

Zorgprogramma LVB

Werkdocument Alliade versie 15 september 2026

Disclaimer
Het zorgprogramma is doorlopend in ontwikkeling en wordt verrijkt en geactualiseerd op basis van nieuwe ontwikkelingen in de sector, de organisatie, het onderwijs, onderzoek en wet- en regelgeving.

Datum: 15-09-2026
Versie: 2.0

Dit werk is verschenen onder de Creative Commons-licentie Naamsvermelding-NietCommercieel-GelijkDelen 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0).

DOI: https://www.doi.org/10.5281/zenodo.22832140

alliade.nl

Samen doen wat wél kan

Inhoud

Disclaimer **1**
Zorgprogramma: Inleiding, doel & opbouw 3
Inleiding **3**
Doel **3**
Opbouw van het zorgprogramma **3**
Hoe wordt bepaald welk zorgprogramma bij een individuele cliënt past? **4**
Voor wie is dit zorgprogramma? **4**
1. Doelgroep 5
1.1 Definitie **5**
1.2 Prevalentie **6**
1.3 Indicatiecriteria **6**
1.4 Contra-indicatiecriteria **6**
2. Basiszorg 7
2.1 Medische/verpleegkundige basiszorg **7**
2.2 Gedragskundige basiszorg **7**
2.3 Basiszorg voor ouder wordende LVB-cliënten **7**
Cliënten met een verstandelijke beperking zonder dementie **7**
Cliënten met een verstandelijke beperking en dementie **8**
2.4 Screening **8**
2.4.1 Gehoor 8
2.4.2 Dysfagie 8
2.4.3 Visus 9
2.4.4 Ouderdomsverschijnselen bij mensen met downsyndroom 9
2.4.5 Valrisico 9
Werkwijze opsporen valrisico **9**
Wanneer afnemen? **10**
Bijv. in de volgende situaties: **10**
2.4.6 Kwetsbaarheid 10
3 Begeleidingsmethodiek 11
3.1 Begeleidingsmethodiek wonen **11**

3.2 Begeleidingsmethodiek Ambulante gezinsbegeleiding en gezinshulpverlening 14
3.3 Begeleidingsmethodiek ambulant volwassenen 18
3.2 Begeleidingsmethodiek werk & dagbesteding 18
4. Huisvesting 19
4.1 Jeugd 19
4.2 Volwassenen 20
4.3 Ouderen 20
5. Personeelszaken & scholingsplan 21
5.1 Deskundigheidsprofiel medewerkers 21
5.2 Personeelssamenstelling 21
5.3 Doelgroepinhoudelijke scholing 22
Kwaliteitspaspoort LVB 22
6. Bedrijfsvoering en voorwaarden 24
6.1 Bezetting/caseload/indicaties 24
6.2 Bewaken van kwaliteit 24
7. Faciliterende (systeem)infrastructuur 25
7.1 ONS 25

Zorgprogramma: Inleiding, doel & opbouw

Inleiding

Alliade geeft de zorg inhoudelijk vorm door middel van zorgprogramma's per doelgroep. In de verstandelijk gehandicaptenzorg (incl. jeugdzorg VB en maatschappelijke ondersteuning) zijn er verschillende zorgprogramma's gebaseerd op:

1. Mate van verstandelijke beperking. Zie hoofdstuk 3.1 in *De Grote Methodiekengids* (Alliade Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek, 2024).
2. Voorliggende problematiek. Dit zorgprogramma wordt ingezet wanneer er sprake is van problematiek van chronische aard die voor de ondersteuning meer bepalend is dan de mate van verstandelijke beperking en/of wanneer de methodiek in het basisprogramma ontoereikend is. Zie hoofdstuk 3.2 in *De Grote Methodiekengids* (Alliade Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek, 2024).

Doel

Het zorgprogramma heeft als doel de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen met behulp van onderbouwde kennis zo te organiseren dat deze zorg eraan bijdraagt dat zij een zo goed en zinvol mogelijk leven kunnen leiden.

Opbouw van het zorgprogramma

Het zorgprogramma bestaat uit twee delen:

1. Een basisprogramma voor de gehele doelgroep
2. Aanvullende pluspakketten gericht op individuele bijkomende problematiek.

Het basisprogramma bestaat uit een aantal vaste onderdelen:

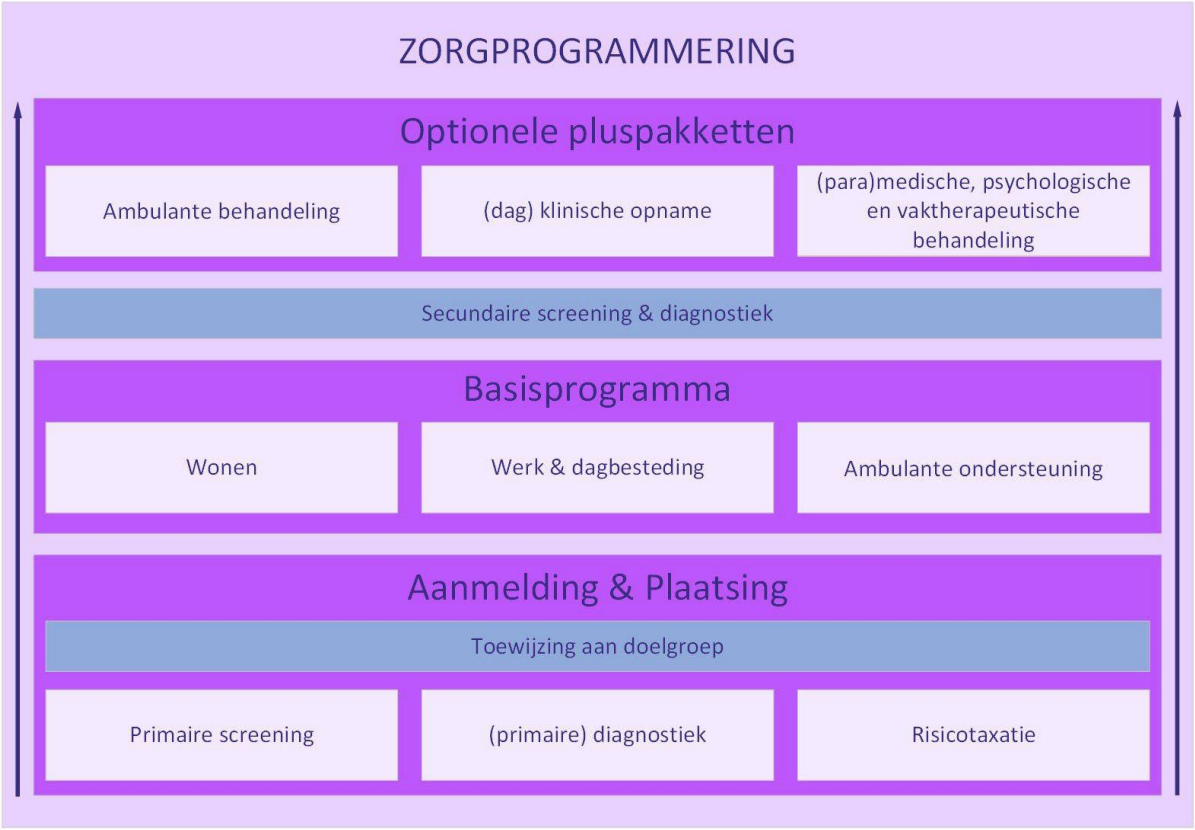
1. Elke locatie ingericht naar doelgroep
2. Basiszorg (conform indicatie)
3. Begeleidingsmethodiek
4. Huisvesting
5. Personeelssamenstelling en scholing
6. Bedrijfsvoering
7. Faciliterende (systeem)infrastructuur

Het basisprogramma sluit aan op de woonvorm (residentieel/ambulant) en werk/dagbesteding. Deze zorgvormen worden afhankelijk van de hulpvraag van de cliënt enkelvoudig of gecombineerd ingezet.

De *optionele pluspakketten* richten zich op een of meerdere individuele bijkomende problematiek(en) en bestaan uit verschillende mogelijke zorgvormen: ambulante behandeling, (dag)klinische opname of (para)medische opname, psychologische en vaktherapeutische behandeling, die afhankelijk van de hulpvraag van de cliënt enkelvoudig of gecombineerd kunnen worden ingezet. De beschrijvingen van de optionele pluspakketten volgen in een later stadium.

Hoe wordt bepaald welk zorgprogramma bij een individuele cliënt past?
Door middel van een zorgvuldig proces van primaire screening, diagnostiek en indicatiestelling wordt een individuele cliënt in een passend zorgprogramma geplaatst. Dit proces is beschreven in de module *Primaire screening, diagnostiek en indicatiestelling* en maakt geen deel uit van het zorgprogramma.

De inzet van een optioneel pluspakket vindt enkel plaats na een vast proces van secundaire diagnostiek en indicatiestelling, inclusief risico-inventarisatie, -taxatie en -management. De beschrijving van dit proces volgt in een later stadium.



Voor wie is dit zorgprogramma?
Dit document beschrijft het basispakket van het zorgprogramma LVB. Dit zorgprogramma is van toepassing voor mensen met een lichte verstandelijke beperking en mensen met zwakbegaafdheid met een IQ van grofweg tussen 70 en 85 die zodanige problemen hebben met het adaptief functioneren (sociale redzaamheid) dat zijn een beroep kunnen doen op de zorg voor mensen met LVB (Woittiez et al., 2019).

1. Doelgroep

1.1 Definitie

De definitie van een verstandelijke beperking volgens de American Association on Intellectual en Developmental Disabilities (AAIDD) zoals beschreven in *De Grote Methodiekengids* (Alliade Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek, 2024) luidt vertaald: “Een verstandelijke beperking wordt gekenmerkt door significante beperkingen in zowel het intellectueel als adaptief functioneren. Het ontstaat voor de leeftijd van 22 jaar” (Schalock et al., 2021). De DSM-5-TR (American Psychiatric Association & Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie) en ICD-11 (Wereldgezondheidsorganisatie) hanteren redelijk overeenkomstige definities (Alliade Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek, 2024). Binnen de verstandelijke beperking wordt onderscheid gemaakt in vier niveaus (mate): licht (LVB), matig (MVB), ernstig (EVB) en zeer ernstig (ZEVB). Vroeger was het IQ leidend bij de bepaling van de mate van verstandelijke beperking. Tegenwoordig wordt dit als te beperkt gezien en wordt het adaptieve functioneren ook meegewogen. Dat bepaalt namelijk hoe iemand kan meekomen in de maatschappij. Dit maakt ook dat mensen die intellectueel op zwakbegaafd niveau functioneren maar adaptief meer beperkingen hebben toch worden aangemerkt als LVB en in aanmerking komen voor LVB-zorg.

Verder lezen?

- Hoofdstuk 3.1 van *De Grote Methodiekengids* (Alliade Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek, 2024) vat de mate van verstandelijke beperking samen.
- De *Keuzegids screening & diagnostiek VB* gaat dieper in op de definitie van verstandelijke beperkingen, de niveaus en met welke instrumenten het intellectuele en adaptieve functioneren kan worden gescreend of gediagnosticeerd.

Een LVB wordt als volgt geclassificeerd:

Doelgroep	Zwakbegaafdheid	LVB
Adaptief	Significante beperkingen in adaptieve vaardigheden (conceptueel, sociaal en praktisch)	
SD<gemiddelde		2-3 SD
Normaalverdeling		± 50-70
		+
Intellectueel	Significante beperkingen in intellectueel functioneren	
SD<gemiddelde	1 SD	2-3 SD
Normaalverdeling (IQ)	± 70-85	± 50-70
Ontwikkelingsleeftijd		± 6,5-12 jaar
Bronnen	DSM-IV-TR Kenniscentrum LVB	DSM-IV-TR DSM-5-TR ICD-11 Kenniscentrum LVB Schalock et al., 2021

Bron: *De Grote methodiekengids* (Alliade Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek, 2024)

In dit zorgprogramma verstaan we onder een licht verstandelijke beperking een IQ-score tussen 50 en 85 met daarnaast significante beperkingen in het adaptief functioneren.

In de *Leidraad Perspectief op persoonsgerichte zorg* (Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023-2028) staat de volgende beschrijving over de doelgroep mensen met een LVB (Bureau HHM et al., 2023): “Bij mensen met een LVB is vaak sprake van een disharmonisch profiel, bijvoorbeeld verbaal versus performaal functioneren, taalgebruik versus taalbegrip en cognitief versus sociaal-emotioneel (‘wel kunnen maar niet aankunnen’). Een goed presteren op het ene gebied kan ten onrechte verwachtingen wekken over presteren op andere gebieden, met mogelijk overvraging en faalervaringen tot gevolg. En andersom kan een minder dan gemiddeld functioneren op het ene gebied ook leiden tot onderschatting op andere vlakken.”
Adaptief functioneren bestaat uit conceptuele vaardigheden (zoals taal, tijd-, getal-, en geldbegrip), sociale vaardigheden (zoals communicatieve vaardigheden en het oplossen van sociale problemen) en praktische vaardigheden (zoals persoonlijke verzorging en gebruik van vervoer). Mensen met een LVB kunnen vaak niet doen wat op basis van hun kalenderleeftijd van hen wordt verwacht. De ondersteuningsbehoeften van mensen met een LVB zijn zeer divers.

1.2 Prevalentie

Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) schat dat in Nederland zo’n 370.000 mensen LVB hebben (op basis van de klassieke definitie met een IQ tussen 50 en 70) (Woittiez et al., 2019). Daarnaast hebben ongeveer 2,3 miljoen Nederlanders zwakbegaafdheid (op basis van de klassieke definitie met een IQ tussen 70 en 85). Het SCP schat dat ongeveer 730.000 van hen zodanige beperkingen hebben in het adaptieve functioneren (sociale redzaamheid) dat ze binnen de definitie van LVB vallen en een beroep kunnen doen op de zorg voor mensen met LVB (Woittiez et al., 2019).

1.3 Indicatiecriteria

Dit zorgprogramma richt zich op cliënten met LVB of zwakbegaafdheid. De beperkingen in het intellectueel functioneren en adaptief functioneren dienen te zijn gemeten met een onderbouwd instrumentarium en te voldoen aan de definitie zoals beschreven in hoofdstuk 1.1.

1.4 Contra-indicatiecriteria

- Cliënten die behoren tot de doelgroep van een ander zorgprogramma van Alliade.
- Cliënten die op basis van bijkomende problematiek dermate grote onderbouwde veiligheidsrisico’s met zich meebrengen dat Alliade niet kan instaan voor hun eigen veiligheid en/of die van hun omgeving.
- Mensen met LVB bij wie psychiatrische problematiek (GGZ) voorop staat.
- Mensen met LVB bij wie forensische problematiek (SGLVG-indicatie) voorop staat.

2. Basiszorg

2.1 Medische/verpleegkundige basiszorg

Cliënten van Alliade krijgen zorg vanuit verschillende financieringsvormen (Wlz, Jeugdwet, Wmo, Zvw). De financieringsvorm en indicatie bepalen welke basiszorg vanuit Alliade wordt geboden of georganiseerd.
Onder medische basiszorg verstaan we: huisartsenzorg, tandheelkundige en mondzorg, geneeskundige voetverzorging, paramedische zorg, psychiatrische zorg en farmaceutische zorg.

Cliënten die (vanuit de Wmo of Jeugdwet) ambulant worden ondersteund of die alleen dagbesteding afnemen, ontvangen geen medische basiszorg vanuit Alliade.

2.2 Gedragskundige basiszorg

Binnen Alliade is er gedragskundige inzet op drie niveaus:

1) Cliëntniveau 1 op 1 (behandeling vanuit een behandelindicatie)
2) Deskundigheidsbevordering (scholing, training, intervisie, etc.)
3) Teamniveau (mediërende behandeling, ongeacht individuele indicaties), behandelklimaat, ondersteuningsplannen, coaching team on-the-job. Neerzetten van de basis + als er een hulpvraag is binnen een team.

2.3 Basiszorg voor ouder wordende LVB-cliënten

Binnen Alliade zijn er apart zorgpaden voor ouder wordende VG-cliënten, met als doel hen ook op hogere leeftijd een goed leven te laten ervaren. Deze zorgpaden zijn afgestemd op de levensfase: de specifieke behoeften en omstandigheden bij het ouder worden staan centraal.

Het uitgangspunt van zorgprogrammering is dat cliënten passende zorg ontvangen. Daarom wordt voor ouder wordende cliënten met een LVB onderscheid gemaakt tussen wel en geen dementie.

Cliënten met een verstandelijke beperking zonder dementie

Voor ouder wordende cliënten zonder dementie kan de zorg op verschillende manieren worden vormgegeven. Afhankelijk van de kwetsbaarheid van de cliënt en de mogelijkheden die een locatie kan bieden, moet worden afgewogen wat de best passende plaats voor de cliënt is. Dit kan zijn:

- Op de huidige woonlocatie, met waar nodig en mogelijk (kleine) aanpassingen.
- Verhuizing naar een andere woonlocatie met secundaire locatiekenmerken die passend zijn voor oudere cliënten.

Cliënten met een verstandelijke beperking en dementie
Cliënten met klinisch vastgestelde dementie bij wie de zorgvraag vanuit de dementie voorliggend is, gaan over naar het zorgprogramma VB+dementie. Dit betekent dat ze binnen Alliade verhuizen naar een VB+dementie-locatie waar wordt gewerkt met de methodiek Dementia Care Mapping.

2.4 Screening

Binnen Alliade zijn er, naast de screenings die richtlijnen van de beroepsgroepen voorschrijven, beleidsafspraken over screening op specifieke gezondheidsonderwerpen. Alliade heeft afgesproken alle intramurale cliënten met een indicatie inclusief behandeling periodiek te screenen op:

- Gehoor
- Dysfagie
- Visus
- Ouderdomsverschijnselen bij mensen met downsyndroom
- Valrisico
- Kwetsbaarheid

2.4.1 Gehoor

Binnen Alliade worden, volgens de richtlijn van de NVAVG (Van den Broek et al., 2019), oorcontroles en gehoorscreenings uitgevoerd bij alle cliënten die daar recht op hebben. De volgende cliënten (met behandelindicatie) moeten worden gezien voor gehoorscreening*:

- Cliënten van 5, 10 en 15 jaar
- Cliënten ouder dan 40 jaar (elke 1 tot 5 jaar, afhankelijk van het advies van de logopedist)
- Nieuwe cliënten bij wie gegevens over het gehoor ontbreken
- Op verwijzing van de gedragskundige, medische dienst en/of begeleiding bij:
    - Cliënten bij wie er aanwijzingen zijn voor een verminderd gehoor (Bijlage 1: Signalen mogelijk passend bij slechthorendheid)
    - Cliënten met een syndroom dat gepaard gaat met een verhoogd risico op gehoorstoornissen (Bijlage 2: Syndromen met kans op slechthorendheid)
    - Cliënten met gedrags- of communicatieproblemen
    - Cliënten met visuele problematiek (visus < 0.3 of een beperking van het gezichtsveld < 30 graden).

**Bij cliënten die een hoortoestel dragen, monitort de verstrekker het gehoor.*

2.4.2 Dysfagie

Slikproblemen komen bij mensen met een verstandelijke beperking veel voor. Met het *Screeningsinstrument voor Dysfagie bij mensen met een Verstandelijke Beperking* (SD-VB) brengen begeleiders een verhoogd risico op dysfagie in kaart. Het SD-VB geeft een indicatie of verdere logopedische diagnostiek wenselijk is. Het advies is voor alle cliënten elke 2 jaar het instrument in te vullen. Het SD-VB is beschikbaar in BergOp.

2.4.3 Visus

Volgens de richtlijn *Visuele beperkingen bij mensen met een verstandelijke beperking* vindt bij cliënten vanaf 40 jaar elke 5 jaar een controle van het zicht plaats en zo nodig tussendoor. Binnen Alliade voert Visio dit uit.

2.4.4 Ouderdomsverschijnselen bij mensen met downsyndroom

Mensen met downsyndroom krijgen vaak al op relatief jonge leeftijd ouderdomsverschijnselen. Daarnaast verloopt de veroudering bij hen sneller dan bij anderen. Ook hebben ze een sterk verhoogde genetische kans op dementie. Om de veroudering goed te kunnen volgen en tijdig te kunnen inspelen op veranderende behoeften en wensen, is er de *Alliade screening downsyndroom* (ASDS).

De ASDS vindt om de paar jaar plaats bij cliënten vanaf 35 jaar. Naarmate de cliënt ouder wordt of wanneer er aanleiding toe is, zit er minder tijd tussen de screenings. Op de screeningsdag vinden drie onderzoeken plaats:

- Een algehele medische controle. Hierbij kijkt de arts of verpleegkundig specialist onder andere naar het bloed, hart, gewicht, zicht, bewegingsapparaat en de ademhaling.
- Een gehoorcontrole en een onderzoek naar ondersteunende communicatiemiddelen door de logopedist.
- Een gesprek tussen de gedragskundige, de begeleider en een familielid van de cliënt over veranderingen in het gedrag en functioneren. Een deel van de gedragsmatige vragenlijsten wordt voorafgaand aan de screeningsdag afgenomen.

De uitkomsten worden multidisciplinair besproken, waarna behandelaren van de cliënt een uitgebreid verslag ontvangen en begeleiders en verwanten een beknopt verslag.

Van de ASDS is een blauwdruk beschikbaar die zorgorganisaties kosteloos kunnen gebruiken: de Downwijzer 35+.

2.4.5 Valrisico

Het doel van valpreventie is het risico op valincidenten te minimaliseren. Hiervoor wordt de *Valrisico-inventarisatie* (VRI) gebruikt, eventueel gevolgd door een intern Alliade-instrument (*Risico-inventarisatie vallen*, RIV). Er zal vaak een balans moeten worden gevonden tussen het verminderen van een valrisico en het behoud van bewegingsvrijheid. Hierover moet met de direct betrokkenen weloverwogen beslissingen worden genomen.

Werkwijze opsporen valrisico

Er zijn twee mogelijkheden:

1. Preventief: iemand is nog nooit gevallen, maar je wilt een inschatting maken of er sprake is van een verhoogd risico op vallen, zodat je dit (mogelijk) kunt voorkomen.
2. Er is sprake van een verhoogd valrisico: je wilt de risicoverhogende factoren opsporen en passende acties inzetten om het valrisico zoveel mogelijk te beperken.

1. Preventief bepalen of er sprake is van een verhoogd valrisico met de *Valrisico-inventarisatie*

Met deze valrisico-inventarisatie kan worden bepaald of iemand een verhoogd valrisico heeft of niet. De regieverpleegkundige neemt deze inventarisatie samen met begeleiders af.

Wanneer afnemen?
Altijd:
- Bij elke nieuwe opname van een cliënt ≥ 40 jaar
- Op advies van de regieverpleegkundige

Bijv. in de volgende situaties:
- Bij achteruitgang in het functioneren/veranderingen in de gezondheidssituatie
- Na een ziekenhuisopname

2.4.6 Kwetsbaarheid
Veranderende zorgvragen van ouder wordende cliënten brengen we in beeld met de *VB-Kwetsbaarheidsindex*. Wanneer we veranderde zorgvragen tijdig herkennen, kunnen we passende zorg en ondersteuning blijven bieden.

Voor cliënten met LVB wordt de kwetsbaarheidsindex ingevuld vanaf 55 jaar. Op basis van de uitslag wordt dit (minimaal) volgens het onderstaande schema herhaald. Veranderingen in bijvoorbeeld de omgeving of gezondheid kunnen aanleiding geven om de index vaker af te nemen:

Relatief fit	Elke 2 jaar herhalen
Licht kwetsbaar	Jaarlijks herhalen en checken of woonlocatie nog passend is
Matig kwetsbaar	Jaarlijks herhalen, afhankelijk van mogelijkheden locatie vervolg afstemmen (wel/niet verhuizen, zijn aanpassingen nodig)
Ernstig kwetsbaar	Herhaling niet meer nodig

Het invullen van de kwetsbaarheidsindex is ook een vast onderdeel binnen het aanmeld- en plaatsingsproces. Op basis van de vastgestelde mate van kwetsbaarheid wordt aan de hand van secundaire locatiekenmerken bepaald wat voor de cliënt een passende woonplek is.

3 Begeleidingsmethodiek

Binnen de zorgprogrammering is werken met effectieve zorgvormen het uitgangspunt. De afdeling Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek (PWO) van Alliade heeft geïnventariseerd welke begeleidingsmethodieken in Nederland voor verschillende doelgroepen beschikbaar zijn. Zie hoofdstuk 4 van *De Grote Methodiekengids* (Alliade Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek, 2024).

Op basis van de wetenschappelijke onderbouwing, praktische toepasbaarheid en informatie vanuit ontwikkelaars en collega-zorginstellingen heeft Alliade besloten voor de doelgroep LVB bij wonen, werk en dagbesteding de begeleidingsmethodiek Active Support in te zetten. Voor de ambulante begeleiding van gezinnen met LVB is de begeleidingsmethodiek HouVast-waakvlam (afgekort tot Houvast-w) gekozen (zie verder paragraaf 3.3).

Dit hoofdstuk geeft een samenvattende beschrijving van de begeleidingsmethodieken Active Support en Houvast-W. De praktische uitwerkingen van de methodieken zijn niet in dit hoofdstuk ondergebracht; daarvoor zijn aparte methodiekhandleidingen opgesteld. Deze geven een gedetailleerde uitwerking van de werkzaamheden en verantwoordelijkheden van de verschillende betrokkenen disciplines per fase van de methodische cyclus.

3.1 Begeleidingsmethodiek wonen

Algemene beschrijving Active Support

In de jaren tachtig kwam binnen de gehandicaptenzorg een proces van vermaatschappelijking en de-institutionalisering op gang, waarbij cliënten van grote, vaak afgelegen instellingen verhuisden naar kleinschalige woonvormen in de wijk. In de praktijk bleek dat begeleiders vaak bleven handelen zoals ze voorheen deden, waardoor er (afgezien van de woonomgeving) weinig veranderde in het dagelijks leven van cliënten. Daarom werd Active Support ontwikkeld. Active Support is een stimulerende begeleidingsmethodiek die aansluit op de behoeften en mogelijkheden van de individuele cliënt. Bij deze methodiek scheppen begeleiders zo veel mogelijk kansen om cliënten stap voor stap meer grip te geven op hun bestaan. Zo kunnen ze binnen hun eigen mogelijkheden - hoe beperkt ook - steeds meer invloed uitoefenen op verschillende aspecten van hun leven. Met Active Support sluiten begeleiders aan bij de vaardigheden van cliënten. De focus ligt op wat iemand wél kan, niet op wat iemand niet kan. Van daaruit vinden begeleiders aanknopingspunten om verder te gaan. Daarnaast sluiten begeleiders aan bij de voorkeuren en interesses van cliënten, ook als die op de achtergrond zijn geraakt.

Active Support voldoet aan de criteria voor een begeleidingsmethodiek. Hieronder worden deze criteria toegelicht.

Zienswijze

In de visie van Active Support staan twee begrippen centraal: empowerment en inclusie.

- Empowerment staat voor het versterken van de capaciteiten van cliënten om meer regie te krijgen over hun eigen situatie en hiervoor verantwoordelijkheid te nemen. Het gaat om meer zelfbepaling, meer invloed, meer eigen keuzes en meer autonomie.

- Inclusie is erop gericht dat cliënten als volwaardige, waardevolle leden kunnen deelnemen aan de samenleving. Het streven is dat ze niet alleen aanwezig zijn, maar ook actief participeren en volledig zijn opgenomen binnen een sociale context. Deze context kan variëren van een huishouden, sportclub of woonwijk tot de Nederlandse samenleving. Active Support richt zich daarom ook op het opbouwen en behouden van een vitaal sociaal netwerk.

Uitgangspunten
Het uitgangspunt van Active Support is dat iedere cliënt iets kan en dat begeleiders in een individueel traject aansluiten bij de eigenheid en mogelijkheden van de cliënt, waarbij ook wordt aangesloten bij het gewone dagelijkse leven. Uitgangpunten die hierbij eveneens gelden:

- De cliënt staat altijd centraal en is altijd betrokken.
- Mensen met beperkte verstandelijke hebben mogelijkheden en ontwikkelen zich voortdurend, ongeacht hun leeftijd of de ernst van hun beperking.
- De cliënt heeft zoveel mogelijk invloed op zijn eigen bestaan.
- Begeleiders handelen altijd met respect voor de cliënt.
- Veiligheid is een voorwaarde om activiteiten te ondernemen en te leren.
- Het is belangrijk om aan te sluiten bij het gewone leven: actief zijn met dagelijkse bezigheden in en rondom het huis en in de wijk.
- Het sociale netwerk van de cliënt wordt actief betrokken.
- Er wordt gebruikgemaakt van de mogelijkheden die de samenleving biedt.
- Alle gedrag is communicatie en alle communicatie is gedrag.
- Begeleiders proberen de cliënt niet ongewenst gedrag af te leren, maar leren hem betekenisvolle alternatieven aan.
- De cliënt wordt niet gestraft.
- Lege momenten worden altijd ingevuld.

Doel
Het doel van Active Support is zo veel mogelijk kansen te creëren zodat cliënten nieuwe ervaringen kunnen opdoen en nieuwe vaardigheden (en nieuw gedrag) kunnen aanleren. Vervolgens is het de bedoeling de ervaring of het geleerde stapje voor stapje verder in praktijk te brengen, waardoor cliënten zich ontwikkelen, hun capaciteiten versterken, actiever participeren en zo veel mogelijk invloed uitoefenen op hun leven.

Systematische werkwijze
In de bronnen wordt niet letterlijk gesproken over de PDCA-cyclus, maar bij Active Support is wel sprake van een methodische, cyclische werkwijze. Er wordt gewerkt met uitvoerige beeldvorming over de cliënt, perspectief, doelen, activiteiten om deze te bereiken, evaluaties en bijstelling van de activiteiten, doelen en het perspectief. Active Support bestaat uit de volgende stappen, die begeleiders handvatten geven om de cliënt systematisch te ondersteunen in het doorlopende proces naar meer eigen regie en een zo waardevol mogelijk leven:

1. Talentenposter:
   Met de talentenposter worden de persoonlijke talenten van de cliënt in kaart gebracht. Het gaat om de eigenschappen of vaardigheden:
   - waar hij goed in is of waarin hij zich verder kan ontwikkelen.

- waarom hij zichzelf waardeert of waarom anderen hem waarderen.
- waarmee hij voor zichzelf of voor anderen iets kan betekenen.

De talenten kunnen betrekking hebben op het sociale, emotionele, cognitieve of praktische vlak. Bij het invullen van de talentenposter zijn zo mogelijk de cliënt, zijn sociale netwerk en zijn begeleiders betrokken.

2. Positieve beeldvorming:
   Bij de positieve beeldvorming worden de voorkeuren, interesses en de positieve eigenschappen en vaardigheden van de cliënt geïnventariseerd. Begeleiders bevragen hiervoor de cliënt en de mensen in zijn omgeving.
3. Activiteitenplan:
   Het doel van het activiteitenplan is het realiseren van een gevarieerde dag met gewone dagelijkse activiteiten die voor de cliënt betekenisvol zijn en waarbij inspanning en ontspanning elkaar afwisselen. Voorspelbaarheid is hierbij belangrijk; wanneer de cliënt weet wat hij kan verwachten, ontstaat ruimte voor eigen regie en ontwikkeling. Alle begeleiders volgen het activiteitenplan, zodat de cliënt op elk moment, wie er ook werkt, op dezelfde manier wordt ondersteund. Het activiteitenplan wordt voor de cliënt inzichtelijk gemaakt op een manier die past bij zijn communicatiemogelijkheden. Kenmerken van het activiteitenplan:
   - Ankerpunten: dagelijks terugkerende activiteiten die de dag voorspelbaar en overzichtelijk maken.
   - Variatie: afwisseling maakt de dag boeiend en uitdagend; de mate van variatie wordt op de cliënt afgestemd.
   - Betekenisvol: activiteiten zijn bijvoorbeeld gericht op samen iets doen, plezier beleven of een resultaat bereiken. Wat betekenis geeft, verschilt per cliënt. Zonder betekenis kan de cliënt zijn interesse en motivatie verliezen en uiteindelijk apathisch worden of zich verzetten.
   - Afwisseling van inspanning en ontspanning: met een goede balans houdt de cliënt activiteiten beter vol en beleeft hij er meer plezier aan. Het kan spanning, vermoeidheid en verveling voorkomen.
   - Geldigheid 24 uur per dag, 7 dagen per week. Dit betekent dat het activiteitenplan geldt voor wonen, werk en dagbesteding, ook ’s nachts en in het weekend.
4. Gelegenheidsplan:
   Het gelegenheidsplan heeft als doel de ervaringswereld van de cliënt te verruimen en zijn eigen invloed te vergroten. Hij hoeft hiervoor niets te kunnen, kennen of leren. Het gaat puur om de (positieve) ervaring, die praktisch, zintuiglijk, lichamelijk, sociaal, emotioneel, communicatief of cognitief van aard kan zijn. Het gelegenheidsplan sluit aan bij de voorkeuren en interesses van de cliënt, laat ruimte voor zijn eigen keuzes en draagt bij aan zijn empowerment.
5. Instructieplan:
   Het doel van het instructieplan is dat de cliënt stapsgewijs nieuwe vaardigheden aanleert en zich ontwikkelt. Het is gericht op succeservaringen en moet daarom in haalbare doelen worden omschreven. Hierbij wordt gebruikgemaakt van taakanalyse: het opdelen van een taak of activiteit in kleine stapjes. Het instructieplan sluit aan bij de leerstijl van de cliënt en is gericht op het vergroten van zijn capaciteiten en eigen regie. Ook wordt rekening gehouden met zijn individuele mogelijkheden en een stimulerende omgeving. De begeleider

bekrachtigt positief, niet alleen bij een behaald resultaat, maar ook om de inspanning die de cliënt heeft geleverd.

6. Succesvol afgeronde gelegenheids- en instructieplannen opnemen in het activiteitenplan: alle stappen van Active Support hangen samen en hebben invloed op elkaar.
7. Alle gegevens integreren in het ondersteuningsplan: in het ondersteuningsplan wordt een persoonsbeeld beschreven en een perspectief geformuleerd, waaruit de hoofddoelen voor de cliënt voortvloeien.
    - Het persoonsbeeld wordt ingevuld met informatie uit de talentenposter en positieve beeldvorming.
    - Het activiteiten-, gelegenheids- en instructieplan zijn uitwerkingen van het perspectief en de hoofddoelen.

Doorlopende manier van handelen (methodisch werken)
De bovengenoemde stappen kunnen steeds opnieuw worden doorlopen. Doordat de cliënt positieve ervaringen opdoet en nieuwe vaardigheden aanleert, verandert de beeldvorming. Zo ontstaat een cyclisch proces: de veranderde beeldvorming geeft aanleiding tot nieuwe activiteiten en nieuwe gelegenheids- en instructieplannen. Evaluaties zijn hierbij een belangrijk onderdeel.

Active Support kan worden ingezet bij wonen, werk en dagbesteding van mensen met uiteenlopende niveaus van functioneren, leeftijden en kwetsbaarheidsniveaus. Dit houdt in dat bij ouder wordende cliënten het plan van de cliënt wordt aangepast aan wat de cliënt aankan. De activiteitenplannen die binnen de methodiek worden gebruikt, gelden 24 uur per dag, 7 dagen per week: dus zowel bij wonen als bij werk en dagbesteding, ’s nachts en in het weekend. Zet een zorgorganisatie Active Support in, dan is het een vereiste dat de methodiek naast wonen ook binnen werk en dagbesteding wordt toegepast (de Vor, 2014).

Bij elke methodiek is de doorlopende manier van handelen concreet uitgewerkt in een methodiekhandleiding. In de methodiekhandleiding worden de kenmerken van de methodiek gekoppeld aan de zes stappen van de methodische cyclus zoals die bij Alliade wordt doorlopen.

3.2 Begeleidingsmethodiek Ambulante gezinsbegeleiding en gezinshulpverlening

Algemene beschrijving HouVast-w
HouVast-w maakt deel uit van het HouVast-programma, dat uit twee elementen bestaat: de HouVast-interventie (HouVast-i) en HouVast-waakvlamfunctie (HouVast-w). Met behulp van HouVast-i wordt de opvoedsituatie verbeterd tot het niveau van ‘goed genoeg’. ‘Goed genoeg’ houdt in dat ouders kunnen voldoen aan vier gezinsfuncties:

1) Een fijn thuis bieden (aan de basisbehoeften voldoen).
2) Zorgen dat de kinderen emotionele veerkracht kunnen ontwikkelen (affectie en steun bieden).
3) Steun geven bij sociale contacten binnen en buiten het gezin (liefde en vertrouwen geven, burgerschap stimuleren).
4) Goed omgaan met de buitenwereld (gedrag, educatie, werk, levensvaardigheden).

Zo nodig kan de ondersteuning worden voortgezet met HouVast-w. Het doel hierbij is de opvoedsituatie te bewaken, het gezin te stimuleren, terugval te voorkomen en bij verstoring van het

evenwicht tijdig extra te steun te bieden en coördineren (Lever, 2015, 2019; Van Nieuwenhuijzen et al., 2022; Van Wijngaarden et al., 2022). De twee onderdelen van HouVast kunnen in combinatie worden gebruikt, maar zijn niet noodzakelijkerwijs aan elkaar gekoppeld. HouVast-i en HouVast-w kunnen goed los van elkaar worden ingezet, wat betekent dat HouVast-w niet per se volgt op HouVast-i (Lever, 2019). Daarmee zijn er drie trajecten:

1) Inzet van alleen HouVast-i
2) Inzet van alleen HouVast-w
3) Inzet van HouVast-i, gevolgd door HouVast-w

In dit derde traject kunnen HouVast-w en HouVast-i worden afgewisseld als daartoe aanleiding is. In dit hoofdstuk beschrijven we alleen de inzet van HouVast-w.

Begeleidingsmethodiek HouVast-waakvlamfunctie (HouVast-w)
Hieronder wordt een beknopte samenvatting gegeven van HouVast-w op basis van de interventiebeschrijving van de Databank erkende interventies in de langdurige zorg (Lever, 2019): HouVast-w is een langdurige ambulante vorm van (waakvlam)ondersteuning voor gezinnen waarbij de ouders (een vermoeden van) LVB hebben volgens de eerdergenoemde werkdefinitie. HouVast-w kan worden ingezet na een verzoek van een wijk- of jeugdteam of instelling. Als er zorgen zijn over de veiligheid van de kinderen, kan HouVast-w onder drang worden toegepast om intensiever ingrijpen te voorkomen. In het kader van een kinderbeschermingsmaatregel kan HouVast-w onder dwang worden ingezet. Deelname van gezinnen aan HouVast-w is vrijwillig, maar niet vrijblijvend. Als ouders niet willen, kan HouVast-w niet worden ingezet. In de bronnen wordt niet aangegeven hoe dit zich verhoudt tot de eerdere genoemde drang en dwang.

Indicaties voor HouVast-w (Lever, 2019):

- Tenminste een van de opvoedende ouders heeft LVB.
- Er is ten minste één thuiswonend kind (0-18 jaar, met een uitloop naar 23 jaar wanneer er bij het kind sprake is van VB).
- De primaire veiligheid van de kinderen is gerealiseerd en de basisverzorging is op orde.
- Zonder (voortzetting van de) ondersteuning dreigen (opnieuw) opvoed- en opgroeiproblemen.
- Het gezin is bereid mee te werken.

Contra-indicaties (Lever, 2019):

- Er is geen of niet meer sprake van een dagelijkse opvoedsituatie (kinderen wonen zelfstandig of zijn uit huis geplaatst zonder zicht op terugplaatsing).
- Er is sprake van een acuut onveilige situatie voor het kind, waardoor een vorm van crisisinterventie moet worden ingezet.
- Psychiatrische of verslavingsproblematiek (bij de ouder en/of kinderen) of ernstige gedragsproblemen (bij de kinderen) hebben zo'n impact op het functioneren van de ouders en/of kinderen dat specialistische hulp moet worden ingezet.
- De ouders hebben geen LVB conform de eerdergenoemde werkdefinitie, waardoor reguliere opvoedondersteuning kan worden ingezet.
- De ouders zijn op geen enkele manier bereid tot samenwerking.

De HouVast-werker zoekt op een vasthoudende manier naar mogelijkheden tot samenwerking en bewaking van het ‘goed genoeg’ van de opvoedsituatie. HouVast-w sluit daarmee aan bij wat van professionals wordt verwacht in het kader van de meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling. De HouVast-werker is hier bij de ouders altijd transparant over.

Na de aanmelding wordt de opvoedsituatie in kaart gebracht en wordt geprobeerd om samen met het gezin en het netwerk de opvoeding op het niveau van ‘goed genoeg’ te brengen of handhaven. De professionele hulp en informele steun zijn continu en op elkaar afgestemd. Wat ‘goed genoeg’ is, wordt bewaakt door de HouVast-werker die één tot anderhalf uur per week bij het gezin thuiskomt en contact heeft met het netwerk. Zo nodig kan de ondersteuning tijdelijk worden geïntensiveerd met HouVast-i. De Houvast-werker werkt op een oplossingsgerichte, planmatige en transparante manier samen met het gezin.

Bij HouVast-w worden elementen uit Oplossingsgericht werken gebruikt, met name oplossingsgerichte gesprekstechnieken. Ook wordt gebruikgemaakt van elementen en hulpmiddelen uit de interventie Signs of safety (Turnell, 2009; Wiggerink en Vogel, 2017) om met ouders, kinderen en het netwerk moeilijke onderwerpen helder en beknopt visueel te maken.

HouVast-w voldoet aan de criteria voor een begeleidingsmethodiek. Hieronder worden deze criteria kort toegelicht.

Zienswijze
Ouders met LVB zijn niet altijd in staat hun kinderen een veilige en ‘goed genoeg’ opvoeding te bieden. De kinderen lopen hierdoor risico op problemen in hun fysieke, emotionele, sociale en cognitieve ontwikkeling. Hulp uit de omgeving en/of van professionals is dan nodig. Met HouVast-w worden deze gezinnen laagintensief maar duurzaam ondersteund.

Uitgangspunten
Goed genoeg’ opvoeden betekent een opvoedsituatie die in voldoende mate voldoet aan vier functies van het gezin:

1) Een fijn thuis bieden.
2) Omgaan met tegenslag.
3) Omgaan met anderen.
4) Omgaan met de buitenwereld

Doel
Het doel van HouVast-w is dat ouders hun kinderen duurzaam veiligheid bieden en een ‘goed genoeg’ opvoedingsniveau kunnen handhaven met behulp van hun sociale netwerk en/of professionals. De subdoelen zijn:

- De ouders accepteren blijvend steun.
- Het gezin maakt gebruik van een duurzaam, stevig en steunend netwerk.
- De ouders voelen zich competent in ‘goed genoeg’ opvoeden, zodat de kinderen (waar nodig met aanvullende steun vanuit het netwerk) de zorg en aandacht krijgen die ze nodig hebben.

De HouVast-werker maakt hiervoor gebruik van technieken voor het versterken van de motivatie en responsiviteit van de ouders en van strategieën om het netwerk te versterken.

Systematische werkwijze
In de bronnen wordt niet letterlijk gesproken over de PDCA-cyclus, maar bij HouVast is wel sprake van een methodische, cyclische werkwijze. Er wordt gewerkt met uitvoerige beeldvorming over de opvoedsituatie, er wordt samen met het gezin en netwerk een plan opgesteld met perspectief, doelen, en activiteiten om deze te bereiken, evaluaties en bijstelling van de activiteiten, doelen en het perspectief. Dit alles wordt zoveel mogelijk gevisualiseerd en helder, beknopt en in begrijpelijke taal voor het gezin weergegeven.

Er is een opstartfase, een werkfase en een afrondingsfase.
In de opstartfase wordt onder meer gebruik gemaakt van visuele middelen als:
Genogram: een visuele weergave van de familierelaties
Formulier 'Krachten en zorgen in kaart brengen': een formulier met 3 kolommen 'wat zijn zorgen', 'wat gaat goed', 'wat moet er gebeuren' waarin dit in drie kolommen wordt genoteerd in heldere, beknopte taal en daaronder een schaalvraag betreffende de veiligheid van het kind (afgeleid van de interventie Signs of Safety)
- Netwerkkaart: samen met het gezin wordt inzichtelijk gemaakt welk steunend netwerk aanwezig is
- De Drie Huizen (eveneens element uit Signs of Safety): een visuele manier om met kinderen te praten, door 3 huizen te laten tekenen, het huis van de leuke dingen, het huis van de zorgen, het huis van de dromen.
- Gesprekskaartenset Praten over Veiligheid in begrijpelijke taal: dit zijn gesprekskaarten met onderwerpen over Veiligheid en ontwikkeling en schaalvragen met smileys.

De begeleidingsmethodiek kent drie hoofdstrategieën (Lever, 2019) die worden ingezet tijdens de werkfase:
1) In Eigen Hand: Dat wat de gezinsleden zelf kunnen, doen ze zelf. De HouVast-werker complimenteert de gezinsleden, stimuleert hen om deze vaardigheden te blijven inzetten en volgt of dit daadwerkelijk gebeurt.
2) Hand in Hand: Het gezin oefent actief met de HouVast-werker om vaardigheden onder de knie te krijgen. Hierbij draait het om voordoen, samen doen, oefenen en herhalen. De werkpunten worden SMART geformuleerd.
3) Handje Helpen: Het gezin krijgt steun van mensen om hen heen. De HouVast-werker maakt samen met de ouders afspraken met de personen die het gezin kunnen helpen. Samen volgen ze of de afspraken goed lopen, of bijstelling nodig is en of het (sociale en professionele) netwerk passende ondersteuning biedt.

Deze drie hoofdstrategieën zijn gebaseerd op Begeleid Ontdekkend Leren (BOL) (Zie hoofdstuk 4.2.1 van *De Grote Methodiekengids* (Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek Alliade, 2024). Samen bepalen het gezin en de HouVast-werker steeds waaraan moet worden gewerkt, wat het gezin zelf kan, wat moet worden geoefend en waarbij hulp nodig is (Lever, 2019).

Voor het opstellen van het plan wordt het HouVast-planformulier gebruikt. Hierin staat overzichtelijk, beknopt en in begrijpelijke taal wat goed gaat, welke zorgen er zijn en wat er moet gebeuren. Vervolgens wordt per strategie aangegeven 1) wat de ouders en/of het kind zelf doen, 2) wat het gezin en de HouVast-werker samen gaan oefenen en 3) waarmee anderen gaan helpen.

Doorlopende manier van handelen (methodisch werken)
Na de opstartfase volgt de werkfase. In de werkfase wordt structureel en volgens het afgesproken plan gewerkt aan het 'goed genoeg' functioneren van het gezin en aan een ondersteunend netwerk. Vanuit de waakvlamfunctie kan, als dat nodig wordt bevonden, (opnieuw) HouVast-i worden opgestart.

De focus bij de waakvlamfunctie ligt op het bewaken van 'goed genoeg', voorkomen van terugval, stimuleren van het gezin en het netwerk, op peil te houden van wat is bereikt, coördineren van steun en bijspringen wanneer het evenwicht wordt verstoord. De HouVast-werker monitort de voortgang en elk half jaar wordt samen met het gezin, het netwerk en de professionele hulpverleners geëvalueerd. Hierbij wordt het Evaluatie HouVast-planformulier gebruikt. Hierin noteert de HouVast-werker met alle betrokkenen op basis van schaalvragen (0-10) in hoeverre de werkpunten zijn bereikt.

Zorginstellingen die HouVast aanbieden, dienen zorg te dragen voor 24-uurs bereikbaarheid.
De resultaten worden gemonitord en halfjaarlijks vindt evaluatie plaats. Deze werkfase duurt zo lang als het noodzakelijk is, vaak jarenlang. Van beëindiging is pas sprake wanneer de kinderen niet meer thuis wonen, wanneer het zo goed gaat dat professionele ondersteuning niet meer nodig is of wanneer intensievere hulp nodig is (HouVast-i of crisisinterventies). De begeleiding wordt dan geleidelijk afgebouwd.

De doorlopende manier van handelen is concreet uitgewerkt in een methodiekhandleiding, waarin de kenmerken van de methodiek zijn gekoppeld aan de zes stappen van de methodische cyclus zoals die bij Alliade wordt doorlopen.

3.3 Begeleidingsmethodiek ambulant volwassenen
Informatie over de toepasbaarheid van Active Support binnen de ambulante hulpverlening aan volwassenen wordt nog nader uitgezocht en uitgewerkt.

3.2 Begeleidingsmethodiek werk & dagbesteding
De manier waarop dagbestedingslocaties nu zijn ingericht maakt dat het complex is om ze in te richten naar het toekomstige indelingsmodel van Alliade (elke locatie ingericht naar doelgroep). Hoe begeleidingsmethodieken toe te passen binnen werk en dagbesteding wordt nog nader onderzocht.

4. Huisvesting

In de vorige eeuw werden mensen met verstandelijke beperking, ongeacht hun niveau, vaak op jonge leeftijd al geplaatst op een terrein van een zorginstelling. In de afgelopen decennia heeft zich een paradigmaverschuiving voorgedaan van het medische model naar het huidige burgerschapsmodel. Een korte geschiedenis met de bijbehorende doorontwikkeling van woonvormen geeft inzicht in de huidige inrichting van de gehandicaptenzorg en welke overwegingen hierbij een rol spelen.

In de jaren 1960 was het medisch model dominant in de gehandicaptenzorg. Een verstandelijke beperking werd gezien als een ziekte, die ook zo behandeld moest worden. De nadruk lag dus op de medische behandelingen. Mensen met een verstandelijke beperking woonden doorgaans op een instellingsterrein dat was afgesloten voor de rest van de samenleving. In de jaren 1970 maakte het medisch model langzamerhand plaats voor het ontwikkelingsmodel. Hierbij kwam er meer aandacht voor ontwikkelingsmogelijkheden en gedrag en werd het medische perspectief op een verstandelijke beperking aangevuld met een meer pedagogische invalshoek. De huisvesting veranderde onder deze visie ook stapsgewijs. De hekken rondom de gesloten instellingsterreinen verdwenen en grootschalige woningen werden vervangen voor kleinschaligere alternatieven die bewoners meer privacy boden. Rond de jaren 1990 vond er opnieuw een verschuiving plaats in de manier waarop naar mensen met een verstandelijke beperking werd gekeken. In het burgerschapsparadigma werden mensen met een verstandelijke beperking als volwaardige burgers gezien, die recht hadden op een plaats in de samenleving.

In dit burgerschapsparadigma staat inclusie centraal, waarmee wordt bedoeld dat cliënten zoveel mogelijk mee kunnen doen aan de maatschappij. In de begeleidingsmethodiek Active support is dit ook een van de twee centrale zienswijzen. Meedoen in de maatschappij betekent logischerwijs ook contact met de maatschappij, dus geen of minder afzondering op een instellingsterrein. In de jaren 1970 begon dan ook langzamerhand de ‘de-institutionalisering’ door ofwel het verhuizen van cliënten naar de wijk (integratie) of door de maatschappij het terrein op te laten komen (omgekeerde integratie). De discussie over wel of geen terreinen is lange tijd eenzijdig gevoerd: het terrein was fout. Tegenwoordig verkeert deze discussie in een kalmer vaarwater en zijn instellingsterreinen niet verdwenen, maar wel opener geworden. Ook wordt veel beter gekeken naar de behoeften van cliënten. Voor mensen met LVB zonder noemenswaardige voorliggende problematiek is er geen reden om op een terrein te gaan wonen. Zij kunnen meedoen in de maatschappij. Daarentegen kan een terrein bij uitstek geschikt zijn voor cliënten die niet verkeersveilig zijn, een rustige omgeving zoeken of door ernstig probleemgedrag zeer lastig een plek vinden in de maatschappij.

4.1 Jeugd

Kwetsbare kinderen en jongeren bij wie het thuis echt niet gaat, kunnen bij Alliade in een groepsvorm wonen. Op deze woonlocaties zijn er een gezamenlijke woonkamer en keuken en hebben cliënten een eigen slaapkamer (met soms een eigen badkamer). De woonomgeving moet voor het kind zoveel mogelijk aanvoelen als een normale gezinssituatie.

Kwetsbare jongeren tussen 18 en 23 jaar kunnen bij Alliade in een studio wonen, waarbij ze kamertraining krijgen. Hier kunnen ze 24 uur per dag een beroep doen op begeleiding vanuit een steunpunt.

4.2 Volwassenen

Voor mensen met LVB en MVB zijn een woon- en dagbestedingsplek in de wijk meestal passend. De te kiezen woonvorm (ambulant, wonen met steunpunt, woonvoorziening in de wijk) hangt af van de zorgvraag. De fysieke omgeving moet bijdragen aan de zelfstandigheid en maatschappelijke deelname van cliënten. Dit betekent onder andere dat ze makkelijk op hun werk of dagbesteding kunnen komen en makkelijk contact kunnen onderhouden met familie, vrienden en anderen in hun sociale netwerk, bijvoorbeeld door een goede bereikbaarheid met het openbaar vervoer. Daarnaast komt uit onderzoek naar voren dat er voldoende privacy moet worden geboden en dat de uitstraling en inrichting van de locatie zo gewoon en huiselijk mogelijk is.

4.3 Ouderen

Afhankelijk van de kwetsbaarheid en het aantal ouder wordende cliënten op een locatie kan het nodig zijn de inrichting aan te passen. Dit kunnen kleine aanpassingen zijn, bijvoorbeeld het weghalen van losliggende vloerkleden in verband met valrisico's. Zijn er meerdere zeer kwetsbare cliënten, dan kunnen grotere aanpassingen noodzakelijk zijn, zoals het verwijderen van drempels of het installeren van sterkere verlichting voor mensen met visusproblemen. Wat nodig is, hangt af van de cliënten op de locatie en zal per situatie verschillen.

5. Personeelszaken & scholingsplan

5.1 Deskundigheidsprofiel medewerkers

In het algemeen gelden de volgende competenties voor medewerkers die met de doelgroep LVB werken:

- Cliënten een veilige basis kunnen geven, onder andere door zelf mentaal weerbaar te zijn.
- Zien wat cliënten nodig hebben en het herkennen als ze extra kwetsbaar of afhankelijk zijn.
- Problemen en onveilige situaties opmerken en bespreken.
- Cliënten ondersteunen om zelf keuzes te maken, mee te doen in de samenleving, hun eigen mogelijkheden te gebruiken en hun sociale netwerk te versterken.
- De juiste balans vinden tussen dichtbij zijn en afstand bewaren, passend bij wat de cliënt nodig heeft.
- Oog hebben voor de relaties van de cliënt en de invloed van familie, vrienden en andere contacten.
- Letten op de kwaliteit van leven in het dagelijks leven.
- Actief contact maken met de cliënt en hem of haar stimuleren om zich te ontwikkelen.
- Cliënten aanmoedigen om nieuwe dingen te leren en te ontdekken, door te kijken wat ze al zelf kunnen en waarbij ondersteuning nodig is.
- Cliënten helpen groeien, bijvoorbeeld in het omgaan met emoties, sociale vaardigheden en sociaal gedrag. Positieve feedback speelt daarbij een belangrijke rol.
- Goed kunnen luisteren, communiceren, samenwerken en omgaan met conflicten en spanningen.
- Ethische vragen herkennen en hier zorgvuldig mee omgaan.
- Samenwerken met collega's en andere zorg- en hulpverleners rond de cliënt.
- Geduldig zijn en ondersteuning blijven bieden, ook als veranderingen langzaam gaan.

5.2 Personeelssamenstelling

De methodiek Active Support vereist geen specifieke personeelssamenstelling. Voor de doelgroep LVB wordt aangesloten bij het huidige capaciteitsmanagementmodel, waarbij de personeelssamenstelling wordt berekend aan de hand van de indicaties.

Iedere cliënt heeft een persoonlijk begeleider, die specifieke taken heeft bij het doorlopen van de methodische cyclus voor de methodiek. Voor de borging van continuïteit is het advies om minimaal twee persoonlijk begeleider per team te hebben. Zo is er altijd vervanger die de taken in geval van ziekte of verloop kan overnemen.

<u>Personeelssamenstelling bij ouder wordende cliënten</u>

Op woonlocaties met oudere cliënten kan een aanpassing van de personeelssamenstelling noodzakelijk zijn. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het toevoegen van een verpleegkundig begeleider of een verpleegkundig persoonlijk begeleider aan het team. Wat er nodig is, zal per locatie verschillen. Factoren zoals het aantal en de kwetsbaarheid van de cliënten en de ervaring van het teamleden spelen hierin een rol. Het is aan de locatiemanager om te besluiten welke personeelssamenstelling passend is.

5.3 Doelgroepinhoudelijke scholing

Voor elk zorgprogramma is een kwaliteitspaspoort samengesteld met verplichte basisscholingen en scholingen die specifiek zijn gericht op de doelgroep. Daarnaast kunnen aan het kwaliteitspaspoort scholingen worden toegevoegd die zich richten op specifieke zorgvragen die op de locatie spelen.

Kwaliteitspaspoort LVB

Hieronder staan de scholingen voor het zorgprogramma LVB die zijn opgenomen in het kwaliteitspaspoort. In het persoonlijke kwaliteitspaspoort vinden medewerkers de scholingen die bij hun functiegroep en locatie horen. Ook wordt aangegeven of het klassikale, blended scholingen of e-learnings betreft.

Verplicht	**Optioneel**
Active Support voor begeleiders (4 dagen, jaarlijkse follow-up)	Autisme
Active Support (voor managers, gedragskundigen en coördinatoren zorg (1 dag)	Middelengebruik
HouVast-basistraining	Psychische stoornissen en trauma
VGN-scholing LVB	Sensorische informatieverwerking
Weerbaarheid basis	Mediawijsheid
Motiverende gespreksvoering	
Seksualiteit	
Gehechtheidsproblematiek	

<u>Aanvullende scholingen voor de deskundigheid ouder wordende VG-cliënt:</u>

Onderstaande scholingen zijn optioneel in het kader van ouder wordende cliënten. Voor locaties met meer dan 50% cliënten ouder dan 55 jaar geldt vanuit het zorgpad ouder wordende VG cliënt dat deze scholingen verplicht zijn.

Titel scholing	**Inhoud**
Ouder wordende cliënt	Verouderingsproces, veel aandacht voor dementie, signaleren, begeleiden
Basistraining ouder wordende cliënt	Algemeen, lichamelijke veranderingen, psychische veranderingen, multidisciplinair werken
Valpreventie	Theorie: risico's herkennen, maatregelen nemen en procedures Alliade doorlopen

Advanced care planning en palliatieve zorg	Scholing ontwikkeld door werkgroep. Wordt gegeven aan teams gegeven door regieverpleegkundigen en geestelijk verzorgers.

6. Bedrijfsvoering en voorwaarden

6.1 Bezetting/caseload/indicaties

De methodiek Active Support vereist geen specifieke personeelssamenstelling. Voor de doelgroep LVB wordt aangesloten bij het huidige capaciteitsmanagementmodel, waarbij de personeelssamenstelling wordt berekend aan de hand van de indicaties.

6.2 Bewaken van kwaliteit

De voortgang van de implementatie en de kwaliteit van zorg vanuit van het zorgprogramma worden op meerdere momenten geëvalueerd aan de hand van de opgestelde KPI's. Ook na de implementatie blijven we de kwaliteit van zorg monitoren. We doen dit door aan te sluiten bij de cyclus die Alliade hiervoor heeft ingericht, met zelfevaluaties, intercollegiale toetsing en interne audits.

Hiernaast is een methodiekhandleiding opgesteld ter ondersteuning van de implementatie van Active Support op de locaties en in de driehoek (cliënt-verwant-begeleider).

7. Faciliterende (systeem)infrastructuur

7.1 ONS

De begeleidingsmethodieken Active Support en HouVast-w hebben elk hun eigen instrumenten. Om efficiënt te kunnen werken en schaduwdossiers te voorkomen, is het noodzakelijk dat de benodigde instrumenten beschikbaar zijn binnen het cliëntdossier.

Bij Active Support gaat het om:

- Persoonsbeeld: dit wordt gevuld met informatie uit de talentenposter en positieve beeldvorming.
- Perspectief & doelen: het activiteiten-, gelegenheids- en instructieplan zijn uitwerkingen van het perspectief en de hoofddoelen.

Bij HouVast gaat het om:

- Genogram
- Format HouVast-plan
- Format HouVast-evaluatie
- Formulier Krachten en zorgen
- Netwerkkaart

Literatuurlijst

Alliade Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek. (2024). *De Grote Methodiekengids: definitie, inventarisatie, praktische toepasbaarheid en wetenschappelijke onderbouwing van begeleidingsmethodieken voor mensen met een verstandelijke beperking*. A.D. Dekker, I. IJpma, & M. Martens. University of Groningen Press. https://doi.org/https://doi.org/10.21827/6548bc945d46c

Bureau HHM, Jansen, P., Pansier, L. & Rolleman, M. (2023). *Leidraad persoongerichte zorg*. VGN.

De Vor, M. (2014). *Active Support: een handreiking voor de ondersteuning aan mensen met een beperking*. Uitgeverij Van Gorcum.

CBS. *Regionale spreiding personen met LVB, 2020*. (2020). https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2020/48/regionale-spreiding-personen-met-lvb-2020

Van den Broek, N., Van de Graaf, G., Van Pruijssen, P., Trommelen, J., Verbeek, J., De Visscher, T., Willeboer, C. & Van Zanten, B. (2019). *Handreiking NVAVG - Screening, diagnostiek en behandeling van slechthorendheid bij mensen met een verstandelijke beperking*. s.n. https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2019/06/2019-NVAVG-handreiking-gehoorstoornissen.pdf

Woittiez, I., Eggink, E. & Ras, M. (2019). *Het aantal mensen met een licht verstandelijke beperking: een schatting Notitie ten behoeve van het IBO-LVB*. www.scp.nl

Literatuur over HouVast:

Lever, M. (2019). *Interventiebeschrijving HouVast-w. Stut en steun voor gezinnen van ouders met een LVB (waakvlamvariant)*. Databank Erkende interventies in de langdurende zorg, Vilans.

Lever, M (2015).*Interventiebeschrijving HouVast. Stut en steun voor gezinnen van ouders met een LVB*. Databank Effectieve jeugdinterventies, Nederlands Jeugdinstituut.

Van Nieuwenhuijzen, M., Verburg, J., Visser, T., Lever, M. & Kamer, F. (2022). Recht op passende hulp voor gezinnen van ouders met een LVB. *LVB Onderzoek & Praktijk*, *20*(1), 38-43.

Turnell, A. & Edwards, S. (2009). *Veilig opgroeien. De oplossingsgerichte aanpak Signs of Safety in jeugdzorg en kinderbescherming*. Bohn Stafleu Van Loghum.

Wiggerink, J. & Vogel, M. (2017). *Interventiebeschrijving Signs of Safety*. Databank Effectieve jeugdinterventies, Nederlands Jeugdinstituut.