Kernboodschap: je wordt pas gezien als je je laat horen.
- Inleiding over het belang van je laten horen.
- Uitleg over de juiste manier om je te laten horen, en over negatieve gedachtes die het moeilijk maken om de hulp te vragen die je nodig hebt.
- Uitleg in beeld: illustratie van een lifter die met een bord duidelijk maakt waar hij heen wil.
- Quotes: hoe vind jij het om te praten over LVB?
- Adviezen voor denken: ‘hulp vragen is heel gewoon en helpt je verder’, ‘de meeste mensen helpen graag’ en jij bent net zoveel waard als ieder ander.’
- Adviezen voor doen: de vaardigheden ‘vertellen wat je moeilijk vindt’. ‘hulp vragen waar nodig’ .en ‘belangrijke mensen informeren over LVB’.

- Vragenlijst (standaard): laat ik mezelf horen?
- Uitleg in woorden over 'buitengesloten worden', waarin benoemd wordt dat dit inderdaad gebeurt in de maatschappij met mensen die net even anders zijn.
- Uitleg in beeld: een plaatje van een meisje dat buiten een kring staat maar toch de aandacht vraagt.
- Afronding met eerder genoemde adviezen plus het advies 'zoek mensen die je nemen zoals je bent'.
- Evaluatie met behulp van een smileyformulier.

De module voor de naasten heeft drie sessies. Naasten krijgen wat korter samengevat dezelfde uitleg over LVB als de cliënt. Daarnaast zijn er lees-meer gedeeltes met achtergrondinformatie over LVB. De naasten krijgen slechts één vragenlijst en geen oefenopdrachten en (zie sessie 2).

Sessie	Naam van de sessie	thema
1	De module Weet wat je kan voor naasten	Inleiding: wat houdt de module in? Samenvatting van cliënt-sessie 1
2	Uitleg over LVB voor naasten	Samenvatting van cliënt-sessies 2 - 4 Vragenlijst naar de sterke kanten en goede eigenschappen van de cliënt
3	Hoe help ik iemand met een LVB?	Samenvatting van cliënt-sessies 5 - 8 Evaluatieformulier

Het traject volgt onderstaande stappen, de concrete uitwerking kan per werksetting verschillen.

Stap 1 Indicatie

De regiebehandelaar stelt de indicatie in multidisciplinair teamverband. Afhankelijk van zijn werkrelatie met de cliënt bespreekt hij dit vooraf en/of achteraf met de cliënt. Hij meldt de cliënt aan bij de trainer.

Stap 2 Uitnodiging door de trainer en betrekken begeleiders

De trainer nodigt de cliënt uit en bespreekt met hem welke begeleiders actief worden betrokken bij het leerproces. Deze begeleiders ontvangen het werkboek voor cliënten, zodat zij kunnen volgen wat er per sessie besproken wordt. De trainer zorgt na elke bijeenkomst voor een overdracht.

Andere hulpverleners worden met behulp van samenvattende kaarten geïnformeerd.

Stap 3 Start van de module, en het benaderen van naasten

De trainer neemt met de cliënt individueel sessie 1 door. Zo mogelijk is de begeleider daarbij aanwezig.

De trainer motiveert de cliënt om naasten te betrekken, en bespreekt met hem wie daarvoor in aanmerking komen. Als overeenstemming is bereikt wordt contact gezocht met die naasten, en wordt het hen het naastenwerkboek toegestuurd. Voor andere naasten zijn samenvattende kaarten beschikbaar.

Stap 4 Doorlopen van de module

De thematische sessies worden doorlopen, individueel of in een groep. Ondertussen wordt informatie uitgewisseld met de betrokken begeleiders en naasten, en worden zij uitgenodigd voor enkele bijeenkomsten.

Stap 5 afronding van de module

In de laatste bijeenkomst kijkt de cliënt terug op de lesstof en op zijn antwoorden, en noteert hij de adviezen die hij wil gaan gebruiken. Hij evalueert de module aan de hand van een evaluatieformulier met smileys.

Stap 6 overdracht van de module

De trainer zorgt voor een overdracht naar de begeleiders en de regiebehandelaar. Zo mogelijk doen trainer en cliënt samen deze overdracht.

Stap 7 herinnering en herhaling

De begeleider brengt het geleerde en de adviezen geregeld in herinnering bij de cliënt. Hij gebruikt daarvoor de lesmaterialen van de cliënt en/of de samenvattende kaarten. Indien nodig bespreekt hij met de regiebehandelaar en met de cliënt een herhaling van de training.

2. Uitvoering

Materialen

De module bestaat uit de volgende materialen die, met uitzondering van de online werkboeken, kosteloos zijn te downloaden.

- Een werkboek voor cliënten, op papier en online
De thema's zijn uitgewerkt met behulp van korte, eenvoudige teksten en illustraties.
- Een werkboek voor naasten, op papier en online
Een verkorte versie van het werkboek voor cliënten, aangevuld met achtergrondinformatie specifiek voor de naasten.
- Video met uitleg over LVB
17 filmfragmenten van 1 a 2 minuten, waarin een behandelaar in eenvoudige taal een aantal basisbegrippen uitlegt.
- Een set kaarten met samenvattingen
16 kaarten waarop thematisch de inhoud van de module wordt samengevat.
- Een handboek
Een document waarin de gehele interventie wordt beschreven, alsook de theoretische onderbouwing en bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek.
- Materialen voor scholing: een instructiefilm van een uur, en een workshopprogramma.
- Een trainershandleiding waarin de trainer per sessie kan lezen wat zijn taak is, waar valkuilen liggen en hoe hij die kan omzeilen.
- Een implementatiemonitor om in kaart te brengen hoever de implementatie gevorderd is en welke vervolgstappen nog nodig zijn.
- En verder optioneel te gebruiken materialen als folders, factsheets en een certificaat.

Locatie en type organisatie

WWJK kan worden uitgevoerd in een breed scala aan organisaties waar volwassen cliënten met een LVB hulp ontvangen. De interventie is ontwikkeld voor cliënten met risicovolle gedragsproblematiek. Deze cliënten worden vooral behandeld in forensische instellingen en in de LVB-instellingen aangesloten bij De Borg. De Borg is een samenwerkingsverband van instellingen voor LVB cliënten met een Sterke Gedragsgestoordheid (SG). Maar ook in de GGZ en de Verstandelijk Gehandicaptenzorg worden deze cliënten gezien. Daarnaast kan WWJK ook worden toegepast in voorzieningen voor lichtere hulp en ondersteuning, zoals een kleinschalige woonvorm, een wijkteam of een begeleidingspraktijk.

WWJK kan zowel toegepast worden in een ambulante traject als in een klinische setting en zowel in een behandeltraject als in een traject van intensieve begeleiding.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

Een WWJK-trainer geeft niet alleen uitleg, maar begeleidt ook zijn cliënten bij hun verwerkingsproces. Ook helpt hij de cliënt bij het vertalen van de lesinhoud naar het dagelijks leven.

Aan een aspirant-trainer worden de volgende eisen gesteld:

- Een opleiding op het gebied van hulpverlening, op HBO of universitair niveau.
- Bekendheid met (de doelgroep) mensen met een LVB.

Een scholingsprogramma bereidt de trainer voor op zijn taak. Dit programma begint met zelfstudie aan de hand van de trainershandleiding en een instructiefilm. Daarna volgt een workshop om de volgende trainersvaardigheden te oefenen:

- Responsiviteit: afstemmen op het begripsvermogen en de belevingswereld van de cliënt.
- Directiviteit: focus houden op de inhoud van de module.
- Validatie: de beleving van de cliënt erkennen en daarop reageren vanuit de rol van trainer, zo nodig doorverwijzen naar een behandelaar.
- Transferbevordering: uitwisseling tot stand brengen tussen cliënt en naasten en cliënt en begeleiders.

De workshop heeft een overdraagbaar programma, bestaande uit een ervaringsoefening en rollenspelen. Aanbevolen wordt om de workshop te laten uitvoeren door twee workshopleiders, waarvan de een theoretisch onderlegd is en de ander ruime praktijkervaring heeft.

De zelfstudie is voor iedere trainer verplicht gesteld. Voor de workshop is vrijstelling mogelijk op grond van opleiding en/of werkervaring. In het handboek staan de criteria voor vrijstelling beschreven.

Kwaliteitsbewaking

De programma-integriteit wordt 'van binnenuit' gewaarborgd door de structuur van de werkboeken. De werkboeken kennen een systematische opbouw waarbinnen standaard onderdelen en keuzemomenten duidelijk worden aangegeven. Trainer en cliënt worden als het ware door de lesstof geleid.

De programma-integriteit wordt gemonitord door de programmaleider (zie volgende paragraaf). Daarbij staan hem de volgende hulpmiddelen ten dienste:

- Een enquête voor procesevaluatie onder de trainers (zie hoofdstuk onderzoek)
- Evaluatieformulieren die cliënten standaard invullen aan het eind van iedere sessie
- De implementatiemonitor (zie implementatie)

WWJK kent geen licentierechten of registratieplicht. De materialen zijn vrij te verkrijgen. Daardoor is het niet mogelijk om de bevoegdheid en de uitvoering van alle gebruikers te monitoren. Naar verwachting kan onbevoegd gebruik afbreuk doen aan de kwaliteit en de effectiviteit.

Randvoorwaarden

Om WWJK succesvol te laten zijn moet een instelling aan een aantal voorwaarden voldoen. De meeste voorwaarden zijn organisatorisch van aard. De organisatie moet medewerkers aanwijzen voor de verschillende taken (zie implementatie) en hen faciliteren wat betreft tijd en middelen (ruimtes, materialen en apparatuur). Een belangrijke taak ligt bij de programmaleider, het zorg dragen voor de continuïteit en de

kwaliteit. Verder moeten duidelijke richtlijnen worden opgesteld voor verwijzing en voor registratie en declaratie van uren.

Een andere belangrijke voorwaarde is gelegen in de visie op hulpverlening van een instelling. WWJK is namelijk geen ‘vraaggestuurd’ aanbod, aangezien cliënten er over het algemeen niet om zullen vragen. WWJK biedt immers geen directe oplossing voor problemen. Het aanbod van WWJK kan bovendien weerstand oproepen bij een cliënt die zich of niet van de LVB bewust is of daar een negatieve beleving bij heeft. Ook kan het aanbod weerstand oproepen bij begeleiders en naasten, die liever niet spreken over LVB om stigmatisatie te vermijden. De weerstand is begrijpelijk en inherent aan de interventie, en het is goed daar vooraf bij stil te staan. Het is belangrijk dat de instelling uitdraagt wat de rationale is achter het aanbod van WWJK.

Implementatie

Een eenvoudig implementatieplan volstaat want WWJK is een laagdrempelige interventie die snel kan worden ingevoegd in een bestaand behandel- of begeleidingsaanbod. Het implementatieplan bestaat uit de volgende activiteiten:

- Informereren: potentiële gebruikers worden op de hoogte gebracht van het bestaan van de interventie via folder- en ander PR materiaal (posters, video). Geïnteresseerden kunnen aan de hand van een factsheet bepalen of de interventie passend is voor hun instelling.
- Organiseren: het management wijst een programmaleider aan en organiseert samen met deze persoon de mogelijkheid voor potentiële trainers om een externe workshop te volgen. Het management past de kostenraming (zie kosten) toe in de eigen instelling en faciliteert de uitvoering (tijd, ruimtes en materialen). Mogelijke organisatorische belemmeringen worden in kaart gebracht en aangepakt.
- Motiveren en draagvlak creëren: Groepen medewerkers worden tijdens een informatiebijeenkomst geïnformeerd. Aan deze informatieronde nemen niet alleen potentiële trainers deel, maar het hele team van hulpverleners rondom de potentiële cliënten. Met name regiebehandelaren mogen niet ontbreken.
- Educatie: aspirant-trainers bereiden zich voor met behulp van de handleiding, de instructiefilm en de externe workshop.
- Uitvoeren: De trainer voert het programma uit volgens de trainershandleiding. Op het eind verzamelt hij de evaluaties van de cliënt(en) en naasten en geeft de feedback door aan de programmaleider.
- Monitoren en borgen
De programmaleider draagt zorg voor de kwaliteitsbewaking met behulp van de implementatiemonitor. Ook waarborgt hij de continuïteit door de trainerspool op sterkte te houden en de vervolgscholing intern te organiseren.

Kosten

De richtlijnen voor de kosten voor de uitvoering van een volledig WWJK traject zijn:

NB aanbod individueel of voor kleine groep maakt weinig verschil.

Personele inzet

Indicatie en evaluatie door regiebehandelaar	Gedragswetenschapper	0,5 uur per cliënt
Programmaleider, tevens opleider	Gedragswetenschapper	4 uur per week
Uitvoering door trainers	Overwegend HBO geschoold	17 uur per cliënt

Opleidingskosten

Eenmalig scholingstraject per trainer bestaand uit zelfstudie en workshop, verletkosten 10 uur p.p.

Eerste workshop extern georganiseerd voor €2500,00

Daarna workshop in eigen beheer door programmaleider (al begroot) en trainer 8 uur p.p.

Materiele kosten

Trainersmap en set kaarten eenmalig, delen in team 1 per 4 cliënten

Cliënt- en naastenwerkboek, certificaat, set kaarten 1 per cliënt

Tijdspad kosten

Het eerste jaar zijn de kosten voor scholing en programmaleiding hoger dan in de volgende jaren.

Een kostenberekening voor het eerste jaar op basis van de CAO Gehandicaptenzorg

Kostenoverzicht "weet wat je kan"				
<u>Uitgangspunten:</u>				
50 cliënten op jaarbasis				
Overhead 25%				
Enmalige kosten instelling eerste jaar				EUR
Workshopkosten trainers				2.500
Verleturen getrainden				11.556
				14.056
<u>Inzet personeel voor 50 trainingen</u>				
	Aantal fte	Kosten	jaarbasis	EUR
Fte gedragswetenschapper MDO	0,02	72.227		1.445
Fte trainer	0,65	72.227		46.948
Inzet programmaleider	0,10	101.001		10.100
Totaal personeel				58.492
<u>Materiaalkosten voor 50 trainingen</u>				
	Aantal	Kosten	per stuk	EUR
Trainersmappen	13	50		650
Clientenmappen	50	50		2.500
Klein materiaal				500
Totaal materieel				3.650
Totaal kosten				76.199
Overhead 25%				19.050
Totale kosten 50 trainingen				95.248
Kosten per cliënt op basis van 50 cliënten in het eerste jaar				1.905

3. Onderbouwing

Probleem

WWJK is ontwikkeld voor mensen met een IQ op het niveau van een lichte verstandelijke beperking (IQ 55 – 70) of een IQ op het niveau van zwakbegaafdheid (70 – 85) met tekorten op het gebied van adaptieve vaardigheden. De prevalentie van een LVB wordt in Nederland geschat op 2% van de algemene bevolking en de prevalentie van zwakbegaafdheid op ongeveer 14% (Roos, 2017). Zwakbegaafdheid wordt in Nederland ook onder de noemen LVB geplaatst wanneer er adaptieve problemen zijn die hulpverlening vereisen. Ook bij WWJK wordt de term LVB op die manier gebruikt.

Mensen met een LVB zijn in de strafrechtketen oververtegenwoordigd (Kaal, Smits, & Vrij, 2017). Hoewel precieze prevalentiecijfers lastig zijn vast te stellen vanwege grote verschillen in justitiedomein of meetmethode, worden percentages geschat tussen de 20 en 40%. Dat percentage ligt hoger dan de geschatte prevalentie van een LVB van 16% onder de algemene bevolking (Roos, 2017).

Een laag IQ wordt beschouwd als een risicofactor voor delictgedrag. Kaal et al. (2017) beschrijven dat een lager IQ samen lijkt te hangen met langere criminele carrières, die bovendien eerder beginnen. Daarbij lijken de gepleegde delicten minder ernstig dan bij mensen met een gemiddeld IQ.

Er bestaat geen eenduidig beeld over de mate van recidive in vergelijking met die van gemiddeld begaafde delinquenten. Taylor en Lindsay (2010) geven in hun review aan dat er weinig verschil is in de mate van recidive tussen mensen met en zonder een LVB, terwijl Zhang, Barrett, Katsiyannis en Yoon (2011) vonden dat jongeren met een LVB eerder recidiveerden dan jongeren zonder een LVB (2,75 jaar vs. 7 jaar). Mensen met een LVB lijken minder snel terug te vallen in delinquent gedrag zolang ze onder toezicht of begeleiding staan. Het recidiverisico neemt weer toe zodra de steun wegvalt (Vogelvang e.a., 2012).

Oorzaken

De samenhang tussen een laag IQ en delinquentie betekent niet dat er een causaal verband bestaat. Onderzoek heeft aangetoond dat de relatie tussen IQ en delinquentie afzwakt als er rekening gehouden wordt met sociaaleconomische status, leeftijd, geslacht en etniciteit (Kaal et al., 2017). Echter ook dan bleef er een relatie tussen een laag IQ en delinquentie bestaan. Voor de verhoogde kans op delinquent gedrag bij mensen met een LVB zijn de volgende oorzaken aan te wijzen.

A. Risico- en beschermende factoren

Een forensische behandeling is gericht op veranderbare factoren die de kans op recidive vergroten of verkleinen, de zogeheten dynamische risicofactoren en de beschermende factoren. Er bestaat discussie of dit twee soorten factoren zijn of tegengestelden van één factor (EFP, 2019).

In elk geval is het goed om beide factoren in ogenschouw te nemen. Versterking van de beschermende factoren verkleint niet alleen de kans op recidive (De Vogel, De Vries Robbé, De Ruiter & Bouman, 2011), maar biedt ook positief geformuleerde en toekomstgerichte doelen om de behandeling op te richten.

De meeste onderzoeken naar dynamische risico- en beschermende factoren zijn gedaan bij populaties met een gemiddeld IQ (Andrews & Bonta, 2010; De Vogel e.a., 2011; Douglas & Skeem, 2005). De meeste

dynamische risicofactoren komen ook voor bij mensen met een LVB, niet zelden zelfs meer en in sterkere mate (Emerson & Halpin, 2013; Moonen & Kaal, 2017; Roos, 2017).

Belangrijke dynamische risicofactoren met relevantie voor WWJK zijn interne risicofactoren zoals impulsiviteit, een gering probleemoplossend vermogen, een gering vermogen tot zelfregulatie en een gebrek aan motivatie voor behandeling, alsook externe factoren zoals gebrek aan emotionele steun.

Tegelijkertijd zijn belangrijke beschermende factoren minder aanwezig bij mensen met een LVB (Roos, 2017). Als persoonsgebonden beschermende factoren worden beschouwd (EFP, 2019):

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

Gezien de criteria van een LVB kunnen de eerste drie factoren als blijvend zwak worden aangemerkt. Op de factoren ziektebesef en therapietrouw kan wel invloed worden uitgeoefend. Probleembesef is overigens bij een LVB een beter woord dan ziektebesef.

Mensen met een LVB beschikken verder in beperkte mate over beschermende omgevingsfactoren (Roos, 2017) zoals (De Vogel e.a., 2011):

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

B. Strain theorie

Ook de strain theorie biedt een mogelijke verklaring voor de verhoogde kans op delinquent gedrag bij mensen met een LVB. Volgens deze theorie is een oorzaak van delinquent gedrag het bestaan van spanning (strain) tussen wat iemand wil bereiken en wat binnen diens bereik ligt (Agnew, 1992). Met spanning wordt bedoeld een negatieve emotie ten gevolge van onaangename gebeurtenissen of condities. De theorie belicht vooral de negatieve emotie woede, maar het kan ook emoties als angst, verdriet of schaamte betreffen.

Er worden drie grote bronnen van spanning onderscheiden:

- a. Spanning door het niet bereiken van doelen.
- b. Spanning door het verlies van positieve stimuli.
- c. Spanning door blootstelling aan negatieve stimuli.

Spanning door het niet bereiken van doelen ontstaat als een prestatie die als haalbaar wordt gezien (bijvoorbeeld omdat iemand anders deze prestatie heeft gehaald) niet wordt gehaald. Ook levert het spanning op als de investering in tijd en moeite niet de uitkomst oplevert die als rechtvaardig wordt gezien, terwijl anderen die uitkomst wel behalen. Dit is met name het geval als iemand zich ondergewaardeerd voelt.

Volgens de strain theorie wordt de kans op delinquent gedrag vergroot wanneer de spanningen ernstig, frequent en van lange duur zijn. Bepalend zijn verder het persoonlijk belang dat iemand hecht aan een doel, en de mate waarin hij onrechtvaardigheid ervaart bij de uitkomst. De oplossing voor de spanning kan dan worden gezocht in delinquent gedrag om toch de gewenste uitkomst te bereiken, of om spanning af te reageren. Een lage sociale controle vergemakkelijkt deze oplossing.

Door negatieve emotionaliteit kunnen enerzijds relaties met ‘conventionele’ anderen ondermijnd worden, en een klein netwerk kan resulteren in een lage sociale controle. Anderzijds kunnen de negatieve emoties ook de aantrekkingskracht van delinquente peer-groepen vergroten en overtuigingen bevorderen die delinquent gedrag goedpraten.

Mensen met een LVB hebben door een beperkte mate van zelfreflectie vaak een onrealistisch zelfbeeld (Roos, 2017). Dit kan maken dat zij te hoge doelen stellen op bepaalde gebieden, zoals op het gebied van werksoort en zelfstandigheid. Dit zijn gebieden die voor mensen in het algemeen van groot belang zijn. Wanneer mensen met een LVB die doelen niet behalen kan dat beleefd worden als teleurstellend en onrechtvaardig, en dus veel spanning veroorzaken.

C. Attributie theorie

De attributietheorie is afkomstig uit de sociale psychologie. Deze theorie belicht de wijze waarop mensen het gedrag van zichzelf en anderen verklaren in termen van oorzaak en gevolg, en bespreekt de invloed daarvan op hun motivatie (Heider, 1958). De theorie verdeelt de manier waarop mensen attribueren (oorzaken toekennen) in:

Externe attributie: oorzaken worden gezien als liggend buiten de betrokkene.

Interne attributie: oorzaken worden gezien als liggend binnen de betrokkene.

Daarnaast kunnen volgens Heider stabiele en instabiele attributies worden onderscheiden. Een instabiele attributie is eenmalig terwijl een stabiele attributie steeds opnieuw wordt gelegd. Mensen hebben de neiging om onbewust te attribueren op een wijze die hun beeld van zichzelf en anderen bevestigt. Een onjuist beeld wordt daardoor niet gecorrigeerd.

Attributies bepalen hoe iemand zichzelf en zijn interacties met anderen waarneemt en sturen zijn gedrag. Een stabiele attributie kan problematisch zijn, bijvoorbeeld als iemand bij een probleem de oorzaak steeds bij zichzelf zoekt of steeds bij anderen of de maatschappij legt. Dergelijke attributies kunnen gedrag sturen in een onwenselijke richting.

Van mensen met een LVB is bekend dat zij over het algemeen relatief veel faalervaringen meemaken (Roos, 2017) en dat hun zelfinzicht en sociaal inzicht relatief gering zijn (Douma, 2018). Het is aannemelijk dat zij moeite hebben met het aanwijzen van oorzaken voor hun faalervaringen, wat leidt tot een negatief beeld van zichzelf, van anderen of van de maatschappij. Dit kan bijdragen aan de spanning die werd beschreven in het vorige verklaringsmodel.

Aan te pakken factoren

WWJK beoogt de risicofactoren te verkleinen, de beschermende factoren te vergroten, de bronnen van spanning en de onjuiste attributies weg te nemen en het vragen en aanvaarden van hulp te doen toenemen. Naast en begeleiders worden betrokken om te ondersteunen en daadwerkelijk te helpen. Onderstaand schema geeft aan welke doelen aldus nagestreefd worden.

Aan te pakken factor	Oorzaken	Doelen
Onbereikbare doelen door gebrek aan kennis over LVB	Risicofactor Spanning	Cognities cliënt Hij weet dat hij beperkingen heeft die worden geclassificeerd als een LVB. Hij herkent de situaties die moeilijk voor hem zijn door de LVB. Hij weet dat hij in die situaties hulp nodig heeft. Hij kent ook zijn vaardigheden en kwaliteiten.
Oorzaak van falen leggen bij de maatschappij	Attributie	
Oorzaak van falen bij zichzelf leggen, negatief zelfbeeld, slachtofferschap	Attributie	
Het idee te falen en niet gewaardeerd te worden	Spanning	Beleving cliënt Hij ervaart minder spanning ten gevolge van falen en afwijzing. Hij verdraagt de spanning ten gevolge van falen en afwijzing. Hij heeft zelfvertrouwen en vertrouwen in zijn naasten en begeleiders.
Spanning en negatieve emoties ten gevolge van falen en afwijzing	Spanning	
Geen hulp vragen of hulp afwijzen op grond van attributies	Gebrek aan beschermende factoren	Gedrag cliënt Hij spreekt over situaties die moeilijk zijn door de LVB. Hij geeft aan waar hij hulp bij nodig heeft. Hij maakt gebruik van aangeboden hulp. Hij zet zijn vaardigheden en kwaliteiten in voor haalbare doelen.
Overvraagd worden Steun tekort komen Moeite transfer en generalisatie van geleerde vaardigheden	Gebrek aan beschermende factoren	Gedrag naasten en begeleiders Zij stemmen hun verwachtingen van de cliënt af op zijn mogelijkheden. Zij spreken met de cliënt over de gevolgen van de LVB in zijn dagelijks leven. Zij bieden de cliënt hulp op maat.

Verantwoording

WWJK zet psycho-educatie in om de doelen te bereiken. Daarbij wordt gewerkt volgens de RNR principes en de benadering van het Good Lives Model. De gedragsveranderende technieken zijn afkomstig uit de cognitieve gedragstherapie. Bij de uitwerking zijn de 'Richtlijnen Effectieve Interventies LVB' gevolgd.

Psycho-educatie

Psycho-educatie is een interventie om de cliënt te informeren over zijn ziekte/stoornis, zijn beleving daarvan te exploreren en hem copingvaardigheden te leren voor het omgaan met de consequenties (Hoencamp & Haffmans, 2008). Psycho-educatie bevat elementen van onderwijs, training en therapie. Het is een manier

om cliënten de samenhang tussen hun problemen en hun ziekte/stoornis te laten begrijpen, wat de motivatie voor behandeling ten goede kan komen. Psycho-educatie is daarmee een basiszorgaanbod (EFP, 2019).

Hoewel psycho-educatie veel wordt toegepast is de wetenschappelijke evidentie voor de effectiviteit beperkt. Psycho-educatie maakt veelal onderdeel uit van meer omvattende behandelprogramma's en is dan meestal niet onderzocht als los onderdeel.

Om de huidige stand van zaken van effectonderzoek naar psycho-educatie in een LVB doelgroep te onderzoeken is een systematische literatuursearch uitgevoerd. De uitkomst van de literatuursearch is een verzameling van 12 artikelen die studies beschrijven naar psycho-educatie bij mensen met een LVB. Daaronder zitten twee reviews naar therapie bij mensen met LVB (Benson, 2004; Dagnan e.a., 2018). In beide reviews wordt aangegeven dat psycho-educatie vaak onderdeel is van therapie, maar er is meer onderzoek nodig om conclusies te trekken over de effectiviteit van psycho-educatie. Eén studie brengt kennis in kaart van vijf mensen met LVB en een psychotische stoornis (Robinson, Escopri, Stenfert Kroese, & Rose, 2016). Het gebrek aan kennis en zelfinzicht leidt tot de conclusie dat psycho-educatie nodig is bij deze doelgroep. De overige negen artikelen doen verslag van effectonderzoek naar psycho-educatie. Twee artikelen gaan over psycho-educatie bij het netwerk van mensen met een LVB. In beide wordt een behandel-effect gerapporteerd (Hussain, Warner, & Hallahan, 2009; Marshall & Ferris, 2012). Zeven studies gaan over het effect van psycho-educatie bij mensen met een LVB zelf. Al deze studies vinden een klinisch relevante behandelvooruitgang, vijf van deze studies stellen dit vast met een significante vooruitgang op een diagnostisch instrument (Alpaslan et al., 2016; Crowley et al., 2008; Demily et al., 2016; Lunskey et al., 2003; Pitschel-Walz e.a., 2009; Russell, John, Lakshmanan, Russell, & Lakshmidēvi, 2004; Summers & Witts, 2003). Het totaal aantal cliënten in deze studies is echter laag, Er is meer onderzoek nodig met daarnaast een betere methodologische kwaliteit.

Aan het literatuuronderzoek kunnen verschillende conclusies verbonden worden. Door de relatief kleine hoeveelheid onderzoeken over psycho-educatie bij cliënten met een LVB kan vaak niet beoordeeld worden of effecten significant zijn en ook niet in hoeverre psycho-educatie bijdroeg aan het effect. Er zijn wel artikelen die effect of klinische behandelvooruitgang aantonen dankzij psycho-educatie bij een LVB (Alpaslan et al., 2016; Crowley et al., 2008; Lunskey et al., 2003; Pitschel-Walz e.a., 2009; Summers & Witts, 2003; Thompson & Beail, 2002). Het betrekken van het netwerk kan effectief zijn als het een intensieve interventie betreft (Marshall & Ferris, 2012; Hussain et al., 2009; Russell, et al., 2004). Niet alleen kennisoverdracht, maar ook het ondersteunen van zelfreflectie is een essentieel onderdeel van de psycho-educatie bij een LVB (Russell et al., 2004). Psycho-educatie voor cliënten met een LVB wordt als zinvol en nodig beschouwd (Robinson et al., 2016). Er zijn geen indicaties dat psycho-educatie bij cliënten met een LVB niet mogelijk is. Wel moet de informatie aangepast worden aan de cliënten. Tot op heden zijn er geen wetenschappelijke studies verschenen naar de effectiviteit van psycho-educatie óver de licht verstandelijke beperking aan cliënten met deze beperking.

In de beschrijvingen van psycho-educatie programma's komen een aantal elementen als werkzaam naar voren. Onderstaande elementen komen terug in WWJK:

Transferbevordering

- Aandacht voor het implementeren van het geleerde in het dagelijks leven (Van Daele, Hermans , Van Audenhove , & Van den Bergh , 2011)
- Een multidisciplinaire aanpak (Colom e.a., 2009)
- Zowel de cliënt als zorgverleners erbij betrekken (De Barros Pelegrinelli e.a., 2012)
- De familie erbij betrekken (Pitschel-Walz e.a., 2009; Schultz e.a., 1993)
- Aandacht voor netwerken en sociale steun (Schultz e.a., 1993)

Benadering

- Een therapeutische relatie die gebaseerd is op vertrouwen en niet op autoriteit (Colom e.a., 2009)
- Een positieve ‘peer’ cultuur, elkaar helpen, en het leren van sociale vaardigheden (Liau e.a., 2004)
- Een stigma vermijden (De Barros Pelegrinelli e.a., 2012)

Inhoud

- Een programma gericht op het vergroten van ziekte-inzicht (De Barros Pelegrinelli e.a., 2012; Pettersen, Rosenvinge, & Wynn, 2011)
- Copingvaardigheden aanleren (De Barros Pelegrinelli e.a., 2012)
- Aandacht voor emotionele aspecten (Pitschel-Walz e.a., 2009; Schultz e.a., 1993)
- Aandacht voor stressmanagement, ontspanningsvaardigheden en probleemoplossingsvaardigheden (Schultz e.a., 1993; Van Daele e.a., 2011)
- Werken aan zelfvertrouwen (Pettersen e.a., 2011)

Praktische uitvoerbaarheid

- Een kortdurend programma (Van Daele e.a., 2011)

RNR-model

WWJK volgt de RNR-principes: het risicobeginsel, het behoeftebeginsel en het responsiviteitsbeginsel (Andrews & Bonta, 2010). In het kader van dit werkblad wordt alleen het responsiviteitsprincipe uitgewerkt. Dit beginsel stelt dat een behandeling om effectief te zijn zo moet worden aangeboden dat de cliënt er optimaal van kan profiteren. De behandeling moet dus aansluiten bij specifieke kenmerken en de leerstijl van de cliënt met een LVB.

Aspecten waar de behandeling op aangepast moet worden zijn vastgelegd in de Richtlijn Effectieve Interventies LVB (De Wit, Moonen & Douma, 2011). Deze richtlijn geeft de volgende aanbevelingen:

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

Bij de ontwikkeling van WWJK zijn alle bovenstaande aanbevelingen opgevolgd. Ervaringsdeskundigen hebben meegedacht over de concrete uitwerking. De toon van WWJK is empathisch, waarbij gevalideerd wordt dat het lastig kan zijn om een LVB te hebben. Bij WWJK wordt ook het netwerk van de cliënt betrokken. WWJK is gestructureerd en overzichtelijk en behandelt één onderwerp per sessie, de opdrachten zijn concreet en het taalgebruik is helder en eenvoudig. Tekst wordt ondersteund met visualisaties. WWJK is naar wens van de cliënt zowel online te volgen als 'klassiek' met een papieren werkboek, en beide werkvormen kunnen ook worden gecombineerd.

Good Lives model (GLM)

Het GLM (Ward & Brown, 2004) beoogt risico's te reduceren door het bevorderen van het welzijn en de motivatie van de cliënt. Als mensen een zinvol leven leiden zullen zij minder snel terugvallen in hun oude (risicovolle) gedrag en ontvankelijker zijn voor steun of behandeling om dat zinvolle leven in stand te houden. Het GLM richt zich op de toekomst wat betreft wonen, werken, relaties en vrije tijd. De vaardigheden die daarvoor nodig zijn en de weg daarnaartoe worden onderzocht. De hulpverlener helpt om deze weg te vinden, hij wijst de cliënt op obstakels op die weg, en zoekt met hem naar eventuele alternatieven. Dat gebeurt op een positieve manier met de focus op mogelijkheden.

WWJK maakt gebruik van de positieve benadering van het GLM. WWJK is erop gericht om de cliënt te laten inzien wat hij allemaal wél kan, en hem zijn doelen voor de toekomst te laten onderzoeken, rekening houdend met zijn LVB. Uitgangspunt is dat de LVB een blijvende ondersteuningsbehoefte met zich meebrengt waar de cliënt rekening mee moet houden.

Cognitieve gedragstherapie (CGT)

De cognitieve gedragstherapie (CGT) gaat uit van een continue wisselwerking tussen cognities, gevoelens en gedrag. Psychische klachten en probleemgedrag worden veroorzaakt en/of in stand gehouden door disfunctionele cognities. Een CGT behandeling richt zich op het onderzoeken en veranderen van dergelijke cognities, om vanuit dat aangrijpingspunt een algehele verbetering tot stand te brengen. De CGT beschikt daarvoor over een arsenaal aan technieken, waaronder psycho-educatie. Psycho-educatie wordt beschouwd als een volwaardige CGT interventie voor herstel en preventie.

CGT wordt in toenemende mate toegepast bij mensen met een LVB. Bij mensen zonder een LVB is de effectiviteit van CGT breed onderzocht. Bij mensen met een LVB is de effectiviteit minder duidelijk aangetoond. Het is lastig om harde uitspraken te doen over de effectiviteit van CGT bij mensen met een LVB vanwege de doorgaans kleine onderzoeksgroepen, de verschillende uitkomstmaten die worden gebruikt en de verschillen in de onderzochte (LVB) populatie. Maar de studies die er zijn laten positieve resultaten zien (zie voor een overzicht bijvoorbeeld Didden, Nijman, Delforterie, & Keulen-De Vos, 2020; Heinemann, Neumann, van der Waa, & Kok, 2016). Onderzoeken zijn vooral gericht op de effectiviteit van CGT voor agressieproblematiek. Zo verminderde agressieproblematiek bij vijf vrouwen met een LVB door een CGT behandeling met onder andere psycho-educatie, verminderen van opwinding, rollenspellen, oefeningen voor probleemoplossing en het herkennen van emoties (Allen, Lindsay, MacLeod, & Smith, 2001). Deze vermindering bleef in stand bij de follow-up na 15 maanden. Een meer recente studie (Taylor, Novaco, & Brown, 2016) liet eveneens zien dat bij 50 patiënten met een LVB die waren opgenomen in een forensisch

psychiatrische instelling de agressie en geweldsincidenten verminderden na individueel gegeven CGT. Ook hier bleef op de langere termijn het effect behouden.

De interventie WWJK maakt gebruik van elementen uit de CGT. WWJK richt op disfunctionele cognities van de cliënt over zichzelf, andere mensen en de maatschappij met betrekking tot zijn LVB. Deze disfunctionele cognities komen voort uit onvoldoende kennis over de LVB, en uit de attributie van negatieve ervaringen.

Deze cognities veroorzaken spanning, en staan adequaat gedrag in de weg.

Hieronder staan de CGT-technieken die in WWJK worden toegepast, toegelicht met een voorbeeld.

Educatie

Kennis over een LVB geeft een verklaring voor faalervaringen en verandert daarmee de attributie van die faalervaringen. Deze kennis maakt ook duidelijk welke doelen kans op succes bieden.

WWJK geeft deze kennis aan de hand van een aantal concrete voorbeelden uit het dagelijks leven, en stimuleert de cliënt om meer voorbeelden in zijn eigen leven te zoeken.

Heretikettering

Dysfunctionele cognities over LVB worden weerlegd door een denkkader te schetsen waaruit alternatieve, adequate cognities voortvloeien.

WWJK legt uit dat de classificatie LVB (het stempel) niet bedoeld is als stigma, maar als hulpmiddel voor hulpverleners om adequate hulp te bieden.

Copingvaardigheden aanleren

Er worden manieren aangereikt om spanning te verdragen.

WWJK legt uit dat bepaalde emotionele reacties op faalervaringen normaal en tijdelijk zijn, en geeft het advies om te zoeken naar vormen van ontspanning.

Cognitieve herstructurering

De cognities en emoties in bepaalde situaties worden onderzocht en indien de cognities disfunctioneel zijn worden ze omgebogen naar adequate cognities. Negatieve emoties worden gevalideerd (erkend).

WWJK vraagt de cliënt te onderzoeken wat hij denkt als hij hulp nodig heeft, en geeft als advies om hulp vragen niet te zien als teken van zwakte, maar als teken van eigen regie.

Model-leren

Adequate copingvaardigheden worden geleerd door gedrag over te nemen van succesvolle voorbeelden.

WWJK veralgemeniseert het begrip beperking en stimuleert het tot voorbeeld nemen van mensen die op een adequate manier met hun beperking omgaan.

Gedragsadviezen en zelfinstructie

Adequate vormen van gedrag worden beschreven op een manier die het onthouden bevordert.

WWJK reikt gedragsadviezen aan waar de cliënt een keuze uit kan maken, en verwoordt die op een pakkende wijze (zoals: hulp vragen is heel gewoon en helpt je verder).

Bevordering van transfer en generalisatie

Het toepassen van de veranderde cognities en de gedragsadviezen wordt bevorderd doordat mensen uit het netwerk de cliënt daarbij ondersteunen.

WWJK voorziet naast en begeleiders van dezelfde informatie als de cliënt en geeft hen adviezen om de cliënt te ondersteunen.

Schema voor de inzet van CGT.

Aan te pakken factor	CGT techniek	Operationalisatie in WWJK onderwerpen
Onbereikbare doelen door gebrek aan kennis over LVB	(Psycho)-educatie	De afkorting LVB Wat merk je van LVB? Het ontstaan van LVB LVB en de kans op problemen
Het idee te falen en niet gewaardeerd te worden	Heretiketteren	Nare herinneringen Hoe te reageren als je iets niet kan Metafoor van de rugzak Metafoor van het stempel
Spanning en negatieve emoties ten gevolge van falen en afwijzing	Copingvaardigheden aanleren	Ontspannen Verwerken van falen
Attributie: oorzaak van falen leggen bij de maatschappij	Cognitieve herstructurering	Buitengesloten worden Aansluiting zoeken bij mensen waar je wat aan hebt
Attributie: oorzaak van falen bij zichzelf leggen, negatief zelfbeeld, slachtofferschap	Cognitieve herstructurering.	Zelfvertrouwen Helpende gedachten Sterke kanten en goede eigenschappen Een goede toekomst
Geen hulp vragen of hulp afwijzen op grond van attributies	Model-leren Gedragsadviezen Zelfinstructie	Praktische tips Een goede (haalbare) toekomst Kunnen en aankunnen Het positieve resultaat van hulp Voldoende hulp en ondersteuning Gedachten en gevoelens bij hulp vragen
Overvraagd worden Steun tekort komen Moeite transfer en generalisatie van geleerde vaardigheden	Educatie netwerk Bevorderen transfer en generalisatie	Gedragsinstructie voor naasten Overdracht naar begeleiders

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Onderzoek naar uitvoering 1

- A. Mulder, M., Delforterie, M., & Didden, R. (2017). Weet wat je kan. Ervaringen met psycho-educatie voor cliënten en hun naasten over leven met een lichte verstandelijke beperking. *Directieve Therapie*, 37, 222 – 237.
- B. Dit artikel beschrijft eerst de resultaten van de cliënt raadpleging tijdens de ontwikkeling van WWJK (zie hfdst 1.1). Dit betrof zes cliënten, en de informatie werd mondeling vergaard. Vervolgens worden de resultaten beschreven van onderzoek naar de gebruikerstevredenheid onder 17 cliënten m.b.t. de online versie. Vijf cliënten waren ambulantly in behandeling, negen cliënten waren klinisch opgenomen en drie cliënten namen deel aan de dagbehandeling. Acht cliënten hadden de hele module doorlopen, en de overige zeven waren nog bezig. Twee cliënten stopten voortijdig, de één vanwege een overplaatsing, de ander vanwege een gebrek aan motivatie. Er werden in totaal 64 sessies geëvalueerd met behulp van een digitale enquête.
- C. Samenvatting van resultaten in de ontwikkelfase:
 - Cliënten gaven aan geen behoefte te hebben aan een opsomming van alles wat niet goed gaat.
 - Cliënten gaven aan vooral behoefte te hebben aan hulp bij het verbeteren van hun zelfbeeld, aan praktische tips en leefstijladviezen en aan vaardigheden om op te komen voor zichzelf. Die thema's zijn opgenomen in de module.
 - Cliënten hebben ideeën aangedragen voor het visualiseren van abstracte begrippen, zoals het symbool van de rugzak.
 - Cliënten hebben de schetsen van de illustraties bekeken, en hun feedback was bepalend voor de uitwerking die gekozen werd.
 - Cliënten gaven aan moeite te hebben met open vragen en aankruislijstjes. Zij hebben een voorkeur voor vragen die te beantwoorden zijn met 'ja' of 'nee'.
 - Cliënten zijn voorstander van het betrekken van belangrijke mensen uit hun omgeving bij de training.

Samenvatting van resultaten bij de online versie

De vragen waren gericht op de dimensies leuk, duidelijk en zinvol. Cliënten gaven scores op een zevenpuntschaal. De beoordelingen van alle dimensies waren positief.

Ook werd gevraagd naar de mate van begeleiding die de cliënt nodig had bij het online werken. De meeste sessies werden doorlopen met hulp van een trainer die in de ruimte aanwezig was. Er bleek een verschil tussen de cliënten van de beide deelnemende instellingen: de cliënten van Trajectum hadden meer hulp nodig dan die van Transfore. De meest voor de hand liggende verklaring is dat eHealth bij Trajectum een nieuwe behandelvorm was, terwijl eHealth bij Transfore tot het standaardpakket behoorde.

Het grootste deel van de cliënten (circa 80%) heeft een voorkeur het gecombineerd gebruik van online en op papier. Vooral cliënten die niet zelf kunnen inloggen, willen graag iets tastbaars meenemen naar hun woonsituatie.

Het gebruikerspanel werd op het eind van de enquête gevraagd naar suggesties ter verbetering. Dit leverde de volgende adviezen op, die allemaal zijn uitgevoerd.

- Er was geen behoefte aan een ‘echte’ inspreekstem. Cliënten die moeilijk kunnen lezen hebben namelijk meestal ook moeite met het volgen én onthouden van *gesproken* tekst.
- De video’s met uitleg werden zeer positief gewaardeerd, maar bevatten voor sommige cliënten toch te veel informatie ineens. Vandaar dat de teksten ook uitgeschreven zijn.
- Beeldspraak vergroot het begrip bij sommige cliënten, maar is voor andere cliënten niet te begrijpen. Daarom moet beeldspraak worden aangekondigd, en moet een gedeelte met beeldspraak overgeslagen kunnen worden.
- Het bleek voor sommige cliënten moeilijk zich een voorstelling te maken van optionele tekstgedeeltes of oefeningen, waardoor zij niet konden kiezen. Korte uitleg vooraf was nodig.

Naast de digitale enquête werden trainers en cliënten ook mondeling gevraagd naar hun bevindingen. Cliënten gaven aan de meer zelfstandige werkvorm prettig te vinden. Een aantal trainers gaf aan dat hun taak eenvoudiger werd, omdat ze niet tegelijkertijd uitleg hoefden te geven en het verwerkingsproces ondersteunen. De trainer bleek verder onmisbaar bij het vertalen van uitleg naar concrete situaties in het leven van de cliënt.

Onderzoek naar uitvoering 2

- A. Delforterie, M. & Mulder, M. (2020). *Procesevaluatie Weet wat je kan*. Zwolle: Trajectum.
- B. Een procesevaluatie naar WWJK onder cliënten en ervaren trainers van Trajectum, Transfore en De Rooijse Wissel.

Cliënten is gevraagd naar hun waardering. Na afloop van elke sessie gaven zij een beoordeling aan de hand van smileys op een schaal van 1 (minst vrolijk) tot en met 7 (meest vrolijk). Ook is er gevraagd naar de beoordeling van de module als geheel: was de module begrijpelijk, was hij leerzaam, vond de cliënt dat hij wat geleerd had, en wat vond hij de sterke en minder sterke punten. Deze beoordelingsformulieren zijn ingevuld van december 2016 – oktober 2019. In totaal hebben 20 cliënten een beoordeling gegeven, waarvan 8 van Trajectum, 6 van Transfore en 6 van de Rooyse Wissel.

Gegevens van 17 ervaren trainers zijn in de tweede helft van 2019 verzameld met een digitale enquête. Trainers werden aangemerkt als ervaren wanneer zij met 3 of meer cliënten WWJK hebben doorlopen met minimaal 4 *sessies*. 7 trainers werkten bij Trajectum, 7 bij Transfore en 3 bij de Rooyse Wissel.

De meeste trainers hadden zowel cliënten behandeld die op vrijwillige als niet-vrijwillige basis in zorg waren. De cliënten waren voor het merendeel tussen de 25 en 50 jaar. De trainers werden bevraagd naar de waardering en naar de uitvoering van het programma.

- C. Samenvatting van de resultaten

Cliënten waarderen WWJK positief. Ze zijn tevreden over WWJK in zijn geheel en over de aparte sessies. Ze geven aan dat de informatie begrijpelijk is, en dat ze er veel van leren. Sommige cliënten

vinden de inhoud weleens te makkelijk, maar er is ook een cliënt die voorbeelden soms te moeilijk vindt. Daarnaast werd aangegeven dat meer opdrachten en oefeningen welkom zouden zijn.

Ervaren trainers zijn tevreden over WWJK. Als sterke kanten worden aangemerkt de doelen en de opzet, en verder de begrijpelijke taal, de afwisseling in visualisaties en de positieve benadering.

Als minder sterke kanten wordt genoemd dat de verhalen en de illustraties soms te simplistisch of te kinderachtig zijn, en dat er veel tekst in staat. Ook wordt genoemd dat er meer aandacht zou moeten zijn voor transfer naar begeleiding en het betrekken van naasten.

Is het programma uitgevoerd zoals bedoeld?

Over het algemeen kan deze vraag bevestigend beantwoord worden. Een belangrijk aandachtspunt bleek echter te zijn het betrekken van anderen, zowel begeleiders als naasten. De meeste trainers gaven aan dat wel te doen, maar vooral door het verstrekken van algemene informatie. Het naastenwerkboek werd bijvoorbeeld door slechts één trainer besproken met de naaste van de cliënt.

Verder valt op dat niet alle trainers bij alle cliënten het indicatiecriterium 'inadequate manier van omgaan met de beperking' herkennen. Wanneer dit indicatiecriterium niet door de verwijzende regiebehandelaar wordt gehanteerd kan dat gevolgen hebben voor de effectiviteit van WWJK. Een verklaring kan echter zijn dat de trainer de cliënt in de trainingssituatie op een andere manier leert kennen.

De volgende factoren werden vastgesteld op grond van de evaluaties door cliënten en ervaren trainers.

Succesfactoren:

- Afwisseling in visualisaties
- Aan te passen aan het niveau van cliënt
- Praktijkvoorbeelden
- Positieve benadering
- Voor cliënten interessant en leerzaam

Faalfactoren:

- Weerstand over de term LVB bij sommige cliënten
- Te simplistisch of kinderachtig voor sommige cliënten
- Transfer naar begeleiding
- Transfer naar en betrekken van naasten

Aanbevelingen voor verbetering

- In de trainershandleiding een hoofdstuk toevoegen over het betrekken van begeleiders.
- Toevoegen van meer oefeningen en video.
- Lay-out meer afstemmen op volwassen doelgroep.
- Maatschappelijk werk inschakelen om de naasten te betrekken (in gang gezet).
- Scholing aanpassen met meer tijd voor oefenen (in gang gezet).
- Meer spelvorm toevoegen (in gang gezet).

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

- A. Mulder, M. & Delforterie, M. (2017). Weet wat je kan... én waar je hulp bij nodig hebt.

In: R. Didden, X. Moonen, & J. Douma (Eds.), *Met het oog op behandeling 4* (pp. 79 – 84).

B. Door middel van een voor- en nameting werd in een pilot studie onderzoek gedaan naar de effecten van WWJK. Uitkomstmaten waren vijf items van de Dynamic Risk Outcome Scales (DROS; Drieschner & Hesper, 2008): acceptatie van eigen beperkingen/handicaps; erkennen van de huidige noodzaak van professionele zorg; attitude tegenover de huidige professionele zorg; ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling: noodzakelijke zorg en overige aspecten. In totaal waren 12 cliënten met een LVB geïncludeerd: 6 klinisch behandelde cliënten van Trajectum en 6 ambulante behandelde cliënten van Transfore (10 mannen en 2 vrouwen). De gemiddelde leeftijd was 38,4 (sd=12,4; variërend van 23-60).

C. Individuele resultaten

Bij 8 van de 12 cliënten was er op de nameting een verbetering te zien op minstens 1 van de 5 DROS items. Bij 1 cliënt was er een verslechtering van 1 punt te zien op 3 items. De overige 3 cliënten lieten geen verschil zien tussen de voor- en de nameting. Het verschil in de totaalscore van de 5 items tussen de voor- en nameting, berekend met de Reliable Change Index, is voor 2 cliënten waarschijnlijk een verbetering (verschilscore=0,40; $p<0,10$) en voor 4 cliënten een significante verbetering (verschilscore 0,60-1,60; $p<0,05$). Voor 1 cliënt is er sprake van een significante verslechtering (verschilscore=-0,60; $p<0,05$) en voor de overige 5 cliënten is er geen sprake van een significante verandering (verschilscore 0-0,20; $p>0,10$).

Groepsresultaten

Te zien is dat de gemiddelden van alle items hoger zijn bij de nameting dan bij de voormeting. Voor het item Acceptatie van de eigen beperkingen/handicaps is dit verschil significant ($t(11)=-2,24$, $p<0,05$, effect size cohen's d: 0,64). Voor 2 items is het verschil marginaal significant ($p<0,10$): Attitude tegenover de huidige professionele zorg en Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling: overige aspecten. De overige twee items verschillen niet significant van elkaar op de voor- en nameting. Tenslotte is de totaalscore van deze 5 DROS items bekeken. Deze gemiddelde score is significant hoger ($t(11)=-2,34$, $p<0,05$, effect size cohen's d: 0,68) bij de nameting (3,55) dan bij de voormeting (3,13).

5. Samenvatting Werkzame elementen

WWJK maakt gebruik van werkzame elementen uit verschillende bronnen die in de voorgaande hoofdstukken zijn beschreven. Deze bronnen zijn:

- A. Uitgangspunten voor forensische zorg (RNR principes en Good Lives Model)
- B. Literatuursearch naar de toepasbaarheid en de effectiviteit van psycho-educatie bij mensen met een LVB.
- C. Cognitieve gedragstherapie
- D. Richtlijnen effectieve interventies LVB.
- E. Feedback, wensen en behoeftes van cliënten, naasten en hulpverleners

De verschillende bronnen hanteren verschillende bewoordingen bij het beschrijven van overeenkomstige elementen. Hieronder worden de elementen ‘vertaald’ weergegeven met de belangrijkste herkomst.

Element	A	B	C	D	E
1 Transferbevordering	x	x	x	x	x
- Vertaling naar het dagelijks leven					
- Actieve betrokkenheid naasten en begeleiders					
- Beschikbaarheid van informatieve materialen voor het netwerk					
2 Vormgeving	x			x	x
- Eenvoudige teksten					
- Visualisaties					
3 Opzet	x			x	x
- Gestructureerd programma					
- Geregelde herhalingen					
4 Benadering	x	x		x	x
- Responsieve en respectvolle benadering					
- Hoopgevende en, motiverende benadering					
5 Inhoud	x	x	x		x
- Relevante thema's					
- Relevante adviezen voor het dagelijks leven					
6 Praktische uitvoerbaarheid		x			x
- Kortdurend programma					
- Programma dat op maat kan worden aangeboden					
- Makkelijk en kosteloos te verkrijgen materialen					
7 Personele uitvoerbaarheid					x
- Uitvoerbaar door hulpverleners die dicht bij de cliënt staan					
- Kortdurend scholingstraject bestaande uit zelfstudie en oefenworkshop					
8 Implementatie					x
- Makkelijk verkrijgbaar materialenpakket					
- Overdraagbaar scholingsprogramma					

6. Aangehaalde literatuur

- Agnew, R. (1992). Foundation for a general strain theory of crime and delinquency. *Criminology*, 30, 47-88.
- Allen, R., Lindsay, W. R., MacLeod, F., & Smith, A. H. (2001). Treatment of women with intellectual disabilities who have been involved with the criminal justice system for reasons of aggression. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 14, 340-347.
- Alpaslan, A.H., Kocak, U., Coskun, K.S., & Cobanoglu, C. (2016). A case of severe long term selective mutism in a child with intellectual disability. *International Journal of Developmental Disabilities*, 62, 131-135.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). New Providence, NJ: LexisNexis/Anderson Publishing.
- Benson, B.A. (2004). Psychological interventions for people with intellectual disability and mental health problems. *Current Opinion in Psychiatry*, 17, 353-357.
- Colom, F., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Palomino-Otiniano, R., Reinares, M., Goikolea, J. M., ... & Martinez-Aran, A. (2009). Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 260-265.
- Crowley, V., Rose, J., Smith, J., Hobster, K., & Ansell, E. (2008). Psycho- educational groups for people with a dual diagnosis of psychosis and mild intellectual disability: A preliminary study. *Journal of Intellectual Disabilities*, 12, 25-39.
- Dagnan, D., Jackson, I., & Eastlake, L. (2018). A systematic review of cognitive behavioural therapy for anxiety in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62, 974-991.
- De Barros Pellegrinelli, K., de O. Costa, L. F., Silval, K. I. D., Dias, V. V., Roso, M. C., Bandeira, M., ... & Moreno, R. A. (2013). Efficacy of psychoeducation on symptomatic and functional recovery in bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127, 153-158.
- De Vogel, V., de Vries Robbé, M., de Ruiter, C., & Bouman, Y. H. A. (2011) Assessing protective factors in forensic psychiatric practice: Introducing the SAPROF. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10, 171-177
- De Wit, M., Moonen, X., & Douma, J. (2011). *Richtlijn Effectieve Interventies: aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedrags-veranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.
- Demily, C., Rigard, C., Peyroux, E., Chesnoy-Servanin, G., Morel, A., & Franck, N. (2016). «Cognitus & Moi»: a computer-based cognitive remediation program for children with intellectual disability. *Frontiers in Psychiatry*, 7, <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00010>.
- Didden, R., Nijman, H., Delforterie, M., & Keulen-De Vos, M. (2020). Treatment of anger and violence of individuals with intellectual disabilities. In W. Lindsay, L. Craig & D. Griffith (Eds.), *What works for individuals with intellectual and developmental disabilities: Theory, research and practice* (pp. 297-309). London: Wiley.
- Douglas, K. S., & Skeem, J. L. (2005). Violence risk assessment: Getting specific about being dynamic. *Psychology, Public Policy, and Law*, 11, 347-383.
- Douma, J. (2018). *Jeugdigen en (jong)volwassenen met een licht verstandelijke beperking*.

- Kenmerken en de gevolgen voor diagnostisch onderzoek en (gedrags)interventies*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB.
- Drieschner, K. H., & Hesper, B. L. (2008). *Dynamic Risk Outcome Scales*. Boschoord: Trajectum.
- Emerson, E., & Halpin, S. (2013). Anti-social behaviour and police contact among 13-to 15-year-old English adolescents with and without mild/moderate intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26, 362-369.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) (2019). Basis zorgprogramma: Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. <https://efp.nl/publicaties/basis-zorgprogramma>
- Heider, F. (1958). *The Psychology of interpersonal relations*. New York: John Wiley and Sons.
- Heinemann, A., Neumann, C., van der Waa, A., & Kok, L. (2016). Cognitieve gedragstherapie. In: R. Didden, P. Troost, X. Moonen, & W. Groen (red.). *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (pp. 397 – 407). Utrecht: De Tijdstroom.
- Hoencamp E., & Haffmans, P.M.J. (2008) *Psycho-educatie in de GGZ en de verslavingszorg. Theorie en praktijk*. Assen: Van Gorcum.
- Hussain, L, Warner, M.D., & Hallahan, B. (2009). Psycho-education of families in relation to their siblings' psychiatric illness. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 26, 69-72.
- Kaal, H., Smits, D., & Vrij, P. (2017). Licht verstandelijke beperking en crimineel gedrag: samenhang en prevalentie. In: H. Kaal, N. Overvest, & M. Boertjes (red.), *Beperkt in de keten* (pp. 51-64). Boom criminologie.
- Liau, A.K., Shively, R., Horn, M. Landau, J., Barriga, A., & Gibbs J.C., (2004) Effects of psycho-education for offenders in a community correctional facility. *Journal of community psychology*, 32, 5, 543 – 558
- Lunsky, Y., Straiko, A., & Armstrong, S. (2003). Women be Healthy: Evaluation of a Women's Health Curriculum for Women with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 16, 247-253.
- Marshall, K., & Ferris, J. (2012). Utilising behavioural family therapy (BFT) to help support the system around a person with intellectual disability and complex mental health needs: A case study. *Journal of Intellectual Disabilities*, 16, 109-118.
- Moonen, X., & Kaal, H. (2017). Jeugdigen en jongvolwassenen met licht verstandelijke beperkingen en criminaliteit. *Justitiële Verkenningen*, 43, 9-24.
- Pettersen, G., Rosenvinge, J.H., & Wynn, R. (2011) Eating disorders and psychoeducating: patients' experiences of healing processes. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 25, 1, 12-18
- Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., Froböse, T., Gsottschneider, A., & Jahn, T. (2009). Do individuals with schizophrenia and a borderline intellectual disability benefit from psychoeducational groups? *Journal of Intellectual Disabilities*, 13, 305-320.
- Robinson, L., Escopri, N., Stenfert Kroese, B., & Rose, J. (2016). The subjective experience of adults with intellectual disabilities who have mental health problems within community settings. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 10, 106-115.
- Roos, J. (2017). Kenmerken en implicaties van een licht verstandelijke beperking. In: H. Kaal, N. Overvest, & M. Boertjes (red.), *Beperkt in de keten* (pp. 19-40). Boom criminologie.
- Russell, P.S.S., John, J.K., Lakshmanan, J., Russell, S., & Lakshmidivi, K.M. (2004). Family

- intervention and acquisition of adaptive behaviour among intellectually disabled children. *Journal of Learning Disabilities*, 8, 383-395.
- Schultz, C., Schutz, N., Bruce, E., Smyrniotis, K., Carey, L., & Carey, C. (1993). Psychoeducational support for parents of children with intellectual disability: an outcome study. *International Journal of Disability, Development and Education*, 40, 3, 205 – 216
- Summers, S.J., & Witts, P. (2003). Psychological intervention for people with learning disabilities who have experienced bereavement: A case study illustration. *British Journal of Learning Disabilities*, 31, 37-41.
- Taylor, J., & Lindsay, W. (2010). Understanding and treating offenders with learning disabilities: a review of recent developments. *Journal of Learning Disabilities and Offending Behaviour*, 1, 5-16.
- Taylor, J., Novaco, R., & Brown, T. (2016). Reductions in aggression and violence following cognitive behavioural anger treatment for detained patients with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual and Disabilities Research*, 60, 126-133.
- Thompson, A. R., & Beail, N. (2002). The treatment of auto-erotic asphyxiation in a man with severe intellectual disabilities: the effectiveness of a behavioural and educational programme. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15, 36-47.
- Van Daele, T., Hermans, D., Van Audenhove, C., & Van den Bergh, O. (2011) *Stress reduction through psycho-education: a meta-analytic review* Katholieke Universiteit Leuven, Belgium
- Vogelvang, B., Rutten, E.A., De Jong, B.J., & Van Den Braak, J. (2012). *Reclasseren met adolescenten en jongvolwassenen. Een methodische handreiking voor de jeugdreclassering en reclassering*. Woerden: VanMontfoort.
- Ward, T., & Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, 10, 243-257.
- Zhang, D., Barrett, D. E., Katsiyannis, A., & Yoon, M. (2011). Juvenile offenders with and without disabilities: Risks and patterns of recidivism. *Learning and Individual Differences*, 21, 12-18.

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Kenniscentrum Sport, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.



Nederlands
Jeugdinstituut



Nederlands
Centrum
Jeugdgezondheid



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



kennis en oanspak van
sociale vraagstukken



Vilans



Trimbos
instituut