

# Toolkit

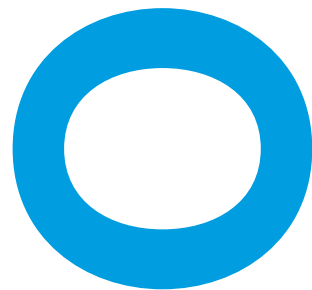
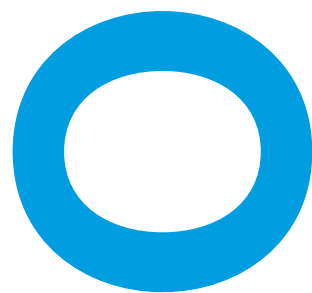
aandachtspunten

aanpassingen

interventies

bij patiënten met LVB

in de (ambulante) GGZ



Ingeborg Berger

juni 2016

# Toolkit aandachtspunten, aanpassingen en interventies bij patiënten met LVB in de (ambulante) GGZ

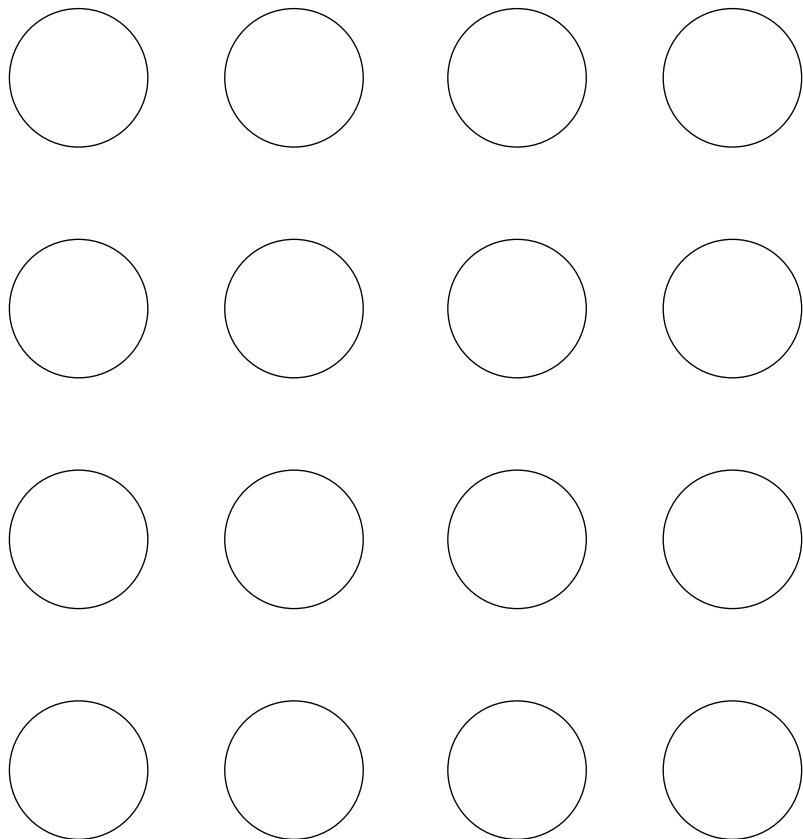
Juni 2016

Auteur: Ingeborg Berger

In samenwerking met de werkgroep LVB, Bavo Europoort, onderdeel van de Parnassia Groep.

De werkgroep LVB bestaat uit:

- Michiel van der Hout, psychiater (voorzitter)
- Alana Liddle, psycholoog
- Ingeborg Berger, verpleegkundig specialist



Voor je ligt de [toolkit](#) met aandachtspunten, aanpassingen en interventies die je in kan zetten in de behandeling van patiënten met LVB in de GGZ. Deze toolkit is in eerste instantie ontwikkeld voor de FACT-teams van Bavo Europoort, maar kan waarschijnlijk breder worden ingezet. Binnen de FACT-teams wordt multidisciplinaire en intensieve behandeling geboden aan patiënten met Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA).

De laatste jaren wordt steeds duidelijker dat zich binnen de GGZ een aanzienlijke groep mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) bevindt (Veneberg, 2010).

Volgens de DSM-5 (American Psychiatric Association (APA), 2014) spreekt men van een verstandelijke beperking als er sprake is van een verstandelijke-ontwikkelingsstoornis met beperkingen in zowel het verstandelijk als het adaptieve functioneren op diverse domeinen (conceptueel, sociaal en praktisch). Het niveau van ernst wordt gedefinieerd volgens het adaptieve functioneren en niet volgens de IQ-scores, omdat de mate van adaptief functioneren bepaalt hoeveel ondersteuning er nodig is.

In Nederland wordt al langere tijd een brede definitie van LVB gehanteerd. Hieronder vallen mensen met een IQ tussen de 50 en 70 of een IQ tussen de 70 en 85 in combinatie met een beperkt sociaal aanpassingsvermogen en een blijvende behoefte aan ondersteuning (Neijmeijer, Moerdijk, Veneberg & Muusse, 2010; van den Broek, 2012).

Mensen met LVB hebben drie tot vier keer meer kans op het ontwikkelen van een psychiatrische stoornis dan normaal begaafde mensen. Exacte cijfers over het voorkomen van LVB in de GGZ zijn niet bekend. Waarschijnlijk zijn ze oververtegenwoordigd in de GGZ maar wordt LVB niet goed herkend (Veneberg, 2010).

Het doel van deze [toolkit](#) is het overzichtelijk maken van aanpassingen en interventies die je kan toepassen om de zorg voor de patient met EPA en LVB zo effectief mogelijk te maken. Effectieve zorg houdt rekening met de aandachtspunten zoals deze voor LVB bekend zijn, namelijk verminderde intellectuele vermogens, verhoogde sociale kwetsbaarheid, verhoogde dagelijkse stress en (inadequate) coping, zelfbeschikking, zorg op maat en verhoogde ondersteuningsbehoeften.

**Bejegening van de patiënt met LVB vraagt een persoonlijke benadering in plaats van een 'one size fits all'-benadering (Thompson et al., 2009). Eigenschappen passend bij een goede bejegening zijn eerlijkheid en vertrouwen, integer en consequent zijn, zich niet persoonlijk aangevallen voelen, kunnen vergeven, persoonlijke betrokkenheid en ruimte bieden voor inspraak en participatie (Frederiks & Moonen, 2009; Rot, 2013).**

## 01 Aanpassingen bejegening

### Wat

01.1  
**Maak contact en bouw aan een vertrouwensrelatie.**

01.2  
**Creëer een gevoel van gelijkwaardigheid**

01.3  
**Probeer af te stemmen op de patiënt.**

### Hoe

- oo
- Begin met een praatje en een kop koffie.
- Zorg dat iemand zich welkom voelt.
- Bespreek een onderwerp waar de patiënt interesse in heeft.
- Begin niet gelijk over problemen, medicatie, etc.
- Kom afspraken na en doe wat je zegt.
- Wees eerlijk, integer en consequent.
- Toon persoonlijke betrokkenheid.
- Gebruik zo nodig improvisatie en creativiteit.

- oo
- Geef aan dat iedereen wel eens hulp nodig heeft, jij als hulpverlener ook, bijvoorbeeld bij de belastingpapieren.

- oo
- Neem de tijd om een relatie op te bouwen met elkaar.
- Zorg dat je (basis)kennis hebt over de doelgroep LVB
- Zet de "psychiatrische bril" af en neem kenmerken van LVB mee:
  - (1) Verminderde intellectuele vermogens;
  - (2) Sociale kwetsbaarheid;
  - (3) Meer stress en inadequate coping;
- Meer ondersteuning nodig.
- Houd rekening met een lagere sociaal-emotionele ontwikkeling.

### Waarom

- oo
- Het is belangrijk dat de patiënt zich op zijn gemak voelt bij de hulpverlener. Improvisatie en creativiteit kunnen nodig zijn om contact te maken of een patiënt, in een bepaalde situatie, op zijn gemak te stellen.

- oo
- Het is belangrijk dat de patiënt zich op zijn gemak voelt bij de hulpverlener.

- oo
- Het is belangrijk een inschatting te maken van wat iemand kan en aankan om overvraging te voorkomen (voor sociaal-emotionele ontwikkeling zie websites en links).

**Wat**

01.4

**Zoek een balans tussen autonomie / eigen regie en sturen / overnemen.**

01.5

**Overweeg lichamelijk contact als interventie om te troosten of gerust te stellen.**

01.6

**Maak grenzen bespreekbaar.****Hoe**

## oo

- Neem de wensen van de patiënt serieus.
- Stel je en begeleidend en coachend op.
- Bespreek samen de mogelijkheden en onmogelijkheden.
- Maak de patiënt deelgenoot van hoe jij tegen de situatie aankijkt ("Mag ik eens zeggen, wat ik ervan vind?").

## oo

- Houd rekening met een lagere sociaal-emotionele ontwikkeling.
- Maak per persoon en situatie een inschatting van wat nodig en wenselijk is.
- Een arm om iemand heen, een hand op de schouder of arm, een hand vasthouden bij een beangstigende situatie.
- Maak het wel of niet toepassen van lichamelijk contact bespreekbaar tijdens intervisie.

## oo

- Benoem concrete gedragingen.
- Benoem wat iets met jou doet ("Je doet nu zo boos, ik word een beetje bang van jou").
- Veroordeel het gedrag, maar niet de persoon.
- Voel je niet persoonlijk aangevallen.
- Bied een opening om weer met elkaar verder te kunnen, wees in staat te vergeven.
- Gebruik een "verbod" als het om gevaarlijke of niet wettige situaties gaat ("Dat mag gewoon niet, omdat...").

**Waarom**

## oo

In het kader van afstemmen is de invalshoek die je kiest belangrijk. Bij te veel nadruk op autonomie kun je patiënten mogelijk schaden, want dan doe je een appèl op iets waar ze niet goed in zijn. Een te sturende of bepalende houding zal waarschijnlijk niet worden geaccepteerd door de patiënt en past ook niet in de huidige tijd.

## oo

Het inzetten van lichaamscontact als bewuste interventie, wordt gezien als professioneel gedrag. Patiënten communiceren soms meer met hun gevoel en in sommige gevallen slaat een behandeling anders niet aan.

## oo

Patiënten hebben soms niet door wat hun gedrag, bijvoorbeeld boosheid/schreeuwen, met een ander doet. Patiënten zijn minder goed in staat (sociale) situaties in te schatten. Soms maken andere mensen misbruik van ze waardoor ze in de problemen kunnen komen.

**Effectieve aanpassingen in communicatie zijn het vereenvoudigen van taalgebruik, nagaan of iets begrepen is en het gebruik van visuele ondersteuning (De Wit, Moonen en Douma, 2012).**

Wat	Hoe	Waarom
<b>Aanpassen van taalgebruik</b>		
02.1 <b>Gebruik korte zinnen</b>	Maak zinnen van maximaal vijf woorden. oo	Tragere informatieverwerking oo
02.2 <b>Gebruik geen moeilijke woorden</b>	Als je wel moeilijke woorden gebruikt, vraag dan na of het is begrepen of leg het uit. oo	Lastiger te begrijpen oo
02.3 <b>Vermijd abstracte begrippen en spreekwoorden</b>	Als je wel abstracte begrippen gebruikt, vraag dan na of het is begrepen of leg het uit. oo	Lastiger te begrijpen oo
02.4 <b>Let op je vraagstelling</b>	- Stel korte, heldere vragen. - Stel een vraag tegelijk. - Vermijd waarom-vragen. - Geef extra antwoordtijd. oo	Tragere informatieverwerking. oo
02.5 <b>Vraag of iemand kan herhalen wat is gezegd.</b>	- "Kun je het zelf samenvatten?" - "Wat is belangrijk om te onthouden?" oo	Zo kun je nagaan wat iemand heeft begrepen. oo
02.6 <b>Pas je aan aan de woordkeuze van de patiënt, maar ga niet mee te gaan in disfunctioneel taalgebruik.</b>	Gebruik geen scheldwoorden of krachttermen omdat de patiënt dat ook doet. oo	Het is belangrijk om het goede voorbeeld te geven. oo
02.7 <b>Pas schriftelijk taalgebruik aan</b>	Pas het taalgebruik in het behandelplan zodanig aan dat de patiënt het kan begrijpen. oo	Het is belangrijk dat de patiënt het eigen behandelplan kan begrijpen. oo
<b>Verwerking van informatie</b>		
02.8 <b>Neem meer tijd om aan iets te werken</b>	- Minder tijd per keer, maar meer tijd in totaal. - Neem kleinere stapjes. - Doseer de informatie.	Verminderde concentratie en aandachtsspanne.

**Wat**

02.9

**Bied keuze opties indien nodig**

02.10

**Schrijf dingen op**

02.11

**Maak gebruik van tekeningen, plaatjes en pictogrammen**

02.12

**Maak gebruik van rollenspel, liefst met video-opname, of iets "voordoen"**

02.13

**Wissel praten af met doe-activiteiten**

02.14

**Breng structuur aan****Hoe**

oo

Formuleer een paar opties waar de patiënt uit kan kiezen.

oo

- Schrijf op wat niet vergeten mag worden: afspraken, papieren die iemand mee moet nemen.
- Gebruik een schriftje dat de patiënt mee naar huis neemt of gebruik het whiteboard.

oo

- Kies een plaatje, tekening, picto dat ondersteunend werkt om uit te leggen wat wordt bedoeld.
- Maak gebruik van de whiteboards in de spreekkamers.
- Teken iets uit op papier.

oo

- Laat patiënten eigen rol spelen.
- Geef patiënten gelegenheid iets in te oefenen.
- Het is "doenerig" van aard.
- Betrek netwerk zodat ze in de thuissituatie met iets kunnen dooroefenen.

oo

- Praat maximaal 15-20 minuten met elkaar.
- Ga dan over op een doe-activiteit (oefeningen, samen iets opzoeken, de afwas) of maak een volgende afspraak.

oo

- In het gesprek door te beginnen met een herhaling/samenvatting van de vorige keer. Ga over naar een middenstuk: praten en bijv. een oefening. Sluit af.
- Vaste dagen, tijden kunnen sommige patiënten helpen afspraken beter na te komen.

**Waarom**

oo

Dit voorkomt stress, angst en verwarring.

oo

- Ter ondersteuning van het geheugen.
- Ter bevordering van een actieve werkhouding.

oo

Ter ondersteuning van de informatieverwerking

oo

Het is waarschijnlijk dat het gebruik van video-opnames van de rollenspel het leereffect verhogen. Dit past bij het ervaren leren.

oo

Ter compensatie van de korte aandachtsspanne en omdat patiënten vaak beter ervaren leren.

oo

Meer moeite met plannen en het draagt bij aan overzicht.

**Goede zorg voor de patiënt LVB is op de persoon afgestemd (zorg op maat) en vraagt om onderzoek naar de persoonlijke ondersteuningsbehoeften (Snell et al., 2009).**

Wat	Hoe	Waarom
03.1 <b>Maak het netwerk (familie, vrienden, buren, kennissen en professioneel netwerk) inzichtelijk.</b>	<p>oo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maak een netwerkcirkel met de patiënt, gebruik hiervoor bijvoorbeeld de netwerkcirkel van Lensink (zie bijlagen en websites)</li> <li>- Plaats hierin niet alleen het netwerk dat jij als steunend ziet maar ook eventuele "onhandige" of risicovolle vrienden/kennissen.</li> </ul>	<p>oo</p> <p>Inzicht krijgen in:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het wel aanwezige netwerk, of netwerk dat zich heeft teruggetrokken (overbelasting, gebrouilleerd).</li> <li>- Steunend/niet-steunend</li> <li>- Eventuele risico- contacten (die voor de patiënt echter wel heel belangrijk kunnen zijn).</li> </ul>
03.2 <b>Betrek het netwerk actief bij de behandeling indien mogelijk.</b>	<p>oo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan een gesprek met familie.</li> <li>- Plan een gesprek met woonbegeleiding om af te stemmen wie wat doet.</li> <li>- Stem met het netwerk taalgebruik af zodat bepaalde begrippen eenduidig gehanteerd worden naar de patiënt.</li> <li>- Vraag het netwerk mee te komen naar het jaarlijkse gesprek met de psychiater.</li> </ul>	<p>oo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Netwerk kent de patiënt vaak al lang en is een bron van informatie en adviezen.</li> <li>- Het geven van voorlichting over de patiënt aan het netwerk.</li> <li>- Bij ontregelende netwerken is het ook belangrijk ze te betrekken omdat behandeling anders mogelijk niet aanslaat.</li> </ul>
03.3 <b>Overweeg RACT (ontwikkelen van Resource Group of steungroep) als mogelijke interventie.</b>	<p>oo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pak de netwerkcirkel erbij.</li> <li>- Overleg met de patiënt welke mensen toegevoegd kunnen worden aan de Resource Group.</li> <li>- Behandelaar en psychiater behoren ook tot de Resource Group.</li> <li>- De patiënt stelt doelen en de wijze waarop deze bereikt worden vast met de Resource Group.</li> </ul>	<p>oo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Familie/netwerk is vaak weer inzetbaar als je ze er bij betreft.</li> <li>- Past binnen de langdurige ondersteuning die vaak nodig is.</li> <li>- RACT sluit aan bij zelfmanagement.</li> <li>- RACT bij LVB is nog niet onderzocht</li> </ul>



**Wat**

03.4

**Instrueer het netwerk hoe ze thuis vaardigheden kunnen dooroefenen met de patiënt.**

03.5

**Schat de behoefte aan ondersteuning in**

03.6

**Neem de ondersteuningsdoelen en interventies op in het behandelplan.**

**Hoe**

oo

- Betrek het netwerk, waaronder woonbegeleiding bij het aanleren van nieuwe vaardigheden of kennis.
- Bespreek hoe woonbegeleiding thuis aandacht kan besteden aan of door kan oefenen met nieuw aangeleerde vaardigheden.

oo

- Bespreek op systematische wijze (bijvoorbeeld aan de hand van de tien aandachtsgebieden van het behandelplan) met de patiënt wat iemand zelf kan en wil, en waar hulp bij nodig is.
- Bespreek de nodige ondersteuningsbehoeften met familie en woonbegeleiding.
- Ga op huisbezoek om een beeld te krijgen van de woon- en thuissituatie.
- Samen met een of meerdere mensen die de patiënt goed kennen kan gebruik gemaakt worden van een instrument zoals de zelfredzaamheidsmatrix (ZRM) (zie bijlagen en websites).

oo

- Omschrijf duidelijk de ondersteuning
- waarbij
- wanneer
- wie

**Waarom**

oo

Het thuis door oefenen met nieuwe vaardigheden ter bevordering van de generalisatie.

oo

Deze doelgroep heeft een grotere en langdurige behoefte aan ondersteuning op alle levensgebieden.

oo

Deze doelgroep heeft een grotere en langdurige behoefte aan ondersteuning op alle levensgebieden.

**Volgens het Centraal Begeleidings Orgaan (CBO, 2014) betekent zelfmanagement het optimaal inpassen van de chronische aandoening in het leven. Zelfmanagement houdt in dat patiënten zelf kunnen kiezen in hoeverre zij de regie over het leven in eigen hand willen houden en mede richting wil geven aan het inzetten van beschikbare zorg met als doel een optimale kwaliteit van leven te bereiken of te behouden. Zelfmanagementondersteuning van psychiatrische ziekte komt in de basis overeen met die van chronisch somatische aandoeningen en draagt bij aan herstel (Mueser et al., 2002; Allot, Loganathan & Fulford, 2002).**

**Wat**

04.1

**Bied zelfmanagement ondersteuning op maat**

04.2

**Formuleer kleine, haalbare doelen in termen van concreet gedrag.****Hoe****oo**

- Onderzoek wat iemand kan en aankan.
- Bespreek samen wat moet, nodig is en hoe dat te regelen.
- Ga oplossingsgericht te werk door de patiënt goed te bevragen over hoe dingen eerder zijn gelukt of juist niet.
- Vraag de patiënt dingen voor te doen om te zien of het lukt. Werk samen als team en met de woonbegeleiding en netwerk.

**oo**

- Vraag wat iemand zelf wil om sociaal wenselijke antwoorden te voorkomen.
- Gebruik een andere formulering, zoals "Wat is je wens?" of "wat is je droom?" als het woord 'doel' te weinig oplevert.
- Geef antwoord opties als een open vraagstelling niet lukt.
- Noteer de doelen in de woorden van de patiënt.
- Om doelen bruikbaar te maken moeten concrete en meetbare activiteiten worden geformuleerd.
- Maak de patiënt deelgenoot van hoe jij tegen de doelen aankijkt ("mag ik eens zeggen wat ik ervan vind?"). Formuleer Teamdoelen en leg uit waarom.

**Waarom****oo**

- Zelfmanagement is iets waar je naar toe werkt en wordt niet verondersteld aanwezig te zijn.
- Mogelijk geeft het de patiënt een beter gevoel geeft als deze zelf keuzes kan maken en eigen regie heeft.
- Werk vanuit het principe "niet geloven, maar laten zien".

**oo**

- Patiënten zijn soms geneigd sociaal wenselijk te antwoorden.
- Dit voorkomt stress, angst en verwarring.
- Meetbare doelen zijn beter te evalueren.

**Wat**

04.3

**Maak gebruik van motiverende gespreksvoering (zie bijlagen en websites).**

04.4

**Maak gebruik van oplossingsgericht werken (zie bijlagen en websites).**

**Hoe**

oo

- Het stellen van open vragen, reflectief luisteren, bevestigen en ondersteunen, samenvatten en het uitlokken van verandertaal.
- Aanpassingen in de communicatie zoals korte, heldere vragen stellen, geen “waarom” vragen stellen, één vraag tegelijk stellen en extra antwoordtijd geven.
- Help de patiënt bij het verbaliseren van gevoelens of gebruik hier plaatjes/tekeningen bij
- Vraag de patiënt zelf samen te vatten.

oo

- Focus ligt op het behalen van doelen (oplossen van problemen) op korte termijn.
- Patiënt wordt gezien als de expert over de eigen situatie.
- Patiënt formuleert het doel.
- Na vaststellen probleem ga je over op de niet-wetende houding en stel je vragen, bijvoorbeeld: “Hoe heb je dat in het verleden gedaan? Wat is er toen wel of niet gelukt? Hoe denk je dat nu te gaan doen? Wat heb je daarvoor nodig?”
- Je geeft geen adviezen.

**Waarom**

oo

Evidence based interventie

oo

- Evidence based interventie.
- Draagt bij aan empowerment, het ontwikkelen van persoonlijke strategieën en vaardigheden en het vergroten van self-efficacy.

**Wat**

04.5

**Bevorder de zelfbeschikking en eigen regie door patiënten zoveel mogelijk zelf te laten kiezen.**

04.6

**Vergroot het geloof in eigen kunnen (self-efficacy)**

04.7

**Evalueer wekelijks, maandelijks of zes-wekelijks de doelen met elkaar.**

**Hoe**

oo

- Maak een inschatting van wat de patiënt kan en aankan.
- Bespreek doelen en ga na wat belangrijk is voor de patiënt.
- Formuleer zo nodig een paar opties waar de patiënt uit kan kiezen.
- Geef de patiënt ruimte om dingen uit te proberen.
- Geef begeleiding en ondersteuning bij het oefenen van vaardigheden.
- Accepteer dat het af en toe mis gaat en bespreek dit met de patiënt indien dit gebeurt.
- Schep zo nodig de voorwaarden.
- Bespreek risicovol of schadelijk gedrag met de patiënt en in het team.

oo

- Geeft de patiënt de tijd om een taak uit te voeren en stel de patiënt op zijn gemak. Stel kleine, haalbare doelen. Geef een compliment of spreek je waardering uit.
- Werk met diploma's.
- Leer vaardigheden 'backward chaining' aan, dus van achter naar voren (zie bijlagen en websites).

oo

- Vraag naar concrete gedragingen, naar wat heeft gewerkt en wat juist niet.
- Laat de patiënt in een behandelgesprek eerst terug vertellen wat er de vorige keer is besproken.
- Laat dit opschrijven met een stift op een bord.

**Waarom**

oo

- Het is belangrijk een inschatting te maken van wat iemand kan en aankan om overvraging te voorkomen.
- Het bieden van opties voorkomt stress, angst en verwarring.
- De doelgroep leert van ervaringen.
- Zelfbeschikking en eigen regie draagt bij aan de kwaliteit van leven van de patiënt.

oo

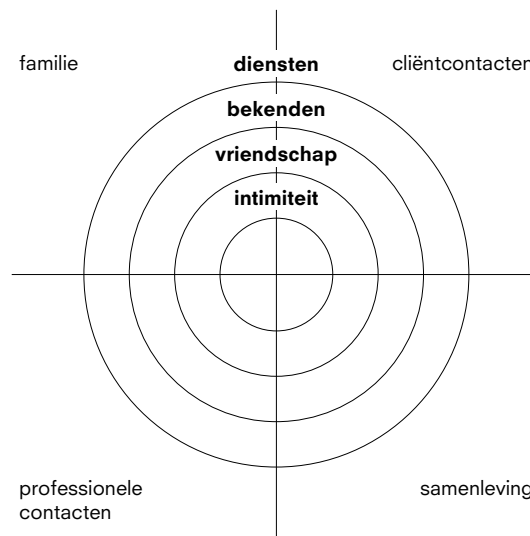
- Patiënten hebben meer tijd nodig.
- Het is belangrijk dat de patiënt zich op zijn gemak voelt bij de hulpverlener.
- Kleine, haalbare doelen kunnen snel bekrachtigd worden.
- Het werken met diploma's lijkt bij deze doelgroep effectief.
- Bij 'backward chaining' oefen je eerst de laatste handeling en doe je er steeds iets bij. Je werkt van Z naar A. Deze techniek stimuleert het zelfvertrouwen omdat de patiënt toewerkt naar een bekende situatie.

oo

- Het jaarlijks evalueren is functioneel voor het evalueren van het behandelplan, maar is voor de patiënt te lang.
- Nagaan wat de vorige keer is besproken en dit eventueel opschrijven draagt mogelijk bij aan een actieve houding.

## 01 Sociale netwerkcirkel van Lensink (bron: website Movisie):

[https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco\\_files/Aan-de-slag-met-sociale-netwerken%20%5BMOV-2237000-1.1%5D.pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Aan-de-slag-met-sociale-netwerken%20%5BMOV-2237000-1.1%5D.pdf)



## 02 Sociaal emotionele ontwikkeling:

<http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/gehandicaptenzorg/Licht-verstandelijke-beperking-sociaal-emotionele-ontwikkeling-fasen>

## 03 Zelfredzaamheidsmatrix:

<https://www.zelfredzaamheidmatrix.nl/>

## 04 Motiverende gespreksvoering:

[https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco\\_files/Methodebeschrijving\\_Motiverende\\_gespreksvoering\\_3%20%5BMOV-8811357-1.0%5D.pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Methodebeschrijving_Motiverende_gespreksvoering_3%20%5BMOV-8811357-1.0%5D.pdf)

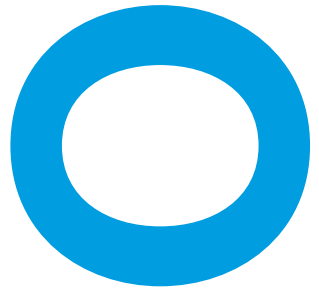
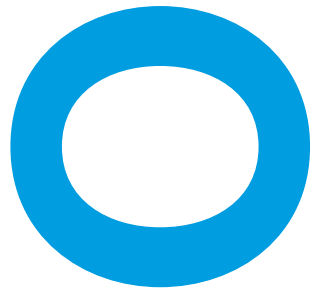
## 05 Oplossingsgericht werken:

<http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/images/beteroud/nieuws/SFBT%20-%20proefschrift%20Roeden.pdf>  
<https://www.movisie.nl/esi/oplossingsgericht-werken>

## 06 Backward chaining:

<https://mens-en-samenleving.infonu.nl/pedagogiek/59315-backward-chaining.html>

- Allot, P., Loganathan, L., & Fulford, K.W.M. (2002). Discovering hope for recovery. Canadian Journal of Community Mental Health, 21(2), 13-34.
- American Psychiatric Association. (2014). Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen. DSM-5. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Centraal Begeleidings Orgaan. (januari 2014). Zorgmodule Zelfmanagement 1.0. Het ondersteunen van eigen regie bij mensen met één of meerdere chronische ziekten.
- Movisie, Vilanz en ActiZ. (maart 2014). Aan de slag met sociale netwerken. De 44 meest bekende methoden verzameld.
- Mueser, K.T., Corrigan, P.W., Hilton, D.W., Tanzman, B, Schaub, A., Gingerich, S., . . . Herz, M.I., (2002). Illness Management and Recovery: A review of the Research. Psychiatric Services, 53(10), 1272-1284.
- Neijmeijer, L., Moerdijk, L. Veneberg, G., & Muusse, C. (2010). Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ, Een verkennend onderzoek. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Snell, M.E., Luckasson, R., Bortwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W. H.E., Coulter, D.L., . . . Yeager, M.H. (2009). Perspectives. Characteristics and needs of people with intellectual disability who have higher IQs. Intellectual and developmental disabilities, 47(3), 220-233.
- Thompson, J.R., Bradley, V.J., Buntinx, W.H.E., Schalock, R.L., Shogren, K.A., Snell, M.E., . . .Yeager, M.H. (2009). Conceptualizing supports and the support needs of people with intellectual disability. Intellectual and developmental disabilities,47(2), 135-146.
- Van den Broek, P.A.M. (2012). Samenwerken aan '(On)Beperkte Opvang', Handreiking voor maatschappelijke opvang en MEE, ondersteuning van mensen met een licht verstandelijke beperking in de maatschappelijke opvang.
- Veneberg, G. (2010). LVG in de GGZ, Specialistische geestelijke gezondheidszorg aan mensen met een lichte verstandelijke beperking. Utrecht: Trimbos-instituut en Universiteit Utrecht.



Deze toolkit is een eindproduct van: Berger, I. (2016).

Een vermoeden van...En dan? Een kwalitatief onderzoek naar goede zorg voor mensen met een Licht Verstandelijke Beperking in de ambulante GGZ, met aandacht voor zelfmanagement en ondersteuningsbehoeften.

Masterthese MANP: Rotterdam.

