Justitiële Interventies

Interventie

Addendum bij Seeking Safety voor de toepassing bij mensen met een LVB

Erkenning

Erkend door deelcommissie Justitiële interventies
Datum: 9 oktober 2024

Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: Tactus Verslavingszorg (Augustus, 2024). Justitieleinterventies.nl: beschrijving Addendum bij Seeking Safety voor de toepassing bij mensen met een LVB'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos instituut. Gedownload van https://www.trimbos.nl/kennis/justitiele-interventies/.

Inhoud

Leeswijzer **4**
Samenvatting **5**
Doelgroep 5
Doel 5
Aanpak 5
Materiaal 5
Onderbouwing 5
Onderzoek 6
1.Uitgebreide beschrijving **7**
1.1 Doelgroep 7
1.2 Doel 9
1.3 Aanpak 9
2. Uitvoering **12**
3. Onderbouwing **16**
4. Onderzoek **25**
4.1 Onderzoek naar uitvoering 25
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten 27
5. Samenvatting werkzame elementen **29**
Aangehaalde literatuur **30**

Leeswijzer

Deze erkenningsaanvraag betreft het LVB-addendum bij Seeking Safety (SeSa). SeSa is een wetenschappelijk onderbouwde effectieve behandelinterventie voor verslavingsproblematiek en traumagerelateerde klachten. Het LVB-addendum bij SeSa is ontwikkeld om ook de doelgroep van licht verstandelijk beperkte (LVB) en zwakbegaafde personen te laten profiteren van de SeSa methodiek.

In de tekst noemen we het LVB-addendum voor het leesgemak 'Seeking Safety LVB' of 'SeSa LVB'. Over dit begrip kan wat verwarring ontstaan. Het is belangrijk te benadrukken dat dit addendum geen op zichzelf staande methodiek is. Het moet altijd met inachtneming van de originele Seeking Safety-methodiek worden toegepast. De ontwikkelaars willen onderstrepen dat het LVB-addendum zonder deze basis niet als zelfstandige interventie kan worden ingezet.

Tevens verwijzen we in dit werkblad zowel naar traumagerelateerde klachten als naar PTSS-symptomen. Hoewel deze begrippen soms afzonderlijk worden genoemd, worden ze in de klinische praktijk vaak gebruikt om dezelfde klachten te beschrijven. Er dient opgemerkt te worden dat, ondanks het verschil in terminologie, beide termen verwijzen naar symptomen die voortkomen uit traumatische ervaringen die patiënten hebben meegemaakt.

Samenvatting

Seeking Safety (SeSa) is een effectieve behandelinterventie voor co-morbide verslavingsproblematiek en traumagerelateerde stoornissen (Lenz et al., 2016). Sinds de Nederlandse vertaling in 2010 verscheen, wordt de interventie veelvuldig ingezet door behandelaren werkzaam in de (forensische) geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Voor patiënten[1] met een lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid (LVB) is een aanvulling bij het Nederlandse handboek (middels een addendum) ontwikkeld om de behandelaren te helpen SeSa toe te passen bij deze doelgroep. Het addendum houdt onder andere rekening met hun cognitieve en adaptieve beperkingen en is een aanvulling op het Nederlandse handboek Seeking Safety. Tezamen vormen zij het SeSa LVB addendum. Er zijn 12 van de oorspronkelijke 25 Seeking Safety onderwerpen – met goedkeuring van de ontwikkelaar en Nederlandse uitgever van Seeking Safety – aangepast aan de kenmerken en leerstijl van adolescenten en volwassenen met een LVB. Aanpassingen zijn er onder andere op het gebied van informatiedichtheid, taalgebruik en gebruik van non-verbale actieve werkvormen.

Doelgroep

Seeking Safety LVB (SeSa LVB) is geschikt voor adolescenten en volwassenen (leeftijd 16+) met een LVB (IQ 50 – 85) bij wie sprake is van verslavingsproblematiek en traumagerelateerde klachten. De termen 'verslavingsproblematiek' en 'traumagerelateerde klachten' worden in dit addendum ruim opgevat. Met verslavingsproblematiek bedoelen we ook de gedragsverslavingen. Onder traumagerelateerde klachten vallen, naast levensbedreigende situaties ook stressvolle gebeurtenissen en potentieel traumatische gebeurtenissen die hebben geleid tot PTSS klachten.

Doel

Het primaire doel van SeSa is het creëren van een veilige leefstijl en leefomgeving die bijdragen aan herstel van verslavingsproblematiek en traumagerelateerde klachten. Het verwerken van trauma is geen doel op zich. In SeSa gaat het om vermindering van zelfdestructief gedrag, het opzetten van een steunend netwerk en zelfbescherming voor gevaar vanuit de verslaving en de traumagerelateerde stoornis. Het LVB addendum probeert daarnaast patiënten te informeren over wat LVB, trauma en verslaving betekenen en hoe ze met elkaar samenhangen. Het secundaire doel van het LVB addendum is het voorkomen van crimineel gedrag of recidive. Verslaving en traumagerelateerde stoornissen zijn risicofactoren voor delictgedrag en recidive. Verminderen van deze risicofactoren vermindert het risico op recidive.

Aanpak

Patiënten doorlopen de 12 sessies individueel of in groepsverband. Zij worden begeleid door behandelaren die getraind zijn in Seeking Safety en het LVB addendum. Een ten minste afgeronde relevante HBO-opleiding voor behandelaren wordt geadviseerd, met kennis over Seeking Safety en deskundigheid op het gebied van traumagerelateerde stoornissen, verslavingsproblematiek en het behandelen van mensen met een LVB. Voor behandelaren is er een handleiding beschikbaar en voor patiënten een werkboek. Het betrekken van naasten wordt door de gehele interventie gestimuleerd.

Materiaal

Er zijn diverse materialen beschikbaar en kosteloos te downloaden via de website van Kwaliteit Forensische Zorg onder Eindproducten:

- Werkboek voor patiënten
- Handreiking voor behandelaren
- Implementatieplan, op maat toe te passen voor organisaties

Voor het doorlopen van het LVB addendum is ook het originele Seeking Safety handboek nodig, o.a. te bestellen bij de uitgever BSL.

Onderbouwing

Het LVB addendum is een aanvulling en is gebaseerd op de evidence-based behandeling Seeking Safety. Het addendum is gebaseerd op uitgangspunten van het RNR model, Good Lives model, Cognitieve gedragstherapie, Motiverende gespreksvoering en psycho-educatie.
De aanpassingen die zijn gemaakt houden rekening met de specifieke karakteristieken van de LVB doelgroep, zoals beperkingen in het adaptief en cognitief functioneren, en komen overeen met de richtlijn effectieve interventies LVB. Ook is het addendum gebaseerd op de wensen en behoeftes van zowel behandelaren als patiënten, vanuit de resultaten van een pilotstudie.

[1] In dit rapport wordt gesproken van patiënten. Hier kan ook 'cliënten' gelezen worden.

Onderzoek

In zowel de procesevaluatie als in een pilotstudie naar het LVB addendum kwam naar voren dat behandelaren over het algemeen positief zijn over de inhoud van het addendum en de bijbehorende materialen. Uit de procesevaluatie bleken de sterke kanten van het LVB addendum: de taalaanpassingen voor de doelgroep, de structuur en herhaling in het addendum, evenals de opdrachten voor deelnemers. Een faalfactor kan zijn dat niet iedere trainer gebruikt maakt van de aangeboden materialen, zoals de oorspronkelijke handleiding van Seeking Safety. Het gebruik hiervan moet worden benadrukt in de scholing van trainers. Andere suggesties voor verbetering opmerkt door trainers zijn: het aanvullen van het addendum met meer spelvormen, meer aandacht voor de rol van persoonlijk begeleiders en de verdere optimalisatie van taalaanpassingen.

1.Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Seeking Safety LVB is geschikt voor adolescenten en volwassenen (leeftijd 16+) met een LVB (IQ 50 – 85 en beperkingen in het adaptief functioneren) bij wie sprake is van verslavingsproblematiek en traumagerelateerde klachten. Deze leeftijdsgrens is geselecteerd, omdat deze het meest onderzocht is, zowel in wetenschappelijk onderzoek als in kleinere pilot studies.

De termen 'verslavingsproblematiek' en 'traumagerelateerde klachten' worden ruim opgevat. Verslavingsproblematiek is niet beperkt tot problematisch gebruik van alcohol en/of drugs, maar omvat ook zogenoemde gedragsverslavingen (o.a. gamen, gokken, schermgebruik). Trauma- gerelateerde klachten gaan hier over het hebben meegemaakt van ingrijpende of potentieel traumatische gebeurtenissen waar de patiënt momenteel nog last van ondervindt. Deze stressoren kunnen PTSS-symptomen genereren.

Vanwege de ernst van de triple problematiek geldt het sterke advies SeSa LVB uitsluitend te geven aan patiënten die professionele hulp krijgen, bijvoorbeeld vanuit de GGZ, de verslavingszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg en forensische zorg. De interventie is – in tegenstelling tot de originele SeSa (niet het LVB addendum) – niet geschikt voor het gebruik in zelfhulp(groepen) of gegeven door enkel niet professioneel opgeleide ervaringsdeskundigen.

Intermediaire doelgroep

Een belangrijke succesfactor in de behandeling van mensen met een LVB is het inzetten en betrekken van het formele en/of informele steunsysteem. Een vertrouwenspersoon uit de naaste omgeving van de patiënt (begeleider, wettelijk vertegenwoordiger, ouder, partner, vriend[in]) kan ondersteunen bij het herhalen en generaliseren van de behandelinhoud naar de dagelijkse praktijk. Dit werkt ondersteunend bij het vasthouden van de behaalde resultaten. Zij vormen daarmee de intermediaire doelgroep van SeSa LVB.

Met instemming van de patiënt, wordt de vertrouwenspersoon bij voorkeur intensief bij het behandeltraject betrokken. Dit kan deelname aan de SeSa LVB sessies betekenen. Wanneer dit niet haalbaar is, wordt de vertrouwenspersoon op een andere wijze betrokken, bijvoorbeeld door telefonisch of online contact of afstemming per e-mail tussen de sessies door. Mochten vertrouwenspersonen betrokken worden in een groepsbehandeling, dan is het wenselijk dat iedere deelnemende patiënt een vertrouwenspersoon meeneemt. Het kan zijn dat dit niet voor iedere patiënt lukt. In dat geval wordt de vertrouwenspersoon op een andere manier betrokken, zoals hierboven beschreven.

Mocht – na aanzienlijke inspanning hiertoe – het niet lukken een vertrouwenspersoon uit de naaste omgeving te vinden, dan is te overwegen of een professional die meer op afstand staat van de patiënt (en dus minder betrokken is in het dagelijks leven) deze functie kan overnemen. Bijvoorbeeld een WMO of MEE consulent of ambulant behandelaar vanuit de verslavingszorg of ggz.

In het maken van afspraken over het betrekken van naasten kan het eerste behandelonderwerp van Seeking Safety, te weten "Inleiding op de behandeling: Casemanagement", gebruikt worden.

Selectie van doelgroepen

Patiënten worden door de behandelverantwoordelijke, bijvoorbeeld een regiebehandelaar zoals een GZ-psycholoog, klinische psycholoog of (verslavings)arts zoals een psychiater, in samenspraak met de overige betrokkenen in het multidisciplinaire team geïndiceerd voor deelname aan Seeking Safety voor mensen met een LVB. Indicaties voor deelname zijn:

- een LVB (IQ 50 – 85; deficiënties in adaptief functioneren), vastgesteld door een psychologisch onderzoek of intelligentie onderzoek
- Verslavingsproblematiek; problematisch middelengebruik of gedrag, wat leidt tot beperkingen in het dagelijks functioneren, vastgesteld middels meetinstrumenten geschikt voor het meten van middelengebruik bij LVB patiënten, zoals de SumID-Q
- PTSS symptomen of traumagerelateerde klachten; het hebben meegemaakt van ingrijpende of potentieel traumatische gebeurtenissen en daar momenteel nog last van ondervinden
- Leeftijd: 16 jaar of ouder, de samenstelling van de groepen op basis van leeftijd is afhankelijk van context, organisatorische mogelijkheden en het aanbod op dat moment
- Voldoende mondelinge en schriftelijke beheersing van de Nederlandse taal

- Vanzelfsprekend dient de patiënt daarnaast geïnformeerd te zijn over het doel van de behandeling en instemmen met het algemene behandelplan. Wanneer een wilsbekwame patiënt akkoord gaat met het behandelplan, mag worden aangenomen dat er sprake is van enige motivatie. In gevallen waar een wettelijke vertegenwoordiger betrokken is, dient ook hij of zij akkoord te gaan met het behandelplan.

NB: Officieel classificeren van LVB, verslavingsproblematiek en PTSS symptomen zal niet altijd mogelijk zijn. Bijvoorbeeld omdat iemand actueel middelen gebruikt, waardoor intelligentie, adaptief functioneren en PTSS symptomen niet betrouwbaar kunnen worden gemeten of deelname aan SeSa LVB niet zinvol is. Of omdat door de ernst van de PTSS klachten de draagkracht dermate verlaagd is dat uitgebreide diagnostiek niet passend is. Screenen op elk van de onderdelen van triple problematiek kan dan een uitkomst zijn.

Uitgangspunt is dat de LVB, verslavingsproblematiek en PTSS symptomen zijn gescreend dan wel officieel vastgesteld volgens de huidige professionele richtlijnen volgens een daartoe bekwame (regie)behandelaar. Dit is nodig om tot een goede indicatiestelling te komen voor behandeling. Er worden binnen SeSa LVB geen eisen gesteld aan *hoe* LVB, verslavingsproblematiek en PTSS symptomen zijn vastgesteld, dat wil zeggen: via welke onderzoeksmethode of test. Er zijn verschillende manieren om volgens professionele richtlijnen een LVB, verslavingsproblematiek en PTSS symptomen te screenen of vast te stellen. Voor suggesties kan onder andere de website van het Kenniscentrum LVB geraadpleegd worden (https://www.kenniscentrumlvb.nl/ggz-lvb/).

Contra-indicaties

Wanneer een patiënt ernstig psychotisch is, dan is dat een contra-indicatie voor deelname aan Seeking Safety LVB. Dit geldt voor zowel de groeps- als individuele behandeling. Wanneer een patiënt ernstig zelfdestructief gedrag vertoont, is dit een contra-indicatie voor de groepsbehandeling, maar niet voor een individueel traject.

Verder zijn er een aantal voorwaarden voor een succesvolle toepassing van SeSa LVB waarbij rekening dient te worden gehouden bij de selectie en indicatiestelling. Mocht niet aan deze voorwaarden kunnen worden voldaan op dat moment, dan wordt dit gezien als (tijdelijke) contra-indicatie:

- Bij ambulante toepassing van het addendum is het aan te bevelen dat er sprake is van voldoende sociale integratie met de omgeving of dat hier vanaf de start expliciet aandacht voor is in de behandeling. Met sociale integratie worden zaken als woonproblemen, afwezigheid van een basale dagstructuur, schulden of financiële problemen, of ontbreken van noodzakelijke (woon)begeleiding bedoeld. Deze kunnen deelname aan ambulante behandeling namelijk bemoeilijken en de kans op voortijdige uitval vergroten. Indien er bij indicatiestelling onvoldoende sociale integratie is, kan gebruik worden gemaakt van het eerste behandelonderwerp van Seeking Safety, te weten “Inleiding op de behandeling: Casemanagement”, welke uitkomst kan bieden.
- De medische en/of psychiatrische risico’s van vermindering of stoppen met middelengebruik of verslavingsgedrag zijn in kaart gebracht en worden waar nodig behandeld of gemonitord binnen de verslavingszorg.
- De verslavingsproblematiek dient dermate onder controle te zijn dat iemand tijdens de sessies nuchter is, waardoor er voldoende geleerd en geprofiteerd kan worden van de behandeling. Indien dit (nog) niet haalbaar is, is een detoxificatie voorafgaand aan de interventie een mogelijkheid. Een terugval in middelengebruik of verslavend gedrag is *geen* contra-indicatie voor deelname aan de interventie, maar wel voor de betreffende sessie. De patiënt kan in dat geval zijn deelname voortzetten, mits hij tijdens de sessies nuchter is.

Als er sprake is van een groot medisch en/of psychiatrisch risico bij detoxificatie, ernstige psychiatrische comorbiditeit (zoals acute suïcidaliteit, actuele psychose of ernstige depressie) of ernstige psychosociale problematiek die interfereert met de behandeling, is het belangrijk binnen het behandelteam afspraken te maken over de monitoring en behandeling hiervan. Dit kan een contra-indicatie zijn voor het inzetten van Seeking Safety LVB op dat specifieke moment in de behandeling. Psychiatrische comorbiditeit die niet interfereert met de behandeling vormt geen contra-indicatie voor deelname.

Betrokkenheid doelgroep

Voor de ontwikkeling van Seeking Safety LVB is gebruik gemaakt van het oorspronkelijke handboek, inclusief bijbehorende hand-outs. In de eerste stap van het ontwikkelproces zijn alle oorspronkelijke behandelonderwerpen voorgelegd aan een expertgroep. Deze expertgroep bestond uit negen behandelaren (zie dankwoord) die allen ervaren zijn in het werken met Seeking Safety en/of het behandelen van de LVB doelgroep. De experts hebben aangegeven welke behandelonderwerpen zij essentieel zouden vinden in de ontwikkeling. Hieruit kwam een lijst met 10 behandelonderwerpen naar voren. Twee behandelonderwerpen zijn door de auteurs toegevoegd om tot een volledig addendum voor behandeling te komen.

Na de ontwikkeling van een eerste versie van het addendum hebben twee feedbackrondes plaatsgevonden. Ten eerste is het addendum (met de aangepaste handreiking en werkbladen) voorgelegd aan Lisa Najavits,

intellectueel eigenaar van Seeking Safety. Ten tweede is het addendum in de vorm van interne pilots binnen Tactus voorgelegd aan behandelaren en patiënten met een LVB. Zij gaven zowel feedback op inhoud (bijvoorbeeld een behandelvorm die werd gemist) als op uitstraling en vormgeving (bijvoorbeeld illustraties die niet aanspraken). Beide feedbackrondes hebben tot aanpassingen geleid en daarmee tot de totstandkoming van de tweede versie van het addendum.

Op de tweede versie van het addendum is tevens geëvalueerd middels het verzamelen van feedback. Het addendum is opnieuw voorgelegd aan Lisa Najavits. Daarnaast heeft een externe pilot bij Trajectum plaatsgevonden. In deze feedbackrondes met gebruikers van het addendum (voornamelijk behandelaren) kwamen slechts kleine aanpassingen naar voren in de vorm van tekstuele of grammaticale verbeterpunten. Na deze aanpassingen te hebben doorgevoerd, is het Seeking Safety addendum voor mensen met een LVB definitief opgeleverd.

1.2 Doel

Hoofddoel

Het hoofddoel van de originele Seeking Safety door Najavits (2010) is het creëren van een veilige leefstijl en leefomgeving die bijdraagt aan herstel van verslavingsproblematiek en traumagerelateerde klachten. Veiligheid betekent in deze context vooral het niet terugvallen in middelengebruik of verslavingsgedrag en situaties of gedrag vermijden dat tot (her)traumatisering kan leiden. Onder dit laatste valt ook het plegen van of betrokken zijn bij risicovol- en delictgedrag.

Op korte termijn zijn de doelen stoppen met middelengebruik of ander verslavend gedrag en afname van trauma-klachten (symptomatisch herstel), en het ontwikkelen van nieuwe doelen en verwachtingen in het leven passend bij een veilige en gezonde leefstijl. Hiermee werken patiënten op de lange termijn aan hun persoonlijk en maatschappelijk herstel en waarden als participatie, welzijn en autonomie.

Subdoelen

Subdoelen van SeSa LVB zijn:

- De patiënt verwerft kennis van verslavingsproblematiek, trauma(klachten) en de interactie tussen beide en leert dat de LVB een factor is die patiënten hier kwetsbaar voor maakt;
- De patiënt weet wat veiligheid betekent en herkent onveilige situaties;
- De patiënt kan vaardigheden inzetten die hem helpen om veilig te blijven, zoals hulp vragen, zelfzorg toepassen en grenzen aangeven;
- De patiënt weet wie zijn bondgenoten (vertrouwenspersonen) zijn en weet hoe hij hen om hulp kan vragen in het bereiken van zijn (behandel)doelen;
- Het herstelproces van de patiënt bevorderen door te focussen op (nieuwe) idealen.

Deze subdoelen vormen samen het secundaire doel van SeSa LVB: met behulp van bovenstaande kennis en vaardigheden voorkomen van risicovol- en delictgedrag. Verslaving en traumagerelateerde stoornissen zijn immers risicofactoren voor delictgedrag en recidive. Verminderen van deze risicofactoren vermindert het risico op recidive.

Doelen voor de intermediaire doelgroep zijn:

- De vertrouwenspersoon weet wat er van hem wordt verwacht en hoe hij de patiënt kan ondersteunen bij het behalen van diens (behandel)doelen;
- De vertrouwenspersoon ondersteunt de patiënt om het geleerde toe te passen in het dagelijks leven.

1.3 Aanpak

Opzet interventie

Seeking Safety is een interventie die in wetenschappelijk onderzoek geschikt is gebleken voor een grote verscheidenheid aan patiënten: mannen en vrouwen, adolescenten en volwassenen, ambulante en klinische behandeling, vrijwillig en gedwongen behandelkader. Er zijn geen aanwijzingen dat voor ieder van deze subgroepen een andere aanpak nodig is (Hien et al., 2015; Najavits, Gallop & Weiss, 2006; Roberts, Roberts, Jones & Bisson, 2016; Sherman et al., 2023). Kenmerkend voor de interventie is namelijk de flexibiliteit in de opzet ervan. Dit maakt dat de interventie aan te passen is om optimaal aan te sluiten bij de behandelaar, patiënt en behandelsetting. Wel zijn er een aantal kaders voor de toepassing van het addendum.

SeSa LVB bestaat uit 12 behandelonderwerpen waarin telkens een ander onderwerp centraal staat. Het staat behandelaren vrij om de volgorde van de behandelonderwerpen 6 t/m 11 te veranderen. De onderwerpen 1 t/m 6 moeten echter op volgorde gegeven worden. Behandelaren hebben ook de mogelijkheid om meerdere bijeenkomsten te gebruiken om één behandelonderwerp aan te bieden. Dit is vaak zelfs noodzakelijk om de stof te laten beklijven bij deelnemers met een LVB. Het wordt afgeraden om meerdere onderwerpen in één sessie te bespreken. De duur van de interventie varieert daarmee doorgaans tussen de 12 en 24 wekelijkse sessies van 45 minuten (individuele behandeling) of 90 minuten (groepsbehandeling). Op pagina 22 van dit werkblad wordt in een tabel overzicht geboden van de behandelonderwerpen in SeSa LVB en welke risicofactoren ermee worden aangepast met welk (sub)doel.

SeSa LVB kan – evenals de originele SeSa methodiek – zowel in groepsverband worden uitgevoerd als individueel. Er kan ook worden gekozen voor een tussenvariant, waarin (wekelijkse) groepsbijeenkomsten en individuele bijeenkomsten elkaar aanvullen. Groepsbehandeling heeft een aantal voordelen ten opzichte van individuele behandeling. Deze voordelen zijn samengevat door Van der Veer en Sanders (2018) op basis van meerdere internationale wetenschappelijke onderzoeken naar de werkzame factoren van groepsbehandeling. In de groepsbijeenkomsten ontmoet de patiënt bijvoorbeeld lotgenoten, met wie hij ervaringen kan uitwisselen en vaardigheden kan oefenen. Vertrouwenspersonen sluiten doorgaans niet aan bij groepsbijeenkomsten. Indien er gekozen wordt voor groepsgewijze sessies wordt geadviseerd groepen samen te stellen van maximaal 6 patiënten. Maar, de samenstelling van de groep en het opzetten van de behandeling is naar eigen inzicht van de behandelaren. Factoren die hierbij mee kunnen spelen zijn bijvoorbeeld man-vrouw verhoudingen, type verslavingsproblematiek (alcohol, drugs of gedrag), leeftijd en bijkomende problematiek. Belangrijk in deze keuze is dat deelnemers zich voldoende in elkaar kunnen herkennen. Richtlijnen vanuit groepsdynamica (Koks & Steures, 2019) kunnen helpend zijn in het maken van keuzes.

Het individueel aanbieden van SeSa is ook mogelijk. Bijvoorbeeld als er sprake is van ernstige comorbiditeit (stotteren, hersenletsel, op de voorgrond staande suïcidaliteit en/of psychotische klachten), als groepsbehandeling te belastend is voor de patiënt (beperkte zelfreflectie of draagkracht) of als de patiënt onvoldoende kan profiteren van het groepsproces (beperkt inlevingsvermogen, moeite met feedback). Het kan ook voorkomen dat een patiënt die in principe voor groepsbehandeling in aanmerking komt, toch een individueel traject volgt omdat er op korte termijn geen groep beschikbaar is. In uitzonderlijke gevallen kan SeSa LVB dan individueel worden aangeboden, mits goed afgewogen en besproken met de behandelverantwoordelijke, zoals een regie- of hoofdbehandelaar.

Vertrouwenspersonen worden alleen in individuele bijeenkomsten betrokken. Als een patiënt dus SeSa LVB in groepsverband volgt, volgt hij of zij samen met de vertrouwenspersoon aanvullende individuele bijeenkomsten. Dit in het kader van de privacy van de overige deelnemers in de groep. Daarnaast kan de vertrouwenspersoon in individuele bijeenkomsten optimaal aansluiten bij het leven en de omstandigheden van de patiënt.

Tijdens de individuele bijeenkomsten worden de oefeningen verbonden aan de verschillende behandelonderdelen in eerste instantie met de therapeut en/of vertrouwenspersoon geoefend. Er wordt geadviseerd om daarna ook buiten de therapiekamer (waarin individueel geoefend wordt met de therapeut) te zoeken naar mogelijkheden om verder te kunnen oefenen met de aangeleerde vaardigheden, zoals huiswerkopdrachten al dan niet samen uitgevoerd met de vertrouwenspersoon, begeleiders op een afdeling of woonsetting of aanvullende individuele vaktherapie.

Seeking Safety is een behandelinterventie waar voortdurend onderzoek naar wordt gedaan. Het is belangrijk om de resultaten van wetenschappelijk onderzoek mee te nemen en te proberen te integreren in SeSa LVB. Bijvoorbeeld wanneer het gaat over nieuwe inzichten op het gebied van groepssamenstelling of de flexibiliteit van de interventie. De effectenstudie, uitgevoerd door Trajectum, Tactus en GGNet, die momenteel loopt naar het LVB addendum zal daar wellicht ook meer informatie over geven. Zie voor inhoud van de effectstudie hoofdstuk 4.2 van dit werkblad.

Inhoud van de interventie

Iedere bijeenkomst kent een vaste structuur. Deze structuur is onveranderd gebleven ten opzichte van het oorspronkelijke handboek. Uitzonderingen daargelaten, wordt ten zeerste aanbevolen deze structuur iedere bijeenkomst aan te houden.

De bijeenkomsten worden gestart met het werkblad 'Start van de bijeenkomst'. Met het 'Bruggetje' (de oorspronkelijke 'Quotes') wordt de verbinding gemaakt tussen de start van de bijeenkomst en het behandelonderwerp. De verdere inhoud van de bijeenkomst wordt vormgegeven middels werkbladen en

suggesties voor werkvormen. Deze werkvormen kunnen behandelaren helpen in het concreet maken van de oefenstof en het vereenvoudigen van de informatie. Niet alle werkbladen en werkvormen moeten per se gebruikt worden. Behandelaren kunnen daarin een keuze maken. Alhoewel de handleiding voorziet in een breed scala aan werkvormen, kunnen indien gewenst ook andere werkvormen toegepast worden. Voorwaarde is dat deze toegepast worden in de geest van het oorspronkelijke handboek en passend zijn bij het doel van het desbetreffende behandelonderwerp. De bijeenkomst wordt afgesloten met het laatste werkblad binnen elk behandelonderwerp, waarin de vragen 'Einde van de bijeenkomst' terugkomen. Ook de oorspronkelijke 'Verbintenis' is hierin opgenomen, namelijk in de vraag welke afspraak de patiënt met zichzelf maakt voor de volgende keer.

Belangrijk om te vermelden is dat het Seeking Safety addendum geen op zichzelf staande behandelinterventie is. Het oorspronkelijke handboek vormt te allen tijde het uitgangspunt en is noodzakelijk om het addendum te kunnen toepassen.

Het traject van indicatiestelling tot afronding volgt doorgaans ook de, net als in het SeSa handboek, beschreven stappen:

Stap 1 is dat de behandelverantwoordelijke, in samenspraak met het multidisciplinaire team, de patiënt indiceert voor het Seeking Safety addendum voor mensen met een LVB en hem aanmeldt via de daarvoor in de organisatie betreffende procedure.

Stap 2 is dat de patiënt wordt uitgenodigd door de behandelaar die SeSa LVB gaat geven. Tijdens dit gesprek wordt uitleg gegeven over Seeking Safety, wordt besproken wie als vertrouwenspersoon wordt betrokken in de behandeling, wordt het werkboek uitgereikt en worden afspraken gemaakt over de start van de behandeling. Indien de patiënt Seeking Safety in groepsverband zal volgen, zal tijdens dit gesprek ook aandacht zijn voor de afspraken die worden gemaakt met de groep, zoals op tijd komen, informatie over groepsleden niet doorvertellen en nuchter zijn tijdens de bijeenkomst.

Stap 3 is dat de patiënt Seeking Safety doorloopt. De duur van deze stap varieert. Gemiddeld duurt Seeking Safety tussen 12 en 24 weken. Patiënten kunnen er – in overleg met hun behandelaren – echter ook kiezen om de cyclus een tweede maal te volgen voor een verhoogd leerrendement. Gedurende deze fase wordt de vertrouwenspersoon betrokken volgens de daartoe gemaakte afspraken met de patiënt. De vorm waarin de vertrouwenspersoon wordt betrokken, kan variëren afhankelijk van de setting waarbinnen SeSa LVB wordt toegepast. Te denken valt aan het structureel of periodiek laten aansluiten van de vertrouwenspersoon bij individuele sessies, één of meer groepssessies waarbij de vertrouwenspersonen worden uitgenodigd, of periodiek telefonisch of online contact.

Stap 4 is de afronding en evaluatie. In de laatste bijeenkomst (behandelonderwerp 12) wordt de therapie geëvalueerd middels mondelinge feedback tussen behandelaar en patiënt en schriftelijke evaluatie door de patiënt. De schriftelijke evaluatie is aangepast aan de doelgroep en opgenomen als werkblad. Behandelaren schrijven na afloop een samenvatting en evaluatie in het elektronisch patiëntdossier.

Met instemming van de patiënt, wordt de vertrouwenspersoon bij voorkeur intensief bij het behandeltraject betrokken. Dit kan deelname aan individuele SeSa LVB sessies betekenen. Wanneer dit niet haalbaar is, wordt de vertrouwenspersoon op een andere wijze betrokken, bijvoorbeeld door telefonisch of online contact of afstemming per e-mail tussen de sessies door. Mochten vertrouwenspersonen kunnen worden betrokken in een groepsbehandeling, dan is de voorwaarde dat iedere deelnemende patiënt een vertrouwenspersoon meeneemt. Het kan zijn dat dit niet voor iedere patiënt lukt. In dat geval wordt de vertrouwenspersoon op een andere manier betrokken, zoals hierboven beschreven.

De rol van de vertrouwenspersoon is de patiënt ondersteunen en motiveren voor de behandeling. In de sessies waarbij deze persoon betrokken wordt, worden er tips en tools gegeven hoe aan te sluiten bij de belevingswereld van de patiënt, om het ondersteunen en motiveren zo optimaal als mogelijk uit te voeren. De vertrouwenspersoon probeert de patiënt ook buiten de therapiekamer te stimuleren om te oefenen met bepaalde behandelonderwerpen. In de handleiding voor behandelaren staat beschreven bij welke behandelonderwerpen het in ieder geval noodzakelijk is de vertrouwenspersoon te betrekken. De vertrouwenspersoon krijgt geen huiswerk of opdrachten aangeboden vanuit SeSa LVB.

2. Uitvoering

Materialen

Het Seeking Safety addendum voor mensen met een LVB is een aanvulling op het oorspronkelijke handboek en bedoeld voor toepassing bij mensen met een LVB. Het handboek vormt te allen tijde het uitgangspunt en is noodzakelijk om het addendum te kunnen toepassen. Dit handboek is online via diverse websites te bestellen, o.a. via de uitgever BSL.

In aanvulling hierop bestaat het addendum uit de volgende materialen, die alle kosteloos te downloaden zijn van de website van Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ) onder 'Eindproducten':

- Een werkboek voor patiënten
- Een handreiking voor behandelaren
- Een document waarin de totstandkoming, theoretische onderbouwing en bevindingen van wetenschappelijk onderzoek naar het addendum staan beschreven (eindrapportage)
- Een implementatieplan

Materialen die tijdens de behandeling gebruikt kunnen worden, zoals een terugvalpreventieplan, audio- of videomateriaal of vragenlijsten voor de evaluatie van Seeking Safety LVB, zijn opgenomen in het werkboek voor patiënten en de handreiking voor behandelaren.

Locatie en type organisatie

Het oorspronkelijke Seeking Safety handboek kan in verschillende vormen worden toegepast, zowel vanuit professionele zorg als vanuit zelfhulp. Het LVB addendum is echter uitsluitend bedoeld voor de toepassing van Seeking Safety vanuit professionele zorg, dat wil zeggen: ingebed in de hulpverlening aan mensen met LVB, traumagerelateerde klachten en verslaving vanuit de (forensische) geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg of verstandelijk gehandicaptenzorg.

Seeking Safety is een flexibele interventie. Er zijn geen aanwijzingen dat voor verschillende subgroepen, zoals mannen of vrouwen, volwassenen of adolescenten, ambulant of klinische hulpverlening, een andere aanpak nodig is. Wel kunnen aanvullende indicatiecriteria gelden, bijvoorbeeld bij toepassing binnen een ambulant traject, bijvoorbeeld wel of niet groepsgeschikt. De aanvullende indicatiecriteria voor toepassing binnen een ambulant traject staan beschreven bij Selectie van doelgroepen. De aanvullende indicatiecriteria voor toepassing in groepsverband kunnen worden nagelezen in documentatie op de website van de Nederlandse Vereniging voor Groepsdynamica en Groepspsychotherapie.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

Bij de uitvoering van Seeking Safety LVB is kennis van de oorspronkelijke handleiding en deskundigheid op het gebied van trauma en verslavingsproblematiek (of de bereidheid deze kennis en ervaring op te doen) vereist. Ook ervaring met het behandelen van mensen met een LVB is een voorwaarde voor het succesvol kunnen toepassen van het addendum. Bij toepassing van het addendum in groepsverband is ook kennis van groepsdynamiek en ervaring met groepstherapie vereist. Vanwege de specifieke kenmerken van de doelgroep raden we aan dat behandelaren ten minste een afgeronde relevante HBO-opleiding hebben. Ook voor de inzet van een ervaringsdeskundige wordt een afgeronde opleiding geadviseerd.

Investeren in het opbouwen van een werkrelatie is bij de toepassing van het addendum een vereiste. In vergelijking met mensen zonder een LVB is de houding van behandelaren bij deze doelgroep vaak wat meer sturend en directief. Een geïnteresseerde, nieuwsgierige, onderzoekende houding, begrip en ruimte voor de wensen en behoeften van de patiënt, respect voor de autonomie en onvoorwaardelijke acceptatie van de patiënt zijn hierin tevens sleutelbegrippen.

Gezien de complexe doelgroep en de eisen die dit stelt aan kennis, attitude, visie en vaardigheden van de behandelaren, adviseren wij een vorm van training-on-the-job (door een ervaren medebehandelaar), of formele scholing. Deze wordt onder andere aangeboden door Tactus Verslavingszorg, Trajectum en GGZ Drenthe en kan via Tactus aangevraagd worden.

Kwaliteitsbewaking

De kwaliteit en integriteit worden zowel intern als extern gewaarborgd. De interne waarborging van het addendum gebeurt middels de aangebrachte structuur in het addendum. Bijvoorbeeld in de volgorde van de behandelmodules, de vaste opzet van iedere sessie, en het gebruik van werkbladen en suggesties voor werkvormen in de handleiding. Deze structuur geeft zowel de behandelaar als de patiënt houvast in het doorlopen van het addendum.

De externe waarborging van het addendum gebeurt ten eerste middels de Seeking Safety Nalevingsschaal, afkomstig uit de Seeking Safety handleiding. Door middel van deze vragenlijst kunnen behandelaren worden beoordeeld op hun programma-integriteit, zowel middels zelfbeoordeling als middels beoordeling door anderen. Ten tweede wordt de kwaliteit en integriteit van het addendum gewaarborgd door evaluatie van zowel patiënten als behandelaren. De benodigde formulieren hiervoor zijn opgenomen in het addendum. Tot slot is er een implementatieplan beschikbaar op de website van Kwaliteit Forensische Zorg. Dit plan geeft handvatten aan organisaties die met het addendum willen werken.

Belangrijk te noemen is dat het Seeking Safety addendum vrij en gratis verkrijgbaar is. Het is hierdoor niet mogelijk om de bevoegdheid, kwaliteit en integriteit van alle organisaties en behandelaren te monitoren. Gezien de complexe doelgroep en de eisen die dit stelt aan kennis, attitude, visie en vaardigheden van behandelaren, zal onbekwaam gebruik afbreuk doen aan de kwaliteit en effectiviteit ervan. Daarom het sterke advies om voordat behandelaren met het addendum gaan werken, gebruik te maken van scholing rondom de thema's LVB, verslaving en trauma. Zo'n scholing kan o.a. aangevraagd worden via Tactus Verslavingszorg.

Randvoorwaarden

Omdat het Seeking Safety LVB addendum in verschillende sectoren van de (forensische) verslavingszorg, geestelijke gezondheidszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg kan worden geïmplementeerd, wordt in deze beschrijving uitsluitend de focus gelegd op algemene aspecten die relevant zijn voor een succesvolle implementatie en uitvoering van de interventie. Voor specifieke aspecten wordt verwezen naar het implementatieplan, te downloaden via de website van Kwaliteit Forensische Zorg.

Interne randvoorwaarden (binnen de organisatie) voor implementatie van het addendum zijn:

- Een goede inbedding in de organisatie, met aandacht voor taken en rollen van betrokken behandelaren, screening en indicatiestelling, inbedding in voor- en vervolgzorg (inclusief eventuele afspraken over detoxificatie en de begeleiding hiervan), de mogelijkheid tot opschalen van zorg en periodieke effectmetingen
- Voldoende kennis en scholing in of ervaring met Seeking Safety
- Voldoende kennis en deskundigheid met het behandelen van mensen met LVB, verslavingsproblematiek en/of traumagerelateerde klachten en mogelijkheid tot scholing om op deze thema's te verdiepen en kennis uit te breiden. Samenwerking met ketenpartners valt aan te raden.
- Een visie die oog heeft voor de problematiek en het leervermogen van de doelgroep en een daarbij passende attitude en draagvlak om de behandeling vorm te geven
- Praktische randvoorwaarden, zoals tijd, ruimte en voldoende materialen
- Een coördinerend behandelaar die eindverantwoordelijk is voor de (inhoudelijke) implementatie, uitvoering en evaluatie. Deze behandelaar heeft bij voorkeur de titel GZ- of klinisch psycholoog, psychotherapeut of psychiater en kan een training geven in SeSa LVB wanneer nodig
- Naast het benoemen van een inhoudelijk eindverantwoordelijke, is het tevens raadzaam een projectleider of 'kartrekker' aan te stellen die de verantwoordelijkheid draagt voor de implementatie binnen de bestaande organisatorische processen en het implementatieproces als geheel kan overzien. Bij voorkeur wordt deze persoon intern gevonden, bijvoorbeeld van een afdeling beleid en/of kwaliteit, zodat er al kennis is over diverse organisatorische processen. Deze persoon zorgt er tevens voor dat alle genoemde randvoorwaarden aanwezig zijn.

Voor de uitwerking van deze randvoorwaarden wordt verwezen naar de implementatiemonitor, bijlage 2 van het implementatieplan. Deze randvoorwaarden kunnen bovendien gebruikt worden om een sterkte-zwakteanalyse (SWOT) analyse te maken, toegespitst op de organisatie of het organisatieonderdeel dat het addendum zou willen implementeren.

Naast de interne randvoorwaarden kent de toepassing en implementatie van het Seeking Safety addendum voor mensen met een LVB ook enkele externe randvoorwaarden (betreffende de ketenzorg). Deze zijn van belang vanwege de complexiteit van de problematiek van deze patiënten.

Toepassing van het addendum vraagt kennis van en deskundigheid op het gebied van trauma, traumagerelateerde klachten en verslavingsproblematiek, evenals ervaring met het behandelen van mensen met een LVB. Er zijn weinig instellingen die gericht zijn op alle deelaspecten van deze triple problematiek, met het 'hete aardappel effect' tot gevolg: patiënten worden van zorginstelling naar zorginstelling doorverwezen.

Regionale afspraken met de LVB zorg (met afspraken over de inzet van vertrouwenspersonen, opvang van patiënten in de eigen omgeving bij toename van klachten), de verslavingszorg (over detoxificatie of een stabiliserende behandeling vóór Seeking Safety, en over tussentijdse consultatie bij terugval in gebruik) als met de algemene ggz (over crisisinterventie bij traumagerelateerde klachten), en de forensische zorg (bij

delictgedrag of een forensische behandeltitel) zijn hierin ondersteunend. Deze afspraken kunnen zowel op patiënt- als op instellingsniveau gemaakt worden.

Implementatie

Zoals in de vorige paragraaf benoemd, is voor de implementatie van het Seeking Safety LVB addendum een implementatieplan geschreven. Hierin staan specifieke aandachtspunten die relevant zijn voor een succesvolle implementatie en uitvoering van het addendum

In het algemeen volgt de implementatie van een nieuw behandelaanbod (zoals in dit geval het LVB addendum) een relatief vaste route:

1. Voorbereiding: de eerste fase betreft de voorbereiding op de daadwerkelijke implementatie. Tot deze stap behoort onder andere het informeren van behandelaren (eventueel medische, verpleegkundige en psychologische staf) en patiënten (eventueel cliëntenraad) over het nieuwe aanbod, het zorgdragen voor de organisatorische en inhoudelijke randvoorwaarden (zoals beschreven onder 'randvoorwaarden'), inbedding van het behandelaanbod in de organisatie en de geldende (werk)processen, taken en rollen met betrekking tot implementatie en borging, en scholing van betrokken behandelaren.
2. Uitvoering: in deze tweede fase wordt het addendum daadwerkelijk toegepast. De behandelaren voeren het addendum uit volgens de handleiding en verzamelen feedback van patiënten en collega's voor de evaluatie.
3. Evaluatie en borging: de derde fase staat in het teken van een evaluatie van de uitvoering, waarna eventueel veranderingen in inbedding en/of proces kunnen worden doorgevoerd. De persoon verantwoordelijk voor implementatie en inbedding (zoals een inhoudelijk manager of coördinerend behandelaar met titel GZ- of klinisch psycholoog, psychiater of psychotherapeut) draagt zorg voor de kwaliteitsbewaking en continuïteit van het aanbod. De implementatiemonitor en het implementatieplan kunnen hierbij helpend zijn.

Kosten

In onderstaand kostenoverzicht staat een indicatie van de kosten voor de uitvoering van het volledige Seeking Safety LVB addendum. De kosten van een individueel, ambulant traject en een groepstraject verschillen minimaal en zijn daarom niet apart meegenomen. Let er hierbij op dat de kosten gerekend voor verleturen en personele inzet sterk per instelling kan verschillen.

Kostenoverzicht Seeking Safety LVB addendum

Op basis van:			
100 cliënten op jaarbasis			
FWG schaal conform CAO GGZ 2021-2024			
Kosten per opleidingsdag (1,5 dag)			**EUR**
GZ-psycholoog			1.115,20
Basis psycholoog			947,50
Adviseur & Coordinator			358,90
Verleturen* traineés			15.000
Totaal kosten opleiding			**17.422**
Inzet behandelaren uitvoering interventie (x100)	**Aantal uren**	**Kosten per uur (ex. Btw)**	**EUR**
Indicatiestelling (1 uur per cliënt)	100	111,5	11.152
Uitvoer door behandelaar (25 uur per cliënt)	2500	94,75	27.986,87
Totaal inzet personeel			**39.139**
Materiaalkosten voor 100 trainingen	**Aantal**	**Kosten per stuk**	**EUR**
Handleiding voor behandelaar	27	5	135
Werkboek voor cliënt	100	10	1000
Basisprotocol Seeking Safety handboek trauma & verslaving**	25	71	1775
Middelen voor in groepsruimte t.b.v uitvoeren oefeningen			500
Totaal kosten materiaal			**3410**
Onvoorzien			**2500**
Totaal kosten			62.471
Overhead 25,4% van de personele kosten			9.941,31
Totale jaarlijkse kosten totaal			**72.412,31**
Per cliënt			*724,12*
*Verleturen zijn hier: de uren die de trainee niet ingezet kan worden voor patiëntenzorg			
** aantal is gedeeld door 4, omdat de handleiding/ boek vaak voor een afdeling/team wordt aangeschaft en niet per persoon			

3. Onderbouwing

Probleem

Dit addendum is toegevoegd aan het oorspronkelijke Seeking Safety handboek om de interventie ook toepasbaar te maken voor mensen met een LVB. Een verstandelijke beperking wordt volgens de DSM-5-TR gekenmerkt door beperkingen in het intellectuele en adaptieve functioneren (American Psychiatric Association, 2022). De ernst van de verstandelijke beperking is te specificeren in licht, matig, ernstig en zeer ernstig. De meerderheid van de mensen met een verstandelijke beperking wordt geclassificeerd met een lichte verstandelijke beperking (IQ 50 – 70). Dit betreft naar schatting zo'n 2% van de totale Nederlandse bevolking (Woittiez, Eggink & Ras, 2019). Deze mensen hebben tekortkomingen in conceptuele, sociale en praktische vaardigheden en kunnen daarom problemen ondervinden op het gebied van wonen, school, werk en vrije tijd als ze daarbij geen ondersteuning krijgen. In Nederland wordt de groep mensen met (forse) adaptieve problemen en een intelligentie op zwakbegaafd niveau (IQ 70 – 85) veelal ook tot de groep LVB gerekend, in verband met de vaak grote overlap in benodigde ondersteuning en begeleiding (Roos, 2014). Ook in dit addendum wordt deze ruime definitie (LVB) gehanteerd. Dit betreft naar schatting zo'n 6,4% van de totale Nederlandse bevolking (Woittiez, Eggink & Ras, 2019).

Er is binnen de LVB-doelgroep vaak sprake van bijkomende psychiatrische problematiek (De Beer, 2016), ook wel comorbiditeit genoemd. Zo blijkt uit onderzoek dat trauma en verslavingsproblematiek twee- tot viermaal vaker voorkomen bij mensen met een LVB dan bij mensen met een gemiddelde intelligentie (Cooper et al., 2007; Wieland & Zitman, 2006). Er wordt bijvoorbeeld gedacht dat mensen met een LVB vaker schadelijke patronen van middelengebruik laten zien, meer en ernstigere negatieve consequenties van hun middelengebruik ervaren en een groter risico lopen op het ontwikkelen van verslavingsproblematiek dan mensen zonder een LVB (Van Duijvenbode et al., 2015; Van Duijvenbode & VanDerNagel, 2019). Ook het risico op het meemaken van (potentieel) traumatische gebeurtenissen en het ontwikkelen van traumagerelateerde stoornissen is verhoogd bij mensen met een LVB (Mevissen et al., 2016). Enerzijds doordat zij vaker blootgesteld worden aan ingrijpende gebeurtenissen en potentieel traumatische gebeurtenissen, anderzijds omdat mensen met een LVB vanwege deficiënties in intellectueel en adaptief functioneren meer moeite hebben om deze gebeurtenissen te verwerken. Verslavingsproblematiek en PTSS komen ook in combinatie met elkaar relatief vaak voor (Kok et al., 2017; Najavits, 2010; Pietrzak et al., 2012) – naar verwachting ook binnen gespecialiseerde voorzieningen voor verstandelijk gehandicaptenzorg (o.a. SGLVG[2] instellingen). Verslavingsproblematiek en traumaklachten vergroten bovendien de kans op het maken van onveilige of risicovolle keuzes. Bijvoorbeeld een terugval in middelengebruik of verslavingsgedrag, situaties opzoeken die tot (her)traumatisering kunnen leiden, of risicovol en delictgedrag. Bij mensen met een LVB geldt dit niet anders. Er kan zelfs beredeneerd worden dat de kans hiertoe groter is, door beperkingen in cognitieve, adaptieve, sociale en copingvaardigheden. Zo zijn mensen met een LVB oververtegenwoordigd in het justitiedomein. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat zo'n 40% van de gedetineerden een (mogelijke) LVB heeft (Geijsen et al., 2018; Kaal et al., 2015). Bij circa 40-60% van hen is er sprake van verslaving (Van Duijvenbode & Van der Nagel, 2019) en ook trauma's en traumaklachten komen regelmatig voor bij mensen met een LVB in het justitiedomein (Brakenridge & Morrissey, 2010; Gore & Dawson, 2009). Hoe groot de daadwerkelijke omvang is van triple problematiek (LVB, verslaving, trauma) is onbekend (Luteijn, VanDerNagel, van Duijvenbode, de Haan, Poelen, & Didden, 2021). Ervan uitgaand dat triple problematiek vaak voorkomt bij mensen met een LVB en dat elk van de onderscheiden factoren het risico op recidive verhoogt, kan worden verondersteld dat behandeling van PTSS-symptomen en verslavingsproblematiek (naar verwachting) bijdraagt aan het verlagen van het recidiverisico.

Oorzaken

Onderzoek toont aan dat LVB, psychiatrische problematiek (in dit geval in de vorm van verslavingsproblematiek en traumaklachten) en risicovol en delictgedrag op verschillende manieren met elkaar samenhangen. Er ontstaat als het ware een vicieuze cirkel van meerdere factoren die elkaar versterken en in stand houden. Dit maakt het moeilijk om te bepalen wat nu precies wat veroorzaakt en in welke volgorde de problemen zijn ontstaan (Van Duijvenbode et al., 2018). Gezien de ontwikkeling van problematiek over de tijd, kan echter wel geconcludeerd worden dat een LVB een risicofactor vormt voor zowel het ontwikkelen van psychiatrische problematiek als voor risicovol en delictgedrag.

[2] SGLVG: Sterk Gedragsgestoord Lichte Verstandelijke Beperking

Om te beoordelen welke factoren het probleem of risico's veroorzaken, kan er gekeken worden naar diverse theorieën. Hieronder beschrijven we de oorzaken per 'probleem', waarbij het probleem in Seeking Safety LVB gaat over triple problematiek (verslaving, LVB en traumagerelateerde klachten) in relatie tot recidive.

LVB

In de werkbladbeschrijving van de interventie 'Weet wat je Kan: in gesprek over LVB' (Mulder, 2020) behorend bij de erkenning van de erkenningscommissie Justitiële Interventies, wordt door middel van verschillende theorieën gesteld wat de oorzaken zijn voor een verhoogde kans op delinquent gedrag bij mensen met een LVB. De auteurs wijzen diverse oorzaken aan door middel van het beschrijven van risico- en beschermende factoren, de attributie theorie (Heider, 1958) en de strain theorie (Agnew, 1992). Hier wordt er een relatie geschetst tussen een lager IQ (zoals bij mensen met een LVB) en delinquent gedrag, veroorzaakt doordat mensen met een LVB een verhoogde mate van spanning ervaren op verschillende gebieden, zoals op het gebied van zelfstandigheid. Volgens de strain theorie vergroot het ervaren van ernstige en langdurige spanningen de kans op delinquent gedrag. Mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) hebben bovendien relatief vaak faalervaringen (Roos, 2017), wat de opbouw van spanning verder kan versterken. Door een beperkt zelfinzicht en sociaal inzicht hebben zij moeite met het identificeren van de oorzaken van deze faalervaringen. Dit kan resulteren in een negatief zelfbeeld, evenals een negatief beeld van anderen en de maatschappij en bouwen hierdoor spanning op (Mulder, 2020). Onder het kopje 'biopsychosociaal model' van het huidige werkblad, wordt een beschrijving van andere riscofactoren gedaan.

Problematisch middelengebruik en verslaving

De samenhang tussen verslaving en recidive is een complex en veelbesproken onderwerp in de wetenschappelijke literatuur. De kern van deze relatie ligt in het feit dat middelenmisbruik of verslaving vaak geassocieerd wordt met een hoger risico op crimineel gedrag, zowel voor als na detentie.

Individuen met een verslavingsprobleem hebben een grotere kans op recidive. Dit is deels te wijten aan de sociale en economische problemen die vaak gepaard gaan met verslaving, zoals armoede, werkloosheid en sociale uitsluiting. Deze factoren kunnen leiden tot crimineel gedrag als middel om aan geld te komen of als gevolg van verslechterde sociale relaties (Chandler, Fletcher, & Volkow, 2009). Ook stellen Lammers en collega's (2014) in hun literatuurstudie naar middelengebruik en criminaliteit dat middelenmisbruik, voornamelijk de combinatie van alcohol en drugs, een voorspellende factor is voor (recidive van) criminaliteit.

De HKT-R (Historisch Klinisch Toekomt-Revisie) (Spreen, Brandt, Ter Horst, & Bogaerts, 2013) en de HCR (Historical Clinical Risk management) 20V3 (Douglas, Hart, Webster, & Belfrage, 2013), worden in de forensische zorg veelvuldig als risicotaxatieinstrumenten gebruikt. Ze bieden een gestructureerd kader voor het beoordelen van risico's en het plannen van passende interventies. Deze instrumenten omvatten verschillende domeinen of factoren die verband houden met het risico op toekomstig gewelddadig gedrag. Deze domeinen omvatten historische factoren, klinische factoren en toekomstige factoren (HKT-R) of historisch, klinische en risicomanagement factoren (HCR-20V3). Met name de factoren gericht op historie en klinisch kunnen worden gezien als dynamische factoren, waarin (problematisch) middelengebruik en verslaving worden meegenomen.

Trauma, PTSS en trauma gerelateerde klachten

Er is een verband aangetoond tussen trauma en een verhoogd risico op recidive (Astridge, McDermott, & Longhitano, 2023; Baetz, Branson, Weinbergen, Rose, Petkova, Horwitz, & Hoagwood, 2022; Karakurt, Koç, Çetinsaya, Ayluçtarhan, Bolen, 2019). Individuen die traumatische ervaringen hebben meegemaakt, hebben mogelijk meer moeite met aanpassing na detentie en kunnen een hoger risico lopen op herhaald crimineel gedrag. Dit wordt vaak verergerd door gebrek aan toegang tot passende traumagerichte behandeling en ondersteuning (Messina, Grella, Cartier, & Torres, 2010).

Stewart, Livingston en Dennison (2008) schetsen dat trauma, zoals fysieke, emotionele of seksuele mishandeling, vooral in de kindertijd, vaak geassocieerd wordt met een verhoogd risico op delinquent gedrag. In de genoemde risicotaxatie instrumenten wordt dit tevens uitgevraagd, zodat het risico voor crimineel- en delictgedrag ingeschat kan worden.

Uit eigen klinische ervaring blijkt dat er een stapel-effect speelt bij de combinatie van LVB, verslaving en trauma gerelateerde klachten, waarbij problemen elkaar versterken en de situatie verergeren. Deze triple problematiek vergroot het risico op delictgedrag en recidive aanzienlijk.

Eigen klinische ervaring toont aan dat problemen zich opstapelen en elkaar versterken, wat de situatie verergert. Dit noemen we een stapel-effect die ook geldt voor de combinatie van LVB, verslaving en traumaklachten. Deze triple problematiek vergroot het risico op delictgedrag en recidive aanzienlijk.

Biopsychosociaal model
Het biopsychosociaal model (Engel, 1980) is een holistische benadering en beschrijft verschillende biologische, psychologische en sociale risicofactoren voor het begrijpen van zowel mentale als fysieke gezondheid. Biologische risicofactoren zijn onder andere een genetische kwetsbaarheid en een ongezonde leefstijl. Psychologische risicofactoren zijn onder andere het (veelvuldig) meemaken van stressvolle gebeurtenissen, een onveilige hechting en persoonskenmerken zoals impulsiviteit en sensation seeking. En sociaal-maatschappelijke risicofactoren omvatten onder andere armoede, werkloosheid en een beperkt sociaal netwerk. Deze risicofactoren gelden voor de hele bevolking, maar komen over het algemeen vaker voor bij mensen met een LVB dan bij mensen zonder een LVB (Van Duijvenbode et al., 2018).

Eenzelfde redenatie geldt voor het verhoogde risico op risicovol en delictgedrag. Ook hiervoor geldt dat algemene risicofactoren voor risicovol en delictgedrag vaker voorkomen bij mensen met een LVB dan bij mensen zonder een LVB (Emerson & Halpin, 2013; Moonen & Kaal, 2017; Roos, 2017). Hierbij kan gedacht worden aan factoren als impulsiviteit, beperkingen in de probleemoplossende vaardigheden en een verminderd vermogen tot zelfregulatie. Tegelijkertijd zijn belangrijke beschermende factoren minder aanwezig bij mensen met een LVB (Roos, 2017; De Vogel et al., 2011). Hiertoe behoren onder andere ziektebesef en -inzicht, therapietrouw, een ondersteunend sociaal netwerk, en een adequate daginvulling (EFP, 2019).

Naast algemene risicofactoren, zijn er ook specifieke risicofactoren die de kans op het ontwikkelen van psychiatrische problematiek en risicovol en delictgedrag bij mensen met een LVB vergroten. Dit zijn kenmerken van de LVB zelf en factoren die er nauw mee samenhangen.

Voor psychiatrische problematiek gaat het ook hier weer om een combinatie van persoons- en omgevingsfactoren, passend binnen het biopsychosociaal model. Specifieke biologische risicofactoren zijn bijvoorbeeld genetische afwijkingen en andere biologische oorzaken van de LVB. Zo is uit onderzoek bekend dat bepaalde syndromen, zoals een (L)VB, samenhangen met een verhoogd risico op psychische stoornissen (Emerson, 2003). Specifieke psychologische risicofactoren zijn bijvoorbeeld het besef een LVB te hebben ('anders' te zijn), overvraging en verminderde vaardigheden (cognitief, executief, adaptief, sociaal, probleemoplossend). Specifieke sociaal-maatschappelijke risicofactoren voor mensen met een LVB zijn onder andere beperkte keuzes en mogelijkheden voor participatie en maatschappelijke betrokkenheid, moeite met het begrijpen van sociale regels en interacties, en moeite hebben zich staande te houden in een complexe samenleving (Van Duijvenbode et al., 2018).

Ook hier geldt weer eenzelfde redenatie voor het verhoogde risico op risicovol en delictgedrag bij mensen met een LVB. Specifieke risicofactoren lijken met name indirect hun invloed uit te oefenen: zo kunnen genetische afwijkingen en beperkte vaardigheden indirect bijdragen aan de impulsbeheersing en oplossingsvaardigheden, waardoor de kans op risicovol en delictgedrag wordt vergroot. En moeite met het begrijpen van sociale regels kan (onbedoeld) leiden tot regelovertredend gedrag. Bovendien zijn beschermende factoren als een hoog opleidings- en intelligentieniveau, een adequaat vermogen tot aanpassing en voldoende lerend vermogen per definitie afwezig bij mensen met een LVB (EFP, 2019). Dit betekent dat deze specifieke risicofactoren voor risicovol en delictgedrag over het algemeen weinig tot niet beïnvloedbaar zijn middels behandeling. Het zijn, met andere woorden, relatief statische factoren.

Aan te pakken factoren

Het hoofddoel van het LVB addendum bij Seeking Safety is het creëren van veiligheid in de vorm van een veilige leefstijl en leefomgeving die bijdraagt aan herstel van verslavingsproblematiek en traumagerelateerde klachten. Veiligheid betekent in deze context vooral:

- het niet terugvallen in middelengebruik of verslavingsgedrag
- situaties of gedrag vermijden dat tot (her)traumatisering kan leiden
- het verminderen van risicovol en delictgedrag.

Om dit doel te bereiken worden er handvatten aangereikt en vaardigheden aangeleerd c.q. versterkt om gezonde keuzes te maken. Conform het oorspronkelijke handboek, wordt er getracht verandering te realiseren op vier inhoudsgebieden: cognitief, gedragsmatig, interpersoonlijk en op het gebied van casemanagement c.q. ondersteuning en begeleiding in het dagelijks leven.

Hieronder staat schematisch weergegeven welke risicofactoren het LVB addendum tracht aan te pakken. Onder oorzaak worden de individuele problematieken uit de triple problematiek (LVB, Verslaving, Trauma) genoemd, evenals de term 'overkoepelend'. Overkoepelend wordt gebruikt om aan te duiden dat de oorzaak vanuit alle drie deze factoren kan komen. Onder 'Doel van de bijeenkomsten' gaat het niet om directe doelen voor de patiënt, maar om het doel van de bijeenkomsten van de interventie. De genoemde doelen van de bijeenkomsten dragen (indirect) bij aan de subdoelen van het LVB addendum voor de patiënt. Zie daarvoor hoofdstuk 1.2 van dit werkblad. Daarbij zijn de aan te pakken risicofactoren en doelen niet te specificeren naar één bijeenkomst. In meerdere of alle bijeenkomsten van SeSa LVB moet er aandacht zijn voor de risicofactoren en te behalen doelen.

Aan te pakken risicofactoren	**Oorzaak**	**Doel bijeenkomsten SeSa LVB**
Wantrouwen voelen naar de therapeut	Overkoepelend	Patiënten voelen zich gesteund door de manier van bejegening van de therapeut (inhoudsgebied: interpersoonlijk) *Specifiek voor groepstherapie:* Patiënten ervaren (h)erkenning bij lotgenoten (inhoudsgebied: interpersoonlijk)
Overvraging (door zelf en anderen), met faalervaringen, spanning en negatieve emoties tot gevolg	LVB	Patiënten krijgen begeleiding en ondersteuning die bij hen past (inhoudsgebied: casemanagement) Patiënten stellen realistische doelen ten aanzien van hun herstel (inhoudsgebied: cognitief / gedragsmatig)
Inadequate probleemoplossende vaardigheden	Overkoepelend	Patiënten weten wat veiligheid voor hen betekent (inhoudsgebied: cognitief) Patiënten zetten veilige copingstrategieën in bij hevige emoties en/of trek (inhoudsgebied: gedragsmatig)
Gebrek aan ziektebesef en -inzicht	Overkoepelend	Patiënten weten welke klachten en problemen passend zijn bij PTSS en verslavingsproblematiek (inhoudsgebied: cognitief) Patiënten weten hoe PTSS en verslavingsproblematiek met elkaar samenhangen (inhoudsgebied: cognitief) Patiënten herkennen signalen van onveiligheid en nemen adequate vervolgstappen (inhoudsgebied: cognitief / gedragsmatig)
Interne attributiestijl ten aanzien van klachten en problemen, met hulpeloosheid en een negatief zelfbeeld tot gevolg	Overkoepelend	Patiënten hebben begrip voor zichzelf en hun klachten (inhoudsgebied: cognitief) Patiënten voelen zich gesterkt in de boodschap dat zij kunnen herstellen (inhoudsgebied: interpersoonlijk) Patiënten hebben realistische verwachtingen en hoop op herstel (inhoudsgebied: interpersoonlijk)
Beperkte zelfcontrole en -regulatie, impulsiviteit	Verslaving, Trauma	Patiënten weten hoe onveilige keuzes (middelengebruik, risicovol gedrag, delictgedrag) herstel tegenhoudt (inhoudsgebied: cognitief) Patiënten leren vaardigheden die hen helpen controle te ervaren over hun klachten, middelengebruik en/of verslavingsgedrag (inhoudsgebied: gedragsmatig)

		Patiënten leren op een gezonde manier grenzen te stellen aan zichzelf en anderen (inhoudsgebied: gedragsmatig)
Beperkte emotieregulatievaardigheden	Overkoepelend	Patiënten leren signalen te herkennen van oplopende boosheid (inhoudsgebied: cognitief) Patiënten leren op een gezonde manier om te gaan met boosheid (inhoudsgebied: gedragsmatig)
Beperkt (steunend) sociaal netwerk	Overkoepelend	Patiënten leren onderscheid te maken tussen 'bondgenoten' en 'verpesters' in het kader van hun herstel (inhoudsgebied: cognitief) Patiënten leren bondgenoten om hulp te vragen (inhoudsgebied: gedragsmatig) Patiënten vergroten hun sociaal netwerk met bondgenoten die hen steunen in hun herstel (inhoudsgebied: interpersoonlijk) Patiënten verbeteren hun sociale en communicatieve vaardigheden (inhoudsgebied: gedragsmatig / interpersoonlijk)
Ongezonde leefstijl	Verslaving, LVB	Patiënten verbeteren hun praktische adaptieve vaardigheden op het gebied van zorg voor zichzelf en de omgeving (inhoudsgebied: gedragsmatig / casemanagement)
Onvoldoende maatschappelijke betrokkenheid en participatie	Overkoepelend	Patiënten hebben een adequate daginvulling, passend bij hun draagkracht en met voldoende afwisseling tussen inspanning en ontspanning (inhoudsgebied: gedragsmatig / casemanagement)

Overigens verdient de aan te pakken factor 'overvraging' nadere toelichting. Overvraging voorkomen komt namelijk voor een heel groot deel terug in de manier waarop Seeking Safety LVB is vormgegeven. Alleen onder de voorwaarde dat behandelinterventies worden aangepast op de specifieke kenmerken, mogelijkheden en beperkingen van mensen met een LVB zullen deze immers effectief kunnen zijn (Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2018). In verschillende publicaties zijn daarom richtlijnen opgesteld en worden adviezen gegeven voor de behandeling van mensen met een LVB (o.a. Beail, 2016; Van Duijvenbode et al., 2020; Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2018; Van der Nagel et al., 2017; De Wit, Moonen & Douma, 2023). Deze richtlijnen zijn toegepast bij de ontwikkeling van het Seeking Safety LVB addendum.

Ten eerste zijn er aanpassingen gedaan in de opzet, inhoud, communicatie en bejegening van de behandeling. Het tempo tijdens de sessies is aangepast, aangeboden stof wordt vaker herhaald, en patiënten leren stapsgewijs door 'praten over' en 'doen en ervaren' te combineren. Ook is er een duidelijke structuur aangebracht in de bijeenkomsten, door bijvoorbeeld één onderwerp per keer te bespreken en een vaste indeling van de bijeenkomsten te maken. Aanpassingen in de communicatie hebben met name betrekking op taalgebruik. Denk aan het gebruik van korte zinnen, concreet taalgebruik, en makkelijke woorden in de werkbladen. Waar kan is gebruik gemaakt van (visuele) ondersteuning in de vorm van plaatjes of pictogrammen, het tonen van voorwerpen of het actief oefenen en ervaren. Aanpassingen in de bejegening hebben met name betrekking gehad op de houding die behandelaren aannemen. In vergelijking met mensen zonder een LVB is de houding van behandelaren bij de LVB doelgroep vaak wat meer sturend en directief. Een geïnteresseerde houding, begrip en ruimte voor de wensen en behoeften van de persoon, respect voor de autonomie en onvoorwaardelijke acceptatie van de persoon zijn hierin sleutelbegrippen.

Ten tweede is er een grotere nadruk gelegd op het betrekken van en samenwerken met het systeem. Een vertrouwenspersoon uit de naaste omgeving van de patiënt (begeleider, ouder, partner, vriend) kan ondersteunen bij het herhalen van en generaliseren naar de dagelijkse praktijk van de behandelinhoud. Dit werkt ondersteunend bij het vasthouden van de behaalde resultaten in de behandeling (zie ook hoofdstuk 1,

intermediaire doelgroep). De inzet van een ervaringsdeskundige valt hier ook onder. Ondanks dat er nog geen onderzoek gedaan is naar de inzet van ervaringsdeskundigen op het gebied van triple problematiek, is bekend dat zij doorgaans beter kunnen aansluiten op de leefwereld van de patiënt. Hierdoor ondersteunen zij de behandeling, met name op het gebied van herkenning van de theorie in het dagelijks leven.

Tot slot is het belangrijk te benadrukken dat patiënten met bepaalde traumatische ervaringen, waarbij de context van de leefomgeving een belangrijke rol heeft gespeeld, zoals bij misbruik of lichamelijk geweld, vaak moeite hebben om deze omgeving zelfstandig aan te passen. In het geval van volwassenen motiveert en ondersteunt de behandelaar de patiënt om stappen te zetten in het omgaan met deze context. Als de patiënt hiertoe niet in staat is, bijvoorbeeld door leeftijd of de LVB, wordt er gezamenlijk gezocht naar passende hulpbronnen.

Verantwoording

RNR-model en richtlijn Effectieve Interventies LVB

Het Risk Need Responsivity (RNR)-model is een benadering die wordt gebruikt in de forensische zorg en het strafrechtelijk systeem om het risico op herhaling van crimineel gedrag te beoordelen en interventies te begeleiden. Het model is ontworpen om effectieve en gepersonaliseerde interventies voor delinquenten te identificeren en te implementeren. Het RNR-model werkt volgens de principes risicobeginsel, behoeftebeginsel en het responsiviteitsbeginsel (Andrews, Bonta, 2010).

De afgelopen jaren is de kennis over de invloed van trauma en adverse childhood experiences (ACE's) aanzienlijk toegenomen. Dit is relevant voor mensen die met justitie in aanraking komen, aangezien veel van hen met deze ervaringen worstelen. ACE's zijn een belangrijke voorspeller van criminaliteit. De herziening van het RNR-model (Bonta & Andrews, 2024) erkent ACE's en trauma als belangrijke responsiviteitsfactoren die in de behandeling moeten worden meegenomen. Deze factoren kunnen een belemmering vormen voor een succesvolle behandeling. Het is daarom van belang om traumatische ervaringen te identificeren, de effecten van bijvoorbeeld PTSS-symptomen te onderzoeken, en de relatie met andere risicofactoren te analyseren (Schaftenaar, 2024).

Seeking Safety LVB past binnen de genoemde principes van het RNR-model en geeft trauma een plek binnen de behandeling van mensen met een LVB. Voorafgaand aan het behandeltraject zijn dynamische risicofactoren in kaart gebracht welke door de interventie SeSa LVB beïnvloed kunnen worden, zoals middelengebruik en verslaving, traumagerelateerde klachten, sociale en coping vaardigheden en het bevorderen van positieve invloed uit het netwerk.

In de richtlijn Effectieve Interventies LVB (De Wit, Moonen & Douma, 2023), worden handvatten geboden voor het ontwerpen en implementeren van effectieve interventies voor mensen met een LVB. In de tabel hieronder vindt u de aanbevelingen vanuit de richtlijn, wat deze inhoudt en hoe deze aanbevelingen opgevolgd en geïmplementeerd zijn in het LVB addendum.

Aanbevelingen richtlijn Effectieve interventies LVB (De Wit, Moonen & Douma)	**Hoe rekening te houden met de richtlijn**	**Uitvoering in Seeking Safety LVB**
Een veilige en positieve leeromgeving bieden	Motiveren, het positieve benadrukken, je opstellen als steun en hulp.	De behandelaren worden aangemoedigd om een motiverende, ondersteunende rol aan te nemen, met nadruk op punitiviteit en het bouwen aan een vertrouwensrelatie.
Uitgebreide diagnostiek	Sterke en minder sterke kanten in kaart brengen	Sterke en minder sterke kanten zijn in kaart gebracht. Vervolgens is een zorgvuldige selectie en aanpassing van de behandelonderwerpen en werkvormen gemaakt, om aan te sluiten bij de specifieke kenmerken en behoeften van de LVB-doelgroep.
Afstemmen van communicatie	Eenvoudig taalgebruik, checken van begrip, visuele ondersteuning.	Het taalgebruik en de informatiedichtheid zijn aangepast. Er is gebruik gemaakt van vereenvoudigde taal en non-verbale taal. Ook zijn er een aantal actieve werkvormen ontworpen.

Concreet maken van de oefenstof bij het leren	Aansluiten bij de belevingswereld, visualiseren, laten leren door doen.	De behandelonderwerpen en -materialen zijn afgestemd op de belevingswereld van de LVB-doelgroep, met visuele hulpmiddelen en actieve werkvormen.
Structureren en vereenvoudigen	Externe sturing en structuur bieden, doseren en ordenen, tijd geven.	Het LVB addendum biedt structuur en duidelijkheid, met een focus op veiligheid en het ontwikkelen van nieuwe doelen en verwachtingen.
Het betrekken van het netwerk	Het netwerk verstevigen, informeren over een LVB en hen betrekken bij de generalisatie van wat geleerd is.	Het LVB addendum benadrukt het belang van het betrekken van het netwerk van de patiënt, zowel voor ondersteuning als voor het generaliseren van aangeleerde vaardigheden.

Good Lives Model (GLM)
Het Good Lives Model (Ward & Brown, 2004) is een model dat veel gebruikt wordt binnen de forensische psychiatrie. Het is ontworpen voor het begrijpen en behandelen van delinquent gedrag. Het biedt een meer positieve en herstelgerichte kijk op delinquent gedrag dan traditionele modellen, die zich meer richten op het bestraffen van crimineel gedrag. Het wordt vaak toegepast in combinatie met andere behandelingen, waaronder cognitieve gedragstherapie, om een alomvattende aanpak te bieden voor het begrijpen en behandelen van delinquent gedrag. Het LVB addendum bij Seeking Safety maakt gebruik van deze positieve benadering, door samen met de patiënten te kijken naar wat hij kan. Het addendum is aangepast naar de specifieke kenmerken van de doelgroep en er kan maatwerk worden toegepast door rekening te houden met individuele behoeften en doelen.

Het GLM benadert rehabilitatie vanuit een krachten gebaseerd perspectief. Het doel is om patiënten te helpen richting duurzame manieren om onderliggende behoeften te bereiken. Hierdoor krijgen zij een meer betekenisvol en vervuld leven, waardoor de noodzaak om behoeften op een schadelijke of strafbare manier te bereiken afneemt. Uiteindelijk zou dit volgens het model resulteren in dat patiënten veiliger voor de maatschappij. In het LVB addendum zitten diverse sessies die gaan over het creëren en onderzoeken van duurzame manieren om onderliggende behoeften te bereiken. Zowel intern bij de patiënt zelf door o.a. zelfcontroletechnieken en assertiviteitstraining, als extern bij vertrouwenspersonen. Ook worden omgevingsfactoren in diverse bijeenkomsten geadresseerd, zodat de patiënt kan onderzoeken hoe deze invloed hebben op de doelen die zijn willen bereiken.

Cognitieve gedragstherapie (CGT) en CGT+
Cognitieve gedragstherapie (CGT) berust op het idee van een voortdurende wisselwerking tussen gedachten, emoties en gedrag. Psychische klachten en probleemgedrag worden verondersteld te worden veroorzaakt en/of in stand gehouden door disfunctionele gedachten. In een CGT-behandeling wordt de focus gelegd op het onderzoeken en veranderen van deze gedachten, met als doel een algehele verbetering te bewerkstelligen.

De effectiviteit van CGT is uitgebreid onderzocht bij mensen zonder een LVB, maar bij mensen met een LVB is het bewijs minder duidelijk. Het is daarom complex om uitspraken te doen over de effectiviteit van CGT bij mensen met een LVB. Desalniettemin laten beschikbare studies positieve resultaten zien (Heinemann, Neumann, van der Waa, & Kok, 2016). Een studie van Taylor, Novaco en Brown (2015) liet zien dat bij 50 patiënten met een LVB die waren opgenomen in een forensisch psychiatrische instelling agressie en geweldsincidenten verminderde na CGT die individueel werd gegeven. Agressie werden gemeten door zelfrapportage en rapportage door behandelaren. Ook op de langere termijn, tot 12 maanden na de behandeling, bleek het effect behouden. Didden et al. (2020) laten in hun overzicht zien dat CGT effectief zou kunnen zijn voor mensen met een LVB.

Seeking Safety LVB maakt gebruik van elementen uit CGT, aangepast naar het cognitief en adaptief vermogen van de doelgroep. Deze zitten elementen zitten verweven door het gehele LVB addendum:
- Cognitieve herstructurering: het identificeren en uitdagen van negatieve denkpatronen
- Gedragsexperimenten door middelen van rollenspelen
- Ontspanningstechnieken, o.a. door middel van begeleide meditatie of het visueel maken van een veilige plek.
- Mindfulness: in een aantal sessies komen lichaams- en aandachtgerichte oefeningen naar voren.

- Assertiviteit- en sociale vaardigheidstraining, voornamelijk door het aanleren van zelfcontroletechnieken, weten wie vertrouwenspersonen zijn en hoe hiervan gebruik te maken, goed zorgen voor jezelf en het leren 'Nee zeggen'.
- Psycho-educatie over verslaving, trauma en PTSS en hoe een LVB de patiënt hier gevoeliger voor maakt.

Om de LVB doelgroep meer van de CGT methode te laten profiteren, is het CGT+ protocol ontwikkeld (Van der Nagel & Kiewik, 2016). Het protocol beschrijft een cognitief gedragstherapeutische behandeling van problematisch middelengebruik bij mensen met een LVB. Seeking Safety LVB maakt gebruik van elementen uit CGT+.

CGT+ is een behandelinterventie voor volwassenen met een LVB en problematisch middelengebruik. Het bestaat uit een handleiding voor behandelaren en een werkboek voor patiënten. Het doel van CGT+ is om de verslaving te doorbreken en een terugval in middelengebruik te voorkomen. Er wordt hieraan gewerkt door psycho-educatie, het oefenen met nieuwe vaardigheden, zoals zelfcontrolemaatregelen en belonen van successen. In CGT+ wordt veel gebruik gemaakt van herhaling. Qua inhoud is CGT+ dus grotendeels identiek aan de reguliere CGT, voor de behandeling van verslaving bij mensen zonder een LVB. In de plus variant zijn aanpassingen gedaan in vorm om de behandeling beter te laten aansluiten bij mensen met een LVB.

Er zijn verschillende kleine pilot studies gedaan naar de bruikbaarheid van CGT+. De resultaten ervan zijn positief: patiënten gebruiken na afloop van de behandeling minder alcohol en drugs en behandelaren zijn positief over het protocol (Van der Nagel, Kiewik, & Van Dijk, 2015). CGT+ wordt inmiddels breed gebruikt binnen zowel de verslavingszorg, als de algemene GGZ en verstandelijk gehandicaptenzorg.

Motiverende gespreksvoering

Motiverende Gespreksvoering (MGV) is een gesprekstechniek die specifiek is ontwikkeld om gedragsverandering te bevorderen door de intrinsieke motivatie van een persoon te verkennen en te versterken (Miller & Rollnick, 2002; 2023). Deze benadering wordt vaak gebruikt in verslavingsbehandelingen, waar het doel is om individuen te helpen hun motivatie te vergroten om positieve veranderingen in hun gedrag aan te brengen, zoals het verminderen of stoppen met middelenmisbruik.

MGV wordt vaak gebruikt als een aanvulling op andere therapeutische benaderingen, zoals cognitieve gedragstherapie. In het LVB addendum wordt gebruik gemaakt van deze combinatie CGT en MGV. Motiverende gespreksvoering is een respectvolle en collaboratieve manier om individuen te helpen hun motivatie te ontdekken en te vergroten, wat cruciaal is voor duurzame gedragsverandering.

Omdat MGV effectief lijkt in het bevorderen van gedragsverandering, vooral in de context van verslavingsbehandeling (Bartelink, 2013) en omdat het addendum zich o.a. richt op het stoppen met middelengebruik of verslavingsgedrag, wordt er in de uitvoering van het LVB addendum gebruik gemaakt van MGV.

MGV benadrukt het belang van een empathische en niet-oordelende houding van de behandelaar. Door begrip te tonen en de perspectieven van de patiënt serieus te nemen, kan de therapeut een vertrouwensrelatie opbouwen. In zowel het handboek bij Seeking Safety als de handleiding bij het LVB addendum voor behandelaren wordt uitgebreid stilgestaan bij het belang van een empathische en niet-oordelende houding en het opbouwen van een vertrouwensrelatie. Uit een pilotstudie naar de uitvoering van het LVB addendum bleek dat patiënten deze empathische en luisterende houding waardeerden (Bouma, 2020). Zie daarvoor ook hoofdstuk 4.1.

Psycho-educatie

Psycho-educatie wordt ingezet om de patiënt informatie te geven over zijn ziekte of stoornis. Het doel is om zijn ervaringen en belevingen ten opzichte van de ziekte of stoornis te onderzoeken om vervolgens copingsvaardigheden te leren voor het omgaan met de consequenties van de ziekte/stoornis (Hoencamp & Haffmans, 2008). Het is een manier om patiënten 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. Er zijn wel artikelen die effect of klinische behandelvooruitgang aantonen dankzij psycho-educatie bij een LVB (Alpaslan et al., 2016; Crowley et al., 2008; Lunsky et al., 2003; Pitschel-Walz e.a., 2009; Summers & Witts, 2003; Thompson & Beail, 2002). Psycho-educatie voor patiënten met een LVB wordt als zinvol en

nodig beschouwd (Robinson et al., 2016). Daarbij is het van belang dat de informatie aangepast wordt aan de behoeften van de individuele patiënt.

In de eerste sessie van het LVB addendum wordt psycho-educatie ingezet om de patiënt meer te leren over wat een verslaving is en wat PTSS en traumagerelateerde klachten zijn. De patiënt leert hoe de LVB een factor is die hen hier meer kwetsbaar voor maakt. Waar nodig en toepasbaar, wordt er ook psycho-educatie verstrekt aan de vertrouwenspersoon (intermediaire doelgroep).

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar uitvoering

Onderzoek naar uitvoering van het LVB Addendum

Onderzoek naar uitvoering 1

A. Van Duijvenbode, N., Klein Snakenborg, J., De Haan, H. A, Roeleveld, E.M., Nieuwold, M. & Van der Nagel, J. E L. (2020). *Seeking Safety. Addendum bij Seeking Safety voor de toepassing bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Deventer: Tactus Verslavingszorg.

B. Hier wordt verwezen naar o.a. de pilots die zijn uitgevoerd tijdens de ontwikkeling van het LVB addendum. De analyses zijn gedaan door een student en terug te vinden in de scriptie:
Bouma, D. (2020). *De effectiviteit van Seeking Safety LVB op craving en posttraumatische stress symptomen bij mensen met een licht verstandelijke beperking, een stoornis in het gebruik van middelen en een posttraumatische stress stoornis*. Nijmegen: Radboud Universiteit.
In de studie van Bouma (2020) zijn 14 patiënten met een LVB, verslaving en trauma gerelateerde klachten geïncludeerd, waarvan 5 patiënten uitvielen voordat sessie 6 (de helft van de behandeling) plaatsvond. Mogelijke oorzaken hiervoor waren een bij aanvang lage motivatie en weerstand om de module te volgen.

   Voorafgaand is bij alle patiënten de DITS-LVB en vragenlijst PTSS symptomen (Mevissen, Didden, & De Jongh, 2018) afgenomen om PTSS symptomen te meten. LVB werd vastgesteld naar aanleiding van de WAIS-IV-NL (Wechsler, 2014). Om verslaving te meten is gebruik gemaakt van de MATE module 1 en een craving vragenlijst. De laatste werd na iedere sessie van het LVB addendum mondeling afgenomen. Om te bepalen of SeSa LVB aansluit bij de behoeften van de patiënt, werd na iedere sessie van de module gevraagd om een feedbackformulier in te vullen. Patiënten gaven hierbij aan in hoeverre zij tevreden waren over de sessie. Zij zetten een kruis op een lijn, waarbij de linkerkant aangaf 'Helemaal niet' met een afbeelding van een duimpje omlaag, en de uiterst rechterkant aangaf 'Helemaal wel' met een duimpje omhoog.

   Initieel was het hier de bedoeling om veranderingen in PTSS symptomen en verslavingsgedrag (craving) te meten. Uit analyses van de interne pilots bleek echter dat er sprake was van een significant verlies van data vanwege drop-out (8 van de 14 deelnemers), met daarbij ook beperkingen in de kwaliteit van de data. Om deze reden zijn de data uit de pilots primair gebruikt voor verbetering van de handleiding en de werkbladen, op basis van feedback van patiënten en behandelaren en kan de pilot gezien worden als een feasibility study.

C. Samenvatting resultaten:

   - Kijkend naar de gemiddelden op de tevredenheidscore zijn zowel patiënten als behandelaren tevreden over de inhoud en werkwijze.
   - Patiënten vinden dat de behandelonderwerpen aansluiten bij hun problematiek en behoeften.
   - Patiënten waarderen met name de accepterende, empathische en luisterende houding van behandelaren, en de actieve werkvormen.
   - Patiënten vonden de eerste illustraties te kinderlijk
   - Behandelaren zijn van mening dat de interventie in de behoefte aan behandelaanbod voor de LVB doelgroep voorziet.
   - Behandelaren vinden de handleiding relatief gemakkelijk om mee te werken en de methodiek goed aansluiten op de leefwereld en het leerniveau van patiënten.
   - Behoefte vanuit behandelaren om een maximaal aantal patiënten voor in de groep aan te geven (4 tot 6)

Deze feedback heeft tot aanpassingen geleid van de tweede en definitieve versie van Seeking Safety LVB. Er is bijvoorbeeld een illustrator aan de slag gegaan met de illustraties en opmaak van het werkboek voor patiënten.

Onderzoek naar uitvoering 2

A. Delforterie, M., Roeleveld, E.M., & de Haan, H.A. (2024). *Procesevaluatie LVB Addendum bij Seeking Safety*. Enschede: Tactus Verslavingszorg.

B. Een procesevaluatie naar het LVB addendum bij SeSa onder behandelaren van Tactus, Trajectum en GGNet (FPA De Boog). Deze behandelaren hebben het LVB addendum bij patiënten aangeboden. In totaal hebben 16 behandelaren een digitale enquête over de uitvoering en waardering van SeSa LVB ingevuld. Elf behandelaren (hier trainers genoemd) werkten bij Tactus, 3 bij Trajectum en 2 bij GGNet FPA de Boog. Functies van de 16 trainers variëren van behandelaar (n = 9), zoals orthopedagoog of psycholoog, tot verpleegkundige (n = 4), maatschappelijk werker (n = 2) en psychodiagnostisch medewerker (n = 1). Hen is gevraagd naar hun waardering, ervaring en de uitvoering van het LVB addendum bij Seeking Safety (SeSa LVB). De trainers die de enquête hebben ingevuld, hebben SeSa LVB aan gemiddeld 15,75 patiënten gegeven (standaard deviatie = 16,67, bereik 1 – 50). De meeste trainers (n = 14) hadden patiënten in de leeftijdscategorieën 15 – 34 jaar en 35 – 49 jaar en deze patiënten waren op vrijwillige basis in zorg. De overige trainers hadden alleen patiënten met een strafrechtelijk of forensische maatregel in zorg. Patiënten zijn niet in deze procesevaluatie betrokken. Wel hebben zij hun mening over SeSa LVB in de interne pilots gegeven. Zie hiervoor 'onderzoek naar uitvoering 1'.

C. Samenvatting van de resultaten
Over het algemeen zijn trainers tevreden tot zeer tevreden over het LVB addendum. Zij zijn enthousiast over de werkvormen en vinden het taalgebruik goed aansluiten bij de doelgroep. Het addendum wordt als laagdrempelig ervaren: 'simpel, maar niet kinderachtig'. De bruggetjes worden als minder sterke kant genoemd. Sommige zijn nog te abstract voor bepaalde patiënten. Ook mogen er meer lichaamsgerichte oefeningen gebruikt worden.

Is het LVB addendum uitgevoerd zoals bedoeld?
Trainers passen SeSa LVB zowel individueel als in de groep toe. De meeste trainers geven aan het individueel aan te bieden aan de patiënt. Door andere trainers wordt het ofwel in groepsverband of zowel individueel als in groepen aangeboden. Bondgenoten (vertrouwenspersonen) worden door dertien trainers betrokken, zij het soms niet specifiek voor SeSa LVB, maar eerder voor algemene behandelingen. Bijna alle trainers geven aan SeSa LVB zonder co-trainer te geven, met verschillende redenen, zoals individuele sessies of betrokkenheid bij de ontwikkeling van het LVB addendum.

Alle trainers gebruiken het SeSa LVB-werkboek, de meerderheid van de trainers gebruikt daarnaast ook de handleiding voor professionals. Het originele SeSa-handboek wordt ook geregeld gebruikt. Eén trainer geeft aan eigen oefenmateriaal te integreren bij het LVB addendum. SeSa LVB wordt voornamelijk ingezet bij patiënten met een LVB-diagnose, maar ook bij diegenen waarvoor de reguliere SeSa als te talig wordt beschouwd.

Verslavingsproblematiek is vastgesteld bij het merendeel van de patiënten. Bij twee patiënten is het niet officieel vastgesteld middels een diagnose, maar was er wel sprake van middelengebruik. Ondanks geen officiële diagnose, kozen de trainers er toch voor SeSa LVB in te zetten.De meerderheid van de trainers geeft aan dat trauma of traumagerelateerde stoornissen zijn vastgesteld. Enkele trainers geven aan dat niet alle patiënten een officiële diagnose PTSS hebben, maar dat zij wel allen nare ervaringen meegemaakt hebben en daar traumagerelateerde klachten aan over gehouden hebben. Het hebben van een PTSS diagnose is ook geen vereiste om deel te mogen nemen aan het Seeking Safety programma, dan wel het LVB addendum.

Wat betreft de inzet van de werkvormen uit het addendum geven de meeste trainers aan dat zij alle werkvormen behandelen. Enkele trainers slaan sommige onderwerpen over bij specifieke patiënten. De werkvormen veiligheidsplan, tips, spanningsmeter en werkbladen, worden door alle trainers in ieder geval bij een aantal patiënten ingezet. Bij de meerderheid van de trainers worden bruggetjes, afspraken, tips, spanningsmeter en werkbladen bij alle patiënten gebruikt. Enkele trainers geven daarbij aan dat bepaalde onderdelen, zoals het herstelplan of de geheugenkaart, niet bij elke patiënt worden ingezet.

Succesfactoren:
- Taalaanpassingen
- Structuur
- Herhaling
- Opdrachten
- Laagdrempelige voorbereiding voor traumabehandeling

Faalfactoren:
- Duur van de sessies
- Gebruik van benodigde materialen

De oorspronkelijke handleiding van SeSa vormt te allen tijde het uitgangspunt van SeSa LVB en de trainershandleiding geeft onder andere alle benodigde informatie en tips per bijeenkomst. Het lijkt er echter op dat niet iedere trainer gebruik maakt van deze materialen, wat de kwaliteit van de geboden SeSa LVB training negatief kan beïnvloeden.

Aanbevelingen voor verbetering:
- Het LVB-addendum aanvullen met meer spelvormen, herhaling, aandacht voor de rol van persoonlijk begeleiders, en specifieke elementen zoals helpende gedachten en emotiekaarten.
- Verdere optimalisatie van taalaanpassingen om tegemoet te komen aan de behoeften van de LVB-doelgroep
- Overwegen of de bijeenkomsten die in tijdsduur als te lang werden ervaren, ingekort kunnen worden zonder dat de kwaliteit van het addendum erop achteruit gaat.
- Zowel in de scholing als in de handleiding het belang benadrukken van de oorspronkelijke handleiding SeSa als uitgangspunt voor SeSa LVB.

Alle bovengenoemde aanbevelingen lijken goed uitvoerbaar. Momenteel loopt er een studie naar de effecten van het LVB addendum (zie ook 4.2 'Onderzoek naar behaalde effecten'). De projectgroep wil eerst deze resultaten afwachten, voordat er aanpassingen gedaan worden op basis van de bovenstaande aanbevelingen in het LVB addendum. Dit heeft tevens te maken met de vormgeving. De opmaak van zowel het werkboek als handleiding is opgemaakt door een professionele vormgever. Het is het meest kosten-efficiënt om alle aanpassingen in één keer mee te nemen.

Voor een eventuele doorontwikkeling van SeSa LVB zouden suggesties van trainers meegenomen kunnen worden, zoals:
- Een app ontwikkelen die ondersteunend is bij het werkboek;
- Een luisterversie maken voor patiënten die bijvoorbeeld niet kunnen lezen;
- Het addendum ontwikkelen in spelvorm.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

In 'onderzoek naar uitvoering 1' is de uitvoerbaarheid van het LVB addendum getoetst (feasibility testing). Hierin is veel informatie verkregen, wat uiteindelijk heeft geleid tot het huidige addendum. Momenteel loopt er een effectenonderzoek naar het LVB Addendum, met als doel de effectiviteit te meten. Ook dit onderzoek is een samenwerking tussen Trajectum, Tactus Verslavingszorg en GGZ Drenthe.

Om de effectiviteit van het LVB addendum te meten, wordt naar verschillende aspecten gekeken die in het addendum aan bod komen, namelijk middelengebruik en traumaklachten. Voor, direct na en 3 maanden na het volgen van Seeking Safety LVB worden bij de deelnemers twee interviews afgenomen: de SumID-Q om middelengebruik bij de deelnemer te meten en de DITS-LVB voor de traumaklachten.

Daarnaast vullen deelnemers wekelijks twee vragenlijsten in. Deze gaan over gedachten over craving naar middelengebruik (*Obsessive Compulsive Drinking Scale [OCDS]*) en over traumaklachten (*Trauma Screener – LVB*). Dit gebeurt:
- 3 keer voordat de deelnemer begint met Seeking Safety, 1 keer per week
- als de deelnemer Seeking Safety volgt, voordat de sessie begint
- 3 keer nadat de deelnemer Seeking Safety heeft afgerond, 1 keer per week

Vanwege drop-out (8 van de 14 deelnemers) was niet mogelijk om effectonderzoek te doen met de resultaten uit de pilot beschreven in 'onderzoek naar uitvoering 1'. Om dit te voorkomen zijn in het design van de huidige effectiviteitsstudie twee concrete veranderingen doorgevoerd ten opzichte van het design van de pilot, namelijk:
- Zowel klinisch als poliklinisch

In het pilotonderzoek werden alleen patiënten geïncludeerd die SeSa LVB in de klinieken van Tactus Verslavingszorg volgden. Aangezien patiënten niet altijd 12 weken opgenomen zijn, ontstond er veel drop-out. Door ook patiënten te includeren die SeSa LVB poliklinisch volgen, wordt verwacht dat de drop-out zal verminderen.

- Zowel groepsverband als individueel
  In het pilotonderzoek werden alleen patiënten geïncludeerd die SeSa LVB in groepsverband volgden. Door de Corona pandemie en daarbij horende beperkingen en maatregelen waren er externe omstandigheden waardoor groepstherapie op sommige plaatsen stil kwam te liggen. SeSa (LVB) is ontwikkeld om zowel in groepsverband als individueel te geven (Najavits, 2010). Uit de resultaten van SeSa bij mensen zonder een LVB lijken er geen verschillen in effectiviteit wanneer deze in groepsverband of individueel wordt gevolgd (Najavits & Hien, 2013). Daarom verwachten we van SeSa LVB ook geen verschil in effectiviteit wanneer deze in groepsverband of individueel is gevolgd. We includeren ook patiënten die de behandeling na een aantal groepssessies individueel voortzetten. Dit bevordert bovendien de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten. Als de data het toelaten, vergelijken we de resultaten van de patiënten die SeSa LVB in groepsverband hebben gevolgd met de resultaten van de patiënten die SeSa LVB individueel hebben gevolgd. Er wordt anekdotisch beschreven hoe bepaald wordt wanneer een patiënt SeSa LVB het beste in groepsverband of individueel kan volgen. Op basis van die gegevens kan de indicatie voor de interventie aangescherpt worden.

Met deze aanpassingen in het onderzoeksdesign verwachten we minder drop-out dan in het pilotonderzoek. Om toch rekening te houden met drop-out, streven we naar het includeren van 52 patiënten bij de start van SeSa LVB, die de behandeling ofwel in groepsverband ofwel individueel volgen, om uiteindelijk 30 patiënten in het onderzoek te hebben.

5. Samenvatting werkzame elementen

De originele Seeking Safety methodiek, die als basis en onderligger heeft gediend voor het ontwikkelen van het addendum, is uitgebreid onderzocht en effectief gebleken voor het behandelen van co-morbide verslavingsproblematiek en traumagerelateerde stoornissen (Lenz et al., 2016), evenwel bij mensen zonder een LVB.

Het LVB addendum maakt verder gebruik van werkzame elementen uit verschillende bronnen die in de voorgaande hoofdstukken zijn beschreven:

1. Het RNR model en Good Lives Model als uitgangspunten voor de forensische zorg
2. Richtlijnen effectieve interventies LVB
3. Cognitieve gedragstherapie (CGT) en CGT voor mensen met een LVB (CGT+)
4. De inzet van Motiverende Gespreksvoering
5. Het gebruik van psycho-educatie
6. Feedback, wensen en behoeftes van patiënten en hulpverleners uit de procesevaluatie

De verantwoording voor deze werkzame elementen kunt u in de vorige hoofdstukken lezen. Voor punt 1 t/m 5 verwijzen we naar hoofdstuk 3. Voor punt 6 naar hoofdstuk 4.1.

Aangehaalde literatuur

Agnew, R. (1992). Foundation for a general strain theory of crime and delinquency. *Criminology, 30,* 47-88.

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.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition – Text Revision*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct (5th ed.)*. New Providence, NJ: LexisNexis/Anderson Publishing.

Astridge, B., Li, W. W., McDermott, B., & Longhitano, C. (2023). A systematic review and meta-analysis on adverse childhood experiences: Prevalence in youth offenders and their effects on youth recidivism. *Child Abuse & Neglect*, *140*, 106055. DOI: 10.1016/j.chiabu.2023.106055

Baetz, C. L., Branson, C. E., Weinberger, E., Rose, R. E., Petkova, E., Horwitz, S. M., & Hoagwood, K. E. (2022). The effectiveness of PTSD treatment for adolescents in the juvenile justice system: A systematic review. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy,* 13(6), 653–662. DOI: 10.1037/tra0001073

Bartelink, C. (2013). *Wat werkt: Motiverende Gespreksvoering?* Nederlands Jeugd Instituut: Loket gezond leven. Gedownload via: www.loketgezondleven.nl

Beail, N. (2016). *Psychological therapies and people who have intellectual disabilities*. Leicester: The British Psychological Society.

De Beer, Y. (2016). *Kompas Licht verstandelijke beperking*. *Definitie, aspecten en ondersteuning*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Bonta, J., & Andrews, D. A. (2024). *The Psychology of Criminal Conduct (7th ed.)*. Routledge.

Bouma, D. (2020). *De effectiviteit van Seeking Safety LVB op craving en posttraumatische stress symptomen bij mensen met een licht verstandelijke beperking, een stoornis in het gebruik van middelen en een posttraumatische stress stoornis*. Nijmegen: Radboud Universiteit.

Brakenridge, I., & Morrissey, C. (2010). Trauma and post-traumatic stress disorder (PTSD) in a high secure forensic learning disability population: Future directions for practice. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities, 4,* 49 – 56.

Chandler, R. K., Fletcher, B. W., & Volkow, N. D. (2009). Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system. *Journal of the American Medical Association*, *301*(2), 183-190.

Cooper, S. A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: Prevalence and associated factors. *British Journal of Psychiatry, 190,* 27 – 35.

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.

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., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20V3: Assessing risk for violence – User guide*. Burnaby: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.

Emerson, E. (2003). Prevalence of Psychiatric Disorders in Children and Adolescents with and without Intellectual Disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, *47*(1), 51-58. DOI: 10.1046/j.1365-2788.2003.00464.x

Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, *137*(5), 535–544.

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) (2019). *Basis zorgprogramma: Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. https://efp.nl/publicaties/basis-zorgprogramma

Geijsen, K., Kop, N., & De Ruiter, C. (2018). Screening for intellectual disability in Dutch police suspects. *Journal of Investigative Psychology and Offender Profiling, 15,* 200 – 214.

Gore, N. J., & Dawson, D. L. (2009). Mental disorder and adverse life events in a forensic intellectual disability services. *British Journal of Forensic Practice, 11,* 8 – 13.

Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. John Wiley & 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.

Hien, D. A., Levin, F. R., Ruglass, L. M., López-Castro, T., Papini, S., ... & Herron, A. (2015). Combining Seeking Safety with sertraline for PTSD and alcohol use disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83,* 359.

Hoencamp, E., & Haffmans, P.M.J. (2008). *Psycho-educatie in de GGZ en de verslavingszorg*. *Theorie en praktijk*. Assen: Van Gorcum.

Kaal, H. L., Nijman, H. L. I., & Moonen, X. M. H. (2015). Identifying offenders with an intellectual disability in detention in The Netherlands. *Journal of Intellectual Disabilities and Offending Behaviour, 6,* 94 – 101.

Karakurt, G., Koç, E., Çetinsaya, E. E., Ayluçtarhan, Z., & Bolen, S. (2019). Meta-analysis and systematic review for the treatment of perpetrators of intimate partner violence. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 105*, 220-230.

Koks, R.W. & Steures, P. (2017). Praktijkrichtlijnen Groepsbehandeling. *Groepen, 12*(4), 7-14.

Koks, R. W., & Steures, P. (red.) (2019). *Practice Guidelines for Group Treatment in (Mental) Healthcare: A Helping Hand for Daily Practice.* Dutch Association for Group Dynamics and Group Psychotherapy. Geraadpleegd op 24 maart 2024, van: https://www.groepspsychotherapie.nl/nvgp/_sitefiles/file/richtlijnen/guidelines-group-treatment.pdf

Kwaliteitsontwikkeling GGz (2018). *Generieke module: Psychische stoornissen en een lichte verstandelijke beperking*. Te verkrijgen via https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/psychische-stoornissen-en-zwakbegaafdheid-zb-of-lichte-verstandelijke-beperking-lvb.

Lammers, S.M.M., Soe-Angie, S.E., De Haan, H.A., Bakkum, G.A.M., Pomp, E.R., & Nijman, H.J.M. (2014). Middelengebruik en criminaliteit: een overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 56,* 32-39.

Lenz, A. S., Henesy, R., & Callender, K. (2016). Effectiveness of Seeking Safety for co-occurring posttraumatic stress disorder and substance use. *Journal of Counseling & Development, 94,* 51 – 61.

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.

Luteijn, I., VanDerNagel, J. E. L., van Duijvenbode, N., de Haan, H. A., Poelen, E. A., & Didden, R. (2020). Post-traumatic stress disorder and substance use disorder in individuals with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: A review of treatment studies. *Research in Developmental Disabilities, 105,* 103753.

Luteijn, I., VanDerNagel, J. E. L., van Duijvenbode, N., de Haan, H. A., Poelen, E. A. P., & Didden, R. (2020). Een literatuurreview naar de behandeling van posttraumatische stressstoornis en een stoornis in middelengebruik bij cliënten met een licht verstandelijke beperking. *TAVG, 38*(4A), 215-222.

Mevissen, L., Didden, R., & De Jongh, A. (2016). Posttraumatische-stressstoornis (PTSS). In: R. Didden, P. Troost, X. Moonen, & W. Groen (Red.), *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking*. Utrecht: De Tijdstroom.

Mevissen, L. M., Didden, R. & De Jongh, A. (2018). *DITS-LVB handleiding: Diagnostisch Interview Trauma en Stressoren – Licht Verstandelijke Beperking*. Assen: Accare Child Study Center

Mevissen, L., & De Jongh, A. (2010). PTSD and its treatment in people with intellectual disabilities. *Clinical Psychology Review, 30,* 308 – 316.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2023). *Motivational Interviewing, fourth edition*. New York City: Guilford Press.

Moonen, X. M. H., & Kaal, H. L. (2017). Jeugdigen en jongvolwassenen met licht verstandelijke beperkingen en criminaliteit. *Justitiële Verkenningen*, *43*(6), 9-24. https://doi.org/10.5553/JV/016758502017043006002

Mulder, M. (2020). *Beschrijving Weet wat je kan, in gesprek over LVB.* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos instituut. Geraadpleegd op 20 december 2023, van https://www.trimbos.nl/kennis/justitiele-interventies/weet-wat-je-kan/

Najavits, L.M. (2010). *Seeking safety. Handboek behandeling trauma en verslaving* (M. van der Meer-Jansma, H. de Haan, & C. de Jong, vert.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Najavits, L. M., Gallop, R. J., & Weiss, R. D. (2006). Seeking Safety therapy for adolescent girls with PTSD and substance use disorder: A randomized controlled trial. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 33*(4), 453-463.

Najavits, L. M. & Hien, D. (2013). Helping vulnerable populations: A comprehensive review of the treatment outcome literature on substance use disorder and PTSD. *Journal of Clinical Psychology: In Session, 69,* 433–479. doi:10.1002/jclp.21980

Nieuwold, M. (2015). *Handboek 'Tijd voor Veiligheid'.* Zwolle: Trajectum.

Pietrzak, R., Goldstein, R., Southwick, S., & Grant, B. (2012). Psychiatric comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder among older adults in the United States: Results from wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 20,* 380 – 390.

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.

Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N., & Bisson, J. I. (2015). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 38,* 25 – 38.

Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N., & Bisson, J. I. (2016). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 4*. https://doi.org/10.1002/14651858.CD010204.pub2

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: Mensen met een licht verstandelijke beperking in de strafrechtsketen*. Den Haag: Boom Lemma.

Russell, P.S.S., John, J.K., Lakshmanan, J., Russell, S., & Lakshmidevi, K.M. (2004). Family intervention and acquisition of adaptive behaviour among intellectually disabled children. *Journal of Learning Disabilities*, *8*, 383-395.

Sanders, T. & Veer, C. van der (2018). *Werkzame factoren en mechanismen*. In: R. Koks & P. Steures (red.), *Praktijkrichtlijnen Groepsbehandeling in de (G)GZ (2019)*. Utrecht: NVGP.

Schaftenaar, P. (2024). Ontwikkelingen in het RNR-model: What's new? *Tijdschrift voor de forensische psychiatrie en psychologie 2024 (2),* 105 – 107. DOI: 10.5553/TFPP/295044302024002001013

Sherman, A. D. F., Balthazar, M., Zhang, W., Febres-Cordero, S., Clark, K. D., Klepper, M., Coleman, M., & Kelly, U. (2023). Seeking safety intervention for comorbid post-traumatic stress and substance use disorder: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress, 36* (5), 1123-1136.

Snoek, A., Wits, E., & Meulders, W. (2012). *Richtlijn middelenmisbruik of –afhankelijkheid en angststoornissen*. Amersfoort: Resultaten Scoren.

Spreen, M., Brand, E.F.J.M., Ter Horst, P., & Bogaerts, S. (2013). *Handleiding Historische, Klinische en Toekomst-Revisie*. Groningen: Werkgroep HKT-Revisie.

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., Novaco, R., & Brown, T. (2015). 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.

Torchalla, I., Nosen, L., Rostam, H., & Allen, P. (2012). Integrated treatment programs for individuals with concurrent substance use disorders and trauma experiences: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment, 42,* 65 – 77.

Van Dam, D., Vedel, E., Ehring, T., & Emmelkamp, P. M. G. (2012). Psychological treatments for concurrent posttraumatic stress disorder and substance use disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 32,* 202 – 214.

Van der Nagel, J. E. L., & Kiewik, M. (2016). *CGT+, Cognitieve gedragstherapeutische behandeling voor problematisch middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Utrecht: Perspectief.

Van der Nagel, J. E. L., Kiewik, M., & Didden, R. (2017). *Handboek LVB en verslaving*. Amsterdam: Boom Uitgeverij.

Van der Nagel, J.E.L, Kiekwik, M., & Van Dijk, M. (2015). *CGT+: Cognitieve Gedragstherapeutische behandeling van problematisch middelengebruik bij mensen met een licht verstandelijke beperking: verslag van een pilotstudie*. Amersfoort: Resultaten Scoren.

Van der Nagel, J. E. L., Roeleveld, E.M., & Van Duijvenbode, N. (2021). *Implementatieplan Seeking Safety voor mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Deventer: Tactus Verslavingszorg.

Van der Linden, I. (2021). *Problematic alcohol use in people with mild to borderline intellectual disability - A pilot study using a cognitive behavioural intervention*. Geraadpleegd op 11 december 2023, via: https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/tips-tools/tools/methode-cognitieve-gedragstherapie-plus

Van Duijvenbode, N. (2017). *Delictpreventiegroep-Plus. Handleiding delictpreventie voor volwassenen met een lichte verstandelijke beperking*. Deventer: Tactus Verslavingszorg.

Van Duijvenbode, N., Klein Snakenborg, J., De Haan, H. A, Roeleveld, E.M., Nieuwold, M., & Van der Nagel, J. E L. (2020). *Seeking Safety. Addendum bij Seeking Safety voor de toepassing bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Deventer: Tactus Verslavingszorg.

Van Duijvenbode, N., & Van der Nagel, J. E. L. (2019). A systematic review of substance use (disorder) in individuals with mild to borderline intellectual disability. *European Addiction Research, 25,* 263 – 282.

Van Duijvenbode, N., Van der Nagel, J. E. L., & Didden, R. (2020). *Praktijkboek triple problematiek: Psychische klachten, verslaving en licht verstandelijke beperking*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Van Duijvenbode, N., Van der Nagel, J. E. L., Didden, R., Engels, R. C. M. E., Buitelaar, J. K., Kiewik., M., & De Jong, C. A. J. (2015). Substance use disorders in individual with mild to borderline intellectual disability: Current status and future directions. *Research in Developmental Disabilities, 38,* 319 – 328.

Van Duijvenbode, N., Van der Nagel, J. E. L., Poelen, E., Kiewik, M., Kemna, L., & Bierman, K. (2018). *Middelengebruik en verslaving bij mensen met een LVB. Een best practice handreiking van beschikbare methodieken en interventies.* Utrecht: Academische Werkplaats Kajak.

Ward, T., & Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law, 10*, 243-257.

Wieland, J., & Zitman, F. G. (2016). Brief Symptom Inventory symptom profiles of outpatients with borderline intellectual functioning and major depressive disorder or posttraumatic stress disorder: Comparison with patients from regular mental health care and patients with mild intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 51,* 153 – 159.

De Wit, M., Moonen, X. & Douwma, J. (2023). *Richtlijn effectieve interventies LVB*. Utrecht: Landelijk kenniscentrum LVB.

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJi), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), 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.