



# Handboek

# Weet wat je kan

## In gesprek over LVB

trajectum



# Colofon Weet wat je kan ©2017 Trajectum



Auteur handboek: Marsja Mulder

Met bijdrages van: Monique Delforterie, Hilde Niehoff, Bren Hesper en Robert Didden (onderbouwing)

Deze editie is een grondige herziening van het document Onderbouwing uit 2015

Datum: juli 2020

WWJK kwam tot stand met ondersteuning van het programma Kwaliteit Forensische Zorg.

WWJK is in 2020 door de Commissie Justitiële Interventies beoordeeld als 'goed onderbouwd'.



## Copyright en gebruik op maat

De module Weet wat je kan is kosteloos te downloaden en gebruik op maat is toegestaan. Scholing wordt aanbevolen maar is niet verplicht.

Er rust copyright op de tekst en de tekeningen. Dat houdt in dat de module in gedeeltes mag worden gebruikt, maar dat geen wijzigingen aangebracht mogen worden in de teksten. De tekeningen mogen alleen gebruikt worden bij teksten die in verband staan met WWJK. Verder is vermelding van de herkomst van de module vereist.



## Weet wat je kan, in gesprek over LVB

---

### Het WWJK ontwikkelteam 2013 – 2020 (in verschillende samenstellingen):

Trajectum	Marsja Mulder, auteur Akkeleen Rooks, projectlid Lenie Galema, projectondersteuner
Transfore	Ragna Plomp, coauteur Dirk Dijkslag, projectleider e-WWJK Jaro Beijes, presentator cliënt video
Illustraties	Huib Jans, Cartoons en Illustraties, Maastricht
Minddistrict	Ida van Berkum, coauteur en technische realisatie e-WWJK
Video	Riske de Vries, Films & Fotografie

De cliëntenraad van Trajectum heeft een belangrijke rol gehad bij de ontwikkeling.

Met dank aan: David, Frank, Patrick, Dinie, Jeanny, Jenneke, Marion, Richard en Stefano,  
Laurien Woudhuizen, cliëntondersteuner en coach cliëntenraad



# Inhoudsopgave

<b>Colofon, Weet wat je kan © 2017 Trajectum</b> .....	<b>2</b>
<b>Weet wat je kan</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Ontwikkeling</b> .....	<b>7</b>
1.1 Geschiedenis .....	7
1.2 Cliëntparticipatie .....	7
1.3 De module .....	8
1.4 Tekst en illustraties .....	8
1.5 Doorontwikkeling	8
<b>2. Achtergronden</b> <b>9</b>	
2.1 Leven met een beperking .....	9
2.2 De term LVB	9
2.3 Psychosociale problemen .....	10
2.4 Doelen	10
2.5 Psycho-educatie .....	11
2.6 Plek in een organisatie.....	12
2.7 Benodigde investeringen.....	13
<b>3. De module</b> <b>14</b>	
3.1 Voor wie? .....	14
3.2 Door wie? .....	15
3.3 Opzet .....	15
3.4 Systeemgericht werken .....	16
3.5 Materialen .....	17
3.6 Werkvormen .....	17
3.7 Blended behandelen.....	18
3.8 Inhoud .....	19
3.9 Traject .....	20

<b>4. Scholing en implementatie .....</b>	<b>23</b>
4.1 Scholing	23
4.2 Implementatie	23
4.3 Metingen	25
<b>5. Onderbouwing: probleemstelling en verklaring .....</b>	<b>26</b>
5.1 LVB in de forensische zorg.....	26
5.2 Risicofactoren en beschermende factoren.....	27
5.3 Straintheorie	28
5.4 Attributietheorie	28
<b>6. Onderbouwing: aanpak en verantwoording.....</b>	<b>30</b>
6.1 Behandelvisie bij LVB .....	30
6.2 Onderzoek naar psycho-educatie bij LVB.....	31
6.3 What works principes.....	32
6.4 Richtlijnen effectieve hulpverlening voor LVB.....	33
6.5 Good lives model (GLM).....	34
6.6 Cognitieve gedragstherapie.....	34
6.7 CGT bij LVB	34
6.8 WWJK en CGT	35
6.9 Overzicht van werkzame elementen.....	37
<b>7. Praktijkervaringen en onderzoek .....</b>	<b>38</b>
<b>8. Literatuurlijst</b>	<b>43</b>
<b>Bijlagen.....</b>	<b>45</b>

# Hoe voelt het om LVB genoemd te worden?

---



Dat voelt niet goed.  
Eerst werd ik er heel boos van.

Ik snap nu het woord,  
maar ik zal mezelf nooit zo noemen.



Ik werd er verdrietig van.  
Dat heb ik weer.



Maakt mij niet uit, ik word er niet anders van.  
Als ik maar geholpen word.



Ik ben blij dat ik nu begrijp  
waarom ik steeds in problemen kwam.

# Weet wat je kan in gesprek over LVB

---

**Bijna iedereen heeft wel een rugzak.  
Zo heeft ook bijna iedereen wel een beperking.  
Maar niet iedere beperking is even zwaar.  
Om een zware rugzak te dragen moet je sterk zijn en een  
haalbare weg kiezen.  
Zo is dat met een beperking ook.**



Cliënten met een lichte verstandelijke beperking (LVB) hebben het daar niet graag over. En hulpverleners vinden een beperking lastig bespreekbaar te maken. Toch kan het nodig zijn om er een gesprek over aan te gaan.

Bijvoorbeeld wanneer iemand geregeld frustraties oploopt doordat hij méér wil bereiken dan hij (aan) kan. Of wanneer hij behandeling/begeleiding afwijst omdat hij niet 'hulpbehoevend' wil zijn.

De module Weet wat je kan (WWJK © 2017 Trajectum) geeft aan begeleiders en behandelaars handvatten om het gesprek aan te gaan. De module bestaat uit werkboeken voor cliënten en voor naasten en een set kaarten met samenvattingen. De materialen zijn afgestemd op het begripsvermogen en de belevingswereld van mensen met een LVB.

De materialen zijn kosteloos te downloaden vanaf de websites van Trajectum, Transfore en het KFZ.

## Leeswijzer

Dit handboek beschrijft in grote lijnen de module WWJK: ontwikkeling, achtergronden, de opzet, scholing en implementatie, de onderbouwing en de ervaringen. Praktische handvatten voor de uitvoering staan beschreven in de trainershandleiding.

Vanwege de leesbaarheid wordt alleen gesproken over 'hij' en 'hem' waar ook 'zij' en 'haar' worden bedoeld. Verder is gekozen voor het woord 'cliënt', waar ook 'patiënt' kan worden gelezen. In de werkboeken wordt de aanduiding 'deelnemer' gebruikt.

Het woord LVB wordt in de teksten voor professionals aangeduid met een lidwoord (de of een LVB) maar in de werkmaterialen zonder lidwoord (volgens spraakgebruik).



# 1. Ontwikkeling

---

## 1.1 Geschiedenis

De aanzet voor de ontwikkeling van de module 'Weet wat je kan, in gesprek over LVB' (WWJK) werd in 2013 gegeven door de programmaraad van het KFZ (Kwaliteit Forensische Zorg). Vanuit het KFZ werd een oproep (call) aan het forensisch veld gedaan om een psycho-educatie module te ontwikkelen voor de doelgroep volwassen mensen met een Lichte Verstandelijke Beperking (LVB) in de forensische psychiatrie. Daaraan vooraf ging de constatering dat deze doelgroep is oververtegenwoordigd in de strafrechtketen, en dat de LVB als een risicofactor voor recidive kan worden aangemerkt (zie hoofdstuk 5). Het KFZ beschreef de volgende probleemstelling:

De belangrijkste voorwaarde voor het slagen van een behandeling is dat de cliënt begeleiding accepteert. Dit geldt in het bijzonder voor mensen met een LVB daar deze groep, qualitate qua, blijvend afhankelijk is van zijn (professionele) omgeving. Bij een LVB is overschatting van de eigen mogelijkheden de grootste risicofactor voor delictgedrag.

Een lichte verstandelijke beperking impliceert echter een intrinsiek gebrek aan het zelfreflexief vermogen dat nodig is om de eigen beperking in te zien. Het label 'verstandelijke beperking' leidt bij deze doelgroep bovendien vaak tot weerstand, omdat het ontkend wordt of als een diskwalificatie wordt ervaren. Veel LVB cliënten wijzen ook daardoor het zo noodzakelijke begeleidingsaanbod van de hand (citaat).





De opdracht werd verstrekt aan Trajectum in samenwerking met Transfore.

Trajectum is een ketenorganisatie die behandeling en begeleiding biedt aan volwassen mensen met een LVB en risicovol gedrag, al dan niet met een forensische achtergrond. Trajectum maakt deel uit van De Borg, een overkoepelende organisatie voor SG-LVB cliënten (Sterk Gedrags Gestoord Licht Verstandelijk Beperkt).

Transfore is een onderdeel van de Dimence groep, een instelling voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Transfore biedt forensische GGZ, zowel ambulante als klinische, onder andere aan volwassen mensen met een LVB.

Door de samenwerking werd de expertise van de forensische psychiatrie gecombineerd met die van de Verstandelijk Gehandicapten Sector (VG). Er werd literatuuronderzoek verricht (zie hoofdstuk 6.2) en diverse experts van binnen en buiten de eigen organisaties werden geraadpleegd. Ook werd een pilot uitgevoerd (zie hoofdstuk 7.1). In het document 'Onderbouwing' (Mulder, 2015) wordt het ontwikkeltraject uitgebreid beschreven. Aparte vermelding verdienen de adviesgroepen van cliënten.

## 1.2 Cliëntparticipatie

Vanaf het begin hebben ervaringsdeskundigen een belangrijke rol gespeeld bij de ontwikkeling. Twee adviesgroepen van Trajectum hebben in 2014 actief meegedacht tijdens twee keer acht bijeenkomsten. De cliënten waren geworven bij de cliëntenraden van Trajectum. Door persoonlijke omstandigheden hebben enkele wisselingen in de adviesgroepen plaatsgevonden, maar zes cliënten waren bijna alle keren aanwezig. Verder werden geconsulteerd een aantal cliënten van Transfore, en enkele leden van de verwantenraad van Trajectum. De cliëntadviseurs dachten mee over de keuze van thema's en illustraties. Ze schreven niet zelf, maar gaven feedback op de geschreven teksten. Hun inzet was groot en er was over het algemeen consensus. De cliënten hebben diverse goede ideeën aangedragen. Een voorbeeld daarvan is de groene rugzak als symbool voor het begrip 'beperking'. Ook bij de doorontwikkeling zijn cliënten betrokken geweest in gebruikerspanels (zie hoofdstuk 7).

## 1.3 De module

Weet wat je kan' (WWJK) is een systeemgerichte module psycho-educatie over een lichte verstandelijke beperking (LVB). Het is een methode om met volwassen cliënten en hun naasten het gesprek aan te gaan over deze beperking, hen te informeren en te adviseren.

## 1.4 Tekst en illustraties

Aangezien mensen met een LVB vaak moeite hebben met lezen, begrijpen en onthouden van geschreven taal zijn de teksten eenvoudig wat betreft woordgebruik, zinsconstructie en typografie. Er is veel aandacht besteed aan visualisatie van de teksten. Dit is niet eenvoudig bij abstracte begrippen als 'beperking' of 'zelfvertrouwen'. De illustraties zijn van de hand van Huib Jans, die het vermogen



heeft om een 'talige' boodschap op luchtige maar ook duidelijke wijze te vertalen naar beelden. Zijn illustraties vormen een onlosmakelijk deel van de module.

## 1.5 Doorontwikkeling

WWJK werd in 2014 ontwikkeld en maart 2015 gepubliceerd. De module werd goed ontvangen in zowel het forensisch veld, de GGZ als de gehandicaptenzorg en bleek in een behoefte te voorzien. Ook vanuit Denemarken ontstond belangstelling en daar is de module inmiddels in gebruik als 'Mine stærke sider'. Van begin af aan werd bij gebruikers feedback verzameld en gebruikt voor de doorontwikkeling (zie hoofdstuk 7). Dat leidde tot de volgende stappen:

- 2016    Ontwikkeling van een instructievideo.  
          Ontwikkeling van een online versie e-WWJK, in samenwerking met Minddistrict.
- 2017    Revisie van de papieren versie om beide versies compatibel te maken.  
          Ontwikkeling van een set kaarten met samenvattingen.
- 2018    Ontwikkeling van een implementatiemonitor en een overdraagbaar  
          scholingsprogramma.
- 2020    Nieuwe editie handboek  
          Erkend door de Commissie Justitiële Interventies als 'goed onderbouwd'.

De ontwikkelaars van Trajectum en Transfore zijn van plan door te gaan met het optimaliseren van de module, en staan open voor overleg en feedback.



## 2. Achtergronden

---

### 2.1 Leven met een beperking

Het woord 'beperking' kan als volgt gedefinieerd worden: *een begrenzing in alledaagse activiteiten doordat vaardigheden niet (meer) optimaal gebruikt kunnen worden ten gevolge van een onderliggende stoornis* (World Health Organisation, 1980).

Uitgaande van deze definitie heeft bijna ieder mens op enig moment in zijn leven een beperking. Veel mensen weten dus uit ervaring dat het moeite kost om een beperking te onderkennen en er hulp voor te vragen. Dat geldt voor verworven beperkingen ten gevolge van ouderdom, ziekte of ongeval. Maar ook voor beperkingen ten gevolge van een aangeboren stoornis, zoals doofheid, een klompvoet of autisme. De uitspraak 'wat je nooit gehad hebt kun je ook niet missen' is pertinent onjuist. Het is pijnlijk om te beseffen dat je mogelijkheden begrensd worden of dat altijd al waren. En dat je 'hulpbehoevend' bent.

Dat geldt ook voor mensen met de beperking die wordt aangeduid als 'een LVB' (Lichte Verstandelijke Beperking).

### 2.2 De term LVB

Mensen met een LVB hebben een beperking die maakt dat zij enige hulp behoeven. De term LVB wordt op meerdere manieren gebruikt en vergt uitleg. Volgens de DSM 5 is er sprake van een LVB bij zowel beperkingen in het verstandelijk als in het adaptief vermogen (Kaldenbach, 2015). Het zijn de beperkingen in het adaptief vermogen die ondersteuning vergen, en de mate waarin bepaalt of de beperking licht, matig of ernstig wordt genoemd. Het bijvoeglijk naamwoord 'lichte' is dus gekoppeld aan het woord 'beperking', niet aan het woord 'verstandelijke'. En evenmin aan de problematiek, want een lichte beperking kan tot ernstige problemen leiden.

De beperkingen in het verstandelijk vermogen worden vastgesteld met een IQ-test. Een testuitslag



tussen 55 en 70 wordt als 'LVB' aangeduid, en gaat vaak samen met beperkingen in maatschappelijke redzaamheid waarvoor ondersteuning noodzakelijk is. Een IQ tussen 70 en 85 wordt aangeduid als 'zwakbegaafd', en staat over het algemeen het functioneren in de maatschappij niet in de weg. Maar er zijn ook mensen met een zwakbegaafd intelligentieniveau die wat betreft hun maatschappelijk functioneren overeen komen met de groep met een 'LVB-IQ', en die ondersteuning nodig hebben. In Nederland wordt ook deze groep LVB genoemd.

De module WWJK is ontwikkeld voor de brede groep mensen met een LVB, dus voor mensen met een IQ tussen 55 en 85 die beperkingen ondervinden in hun maatschappelijk functioneren (zie hoofdstuk 3.1 en 5.1). Het begrip 'beperking' staat in de module centraal, en wordt als volgt omschreven:

*Je kunt iets minder goed dan veel andere mensen.  
Het kost je meer moeite, of je hebt er hulp bij nodig.*

## 2.3 Psychosociale problemen

Mensen met een LVB hebben een grote kans op het ontwikkelen van gedragsproblemen en problemen met de psychische gezondheid (Didden, Troost, Moonen, & Groen, 2016). Zij krijgen daarvoor behandeling en begeleiding vanuit diverse sectoren van hulpverlening: de geestelijke gezondheidszorg, de verstandelijk-gehandicaptenzorg, de maatschappelijke opvang, de verslavingszorg en de forensische zorg. In de forensische zorg zijn zij naar het zich laat aanzien oververtegenwoordigd (Kaal, 2016).

Tot voor kort werd hun verstandelijke beperking vaak niet opgemerkt (Nieuwenhuis, Noorthoorn, Nijman, Naarding, & Mulder, 2017). Maar tegenwoordig is er oog voor hun specifieke behoeften en hun leerstijl, en wordt de hulpverlening steeds vaker daarop aangepast (Moonen, 2017).

Toch wordt de classificatie LVB in veel gevallen slechts summier besproken met de cliënt. Dan wordt bijvoorbeeld de uitslag van de IQ-test uitgelegd, maar niet het verband gelegd met problemen in het dagelijks leven. Psycho-educatie kan worden ingezet om daarover uitleg te geven.

## 2.4 Doelen

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



Het hoofddoel van WWJK is:

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

In de forensische zorg ligt de focus van behandeling op het beveiligen van de maatschappij. Het einddoel van WWJK is vanuit dat oogpunt:

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

Deze globaal geformuleerde doelen zijn als volgt uitgewerkt in de subdoelen:

#### **Cognitief**

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

#### **Beleving**

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

#### **Gedrag**

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

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

#### **De gedragsdoelen voor naasten en begeleiders zijn:**

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

## 2.5 Psycho-educatie

Om de doelen te bereiken wordt gebruik gemaakt van de methode psycho-educatie. Psycho-educatie is een interventie om de cliënt te informeren over zijn ziekte/stoornis, zijn beleving daarvan te exploreren en hem copingvaardigheden te leren voor het omgaan met de consequenties (Hoencamp & Haffmans, 2008). Psycho-educatie is een hulpverleningsvorm die is ontstaan in de jaren 70 van de vorige eeuw, en die vanaf de jaren 80 breed wordt toegepast in de gezondheidszorg. Op het gebied van autisme was de methode 'Ik ben speciaal' toonaangevend (Vermeulen, 2010). Hij geeft de volgende definitie van psycho-educatie: 'mensen de instrumenten in handen geven om hun leven in handen te nemen: vaardigheden, kennis en zelfvertrouwen'. Volgens hem is psycho-educatie vooral zinvol voor mensen met beperkingen of handicaps ten gevolge van een blijvende aandoening, ziekte of stoornis.

Psycho-educatie bevat elementen van onderwijs, training en therapie. Het is geen therapie in de strikte zin van het woord, aangezien het doel niet is verandering aan te brengen in de stoornis of ziekte zelf. Het is een manier om cliënten de samenhang tussen hun problemen en de ziekte/stoornis te laten begrijpen, wat de motivatie voor behandeling ten goede kan komen. Psycho-educatie is aldus een basiszorgaanbod.

Psycho-educatie over een abstract begrip als 'verstandelijke beperking' aan degene die het betreft is echter lastig. Dit heeft deels te maken met de beperking zelf. Maar ook met de negatieve gevoelens die het woord LVB kan oproepen: angst en boosheid vanwege stigmatisering, angst voor verlies van autonomie, en verdriet over het verlies van perspectief.

Mensen met een LVB hebben vaak een geschiedenis van faalervaringen, waardoor hun zelfbeeld niet altijd positief is. Dit roept de vraag op of het nodig en zinvol is hen te belasten met informatie over hun onmogelijkheden, die levenslang en niet veranderbaar zijn. Het antwoord op deze vraag zal per cliënt en per situatie verschillen. Wanneer een cliënt goed functioneert, waar nodig hulp accepteert en tevreden is met zijn leefsituatie, zal psycho-educatie waarschijnlijk weinig meerwaarde hebben. Hoewel ook dan een cliënt er recht op heeft te weten wat de classificatie betekent die in zijn dossier staat. Maar er zijn ook situaties waarin psycho-educatie wel wenselijk of zelfs noodzakelijk is: wanneer de cliënt bijvoorbeeld niet in staat is om zijn leven te organiseren en de hulp afwijst waarmee hij zich maatschappelijk beter staande zou kunnen houden. Of wanneer zijn manier van zich handhaven in de maatschappij onwenselijke gevolgen heeft.

Het komt vaak voor dat iemand met een LVB irreële doelen nastreeft, zichzelf steeds overvraagt en spanning oploopt. Die overvraging kan ook vanuit de omgeving komen. Psycho-educatie is daarom niet alleen belangrijk voor de cliënt maar ook voor diens naasten. Voorwaarde is dat de psycho-educatie wordt gegeven op een voor de cliënt en naasten begrijpelijke manier die niet ontmoedigt, maar bemoedigt, geruststelt en op weg helpt. Een dergelijke methode bestond tot voor kort niet, en daarvoor is WWJK ontwikkeld.

## 2.6 Plek in een organisatie

WWJK is een interventie die kan worden uitgevoerd in een breed scala aan organisaties waar volwassen cliënten met een LVB hulp ontvangen. De interventie is ontwikkeld voor cliënten met risicovolle gedragsproblematiek. Deze cliënten zijn vooral (maar niet alleen) te vinden in forensische instellingen en in de LVB-instellingen aangesloten bij De Borg. De Borg is een samenwerkingsverband van instellingen waar LVB cliënten met een Sterke Gedragsgestoordheid (SG) worden behandeld. Maar ook in de GGZ en de gehandicaptenzorg worden deze cliënten gezien. Daarnaast kan WWJK ook worden toegepast in voorzieningen voor lichtere hulp en ondersteuning, zoals een kleinschalige woonvorm, een wijkteam of een begeleidingspraktijk. Belangrijk voor dergelijke organisaties is de indicaties in ogenschouw te nemen (zie hoofdstuk 3.1).

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

Om WWJK succesvol te laten zijn moeten een aantal zaken op organisatorisch vlak geregeld worden. De organisatie moet medewerkers aanwijzen voor de verschillende taken (zie hoofdstuk 4.2) en hen faciliteren wat betreft tijd en middelen (ruimtes, materialen en apparatuur). Een belangrijke taak ligt bij een 'coördinator': het zorg dragen voor de continuïteit en de kwaliteit. Verder moeten duidelijke richtlijnen worden opgesteld voor verwijzing, en voor registratie en declaratie van uren.

WWJK is een laagdrempelig, kortdurend programma dat niet veel eisen stelt op het gebied van scholing. De interventie kan vrij soepel worden ingevoegd in een bestaand basiszorgprogramma. Een belangrijke voorwaarde is echter gelegen in de visie op hulpverlening van een instelling. Deze visie moet een draagvlak verschaffen voor het inzetten van WWJK. WWJK is namelijk geen 'vraaggestuurd' aanbod, aangezien cliënten er over het algemeen niet om zullen vragen. WWJK biedt immers geen directe oplossing voor problemen. Het aanbod van WWJK kan bovendien weerstand oproepen bij een cliënt die zich of niet van de LVB bewust is, of daar een negatieve beleving bij heeft. Ook kan het aanbod weerstand oproepen bij begeleiders en naasten, die liever niet spreken over een LVB om stigmatisatie te vermijden. De weerstand is begrijpelijk en inherent aan de interventie, en het is goed daar vooraf bij stil te staan. Het is belangrijk dat de instelling uitdraagt wat de rationale is achter het aanbod van WWJK.

## 2.7 Benodigde investeringen

WWJK kan op meerdere manieren worden ingezet en de module is op maat te maken. Verder zullen cliënten sterk verschillen wat betreft de tijd die ze nodig hebben. Om die redenen is het niet mogelijk om de benodigde investeringen exact te berekenen. Hieronder volgen enkele richtlijnen. Het eerste jaar zullen de kosten voor scholing en coördinatie hoger zijn dan in de volgende jaren (zie hoofdstuk 4).

### Personele inzet NB aanbod individueel of voor kleine groep maakt weinig verschil.

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

### Opleidingskosten

- |   |                  |
|---|------------------|
| • Eenmalig scholingstraject per trainer bestaand uit zelfstudie en workshop, verletkosten | 10 uur p.p.      |
| • Eerste workshop extern georganiseerd  | Circa € 2.500,00 |
| • Daarna workshop in eigen beheer door coördinator (al begroot) en trainer                | 8 uur p.p.       |

### Materiele kosten

- |  |                  |
|--|------------------|
| • Trainersmap en set kaarten, eenmalig, delen in team  | 1 per 4 cliënten |
| • Cliënt- en naastenwerkboek, certificaat, set kaarten | 1 per cliënt     |





## 3. De module

---

### 3.1 Voor wie?

WWJK is ontwikkeld voor cliënten van 18 jaar en ouder. De ervaring heeft geleerd dat ook jongeren vanaf 16 jaar er baat bij kunnen hebben. Voor verwijzing naar WWJK gelden een drietal indicaties:

Om te beginnen moet duidelijk zijn dat een cliënt functioneert op LVB niveau. Er bestaan landelijke richtlijnen voor het vaststellen van een LVB. Daarbij wordt niet alleen gekeken naar de IQ score, maar ook naar de adaptieve vaardigheden. Potentiele deelnemers hebben een IQ score tussen circa 55 en 85, en ondervinden problemen in hun maatschappelijk functioneren. Wanneer er onduidelijkheid bestaat over het niveau van functioneren is het belangrijk om eerst goede diagnostiek te doen.

Het kan zijn dat de cliënt betwist dat er bij hem sprake is van een LVB. Dat is over het algemeen geen reden om van de module af te zien. WWJK beoogt immers niet het aanvaarden van de classificatie, maar het bespreken van de beperkingen op grond waarvan de classificatie is gesteld.

NB: Uiteraard kan het voor de regiebehandelaar zinvol zijn een classificatie af en toe te evalueren, want classificaties zijn aan verandering onderhevig.

Ten tweede moet duidelijk zijn dat de cliënt inadequaat omgaat met zijn beperkingen. De volgende gedragingen worden gezien als inadequaat: ontkennen van de beperking, te hoge doelen nastreven, geen hulpvraag stellen en geen hulp aan nemen. De inadequate manier van omgaan met de LVB wordt vastgesteld met behulp van gesprekken en gedragsobservaties.

Ten derde moet er sprake zijn van risicovolle gedragsproblematiek die wordt veroorzaakt, verergerd of in stand gehouden door de inadequate manier van omgaan met de LVB.

Het verband tussen gedragsproblematiek en de manier van omgaan met een LVB vergt een functieanalyse van het gedrag. Het is dan ook essentieel dat deze indicatie wordt gesteld door een regiebehandelaar, in samenwerking met een multidisciplinair team.

Cliënten die niet aan de beide laatste criteria voldoen kunnen op eigen verzoek ook deelnemen, bijvoorbeeld als zij meer willen weten over een LVB. In dat geval zullen er minder doelen van toepassing zijn.



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

De module is laagdrempelig. De voorwaardes voor deelname zijn dat de cliënt instemt, en dat hij in staat en bereid is een gesprek aan te gaan over zijn functioneren. De vaardigheden lezen en schrijven zijn niet vereist, en het IQ is niet maatgevend.

## 3.2 Door wie?

De training WWJK kan worden gegeven door diverse zorgprofessionals. De volgende eisen worden gesteld:

- Een opleiding op het gebied van hulpverlening, op HBO of universitair niveau.
- Bekendheid met de doelgroep LVB.
- Het doorlopen hebben van een kortdurend scholingsprogramma.

Een WWJK-trainer beperkt zich niet tot het (laten) voorlezen van de teksten. Hij checkt of de cliënt het begrijpt, maakt zo nodig de uitleg op maat en helpt de cliënt bij de vertaling naar diens eigen leven. Verder begeleidt hij de cliënt bij het verwerkingsproces. De scholing bereidt hem voor op deze taken (zie hoofdstuk 4.1).

## 3.3 Opzet

WWJK is opgezet als een kortdurende training die zowel individueel als in een kleine groep kan worden aangeboden. Beide aanbiedingsvormen hebben voor- en nadelen.

Een individueel aanbod is het uitgangspunt, aangezien de module dan optimaal kan worden aangepast aan de individuele cliënt en er geen sprake kan zijn van mogelijk remmende effecten van groepsinteracties. Verder is de planning overzichtelijker dan bij een groep.

Een groepsaanbod moet worden afgestemd op 'de grootste gemene deler' van de groepsleden. Daar staat tegenover dat positieve groepsprocessen benut kunnen worden, zoals herkenning bij en ondersteuning door groepsleden.

In het geval van een groep is het advies om uit te gaan van 3 tot 5 deelnemers, en de groepsleden te selecteren. Voor iedere cliënt moet afgewogen worden of hij kan leren in een groep in het algemeen, en in de voorgestelde groep in het bijzonder. De volgende criteria zijn daarbij van belang:

- Deelnemers voelen zich veilig bij elkaar. Afwegingen zullen moeten worden gemaakt met betrekking tot kwetsbare en overheersende deelnemers.
- Deelnemers hebben een vergelijkbaar begripsniveau en werktempo.
- Deelnemers functioneren op een vergelijkbaar niveau van maatschappelijke redzaamheid.

Tijdsbesparing is geen goede grond om te kiezen voor een groepsaanbod. De tijdsbesparing is namelijk niet zo groot. Een groepsaanbod vereist vanwege de tijd voor interactie meer bijeenkomsten dan een individueel aanbod. Het betrekken van naasten en begeleiders vindt buiten de groepsbijeenkomsten plaats, en kost dus extra tijd. De module voorziet niet in lotgenotencontact voor de naasten. Verder is het bij een groepsaanbod belangrijk dat deelnemers een thema dat zij gemist hebben inhalen, wat ook tijd en moeite vergt.

Het inschakelen van een co-trainer is bij een kleine groep niet noodzakelijk, maar kan wel een goede manier zijn om te zorgen dat iedere deelnemer voldoende persoonlijke aandacht krijgt. Een begeleider kan de rol van co-trainer op zich nemen.

Richtlijnen voor de tijdsinvestering:


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

### 3.4 Stysteemgericht werken

Systeemgericht werken is een belangrijke component van de module. Het is belangrijk dat relevante personen uit het netwerk van de cliënt actief worden betrokken, met als doel dat zij hun verwachtingen goed afstemmen op de (on)mogelijkheden van de cliënt, en hem adequaat ondersteunen. Er worden drie groepen onderscheiden: naasten, begeleiders en overige hulpverleners.

Als 'naasten' worden beschouwd niet-professionals die als persoon een belangrijke en positieve rol vervullen in het leven van de cliënt. Dit kunnen uiteraard familieleden of vrienden zijn. Maar de groep kan breder worden getrokken: ook een vrijwilliger of mantelzorger komt in aanmerking. De cliënt heeft een belangrijke stem bij de keuze van de naasten. De naasten krijgen informatie met behulp van het naastenwerkboek, en worden zo mogelijk uitgenodigd om in gesprek te gaan met de trainer en de cliënt. Wanneer naasten op een LVB niveau functioneren vormt dat geen contra-indicatie. Wel zal de trainer zich er van bewust moeten zijn dat de naaste geen cliënt is. Het betrekken van naasten kan lastig uitvoerbaar zijn. Het kan praktisch zijn om taken te verdelen met een discipline die de naasten al kent, zoals een maatschappelijk werker.

Met 'begeleiders' worden professionals bedoeld met rol in het dagelijks leven van de cliënt. Verschillende disciplines kunnen deze rol vervullen, zoals sociotherapeuten of ambulante woonbegeleiders. Het advies is de begeleider een actieve rol te geven door hem enkele malen uit te nodigen bij een gesprek met de cliënt en de trainer. Maar ook door hem te vragen het werkboek, de vragenlijsten en de opdrachten met de cliënt door te nemen.



Dit bevordert niet alleen transfer en generalisatie, maar maakt ook dat de begeleider zijn cliënt goed leert kennen. Dit zal de begeleidingsrelatie en begeleidingsstijl ten goede komen.

Het is zinvol om ook 'overige hulpverleners' uit het netwerk te informeren. Dit is een brede groep: bijvoorbeeld reclasseringsmedewerkers, psychiaters, werkgevers. Hun betrokkenheid bij de cliënt is wat indirecter dan van een 'begeleider', maar de cliënt kan er baat bij hebben als ook zij weten hoe ze hem het beste kunnen bejegenen. Zij kunnen worden geïnformeerd met het naastenwerkboek of met de samenvattende kaarten.


### 3.5 Materialen

De module bestaat uit de volgende materialen die, met uitzondering van de online werkboeken, kosteloos zijn te downloaden vanaf de websites van Trajectum, Transfore en het KFZ.

- Een werkboek voor cliënten, op papier en online  
De thema's zijn uitgewerkt met behulp van korte, eenvoudige teksten en illustratieve illustraties.
- Een werkboek voor naasten, op papier en online  
Een verkorte versie van het werkboek voor cliënten, aangevuld met achtergrondinformatie specifiek voor de naasten.
- Video met uitleg over een LVB  
19 filmfragmenten van 1 a 2 minuten, waarin een behandelaar (Jaro) in eenvoudige taal een aantal basisbegrippen uitlegt (bijlage 1).
- Kaarten met samenvattingen  
16 kaarten (bijlage 2) waarop thematisch de inhoud van de module wordt samengevat in tekst en illustraties. De kaarten kunnen worden gebruikt voor samenvatting of herhaling. Ook zijn ze geschikt als transfermiddel om informatie te verschaffen aan naasten of professionals die indirect betrokken zijn.
- Een handboek (dit document)  
Een document waarin de interventie wordt beschreven, alsook de theoretische onderbouwing en bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek.
- Materialen voor scholing  
Een instructiefilm en een workshopprogramma (bijlages 3 en 4).
- Een trainershandleiding waarin de trainer per sessie kan lezen wat zijn taak is, waar valkuilen liggen en hoe hij die kan omzeilen.
- Een implementatiemonitor om in kaart te brengen hoever de implementatie gevorderd is en welke vervolgstappen nog nodig zijn (bijlage 4).
- Folders, een factsheet en een certificaat (optioneel).

De werkboeken bestaan uit thematische hoofdstukken, in de online module 'sessies' genaamd. In dit handboek wordt de term 'sessie' aangehouden. Een sessie kan één bijeenkomst beslaan, maar kan ook meer of minder bijeenkomsten vergen.

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



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

### 3.6 Werkvormen

De belangrijkste werkvorm is het gesprek, en de werkboeken bevatten diverse hulpmiddelen om dat gesprek op gang te brengen. Dat zijn behalve geïllustreerde teksten ook stripjes, filmfragmenten, vragenlijsten, stellingen, oefeningen en quotes (zie hoofdstuk 3.7).

Aangezien WWJK een gespreksmodule is zijn er niet standaard spelvormen en ervaringsgerichte oefeningen opgenomen. Het is wel mogelijk om de module daarmee uit te breiden. In het geval van een groep kunnen dergelijke oefeningen de betrokkenheid van de deelnemers op elkaar vergroten.

Het staat de trainer vrij om oefeningen toe te voegen, op voorwaarde dat hij de rode draad van de psycho-educatie niet uit het oog verliest en geen essentiële onderdelen overslaat.

De module kent geen wekelijkse huiswerkopdrachten. De vragenlijsten kunnen wel worden meegegeven om in de woonsituatie te worden ingevuld, hetzij alleen, hetzij met hulp van naasten of begeleiders. Er zijn ook enkele optionele opdrachten voor de cliënt om informatie te vragen aan naasten, begeleiders of zijn behandelaar.

### 3.7 Blended behandelen


WWJK kan ook gegeven worden in een blended behandeltraject: een hulpaanbod waarbij online werken en face to face contact worden geïntegreerd. De module is als 'web-based module' (e-WWJK) beschikbaar op enkele e-health platforms. Niet iedere trainer kan daar gebruik van maken, aangezien een betaald abonnement vereist is.

E-health wordt nog weinig ingezet in de zorg voor mensen met een LVB. Veel bestaand aanbod is voor de doelgroep te talig en te abstract, en vraagt teveel zelfreflectie.

E-WWJK is echter in 2016 speciaal ontwikkeld voor en beproefd door de doelgroep (hoofdstukken 1.2 en 7.2). Een cliëntpanel gaf aan de werkwijze leuk te vinden, de instructies goed te begrijpen en de inhoud goed te kunnen volgen. Toch zullen de meeste cliënten met een LVB niet geheel zelfstandig de module kunnen doorlopen, net zo min als zij dat kunnen met het papieren werkboek. WWJK is niet opgezet als zelfhulpmodule. Face-to-face begeleiding is nodig bij het vertalen van de algemene informatie naar de persoonlijke situatie van de cliënt, en bij het verwerkingsproces.

Blended behandelen wordt bij e-WWJK geoperationaliseerd als behandelen/begeleiden met behulp van een online module, niet noodzakelijkerwijs op afstand maar wel met de cliënt als degene die de digitale apparatuur bedient ('aan de knoppen zit').

E-WWJK heeft plus- en minpunten t.o.v. de papieren versie. Te beginnen met de minpunten: niet iedere cliënt beschikt over de vereiste apparatuur of over een emailadres, de inlogprocedures kunnen een barrière vormen, en de cliënt heeft toegang tot veel algemene informatie over LVB waardoor hij overspoeld kan raken. De trainer heeft minder mogelijkheden om sessies op maat te maken.



Daar staan voordelen tegenover: de manier van werken is eigentijds, de lesstof is (na inloggen) makkelijk vindbaar en de cliënt kan zelf kiezen hoe diep hij op de lesstof wil ingaan. Dat maakt hem minder afhankelijk van de hulpverlening. Wanneer de cliënt in zijn woonsituatie inlogt kan hij op zelfgekozen tijdstippen inloggen en zo reistijd en reisgeld besparen. Werken in zijn eigen omgeving is ook bevorderlijk voor de transfer, zeker wanneer hij daar huisgenoten of begeleiders bij betreft. Zij kunnen hem dan helpen, en tegelijkertijd volgen waar hij mee bezig is. In het ideale geval leidt dat tot een goede uitwisseling van ervaringen met betrekking tot zijn LVB.

Uit deze opsomming blijkt dat e-WWJK een leuk en effectief alternatief kan zijn voor het standaard aanbod, maar dat voor iedere cliënt en elke situatie een afweging gemaakt moet worden.

Het advies aan trainers die e-WWJK kunnen inzetten is:

- Bereid jezelf voor op blended behandelen, zodat je de cliënt de keuze kan bieden.
- Bespreek met je cliënt zijn voorkeur voor online of papier, zijn digivaardigheden en de apparatuur die hij tot zijn beschikking heeft.
- Als de cliënt online kan en wil werken begin dan samen, laat de cliënt terwijl je naast hem zit diverse onderdelen doorlopen en bespreek zijn ervaringen.
- Let daarbij op verschillende aspecten: digivaardigheden (inlog en bediening), begrip, aandacht en concentratie, en zelfreflectie.
- Geef daarna op geleide van die ervaringen gerichte taken om alleen uit te voeren, hetzij in jouw nabijheid of in de woonsituatie.
- Bespreek met de cliënt of er naasten of begeleiders in de woonsituatie zijn om hem terzijde te staan of op vraag te helpen.
- Reageer op gemaakte opdrachten snel met positief gestelde feedback.
- Breidt de zelfwerkzaamheid van de cliënt geleidelijk uit, maar zorg altijd voor een face-to-face nabespreking.
- Wanneer de online behandeling stagneert vanwege de wijze van aanbieden schakel dan over naar het papieren werkboek.

Het combineren van papier met online is een praktische werkwijze. Zie verder de trainershandleiding.

### 3.8 Inhoud

De inhoud van WWJK voor cliënten bestaat uit zeven thema's, een inleiding en een samenvatting.

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

De aanbeveling is om daarnaast nog minimaal twee andere sessies aan te bieden. In de trainershandleiding staat elke afzonderlijke sessie beschreven.

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

Ieder thema is uitgewerkt in de volgende onderdelen:

(zie hoofdstuk 6.6 voor een toelichting op de begrippen uit de cognitieve gedragstherapie)

Onderdeel	Vorm	Werking
Inleiding	Humoristisch stripje met een kernboodschap ('take-home message') Inleidende tekst	Op gang brengen van het gesprek Aandacht richten en motivatie bevorderen
Uitleg in woorden	Uitleg over LVB en over psychische processen d.m.v. van tekst en een filmpje met een presentator (Jaro)	Educatie Heretikettering Cognitieve herstructurering
Uitleg in beelden	Metaforen en illustraties	Educatie non-verbaal Aandacht vasthouden
Vragen en vragenlijsten	Zelfonderzoek vragenlijst (verplicht) Oefening vragenlijst (optioneel)	Zelfreflectie Transfer naar het dagelijks leven
Quotes	Uitspraken en gezichtsexpressies waarin de cliënt zich kan herkennen	Zelfreflectie
Adviezen voor denken en doen	Affirmaties (helpende gedachtes) Gedragsadviezen	Cognitieve herstructurering en zelfinstructie
Afronding	Bondige herhaling van weetjes en adviezen	Inslijpen, geheugensteun

WWJK voor de naasten heeft drie sessies. Naasten krijgen samengevat dezelfde eenvoudige uitleg over een LVB als de cliënt. Daarnaast zijn er voor hen wat moeilijker geschreven lees-meer gedeeltes met achtergrondinformatie over een LVB. De naasten krijgen slechts één vragenlijst en geen oefenopdrachten.

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

De kaarten met samenvattingen zijn los te gebruiken, en omvatten alle thema's uit het werkboek voor cliënten.

### 3.9 Traject

WWJK kan in principe op elk moment in een zorgtraject worden aangeboden. Het rendement zal echter het grootst zijn aan het begin of het eind. Het begin van een traject is het meest voor de hand liggend. Dat is namelijk meestal het moment waarop de classificatie LVB met de cliënt wordt besproken. Aan het eind van een zorgtraject kan de aandacht gericht worden op de toekomst.

Het is goed mogelijk de module te herhalen. De accenten kunnen een tweede keer anders gelegd worden: de eerste keer op educatie, verwerking en motivatie voor behandeling, en de tweede keer op de toekomst.

Het uitvoeringstraject van WWJK verloopt volgens onderstaande stappen, waarvan de concrete uitwerking per werksetting zal verschillen. Een tijdsplan staat beschreven in de trainershandleiding.

#### Stap 1 Indicatie

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

#### Stap 2 Uitnodiging door de trainer en betrekken begeleiders

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

Andere hulpverleners worden met behulp van samenvattende kaarten geïnformeerd.

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

De trainer neemt met de cliënt individueel sessie 1 door. Zo mogelijk is de begeleider daarbij aanwezig. De trainer motiveert de cliënt om naasten te betrekken, en bespreekt met hem wie daarvoor in aanmerking komen. Als overeenstemming is bereikt wordt contact gezocht met die naasten, en wordt het hen het naastenwerkboek toegestuurd. Voor andere naasten zijn samenvattende kaarten beschikbaar.



#### Stap 4 Doorlopen van de module

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

#### Stap 5 Afronding van de module

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

#### Stap 6 Overdracht van de module

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

#### Stap 7 Herinnering en herhaling

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

### **Drop-out en voortijdige beëindiging**

Natuurlijk zal soms een WWJK training niet tot een goed eind gebracht kunnen worden. WWJK verschilt daarin niet van andere vormen van behandeling. Een aantal problemen en valkuilen zijn echter te voorzien en soms ook te voorkomen. De scholing bereidt de trainer voor op lastige situaties en geeft adviezen hoe die op te lossen. Wanneer de cliënt geen enkele baat blijkt te hebben bij de interventie kan een gezamenlijk besluit om te stoppen een wijs besluit zijn.

#### De cliënt heeft geen enkele herkenning bij het thema beperking.

De trainer zoekt met de cliënt naar de reden waarom hij in LVB zorg is. Wanneer de cliënt geen enkel probleem herkent is het beter om te stoppen na sessie 4.

#### De cliënt blijft of raakt gedemotiveerd.

Dat kan tijdelijk zijn doordat het verwerkingsproces pijnlijk is. De trainer probeert de cliënt dan te bewegen nog even door te gaan. Sessie 4 (zelfvertrouwen) kan naar voren gehaald worden om de cliënt positieve feedback te geven. Bij blijvende motivatieproblemen kan het beter zijn om te stoppen.

#### De cliënt gaat in discussie over de classificatie LVB.

De trainer is niet verantwoordelijk voor de classificatie en probeert niet om de cliënt te overtuigen. Hij zoekt samen met hem naar de redenen voor de classificatie.

#### De cliënt krijgt last van traumatische herinneringen.

De trainer valideert de herinnering en buigt het gesprek naar het hier-en-nu. Zo nodig verwijst hij naar de regiebehandelaar of een therapeut.

#### De cliënt begrijpt de illustraties en/of de metaforen niet.

Trainer en cliënt kunnen besluiten die onderdelen over te slaan.

#### De werkrelatie raakt verstoord doordat de cliënt zich gestigmatiseerd voelt.

Dit is vooral een probleem als de trainer tevens de begeleider is, en dat kan reden zijn om deze twee rollen gescheiden te houden.



## 4. Scholing en implementatie

---

### 4.1 Scholing

Aan een aspirant-trainer worden eisen gesteld wat betreft vooropleiding en ervaring: een opleiding op het gebied van hulpverlening op HBO of universitair niveau, en bekendheid met de doelgroep LVB.

Daarnaast is een kortdurende eenmalige scholing vereist, bestaande uit zelfstudie en een workshop. Intervisie en werkbegeleiding zijn bij ervaren professionals over het algemeen niet nodig,

De zelfstudie is voor iedere trainer verplicht, voor de workshop is vrijstelling mogelijk op grond van opleiding en/of werkervaring. Een professional opgeleid tot gedrags-wetenschapper of vaktherapeut kan daar een beroep op doen, en dat geldt ook voor ervaren vaardigheidstrainers van andere psychosociale modules. Deze professionals worden geacht voldoende trainersvaardigheden te bezitten.

*NB: Dat neemt niet weg dat het volgen van een workshop wordt aanbevolen voor iedere trainer.*

De scholing bestaat uit de volgende onderdelen:

Zelfstudie: de trainer kan zichzelf scholen door het bekijken van de instructiefilm en het lezen van dit handboek en de trainershandleiding. De inhoud van de instructiefilm staat beschreven in bijlage 3.

Workshop: de workshop bestaat uit een ervaringsoefening en het oefenen met trainersvaardigheden op de volgende gebieden.

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

De trainersvaardigheden worden geoefend in plenaire rollenspelen waarbij gerichte feedback gegeven wordt op de getoonde vaardigheden. Het programma is intensief, en om die reden wordt aanbevolen met twee workshop-leiders te werken, waarvan de een theoretisch onderlegd is en de ander ruime praktijkervaring heeft. Om iedere deelnemer goed te laten oefenen wordt een groepsgrootte van acht aanbevolen.

De workshop heeft een overdraagbaar programma dat in grote lijnen staat beschreven in bijlage 4.

## 4.2 Implementatie

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


- Informereren: potentiële gebruikers worden op de hoogte gebracht van het bestaan van de interventie via folder- en ander PR materiaal (posters, filmfragmenten). Geïnteresseerden kunnen aan de hand van een factsheet bepalen of de interventie passend is voor hun instelling (zie bijlage 6).
- Organiseren: het management wijst een coördinator aan, en organiseert samen met deze persoon de mogelijkheid voor potentiële trainers om een externe workshop te volgen. Het management maakt een kostenraming voor de eigen instelling, en faciliteert de uitvoering (tijd, ruimtes en materialen). Mogelijke organisatorische belemmeringen worden in kaart gebracht en aangepakt.
- Motiveren en draagvlak creëren: groepen medewerkers worden tijdens een informatiebijeenkomst geïnformeerd. Aan deze informatieronde nemen niet alleen potentiële trainers deel, maar het hele team van hulpverleners rondom de potentiële cliënten. Met name regiebehandelaren mogen niet ontbreken.
- Educatie: aspirant-trainers bereiden zich voor met behulp van de trainershandleiding, de instructiefilm en de externe workshop.
- Uitvoeren: de trainer voert het programma uit volgens de trainershandleiding. Op het eind verzamelt hij de evaluaties van de cliënt(en) en naasten en geeft de feedback door aan de coördinator.
- Monitoren en borgen: de coördinator draagt zorg voor de kwaliteitsbewaking met behulp van de implementatiemonitor (bijlage 5). Ook waarborgt hij de continuïteit door de trainerspool op sterkte te houden en de vervolgscholing intern te organiseren.

Een belangrijk aspect van WWJK is de overdraagbaarheid van de methode. Ervaren trainers die tevens beschikken over didactische vaardigheden worden in staat geacht nieuwe trainers te scholen met behulp van de instructiefilm en het workshopprogramma. De coördinator is verantwoordelijk voor de organisatie van deze scholing. Aldus kan een organisatie de interventie zelf verder uitrollen.

Dit aspect zou gevolgen kunnen hebben voor de zogenaamde 'programma-integriteit': de garantie dat het programma wordt uitgevoerd zoals opgezet. WWJK kent geen licentierechten of registratieplicht en de materialen zijn vrij te verkrijgen, waardoor het niet mogelijk is om de uitvoering van alle gebruikers centraal te monitoren. Hier ligt een taak voor de coördinator, die daarbij de volgende hulpmiddelen kan gebruiken:

- Een enquête voor procesevaluatie onder de trainers (bijlage 7).
- Evaluatieformulieren die cliënten standaard invullen aan het eind van iedere sessie (bijlage 8).
- De implementatiemonitor (bijlage 5).

Naar verwachting zal onbevoegd gebruik niet tot schade bij de cliënt leiden, op voorwaarde dat de enige contra-indicatie in acht wordt genomen: ernstige depressiviteit. Onoordeelkundig gebruik kan wel afbreuk doen aan de kwaliteit en de effectiviteit.



Wanneer de trainers zich houden aan de trainershandleiding wordt de programma-integriteit gewaarborgd door de structuur van de werkboeken. De werkboeken kennen een systematische opbouw waarbinnen verplichte onderdelen en keuzemomenten duidelijk worden aangegeven. Trainer en cliënt worden als het ware door de lesstof geleid.

### 4.3 Metingen

Vanuit diverse kwaliteitskaders (afhankelijk van de setting) is het belangrijk om de cliënttevredenheid en de uitkomsten van de module te volgen. Daarbij moet worden bedacht dat de module zich voor de korte termijn vooral richt op een verandering in cognities en beleving, en dat gedragsverandering soms direct, maar soms ook pas op langere termijn zichtbaar zal worden, bijvoorbeeld door een grotere motivatie voor begeleiding.

Aangezien een cliënt meestal een pakket aan interventies tegelijkertijd doorloopt zal het bovendien lastig zijn om de uitkomsten van de module sec vast te stellen.

De module bevat aan het eind van iedere sessie tevredenheidsvragenlijsten. De antwoordalternatieven zijn gevisualiseerd met smileys (bijlage 8). Er is ook een evaluatielijst voor de trainer beschikbaar (bijlage 7), deze behoort niet tot het standaardpakket.

Voor Routine Outcome Monitoring (ROM) kan gebruik gemaakt worden van de DROS 2.0 (Dynamic Risk Outcome Scales; Drieschner, Hesper, & Delforterie, 2019). De DROS 2.0 is een betrouwbaar en gevalideerd instrument om behandel-effecten bij cliënten met sterke gedragsproblemen en een lichte verstandelijke beperking te meten in de forensische psychiatrie en in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Bij het effectonderzoek in 2014 is gebruik gemaakt van items van de DROS uit 2008 (zie hoofdstuk 7). In 2019 is de DROS 2.0 gereed gekomen, die zich niet meer alleen richt op externaliserende risicofactoren maar ook op internaliserende risicofactoren.

De DROS 2.0 bevat items op de volgende voor WWJK relevante gebieden:

- Acceptatie van eigen beperkingen
- Erkennen van de huidige noodzaak van professionele hulp en attitude tegenover de huidige professionele zorg
- Ideeën en verwachtingen over de situatie na de behandeling
- Medewerking aan de behandeling/begeleiding
- Zelfwaardering

De DROS 2.0 is kosteloos beschikbaar via de website van Trajectum. Scholing is verplicht.



## 5. Onderbouwing: probleemstelling en verklaring

---

WWJK werd ontwikkeld voor toepassing in de forensische psychiatrie. Vandaar dat dit hoofdstuk ten dele is gebaseerd op onderzoek naar en het begrippenkader van de forensische psychiatrie. Dat geldt voor de hoofdstukken 5.1, 5.2 en 5.3

De module is echter ook inzetbaar in andere sectoren van zorg waar de hoofddoelstelling van toepassing is:

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

In de forensische zorg komt daar als einddoel bij het beveiligen van de maatschappij, aldus verwoord:


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

### 5.1 LVB in de forensische zorg

WWJK is ontwikkeld voor mensen met een IQ op het niveau van een licht verstandelijke beperking (IQ 50 – 70) of een IQ op het niveau van zwakbegaafdheid (70 – 85) met tekorten op het gebied van adaptieve vaardigheden. De prevalentie van een LVB wordt in Nederland geschat op 2% van de algemene bevolking en de prevalentie van zwakbegaafdheid op ongeveer 14% (Roos, 2017). LVB en zwakbegaafdheid worden in Nederland vaak onder één noemer geplaatst: LVB. Ook bij WWJK wordt de term LVB gebruikt, waarmee zowel een LVB als zwakbegaafdheid wordt bedoeld.

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

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



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

De samenhang tussen een laag IQ en delinquentie betekent niet dat er een causaal verband bestaat en dat een laag IQ delinquentie veroorzaakt. Onderzoek heeft aangetoond dat de relatie tussen IQ en delinquentie afzwakt als er rekening gehouden wordt met sociaaleconomische status, leeftijd, geslacht en etniciteit (Kaal et al., 2017). Echter ook dan bleef er een relatie tussen een laag IQ en delinquentie bestaan. Voor deze relatie zijn verschillende oorzaken aan te wijzen. Kenmerken van de LVB spelen een rol, zoals beperkt zelfinzicht, overschatting en beïnvloedbaarheid (Roos, 2017).

Het verband kan echter ook indirect zijn, via bijvoorbeeld opvoeding, schoolprestaties, toegang tot arbeid en sociale integratie (Kaal, Overvest, & Boertjes, 2014).

## 5.2 Risicofactoren en beschermende factoren

De relatie tussen een LVB en delinquent gedrag kan ook worden verklaard door de aanwezigheid van risicofactoren en de afwezigheid van beschermende factoren. Dat zijn factoren die de kans op recidive respectievelijk vergroten of verkleinen. Er bestaat discussie of dit twee soorten factoren zijn, of tegengestelden van één factor (EFP, 2019). In elk geval is het goed om beide factoren in ogenschouw te nemen. Versterking van de beschermende factoren verkleint niet alleen de kans op recidive (De Vogel, De Vries Robbé, De Ruiter & Bouman, 2011), maar biedt ook positief geformuleerde en toekomstgerichte doelen om de behandeling op te richten.

Risicofactoren en beschermende factoren kunnen statisch of dynamisch zijn. Statisch wil zeggen onveranderbaar. Bijvoorbeeld de leeftijd waarop een eerste delict werd gepleegd. Een dynamische factor is wel veranderbaar, en dat zijn de factoren waar een forensische behandeling zich op richt.

De meeste onderzoeken naar dynamische risico- en beschermende factoren zijn gedaan bij populaties met een gemiddeld IQ (Andrews & Bonta, 2010; De Vogel e.a., 2011; Douglas & Skeem, 2005). De meeste dynamische risicofactoren komen ook voor bij mensen met een LVB, soms zelfs meer en in sterkere mate (Emerson & Halpin, 2013; Moonen & Kaal, 2017; Roos, 2017).

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

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

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

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

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

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

### 5.3 Straintheorie


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

Er worden drie grote bronnen van spanning onderscheiden:

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

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

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



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

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

## 5.4 **Attributietheorie**

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

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

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

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

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

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





## 6. Onderbouwing: aanpak en verantwoording

Dit hoofdstuk bouwt voort op de eerder beschreven verklaringsmodellen voor de risicovolle gedragsproblematiek bij een LVB, en beschrijft de aan te pakken factoren en de verantwoording van de gekozen methodes. De hoofdstukken 6.3 en 6.5 zijn gebaseerd op de forensische zorg. WWJK beoogt de risicofactoren te verkleinen, de beschermende factoren te vergroten, de bronnen van spanning en de onjuiste attributies weg te nemen en het vragen en aanvaarden van hulp te doen toenemen. Naasten en begeleiders worden betrokken om de cliënt te ondersteunen en daadwerkelijk te helpen. In onderstaand schema wordt een overzicht gegeven.

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

## 6.1 Behandelvisie bij LVB

Voor cliënten met een LVB gelden in principe dezelfde zorgstandaarden en richtlijnen als voor cliënten met een hogere intelligentie. Er is geen reden om aan te nemen dat interventies bij deze doelgroep niet of minder effectief zijn (EFP, 2019). Wel zijn aanpassingen nodig aan het begripsniveau en de belevingswereld van de cliënt. Daarmee is behandeling van psychische en gedragsproblemen zeker wel mogelijk (Hesper & Drieschner, 2013), en ook kan de cliënt nieuw gedrag en vaardigheden leren (Goedhard, Van Geffen, & Roos, 2017).


Er kan bij iemand met een LVB in mindere mate een beroep gedaan worden op zelfinzicht en zelfsturing, en ook het vermogen tot transfer en generalisatie is kleiner. Belangrijk is vooral om een verbinding te leggen met het dagelijks leven: te focussen op concreet gedrag, en mensen uit de omgeving van de cliënt in te schakelen. Ook is het belangrijk om te werken met kleine stappen en haalbare doelen, zodat de cliënt succeservaringen kan opdoen en een perspectief ervaart (de Borg, 2008).

De cognitieve tekorten zijn echter niet op te heffen, en de beperkingen die daarmee samenhangen zijn blijvend. De cliënt zal moeten leren leven met zijn mogelijkheden en onmogelijkheden. Door een beperkt zelfinzicht bestaat er echter vaak een discrepantie tussen willen en kunnen, met een irreële toekomstverwachting als gevolg. De cliënt wil worden gezien als een mondig en volwaardig burger, waar hij ook recht op heeft. Ondersteuning hoeft daarmee niet in strijd te zijn, maar wordt door een aantal cliënten wel zo ervaren. Ook de noodzaak tot behandeling wordt vaak niet ingezien. Psycho-educatie is een geëigende methode om de cliënt te leren omgaan met zijn beperkingen.

## 6.2 Onderzoek naar psycho-educatie bij LVB

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

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



Het totaal aantal cliënten in deze studies is echter laag, dus meer onderzoek is nodig met daarnaast een betere methodologische kwaliteit.

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

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

#### Transferbevordering

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

#### Benadering

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

#### Inhoud

- Een programma gericht op het vergroten van ziekte-inzicht (de Barros Pelegrinelli, 2012; Pettersen 2011)
- Copingmechanismen aanleren (de Barros Pelegrinelli, 2012)
- Aandacht voor emotionele aspecten (Pitschel-Walz, 2009; Schultz, 1993)
- Aandacht voor stressmanagement, ontspanningsvaardigheden en probleemoplossingsvaardigheden (Schultz, 1993; Van Daele, 2011)
- Werken aan zelfvertrouwen (Pettersen, 2011)

#### Praktische uitvoerbaarheid

- Een kortdurend programma (Van Daele, 2011)

### 6.3 What works principes

De What Works principes vormen de basis van de meeste behandelprogramma's in de forensische zorg. Uit onderzoek blijkt dat het volgen van deze principes effectief is in het voorkomen van recidive. Er zijn een aantal What Works principes die richtlijnen bieden voor de behandeling. De drie meest bekende worden samen aangeduid als het Risk Need Responsivity model (RNR model, Andrews & Bonta, 2010). Deze principes houden in:

#### Het risicoprincipe (Risk)

De intensiteit van de behandeling moet afgestemd worden op de grootte van het recidive-risico.

#### Het behoefteprincipe (Need)

De doelen van de behandeling moeten aansluiten bij de veranderbare risicofactoren die samenhangen met het recidive-risico.

#### Het responsiviteitsprincipe (Responsivity)

De behandeling moet zo worden aangeboden dat de cliënt er optimaal van kan profiteren.

Onderscheiden worden:

Algemene responsiviteit: de behandeling moet zo veel mogelijk evidence based zijn.

Specifieke responsiviteit: de behandeling moet aansluiten bij de kenmerken en de leerstijl van de individuele cliënt. Om dit te bereiken is een goede diagnostiek van belang.


Vanwege het principe van de specifieke responsiviteit moet de behandeling dus, om effectief te kunnen zijn, aansluiten bij specifieke kenmerken en de leerstijl van de cliënt met een LVB.

### 6.4 Richtlijnen effectieve hulpverlening voor LVB

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

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

Bij de ontwikkeling van WWJK zijn alle bovenstaande aanbevelingen gevolgd. Ervarensdeskundigen hebben meegedacht over de concrete uitwerking. De toon van WWJK is empathisch, waarbij gevalideerd wordt dat het lastig is om een LVB te hebben. Bij WWJK wordt ook het netwerk van de cliënt betrokken. WWJK is gestructureerd en overzichtelijk en behandelt één onderwerp per sessie, de opdrachten zijn concreet en het taalgebruik is helder



en eenvoudig. Tekst wordt ondersteund met visualisaties. WWJK is naar wens van de cliënt zowel online te volgen als 'klassiek' met een papieren werkboek, maar beide werkvormen kunnen ook worden gecombineerd.

## 6.5 Good lives model (GLM)

Het Good Lives Model (GLM, Ward & Brown, 2004) is ook afkomstig uit de forensische zorg. Het beoogt risico's te reduceren door het bevorderen van het welzijn en de motivatie van de cliënt. Als mensen een zinvol leven leiden zullen ze, zo is de gedachte, minder snel terugvallen in hun oude (risicovolle) gedrag en ontvankelijker zijn voor steun of behandeling om dat zinvolle leven in stand te houden. Het GLM richt zich op de toekomst wat betreft wonen, werken, relaties en vrije tijd. De vaardigheden die daarvoor nodig zijn en de weg daarnaartoe worden onderzocht. De hulpverlener helpt om deze weg te vinden, hij wijst de cliënt op obstakels op die weg, en zoekt met hem naar eventuele alternatieven. Dat gebeurt op een positieve manier met de focus op mogelijkheden. WWJK maakt gebruik van de positieve benadering van het GLM. WWJK is erop gericht om de cliënt te laten inzien wat hij allemaal wél kan, en zijn doelen voor de toekomst te onderzoeken rekening houdend met zijn LVB en de ondersteuningsbehoefte die daar uit voortkomt. Een thema als zelfvertrouwen komt bij WWJK nadrukkelijk aan de orde, evenals vertrouwen in hulpverleners.

## 6.6 Cognitieve gedragstherapie

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

## 6.7 CGT bij LVB

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

## 6.8 WWJK en CGT

WWJK maakt gebruik van elementen uit de CGT. Zoals eerder beschreven is WWJK geen psychotherapeutische interventie, en de trainers hoeven niet te zijn geschoold in de CGT.

WWJK richt zich op disfunctionele cognities die de cliënt heeft over zichzelf, andere mensen en de maatschappij met betrekking tot zijn LVB. Deze disfunctionele cognities komen deels voort uit onvoldoende kennis over een LVB, en deels uit de attributie van negatieve ervaringen. Deze cognities veroorzaken spanning, en staan adequaat gedrag in de weg. Hieronder worden de CGT-technieken benoemd die in WWJK worden toegepast, toegelicht met een voorbeeld.

### Educatie

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

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

### Heretikettering

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

WWJK legt uit dat de classificatie LVB (het stempel) een hulpmiddel is voor hulpverleners om adequate hulp te bieden.

### Copingmechanismes aanleren

Er worden manieren aangereikt om spanning te verdragen.

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

### Cognitieve herstructurering

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

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

### Model-leren

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

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

### Gedragsadviezen en zelfinstructie

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

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

### Bevordering van transfer en generalisatie

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

WWJK voorziet naasten en begeleiders van dezelfde informatie als de cliënt, nodigt hen uit bij bijeenkomsten en geeft adviezen over manieren om te ondersteunen.

Onderstaand schema laat zien welke CGT techniek wordt ingezet voor elke aan te pakken factor, en de wijze waarop die techniek is geoperationaliseerd in WWJK. In bijlage 9 is de onderbouwing van hoofdstuk 5 en 6 in elkaar geschoven tot een overzicht van oorzaken, aan te pakken factoren, doelen en CGT technieken.

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

## 6.9 Overzicht van werkzame elementen

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

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

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

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

In de loop der jaren werd bij Trajectum en Transfore continu feedback van cliënten en trainers verzameld en verwerkt. De reacties zijn altijd overwegend positief geweest. In dit hoofdstuk worden de wat grotere onderzoeken en hun resultaten beschreven aan de hand van de publicaties en het rapport waarin ze zijn opgenomen.





## 7. Praktijkervaringen en onderzoek

---

### 7.1 Publicatie naar het effect van WWJK in Met het oog op behandeling 2017

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

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

Door middel van een voor- en nameting werd in een pilot studie in 2014 onderzoek gedaan naar de effecten van WWJK. Uitkomstmaten waren vijf items van de Dynamic Risk Outcome Scales (DROS; Drieschner & Hesper, 2008): acceptatie van eigen beperkingen/handicaps; erkennen van de huidige noodzaak van professionele zorg; attitude tegenover de huidige professionele zorg; ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling: noodzakelijke zorg en overige aspecten. In totaal waren twaalf cliënten met een LVB geïnccludeerd: zes klinisch behandelde cliënten van Trajectum en zes ambulante behandelde cliënten van Transfore (tien mannen en twee vrouwen). De gemiddelde leeftijd was 38,4 (sd=12,4; variërend van 23-60).

#### Individuele resultaten

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

#### Groepsresultaten

Te zien is dat de gemiddelden van alle items hoger zijn bij de nameting dan bij de voormeting. Voor het item Acceptatie van de eigen beperkingen/handicaps is dit verschil significant ( $t(11)=-2,24$ ,  $p < 0,05$ , effect size cohen's  $d: 0,64$ ). Voor twee items is het verschil marginaal significant ( $p < 0,10$ ): Attitude tegenover de huidige professionele zorg en Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling: overige aspecten.

De overige twee items verschillen niet significant van elkaar op de voor- en nameting. Tenslotte is de totaalscore van deze vijf DROS items bekeken. Deze gemiddelde score is significant hoger ( $t(11)=-2,34, p<0,05$ , effect size cohen's  $d: 0.68$ ) bij de nameting (3,55) dan bij de voormeting (3,13).

## 7.2 Publicatie over cliëntraadplegingen in tijdschrift voor directieve therapie

Mulder, M., Delforferie, M., & Didden, R. (2017). Weet wat je kan. Ervaringen met psycho-educatie voor cliënten en hun naasten over leven met een lichte verstandelijke beperking. *Directieve Therapie*, 37, 222 – 237.

Dit artikel beschrijft eerst de resultaten van de cliëntraadpleging tijdens de ontwikkeling van WWJK in 2014 Dit betrof zes cliënten, en de informatie werd mondeling vergaard. Vervolgens worden de resultaten beschreven van onderzoek naar de gebruikerstevredenheid onder zeventien cliënten m.b.t. de online versie. Vijf cliënten waren ambulantly in behandeling, negen cliënten waren klinisch opgenomen en drie cliënten namen deel aan de dagbehandeling. Acht cliënten hadden de hele module doorlopen, en de overige zeven waren nog bezig. Twee cliënten stopten voortijdig, de één vanwege een overplaatsing, de ander vanwege een gebrek aan motivatie. Er werden in totaal 64 sessies geëvalueerd met behulp van een digitale enquête.


### Samenvatting van resultaten in de ontwikkelfase:

- Cliënten gaven aan geen behoefte te hebben aan een opsomming van alles wat niet goed gaat.
- Cliënten gaven aan vooral behoefte te hebben aan hulp bij het verbeteren van hun zelfbeeld, aan praktische tips en leefstijladviezen en aan vaardigheden om op te komen voor zichzelf. Die thema's zijn opgenomen in de module.
- Cliënten droegen ideeën aan voor het visualiseren van abstracte begrippen, zoals het symbool van de rugzak.
- Cliënten hebben de schetsen van de illustraties bekeken, en hun feedback was bepalend voor de uitwerking die gekozen werd.
- Cliënten gaven aan moeite te hebben met open vragen en aankruislijstjes. Zij hebben een voorkeur voor vragen die te beantwoorden zijn met 'ja' of 'nee'.
- Cliënten gaven aan voorstander te zijn van het betrekken van belangrijke mensen uit hun omgeving bij de training.

### Samenvatting van resultaten bij de online versie

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

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



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

Het gebruikerspanel werd op het eind van de enquête gevraagd naar suggesties ter verbetering. Dit leverde de volgende, inmiddels overgenomen, adviezen op:

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

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

### 7.3 Rapport procesevaluatie onder cliënten en ervaren trainers

Delforterie, M. & Mulder, M. (2020). Procesevaluatie Weet wat je kan. Zwolle: Trajectum.


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

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

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

#### Samenvatting van de resultaten

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



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

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

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

#### Is het programma uitgevoerd zoals bedoeld?

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

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

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

#### Succesfactoren:

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

#### Faalfactoren:

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

#### Aanbevelingen voor verbetering

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




## 8. Literatuurlijst

---

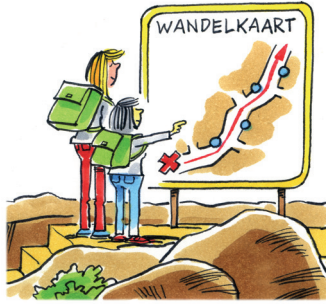
- Agnew, R. (1992). Foundation for a general strain theory of crime and delinquency. *Criminology*, 30, 47-88.
- Allen, R., Lindsay, W. R., MacLeod, F., & Smith, A. H. (2001). Treatment of women with intellectual disabilities who have been involved with the criminal justice system for reasons of aggression. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 14, 340-347.
- Alpaslan, A.H., Kocak, U., Coskun, K.S., & Cobanoglu, C. (2016). A case of severe long term selective mutism in a child with intellectual disability. *International Journal of Developmental Disabilities*, 62, 131-135.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5<sup>th</sup> ed.). New Providence, NJ: LexisNexis/Anderson Publishing.
- Benson, B.A. (2004). Psychological interventions for people with intellectual disability and mental health problems. *Current Opinion in Psychiatry*, 17, 353-357.
- Colom, F., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Palomino-Otiniano, R., Reinares, M., Goikolea, J. M., ... & Martinez-Aran, A. (2009). Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 260-265.
- Crowley, V., Rose, J., Smith, J., Hobster, K., & Ansell, E. (2008). Psycho- educational groups for people with a dual diagnosis of psychosis and mild intellectual disability: A preliminary study. *Journal of Intellectual Disabilities*, 12, 25-39.
- Dagnan, D., Jackson, I., & Eastlake, L. (2018). A systematic review of cognitive behavioural therapy for anxiety in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62, 974-991.
- De Barros Pellegrinelli, K., de O. Costa, L. F., Silval, K. I. D., Dias, V. V., Roso, M. C., Bandeira, M., ... & Moreno, R. A. (2013). Efficacy of psychoeducation on symptomatic and functional recovery in bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127, 153-158.
- De Vogel, V., de Vries Robbé, M., de Ruiter, C., & Bouman, Y. H. A. (2011) Assessing protective factors in forensic psychiatric practice: Introducing the SAPROF. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10, 171-177
- De Wit, M., Moonen, X., & Douma, J. (2011). *Richtlijn Effectieve Interventies: aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedrags-veranderende interventies*

- voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.
- Demily, C., Rigard, C., Peyroux, E., Chesnoy-Servanin, G., Morel, A., & Franck, N. (2016). «Cognitus & Moi»: a computer-based cognitive remediation program for children with intellectual disability. *Frontiers in Psychiatry*, 7, <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00010>.
- Didden, R., Nijman, H., Delforterie, M., & Keulen-De Vos, M. (2020). Treatment of anger and violence of individuals with intellectual disabilities. In W. Lindsay, L. Craig & D. Griffith (Eds.), *What works for individuals with intellectual and developmental disabilities: Theory, research and practice* (pp. 297–309). London: Wiley.
- Didden, R., Troost, P., Moonen, X., & Groen, W. (2016). *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Douglas, K. S., & Skeem, J. L. (2005). Violence risk assessment: Getting specific about being dynamic. *Psychology, Public Policy, and Law*, 11, 347–383.
- Douma, J. (2018). *Jeugdigen en (jong)volwassenen met een licht verstandelijke beperking. Kenmerken en de gevolgen voor diagnostisch onderzoek en (gedrags)interventies*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB.
- Drieschner, K. H., & Hesper, B. L. (2008). *Dynamic Risk Outcome Scales*. Boschoord: Trajectum.
- Drieschner, K. H., Hesper, B. L., & Delforterie, M. J. (2019). *Dynamic Risk Outcome Scales 2.0*. Zwolle: Trajectum
- Emerson, E., & Halpin, S. (2013). Anti-social behaviour and police contact among 13-to 15-year-old English adolescents with and without mild/moderate intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26, 362–369.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) (2019). *Basis zorgprogramma: Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. <https://efp.nl/publicaties/basis-zorgprogramma>
- Goedhard, L., Van Geffen, W., & Roos, J. (2017). Behandelinginstellingen voor volwassen delinquenten met een licht verstandelijke beperking. In: H. Kaal, N. Overvest, & M. Boertjes (red.), *Beperkt in de keten* (pp. 251 – 255). Den Haag: Boom criminologie.
- Heider, F. (1958). *The Psychology of interpersonal relations*. New York: John Wiley and Sons.
- Heinemann, A., Neumann, C., van der Waa, A., & Kok, L. (2016). Cognitieve gedragstherapie. In: R. Didden, P. Troost, X. Moonen, & W. Groen (red.). *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (pp. 397 – 407). Utrecht: De Tijdstroom.
- Hesper, B. L., & Drieschner, K. H. (2013) *Effectevaluatie SGLVG (+) behandeling De Borg 2007 – 2012*. Amersfoort: Bergdrukkerij
- Hoencamp E., & Haffmans, P.M.J. (2008) *Psycho-educatie in de GGZ en de verslavingszorg. Theorie en praktijk*. Assen: Van Gorcum.
- Hussain, L, Warner, M.D., & Hallahan, B. (2009). Psycho-education of families in relation to their siblings' psychiatric illness. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 26, 69-72.
- Kaal, (2016). *Notitie: Prevalentie licht verstandelijke beperking in het justitiedomein*. Hogeschool Leiden.
- Kaal, H., Overvest, N., & Boertjes, M. (red.) (2014) *Beperkt in de keten, mensen met een licht verstandelijke beperking in de strafrechtketen*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers
- Kaal, H., Smits, D., & Vrij, P. (2017). *Licht verstandelijke beperking en crimineel gedrag*:

- samenhang en prevalentie. In: H. Kaal, N. Overvest, & M. Boertjes (red.), *Beperkt in de keten* (pp. 51-64). Boom criminologie.
- Liau, A.K., Shively, R., Horn, M. Landau, J., Barriga, A., & Gibbs J.C., (2004) Effects of psycho-education for offenders in a community correctional facility. *Journal of community psychology*, 32, 5, 543 – 558
- Lunsky, Y., Straiko, A., & Armstrong, S. (2003). Women be Healthy: Evaluation of a Women's Health Curriculum for Women with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 16, 247-253.
- Marshall, K., & Ferris, J. (2012). Utilising behavioural family therapy (BFT) to help support the system around a person with intellectual disability and complex mental health needs: A case study. *Journal of Intellectual Disabilities*, 16, 109-118.
- Moonen, X. M. H. (2017). (H) erkennen en waarderen: Over het (h) erkennen van de noden mensen met licht verstandelijke beperkingen en het bieden van passende ondersteuning. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, 43, 163-176.
- Moonen, X., & Kaal, H. (2017). Jeugdigen en jongvolwassenen met licht verstandelijke beperkingen en criminaliteit. *Justitiële Verkenningen*, 43, 9-24.
- Mulder, M. A. (2015). *Onderbouwing WWJK*. Zwolle: Trajectum.
- Nieuwenhuis, J. G., Noorthoorn, E. O., Nijman, H. L. I., Naarding, P., & Mulder, C. L. (2017). A blind spot? Screening for mild intellectual disability and borderline intellectual functioning in admitted psychiatric patients: prevalence and associations with coercive measures. *PloS one*, 12, DOI:10.1371/journal.pone.0168847
- Pettersen, G., Rosenvinge, J.H., & Wynn, R. (2011) Eating disorders and psychoeducating: patients' experiences of healing processes. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 25, 1, 12-18
- Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., Froböse, T., Gsottschneider, A., & Jahn, T. (2009). Do individuals with schizophrenia and a borderline intellectual disability benefit from psychoeducational groups? *Journal of Intellectual Disabilities*, 13, 305-320.
- Robinson, L., Escopri, N., Stenfert Kroese, B., & Rose, J. (2016). The subjective experience of adults with intellectual disabilities who have mental health problems within community settings. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 10, 106-115.
- Roos, J. (2017). Kenmerken en implicaties van een licht verstandelijke beperking. In: H. Kaal, N. Overvest, & M. Boertjes (red.), *Beperkt in de keten* (pp. 19-40). Boom criminologie.
- Russell, P.S.S., John, J.K., Lakshmanan, J., Russell, S., & Lakshmidivi, K.M. (2004). Family intervention and acquisition of adaptive behaviour among intellectually disabled children. *Journal of Learning Disabilities*, 8, 383-395.
- Schultz, C., Schutz, N., Bruce, E., Smyrniotis, K., Carey, L., & Carey, C. (1993). Psychoeducational support for parents of children with intellectual disability: an outcome study. *International Journal of Disability, Development and Education*, 40, 3, 205 – 216
- Summers, S.J., & Witts, P. (2003). Psychological intervention for people with learning disabilities who have experienced bereavement: A case study illustration. *British Journal of Learning Disabilities*, 31, 37-41.

- 
- Taylor, J., & Lindsay, W. (2010). Understanding and treating offenders with learning disabilities: a review of recent developments. *Journal of Learning Disabilities and Offending Behaviour*, 1, 5-16.
- Taylor, J., Novaco, R., & Brown, T. (2016). Reductions in aggression and violence following cognitive behavioural anger treatment for detained patients with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual and Disabilities Research*, 60, 126-133.
- Thompson, A. R., & Beail, N. (2002). The treatment of auto-erotic asphyxiation in a man with severe intellectual disabilities: the effectiveness of a behavioural and educational programme. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15, 36-47.
- Van Daele, T., Hermans, D., Van Audenhove, C., & Van den Bergh, O. (2011) *Stress reduction through psycho-education: a meta-analytic review* Katholieke Universiteit Leuven, Belgium
- Vermeulen, P. (2010). *Ik ben speciaal 2. Werkboek Psycho-Educatie Voor Mensen Met Autisme*. Leuven, België: Epo.
- Vogelvang, B., Rutten, E.A., De Jong, B.J., & Van Den Braak, J. (2012). *Reclasseren met adolescenten en jongvolwassenen. Een methodische handreiking voor de jeugdreclassering en reclassering*. Woerden: VanMontfoort.
- Ward, T., & Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, 10, 243-257.
- Zhang, D., Barrett, D. E., Katsiyannis, A., & Yoon, M. (2011). Juvenile offenders with and without disabilities: Risks and patterns of recidivism. *Learning and Individual Differences*, 21, 12-18.





# BIJLAGEN

---

1. Video met uitleg over LVB
2. Kaarten met samenvattingen
3. Instructiefilm
4. Scholing
5. Implementatiemonitor
6. Factsheet
7. Evaluatie door de trainer
8. Evaluatie door de cliënt
9. Schema onderbouwing WWJK

## Bijlage 1 Video met uitleg over LVB

Jaro Beyes, een behandelaar van Transfore, geeft uitleg aan cliënten over begrippen in de module WWJK. De filmfragmenten duren kort: tussen de één en twee minuten.



De Jaro filmfragmenten zijn gemaakt voor uitleg tijdens een training, maar kunnen ook gebruikt worden bij presentaties, scholing of transferbevordering.

De filmfragmenten zijn te vinden op de websites van Trajectum, Transfore en het KFZ, en op YouTube.

**Online module:** De filmfragmenten zijn standaard opgenomen in de werkboeken voor cliënten en voor naasten. Ze kunnen herhaald worden afgespeeld. De teksten zijn uitgeschreven zodat ze ook kunnen worden gelezen.

**Papieren werkboek:** De uitgeschreven teksten van de filmfragmenten zijn standaard opgenomen in de werkboeken voor cliënten en naasten. Trainer en cliënt of naaste kunnen er voor kiezen in plaats daarvan de filmfragmenten bekijken.

Op de volgende bladzijde een overzicht van de filmfragmenten en de sessies waar ze bij horen.

nr	Titel	Sessie cliënten	Sessie naasten
1	Jaro stelt zich voor	1 De module Weet wat je kan	1 Welkom voor naasten
2	Het stempel LVB	2 Jezelf leren kennen	2 Uitleg over LVB voor naasten
3	Waardoor komt LVB?	2 Jezelf leren kennen	
4	Studeren of een vak leren?	3 LVB in het dagelijks leven	
5	Leren en IQ	3 LVB in het dagelijks leven	2 Uitleg over LVB voor naasten
6	Werken aan zelfvertrouwen	4 Zelfvertrouwen	
7	Helpend denken	4 Zelfvertrouwen	
8	Nare gevoelens door LVB	5 Vooruit komen	
9	Kom uit de put	5 Vooruit komen	2 Uitleg over LVB voor naasten
10	LVB en de kans op problemen	6 Problemen voorkomen	3 Hoe help ik iemand met LVB?
11	Steun en bescherming	6 Problemen voorkomen	
12	Moeite om je te laten horen	7 Je laten horen	
13	Wat denk je als je hulp vraagt?	7 Je laten horen	
14	Kunnen en aankunnen	8 Een goede toekomst	3 Hoe help ik iemand met LVB?
15	Samenvatting en afronding	9 Weten wat je kan	
16	Jaro geeft advies aan naasten		3 Hoe help ik iemand met LVB?
17	Jaro adviseert naasten: Werk samen met hulpverlening		3 Hoe help ik iemand met LVB?
18	Jaro adviseert naasten: Wees duidelijk		3 Hoe help ik iemand met LVB?
19	Jaro adviseert naasten: Zorg ook goed voor uzelf		3 Hoe help ik iemand met LVB?

## Bijlage 2 Kaarten met samenvattingen

16 kaarten met samenvattingen van de inhoud van WWJK en een overzichtskaart.

De kaarten 1 t/m 14 volgen de sessies van de module en behandelen steeds één (sub)thema. De kaarten 15 en 16 bevatten onderdelen uit verschillende sessies.

Alle kaarten kunnen op zichzelf staan, maar zijn ook in combinatie met andere kaarten te gebruiken. Een \* op een kaart wil zeggen dat er een aansluitende kaart bestaat.

**Gebruik van de kaarten:** (zie ook de trainershandleiding)

- Inleiding tot de hele WWJK module (zowel online als op papier);
- Samenvatting of herhaling tijdens de module;
- Transfer naar begeleiders en naasten tijdens de module;
- Herhaling enige tijd na afloop van de module;
- Gebruik van enkele thema's in plaats van de hele module vanwege beperkte tijd of weinig continuïteit in de werkrelatie;
- Gebruik van enkele thema's in het kader van diagnostiek of therapie.

Kaart 1 Een beperking	Sessie 1 De module Weet wat je kan (inleiding)
Kaart 2 Het stempel LVB	Sessie 2 Jezelf leren kennen
Kaart 3 Wat merk je van LVB?	Sessie 3 LVB in het dagelijks leven
Kaart 4 Leren en IQ	Sessie 3 LVB in het dagelijks leven
Kaart 5 Zelfvertrouwen	Sessie 4 Zelfvertrouwen
Kaart 6 Helpend denken	Sessie 4 Zelfvertrouwen
Kaart 7 Omgaan met LVB	Sessie 5 Vooruit komen
Kaart 8 Nare gevoelens	Sessie 5 Vooruit komen
Kaart 9 Kom uit de put!	Sessie 5 Vooruit komen
Kaart 10 Problemen voorkomen	Sessie 6 Problemen voorkomen
Kaart 11 Je laten horen	Sessie 7 Je laten horen
Kaart 12 Een goede toekomst	Sessie 8 Een goede toekomst
Kaart 13 LVB in het kort	Sessie 9 Weten wat je kan (samenvatting)
Kaart 14 Adviezen voor denken en doen	Sessie 9 Weten wat je kan (samenvatting)
Kaart 15 Maak het jezelf niet te moeilijk	Overkoepelend
Kaart 16 De mensen om je heen	Overkoepelend

## Bijlage 3 De instructiefilm WWJK voor trainers

De instructiefilm is bedoeld voor scholing van toekomstige trainers of voor presentaties. De instructiefilm is te vinden op de websites van Trajectum, Transfore en het KFZ en op YouTube.



### Inhoud

De film bestaat uit acht delen die los van elkaar bekeken kunnen worden. De film duurt ruim een uur en geeft een goed beeld van de module in de praktijk, zowel op papier als online. De acht delen zijn:

#### 1. Inleiding

Marsja Mulder van Trajectum legt uit hoe deze instructiefilm gebruikt kan worden als vorm van scholing voor de methode Weet wat je kan.

#### 2. Achtergronden

Marsja Mulder licht de ontstaansgeschiedenis van de module toe. Ze bespreekt de doelen en benadrukt de rol van naasten.

#### 3. Ervaringsdeskundigen aan het woord

Een cliënte van Trajectum vertelt over de rol van de cliëntenraad bij de ontwikkeling van de module. Een andere cliënt van Trajectum vertelt over zijn ervaring als deelnemer.

#### 4. Productinformatie

Ragna Plomp van Transfore legt uit hoe de module is opgebouwd en welke materialen beschikbaar zijn.

#### 5. De inhoud in zeven thema's

Marsja Mulder vertelt over de zeven thema's in de module.

- Jezelf leren kennen
- LVB in het dagelijks leven
- Zelfvertrouwen
- Vooruit komen
- Problemen voorkomen
- Je laten horen
- Een goede toekomst

#### 6. Tien tips voor de trainer

Ragna Plomp geeft adviezen over de trainersvaardigheden.

#### 7. Trainers aan het woord

Trainers vertellen over hun praktijkervaring met de module.

#### 8. Indicatie

Marsja Mulder legt uit welke afwegingen een trainer vooraf moet maken.

## Bijlage 4 Scholing Weet wat je kan (WWJK)

### Informatie voor aspirant trainers

#### Wie kan welke materialen gebruiken?

De samenvattende WWJK kaarten kunnen door iedereen gebruikt worden bij het uitleg geven over (het omgaan met) een LVB. De medewerker die WWJK op die manier inzet wordt niet beschouwd als een 'trainer'.



Het geven van de module WWJK stelt eisen aan de trainer. Deze eisen gelden zowel bij de online module als bij de papieren werkboeken. Het verschil met de aanpak bij de kaarten is dat een training langer duurt, een systematische opbouw kent en dieper ingaat op de beleving van de cliënt.

#### Wie kan een WWJK training geven?

Aan een trainer worden voorafgaand aan de scholing de volgende eisen gesteld:

Opleiding: je hebt een afgeronde HBO- of universitaire opleiding op het gebied van hulpverlening.

Werkervaring: je hebt minimaal zes maanden werkervaring met mensen met een LVB, je bent bekend met hun manier van informatie verwerken en bedreven in gespreksvoering over persoonlijke onderwerpen.

Vaardigheden: je kunt directief optreden, je beschikt over sensitiviteit en over improvisatievermogen en je bent in staat emoties te kanaliseren. Indien van toepassing kun je een groep aansturen en/of in gesprek gaan met naasten.

#### Uitgangspunten scholing

- De uitvoering van WWJK is niet heel moeilijk, maar een trainer moet weten wat hij doet, waar valkuilen liggen en hoe hij daar uit kan blijven.
- De impact van de module kan groot zijn, en de cliënt heeft recht op een verantwoord aanbod.
- Tegelijkertijd moet dat aanbod laagdrempelig zijn en niet te 'zwaar' worden neergezet, en geen maandenlange wachttijd vergen.
- Met scholing komen de trainers goed beslagen ten ijs, en wordt de programma-integriteit gewaarborgd. Verder bevordert groepsgewijze scholing de uitwisseling van ervaringen naderhand.
- De hoeveelheid scholing is afhankelijk van opleiding en ervaring van de aspirant trainers: zelfstudie is voor iedereen vereist, voor de workshop is vrijstelling mogelijk.
- Voor zelfstudie is een instructiefilm beschikbaar.
- Het workshopprogramma is gericht op ervaren en op oefenen van trainersvaardigheden.
- Tijdens het uitvoeren van de training geeft de trainershandleiding de benodigde handvatten.

## Eindtermen scholing

- A. De deelnemer heeft inzicht in het theoretisch kader en in het belang van de module voor de LVB cliënt (handboek en trainershandleiding).
- B. De deelnemer kent de kern en de boodschap van de module, en daarmee de kaders waarbinnen hij de module op maat kan maken (instructiefilm).
- C. De deelnemer is, op grond van eigen ervaring, sensitief voor de impact die het bespreken van een LVB op de cliënt kan hebben (ervaringsoefening in de workshop).
- D. De deelnemer heeft door oefening de basisvaardigheid om de module te geven (workshop vaardigheids-oefening).  
NB pas bij het werken met cliënten zal de echte vaardigheid ontstaan.
- E. De deelnemer onderkent de mogelijke valkuilen en heeft handvatten om het verwerkingsproces bij de cliënt in goede banen te leiden (workshop vaardigheidsoefening).

## Trainersworkshop WWJK 'het zal je gezegd worden...'

### Opzet:

Een workshop vraagt minimaal 6 uur voor een groep van 8 aspirant trainers die bekend zijn met de doelgroep en die zich goed hebben voorbereid. Bij meer dan 8 aspirant trainers krijgt niet iedereen de gelegenheid om met de trainersvaardigheden te oefenen. De workshopleiders kunnen dat oplossen door de groep voor het oefenen te splitsen. Afhankelijk van het aantal aspirant trainers, hun werkervaring en voorkennis kan het programma uitgebreid worden met informatie over de module of kennisoverdracht over een LVB.



### Workshopleiders

Het programma is intensief. Het begeleiden van de workshop wordt daarom bij voorkeur door twee workshopleiders gedaan. Zij moeten goed bekend zijn met de methode WWJK vanuit de theorie én de praktijk. Verder moeten zij beschikken over didactische vaardigheden. Met name moeten zij in staat zijn om op directieve wijze rollenspelen op te zetten en daarbij feedback te geven.

## Draaiboek workshop 'het zal je gezegd worden'

### Materialen voor de workshop

Deze materialen zijn niet vrij beschikbaar.

Een workshopleider kan ze na overleg in een informatiemap ontvangen.

- Powerpoint
- LUB oefening (inhoud moet geheim blijven)
- Oefenopdrachten en leerpunten voor rollenspelen

Tijd	Onderdeel	Materialen
10.00	<b>Welkom</b> , trainers stellen zich voor Kort rondje: naam, werkplek, functie, interesse voor en ervaring met het geven van een training Inleiding, doelen en programma	Dia's
10.15	Vragen n.a.v. zelfstudie en/of ervaringen	
	Intro WWJK en kanttekeningen vooraf	Dia's
10.30	LUB oefening + nabespreking	Dia's LUB oefening
11.15	<b>Koffiepauze</b>	
11.30	Materialen WWJK: uitleg en demonstratie Oefenen met de online module	Dia's Werkboeken Accountgegevens Kaarten
12.15	Uitleg trainersvaardigheden en rollenspelen	Dia's
<b>12.30</b>	<b>Lunch pauze</b>	
13.15	Rollenspelen aan de hand van sessie 3 Trainersvaardigheden: <ul style="list-style-type: none"><li>- Responsiviteit</li><li>- Directiviteit</li><li>- Validatie</li><li>- Transferbevordering</li></ul>	Dia's Opdrachten Sessie 3 Leerpuntenblad
14.30	<b>Theepauze</b>	
14.45	Vervolg rollenspelen	
15.15	Implementatievraagstukken (op maat)	Dia's
15.45	Vervolgafspraken, evaluatie en afronding	
16.00	<b>Einde</b>	



## BIJLAGE 5 Implementatiemonitor WWJK

1 = niet

2 = oriëntatie/plan van aanpak

3 = goed begonnen

4 = bijna in orde

5 = prima in orde

1 Criterium bekendheid/PR/ kartrekker	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
A De module WWJK staat voor medewerkers beschreven in het zorgprogramma/zorgpad als basis (ja tenzij) of keuze aanbod (ja indien)	<input type="checkbox"/> Niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wordt aan gewerkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Klaar
B De module WWJK staat beschreven bij het aanbod voor cliënten.	<input type="checkbox"/> Niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wordt aan gewerkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Klaar
C De module WWJK staat beschreven bij het aanbod voor aanmelders en geïnteresseerden (waaronder naasten)	<input type="checkbox"/> Niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wordt aan gewerkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Klaar
D Er is een programma coördinator (kartrekker) die lijnen uitzet, verloop monitort en zo nodig contact onderhoudt met de module-ontwikkelaars	<input type="checkbox"/> Niet	<input type="checkbox"/> Oriëntatie op profiel	<input type="checkbox"/> Wordt geworven	<input type="checkbox"/> Gestart, werkt zich in	<input type="checkbox"/> Actief

2 Criterium beschikbaarheid materialen	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
A De materialen zijn te vinden op intranet/internet (werkboeken, handboek, handleiding, kaarten, certificaat)	<input type="checkbox"/> Niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wordt aan gewerkt	<input type="checkbox"/> Beschikbaar niet goed vindbaar	<input type="checkbox"/> Beschikbaar en goed vindbaar
B De filmfragmenten voor cliënten (Jaro) zijn te vinden	<input type="checkbox"/> Niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wordt aan gewerkt	<input type="checkbox"/> Beschikbaar niet goed vindbaar	<input type="checkbox"/> Beschikbaar en goed vindbaar
C Optioneel: de instelling heeft een abonnement bij een e-health platform met WWJK in het aanbod en heeft WWJK geselecteerd voor het online aanbod	<input type="checkbox"/> Niet	<input type="checkbox"/> Wordt bekeken op haalbaarheid	<input type="checkbox"/> Wordt aan gewerkt	<input type="checkbox"/> Geregeld maar nog niet goed bekend	<input type="checkbox"/> Geregeld en bekend
D Er zijn ruimtes en (optioneel) digitale apparaten beschikbaar	<input type="checkbox"/> Niet	<input type="checkbox"/> Inventarisatie	<input type="checkbox"/> Wordt aan gewerkt	<input type="checkbox"/> Moet per keer gezocht en geregeld worden	<input type="checkbox"/> Goede regeling (geen gezocht)
E Optioneel: de instelling heeft een eigen folder en certificaat ontwikkeld en die zijn beschikbaar (NB: in lijn met auteursrecht WWJK)	<input type="checkbox"/> Niet	<input type="checkbox"/> Vraag of dit gewenst is	<input type="checkbox"/> Wordt aan gewerkt	<input type="checkbox"/> Eigen materialen zijn klaar nog niet goed vindbaar	<input type="checkbox"/> Eigen materialen zijn goed vindbaar

3 Criterium indicatie en verwijfs-routes	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
A De (regie)behandelaren indiceren volgens de indicatiecriteria, de contra-indicaties en de voorwaarden	<input type="checkbox"/> De (regie)behandelaren indiceren niet	<input type="checkbox"/> 1-25% van de (regie)behandelaren indiceren op de juiste wijze	<input type="checkbox"/> 26-50% van de (regie)behandelaren indiceren op de juiste wijze	<input type="checkbox"/> 51-75% van de (regie)behandelaren indiceren op de juiste wijze	<input type="checkbox"/> 76-100% van de (regie)behandelaren indiceren op de juiste wijze
B De (regie)behandelaren hanteren de afwegingen voor een groeps- of individueel aanbod	<input type="checkbox"/> De (regie)behandelaren verwijzen standaard naar een groeps- of individueel aanbod	<input type="checkbox"/> 1-25% van de (regie)behandelaren hanteren de afwegingen voor een groeps- of individueel aanbod	<input type="checkbox"/> 26-50% van de (regie)behandelaren hanteren de afwegingen voor een groeps- of individueel aanbod	<input type="checkbox"/> 51-75% van de (regie)behandelaren hanteren de afwegingen voor een groeps- of individueel aanbod	<input type="checkbox"/> 76-100% van de (regie)behandelaren hanteren de afwegingen voor een groeps- of individueel aanbod
C De (regie)behandelaren maken een afweging bij de keuze voor een trainer (werkrelatie en deskundigheid)	<input type="checkbox"/> Niet, keuze trainer is standaard	<input type="checkbox"/> 1-25% van de (regie)behandelaren maken een afweging bij de keuze voor een trainer	<input type="checkbox"/> 26-50% van de (regie)behandelaren maken een afweging bij de keuze voor een trainer	<input type="checkbox"/> 51-75% van de (regie)behandelaren maken een afweging bij de keuze voor een trainer	<input type="checkbox"/> 76-100% van de (regie)behandelaren maken een afweging bij de keuze voor een trainer
D De (regie)behandelaren gebruiken de aanmeldingsroute	<input type="checkbox"/> De (regie)behandelaren gebruiken de aanmeldingsroute niet	<input type="checkbox"/> 1-25% van de (regie)behandelaren gebruiken de aanmeldingsroute	<input type="checkbox"/> 26-50% van de (regie)behandelaren gebruiken de aanmeldingsroute	<input type="checkbox"/> 51-75% van de (regie)behandelaren gebruiken de aanmeldingsroute	<input type="checkbox"/> 76-100% van de (regie)behandelaren gebruiken de aanmeldingsroute
E De cliënt krijgt informatie vooraf in een gesprek	<input type="checkbox"/> Niet, de cliënt krijgt alleen een mededeling	<input type="checkbox"/> 1-25% van de cliënten krijgt informatie vooraf in een gesprek	<input type="checkbox"/> 26-50% van de cliënten krijgt informatie vooraf in een gesprek	<input type="checkbox"/> 51-75% van de cliënten krijgt informatie vooraf in een gesprek	<input type="checkbox"/> 76-100% van de cliënten krijgt informatie vooraf in een gesprek
F Met de cliënt wordt het betrekken van naasten besproken	<input type="checkbox"/> Naasten worden niet betrokken	<input type="checkbox"/> Met 1-25% van de cliënten wordt het betrekken van naasten besproken	<input type="checkbox"/> Met 26-50% van de cliënten wordt het betrekken van naasten besproken	<input type="checkbox"/> Met 51-75% van de cliënten wordt het betrekken van naasten besproken	<input type="checkbox"/> Met 76-100% van de cliënten wordt het betrekken van naasten besproken


4 Criterium scholingsfaciliteiten	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
A De trainerseisen en het scholingsaanbod en de criteria voor deelname zijn beschreven in het Leer Management Systeem	<input type="checkbox"/> Niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enigszins aangeduid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Helder beschreven
B Er zijn geschoolde train-de-trainers om presentaties en workshops te geven	<input type="checkbox"/> Geen	<input type="checkbox"/> 1 persoon is ingewerkt	<input type="checkbox"/> 2 personen zijn ingewerkt	<input type="checkbox"/> 2 personen hebben ervaring	<input type="checkbox"/> Meerdere personen met ervaring
C De train-de-trainers beschikken over scholingsprogramma's die zijn toegesneden op de eigen werksituatie (volgens programmarichtlijnen WWJK)	<input type="checkbox"/> Niet	<input type="checkbox"/> Vragen aan Trajectum/Transfore	<input type="checkbox"/> Werken aan eigen scholing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Instelling kan zelf scholen
D De instructiefilm is te bekijken via een youtubelink op intranet, of op usb/DVD	<input type="checkbox"/> Niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wordt aangewerkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Beschikbaar

5 Criterium geschoolde trainers/medewerkers	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
A Het is duidelijk hoeveel trainers van welke disciplines nodig zijn per locatie of team	<input type="checkbox"/> Niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wordt uitgezocht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Streeftallen duidelijk
B Er zijn voldoende trainers geschoold en ervaren in het gebruik van de papieren werkboeken	<input type="checkbox"/> Geen geschoolde trainers	<input type="checkbox"/> 1 a 2 geschoolde trainers	<input type="checkbox"/> 1 a 2 ervaren trainers	<input type="checkbox"/> Meerdere ervaren trainers	<input type="checkbox"/> Streefgetal is behaald
C Optioneel: de trainers zijn geschoold en ervaren in blended behandelen	<input type="checkbox"/> Geen geschoolde trainers	<input type="checkbox"/> 1 a 2 geschoolde trainers	<input type="checkbox"/> 1 a 2 ervaren trainers	<input type="checkbox"/> Meerdere ervaren trainers	<input type="checkbox"/> Streefgetal is behaald
D De trainers hebben tijd en ruimte om WWJK op vraag uit te voeren	<input type="checkbox"/> Niet	<input type="checkbox"/> Soms wel soms geen aanbod mogelijk	<input type="checkbox"/> Ad hoc, lange wachttijd	<input type="checkbox"/> Binnen 6 weken aanbod	<input type="checkbox"/> Binnen 2 weken aanbod

6 Criterium uitvoering	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
A De trainers voeren het WWJK programma uit binnen de voorgeschreven kaders met de gewenste bejegeningstijl	<input type="checkbox"/> Niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Als beginnelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Goede ervaren uitvoering
B De trainers passen het programma (binnen kaders) aan aan de behoeftes van de cliënten	<input type="checkbox"/> Niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Is zoeken hoe aan te passen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Goede aanpassing
C De trainers houden de cliënt (en naasten) gemotiveerd en betrokken	<input type="checkbox"/> Niet, cliënt haakt makkelijk af	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Is zoeken naar motivering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kunnen inspelen op motivatieprobleem
D De trainers organiseren het betrekken van naasten (of zij doen dit zelf, of zij schakelen andere medewerkers in)	<input type="checkbox"/> Niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ad hoc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Standaard
E De trainers organiseren de transfer naar de leefsituatie en belangrijke anderen	<input type="checkbox"/> Geen transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ad hoc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Standaard
F Er wordt m.b.v. de samenvattende kaarten gerefereerd aan de lesstof ook buiten de training om (herhaling, samenvatting, verkort aanbod)	<input type="checkbox"/> Kaarten niet in gebruik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ad hoc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Altijd waar relevant

7 Criterium monitoring, evaluatie en effectmeting	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
A Er is een rapportagesysteem voor het verloop, de resultaten en de adviezen voor vervolg	<input type="checkbox"/> Niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alleen bijzonderheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Goede rapportage m.b.t. resultaten per cliënt
B Evaluaties van tevredenheid van cliënt en trainer worden verzameld (procesevaluatie) en doorgegeven aan de programma coördinator	<input type="checkbox"/> Niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ad hoc, alleen bijzonderheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Goede procesevaluaties (tevredenheid) trainer en cliënt
C Optioneel: er worden resultaatmetingen uitgevoerd	<input type="checkbox"/> Niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Standaard
D Essentiële feedback over de werkzaamheid van het WWJK programma wordt gedeeld met de programma-coördinator, die het doorgeeft aan de module-ontwikkelaars	<input type="checkbox"/> Niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ad hoc, alleen bijzonderheden.	<input type="checkbox"/> Goede lijnen intern niet extern	<input type="checkbox"/> Goede lijnen intern en extern die benut worden

## Bijlage 6 Factsheet implementatie WWJK

Factsheet	Module psycho-educatie LVB voor cliënten en hun naasten
Inzetbaarheid	Inzetbaar binnen alle sectoren, basiszorgprogramma
Doelgroep	Cliënten vanaf 18 jaar (soms ook vanaf 16 jaar) en naasten
Indicatie	De indicatie moet worden gesteld in een multidisciplinair overleg. Indicaties: <ul style="list-style-type: none"> <li>- De cliënt heeft een LVB.</li> <li>- Hij gaat daar inadequaat mee om.</li> <li>- Er is sprake van gedragsproblematiek die nadelig wordt beïnvloed door de manier van omgaan met de LVB.</li> </ul> Deelname kan ook zinvol zijn zonder de beide laatste indicaties.
Voorwaarden	Enig vermogen tot zelfreflectie en de bereidheid het gesprek aan te gaan. Lees- en schrijfvaardigheden zijn geen vereiste. Erkennen van de LVB is geen voorwaarde.
Contra-indicaties	Ernstige depressie, m.n. bij aanwezigheid van suïcidale gedachten. De algemene contra-indicaties voor training en therapie: crisis, psychose en ernstige vormen van verslaving.
Eindoelen	De cliënt functioneert op een manier die bevredigend en veilig is voor hemzelf, zijn naasten en de maatschappij, rekening houdend met zijn beperking en uitgaande van zijn mogelijkheden.
Timing	In alle fases mogelijk, begin of eind van behandeling of begeleiding zijn het meest voor de hand liggend. Herhaling kan zinvol zijn.
Materialen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Papieren werkboeken voor cliënt en naasten</li> <li>- Online modules voor cliënt en naasten (e-health)</li> <li>- Samenvattende kaarten</li> <li>- Trainershandleiding</li> <li>- Handboek</li> <li>- Instructiefilm (e-learning)</li> <li>- Filmfragmenten voor cliënten (Jaro legt uit...).</li> <li>- Certificaat</li> </ul> <p>Alle materialen zijn, met uitzondering van de online module, kosteloos te downloaden.</p> 
Tijdspad en urenin-vestering bij individueel aanbod online of papier	Gemiddeld aantal bijeenkomsten: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Richtlijn individueel:</b> 9 met cliënt, 3 met naasten</li> <li>- <b>Tijdsduur:</b> 30 à 45 minuten per keer</li> <li>- <b>Voor- en nawerk</b> 15 à 30 minuten</li> <li>- Gemiddelde <b>looptijd</b> van de module: 3 maanden</li> </ul>
Tijdspad en urenin-vestering bij groepsaanbod online of papier	Gemiddeld aantal bijeenkomsten: flexibel <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Richtlijn groep:</b> 16 wekelijkse bijeenkomsten</li> <li>- <b>Richtlijn naasten</b> 1 à 2 bijeenkomsten per cliënt</li> <li>- <b>Tijdsduur:</b> 60 à 90 minuten</li> <li>- <b>Voor- en nawerk</b> 15 à 30 minuten</li> <li>- Gemiddelde <b>looptijd</b> van de module: 4 maanden</li> </ul> NB: wanneer een cliënt een sessie mist moet deze worden ingehaald.
Trainerseisen	HBO of universitaire opleiding; ½ jaar werkervaring met de doelgroep
Scholing	Zelfstudie m.b.v. instructiefilm, deelname aan oefenworkshop Het scholingsprogramma is overdraagbaar.
Inbedding en financiering	Er zijn meerdere manieren om de module in te zetten: <ul style="list-style-type: none"> <li>- behandelmodule via DB(B)C, door behandelaar, (vak)therapeut of hbo-opgeleide trainer</li> <li>- onderdeel van woonbegeleiding/leefklimaat, door persoonlijk begeleider of hbo-opgeleide trainer</li> <li>- onderdeel van dagbesteding/vorming/scholing, door hbo-opgeleide trainer of docent</li> </ul>

## Bijlage 7 Evaluatie door de trainer



### Evaluatievragen voor procesevaluatie na afloop van WWJK traject

Naam trainer:

Organisatie:

Datum:

-----

1. **Deelnemer(s)** m/v leeftijd (initialen, geen namen)

- -
- -
- -
- -
- -

2. **Trainer(s)**

1 trainer 2 trainers

trainer + cotrainer

2<sup>e</sup> trainer voor naasten

Anders namelijk:

3. Was er een cliënt of een naaste die de **Nederlandse taal** slecht beheerst? Ja/nee  
Wat voor invloed had dat op de module?

4. **Hoeveel bijeenkomsten** zijn er geweest?

5. **Hoelang** duurde een bijeenkomst gemiddeld?

6. Is er sprake geweest van **no show of drop-out**?

7. Zijn er **naasten** bij het traject betrokken?  
Zo ja, op welke wijze?

8. Zijn er **begeleiders** bij het traject betrokken?  
Zo ja omschrijf hun rol.

9. Welke vorm van aanbieden heb je gebruikt?

Papieren module

online module

combinatie papier en online

10. Welke sessies zijn behandeld? 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Eventueel: op grond waarvan werd een selectie gemaakt?

11. Evaluatieve vragen

Vragen	Helemaal niet	Bijna niet	Ten dele	Groten-deels	Helemaal
Was je door de scholing goed voorbereid?					
Is het gelukt in gesprek te komen met de cliënt over LVB?					
Verliepen de sessies in een goede sfeer?					
Was de module zinvol voor de cliënt(en)?					
Was de module zinvol voor de naaste(n)?					
Zijn de in het MDT/zorgplan gestelde doelen bereikt?					

*Toelichting*

12. Welke onderdelen liepen goed?

13. Welke onderdelen liepen niet goed?

14. Heb je suggesties voor verbetering?

15. Overige opmerkingen

## Bijlage 8 Evaluatie door de cliënt






(naam niet nodig)

Man/vrouw

Leeftijd








Datum

**Wat vind ik van de hele module? (sessie 9)** Kruis de smiley aan die er het beste bij past.








						

**Wat vond ik van de sessies?** (terug halen uit werkboek sessie 2 t/m 8)








Sessie 2








Sessie 3








Sessie 4








Sessie 5








Sessie 6

Sessie 7

Sessie 8



## Bijlage 9 Overzicht onderbouwing WWJK

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

