

Laura Nijmeijer

 Trimbos
instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Zorgprogramma voor gedetineerden met een lichte verstandelijke beperking (LVG)



Zorgprogramma voor gedetineerden met een lichte verstandelijke beperking (LVG)

Laura Neijmeijer
september 2008



Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

INLEIDING

Dit zorgprogramma beschrijft de zorg aan gedetineerden met een lichte verstandelijke beperking, al dan niet in combinatie met (ernstige) gedragsproblemen en/of psychiatrische problemen, die verblijven op een zorglocatie. Het zorgprogramma is deels gebaseerd op beschikbare kennis, en deels op de professionele praktijk op dit terrein. Bij het ontwikkelen van dit zorgprogramma is gebruik gemaakt van diverse bronnen, waaronder:

- Verstandelijke beperkingen en probleemgedrag: richtlijnen en principes voor de praktijk (LKNG, 2008)
- Richtlijnen voor de praktijk van onderzoek en diagnostiek van problemen met de geestelijke gezondheid bij volwassenen met een verstandelijke beperking (LKNG, 2002)
- Leidraden beeldvorming, begeleiding en behandeling bij mensen met een verstandelijke beperking (NIP/NVO, 2005)
- Richtlijn voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een verstandelijke beperking (NVAVG, 2007)
- Met het oog op behandeling: effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking (2007)
- Informatie- en documentatiemateriaal van De Borg (samenwerkingsorgaan van de vijf SGLVG-instellingen in Nederland), waaronder Hoeve Boschoord.

Het zorgprogramma zal verder in dit stuk worden aangeduid als zorgprogramma LVG (licht verstandelijk gehandicapten).

DOELSTELLING

Het algemene doel van het zorgprogramma LVG is het begeleiden en zo nodig behandelen van gedetineerden met een lichte verstandelijke beperking, al dan niet in combinatie met gedrags- en/of psychiatrische problemen, en daarmee het bijdragen aan de resocialisatie en rehabilitatie van de gedetineerde.

De zorginhoudelijke doelen van het zorgprogramma zijn:

- Het begeleiden van de gedetineerde met een lichte verstandelijke beperking en het bieden van een veilige en gestructureerde leefomgeving
- Het zo goed mogelijk behandelen van eventueel bijkomende gedrags- en /of psychiatrische problemen, volgens de geldende standaard van de ggz / vgz in een daartoe geschikt zorgprogramma
- Het waar mogelijk verwijzen van de gedetineerde naar een ander zorgprogramma in de ggz / verstandelijk gehandicaptenzorg dan wel terugplaatsen naar (de EZV-afdeling van) de plaatsende PI.

DOELGROEP

Definities

Aan het begrip verstandelijke beperking of handicap worden twee aspecten onderscheiden: intellectuele beperkingen en sociale beperkingen. Mensen met een verstandelijke handicap hebben een beperking in het intellectueel functioneren die gepaard gaat met beperkingen in de sociale (zelf)redzaamheid¹. Voor het vaststellen van het IQ wordt gewoonlijk een IQ-test gebruikt. Personen met een IQ tussen 50/55 en 70

¹ Volgens de definitie van de American Association of Mental Retardation (AAMR) ligt het intellectueel functioneren duidelijk onder het gemiddelde, daarnaast is er sprake van aan de beperkte intelligentie gerelateerde beperkingen van het aanpassingsgedrag op twee of meer van de volgende tien gebieden: communicatie, zelfverzorging, zelfstandig kunnen wonen, sociale en relationele vaardigheden, gebruik maken van gemeenschapsvoorzieningen, zelfstandig beslissingen kunnen nemen, gezondheid en veiligheid, functionele intellectuele vaardigheden, vrijetijdsbesteding en werk.

vallen volgens de indeling van o.a. de AAMR, WHO en NVGz in de categorie 'licht verstandelijk beperkt'. Een IQ tussen de 70 en 85 duidt op zwakbegaafdheid. Dit zorgprogramma richt zich op beide categorieën.

Algemene en bijzondere kenmerken

Algemene kenmerken van de groep van licht verstandelijk gehandicapten zijn:

- Er zijn beperkingen in het leren en denken. Onder andere zijn er tekorten in het abstracte denken, die zich uiten in moeizame conceptvorming en generalisatie van hetgeen geleerd is. De informatieverwerking verloopt minder gestructureerd en trager, het geheugen functioneert minder goed en er is sprake van een beperkte aandachtsspanning en verminderde dynamiek in denken.
- Er zijn beperkingen in de sociale aanpassing. Mensen met een lichte verstandelijke handicap zijn kwetsbaar in hun sociaal-emotionele ontwikkeling en kunnen complexe sociale situaties niet overzien. Ze zijn minder goed in staat om zich, in praktische zin, in het dagelijks leven staande te houden en gebruik te maken van basale infrastructuren. Ook is er sprake van gebrekkige zelfcontrole en impulsiviteit (Ten Wolde, 2006).

Enkele bijzondere kenmerken van de groep van (licht) verstandelijk gehandicapten zijn:

- Bij volwassenen met een verstandelijke beperking komt psychiatrische ziekte relatief vaak voor (Van Gennep, 2002). Voorbeelden van psychiatrische ziektebeelden zijn schizofrenie, stemmingsstoornissen, stoornissen in het autistisch spectrum, stereotiep gedrag en automutilatie (Scheers en Minderaa, 1997).
- Naast psychiatrische stoornissen komen ook gedragsstoornissen relatief vaak voor bij mensen met een licht verstandelijke beperking. Enkele voorbeelden van probleemgedrag zijn: oppositioneel gedrag, agressie / gewelddadigheid, suicidaliteit en zelfverwonding, seksueel probleemgedrag, middelenmisbruik, stemmings- en angstgerelateerde problemen (Tenneij en Koot, 2006).
- Ten slotte is er bij mensen met een licht verstandelijke beperking ook vaker sprake van somatische comorbiditeit. Het gaat dan bijvoorbeeld om gehoors- en visustekorten, motorische problemen en epilepsie. Niet zelden komen deze lichamelijke beperkingen in combinatie voor (Kramer, 1997).

De problematiek bij de groep van mensen met een licht verstandelijke beperking kan dus divers en complex zijn. De problematiek is mede complex vanwege de discrepantie tussen kalenderleeftijd, adaptieve leeftijd, niveau van cognitieve ontwikkeling en sociaal-emotionele ontwikkeling. Meestal is er sprake van comorbiditeit, waarbij er meerdere stoornissen en gedragsstoornissen worden gevonden (Didden, 2007).

DIAGNOSTIEK

Uitgangspunten

De kenmerken van de doelgroep van licht verstandelijk gehandicapten (zie boven) stellen een aantal bijzondere eisen aan de diagnostiek, de behandeling en de begeleiding en bejegening. Voor de diagnostiek gelden de volgende aandachts- en uitgangspunten:

- Volgens de AAMR kan een verstandelijke beperking worden gezien als het resultaat van de interactie tussen de aanwezige persoonlijke competenties, de omgevingseisen en de ontvangen ondersteuning. Voor de diagnostiek betekent dit dat niet alleen de individuele kenmerken centraal staan, maar ook de interactie tussen individu en omgeving (Geus, 2005).
- Vanwege de heterogeniteit van de doelgroep, de complexe wisselwerking tussen gedrags-, psychiatrische en somatische problemen en het feit dat stoornissen zich bij licht verstandelijk gehandicapten anders kunnen uiten dan bij de normaal begaafde populatie, is het van belang te werk te gaan volgens de integratieve of multimodale methode. Om te komen tot een geïntegreerd beeld is multidisciplinaire kennis nodig

op het gebied van ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek, algemene geneeskunde, psychiatrie en neurologie (Van Gennep, 2008; Geus, 2005; NVAVG-richtlijn, 2007). Van belang is een goede coördinatie (bijvoorbeeld door een GZ-psycholoog) van het proces van beeldvorming / diagnostiek.

Onderdelen integratieve diagnostiek

Om een integratief beeld op te stellen, is het nodig om zowel de lichamelijk-biologische factoren, de intrapsychische factoren, de omgangsfactoren als de omgevingsfactoren in kaart te brengen (Geus, 2005).

De beeldvorming en diagnostiek omvat verschillende onderdelen, waaraan verschillende disciplines een bijdrage leveren:

Observatie

Vooraf de begeleiders (ZBIW's) hebben hierbij een belangrijke rol. Bij de observatie kunnen verschillende observatie-instrumenten worden gebruikt, zoals de Sociale Redzaamheidsschaal SRZ-P, de Best-Index (een gedragschecklist), de ABCL (gedragsvragenlijst voor volwassenen) en de Staf Agressie Vragenlijst SOAS-R (Ten Wolde, 2006).

Milieu-onderzoek

Inzicht in de dynamiek van het gezin kan belangrijke informatie geven over het mechanisme hoe een bepaald gedrag en/of psychische stoornis tot stand is gekomen en waarop men het accent moet leggen in de behandeling. Het onderzoek wordt uitgevoerd door een maatschappelijk werker.

Medisch onderzoek

Naast algemeen lichamelijk onderzoek kunnen ook specifieke onderzoeken geïndiceerd zijn zoals neurologisch onderzoek, aangevuld met röntgenfoto's van de schedel, EEG-onderzoek, CT-scan en biochemisch onderzoek van bloed en urine. Het onderzoek is erop gericht om evt. lichamelijke ziektes uit te sluiten (Dosen, 1997). Ook visus- en gehooronderzoek kan nodig zijn.

Psychiatrisch onderzoek

Bij mensen met een lichte verstandelijke beperking is het goed mogelijk om volgens de normale classificatiesystemen te werken. De wijze van vragen naar symptomen dient wel te worden aangepast (NVAVG, 2007). Er bestaan verschillende interviewtechnieken, afgestemd op de doelgroep van mensen met een (lichte) verstandelijke beperking (zie Van Gennep, 2002).

In het algemeen geldt dat hoe hoger het cognitieve niveau van functioneren, des te meer de aard en uitingvorm van de psychiatrische stoornis overeenkomt met die bij normaal begaafde mensen (Scheers en Minderaa, 1997).

Bij de psychiatrische beoordeling verdienen functionele stoornissen zoals slaapstoornissen, leerstoornissen en spraakstoornissen speciale aandacht omdat deze stoornissen een belangrijke bron van veroorzakende condities voor probleemgedrag kunnen vormen (Van Gennep, 2008).

Psychodiagnostisch onderzoek

Bij de psychodiagnostiek kunnen verschillende instrumenten worden gehanteerd:

1. Instrumenten gericht op het vaststellen van de verstandelijke beperking gebruikmakend van het intelligentiecriterium en het sociale redzaamheidscriterium
2. Instrumenten gericht op de diagnostiek van persoons- en persoonlijkheidskenmerken, inclusief emotionele niveau
3. Instrumenten gericht op diagnostiek van speciale functies

4. Instrumenten gericht op diagnostiek van bijkomende beperkingen
5. Instrumenten gericht op diagnostiek van psychiatrische en gedragsproblemen

Voor een overzicht en uitwerking van de verschillende instrumenten wordt verwezen naar de Leidraden Beeldvorming, Begeleiding en Behandeling bij mensen met een verstandelijke beperking van de NVO en het NIP (Geus, 2005). Voor het meten van de intelligentie wordt aanbevolen gebruik te maken van de WAIS-III (Ten Wolde, 2006). Voor de beoordeling van de emotionele ontwikkeling kan gebruik worden gemaakt van het Schema voor de Schatting van de Emotionele Ontwikkeling (SEO) (Van Gennep, 2008).

ZORGAANBOD

Begeleiding en therapeutisch milieu

Bij de behandeling van mensen met een verstandelijke beperking wordt een groot beroep gedaan op hun begeleiders. Binnen de zorglocaties hebben de ZBIW's een belangrijke taak als het gaat om het vormgeven van de dagelijkse begeleiding, daginvulling en dagstructuur. Ze hebben een essentiële rol bij de vormgeving van het therapeutisch milieu op de zorgunit.

Bij gedetineerden met een lichte verstandelijke beperking is van belang dat de behandeling niet alleen gericht is op het doen afnemen van de evt. psychische en gedragsstoornissen, maar ook aansluit bij de verstandelijke en sociaal-emotionele beperkingen. Het sociale competentie-model neemt in de behandeling een belangrijke plaats in. De behandeling richt zich op het herstel tussen taken en vaardigheden, zodat probleemgedrag afneemt. Door positieve ondersteuning en aansluiting bij wat men (in potentie) wél kan, wordt de betrokkene aangesproken op zijn mogelijkheden in plaats van zijn beperkingen, vindt uitbouw van competenties plaats en kunnen nieuwe vaardigheden ontwikkeld worden.

Bij de vormgeving van het therapeutisch milieu is het vooral van belang dat er voldoende protectieve factoren worden ingebouwd (zie o.a. Van Gennep, 2008, Van Marle, 2004). Hoe meer protectieve factoren aanwezig zijn, hoe beter de betrokkene wordt beschermd tegen zijn eigen impulsiviteit of zijn beïnvloedbaarheid door anderen en hoe beter hij een adequate copingstijl kan ontwikkelen. Het gaat onder andere om:

- het aanbrengen van een heldere structuur in de dagelijkse gang van zaken / dagbesteding
- het beperken van stimuli uit de omgeving; invloeden van buiten en verstoringen van het dagelijks leven dienen tot een minimum beperkt te blijven
- de introductie van duidelijke sociale regels om de interacties te sturen
- continuïteit van zorg
- zoveel mogelijk een vaste hechtingsfiguur
- voldoende steun en positieve waardering
- het stapsgewijs stellen van realistische behandeldoelen
- het geven van goede voorbeelden vanuit de omgeving.

Van groot belang is dat begeleiders voldoende ondersteund en gecoacht worden in de omgang met de doelgroep. Hierin is een belangrijke taak weggelegd voor de gedragsdeskundige van de zorglocatie (GZ psycholoog of orthopedagoog). Het trainen van begeleiders is als aparte module beschreven in bijlage I.

Behandelfasen

Slagter (2004) onderscheidt vier fasen in de behandeling van (licht) verstandelijk gehandicapten in het gevangeniswezen. De eerste fase is observatie en diagnostiek. De andere drie fasen zijn:

- motivatie
- behandeling
- resocialisatie en reïntegratie; hierbij gaat het om het oefenen met nieuw geleerd gedrag binnen de maatschappelijke context.

Een cruciaal element in de behandeling is de transfer van het geleerde naar de dagelijkse situaties. Dit is voor mensen met een (lichte) verstandelijke beperking niet vanzelfsprekend, maar moet worden getraind (Moonen, 2007).

Behandeldoelen

Van belang is een heldere beschrijving van de behandeldoelen. De behandeldoelen dienen afgestemd te zijn op het niveau van emotionele ontwikkeling van de patiënt. Overbehandeling, maar ook onderbehandeling dient vermeden worden (zie o.a. Van Marle, 2004).

Bij het formuleren van behandeldoelen kan gekozen worden voor een algemene of meer specifieke insteek. Een algemene insteek wordt gekozen als de doelen worden geformuleerd op basis van het AAMR-model. Het AAMR onderscheidt de volgende ondersteuningsgebieden (Geus, 2005):

- ontwikkeling
- onderwijs en opvoeding
- huiselijke activiteiten
- leven in de lokale samenleving
- werken
- gezondheid en veiligheid
- gedrag
- relaties / sociale activiteiten
- behartigen van eigen belangen.

Een meer specifieke omschrijving van de behandeldoelen ligt voor de hand indien de lichte verstandelijke handicap gepaard gaat met psychiatrische en/of gedragsstoornissen. Succesvolle interventies zullen resulteren in (Van Gennep, 2008):

- a. de reductie of eliminatie van de (biologische, medische, psychische of omgevings) condities die psychisch leed veroorzaken
- b. het aanleren van nieuwe of versterken van bestaande alternatieve vaardigheden voor het omgaan met psychisch leed
- c. veranderingen in de fysieke en sociale omgeving om er zeker van te zijn dat tegemoet wordt gekomen aan iemands basale behoeften.

Behandelrichtlijnen

Indien er naast een lichte verstandelijke handicap tevens sprake is van gedrags- en/of psychiatrische problematiek, is een integratieve behandeling van belang (Dosen, 1997; Van Gennep, 2008). Integratieve behandelingen worden langs vier lijnen vormgegeven, die – al naar gelang de aard van de stoornis – in juiste volgorde geprioriteerd moeten worden. Indien er sprake is van een gedragsstoornis zonder (veronderstelde) onderliggende psychiatrische problematiek, is de volgende behandelingsstrategie aangewezen:

- eerste lijn: ontwikkelingsdimensie (persoon tegemoetkomen op het niveau van zijn emotionele ontwikkeling)
- tweede lijn: sociale dimensie (informerend, coachen en trainen van de omgeving)
- derde lijn: psychische dimensie (vaardigheidstraining, psychotherapie)
- vierde lijn: biologische dimensie (medicatie)

In gevallen waarin het probleemgedrag wordt veroorzaakt door een onderliggende psychiatrische stoornis of waarin een psychiatrische stoornis voorkomt als gevolg van het

probleemgedrag of als een comorbide conditie, moet eerst de psychiatrische stoornis behandeld worden. De behandelingsstrategie is dan als volgt:

- eerste lijn: biologische dimensie
- tweede lijn: ontwikkelingsdimensie
- derde lijn: sociale dimensie
- vierde lijn: psychische dimensie.

Als het probleemgedrag niet geëlimineerd wordt, moeten bijkomende condities onderkend worden waarvan tijdens de multimodale beoordeling is vastgesteld dat deze bijdragen aan het gedragsprobleem. Deze behandeling moet worden toegepast parallel aan de behandeling van de psychiatrische stoornis of in aanvulling daarop.

Als de aandoening volgens de DSM-IV-TR of de ICD-10 gecategoriseerd kan worden, dienen in principe de geldende standaarden te worden gebruikt. Voor aandoeningen die niet volgens deze systemen gecategoriseerd kunnen worden is een dimensionale benadering meer geschikt (NVAVG-richtlijn, 2007).

Indien er geen sprake is van een duidelijk beeld en/of een grote verscheidenheid van klachten, dan dient de arts / psychiater zich in de behandeling te richten op de symptomen die het dagelijks functioneren het meest nadelig beïnvloeden en/of lijdensdruk veroorzaken (NVAVG-richtlijn, 2007).

Behandelmodules

De behandeling van licht verstandelijk gehandicapten met gedrags- en/of psychiatrische problematiek omvat:

- a. Algemene modules; zie hiervoor het algemene zorgprogramma. Hierbij moet worden opgemerkt dat voor de meeste therapeutische interventies (vooralnog) geen evidentie bestaat in relatie tot de LVG-doelgroep. Dit is wel het geval voor agressiehanteringstherapie (Didden en Moonen, 2007).
- b. Algemene modules met een specifieke vertaling naar de LVG-doelgroep; het gaat om de modules medicamenteuze therapie en cognitieve vaardigheidstraining (COVA+). COVA+ is een door de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie voorlopig erkende interventie.
- c. Specifieke modules voor de LVG-doelgroep; het gaat hier om de module seksuele voorlichting en -opvoeding / VRIS voor licht verstandelijk gehandicapte seksueel delinquenten. Daarnaast is ook de eerder genoemde training voor begeleiders een specifieke module. De module Community Reinforcement Approach (die goed aansluit bij de doelgroep van licht verstandelijk gehandicapten) wordt beschreven in het zorgprogramma verslaving.

Van belang is een combinatie van therapeutische interventies. Monotherapie voor probleemgedrag, bestaande uit psychofarmacologische middelen, wordt als inefficiënt en zelfs schadelijk beschouwd. Farmacotherapie dient altijd onderdeel te zijn van een breder behandelingsarsenaal. Farmacotherapie kan een positief effect hebben als het geïndiceerd is voor een bepaald doel (zoals verminderen van angst, rusteloosheid, impulsiviteit).

KETENZORG

Bij de groep van licht verstandelijk gehandicapten is sprake van een blijvende kwetsbaarheid, zeker als er tevens sprake is van psychiatrische ziekte of probleemgedrag. Dit betekent dat er ook na crisisinterventie en behandeling op de zorgafdeling van het PI en eventuele beëindiging van de gevangenisstraf dan wel terugplaatsing naar de PI van herkomst, er nazorg en continue begeleiding nodig blijft. Een allesomvattende en gecoördineerde keten van op de kern van het probleem gerichte diagnose, behandeling en bijbehorende ondersteuning is vereist voor de optimale verbetering en hantering van de problemen (Van Gennep, 2008). Van belang is de

samenwerking met de ketenpartners in de ggz, verstandelijk gehandicaptenzorg en/of de SGLVG-sector.²

PERSONELE INZET

De personele inzet ten behoeve van het zorgprogramma LVG is in principe gelijk aan die voor de andere zorgprogramma's, met dien verstande dat het zinvol is om de functie van GZ-psycholoog door iemand met een orthopedagogische achtergrond in te laten vullen. De doelgroep stelt een aantal bijzondere eisen aan ZBIW's en andere hulpverleners op het gebied van attitude en competenties. Van belang is een positieve benadering, uithoudingsvermogen en een supportieve attitude.

² Tot de SGLVG-sector behoren de volgende instellingen: Trajectum Hoeve Boschoord, Altrecht (de Wier), Trajectum Hanzeborg, De Bruggen en Dichterbij.

LITERATUUR

Behandelvisie SGLVG (+) (2008). De Borg, versie 28-02-2008.

Didden R (2007). Effectieve behandeling van jeugdigen en volwassenen met een lichte verstandelijke beperking: een beschouwing. In: R Didden en X Moonen (red). Met het oog op behandeling. Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking. LKLG / De Borg.

Didden R en X Moonen (red) (2007). Met het oog op behandeling. Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking. LKLVG / De Borg.

Dosen A (1997). Psychiatrie. In: GH van Gemert en RB Minderaa. Zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. Assen: Van Gorcum.

Embregts P en L Gerits (2007). Emotionele Intelligentie en training van begeleiders. In: R Didden en X Moonen (red). Met het oog op behandeling. Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking. LKLVG / De Borg.

Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie (2007). Jaarverslag 2007. Den Haag: Ministerie van Justitie.

Genneep A van (2002). Richtlijnen voor de praktijk van onderzoek en diagnostiek van problemen met de geestelijke gezondheid bij volwassenen met een verstandelijke beperking. Utrecht: LKNG.

Genneep A van (2008) Richtlijnen en principes voor de praktijk. Beoordeling, diagnose, behandeling en bijbehorende ondersteuning voor personen met verstandelijke beperkingen en probleemgedrag. Utrecht: Vilans / LKNG en CCE.

Geus R (red) (2005). Leidraden Beeldvorming, Begeleiding en Behandeling bij mensen met een verstandelijke beperking. Utrecht: NVO / NIP.

Krayer DW (1997). Het vaststellen van de verstandelijke handicap. In: GH van Gemert en RB Minderaa (red). Zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. Assen: Van Gorcum.

Marle H van (2004). Hulpverlening of justitie: keuzes in de zorg voor verstandelijk gehandicapten. In: R Geus en L Roelvink (red). Verstandelijk gehandicapten in aanraking met politie en justitie. Verslag van een congres. Utrecht / Borne.

Moonen X (2007). Samen met jeugdigen en volwassenen met een licht verstandelijke beperking de behandeling vormgeven. In: R Didden en X Moonen (red). Met het oog op behandeling. Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking. LKLVG / De Borg.

NVAVG-Standaard 2 (november 2007). Voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een verstandelijke beperking. Utrecht: NVAVG.

Scheers TFH en RB Minderaa (1997). Psychopathologie. In: GH van Gemert en RB Minderaa (red). Zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. Assen: Van Gorcum.

Slagter J (2004). Nazorg op Hoeve Boschoord. Via participatie in de zorgketen naar verantwoorde reïntegratie van de cliënt. In: R Geus en L. Roelvink (red). Verstandelijk gehandicapten in aanraking met politie en justitie. Verslag van een congres. Utrecht / Borne.

Stolker JJ, A Scheifes en R Heerdink (2007). Kwaliteit van de behandeling met psychofarmaca van mensen met een verstandelijke beperking. In: R Didden en X Moonen (red). Met het oog op behandeling. Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking. LKLVG / De Borg.

Tenney N en H Koot (2006). Doelgroep in beeld. Een nauwkeurige beschrijving van mensen met een lichte verstandelijke beperking en meervoudige complexe problematiek. De Borg.

Wolde A ten (red) (2006). Vaardig en veilig. Behandeling van sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapte mensen met risicovol gedrag. Hoeve Boschoord.

BIJLAGE 1 Behandelmodules behorende bij het zorgprogramma LVG

Training van begeleiders

(bron: Embregts en Gerits, 2007)

Inhoud

De manier waarop begeleiders omgaan met patiënten met een lichte verstandelijke handicap in combinatie met psychiatrische en/of gedragsproblematiek, is cruciaal voor de ontwikkeling en het voortduren van gedragsproblemen. Van belang is dat begeleiders worden getraind in zowel kennis en vaardigheden als attitude.

Trainingen gericht op het optimaliseren van kennis en vaardigheden dienen te bestaan uit antecedente technieken (instructie en rollenspel) in combinatie met consequente technieken als inhoudelijke, video- of directe feedback. Van belang is dat er gebruik wordt gemaakt van interactieve technieken; actieve deelname aan een training resulteert in een grotere gedragsverandering dan passieve participatie.

De training EQUilibrium (training emotionele intelligentie voor begeleiders) is een training die gericht is op zowel de vaardigheden als de attitude van begeleiders.

Frequentie, duur en setting

EQUilibrium is een groepstraining voor 9 tot 12 deelnemers. De training omvat 4 dagdelen, uitgespreid over een half jaar. Iedere deelnemer stelt een individueel plan van aanpak op.

Ontvangers

ZBIW's werkzaam met licht verstandelijk gehandicapte gedetineerden in combinatie met psychiatrische en/of gedragsproblematiek.

Organisatorische en financiële aspecten

De trainingen worden verzorgd door een gedragswetenschapper (GZ-psycholoog).

Medicamenteuze therapie

(bronnen: NVAVG-richtlijn, 2007; Stolker et al, 2007)

Inhoud

Het voorschrijven en toedienen van psychofarmaca bij mensen met een (lichte) verstandelijke beperking.

Frequentie, duur en setting

Afhankelijk van de indicatie.

Ontvangers van de module

Psychofarmacotherapie is geïndiceerd voor (licht) verstandelijk gehandicapten met psychiatrische symptomen en gedragskenmerken met een onderliggend neuropsychologisch lijden, zoals:

- chaotiserend, prikkelbaar en ontremd gedrag als gevolg van tekortschietend integratief vermogen
- oppositioneel en/of slecht stuurbaar gedrag mogelijk gepaard gaande met stagnatie van de ontwikkeling of achteruitgang in het functioneren op grond van informatieverwerkingsstoornis / problemen met het verwerken van de verschillende prikkelmodaliteiten
- apathie
- stemmingslabiliteit die zich uit in snelle stemmingswisselingen en het heftig uiten van emoties en (auto)agressie
- basale angsten voortkomend uit hechtingsproblematiek en angsten zoals die gezien worden bij een stoornis in het autistisch spectrum

- vegetatieve labiliteit en vluchtig gedrag voorkomend uit angsten
- seksueel ontremd gedrag, hyperseksualiteit als uiting van een obsessief compulsief beeld.

Organisatorische en financiële aspecten

Psychiater / AVG / a(n)io

Bijzonderheden vanuit de literatuur

Over de werkzaamheid en veiligheid van psychofarmaca bij mensen met een verstandelijke beperking is nog maar weinig wetenschappelijke bewijsvoering. Vraag is in hoeverre resultaten van onderzoek naar psychofarmaca die bij een normaal begaafde populatie met een psychiatrische stoornis is uitgevoerd, generaliseerbaar zijn naar de populatie van mensen met een verstandelijke beperking. Over het algemeen wordt aangenomen dat dit afhangt van de mate van comorbiditeit. Wanneer het om een cliënt met een lichte verstandelijke beperking gaat en er niet of nauwelijks sprake is van somatische comorbiditeit, geven de vigerende richtlijnen die in de psychiatrie gebruikt worden meestal voldoende handvaten.

Voor meer specifieke adviezen over het gebruik van psychofarmaca bij verstandelijk gehandicapten: zie de NVAVG-Standaard 2, november 2007 (te downloaden via www.nvavg.nl)

Voor de psychofarmacotherapie bij niet aangeboren hersenletsel (NAH) wordt verwezen naar de richtlijn behandeling van neuropsychiatrische gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel (CBO, 2007).

Cognitieve vaardigheidstraining (COVA +)

(bron: Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie, 2007)

Inhoud

De COVA+ training is afgeleid van de reguliere COVA-training en met name bedoeld voor deelnemers met een wat lager intelligentie- en abstractieniveau, en weinig vermogen tot reflectie. Net als de COVA-training is de COVA+ een breed toegepaste en erkende gedragsinterventie, geschikt voor zowel de intramurale als extramurale setting. In een aantal groepsessies wordt een gestructureerd lesprogramma aangeboden, met als hoofddoel de denkvaardigheden van de deelnemers te verbeteren. Er wordt gestreefd naar een verminderde impulsiviteit na afronding van COVA, evenals verbeteringen in probleemoplossend vermogen, perspectief nemen en moreel en kritisch redeneren.

Frequentie, duur en setting

De training omvat vier dagdelen.

Ontvangers

In principe alle gedetineerden met een licht verstandelijke beperking, verblijvend op een zorgunit.

Organisatorische en financiële aspecten

De module wordt uitgevoerd door medewerkers uit verschillende disciplines die getraind zijn in de cognitieve vaardigheidstraining.

Seksuele voorlichting en opvoeding / VRIS

(bron: presentatie congres Actuele ontwikkelingen in de psychiatrische zorg, 14 april 2008)

Inhoud

VRIS staat voor Vriendschap, Relaties, Intimiteit en Seksualiteit. Doel van de cursus is het vergroten van het bewustzijn van de eigen grens en die van een ander, en het ontdekken van wat 'normaal' is.

De cursus behandelt een aantal aspecten waarin de eigen ervaring en het delen hiervan centraal staat. Beginnend bij een kennismaking, pratend over vriendschap, relaties, intimiteit wordt langzamerhand ingegaan op seksualiteit. Ook seksuele voorlichting is opgenomen in de cursus. Middelen die gebruikt worden zijn ervaringsgerichte oefeningen, rollenspelen, kringgesprekken, videomateriaal en spellen.

Ontvangers

De module is m.n. geïndiceerd voor seksueel delinquenten (met een lichte verstandelijke handicap).

Frequentie, duur en setting

De module wordt in groepsvorm aangeboden.

Organisatorische en financiële aspecten

De module wordt uitgevoerd door een getrainde ZBIW.