

# (SG) LVG

Competentieprofiel voor beroeps-krachten in het primaire proces van de gehandicaptenzorg die behandeling en begeleiding bieden aan mensen met een licht verstandelijke beperking met ernstige gedragsproblemen

<b>Voorwoord</b>	3
<b>1 Inleiding</b>	6
1.1 Aanleiding, functie en totstandkoming van het competentieprofiel (SG)LVG	6
1.2 Kenmerken van het competentieprofiel (SG)LVG	8
<b>2 Beschrijving van de doelgroep</b>	11
2.1 Typering van (SG)LVG cliënten	11
2.2 Het behandelen en begeleiden van (SG)LVG-clieënten	13
2.3 Enkele opmerkingen over de processen in de behandeling en begeleiding	18
<b>3 Kernopgaven</b>	20
<b>4 Competenties</b>	23
<b>Bijlagen</b>	
1 Samenstelling van de Werkgroep en Klankbordgroep (SG)LVG	34
2 Geraadpleegde bronnen	36
3 Taken en kernopgaven	37
4 Competenties	39
5 Niveaus van beroepsuitoefening	44

Voor u ligt het verdiepend competentieprofiel voor beroepskrachten in het primaire proces van de gehandicaptenzorg die behandeling en begeleiding bieden aan mensen met een licht verstandelijke beperking met ernstige gedragsproblemen – kortweg: het competentieprofiel (SG)LVG jeugd en volwassenen. Het is opgesteld door de Werkgroep (SG)LVG van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN). Het Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt (KBA) zorgde voor de procesbegeleiding en inhoudelijke ondersteuning.

### *Leeswijzer*

In dit competentieprofiel (SG)LVG jeugd en volwassenen wordt systematisch beschreven welke *specifieke competenties* nodig zijn voor het behandelen en begeleiden van (SG)LVG-cliënten. De ondersteuning van (SG)LVG-cliënten wordt uitgevoerd door instellingen voor verstandelijk gehandicapten (VG-instellingen of door specifieke behandelcentra). Deze behandelcentra vormen een derdelijnsvoorziening waarin zij cliënten behandelen op basis van tijdelijke klinische opname. Omdat hun cliënten worden gekenmerkt door een hoog risicoprofiel met vaak complexe psychiatrische co-morbiditeit en/of forensische problematiek, hebben zij specifieke infrastructurele kenmerken, specifieke werkwijzen en specifieke regelingen rondom verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Daardoor is het noodzakelijk dat de kennis en expertise van medewerkers diepgaand, meer geëxpliciteerd en gesystematiseerd wordt beheerst. Om deze reden is bij de beschrijving van de competenties onderscheid gemaakt tussen behandelcentra en VG-instellingen.

Met ‘specifieke competenties’ geven we aan dat dit competentieprofiel geen volledig overzicht van alle competenties bevat, maar is toegespitst op competenties die onderscheidend zijn voor het werken met deze doelgroep. Het competentieprofiel (SG)LVG jeugd en volwassenen is te lezen als een aanvulling op het *Landelijk competentieprofiel beroepskrachten primair proces gehandicaptenzorg* en op het *Beroepscompetentieprofiel voor professionals met een hogere functie (niveau D) in het primaire proces van de gehandicaptenzorg* (verder in dit profiel aangeduid als de beroepscompetentieprofielen).

Dit verdiepend competentieprofiel is vooral gericht op de ondersteuning en begeleiding van de cliënt. De ondersteuning aan

de omgeving van de cliënt (gezinsysteem e.d.), het systeemgericht werken, komt in dit profiel minder naar voren. De competenties die voortvloeien uit het systeemgericht werken worden op termijn aan de beroepscompetentieprofielen toegevoegd.

In *hoofdstuk 1* wordt de werkwijze beschreven die is gehanteerd bij het opstellen van dit competentieprofiel. Dit hoofdstuk is vooral bestemd voor lezers die zijn geïnteresseerd in achtergrondinformatie over het competentieprofiel: de functie ervan, de totstandkoming en een verantwoording van de werkwijze.

In *hoofdstuk 2* wordt de doelgroep (SG)LVG-cliënten getypeerd en wordt aangegeven wat kenmerkend is voor het behandelen en begeleiden van deze doelgroep. Dit wordt vervolgens nader uitgewerkt in *hoofdstuk 3* en *hoofdstuk 4*, waarin respectievelijk de kernopgaven en de competenties worden beschreven die specifiek zijn voor het begeleiden en behandelen van (SG)LVG-cliënten.

In de tekst wordt regelmatig verwezen naar de beroepscompetentieprofielen. De taken, kernopgaven en competenties uit deze profielen zijn opgenomen in de *bijlagen 3* en *4*.

### *Terminologie*

In dit competentieprofiel wordt de term *(SG)LVG-cliënten* gebruikt voor mensen met een licht verstandelijke beperking - van alle leeftijden - met ernstige gedragsproblemen, die worden behandeld en begeleid vanuit de gehandicaptenzorg. Daarbij kan het gaan om specifieke behandelcentra en om instellingen voor mensen met een verstandelijke, zintuiglijke en/of lichamelijke beperking. De afkorting (SG)LVG is een samentrekking van SGLVG en LVG, die in de huidige organisatie van de zorg verwijzen naar volwassen respectievelijk jeugdige cliënten.

Omwille van de leesbaarheid wordt in plaats van ‘competentieprofiel (SG)LVG jeugd en volwassenen met ernstige gedragsproblemen’ ook de verkorte term *competentieprofiel (SG)LVG* gebruikt.

De term *begeleider* wordt in dit competentieprofiel gebruikt als verzamelbegrip voor functies - van uiteenlopend functieniveau - in het primaire proces van de gehandicaptenzorg. Instellingen voor gehandicaptenzorg gebruiken voor deze functies verschillende benamingen zoals assistent begeleider, begeleider, woonbegeleider,

activiteitenbegeleider, persoonlijk begeleider, senior begeleider, coördinerend begeleider, etc.

Onder *behandelcentra* worden instellingen bedoeld die aangesloten zijn bij de Borg of het VOBC / LVG. De focus van deze instellingen is gericht op de tijdelijke behandeling van de cliënt. De begeleider heeft vaak een specifiek aandeel in deze behandeling, vooral in gedragsmatige trainingen, psycho-educatie modules en vaardigheidstrainingen en in het geven van feedback aan de cliënt. In deze gevallen wordt ook de functiebenaming sociotherapeut en (co-)trainer gebruikt.

# 1

In dit inleidende hoofdstuk wordt beschreven waarom en hoe het verdiepend competentieprofiel tot stand is gekomen (paragraaf 1.1) en wordt aangegeven hoe dit competentieprofiel zich verhoudt tot de beroepscompetentieprofielen (paragraaf 1.2). De informatie over de relatie tussen het verdiepend competentieprofiel (SG)LVG jeugd en volwassenen met ernstige gedragsproblemen en de beide beroepscompetentieprofielen is van belang om de vervolghoofdstukken in perspectief te kunnen plaatsen.

## 1.1

### Aanleiding, functie en totstandkoming van het competentieprofiel (SG)LVG

#### *Een competentieprofiel (SG)LVG*

In 2005 is het *Landelijk competentieprofiel beroepskrachten primair proces gehandicaptenzorg* en in 2008 het *Beroepscompetentieprofiel voor professionals met een hogere functie (niveau D) in het primaire proces gehandicaptenzorg* verschenen. Beide beroepscompetentieprofielen beslaan het merendeel van de taken, kernopgaven en competenties van de cliëntgebonden medewerkers in de gehandicaptenzorg. Voor de begeleiding van specifieke doelgroepen is echter aanvullende deskundigheid nodig. Licht verstandelijk gehandicapten met ernstige gedragsproblematiek zijn zo'n specifieke doelgroep. Dit competentieprofiel (SG)LVG brengt in kaart welke 'extra' competenties nodig zijn voor het behandelen en begeleiden van (SG)LVG-cliënten.

#### *Totstandkoming en functie van het competentieprofiel*

Personen met een lichte verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen vormen een complexe doelgroep met een eigen hulpvraag. De professionele begeleiders van deze cliënten moeten dan ook over specifieke expertise en competenties kunnen beschikken. In de praktijk blijkt dat de vereiste specifieke taakinhoud, kennis en competenties en de infrastructurele inpassing hiervan samenhangen met variabelen als leeftijd van de doelgroep, gevaarsintensiteit, de mate waarin behandeling centraal staat, co-morbiditeit en dergelijke. Daarbij wordt in tijdelijke behandelsettings meer gevraagd van de

mate van explicitering op kennisniveau, het kunnen hanteren van meerdere verklaringsmodellen en paradigma's, het kunnen wisselen van perspectieven en dergelijke. Het opleidingsaanbod op dit terrein wordt echter door het werkveld ervaren als gefragmenteerd en ondoorzichtig.

In het najaar 2006 is de VGN gestart met het opstellen van verdiepingsprofielen die de competenties beschrijven die nodig zijn voor een goede dienstverlening aan bepaalde groepen cliënten. Deze verdiepingsprofielen bouwen voort en sluiten aan op de landelijke beroepscompetentieprofielen voor de gehandicaptenzorg. Het doel van dit project is om te komen tot een gemeenschappelijke standaard voor instellingen waarmee zij gericht opleidingsmodules, informatie en kennis kunnen uitwisselen en de professionaliteit van de medewerkers kunnen verhogen. Dit alles zoveel mogelijk via digitale weg zoals de database "Opleidingen voor de gehandicaptenzorg". Deze database is te raadplegen op de website [www.kennisportalgehandicaptenzorg.nl](http://www.kennisportalgehandicaptenzorg.nl). Als pilot is gestart met twee profielen, één gericht op cliënten met niet aangeboren hersenletsel (NAH) en één gericht op cliënten met ernstige meervoudige beperkingen (EMB). Deze verdiepende competentieprofielen kunnen op termijn ook worden benut voor (externe) legitimatie van het opleidingsaanbod van de instellingen. Hiermee kan de aanwezige professionaliteit van de medewerkers objectiever worden aangetoond aan derden (bijvoorbeeld: zorgkantoor, oudervereniging of Inspectie voor de Gezondheidszorg).

De *belangrijkste functie* van het competentieprofiel (SG)LVG is het bieden van een - door het werkveld gedragen - inhoudelijke standaard waaraan bestaande opleidingen kunnen worden gespiegeld en op basis waarvan nieuwe opleidingen kunnen worden ontwikkeld. Een dergelijke standaard kan bijdragen aan het vergroten van de transparantie van het opleidingsaanbod, de kennisdeling tussen en binnen instellingen en het certificeren van opleidingen. Ook kunnen de verdiepende competentieprofielen worden benut bij de vraagarticulatie richting de reguliere opleidingsinstellingen zoals roc's.

Het competentieprofiel kan ook andere functies vervullen. Het kan worden gebruikt in het personeelsbeleid van instellingen, bijvoorbeeld als informatiebron om na te gaan in hoeverre de medewerkers beschikken over de benodigde competenties en om de opleidingsbehoeften of scholingsnoodzaak te inventariseren, als informatiebron ten behoeve van loopbaangesprekken/POP's of bij de werving en selectie van nieuwe medewerkers. Daarbij is het

mogelijk dat in specifieke settings aanvullingen op dit profiel gewenst zijn. Hiervoor verwijzen wij u naar de handreiking *Werken met competentieprofielen*. Zo brengt het werken met jeugdigen de noodzaak van het kunnen hanteren van systemische problematiek met zich mee, waarbij ook gezinsleden behoren bij het cliëntsysteem. Ook moeten beroepskrachten kunnen omgaan met loyaliteitsconflicten tussen ouders en hulpverleners, en het het feit, dat het bij jeugdigen niet altijd aangewezen is de problematiek verbaal expliciet te maken, maar dat men soms moet kiezen voor omwegen om groei te kunnen realiseren.

### *Draagvlak competentieprofiel*

Het competentieprofiel (SG)LVG is in nauwe samenwerking met de deskundigen vanuit gehandicaptenzorginstellingen tot stand gekomen. In januari 2009 is de laatste conceptversie ter beoordeling aan de gehandicaptenzorginstellingen voorgelegd. Zij hebben dit profiel als standaard geaccepteerd. De opmerkingen uit deze validatiebijeenkomsten zijn in deze definitieve versie verwerkt.

## **1.2**

### **Kenmerken van het competentieprofiel (SG)LVG**

#### *Beroepscompetentieprofielen als referentiekader*

De taken, kernopgaven en competenties uit de beroepscompetentieprofielen, zijn voor een groot deel ook van toepassing voor beroepskrachten die (SG)LVG-cliënten begeleiden en behandelen. Voor een deel is er bij hen sprake van een ‘extra’ in de vorm van een aanvulling of een toespitsing. Het verdiepende competentieprofiel (SG)LVG is er op gericht om juist dit ‘extra’ te beschrijven. Hieruit vloeit voort dat in het competentieprofiel (SG)LVG:

- *niet* de taken, kernopgaven en competenties uit de beroepscompetentieprofielen worden herhaald. Het competentieprofiel (SG)LVG is immers een standaard voor het ontwikkelen van specifiek op de (SG)LVG gerichte opleidingen, niet gericht op de basis maar op het ‘extra’.
- *Wel* wordt voortgebouwd op de beroepscompetentieprofielen. Door de basisprofielen als vertrekpunt te nemen en er naar te verwijzen kan helder worden aangegeven wat typerend of onderscheidend is.



Zowel wat betreft de structuur en opbouw (a.) als wat betreft de inhoud (b.) bouwt het competentieprofiel (SG)LVG voort op de beroepscompetentieprofielen.

a. Het te ontwikkelen competentieprofiel volgt de structuur van de beroepscompetentieprofielen en bestaat in grote lijnen uit dezelfde kernelementen. Het competentieprofiel (SG)LVG jeugd en volwassenen bestaat uit:

- een *beschrijving van (SG)LVG*;
- de (specifieke) *kernopgaven* waarmee de beroepskracht die (SG)LVG-cliënten begeleiden en behandelen mee wordt geconfronteerd;
- de (specifieke) *competenties* waarover de beroepskracht dient te beschikken.

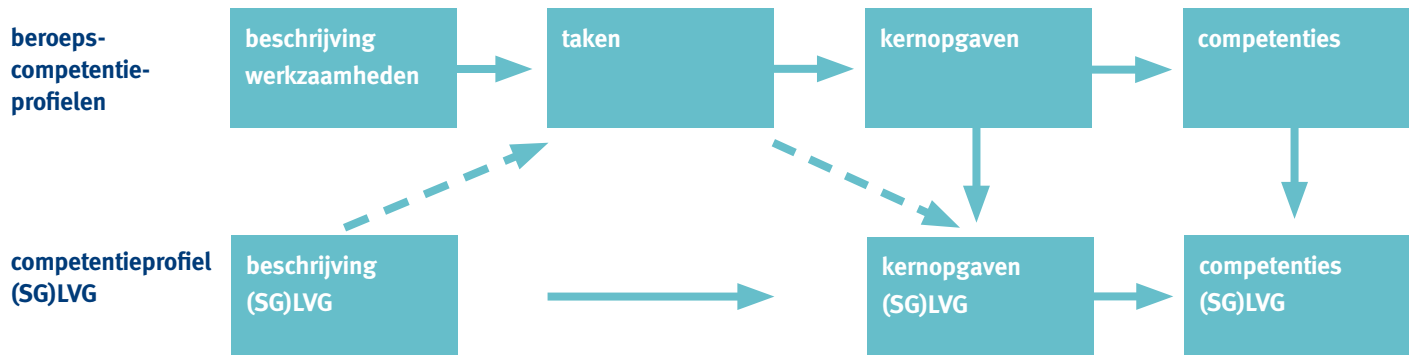
In het competentieprofiel (SG)LVG zijn geen *taken* geformuleerd; in dit opzicht wordt verwezen naar de beroepscompetentieprofielen. Hiervoor is gekozen omdat in de optiek van de werkgroep (SG)LVG de taken voor het ondersteunen van (SG)LVG-cliënten in de meeste gevallen niet wezenlijk afwijken van de taken zoals beschreven in de beroepscompetentieprofielen. In specifieke situaties binnen de behandelcentra kunnen aanvullende taken voorkomen zoals bij de betrokkenheid van de begeleider als sociotherapeut in psycho-educatieve modules, vaardigheidstrainingen, motiverende gespreksvoering en risicomanagement.

b. De kernopgaven en competenties in het competentieprofiel (SG)LVG worden enerzijds afgeleid uit de beroepscompetentieprofielen door het beantwoorden van de volgende vragen: welke kernopgaven en competenties zijn ‘onverkort’ van toepassing voor het werken met de doelgroep (SG)LVG), welke dienen aangepast of toegespitst te worden, en zijn er voor het begeleiden van (SG)LVG-cliënten kernopgaven of competenties aan de orde die niet in de beroepscompetentieprofielen zijn beschreven?

Anderzijds vloeien de kernopgaven en competenties voort uit de beschrijving van (SG)LVG. In deze beschrijving worden kenmerken van de doelgroep (SG)LVG-cliënten geschetst, vervolgens wordt aangegeven wat de betekenis hiervan is voor de begeleider van deze cliënten: wat maakt het werk anders, met welke kritische situaties of dilemma’s wordt deze begeleider geconfronteerd en wat is cruciaal om hier goed mee om te gaan? Op basis hiervan is, als een soort ‘check’ op het afleiden van de kernopgaven en competenties uit de basisprofielen, nagegaan of de essentie van het werken met de doelgroep (SG)LVG voldoende tot

uitdrukking komt in de kernopgaven en competenties.

Schematisch kan het bovenstaande als volgt worden weergegeven:



*Figuur 1: Relatie van het competentieprofiel (SG)LVG met het Landelijk competentieprofiel beroepskrachten primair proces gehandicaptenzorg en het Beroepscompetentieprofiel voor professionals met een hogere functie (niveau D) in het primaire proces van de gehandicaptenzorg*

#### *Afbakening van het competentieprofiel*

Het competentieprofiel (SG)LVG heeft, zoals de ondertitel aangeeft, betrekking op beroepskrachten in het primaire proces van de gehandicaptenzorg die behandeling en begeleiding bieden aan (SG)LVG-cliënten. Evenals de beroepscompetentieprofielen behoren medewerkers in de paramedische zorg niet tot de doelgroep van dit competentieprofiel. Hetzelfde geldt voor staffunctionarissen en leidinggevendenden.

In dit hoofdstuk worden in paragraaf 2.1 eerst enkele kenmerken van de doelgroep (SG)LVG-cliënten besproken. Daarna wordt in paragraaf 2.2 aangegeven wat de betekenis hiervan is voor de begeleider van deze cliënten: wat maakt het werk anders, met welke kritische situaties of dilemma's wordt de begeleider geconfronteerd en wat is cruciaal om hier goed mee om te gaan?

## 2.1

### Typering van (SG)LVG-cliënten

#### *Doelgroep*

In dit competentieprofiel wordt de term *(SG)LVG-cliënten* gebruikt voor mensen met een licht verstandelijke beperking - van alle leeftijden - met ernstige gedragsproblemen, die worden behandeld en begeleid vanuit de gehandicaptenzorg. Het betreft cliënten die te maken hebben met een combinatie van beperkingen en problemen. Die kunnen variëren van leerproblemen, psychiatrische problemen, sociale problemen, sociaal-emotionele problemen tot (vooral) emotionele problemen. Juist de combinatie van beperkingen en problemen leidt bij deze doelgroep vaak tot (ernstige) gedragsproblematiek. Daarbij verschillen (SG)LVG-cliënten in de mate van complexiteit van de problematiek, de mate van psychiatrische co-morbiditeit en de mate van forensische problematiek. In sommige gevallen is er sprake van een verblijfssituatie respectievelijk woonsetting terwijl er in andere gevallen sprake is van intensieve behandeling op basis van tijdelijkheid van verblijf zodat je zou kunnen zeggen, dat de zorg wordt aangeboden op zowel tweede als in derdelijnsniveau.

Voor het intellectueel functioneren wordt uitgegaan van een IQ tussen 50 en 85. Als we dit afzetten tegen gangbare indelingen in de ernst van de verstandelijke beperking, betekent dit dat - onder de conditie van ernstige gedragsproblemen - behalve mensen met een licht verstandelijk beperking (IQ 50 - 70) ook zwakbegaafden (IQ tussen 70 en 85) tot de doelgroep (SG)LVG wordt gerekend. Kenmerkend voor deze doelgroep is dat zij in verbaal, emotioneel en sociaal opzicht functioneren op drie verschillende niveaus en dat zij moeite hebben om zich (zonder hulp) te handhaven in maatschappelijke verbanden (het sociale systeem waar ze deel van uitmaken). Bij (SG)LVG-cliënten is sprake van een beperkt sociaal aanpassingsvermogen.



## Voorzieningen voor (SG)LVG-cliënten

In de gehandicaptenzorg bestaan voor de doelgroep (SG)LVG de volgende voorzieningen:

### 1. Behandelcentra

- a. *Orthopedagogische behandelcentra (OBC's)*, die behandeling en begeleiding bieden aan LVG-jeugdigen. In de OBC's worden jaarlijks ca. 10.000 jeugdigen behandeld, 3.000 residentieel en 7.000 ambulante. Deze behandelcentra werken op het raakvlak van de jeugd-GGZ, (speciaal) onderwijs en justitiële jeugdzorg. Een klein deel van de jeugdige LVG-cliënten wordt behandeld in Multifunctionele centra (MFC's). Dit zijn samenwerkingsverbanden tussen OBC's en GGZ-instellingen.
- b. *Behandelcentra voor sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG)*, waar met name volwassen LVG-ers worden behandeld. Deze behandelcentra werken op het snijvlak van de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, jeugdzorg, de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en forensische zorg. Het betreft cliënten met meervoudige complexe problematiek, bij wie eerdere pogingen tot behandeling niet of niet voldoende zijn geslaagd. Het aantal behandelplaatsen in de SGLVG-behandelcentra bedraagt ongeveer 279 (groeïend naar 400 in 2011), waarvan een deel wordt ingevuld door de forensische gehandicaptenzorg.

### 2. Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (VG-instellingen)

De omvang van de doelgroep (SG)LVG-cliënten in de VG-instellingen is niet bekend. Wel bekend is dat het aantal (SG)LVG-cliënten in deze instellingen de afgelopen jaren sterk is toegenomen, mogelijk als gevolg van onder meer de (toenemende) complexiteit van de maatschappij, het sneller signaleren van probleemgedrag of overlast en de verbeterde signaleringssystematiek en diagnostiek. Een minderheid van deze cliënten - zowel jeugdigen als volwassenen - is eerder behandeld in bovengenoemde specifieke behandelcentra.

In de *behandelcentra* wordt de hulpverlening gekenmerkt door intensieve behandeling, gericht op het bewerkstelligen van gedragsverandering in een afgebakende periode. De problematiek van de cliënten is ernstig en complex; bij een deel van hen is ook sprake van forensische problematiek. Behandeling vindt zowel plaats op vrijwillige als op gedwongen basis. De behandelbaarheid

en behandelduur van de cliënt hangen samen met co-morbiditeit, kenmerken van de ontwikkeling, de mate waarin het mogelijk is te regisseren op contextvariabelen, verhogen van motivatie, de mate waarin het mogelijk is feedback te geven, de wijze waarop nagedacht is over fasering van de behandeling, verantwoordelijkheden en bevoegdheden, transparantie en haalbare doelen, het verhogen van competenties van de cliënt en zijn omgeving. Een belangrijke opgave is om te differentiëren naar leerervaringen van de afzonderlijke cliënten (op basis van individuele behandelplannen en -doelen). De behandeling is systeemgericht; vooral in de OBC's is sprake van een opvoedingsklimaat.

De *VG-instellingen* zijn ingericht op langdurig verblijf van de (SG) LVG-clieñten. Er is sprake van begeleiding en behandeling. (Toeleiding naar) dagbesteding vormt een belangrijk deel van de dienstverlening. In vergelijking met de behandelcentra staat de behandeling in VG-instellingen meer in het teken van consolidatie en het komen tot prothetische structuren waarbinnen de cliënt optimaal en zo veel mogelijk als gewone burger kan functioneren. In VG-instellingen is een ontwikkeling zichtbaar naar meer specialistische zorg voor (SG) LVG-clieñten en een daarmee gepaard gaande professionalisering en opbouw van expertise.

Gezien de beperkingen en problemen van de doelgroep (SG)LVG hebben cliënten (en dus ook de begeleiders) te maken met instanties uit diverse werkerreinen: de gehandicaptenzorg, jeugdzorg, GGZ, justitie, de verslavingszorg en het onderwijs. Vanuit een netwerkaanpak werken instanties uit deze sectoren - binnen de wettelijke kaders - nauw samen om de benodigde behandeling en begeleiding te kunnen realiseren. Dit profiel richt zich op de begeleiders van (SG)LVG-clieñten die werkzaam zijn in de behandelcentra en de VG-instellingen. Vanuit deze settings kunnen de cliënten ook in hun gezins- of thuissituatie worden behandeld en begeleid. Deze ambulante behandeling en begeleiding vallen echter buiten het bestek van dit profiel.

## **2.2**

### **Het behandelen en begeleiden van (SG)LVG-clieñten**

De combinatie van onderstaande aspecten maakt dat het werken met de doelgroep (SG)LVG zich onderscheidt van het werken met andere doelgroepen.

## *1. (On)zichtbaarheid van de beperkingen*

Bij (SG)LVG-cliënten is sprake van cognitieve en leerproblemen. Dit heeft onder andere tot gevolg dat bij het aanleren van vaardigheden veel herhaling nodig is, en het accepteren van de beperking is moeilijk. De verstandelijke beperking is echter vaak moeilijk zichtbaar. Daarnaast zijn (SG)LVG-cliënten vaak in sociaal-emotioneel opzicht minder volwassen dan het cognitieve functioneren doet vermoeden. Hierdoor bestaat het risico van overschatting van de cliënt en een verkeerde bejegening. De begeleider doet daarom ook aan bemoeizorg: begeleiding van cliënten die daar niet zelf om kunnen vragen of die, anders gezegd, zelf geen regie kunnen voeren en daarom niet de hulp krijgen die ze nodig hebben. Daarvoor moet de begeleider kennis hebben van de beperkingen van (SG)LVG-cliënten, deze kennis kunnen toepassen om een inschatting te kunnen maken van de mogelijkheden en beperkingen van de individuele cliënt, en de communicatie en bejegening hierop kunnen afstemmen.

## *2. Agressie en crisissituaties*

(SG)LVG-cliënten hebben te maken met gedragsproblematiek. Dat kan vele vormen aannemen, bijvoorbeeld: zich niet houden aan regels en afspraken (huisregels, school, werk), ontwijkend en provocatief gedrag, en ook agressie en criminaliteit. Daarnaast beschikken ze niet over het vermogen om grenzen te stellen (grensoverschrijdend gedrag). Bij crisis- en conflicthantering is preventie een sleutelwoord. Van belang hierbij is onder meer: de psychische en sociaal-emotionele gesteldheid van de cliënt goed kunnen inschatten, kunnen signaleren of een situatie uit de hand dreigt te lopen, kunnen de-escaleren in bejegening en communicatie. Daarnaast dient een begeleider adequaat te kunnen reageren in crisissituaties. Het kunnen hanteren van stressgerelateerde problematiek is hierbij van groot belang. In woonsituaties met (SG)LVG-cliënten zal dit doorgaans betrekking hebben op het kunnen onderkennen hiervan, het systematisch gebruikmaken van signaleringsplannen en de-escalatie technieken en het bevorderen van sociale vaardigheden met behulp van trainingen. Bij LVG-jeugdinstellingen is hierbij het aansluiten bij hechtingsstoornissen en daarbij behorende interventietechnieken een belangrijk paradigma. Bij SGLVG-behandelcentra zullen tevens psychotherapeutische beïnvloedingsmethoden een belangrijke plaats innemen. In al deze

gevallen heeft dit consequenties voor de beïnvloedingstechnieken door de groepsleiding worden gehanteerd en de daarbij behorende competenties en benodigde kennis.

### *3. Zelfbeeld*

Veel (SG)LVG-cliënten hebben een negatief zelfbeeld. Zij hebben veel faalervaringen gehad en zijn geneigd situaties eerder als negatief te beoordelen. Aan de andere kant hebben zij vaak geen realistisch beeld van de eigen mogelijkheden en beperkingen en zien zij zichzelf niet als gehandicapt, met als gevolg dat men zichzelf overschat. Veel (SG)LVG-cliënten hebben moeite om hulpverlening te accepteren.

Het creëren van een veilige omgeving en het zijn van een betrouwbare partner zijn basisvoorwaarden voor het behandelen en begeleiden van (SG)LVG-cliënten. Een begeleider moet empathisch zijn, de cliënt kunnen respecteren zoals hij is, maar ook consequent en duidelijk zijn en grenzen kunnen stellen. Omdat eenduidigheid in de begeleiding binnen een team van groot belang is, moet de begeleider goed kunnen samenwerken en feedback kunnen geven én ontvangen. Zelfkennis en het vermogen tot zelfreflectie zijn een vereiste.

### *4. Behandelperspectief*

Meer dan bij andere doelgroepen in de gehandicaptenzorg staat de hulpverlening aan (SG)LVG-cliënten in het teken van behandeling. Dit geldt het meest uitgesproken voor de behandelcentra, waar de behandeling, die in de tijd gezien begrensd is, gericht is op het bewerkstellingen van verandering of verbetering van het gedrag van de cliënt. Maar ook in de op langdurig verblijf ingerichte VG-instellingen speelt op consolidatie gerichte behandeling bij deze cliëntdoelgroep in meer of mindere mate een rol. De begeleider moet - veelal (zeker in behandelsettings) onder eindverantwoordelijkheid en coördinatie van een gedragskundige en op basis van het door die gedragskundige opgestelde behandelplan - in staat zijn om behandeldoelen te vertalen naar de dagelijkse praktijk. Goed kunnen observeren en signaleren is onontbeerlijk, onder meer om het effect van behandelingen (therapie, training, medicatie etc.) te kunnen waarnemen. De begeleider moet onder meer beschikken over kennis van diagnose-instrumenten en behandelinterventies, en over trainingsvaardigheden. Ook moet hij

kennis kunnen overdragen en multidisciplinair kunnen werken. In bijzonder in de residentiële settings is het van belang dat de begeleider in staat is om leerervaringen en gedragsverandering van cliënten te bewerkstelligen binnen de context van een (steeds wisselende) groep (groepsdynamica). Voorts moet de begeleider ook oog hebben voor het aspect van de maatschappelijke veiligheid en daar naar kunnen handelen.

In de behandelcentra is bij een deel van de cliënten sprake van gedwongen opname. Voor de begeleider houdt dat in dat hij kennis moet hebben van de verschillende titels waaronder de cliënten worden geplaatst en dat hij moet kunnen omgaan met mogelijke weerstand van cliënten tegen de opgelegde behandeling.

### *5. Sociaal-emotionele omgeving*

De sociale omgeving speelt een grote rol in de behandeling en begeleiding van (SG)LVG-cliënten, in verschillende opzichten. De sociale omstandigheden waarin (SG)LVG-cliënten zijn opgegroeid, zijn vaak slechter dan gemiddeld. Dat geldt zowel voor de sociaal-economische achtergrond als voor de gezins- en opvoedingssituatie. Dit vormt een van de achtergronden van de problematiek van de cliënt.

De omgeving is complex en (SG)LVG-cliënten hebben moeite deze omgeving te duiden. Hierdoor, en door faalervaringen treedt stress op waar zij op eigen kracht moeilijk mee om kunnen gaan. Zij zijn hiervoor sterk afhankelijk van de hulp van anderen, maar in hun sociale netwerk is deze hulp niet altijd te verwachten of niet adequaat. Binnen de directe cliëntomgeving is veelal sprake van beperkingen, bijvoorbeeld in de zin dat de ouders zelf ook een lichte verstandelijke beperking hebben.

(SG)LVG-cliënten zijn gemakkelijk beïnvloedbaar, ook door negatieve krachten in de sociale omgeving. Mede daardoor komen criminaliteit, verslaving, en seksueel overschrijdend gedrag naar verhouding veel voor. Dit kan overlast veroorzaken voor de omgeving, wat een bron van nieuwe spanningen en conflicten kan zijn.

De sociale omgeving (en het creëren daarvan) speelt daarom een grote rol in het werk van de begeleider. De begeleider moet het sociale netwerk van de (SG)LVG-cliënt goed kennen, evenals het netwerk van (hulpverlenings)instanties zoals jeugdzorg, GGZ, justitie en verslavingszorg. De begeleider moet de cliënt kunnen begeleiden en trainen in het aangaan van positieve contacten met de omgeving,



en kunnen omgaan met spanningen tussen de cliënt en de omgeving (waarbij de begeleider de rol heeft van ambassadeur van volwaardig burgerschap).

Bij veel cliënten is er sprake van hechtingsproblematiek. Kennis van ontwikkelingstheorieën en competenties met betrekking tot het omgaan hiermee zijn essentiële ingrediënten van het competentie profiel.

## *6. Psychopathologie en co-morbiditeit*

Hoewel gedragsstoornissen kunnen worden geclassificeerd binnen de gangbare psychopathologische indelingscriteria worden ze niet gekenmerkt door klassieke kenmerken van psychiatrische ziekte (kenmerkend beloop, kenmerkende pathofysiologische mechanismen en dergelijke), maar juist door multiële gedetermineerdheid en een grote verscheidenheid aan dynamiek. Er is echter sprake van een aanzienlijke co-morbiditeit. Vooral betreft dit de zogenaamde ontwikkelingspsychiatrische stoornissen zoals autisme spectrum stoornissen, ADHD, tic-stoornissen en oppositioneel opstandige gedragsstoornissen. Vooral bij ernstige gedragsproblematiek zoals die behandeld wordt in de behandelcentra is er tamelijk vaak sprake van ernstige psychopathologie in engere zin (unipolaire en bipolaire stemmingsstoornissen, psychotische aandoeningen als schizofrenie en verslavingen) en is gespecialiseerde psychofarmacologische behandeling en monitoring, naast specifieke psychologische, systemische en psycho-educatieve behandeling noodzakelijk. Dit heeft consequenties voor de competenties van de begeleiders. Zij moeten extra kennis hebben van belangrijke bijwerkingen van medicatie en moeten een rol kunnen spelen in het proces van psycho-educatie en dergelijke.

In alle sectoren van de (SG)LVG zorg wordt men vaak geconfronteerd met angststoornissen, traumatisering, effecten van verwaarlozing, mishandeling en misbruik. In de behandeling hiervan wordt gebruikgemaakt van gespecialiseerde modules. Gebruik van deze modules heeft implicaties voor het benodigde kennisprofiel van de begeleiders. Als er sprake is van intensieve, focale behandeling zoals die gebeurt in sommige behandelcentra vraagt dit om geëxpliciteerde kennis en geëxpliciteerde procedures en behandelprogramma's .

### 2.3

#### Enkele opmerkingen over de processen in de behandeling en begeleiding

De groep cliënten waarop dit verdiepend competentieprofiel betrekking heeft is erg heterogeen en hetzelfde geldt voor de zorginstellingen die de behandeling en begeleiding verzorgen.

Heterogeniteit: wat de cliënten gemeenschappelijk hebben is dat hun gedrag sterk ontregelend werkt op de omgeving en dat het moeilijk is om de omgeving zo in te richten, dat de cliënt zo normaal mogelijk kan leven en optimale groeimogelijkheden en ontwikkelingsmogelijkheden heeft. Er bestaan echter grote verschillen in co-morbiditeit, achterliggende ontwikkelingsdynamiek, behandelingsmogelijkheden, leeftijd en de mate waarin de omgeving betrokken moet worden in de zorg.

Men zou kunnen zeggen dat het realiseren van een veilig woonklimaat, welk in staat is grenzen aan te geven, de cliënt zo min mogelijk bloot te stellen aan loyaliteitsconflicten, werkdoelen te formuleren en perspectief te geven een eerste voorwaarde is. Dit is gemeenschappelijk voor alle betrokken instellingen.

In de instellingen waarin het wonen centraal staat zal dit vooral gestalte krijgen in de vorm van prothesen, met andere woorden dat wat noodzakelijk is in de fysieke en bejegeningcontext om een optimaal functioneren mogelijk te maken, waarbij er zo min mogelijk sprake is van hinder of gevaar voor zichzelf of de omgeving.

In jeugdinstanties wordt dit uitgebreid met het bieden van continuïteit in schoolsituatie en woonsituatie, een doordacht beleid ten aanzien van contacten met ouders en de kinderbeschermingsinstanties. In deze instellingen staan vaak complexe loyaliteiten centraal. Een extra complicatie ligt in het gegeven, dat in bepaalde fasen van de ontwikkeling een meer indirecte benadering van de problematiek (gericht op het creëren van gunstige condities voor de ontwikkeling) meer aangewezen is dan een meer focale behandelvorm. Een andere complicatie ligt in de vaak centrale rol van hechtingsproblematiek.

In LVG behandelcentra, vindt dit een vorm in de aanbidding van gespecialiseerde behandelvormen, meer intensieve trajecten ten aanzien van het originele milieu, en verder in beschermende maatregelen.

In SGLVG behandelcentra is er sprake van tijdelijke behandeling, waarin niet het aanbieden van prothesen centraal staat maar het creëren van condities voor verandering in engere zin en het aanbieden van specifieke behandelprogramma's en behandelmodulen. Hierdoor staan de behandelprogramma's voortdurend centraal, wordt explicieter stilgestaan bij de plek van elke interventie in het geïntegreerde totaal en staan psychotherapeutische interventiemethoden veel meer op de voorgrond. Omdat er vaker sprake is van meer ernstige psychiatrische co-morbiditeit heeft de psychiater een vaste plaats in de behandelstaf en heeft de behandeling in een aantal gevallen een specifiek medisch psychiatrisch coloriet. In een aantal gevallen gaat het om cliënten met forensische problematiek of die anderszins een gevaar kunnen zijn voor zichzelf of de omgeving. Hierdoor staat het veiligheidsaspect meer nadrukkelijk op de voorgrond.

Hoewel er dus veel gemeenschappelijk is in het bieden van de noodzakelijke randvoorwaarden wat specifieke competenties vraagt van de organisatie en haar medewerkers zijn er aanzienlijke verschillen in de nadere uitwerking van het aanbod en de plek van de groepsleiding hierin.

Natuurlijk is er een behoorlijke overlap tussen de verschillende instellingen. Ook in instellingen waarin het wonen centraal staat wordt behandeld en vaak zijn hier ook mogelijkheden aanwezig voor bijvoorbeeld EMDR, sociale vaardigheidstrainingen, training in stressregulatie en zijn er (al dan niet consulterend) psychiaters. Verschillen komen echter naar voren op het niveau van de betreffende deeleenheid. Dit komt tot uiting in o.a. de logistieke procedures, verantwoordelijkheden en bevoegdheden, opleidingsplannen en borging.

Kernopgaven geven de keuzes en dilemma's weer waar een beroepskracht regelmatig mee in aanraking komt, die kenmerkend zijn voor het werk, en waarbij van de beroepskracht een oplossing en een aanpak wordt verwacht.

In het *Landelijk competentieprofiel beroepskrachten primair proces gehandicaptenzorg* worden tien kernopgaven beschreven. In het Competentieprofiel voor beroepskrachten met een hogere functie (niveau D) in het primaire proces van de gehandicaptenzorg zijn daar twee kernopgaven aan toegevoegd (zie bijlage 3 voor de titels van deze kernopgaven). Zoals beschreven in paragraaf 1.2, worden in dit competentieprofiel (SG)LVG alleen de kernopgaven beschreven die afwijken van de kernopgaven uit de beroepscompetentieprofielen. Het kan daarbij gaan om een *aanpassing/toespitsing* of om een *nieuwe kernopgave*. Waar dat van toepassing is, wordt tussen haakjes de 'corresponderende' kernopgave vermeld van de beroepscompetentieprofielen.

De kernopgaven zijn, zoals in de beroepscompetentieprofielen, geformuleerd in termen van dilemma's. In de titel van de kernopgave wordt dit uitgedrukt in de term 'versus' (bijvoorbeeld betrokkenheid versus distantie). Daarmee is niet bedoeld dat de beroepskracht een keuze moet maken voor één van beide 'polen', maar dat de beroepskracht regelmatig in situaties verkeert waarbij een afweging moet worden gemaakt in het spanningsveld tussen beide.

## **1. Beperkingen versus ontwikkelingsmogelijkheden** (nieuw in vergelijking met de beroepscompetentieprofielen)

Door gerichte tijdelijke behandeling kunnen (SG)LVG-cliënten beter worden toegerust om te functioneren in maatschappelijke verbanden. Voor een deel hebben zij als gevolg van beperkingen en stoornissen echter ook blijvende begeleiding nodig ('prothesezorg'), bijvoorbeeld in de vorm van structuur, stabiliteit of medicatie. Het is van belang dat de begeleider zich hiervan bewust is en hiernaar handelt. Dit vergt ook kennis van de beperkingen en stoornissen van de cliënten die verbaal, sociaal en emotioneel op verschillende niveaus functioneren. Het (beperkte) functioneren op het ene niveau is direct van invloed op het functioneren op een ander niveau. Tegelijkertijd dient de begeleider ook gericht te blijven op mogelijkheden voor verdere ontwikkeling en op het veranderen van negatieve denk- en gedragspatronen. Hierin bestaan verschillen tussen woonsettings voor verstandelijk gehandicapten met



ernstige gedragsproblemen en de behandelcentra. In alle gevallen is het noodzakelijk om attent te zijn op kenmerkende wijzen van denken en de opvatting van zichzelf en de situatie. Als er echter sprake is van een specifieke behandelsetting wordt de diagnostiek hiervan en de behandeling een essentieel stuk van de zorg en vraagt dit van de begeleiders extra vaardigheden en kennis. Hetzelfde geldt voor de beïnvloeding van gedrag en het gedragsrepertoire. In alle settings is het noodzakelijk om vaardigheden te hebben om het gedragsrepertoire van de cliënt uit te breiden, vooral ten aanzien van probleemoplossende vaardigheden en stressregulatie. Maar in behandelcentra moeten medewerkers op geëxpliciteerd niveau beschikken over deze vaardigheden en kennis.

## **2. Grenzen stellen versus vrijheid bieden** (vgl. kernopgaven 8 en 12)

Omdat eenduidigheid in de begeleiding van (SG)LVG-cliënten is geboden, dient de begeleider consequent en duidelijk te zijn, ook bij het aangeven van grenzen voor wat wel en niet kan. Jonge cliënten leren door ervaringen op te doen en zitten in een levensfase waarin door ‘experimenteren’ duidelijk wordt wat zij kunnen en wat bij hen past. Bij de behandeling en begeleiding moet daarom steeds worden gezocht tussen wat wel en niet kan. Dit varieert per cliënt en per situatie. Van de begeleider vraagt dit een goed observatievermogen, het kunnen werken binnen de kaders van behandel- of werkplannen, en het kunnen vragen en geven van feedback aan collega’s in het team en in multidisciplinair verband.

## **3. Grenzeloos gedrag versus begrensde mogelijkheden om bij te sturen** (vgl. kernopgave 11)

De gedragsproblematiek van (SG)LVG-cliënten uit zich onder andere in het zich niet houden aan regels en afspraken, in ontwijkend en provocatief gedrag en in agressie en criminaliteit. Ze zijn niet in staat om grenzen te stellen en vertonen grensoverschrijdend gedrag. De begeleider staat voor de opgave om binnen de - onder meer door de wettelijke kaders - begrensde middelen en mogelijkheden de cliënten structuur te bieden en adequaat te begeleiden. Dat betekent dat de begeleider creatief dient om te kunnen gaan met de mogelijkheden, om aldus met het oog op de veiligheid en het voorkomen van crisissituaties handelend op te kunnen treden (bijvoorbeeld durven separeren). In alle gevallen moet de begeleider in staat zijn tot inleving in de

belevingswereld van de cliënt, ook in zeer complexe situaties en bij sterk ontregelend gedrag. Ook hierbij zal in de behandelcentra deze kennis en expertise op meer geëxpliciteerd niveau aanwezig moeten zijn.

#### **4. Betrokkenheid versus distantie** (vgl. kernopgave 4)

De begeleider moet een betrouwbare partner voor de cliënt zijn. Dit kan bij (SG)LVG-cliënten een moeilijke opgave zijn, bijvoorbeeld vanwege een negatief zelfbeeld, het ontbreken van veiligheid en gehechtheid in de opvoeding, eerdere negatieve ervaringen en/of omdat zij moeite hebben om hulp te accepteren. Betrokkenheid en empathie zijn essentieel voor de begeleider. Tegelijkertijd moet de begeleider afstand bewaren om de functionele relatie met de cliënt niet uit het oog te verliezen en om objectief naar de situatie te kunnen blijven kijken. Emotioneel zelfinzicht is hierbij van belang.

Opbouwen van een betrouwbaar partnership geschiedt onder het motto *'zeggen wat je doet en doen wat je zegt'*. De begeleider moet daarbij in staat zijn om de relatie met de cliënt op professionele wijze te benutten bij de begeleiding en behandeling.

**Voortvloeiend uit de beschrijving van (SG)LVG (hoofdstuk 2) en de kernopgaven voor de begeleider van (SG)LVG-cliënten (hoofdstuk 3) worden in dit hoofdstuk de competenties beschreven die specifiek zijn voor het begeleiden en behandelen van deze cliënten. Die competenties moeten worden beschouwd als een verbijzondering van de beroepscompetentieprofielen. In deze profielen is geformuleerd welke competenties in het algemeen van belang zijn voor het werken als begeleider in de gehandicaptenzorg (zie voor een overzicht bijlage 4 van dit rapport). In dit competentieprofiel (SG)LVG worden alleen de competenties beschreven die 'extra' of 'anders' zijn. Het is als zodanig dus niet een volledig competentieprofiel, maar een toespitsing gericht op het werken met (SG)LVG-cliënten.**

Voorafgaand aan de beschrijving van de competenties gaan we kort in op drie aandachtspunten die van belang zijn voor een goed begrip van de rest van dit hoofdstuk: de gehanteerde niveau-indeling, het onderscheid tussen behandelcentra en VG-instellingen en de verhouding tussen kennis en competenties.

#### *Niveaus van beroepsuitoefening*

Net zoals in de beroepscompetentieprofielen gaan de competenties vergezeld van een procesbeschrijving, waarbij de processtappen worden toegedeeld aan één of meer van de niveaus (A, B, C en/of D) zoals die in de profielen worden onderscheiden. In dit competentieprofiel worden alleen de specifieke competenties en procesbeschrijvingen op niveau C en D beschreven. De benodigde competenties op A- en B-niveau zijn adequaat beschreven in het *Landelijk competentieprofiel beroepskrachten primair proces gehandicaptenzorg*. In bijlage 5 van dit competentieprofiel (SG)LVG worden de niveaus en de procedure voor het 'scoren' van de processtappen naar niveau kort toegelicht. In algemene zin kan hieraan worden toegevoegd dat in dit hoofdstuk, zoals in (beroeps)competentieprofielen gebruikelijk is, de competenties van een ervaren beroepsbeoefenaar worden beschreven.

*De niveaus A, B, C en D zijn te beschouwen als een overall beeld van de niveaus die in het primaire proces in de gehandicaptenzorg kunnen worden onderscheiden. Deze indeling zal lang niet altijd één op één corresponderen met de functieniveaus die in afzonderlijke instellingen voor gehandicaptenzorg worden onderscheiden.*



*Ook is de niveau-indeling A-B-C-D niet één op één vergelijkbaar met de niveau-indeling (1 t/m 5) van de kwalificatiestructuur en van de beroepsopleidingen. Dit betekent dat voor het gebruik van dit competentieprofiel - bijvoorbeeld als basis voor het ontwikkelen van opleidingen – een vertaling van de niveaus A, B, C en D naar de eigen situatie nodig is.*

### *Behandelcentra en VG-instellingen*

Bij het ‘scoren’ van de processtappen naar niveau is onderscheid gemaakt tussen behandelcentra en VG-instellingen. Bij de competenties 1 en 2 leidde dit niet tot verschillen in niveauscore. Besloten is om competenties gericht op behandeling te splitsen naar behandelcentra (competentie 3) en VG-instellingen (competentie 4). De processtappen bij deze competenties 3 en 4 zijn deels gelijk, deels verschillen ze van elkaar. Zoals aangegeven in hoofdstuk 2, moeten de verschillen tussen behandelcentra en VG-instellingen niet als absoluut worden opgevat.

### *Kennis en competenties*

Bij het formuleren van competenties - waarbij het gaat om het integreren van kennis, vaardigheden en attitudes - werd duidelijk dat een aantal kennisaspecten als *voorwaardelijk* kan worden beschouwd voor nagenoeg alle aspecten van de begeleiding en behandeling van (SG)LVG-cliënten. In verband met de leesbaarheid van dit hoofdstuk is er voor gekozen om deze kennisaspecten niet bij de uitwerking (de procesbeschrijvingen) van alle competenties afzonderlijk te vermelden, maar voorafgaand aan de competenties te beschrijven. Deze ‘voorwaardelijke kennis’ is als volgt geformuleerd:

De begeleider (SG)LVG moet beschikken over kennis van de doelgroep (SG)LVG-cliënten en van de gevolgen van en interactie tussen de beperkingen en veel voorkomende stoornissen en problemen, en weten wat dit betekent voor de begeleiding en behandeling van een individuele cliënt. Het gaat daarbij onder meer om kennis van:

- de licht verstandelijke handicap
- sociaal-emotionele ontwikkeling
- ontwikkelingspsychologie
- psychopathologie



- psychofarmaca
- sociale problematiek
- verslavingsproblematiek en -zorg
- seksuele problematiek in relatie tot deze doelgroep
- het sociale netwerk (de sociale kaart)
- het institutionele netwerk
- wet- en regelgeving, juridische kaders of titels (zoals TBS, RM, IBS, BOPZ, M&M)
- (on)veiligheid
- diagnose-instrumenten en observatiemethodieken
- behandelinterventies
- (gedrags)therapieën
- methodieken en (vaardigheids)trainingen
- groepsdynamica

In behandelcentra die zich richten op tijdelijke behandeling van (SG) LVG-cliënten is kennis en expertise noodzakelijk, en dat deze op een geëxpliciteerd niveau aanwezig zijn. De begeleiders moeten in staat zijn tot het hanteren van meerdere theoretische paradigma's en deze aan elkaar kunnen relateren. Denk bijvoorbeeld aan betrokkenheid van de begeleider als sociotherapeut in psycho-educatie modulen, vaardigheidstrainingen, in motiverende gespreksvoering, in cognitief gedragstherapeutisch behandelingsvormen en risicomangement.

- 1 **De begeleider (SG)LVG is in staat te functioneren als spin in het web in het professionele netwerk rondom cliënten met ernstige gedragsproblemen, gericht op optimale begeleiding van de cliënt** (extra in vgl. met beroepscompetentieprofielen)

Proces	Niveau	
	Behandelcentra	VG-instellingen
<b>De begeleider (SG)LVG:</b>		
kan functioneren in een multi-disciplinair team, onder eindverantwoordelijkheid en coördinatie van een gedragskundige	<b>C, D</b>	<b>C, D</b>
waarborgt eenduidigheid in de benadering van de cliënt binnen het multidisciplinaire team	<b>D</b>	<b>D</b>
kan de doelen uit het behandelplan vertalen naar een werkplan voor de dagelijkse behandeling en begeleiding door het team	<b>C, D</b>	<b>C, D</b>
weet welke professionals en/of instanties bij de behandeling en begeleiding van de client moeten worden betrokken	<b>C, D</b>	<b>C, D</b>
betrekt andere professionals en/of instanties bij de behandeling en begeleiding van de client	<b>D</b>	<b>D</b>
coördineert het netwerk van professionals en/of instanties	<b>D</b>	<b>D</b>
legt gemakkelijk contact met andere professionals en/of instanties	<b>C, D</b>	<b>C, D</b>
kan andere professionals en/of instanties overtuigen om bij de behandeling en begeleiding van de client te worden betrokken	<b>D</b>	<b>D</b>
kan feedback geven aan en ontvangen van andere professionals en/of instanties	<b>C, D</b>	<b>C, D</b>
overlegt en stemt werkzaamheden af met andere professionals en/of instanties	<b>C, D</b>	<b>C, D</b>

## 1 vervolg

Proces	Niveau	
	Behandelcentra	VG-instellingen
De begeleider (SG)LVG:		
kan omgaan met tegenstrijdige adviezen van andere professionals en/of instanties en houdt de regie	D	D
draagt informatie over de cliënt zorgvuldig en volledig over aan andere professionals en/of instanties	C, D	C, D
kan de begeleiding van de cliënt overdragen aan andere professionals en/of instanties	D	D

## Competentiegebied E: Ondersteunen van de cliënt

### 2 De begeleider (SG)LVG is in staat de cliënt en zijn persoonlijke netwerk te begeleiden (vgl. E1 en E3)

Proces	Niveau	
	Behandelcentra	VG-instellingen
<b>De begeleider (SG)LVG:</b>		
geeft invulling aan de behoefte aan begeleiding van de cliënt die daar zelf niet om vraagt	C, D	C, D
kan de vraag achter de vraag expliciteren	C, D	C, D
kan een inschatting maken van de mogelijkheden van de cliënt	C, D	C, D
kan grenzen stellen aan de cliënt en daar naar handelen (het spel spelen)	C, D	C, D
kan de gedragingen van de cliënt relateren aan diens beperking, ook wanneer die gedragingen tegen de begeleider zelf gericht lijken	C, D	C, D
is betrokken bij en aanwezig voor de cliënt, ook bij grensoverschrijdend gedrag en gedrag dat niet strookt met de eigen waarden en normen	C, D	C, D
stemt de begeleiding af op de psychische en emotionele gesteldheid van de cliënt	C, D	C, D
stemt de communicatie en bejegening af op de beperkingen van de cliënt	C, D	C, D
kan omgaan met de verschillende niveaus (verbaal, sociaal en emotieel) waarop de de client functioneert	C, D	C, D
moet betrouwbaar zijn in zijn handelen naar de cliënt	C, D	C, D

## 2 vervolg

Proces	Niveau	
	Behandelcentra	VG-instellingen
<b>De begeleider (SG)LVG:</b>		
kan het persoonlijk netwerk van de cliënt in kaart brengen	<b>D</b>	<b>D</b>
bepaalt in overleg met betrokkenen wat precies de vraag van de cliënt is en welke begeleiding nodig is	<b>D</b>	<b>D</b>
gaat na in hoeverre ouders partner in de begeleiding kunnen zijn en handelt daar naar	<b>C, D</b>	<b>C, D</b>
betrekt anderen bij de begeleiding van de cliënt en hoe die wordt uitgevoerd	<b>C, D</b>	<b>C, D</b>
kan omgaan met spanningen tussen de cliënt en diens sociale omgeving door voorspelbaar te reageren	<b>C, D</b>	<b>C, D</b>
kan risicosituaties inschatten	<b>C, D</b>	<b>C, D</b>
kan preventief en deëscalerend handelen	<b>C, D</b>	<b>C, D</b>
kan regie houden in omgang met de cliënt	<b>C, D</b>	<b>C, D</b>
kan maatschappelijke risico's inschatten en daarnaar handelen	<b>C, D</b>	<b>C, D</b>

**3 De begeleider (SG)LVG is in staat de cliënt - tijdelijk en intensief - te behandelen, gericht op verbetering van het gedrag in hoog complexe situaties** (extra in vgl. met beroepscompetentieprofielen)

Proces	Niveau	
	Behandelcentra	VG-instellingen
<b>De begeleider (SG)LVG:</b>		
kan kennis van diagnostische instrumenten in de praktijk toepassen	<b>D</b>	
kan kennis van interventies toepassen in de behandeling	<b>D</b>	
kan kennis van voor de doelgroep relevante observatiemethodieken toepassen (gericht observeren en signaleren)	<b>C, D</b>	
vraagt zich continu af wat de cliënt wel en niet kan en stemt de behandeling af op de situatie	<b>C, D</b>	
vertaalt de gedragingen van de cliënt naar vragen en behandeldoelen	<b>D</b>	
kan psychiatrische stoornissen tijdig herkennen en eerste interventies plegen	<b>C, D</b>	
kan behandeldoelen vertalen naar de dagelijkse praktijk	<b>C, D</b>	
kan werken binnen behandel- of werkplannen	<b>C, D</b>	
kan het effect van behandelingen waarnemen	<b>C, D</b>	
kan gedragstherapeutisch werken, gericht op het creëren van leerervaringen onder verschillende condities (individueel en in groepsverband - groepsdynamica)	<b>D</b>	

### 3 vervolg

Proces	Niveau	
	Behandelcentra	VG-instellingen
<b>De begeleider (SG)LVG:</b>		
beschikt over trainingsvaardigheden	<b>D</b>	
heeft inzicht in en reflecteert op eigen handelen (als factor in de behandeling)	<b>C, D</b>	
heeft inzicht in de eigen emoties en de invloed hiervan in de behandeling	<b>C, D</b>	
staat stevig in zijn schoenen en is in staat hierin te volharden	<b>C, D</b>	
kan multidisciplinair samenwerken in het kader van de behandeling	<b>C, D</b>	
kan de behandeling van de cliënt overdragen aan andere professionals in de eigen setting en daar buiten	<b>D</b>	
kan adequaat handelen bij gedwongen plaatsing (weerstand overbruggen)	<b>C, D</b>	
kan omgaan met de door het behandelcentrum - in relatie tot de titel waaronder de cliënt is geplaatst - vastgestelde middelen en maatregelen	<b>C, D</b>	

**4 De begeleider (SG)LVG is in staat de cliënt in een langdurige verblijfsetting te behandelen, gericht op het consolideren van gedragsverandering** (extra in vgl. met beroepscompetentieprofielen)

Proces	Niveau	
	Behandelcentra	VG-instellingen
<b>De begeleider (SG)LVG:</b>		
kan kennis van interventies toepassen in de behandeling		<b>D</b>
biedt gerichte activiteiten met de nadruk op herhaling en consolidatie		<b>C, D</b>
kan gericht observeren en signaleren en is en blijft alert op gedragsverandering		<b>C, D</b>
vraagt zich continu af wat de cliënt wel en niet kan en stemt de behandeling af op de situatie		<b>C, D</b>
kan behandeldoelen vertalen naar de dagelijkse praktijk		<b>D</b>
kan werken binnen het behandel- en ondersteuningsplan		<b>C, D</b>
kan het effect van behandelingen in termen van consolidatie waarnemen		<b>C, D</b>
kan negatieve denk- en gedragspatronen veranderen		<b>D</b>
beschikt over trainingsvaardigheden		<b>D</b>
kan multidisciplinair samenwerken in het kader van de behandeling		<b>C, D</b>
kan de behandeling en begeleiding van de cliënt aan anderen overdragen		<b>D</b>



#### 4 vervolg

Proces	Niveau	
	Behandelcentra	VG-instellingen
<b>De begeleider (SG)LVG:</b>		
heeft inzicht in en reflecteert op eigen handelen (als factor in de behandeling)		<b>C, D</b>
heeft inzicht in de eigen emoties en de invloed hiervan op de behandeling		<b>C, D</b>
staat stevig in zijn schoenen en is in staat hierin te volharden		<b>C, D</b>
kan psychiatrische stoornissen tijdig herkennen en eerste interventies plegen		<b>C, D</b>

# BIJLAGE: SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP EN KLANKBORDGROEP (SG)LVG



## Werkgroep (SG)LVG

Naam	Organisatie
Dhr. H. Algra	Philadelphia
Mw. L. Bakker*	Triade
Dhr. A. Bertijn*	VGN
Mw. K. Berg	Amsta
Dhr. J.C. Bosvelt	De Reede
Dhr. J.P. Bijlard*	's Heeren Loo
Dhr. B. Cremer	Driever's Dale / Talant
Dhr. F. van Gemert	OCB
Mw. A. v.d. Pluym	Amarant
Dhr. R. Klein*	Hoeve Boschoord
Dhr. T. Kleine Schaars	Estinea
Mw. A. Koelewijn	Bartimeus
Mw. T. Leurdijk	Hanzeborg
Dhr. N. Overvest	De Borg
Mw. A. van der Pluym	Amarant
Mw. A. Swinkels	Dichterbij
Mw. K. Vleeskens*	Sherpa
Mw. T. van Vliet	Amstelduin

## Begeleiding en eindredactie:

Dhr. P. den Boer	KBA
Dhr. J. Frietman	KBA

\* Tevens lid van de schrijfgroep

## Klankbordgroepgroep (SG)LVG

<b>Naam</b>	<b>Organisatie</b>
Mw. M. Boertjes	William Schrikker Groep
Dhr. B. Bolt	Philadelphia
Dhr. C. van den Bosch	Philadelphia
Mw. M. van de Coevering	OBC
Mw. M. Companjen	Amsta
Mw. R. Heegsma	De Reeve
Mw. T. Holtman	Zozijn
Mw. R. Jansen	Zozijn
Mw. W. van der Kamp	Michaelshoeve Overkempe
Dhr. H. Kat	Amarant
Mw. E. Kievit	Stichting Zuidwester
Mw. J. Koopman	Frion
Dhr. G. Leenhouders	OBC
Dhr. J. Muijs	Amerpoort
Dhr. J. Pitstra	Driever's Dale / Talant
Mw. P. Saarloos	Frion
Mw. M. Steffens	De Zijlen
Mw. A. Trienekens	De Lichtenvoorde
Mw. I. Verleun	Triade
Dhr. D. Verstegen	VOBC LVG
Dhr. J. Wedekind	Arduin
Mw. A. Zoon	Ons Tweede Thuis

## BIJLAGE: GERAADPLEEGDE BRONNEN

**Arensbergen, C. van en S. Liefhebber (2005).** Landelijk competentieprofiel beroepskrachten primair proces gehandicaptenzorg. Utrecht: NIZW.

**Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2008).** Beroepscompetentieprofiel voor professionals met een hogere functie (niveau D) in het primaire proces van de gehandicaptenzorg. Utrecht: VGN.

# 2

## **I Kerntaken**

*Kerntaken uit het Landelijk competentieprofiel beroepskrachten primair proces gehandicaptenzorg:*

### **Cliëntgebonden taken**

- 1** Inventariseren van de woon- en leefsituatie en verhelderen van de vraag van de cliënt.
- 2** Opstellen van een begeleidingsplan voor en/of met de cliënt.
- 3** Ondersteunen en stimuleren van de cliënt bij het realiseren van de doelstellingen uit het begeleidingsplan en zo nodig taken overnemen. Het gaat om de volgende leefgebieden:
  - a persoonlijke verzorging en het uitvoeren van verpleegtechnische handelingen;
  - b wonen en huishouden;
  - c werk, scholing en zinvolle dagbesteding;
  - d sociale omgeving en contacten leggen en onderhouden;
  - e (dag)activiteiten.
- 4** Evalueren en bijstellen van het begeleidingsplan.
- 5** Ondersteunen en stimuleren van de cliënt bij het voeren van de regie over zijn leven en zo nodig het systeem van de cliënt activeren en ondersteunen bij het voeren van de regie, dan wel de regie overnemen.

### **Overige taken**

- 6** Samenwerken intern en extern.
- 7** Meedenken en meewerken aan verbetering van het hulpverleningsaanbod aan de cliënt.
- 8** Bijdragen aan de organisatie en het beheer van de werkeenheid of organisatie-eenheid.
- 9** Bijhouden van de eigen deskundigheid en ontwikkeling in het vakgebied.

*Kerntaken uit het Beroepscompetentieprofiel voor professionals met een hogere functie (niveau D) in het primaire proces van de gehandicaptenzorg:*

- 10** Coördineert en bewaakt in complexe situaties de uitvoering van ondersteuningsplannen en stelt die plannen zonnodig bij
- 11** Werkt aan de ontwikkeling van de kwaliteit van het zorgproces en bewaakt de randvoorwaarden daarvoor



## II Kernopgaven

*Kernopgaven uit het Landelijk competentieprofiel beroepskrachten primair proces gehandicaptenzorg:*

- 1** Omgaan met (verschillende) normen en waarden van de cliënt, het cliëntsysteem, de organisatie en de eigen, professionele zienswijze, normen en waarden
- 2** Vasthouden aan afspraken in het begeleidingsplan versus flexibel omgaan met de veranderende cliëntvraag
- 3** Begeleiden versus overnemen van taken en verantwoordelijkheden
- 4** Betrokkenheid versus distantie
- 5** Werkzaamheden zelf uitvoeren versus inschalen van anderen
- 6** Individueel belang versus groepsbelang
- 7** Belangen van de cliënt en de betrokkenen versus (financiële) mogelijkheden binnen de organisatie
- 8** Bevorderen van de autonomie van de cliënt en/of groep versus garanderen van de veiligheid
- 9** Beroep op mensen die de cliënt ondersteunen versus inschakelen van professionele ondersteuning
- 10** Vraaggericht werken versus zelf invullen bij bemoeilijkte communicatie

*Kernopgaven uit het Beroepscompetentieprofiel voor beroepskrachten met een hogere functie (niveau D) in het primaire proces van de gehandicaptenzorg:*

- 11** De wensen van cliënten versus de eisen die aan de organisatie en aan beroepskrachten worden gesteld
- 12** Veiligheid versus de vrijheid van de cliënt

## Competenties uit het Landelijk competentieprofiel beroepskrachten primair proces gehandicaptenzorg:

### A Vraaggericht werken: Vraag verhelderen en aansluiten bij de behoefte van de cliënt

#### A1 Door analyse de behoefte helder krijgen

De beroepskracht is in staat via verdieping en analyse de werkelijke behoefte van de cliënt duidelijk te krijgen, zodat de ondersteuning aansluit bij de werkelijke behoefte van de cliënt.

#### A2 Observeren en veranderingen signaleren om het begeleidingsplan op te stellen

De beroepskracht is in staat om het gedrag, de gezondheidssituatie en de ontwikkeling van de cliënt te observeren en veranderingen te signaleren, waardoor zij het begeleidingsplan kan opstellen en steeds kan aanpassen aan de behoefte van de cliënt.

### B Communiceren/contact

#### B1 Opbouwen van een vertrouwensband

De beroepskracht is in staat om een vertrouwensband met te cliënt op te bouwen, zodat de cliënt zich veilig en op zijn gemak voelt.

#### B2 Opbouwen van een netwerk en samenwerken

De beroepskracht is in staat een netwerk op te bouwen en samen te werken, waardoor de cliënt minder afhankelijk wordt van het professionele circuit.

#### B3 Communiceren op afgestemde manier

De beroepskracht is in staat om diverse methoden en technieken van communicatie flexibel in te zetten en op verschillend niveau te communiceren in de dialoog met de cliënt, waardoor ook bij bemoeilijkte communicatiemogelijkheden de cliënt zijn behoefte weet te verduidelijken en aangesloten wordt bij het niveau en de beleving van de cliënt.

#### B4 Helder schriftelijk communiceren

De beroepskracht is in staat zich helder schriftelijk uit te drukken, waardoor de boodschap helder en controleerbaar is voor anderen.



## **C Gestructureerd, methodisch en kostenbewust werken**

### **C1 Methodisch werken**

De beroepskracht is in staat methodisch te werken, waardoor de werkwijze betrouwbaar is en het begeleidingsplan goed onderbouwd en consistent is.

### **C2 Prioriteiten stellen**

De beroepskracht is in staat om prioriteiten te stellen, waardoor zij het eerst de activiteiten op zich neemt die het meest urgent zijn.

### **C3 Kostenbewust werken**

De beroepskracht is in staat om met de beschikbare middelen en mogelijkheden een maximaal resultaat te bereiken.

## **D Omgaan met grenzen**

### **D1 Bepalen van grenzen en ernaar handelen**

De beroepskracht is in staat haar grenzen te bepalen voor zichzelf en in de omgang met de cliënt en daarnaar te handelen, zodat ze met plezier werkt en de cliënt weet waar hij aan toe is.

### **D2 Bepalen van grenzen van bekwaamheid**

De beroepskracht is in staat de grenzen van haar bekwaamheid en verantwoordelijkheid te kennen, zodat de kwaliteit van de hulpverlening verantwoord is.

### **D3 Beslissingen nemen in geval van conflicten**

De beroepskracht is in staat beslissingen te nemen in geval van conflicterende meningen, waardoor kwesties worden opgelost.

### **D4 Betrokkenheid tonen en afstand nemen**

De beroepskracht is in staat om met belangstelling en interesse te luisteren en zichzelf in te zetten zonder door te schieten in overbetrokkenheid, waardoor de cliënt zich gehoord voelt en de ruimte ervaart om zijn verhaal kwijt te kunnen.

### **D5 Veiligheid en verantwoordelijkheid**

De beroepskracht is in staat op respectvolle en heldere wijze op te treden bij agressie, onverwachte, lastige en/of crisissituaties, zodat de cliënt leert van de gebeurtenis en/of zijn omgeving geen gevaar loopt.

### **D6 Wet- en regelgeving toepassen**

De beroepskracht is in staat om in de omgang met de zorgvrager specifieke wet- en regelgeving in het dagelijks werk (BOPZ, BIG, ARBO, WGBO, WBP, klachtrecht, medezeggenschap, bewindvoering)



toe te passen, waardoor er geen onrechtmatige handeling wordt verricht.

## **E Ondersteunen van de cliënt**

### **E1 Rol en taken inschatten en bepalen**

De beroepskracht is in staat op flexibele wijze situationeel te begeleiden, zodat de cliënt op een passende manier wordt geholpen en zich zo zelfstandig mogelijk kan ontwikkelen.

### **E2 Randvoorwaarden scheppen**

De beroepskracht is in staat randvoorwaarden te scheppen, zodat de cliënt een optimale woon- en leefsituatie heeft.

### **E3 Ondersteunen van de cliënt**

De beroepskracht is in staat de cliënt te ondersteunen op verschillende leefgebieden zoals huishouden, persoonlijke verzorging, realiseren van werk, mobiliteit, scholing en vrijetijdsbesteding.

### **E4 Verpleegtechnisch handelen**

De beroepskracht is in staat verpleegtechnische handelingen zo nauwgezet en secuur mogelijk uit te voeren, waardoor de kans op letsel bij cliënten zo veel mogelijk wordt beperkt.

## **F Ontwikkelingsgericht begeleiden**

### **F1 Motiveren en stimuleren bij de zelfstandigheid van de cliënt**

De beroepskracht is in staat de cliënt te motiveren en te stimuleren, zodat hij zo zelfstandig mogelijk leeft, zo veel als kan verantwoordelijkheid draagt en zich optimaal kan ontwikkelen.

### **F2 Talenten ontwikkelen**

De beroepskracht is in staat om talenten van de cliënt te ontdekken, te stimuleren en te ontwikkelen op planmatige en systematische wijze.

### **F3 Vasthoudend zijn**

De beroepskracht is in staat het proces gaande te houden, ook al vormen zich soms grote obstakels en zijn de resultaten teleurstellend, waardoor de cliënt kan blijven rekenen op ondersteuning in moeilijke tijden.

## **G Regie en coördinatie**

### **G1 Samenwerken en afstemmen**

De beroepskracht is in staat samen te werken en af te stemmen met collega's en personen binnen en buiten de organisatie, waardoor de cliënt optimale hulpverlening krijgt.

### **G2 Regie voeren**

De beroepskracht is in staat om in dialoog met de cliënt de regie te voeren, waardoor de cliënt een samenhangend aanbod krijgt.

### **G3 Ondernemen en kansen zien**

De beroepskracht is in staat om initiatief te tonen en te denken in mogelijkheden, waardoor kansen worden gezien en benut.

## **H Werken als professional in een professionele organisatie**

### **H1 Voorwaarden creëren om professioneel en prettig te werken**

De beroepskracht is in staat voor zichzelf bepaalde voorwaarden te creëren en te organiseren, waardoor zij optimale omstandigheden realiseert om professioneel en prettig te werken.

### **H2 Reflecteren op eigen handelen en deskundigheid bevorderen**

De beroepskracht is in staat om te reflecteren op het eigen handelen en actief op zoek te gaan naar informatie, waardoor ze een bijdrage levert aan haar eigen ontwikkeling en haar eigen deskundigheid en professionaliteit.

### **H3 Kwaliteitsverbetering en innovaties**

De beroepskracht is in staat om mee te werken aan de kwaliteitsverbetering van de organisatie en aan innovaties en kwaliteitsverbetering van de zorginhoud.

## **Competenties uit het Beroepscompetentieprofiel voor professionals met een hogere functie (niveau D) in het primaire proces van de gehandicaptenzorg**

- 1 De beroepskracht op niveau D is in staat de uitvoering van het ondersteuningsplan te coördineren en bewaken, zodanig dat het ondersteuningsaanbod aansluit bij de wensen en behoeften van de cliënt.**

- 2 De beroepskracht op niveau D is in staat cliënten te ondersteunen bij het voeren van de regie over hun eigen leven en over de zorg en ondersteuning die zij ontvangen en kan die regievoering verbeteren, zodanig dat cliënten de keuzes maken die zij kunnen en willen maken.
- 3 De beroepskracht op niveau D is in staat de condities te bewaken waaronder de zorg en ondersteuning wordt aangeboden, zodat de organisatie een optimale kwaliteit van zorg en ondersteuning kan realiseren.

## BIJLAGE: NIVEAUS VAN BEROEPSUITOEFENING

# 5

**De volgende passages zijn afkomstig uit het Landelijk competentieprofiel beroepskrachten primair proces gehandicaptenzorg.**

“We onderscheiden een beroepskracht op niveau A, B en C, waarbij de onderscheiden niveaus oplopen. In de huidige beroepspraktijk worden functienamen niet consequent aan niveaugroepen gekoppeld.

Globaal kan worden gezegd dat beroepskrachten op niveau A vaak anderen assisteren bij de uitvoering van het werk of uitvoering geven aan het plan van aanpak dat door een beroepskracht op een hoger niveau is vastgesteld.

Niveau B draagt naast de uitvoering ook bij aan het ontwerp van het plan van aanpak en aan de coaching van een beroepskracht op niveau A.

De beroepskracht op niveau C heeft (daarbovenop) te maken met het coördineren van de zorg-, hulp- en dienstverlening aan cliënten”.

“De competenties zijn onderverdeeld in niveaus. Per processtap is aangegeven op welk niveau deze wordt uitgevoerd. Over een aantal competenties moeten beroepskrachten van *alle niveaus* beschikken. Er zijn ook competenties die bijvoorbeeld beroepskrachten werkzaam op niveau C meer in huis moeten hebben dan beroepskrachten werkzaam op niveau A. Een voorbeeld om dit te verduidelijken: de beroepskrachten van alle niveaus moeten observeren en signaleren. Een beroepskracht op niveau A geeft deze signalen door aan beroepskrachten op niveau B en C, maar is zelf niet verantwoordelijk voor een gevolg te geven aan een signaal. Een beroepskracht werkzaam op niveau C daarentegen is verantwoordelijk voor het *vertalen* van deze signalen in een concreet plan van aanpak, wat een uitgebreidere competentie is. Met andere woorden: het vereiste beheersingsniveau van competenties neemt toe naarmate het niveau van de beroepskracht hoger is”.

**De volgende passages zijn afkomstig uit het Beroepscompetentieprofiel voor professionals met een hogere functie (niveau D) in het primaire proces van de gehandicaptenzorg.**

“Beroepskrachten op niveau D worden in de praktijk met diverse benamingen aangeduid. Voorbeelden daarvan zijn ondersteuningscoördinator, persoonlijk begeleider/coach, coördinerend (groeps)begeleider, dienstverleningscoördinator of zorgcoördinator. Deze functies komen we op diverse gebieden in de gehandicaptenzorg tegen,

vooral in voorzieningen voor intramuraal verblijf, begeleid zelfstandig wonen, dagbesteding of in een gezinsvervangend tehuis. Het gaat bij het competentieprofiel D om extra competenties, naast die van niveau A, B en C, waarover hogere opgeleiden in het primaire proces van de gehandicaptensector moeten beschikken.”

“Zoals we bij niveauaanduiding van de beroepskracht op niveau C hebben gezien, heeft deze (bovenop de competenties van beroepskrachten op niveau A en B) te maken met het coördineren van de zorg-, hulp- en dienstverlening aan cliënten. Het typerende van een beroepskracht op niveau D is dat betreffende taken ook (of vooral) in complexe situaties waargenomen moeten worden. Illustratief is dat er bijvoorbeeld nog standaarden of handelingsvoorschriften moeten worden ontwikkeld. Tevens zijn er dikwijls meerdere disciplines bij betrokken, is er sprake van een veeleisende cliëntomgeving en moet er vaak snel en zelfstandig ingegrepen worden. Naast het beheersen van deze complexe situaties ligt het accent van de beroepsuitoefening op niveau D voornamelijk op de ontwikkeling van de kwaliteit van het zorgproces en het bewaken van de randvoorwaarden daarvoor. In dezelfde lijn als bij de niveaus A, B en C zien we dat het vereiste beheersingsniveau van competenties dus toeneemt naarmate het niveau van de beroepskracht hoger is.”



## Colofon

Dit competentieprofiel voor beroepskrachten in het primaire proces die behandeling en begeleiding bieden aan (SG)LVG cliënten is een uitgave van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), branchevereniging van instellingen voor dienstverlening aan mensen met een handicap.

Publicatienummer: 709.194

ISBN-nummer: 978-90-5620-104-3

## Bestellingen

De uitgave kan schriftelijk en telefonisch worden besteld bij de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland

VGN

Postbus 413

3500 AK Utrecht

T: 030 - 27 39 300

E: [publicaties@vgn.org](mailto:publicaties@vgn.org)

Bij de bestellingen graag de titel, het publicatienummer en het gewenste aantal vermelden. Deze publicatie is tevens te downloaden via het ledennet van de VGN.

Grafisch ontwerp: Reinoud van Hasselt, Amsterdam

Drukwerk: Drukkerij Spinhex & Industrie, Amsterdam

Deze publicatie is met grote zorgvuldigheid en met gebruikmaking van de meest actuele gegevens tot stand gekomen. Het is evenwel niet uitgesloten dat de informatie in deze brochure onjuistheden of onvolkomenheden bevat. De VGN aanvaardt geen aansprakelijkheid voor directe of indirecte schade ontstaan door eventuele onjuistheden en/of onvolkomenheden.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar worden gemaakt in enige vorm of op enige wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.

