



**Hogeschool
Leiden**

Theoretische onderbouwing methodisch kader LifeWise

Yvette Edelaar

Hendrien Kaal

Onderzoeksgroep 'Professioneel Omgaan met Risicovol Gedrag'

Juli 2025

Inhoudsopgave

1.	Probleem	2
2.	Achtergrond	2
2.1	Definitie en prevalentie lvb+	2
2.2	Dynamische aspect van probleemgedrag en psychische problematiek	4
2.3	Lvb+ in een snel veranderende omgeving	5
2.4	Conclusie	6
3.	Handelingsverlegenheid	6
3.1	Objectief tekort aan kennis en vaardigheden	6
3.2	Persoonlijke perceptie	7
3.3	Oorzaken van handelingsverlegenheid	7
3.4	Gedrag van de cliënt	8
3.5	Keuze uit een veelheid aan methodieken	9
3.6	Begrippenkader	10
3.7	Organisatorische factoren	10
3.8	Kennis uit praktijkervaring	11
3.9	Wetenschappelijke kennis	11
3.10	Maatschappelijke factoren	11
3.11	Gevolgen van handelingsverlegenheid	12
3.12	Visie van LifeWise	13
4.	Verantwoording: wat werkt en waarom werkt het?	13
4.1	Keuze uit een veelheid aan methodieken	14
4.2	Begrippenkader	14
4.3	Organisatorische factoren	15
4.4	Kennis uit praktijkervaring	15
4.5	Wetenschappelijke kennis en vaardigheden	15
4.5.1	Kennis	16
4.5.2	Vaardigheden	16
4.5.3	Gedagsverandering	17
4.6	Beheersen, Verleggen en Verbinden	18
5.	Aangehaalde Literatuur	21

1. Probleem

LifeWise is een methodisch kader voor begeleiders van (jong-) volwassenen met lvb+ en dat praktische handvatten biedt die bijdragen aan de kwaliteit, eenduidigheid en continuïteit van hun begeleiding. Met LifeWise staan begeleiders sterker in hun schoenen. In 2024 heeft LifeWise heeft de onderzoeksgroep 'Professioneel Omgaan met Risicovol Gedrag' van Hogeschool Leiden gevraagd om een bijdrage te leveren aan de wetenschappelijke onderbouwing van het methodisch kader. Deze onderbouwing vormt een onderdeel van het erkenningstraject dat in 2024-25 doorlopen is om LifeWise te laten opnemen in de Databank Erkende Interventies. Dit document moet dan ook gelezen worden als bijlage bij de voor Vilans opgeleverde interventiebeschrijving van LifeWise.

De aanleiding voor de ontwikkeling van het methodisch kader LifeWise lag in de toename van het aantal aanmeldingen van cliënten met een lvb+, vaak in combinatie met complexe problematiek. Tegelijkertijd gaven begeleiders steeds vaker signalen af over (het risico op) handelingsverlegenheid. Dit staat verder toegelicht in de paragraaf 'Betrokkenheid doelgroep' van de interventiebeschrijving.

Dit probleem kent meerdere aspecten. Om deze helder te schetsen, bespreken we eerst de achtergrond, daarna gaan we in op de oorzaken en gevolgen van het probleem. De achtergrond bestaat uit een beschrijving van de definitie en prevalentie van lvb+, gevolgd door een beschrijving van lvb in een snel veranderende omgeving. Daarna gaan we in op het begrip handelingsverlegenheid en wat we daar precies onder verstaan. Tot slot beschrijven we hoe handelingsverlegenheid beïnvloed wordt en op welke manier de praktische handvatten van LifeWise hierop inspelen.

2. Achtergrond

2.1 Definitie en prevalentie lvb+

In paragraaf 1.1 'Doelgroep' van de interventiebeschrijving wordt de doelgroep van de interventie beschreven. De primaire doelgroep bestaat uit begeleiders die werken in een woonvoorziening, dagbesteding of een ambulante setting met (jong)volwassenen vanaf 18 jaar met een lvb+; de secundaire doelgroep zijn de gedragswetenschappers en managers die de begeleiders ondersteunen. De groep (jong)volwassenen met een lvb+, de mensen waar de inzet van LifeWise een verschil beoogt te maken, wordt beschreven aan de hand van de definitie van Embregts et al. (2020): *'Bij mensen met een LVB+ is sprake van cognitieve en adaptieve problemen op het niveau van een licht verstandelijke beperking. Daarnaast is altijd sprake van één of meerdere vormen van ernstig probleemgedrag en psychische*

problematiek zoals agressie, gedrag met een hoog risico op delicten, verslaving, persoonlijkheidsproblematiek en gevoeligheid voor psychose.'

Hoewel het aantal aanmeldingen van cliënten met een lvb+ toeneemt, is nog onduidelijk hoeveel cliënten dit precies betreft. Om toch iets te zeggen over de omvang van de groep zou gekeken kunnen worden naar zorgindicaties. Volgens CIZ hadden in 2018 ongeveer 13.980 mensen een VG7-zorgindicatie (Jansen & Bakker, 2019). Maar als gekeken wordt naar VG7 met meerzorg dan bestaat deze groep in 2020 uit 4100 mensen. Dit aantal is gebaseerd op een schatting van het CCE en zorgkantoren (Helder et al., 2021). Het probleem met deze inschattingen is dat hier ook mensen zonder lvb onder vallen en dat mensen met een lvb+ ook binnen andere regelingen vallen. In de praktijk blijkt dat de meeste (jong)volwassenen met een lvb+ een VG6 in plaats van een VG7 indicatie heeft of een WMO (Derksen et al., 2022).

Volgens de definitie van Embregts et al. (2020) wordt gesproken van lvb+ wanneer iemand een licht verstandelijke beperking heeft in combinatie met ernstig probleemgedrag en psychische problematiek. In deze definitie blijft echter onduidelijk welke criteria precies worden gehanteerd om lvb vast te stellen. Dit is van invloed op de geschatte prevalentie, aangezien verschillende kaders kunnen worden gebruikt.

De DSM-5 en de AAIDD (Douma & Ter Avest-Eleman, 2022) hanteren een definitie waarbij sprake is van een verstandelijke beperking bij een IQ-score van 70/75 of lager in combinatie met beperkingen op het conceptuele, sociale of praktische domein. Hierbij zijn niet de IQ-score zelf, maar de beperkingen in adaptieve vaardigheden leidend bij het vaststellen van de beperking. Deze beperkingen worden vastgesteld via klinische beoordelingen en gestandaardiseerde tests. Statistisch gezien heeft 2,14% een IQ lager dan 70, op basis van dit criterium zou gesteld kunnen worden dat iets meer dan 2% van de bevolking een lvb heeft (Douma & Ter Avest-Elema, 2022).

In Nederland wordt echter vaak een bredere (praktijk)definitie gehanteerd (Douma & Ter Avest-Elema, 2022). Aangezien beperkingen in adaptieve vaardigheden en niet de IQ-score de grootste invloed hebben op sociale, maatschappelijke en psychische problemen, worden ook zwakbegaafde mensen met duidelijke aanpassingsproblemen vaak gerekend tot de lvb-groep. Dit betekent dat in Nederland gesproken wordt van lvb bij:

- een IQ-score tussen 55 en 70, of
- een IQ-score tussen 70 en 85, mits er sprake is van ernstige beperkingen in adaptief functioneren.

Embregts et al. (2020) hanteren een vergelijkbare definitie. In de bijlage van hun onderzoek wordt expliciet benoemd dat mensen met een IQ tussen 70 en 85 na klinisch oordeel alsnog tot de lvb-groep kunnen worden gerekend, mits zij significante beperkingen in adaptief functioneren hebben.

Op basis van deze bredere definitie wordt de prevalentie van lvb in Nederland geschat op 6,4%, wat neerkomt op ongeveer 1,1 miljoen mensen (Wiottiez et al., 2019). Deze schatting is gebaseerd op de statistische verwachting dat ongeveer 2,14% een IQ-score lager dan 70 heeft, en een schatting dat 2,4-5,8% van de bevolking met een IQ-score tussen 70 en 85 heeft in combinatie met significante adaptieve problemen. Aangezien er geen grootschalig bevolkingsonderzoek is waarin zowel IQ als adaptieve vaardigheden in kaart zijn gebracht, blijven exacte cijfers moeilijk vast te stellen. Toch komen de schattingen van Wiottiez et al. (2019) overeen met die van het Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS] (2020). Op basis

van indicaties in het kader van arbeidsongeschiktheidswetten, AWBZ/Wlz-zorg en de Wet sociale werkvoorziening schat ook het CBS dat er in Nederland ongeveer 1,1 miljoen mensen met een lvb zijn. Dit betekent dat een aanzienlijk deel van de bevolking tot deze groep behoort.

2.2 Dynamische aspect van probleemgedrag en psychische problematiek

Een andere manier om zicht te krijgen op de omvang van deze doelgroep is door na te gaan hoeveel (jong) volwassenen een lvb hebben en daarna te bepalen hoeveel van deze (jong)volwassenen daarnaast ernstig probleemgedrag of psychische problematiek heeft. Hier moet echter ook rekening gehouden worden met een aantal kanttekeningen. Allereerst is het belangrijk om te benadrukken dat ernstig probleemgedrag of psychische problematiek fluïde is. Zeker bij (jong)volwassenen kan op elk moment in iemands leven probleemgedrag of psychische problematiek ontstaan. Tot slot zullen we ingaan op het duiden van ernstig probleemgedrag en psychische problematiek.

Kinderen met een lvb lopen een verhoogd risico op het ervaren van Adverse Childhood Experiences (ACE's) en de negatieve, toxische gevolgen hiervan. Kinderen met een lvb hebben minder kans op een stabiele thuissituatie en daardoor ook meer kans om uit huis geplaatst te worden. Hierdoor ontstaat een gebrek aan continuïteit wat kan leiden tot een vergrote kans op negatieve ervaringen (Vervoort-Schel et al., 2021). Kinderen met een lvb hebben bijvoorbeeld meer kans op verwaarlozing, fysiek, emotioneel en seksueel misbruik en andere tegenslagen (Vervoort-Schel et al., 2021). Onder volwassenen met een lvb geeft 80% aan in hun jeugd ten minste één ACE te hebben meegemaakt (Santoro et al., 2018; Vervoort-Schel et al., 2022). Het doormaken van ACE's stelt een persoon langdurig bloot aan stress, wat ervoor zorgt dat het stresssysteem constant geactiveerd wordt en niet de gelegenheid krijgt om tot rust te komen. Deze toxische stress vergroot de kans op stressgerelateerde klachten, die mensen met een lvb vaak uiten in negatief gedrag, mede door beperkte verbale vaardigheden (Vervoort-Schel et al., 2022). Nieuwe stressfactoren kunnen de bestaande toxische stressreacties verder aanwakkeren, waardoor (jong)volwassenen met een lvb mogelijk ernstig probleemgedrag gaan vertonen. Dit maakt dat (jong)volwassenen met een lvb als gevolg van meerdere negatieve ervaringen in hun jeugd op elk moment ernstige gedragsproblemen of psychische klachten kunnen ontwikkelen. Het ontstaan van een probleemgedrag en psychische problematiek is dus een fluïde proces wat het moeilijk maakt om de exacte prevalentie van lvb+ te bepalen.

Bij psychosociale problematiek kan gedacht worden aan ADHD, hechtingsproblematiek, agressie, psychosegevoeligheid, eenzaamheid, drugs- en alcoholgebruik, schulden, criminaliteit en het ontbreken van een netwerk. Door deze grote verscheidenheid aan problematieken is ook de prevalentie van ernstig probleemgedrag en psychische problematieken moeilijk te schatten. Een aanzienlijk deel van (jong)volwassenen met een lvb vertoont moeilijk of schadelijk gedrag voor zichzelf of hun omgeving (De Vroomen & Van den Bogaard, 2022). Gedragsproblemen en psychopathologie komt naar schatting bij 57% van de mensen met een lvb voor (Janssen & Schuengel, 2006). Agressief gedrag komt regelmatig voor, met 9 incidenten per cliënt per jaar (Van den Bogaard et al., 2017).

Daarnaast zijn reguliere diagnostische instrumenten niet altijd geschikt voor mensen met een lvb, waardoor hun problematiek zowel onder- als overschat kan worden (Frazier et al., 2025). Internationale studies tonen een grote spreiding in de prevalentie van psychische problematiek bij mensen met een lvb, variërend van 13,9% tot 75,2% (Buckles et al., 2013).

Dit verschil is grotendeels te verklaren door variaties in diagnostische criteria en methodologieën.

In Nederland wordt meestal uitgegaan van een 30-50% prevalentie van psychische problematiek bij mensen met een lvb, tegenover 10% in de algemene populatie (Došen, 2014). Eerder beschreven we al dat 80% van de (jong)volwassenen aangeeft in hun jeugd een of meerdere traumatische ervaringen te hebben gehad (Vervoort-Schel et al. 2022). De geschatte prevalentie binnen de specialistische GGZ is 41% (Nieuwenhuis et al., 2021) waarbij de prevalentie hoger is bij zwaardere zorg. Daarnaast komt ook woonhygiënische problematiek vaker voor. Binnen het onderzoek van Kaal et al. (2025) bleek 17% woonhygiënische problematiek te hebben, wat bestaat uit problematisch verzamelgedrag en/of een matig tot ernstig vervuilde woonomgeving. Recente internationale onderzoeken bevestigen eveneens hoge percentages in psychische problematiek, zoals 38% prevalentie van autisme; 15-28% voor angststoornissen, en 34% voor depressie (Frazier et al., 2025). Daarbij lopen mensen met een lvb niet alleen een groter risico op psychische problemen, maar hebben zij ook meer moeite om passende hulp te vinden (Frazier et al., 2025). Wanneer gekeken wordt naar delinquent gedrag, ligt de prevalentie van lvb binnen detentie tussen de 30-45%. Bij jongere en zwaardere dadergroepen worden vaak nog hogere percentages gevonden (Kaal, 2016). Prevalentie van problematisch middelengebruik onder (jong)volwassenen met een lvb is ook lastig te duiden. Onderzoeken gaan van bijna geen tot zeer hoge prevalentie (Van Duijvenbode & Van der Nagel, 2019). (Jong)volwassenen met lvb blijken echter wel extra gevoelig te zijn voor het ontwikkelen van problematisch middelengebruik (Van Duijvenbode & Van der Nagel, 2019).

2.3 Lvb+ in een snel veranderende omgeving

Het functioneren van cliënten met lvb+ kan worden beschreven met behulp van het AAIDD-model aangevuld met biopsychosociale en ecologische elementen (Embregts et al., 2023). Volgens dit model ontstaat probleemgedrag uit een combinatie van persoonlijke-, omgevings- en ondersteuningsfactoren (Embregts et al., 2023). Mensen met een lvb+ hebben beperkte intellectuele en adaptieve vaardigheden waardoor ze moeite hebben om deel te nemen in de samenleving. Hierdoor hebben veel mensen geen zinvolle dagbesteding of werk, wat kan leiden tot financiële en als gevolg daarvan mogelijk criminele problemen. Dit in combinatie met een klein of negatief sociaal netwerk en beperkte of verkeerde ondersteuning kan leiden tot (meer) problematisch gedrag. Het probleemgedrag kan dus niet worden gezien als een toestand maar moet gezien worden als een gevolg van een disbalans tussen factoren binnen de persoon, de omgeving en de geboden ondersteuning (Prins & Sterken, 2023).

Door de steeds complexer wordende maatschappij is de laatste jaren de disbalans tussen persoonlijke factoren en omgeving voor mensen met een lvb steeds groter geworden (Embregts et al., 2020). Door de snelle technologische vooruitgangen zijn eenvoudige banen verdwenen, waardoor het voor cliënten met een lvb+ nog moeilijker wordt om een zinvolle dagbesteding te vinden. Bovendien maken de snelle technologische ontwikkelingen de samenleving complexer, wat (jong)volwassenen met een lvb steeds meer belemmeringen oplevert in hun dagelijks functioneren. Daarnaast is de maatschappij individualistischer geworden, waardoor het sociaal vangnet steeds kleiner is en er minder aandacht is voor interpersoonlijke relaties. Dit vergroot de kans op uitval en probleemgedrag, wat de stijging van het aantal cliënten met een lvb+ zou kunnen verklaren (Van Ewijk, 2015).

2.4 Conclusie

Het is lastig om precies vast te stellen hoe groot de groep (jong)volwassenen met een licht verstandelijke beperking met gedrags- en psychische problemen (lvb+) is. Dit komt doordat de definitie van lvb, de interpretatie van gedrags- en psychische problemen, en het vaak wisselende karakter van deze problematiek geen eenduidige afbakening toelaten. Toch blijkt uit het voorgaande dat een aanzienlijk deel van deze groep te maken heeft met ernstige gedragsproblemen of psychische klachten, wat een flinke druk legt op de zorgverlening.

3. Handelingsverlegenheid

Veel professionals geven aan moeite te hebben om op een constructieve manier om te gaan met de complexiteit van het begeleiden van mensen met een lvb+ (Kocken et al., 2021). De combinatie van hoge werkdruk, complexe problematiek en een gebrek aan handelingsperspectief kan leiden tot stress en een gevoel van handelingsverlegenheid. Handelingsverlegenheid verwijst naar het twijfelen om te handelen, het niet weten hoe te handelen of het geheel achterwege laten van handelen in een situatie (NJI, 2025). De term is in Nederland ontstaan en werd oorspronkelijk gebruikt in het onderwijs. Tegenwoordig wordt hij echter ook veelvuldig toegepast in de gezondheidszorg. In Nederland is het een gangbare term onder zorgprofessionals wanneer zij onzeker zijn over de juiste manier van handelen in een specifieke situatie. Buiten Nederland is de term minder bekend, en er bestaat geen directe (Engelse) equivalent. Vanwege de specifieke aard van het concept wordt ook wel de Nederlandse term in internationale publicaties overgenomen (Keizer-Remmers et al., 2021; Spieker, 2019). Zomerplaat (2017) beschrijft handelingsverlegenheid als een combinatie van twee aspecten: enerzijds de objectieve vaststelling dat iemand niet in staat is adequaat te handelen in een situatie, anderzijds de subjectieve ervaring van onzekerheid of onvermogen bij de zorgverlener. Dit sluit aan bij de beschrijving van Van der Meer (2010), die benadrukt dat handelingsverlegenheid niet alleen betrekking heeft op de feitelijke handelingsbekwaamheid, maar ook op de perceptie van de zorgverlener zelf. Handelingsverlegenheid wordt voor het gemak gesplitst in de objectieve vaststelling van handelingsbekwaamheid en de persoonlijke perceptie. Hoewel de term en de uiting ervan uiterst complex zijn, is gekozen voor deze vereenvoudigde opsplitsing om het methodisch kader LifeWise goed te onderbouwen.

3.1 Objectief tekort aan kennis en vaardigheden

Zorgprofessionals hebben te weinig kennis en vaardigheden om mensen met een lvb+ op een adequate manier te begeleiden waardoor ze deze groep het liefst vermijden in hun werk (Ee et al., 2022). Binnen opleidingen is er bovendien te weinig aandacht voor (jong)volwassenen met lvb+, waardoor veel professionals met een gebrekkige basiskennis aan hun loopbaan beginnen. In de praktijk wordt deze kennis deels aangevuld door werkervaring. Helaas gaat die waardevolle ervaring vaak verloren door het hoge verloop in de zorgsector (Bureau Bartels, 2020). In de paragraaf "Oorzaken van handelingsverlegenheid" en dan specifiek de onderdelen "Wetenschappelijk Kennis" en "Kennis uit praktijkervaring" van deze tekst zal hier dieper op in worden gegaan.

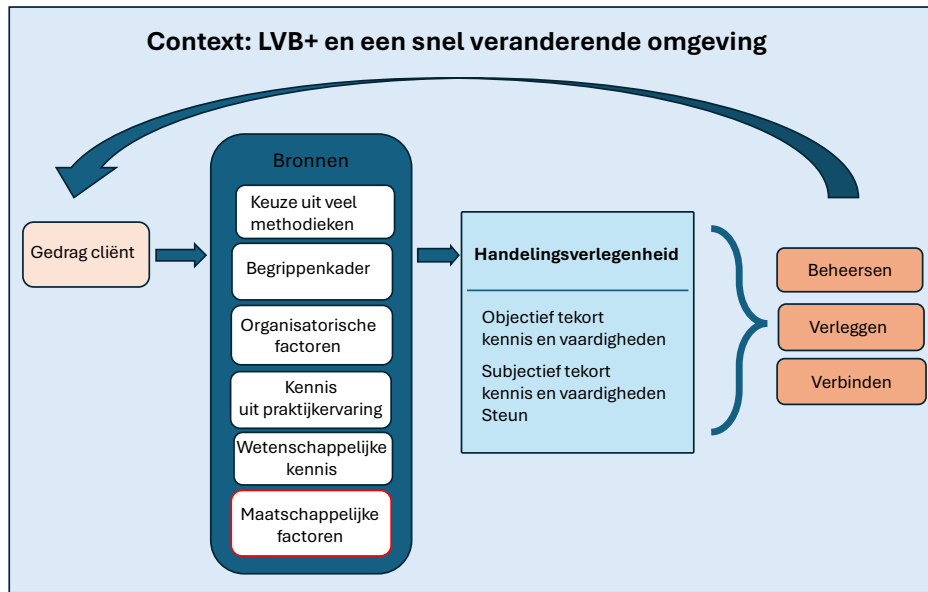
3.2 Persoonlijke perceptie

Naast de objectieve vaststelling dat er een gebrek aan kennis en vaardigheden is om adequaat te handelen speelt ook de persoonlijke perceptie een rol in handelingsverlegenheid (NJI, 2025). Het subjectieve aspect van handelingsverlegenheid kan worden gezien als het tegenovergestelde van self-efficacy. Self-efficacy, zelfeffectiviteit, is al in 1977 beschreven door Bandura als het geloof van een individu in het eigen kunnen ten opzicht van specifieke doelen.

Zorgprofessionals zijn onzeker over de eigen kennis en vaardigheden. Deze persoonlijke beleving en emoties zorgen ervoor dat een zorgprofessional zich handelingsverlegen voelt (Zomerplaag, 2017). De stress en onzekerheid bij de omgang met cliënten leidt tot minder creativiteit waardoor de zorgprofessional het gevoel heeft dat hij of zij geen oplossing meer weet (Goei & Kleijnen, 2009). De ervaren steun is daardoor ook onderdeel van handelingsverlegenheid. Wanneer een zorgprofessional zich niet gesteund voelt door collega's en of de organisatie zal dit de stress vergroten en leiden tot belemmeringen in het handelen.

3.3 Oorzaken van handelingsverlegenheid

Handelingsverlegenheid ontstaat uit verschillende factoren. In figuur 1 staan handelingsverlegenheid, de context, factoren die van invloed zijn op handelingsverlegenheid en consequenties van de handelingsverlegenheid beschreven. Het figuur is gebaseerd op het stress-coping model van Lazarus en Folkman (1984) en het model 'Omgaan met handelingsverlegenheid' van Zomerplaag (2017). Het gedrag van de cliënt kan gezien worden als een primary appraisal, de stressor waar de begeleider op moet reageren. In de secondary appraisal bepaalt de begeleider op welke manier hij of zij met de stressor om kan gaan. In deze fase wordt nagegaan welke bronnen de begeleider heeft om met de stressor om te gaan, in het figuur staan de bronnen weergegeven in de blauwe kolom. De mate van stress, of handelingsverlegenheid, wordt bepaald door de verhouding primary en secondary appraisal. Wanneer de primary appraisal groter is dan de secondary appraisal zal de begeleider handelingsverlegenheid ervaren. Handelingsverlegenheid leidt tot een reactie van de begeleider waarin hij of zij gaat verbinden, verleggen en begrenzen (Zomerplaag, 2017). Deze reactie van de begeleider heeft direct invloed op het gedrag van de cliënt en daarmee ontstaat een cyclisch proces. De scheiding tussen oorzaken, gevolgen en aspecten van handelingsverlegenheid is in werkelijkheid niet zo scherp als gesteld in dit model. Zoals Zomerplaag (2017) beschrijft, de verwevenheid van factoren gerelateerd aan handelingsverlegenheid zijn karakteristiek voor complexiteit.



Figuur 1. Aan te pakken factoren Handelingsverlegenheid bij begeleiders van cliënten met lvb+

Hieronder worden de oorzaken die binnen deze context en doelgroep een belangrijke rol spelen in meer detail besproken.

3.4 Gedrag van de cliënt

Mensen met een lvb+ vertonen vaak complex probleemgedrag, waaronder externaliserend gedrag zoals agressie, seksueel grensoverschrijdend gedrag en antisociaal gedrag (Delforterie & Hesper, 2020). Dit kan zich uiten in bijvoorbeeld diefstal, agressie-incidenten, brandstichting, pedoseksueel geweld en vernieling (Delforterie & Hesper, 2020; Kocken et al., 2021). Daarnaast komt ook internaliserend gedrag veel voor, soms met suïcidale uitingen (Van den Hazel et al., 2020).

Zowel het externaliserende als het internaliserende gedrag vereist een multidisciplinaire en transdisciplinaire aanpak bij de begeleiding van cliënten met een lvb+ (Embregts et al., 2023). In de praktijk blijkt dit echter vaak lastig uit te voeren (Van Elst, 2022). De samenwerking tussen verschillende sectoren zoals de GGZ en de VG is niet altijd vanzelfsprekend. Wanneer cliënten met een lvb+ onder behandeling zijn binnen de GGZ blijkt het lastig om passende ondersteuning te ontvangen van de VG-sector. De VG-sector is terughoudend in het ondersteunen van cliënten uit de GGZ vanwege de complexiteit van hun problematiek (Neijmeijer et al., 2010). Tegelijkertijd wordt binnen de GGZ een lvb vaak als exclusiecriteria gehanteerd voor deelname aan zorgprogramma's (Voeten-Van de Louw et al., 2024).

Om deze doelgroep effectief te begeleiden, moeten zorgprofessionals in de VG-sector beschikken over specialistische kennis die verder reikt dan hun eigen vakgebied. Daarnaast moeten zij flexibel kunnen inspelen op onverwachte situaties en creatief zijn in hun aanpak; (Doody et al., 2023; Embregts et al., 2023). Wanneer cliënten naast een lvb ook forensische problematiek hebben wordt de begeleiding nog complexer. Zorgverleners staan voor de uitdaging om een balans te vinden tussen het beheersen van risicovol gedrag en het waarborgen van de autonomie van de cliënt (Embregts et al., 2023).

De dynamiek van het gedrag wordt door zorgprofessionals benadrukt: "Geen dag is hetzelfde" (Bendien et al., 2017). Hierdoor hebben zorgprofessionals vaak het gevoel ad hoc op het moment zelf op problemen te moeten reageren. Anderzijds leveren lange termijn doelen vaak ook problemen op. Zorgprofessionals hebben de neiging doelen na te streven die ze zelf wenselijk vinden. Wanneer een cliënt hier met weerstand op reageert roept dit frustratie op bij de zorgprofessional; dit kan leiden tot een verminderde relatie tussen zorgprofessional en cliënt en handelingsverlegenheid bij de zorgprofessional (Zomerplaat, 2017).

Veel professionals geven aan moeite te hebben om met deze complexiteit op een constructieve manier om te gaan (Kocken et al., 2021). Zorgprofessionals in zowel de GGZ als de VG-sector geven aan zich onvoldoende bekwaam te voelen om cliënten met een lvb+ de juiste zorg te bieden (Bendien et al., 2017; Embregts et al., 2023; Voeten-Van de Louw et al., 2024). Desondanks neemt het aantal cliënten met een lvb+ in de VG-sector toe (Bendien et al., 2017; Jansen et al., 2021), wat nieuwe uitdagingen met zich meebrengt voor zorgprofessionals.

3.5 Keuze uit een veelheid aan methodieken

Vanuit verschillende onderzoeksinstituten, kenniscentra, brancheverenigingen en zorgorganisaties zijn methoden en interventies ontwikkeld om met de complexe hulpvragen om te gaan. De producten zijn op de websites van organisaties, zoals het kennisplein gehandicaptensector, terug te vinden (<https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/clientgroepen/licht-verstandelijke-beperking>). Over het algemeen wordt aangenomen dat interventies en methodieken kunnen worden ingezet om handelingsverlegenheid te verminderen. Wanneer zorgprofessionals kennis hebben van methodieken en interventies zal hun handelingsperspectief toenemen en daarmee de handelingsverlegenheid afnemen (Van den Brink & Tick, 2020). Het blijkt echter dat door de grote hoeveelheid én door een gebrek aan duidelijke richtlijnen en kaders het voor de zorgprofessional van (jong)volwassenen met lvb+ lastig is om de best passende methode te selecteren waardoor het grote aanbod aan methodieken de handelingsverlegenheid juist versterkt (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland [VGN], 2015a).

Door de grote hoeveelheid aan methodieken lukt het zorgprofessionals niet om een goed overzicht te krijgen van het aanbod. Ook binnen teams wordt er te weinig tijd en expertise ervaren om verantwoorde keuzes te maken. Hoewel er steeds meer aandacht is voor de onderbouwing van methodieken (Dekker et al., 2024; Landelijk Kenniscentrum LVB, 2025), wordt er in de praktijk vaak onvoldoende gekeken naar de effectiviteit en de aansluiting bij de hulpvraag. Dit komt mede doordat het moeilijk is te bepalen welke methodieken de beste resultaten opleveren (Stoesz et al., 2016; Zoon & Van Rooijen, 2018). Consequentie is dat methodieken en interventies gekozen worden waarvan de efficiëntie onvoldoende is onderzocht of die niet goed aansluiten bij de specifieke behoeften van de cliënt, vaak gebaseerd op persoonlijke voorkeur wat resulteert in suboptimale hulp (Derksen et al., 2022).

In het competentieprofiel voor begeleiders van (SG)lhb-clienten staat beschreven dat de zorgprofessional moet beschikken over kennis van diagnose-instrumenten, behandelingsinterventies en trainingsvaardigheden en deze op een correcte manier moet kunnen toepassen (VGN, 2015b). Het gebruik van ongeschikte interventies kan het gevoel

van handelingsverlegenheid bij zorgverleners versterken, doordat zij het idee krijgen geen effectieve oplossing te kunnen bieden (Zomerplaag, 2017).

3.6 Begrippenkader

Voor een effectieve samenwerking is het van belang dat zowel professionals als organisaties een gemeenschappelijk begrippenkader hanteren (Verheijden & De Lange, 2016). Verschillende beroepsgroepen hanteren vaak verschillende begrippenkaders, wat kan leiden tot verwarring (Van Binsbergen et al., 2020). Ook in de begeleiding van (jong)volwassenen met een lvb+ blijkt dat begeleiders, gedragsdeskundigen en managers vaak verschillende betekenissen hechten aan veelgebruikte termen zoals nabijheid, directief, beschikbaarheid en vertrouwensband. Daarnaast is het vaak onduidelijk wat de praktische uitvoering van deze begrippen precies inhoudt, doordat er geen eenduidig en gemeenschappelijk begrippenkader bestaat (Van den Eeckhout et al., 2024). Dit probleem wordt verder versterkt door personeelsverloop en de inzet van zelfstandige professionals (ZZP'ers). Elke professional heeft zijn eigen begrippenkader, afhankelijk van zijn werkervaring en opleiding (Van den Eeckhout et al., 2024). Dit kan leiden tot interpretatieverschillen en begripsverwarring, zowel tussen begeleiders, managers en gedragsdeskundigen als tussen begeleiders, cliënten en hun vertegenwoordigers. Door dit wederzijds onbegrip wordt de ondersteuning die gedragsdeskundigen en managers bieden niet optimaal benut. Bovendien kan het voor begeleiders moeilijk zijn om de hulpvraag van cliënten en vertegenwoordigers goed te begrijpen, wat de kwaliteit van de begeleiding belemmert. Begeleiders voelen zich onvoldoende gesteund, niet begrepen en ervaren dat ze niet aan de verwachtingen voldoen wat leidt tot handelingsverlegenheid (Van den Eeckhout et al., 2024).

3.7 Organisatorische factoren

Zorgprofessionals hebben zowel houvast als ook ruimte nodig om zelf invulling te geven aan hun handelen. Het maakt ze onzeker als de organisatie deze ruimte of de houvast niet kan bieden. Normen als perfectie en controle versterken schaamte en vergroten het gevoel van onzekerheid (Nussbaum, 2007). Terwijl een gemeenschappelijke identiteit en benadering binnen een team en positieve persoonlijke aandacht maakt dat zorgprofessionals zich minder handelingsverlegen zullen voelen (Zomerplaag, 2017). Ook interactie tussen cliënten kan een gevoel van handelingsverlegenheid geven (Zomerplaag, 2017). Wanneer zorgprofessionals het gevoel hebben dat familie en naasten van de cliënt een andere mening hebben zal handelingsverlegenheid toenemen. Dit gevoel neemt echter weer af wanneer er ondanks een meningsverschil met naasten van de cliënt de zorgprofessional zich wel gesteund voelt vanuit de organisatie (Ryan et al., 2019; Zomerplaag, 2017).

Handelingsverlegenheid neemt toe als een zorgprofessional minder handelingsvrijheid voelt. Normen en waarden van de organisatie hebben ook invloed op deze handelingsvrijheid. Veel organisaties geven begeleiders veel autonomie en ruimte om zelf keuzes te maken. Wanneer deze autonomie zonder duidelijk (beleids)kaders wordt gegeven zal dit juist tot onzekerheid leiden. De zorgprofessional mist in dergelijke situaties enige richtlijnen waarbinnen ze mogen handelen (Bendien et al. 2017).

3.8 Kennis uit praktijkervaring

Door de snelle doorstroom van professionals blijkt kennis uit praktijkervaring beperkt binnen zorgorganisaties gespecialiseerd in het begeleiden van cliënten met een lvb+ (Bureau Bartels, 2020). Met name in de gehandicapten sector met hoge zorgzwaarte zoals bij (jong) volwassenen met een lvb+ is het verloop hoog (VGN, 2022). Nieuwe instromers beginnen enthousiast maar vertrekken daarna vaak snel omdat het werk uiteindelijk zwaarder blijkt dan ze hadden verwacht (Bureau Bartels, 2020). Niet alleen in Nederland blijkt er een tekort aan kennis en vaardigheden te zijn voor het begeleiden van (jong)volwassenen met lvb binnen zorginstellingen. Ee et al. (2022) laten met een internationale review zien dat dit ook buiten Nederland een probleem is. Zorgprofessionals hebben te weinig kennis en vaardigheden om mensen met een lvb+ op een adequate manier te begeleiden waardoor ze deze groep het liefst vermijden in hun werk (Ee et al., 2022).

3.9 Wetenschappelijke kennis

Wetenschappelijke kennis van werken met (jong)volwassenen met een lvb+ is bij zorgprofessionals beperkt. De reden daarvoor is simpel: een opleiding specifiek gericht op lvb+ was en is nog steeds niet beschikbaar (Roording, 2023). Binnen de Nederlandse opleidingen is er weinig aandacht voor de gehandicaptenzorg, er is met name aandacht voor ziekenhuiszorg, jeugdzorg of GGZ. De bestaande kennis en expertise is grotendeels versnipperd en wordt meestal door middel van korte cursussen aangeboden. Hierdoor hebben net afgestudeerde medewerkers en stagiaires te weinig wetenschappelijke kennis over gedragsproblematiek wat met name voor het werken met een lvb+ doelgroep belangrijk is (Bureau Bartels, 2020). In veel opleidingen is de kennis over lvb nog onvoldoende geïntegreerd (Roording, 2023). Kennis van zorgprofessionals is ook beperkt door gebrek aan onderzoek. Hoewel we eerder schreven dat er een veelheid aan methoden zijn blijken de meeste van deze methoden niet of onvoldoende onderzoek op effectiviteit (LKC LVB, 2025).

3.10 Maatschappelijke factoren

De wettelijke richtlijnen bepalen de handelingsruimte van de zorgprofessional (Goei & Kleijnen, 2009). Wanneer de richtlijnen zorgprofessionals te veel beperken is er een gebrek aan handelingsruimte. Dit maakt het moeilijker om creatief met complexe situaties om te gaan waardoor het moeilijker wordt om oplossingen te vinden. Het niet in staat zijn om tot goed werkende oplossingen te komen geeft een zorgprofessional stress en een gevoel van handelingsverlegenheid (Zomerplaat, 2017).

Ook werkdruk en tijdstekort versterkt de handelingsverlegenheid. Door een gebrek aan zorgprofessionals neemt de werkdruk in de sector steeds verder toe. De VGN (Bleijenburg, 2023) schat dat in 2031 het personeelstekort tot 138000 medewerkers opgelopen zal zijn. De laatste jaren zien we een grotere arbeidsmobiliteit met name onder jonge begeleiders. Ongeveer 25% van de medewerkers is van plan de zorg te verlaten of bij een andere organisatie te gaan werken (Van der Fels, 2021). Vooral binnen specifieke doelgroepen met hoge zorgzwaarte en hoge psychosociale belasting - zoals bij (jong)volwassenen met een lvb+ - zijn vacatures moeilijk te vervullen (VGN, 2022). Minder gekwalificeerde begeleiders worden aangenomen om in ieder geval de vacature maar te vervullen. 'We nemen nu onervaren mensen aan die we vroeger niet eens zouden uitnodigen voor een gesprek' (uitspraak van een manager, 2023). In de praktijk zorgt dit voor een relatief groot aandeel minder ervaren begeleiders wat leidt tot verhoogde werkdruk voor meer ervaren teamleden.

Bovendien zijn er grote financiële tekorten in de sector (Bleijenburg, 2023). Door gebrek aan middelen en een groei in behoeften van cliënten is het steeds moeilijker voor managers om een balans te vinden in het verminderen van uitgaven en het aanbieden van goede zorg (Duryan et al., 2012). Daarnaast neemt de wet en regelgeving toe waardoor er naast een gebrek aan middelen een grotere regeldruk ontstaat. Zorgprofessionals moeten steeds vaker kiezen tussen kantoorwerk en aandacht geven aan cliënten (Zomerplaag, 2017). Steeds meer administratieve taken moeten worden uitgevoerd waardoor er minder tijd is voor de cliënt wat leidt tot stress en minder handlingsruimte. Het gevoel van stress kan worden versterkt door werkdruk en een gebrek aan steun vanuit collega's, gedragsdeskundigen en managers (Ryan et al. 2019).

3.11 Gevolgen van handelingsverlegenheid

Wanneer zorgprofessionals handelingsverlegenheid ervaren reageren ze vaak door het probleem te willen beheersen, verleggen of verbinding te maken (Zomerplaag, 2017). Dit patroon is niet alleen beschreven door Zomerplaag (2017) maar is ook gevonden in een internationale studie onder psychiatrisch verpleegkundigen (Voogt et al., 2013).

Beheersen houdt in dat er wordt gehandeld vanuit het stellen van regels, geven van vaste structuur en duidelijke instructies (Zomerplaag, 2017). Bij deze manier van handelen houden zorgprofessionals vast aan vaste patronen. Interventies lijken te worden vermeden (Doody et al., 2023). Uit angst om te falen gebruiken ze het liefst standaardwerkwijzen (Zomerplaag, 2017). De keuze voor de werkwijze is gebaseerd op de eigen kennis en daarmee vaak eenzijdig. Daarnaast hebben zorgprofessionals de neiging om kortetermijnoplossingen te geven vanuit de drang om het probleem te beheersen (Bendien et al, 2017). Ze richten zich op het probleem zoals dat op het moment speelt en hebben minder zicht op de oorzaak, gevolg en de context van het probleem. Angst om te falen zorgt ervoor dat zorgprofessionals de neiging hebben om snel op het directe probleem te reageren in plaats van het probleem te overdenken.

Dit sluit aan bij het systeemdenken zoals beschreven door Kahneman (2012). Hij onderscheidt twee manieren van denken: 'systeem 1', dat snel, automatisch en intuïtief werkt op basis van heuristieken, en 'systeem 2', dat langzamer en analytischer is en bewuste inspanning vereist. In situaties van stress of gevaar schakelt een persoon eerder over op systeem-1-denken (Kahneman, 2012). Hoewel dit in sommige gevallen effectief is, blijkt het minder geschikt bij complexe vraagstukken, zoals de begeleiding van (jong)volwassenen met een licht verstandelijke beperking (lvb+). Wanneer zorgprofessionals vooral vanuit systeem 1 handelen, blijven zij vaak op dezelfde manier reageren, waardoor problemen blijven terugkeren. Dit kost veel energie en versterkt het gevoel van handelingsverlegenheid.

Een andere reactie op handelingsverlegenheid is het verleggen van het probleem. Hierbij wordt de verantwoordelijkheid van het handelen bij een ander gelegd. Vaak zijn dit de gedragsdeskundigen of naasten (Zomerplaag, 2017). Beide reacties, beheersen en verleggen, vergroten de handelingsverlegenheid.

Tot slot kan een zorgprofessional kiezen om te verbinden. In deze reactie ligt de focus op het maken van verbinding met de cliënt. Door zich echt te verdiepen in de cliënt verkennen ze nieuwe mogelijkheden om de cliënt zo veel mogelijk eigen regie te geven en daarmee verder te helpen (Husabø et al., 2024). De zorgprofessional handelt in deze situatie vanuit vertrouwen en ziet nieuwe mogelijkheden om met complexe situaties om te gaan. Hierdoor neemt de handelingsverlegenheid af. Dit is een cyclisch proces, door ervaringen uit het

verleden heeft de zorgprofessional vertrouwen om gevoel en inzicht te gebruiken, wat leidt tot nieuwe successen (Zomerplaag, 2017). In zowel beheersen als bij verbinden speelt handelen op intuïtie een rol. Uit het onderzoek van Bendien et al. (2017) blijkt dat zorgprofessionals vanuit handelingsverlegenheid voornamelijk intuïtie-gedreven werken in plaats van kennis-gedreven.

3.12 Visie van LifeWise

LifeWise richt zich op het verminderen van handelingsverlegenheid bij begeleiders die werken met (jong)volwassenen met een lvb+ (licht verstandelijke beperking en bijkomende problematiek). Dit methodisch kader gaat uit van de sociale kwetsbaarheid van de doelgroep in een steeds complexere omgeving. Het is ontwikkeld als een helpend kompas. LifeWise gaat uit van normatief professioneel handelen. Het gaat niet om pasklare oplossingen en protocollen maar om het steeds opnieuw zoeken naar oplossingen, waarbij professionaliseren, normeren, toetsen en heroverwegen belangrijk zijn. Het richt zich op 'activeren en inbedden' en niet op 'helen en oplossen' (Van Ewijk, 2015). Het belang van de relatie zoals beschreven in de presentietheorie van Baart (2004) is essentieel. Door het ondersteunen van de cliënt zal ook de sociale omgeving van de cliënt verbeteren.

Vanuit deze visie speelt handelingsverlegenheid op drie niveaus (Van den Eeckhout et al., 2024):

- De *competenties* van de begeleider: Dit betreft het beschikken over de juiste kennis, vaardigheden en attitude die nodig zijn om adequaat te kunnen handelen.
- De *ervaren (beleidsmatige) steun* vanuit de organisatie: Dit gaat over de mate waarin de begeleider zich gesteund voelt door de organisatie bij het nemen van beslissingen en het uitvoeren van zijn of haar werk.
- De *relatie tussen begeleider en cliënt*: Dit niveau betreft de effectiviteit van de werkrelatie tussen de zorgprofessional en de cliënt, en de mate waarin de begeleider in staat is om een positieve en ondersteunende relatie op te bouwen.

LifeWise gaat ervanuit dat zorgprofessionals zich handelingsverlegen kunnen uiten als ze niet beschikken over de juiste kennis en vaardigheden, als ze steun van de organisatie missen of als de werkrelatie met de cliënt niet effectief is.

4. Verantwoording: wat werkt en waarom werkt het?

Het methodisch kader LifeWise bestaat uit verschillende methodieken, tools en benaderingen, zoals beschreven in de paragraaf 'Aanpak' van de interventiebeschrijving. Wanneer de zorgprofessional het gedrag van de cliënt beter begrijpt en wanneer er sprake is van minder complex gedrag, zal de zorgprofessional zich minder handelingsverlegen voelen. Met behulp van de pijlers zoals beschreven in paragraaf 'aanpak' van de interventie kan de zorgprofessional meer grip op het gedrag van de cliënt krijgen. Binnen de pijler 'stabiliseren' kan de zorgprofessional werken aan het bieden van structuur, rust, overzicht en succeservaringen. Vervolgens staat in elke pijler een uitklap menu met handvatten. Per handvat is een verduidelijking en tips gegeven. Daarnaast staan er verwijzingen naar

hulpmiddelen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een heldere opbouw. Dit geeft inzicht in de eigen keuzes. Zo staan er hulpmiddelen voor het vinden van 'dagbesteding en werk'. De keuze voor 'dagbesteding en werk' volgt uit de keuze voor een 'zinnvolle dagbesteding' wat voortvloeit uit het stabiliseren van het gedrag. Wanneer een cliënt complex gedrag laat zien, kan de zorgprofessional via deze stappen tot de conclusie komen dat het vinden van 'dagbesteding en werk' mogelijk helpend werkt.

LifeWise volgt de definitie van handelingsverlegenheid zoals Eeckhout et al. (2024) die gesteld hebben, en gaat ervanuit dat zorgprofessionals handelingsverlegenheid ervaren wanneer zij niet beschikken over de juiste kennis en vaardigheden, als ze steun van de organisatie missen of als de werkrelatie met de cliënt niet effectief is. Hieronder zullen we de elementen van de methodiek koppelen aan de verschillende factoren van figuur 1. We laten zien hoe de elementen van LifeWise de bronnen zoals genoemd in figuur 1 versterken en de reactie van de begeleiders op het gedrag van de cliënt positief beïnvloedt zodat handelingsverlegenheid afneemt. We bespreken alle factoren uit het model afzonderlijk en leggen per factor uit op welke wijze LifeWise invloed uitoefent. Op deze manier wordt duidelijk hoe LifeWise is opgebouwd en hoe de verschillende elementen bijdragen aan het terugdringen van handelingsverlegenheid bij zorgprofessionals.

4.1 Keuze uit een veelheid aan methodieken

In de LifeWise app is een selectie aan methodieken in de vorm van hulpmiddelen toegevoegd zoals checklist, stappenplannen en gespreksmodellen, zie paragraaf 'aanpak' zoals beschreven in de interventie. De selectie van interventies binnen de webapp, steeds geactualiseerd door een weegcommissie, geeft duidelijk aan wat je als begeleider te doen staat en welke middelen je in kunt zetten om te handelen binnen de situatie (Kolen, 2012). De begeleider kan de juiste keuze maken zonder dat de hij of zij de informatie zelf hoeft te onthouden of actief hoeft op te roepen. Dit element van LifeWise beïnvloedt de subdoelen gericht op de competentie van de begeleider, de ervaren steun vanuit de organisatie en de relatie met de cliënt.

4.2 Begrippenkader

Op basis van de interviews en focusgroepen met zorgprofessionals van Cordaan en Middin is een eerste selectie gemaakt van kernbegrippen in het begeleiden van (jong)volwassenen met een lvb+. Deze kernbegrippen zijn voorgelegd aan een expertteam (Bendien et al., 2017). De definitieve keuze voor de kernbegrippen is gemaakt op basis van praktijkervaringen; onderzoekers hebben gekeken naar de kernbegrippen die goed overdraagbaar zijn in het dagelijks werkveld (Bendien et al., 2017). De kernbegrippen zijn nu opgenomen in de pijlers en de handvatten van het methodisch kader LifeWise.

In het leertraject LifeWise is er veel aandacht voor het gemeenschappelijk begrippenkader. Niet alleen zorgprofessionals, ook managers en gedragsdeskundigen leren te spreken in dezelfde taal gebaseerd is op dit begrippenkader. Dit komt doordat het leertraject inclusief eindopdracht niet alleen verplicht is voor begeleiders maar ook voor gedragsdeskundigen en managers. Gedragsdeskundigen leren om vanuit het begrippenkader van LifeWise begeleidingsgesprekken te voeren.

Daarnaast moet minimaal 75% van de begeleiders het leertraject doorlopen hebben en maakt de LifeWise training deel uit van het onboardingsprogramma voor nieuwe begeleiders, managers en gedragsdeskundigen. In de training voor managers staat het voeren van jaargesprekken aan de hand van de pijlers van LifeWise centraal. Dit alles samen

maakt dat alle medewerkers dezelfde begrippen gebruiken en het daardoor makkelijker is om met teamleden, managers of gedragsdeskundigen in gesprek te gaan over of te reflecteren op de begeleiding.

4.3 Organisatorische factoren

Steun vanuit de organisatie is belangrijk bij het tegengaan van handelingsverlegenheid. Wanneer een begeleider zich gesteund voelt in zijn of haar keuzes zal deze zich minder onzeker en dus minder handelingsverlegen voelen. Betrokkenheid van managers en gedragsdeskundigen is essentieel.

Managers en gedragsdeskundigen zijn verantwoordelijk voor het faciliteren en implementeren van het leertraject van LifeWise. In het leertraject voor begeleiders ontvangen ze een eenduidig begrippenkader, concrete handelingsrichtlijnen, interventies en hulpmiddelen.

Daarnaast is er een leertraject en nascholing voor deze intermediaire groep ontwikkeld om te zorgen dat managers en gedragsdeskundigen begeleiders op een correcte manier kunnen ondersteunen. De nascholing is gericht op het sturen en coachen op het normatieve handelen van begeleiders. Het gemeenschappelijk begrippenkader speelt hier een belangrijke rol. Doordat begeleiders, managers en gedragsdeskundigen dezelfde taal spreken begrijpen ze elkaar beter en voelen begeleiders zich eerder gesteund.

4.4 Kennis uit praktijkervaring

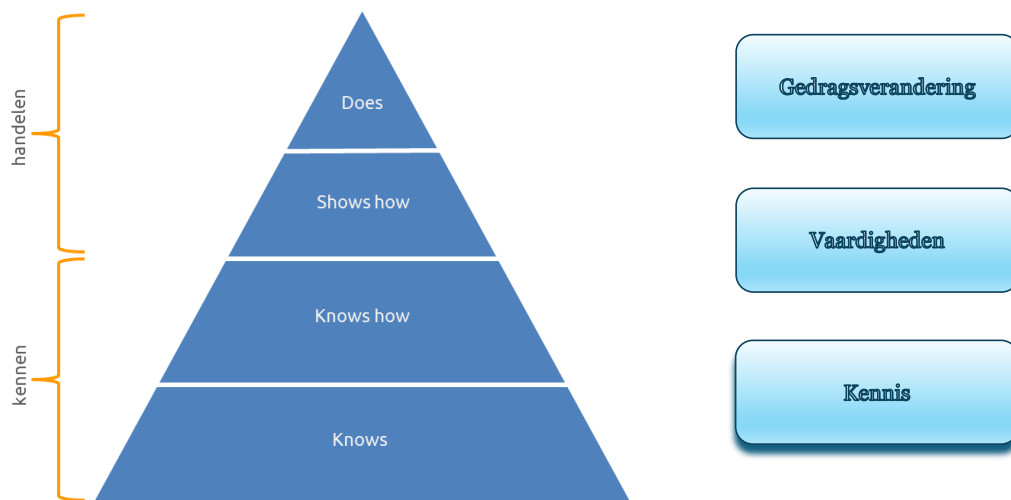
LifeWise stimuleert kennis uit praktijkervaring door gebruik te maken van filmpjes, casuïstiek, reflectie en intervisie. In het leertraject wordt een duidelijke koppeling met de praktijk gemaakt waardoor kennis uit praktijkervaring versterkt wordt,

Doordat minimaal 75% van de begeleiders het leertraject gevolgd moet hebben benaderen begeleiders problematieken vanuit dezelfde betekenisgeving. Daarnaast worden managers en gedragsdeskundigen ook geschoold in LifeWise. Hierdoor wordt de praktijkervaring direct gestimuleerd en daarnaast de steun versterkt. We verwachten dat het leertraject bovendien via de steun die begeleiders ervaren ook het behoud van personeel en de stabiliteit van het team zal bevorderen. In de paragraaf 'wetenschappelijke kennis, vaardigheden' wordt verder ingegaan op de koppeling tussen het leertraject en vaardigheden wat hier indirect op aansluit.

4.5 Wetenschappelijke kennis en vaardigheden

Het LifeWise leertraject richt zich op het vergroten van de kennis en vaardigheden van de begeleider en, uiteindelijk, een duurzame gedragsverandering. De factoren kennis, vaardigheden en gedragsverandering kunnen worden afgeleid van het competentiemodel van Miller (1990), zie figuur 2. Het model van Miller beschrijft hoe een begeleider competent wordt. Dit model komt oorspronkelijk uit het onderwijs en beschrijft de ontwikkeling van een student tot en met het niveau van beroepsbekwaamheid. Het model bestaat uit vier niveaus: 'doen', 'tonen', 'kunnen' en 'kennen'. Uitgezoomd kan het competentiemodel ook wel in drie

lagen worden onderverdeeld: de kennis van de begeleider, de vaardigheden en zijn handelen of gedragsverandering.



Figuur 2. Competentiemodel van Miller (1990)

4.5.1 Kennis

Kennis vormt het fundament van het competentiemodel. Binnen LifeWise is veel aandacht voor kennis. Kennis binnen LifeWise bestaat uit kennis over LifeWise zelf en kennis over het begeleiden van (jong)volwassenen met een lvb+. In de e-learning en de training wordt veel aandacht besteed aan het theoretisch kader van LifeWise en de kennis die nodig is om de tools te gebruiken. Dit wordt gedaan door middel van tekst en schema's.

Kennis over het begeleiden van (jong)volwassenen met een lvb+ wordt actief aangeboden in de e-learning, in de training en is blijvend beschikbaar in de webapp. In de e-learning en de training wordt de kennis van de begeleider vergroot doormiddel van tekst, schema's, filmpjes en casuïstiek. Aan het eind van de e-learning wordt er een kennistest gedaan om de kennis te toetsen en te consolideren. Uit onderzoek blijkt dat het aanbieden van zowel online kennis als face-to-face meetings in een leertraject het beste resultaat bereikt (Parsons et al., 2012). Daarnaast is de webapp een belangrijk onderdeel met betrekking van het vergroten van de kennis van de begeleider. Het opnemen van nieuwe kennis vergt veel tijd en energie die begeleiders vaak niet hebben. Hierdoor wordt nieuwe kennis snel vergeten. Door het gebruik van de webapp hoeft de begeleider de nieuwe informatie echter niet zelf meer paraat te hebben. In de webapp is kennis op elk moment beschikbaar en up-to-date. De weegcommissie van de webapp selecteert de meest relevante handelingsrichtlijn of interventie voor een vraagstuk en brengt die onder in de webapp. De criteria voor opname van hulpmiddelen zijn: praktisch, handzaam en effectief, zoveel als mogelijk op basis van (wetenschappelijk) onderzoek. Hierbij wordt het uitgangspunt gehanteerd: 'Voor elk probleem één oplossing'. Dit maakt dat de begeleider snel de juiste kennis voor handen heeft.

4.5.2 Vaardigheden

Vaardigheden bestaat uit vaardigheden om met de webapp te werken en vaardigheden in het begeleiden van (jong)volwassenen met een lvb+. Nadat de begeleider bekend is met de methodische achtergrond van LifeWise, is de begeleider in staat om de pijlers en handvatten in te zetten op een wijze die recht doet aan de individuele cliënt en de situatie van dat

moment. Dit leert de begeleider in de e-learning met behulp van casuïstiek en korte opdrachten waarmee de begeleider kan reflecteren op zijn eigen vaardigheden. In de training wordt gebruik gemaakt van intervisie en casuïstiek. In beide onderdelen wordt ingegaan op de bestaande vaardigheden en de vaardigheden die de begeleider nog kan ontwikkelen door te kijken welke pijlers de begeleider inzet. Daarnaast leert de begeleider de vaardigheid om het (eigen) handelen te koppelen aan de pijlers en handvatten van LifeWise. Op basis hiervan kan de begeleider eigen ontwikkelpunten formuleren aan de hand van de pijlers van LifeWise en een concreet plan te ontwikkelen om aan deze punten te werken. 'Werk ik op alle pijlers of ben ik alleen bezig met bijvoorbeeld Verbinden en Stabiliseren? Hoe kan ik meer focus op Inbedden leggen?' Een begeleider wordt zich bewust zijn van zijn eigen mogelijkheden, sterke kanten en minder sterke kanten. Naast reflectie ligt het concept transformatieve learning (Mezirow, 1991) hieraan ten grondslag. Hiermee wordt het proces bedoeld waarin een leerling zijn of haar bestaande overtuigingen bevraagt en uitdaagt door kritische reflectie, waardoor nieuwe kennis en overtuigingen ontstaan en beklijven.

Daarnaast kunnen begeleiders in de e-learning en training oefenen en experimenteren. Leren door middel van fouten maken en experimenteren in de praktijk is een bewezen goede manier om nieuwe vaardigheden te ontwikkelen (Sennett, 2009). Hierdoor zijn vaardigheden steeds in ontwikkeling ten behoeve van de praktijk. Door het vaak herhalen en oefenen met deze vaardigheden wordt de werkwijze routine en vereist de vaardigheid minder denkvermogen en overwegingen dan wanneer iemand net begint met de uitoefening van zijn vak (Sennett, 2009). Het volgen van face-to-face trainingen is een goede manier voor begeleiders om het vak te leren door 'naar de meester te kijken, hem na te doen en zijn werk over te nemen' (Zomerplaat, 2017). Volgens Sennett (2009) gebeurt dit omdat leerlingen gedreven zijn om het vak net zo goed uit te oefenen als de meester. Binnen LifeWise wordt de expertise van 'de meester' gewaarborgd door eisen te stellen aan de trainer. De training mag alleen gegeven worden door een ervaren trainer. De trainer is zelf begeleider of gedragsdeskundige en heeft minimaal 3 jaar ervaring met LifeWise. De trainer moet voldoen aan het beschreven competentieprofiel en volgt een trainingstraject alvorens hij of zij de training mag verzorgen.

Diverse onderzoeken (Schön, 1983 & 1987; Kolb, 1984) benadrukken het belang van reflectie als sleutelelement in het leren toepassen van opgedane kennis. Een kritische (zelf)reflectie is noodzakelijk om met complexiteit om te gaan en bewust te zijn van het eigen handelen en de effecten hiervan op cliënten (Preiser, 2012; MacIntyre, 2007). LifeWise geeft een structuur voor zelfreflectie aan de hand van de pijlers en de handvatten, dit staat beschreven in paragraaf 'Aanpak' van de interventiebeschrijving. In de app is onder het kopje "Jij en je team" een reflectietool beschikbaar. Door middel van deze tool en in de intervisiemomenten wordt in het werken met LifeWise de kritische zelfreflectie ondersteund.

De begeleider weet na het volgen van het leertraject en door continue zelfreflectie en regelmatige intervisie op welke wijze hij vorm en inhoud kan geven aan de pijlers van ondersteuning.

4.5.3 Gedragsverandering

Het hoogste niveau van het competentiemodel betreft het niveau 'doen'. Hierbij is de begeleider in staat om zijn of haar handelen te veranderen en effectief met LifeWise te werken. Een belangrijk onderdeel hierbij is de implementatie van de tool. Een begeleider zal alleen effectief met LifeWise werken als het methodisch kader binnen de hele organisatie is geborgd.

Dit wordt gedaan door de pijlers en handvatten van LifeWise te integreren in alle aspecten van het dagelijkse werk, zoals casuïstiekbesprekingen, reflectie, intervisie en multidisciplinaire overleggen. Daarnaast worden begeleiders aangemoedigd om regelmatig de kennis en tools in de webapp te raadplegen. Zowel de gedragsdeskundige als de teammanager spelen een ondersteunende en stimulerende rol om begeleiders te helpen bij het effectief inzetten van LifeWise in de verschillende aspecten van hun werk. Binnen LifeWise is aandacht voor het inbedden in de organisatie. Managers en gedragsdeskundigen worden actief betrokken en elke organisatie heeft een internprojectleider en een aandachtsfunctionaris. De intern projectleider coördineert en borgt de kwaliteit en implementatie van LifeWise. De aandachtsfunctionaris zorgt dat het methodisch kader onder de aandacht blijft en ondersteunt het team bij het werken met LifeWise. Managers en gedragsdeskundigen maken een implementatieplan LifeWise voor het team en werken het in de training gemaakte teamontwikkelplan verder uit.

Daarnaast wordt de begeleider na het afronden van het leertraject aan de hand van de reflectietool, intervisies en de webapp gestimuleerd om in de praktijk te blijven leren. De begeleider heeft een plan nodig om de geleerde vaardigheden toe te passen in het dagelijkse werk (Ajzen, 1991). In LifeWise komt dit terug in de eindopdracht. Begeleiders maken een plan op casusniveau hoe zij een door hen onderbelichte pijler (beter) kunnen toepassen.

Volgens Kolen (2012) kenmerkt competentie zich door het vermogen om te weten waar ruimte zit in protocollen. De begeleider moet bij dilemma's in de ondersteuning adequate afwegingen kunnen maken (normatieve professionaliteit) (Jochimsen & De Vries, 2019). Niet alleen het keurig naleven van regels en voorschriften, maar het realiseren van goede zorg voor een specifieke cliënt in een bepaalde situatie wordt als professioneel en bekwaam handelen bestempeld. Kolen spreekt dan ook over competente willekeur; dit omvat professioneel handelen die de cliënt tot zijn recht laat komen en deze niet reduceert tot gemiddelden en algemene standaarden. LifeWise als methodisch kader geeft de hoofdlijnen van de werkwijze aan en laat tegelijkertijd ruimte vrij voor flexibiliteit in de toepassing ervan (Bendien et al., 2017). Daarnaast kunnen concrete interventies - waar LifeWise in voorziet - meer houvast bieden aan de begeleider. De selectie van interventies geeft duidelijk aan wat je als begeleider te doen staat en welke middelen je in kunt zetten om te handelen binnen de situatie (Kolen, 2012).

4.6 Beheersen, Verleggen en Verbinden

Zoals beschreven in paragraaf 3.3 'Oorzaken van handelingsverlegenheid' van dit stuk, heeft de reactie van de begeleider op handelingsverlegenheid direct invloed op het gedrag van de cliënt waardoor een cyclisch proces ontstaat. De reactie van de begeleider is daarmee ook oorzaak van handelingsverlegenheid. Hieronder zullen we bespreken welke elementen uit de LifeWise methodiek de verschillende reacties beïnvloeden.

Door handelingsverlegenheid ervaren zorgprofessionals stress en hebben ze de neiging om te snel te handelen op het directe probleem. Er wordt niet gekeken naar de context en het grote geheel maar er worden kortetermijnoplossingen gezocht (Zomerplaat, 2017). Vaak wordt er vanuit beheersing, instructie gegeven en grenzen gesteld, om het acute probleem te lijf te gaan (Zomerplaat, 2017). Door deze manier van handelen is echter niet efficiënt, het probleem zal telkens terugkomen. Zoals besproken onder de gevolgen van

handelingsverlegenheid hebben zorgprofessionals de neiging om bij ingewikkeld gedrag te handelen vanuit systeem 1 denken: dat te doen wat ze al kennen. LifeWise leert én stimuleert de zorgprofessional in dergelijke situaties om meer gebruik te maken van het langzame analytische systeem 2 denken.

Dit begint in de e-learning waar inzichtelijk wordt gemaakt welke voorkeuren een begeleider heeft en welke pijlers de zorgprofessional niet of nog te weinig gebruikt. In de training staat beschreven hoe begeleiders worden gestimuleerd om juist alternatieve oplossingen te zoeken door problemen vanuit alle pijlers te analyseren. In de eindopdracht moet de begeleider zich richten op de pijler waar hij de minste focus op heeft gehad tijdens de training of in het werk. Het stimuleren van het gebruik van verschillende pijlers blijft terugkomen in intervisie en supervisie. Door hier herhaaldelijk aan te werken ontwikkelen begeleiders hun palet aan handelingsmogelijkheden en neemt de tunnelvisie af.

Daarnaast richten de pijlers 'ontwikkeling' en 'inbedden' zich ook op het grote geheel. Eén van de handvatten in ontwikkeling gaat bijvoorbeeld in op het verband leggen tussen keuzes, gedrag en gevolgen. Door hier aandacht aan te besteden krijgt de cliënt inzicht in zijn doen en laten en wordt een probleem breed aangepakt.

Handelingsverlegenheid kan zich ook uiten door het verleggen van het probleem. Begeleiders kunnen de neiging hebben om het probleem te verleggen bij gedragsdeskundigen. Binnen LifeWise wordt hierop ingespeeld door gedragsdeskundigen actief onderdeel te maken van LifeWise. Gedragsdeskundigen moeten deelnemen aan het leertraject en leren op die manier om te begeleiden vanuit LifeWise en begrippen. Dit maakt dat begeleiders zich gesteund en begrepen voelen waardoor ze het probleem minder zullen verleggen maar gebruik zullen maken van de geboden steun.

In LifeWise is verbinden opgenomen als een van de vier pijlers. In het onderzoek van Bendien et al. (2017) wordt dit beschreven als: "Wij staan naast onze cliënt, ondanks de afstand die hij creëert, ondanks zijn agressie, afwijzing en zorgmijndend gedrag." De relatie tussen begeleider en cliënt vereist specifieke vaardigheden: het vermogen om de cliënt op een professionele manier te benaderen, samen aan de slag te gaan en effectief om te gaan met weerstand, onmacht of onvoorspelbaar gedrag. In de pijler staan 4 handvatten beschreven om de verbinding met de cliënt te maken. Hierbij is gebruik gemaakt van een uitklap menu waarbinnen per handvat een verduidelijking gegeven wordt en verwijzingen naar hulpmiddelen zijn toegevoegd. Versterken van de verbinding zorgt voor een verminderd gevoel van handelingsverlegenheid (Zomerplaat, 2017). Deze tool helpt bij het versterken van de verbinding met de cliënt én bij het omgaan met het moeilijke gedrag van de cliënt. Het gedrag van de cliënt kan leiden tot handelingsverlegenheid, het beter hiermee om kunnen gaan zal dus ook zorgen voor een vermindering van handelingsverlegenheid. Daarnaast wordt binnen LifeWise uitgegaan van de presentiemethode van Baart (2004). Volgens deze theorie wordt er gestreefd naar 'er zijn met' én 'er zijn voor' een ander. Dit is in zowel de LifeWise een tool als in het leertraject een centraal thema dat telkens terug keert.

5. Aangehaalde Literatuur

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes* 50, 179-211. DOI:[10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)

Baart, A. (2004). *Een theorie van de presentie* (3e druk). Boom Lemma uitgevers.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>

Bendien, E., Bos, G.F., & Abma, T.A. (2017). *Onderzoeksverslag methodisch kader. Werkwijze voor ondersteuning mensen met een lichte verstandelijke beperking en bijkomende ernstige psychosociale problematiek*. VUmc afdeling Metamedica. Geraadpleegd in april 2025, van <https://www.lifewiselyb.nl/wp-content/uploads/2020/03/Onderzoeksverslag-LifeWise-fase-1-versie-26-april-2017.pdf>.

Bleijenburg, R. (2023). *Steeds meer financiële zorgen in de gehandicaptenzorg, maar er is ook veerkracht*. VGN. Geraadpleegd in april 2025, van <https://www.vgn.nl/achtergrond/steeds-meer-financiele-zorgen-de-gehandicaptenzorg-maar-er-ook-veerkracht>

Buckles, J., Luckasson, R., & Keefe, E. (2013). A systematic review of the prevalence of psychiatric disorders in adults with intellectual disability, 2003–2010. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 6(3), 181-207. DOI: 10.1080/19315864.2011.651682

Bureau Bartels (2020). *Arbeidsmarktverkenning gehandicaptenzorg*. Bureau Bartels B.V. Geraadpleegd in maart 2025, van <https://www.vgn.nl/system/files/2020-10/Arbeidsmarktverkenning%20Gehandicaptenzorg%2C%20oktober%202020.pdf>

Centraal Bureau voor de Statistiek (2020). *Regionale spreiding personen met LVB*. Geraadpleegd in maart 2025, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2020/48/regionale-spreiding-personen-met-lvb-2020>

Dekker, A., IJpma, I., & Martens, M. (2024). *De Grote Methodiekengids: definitie• inventarisatie• praktische toepasbaarheid• wetenschappelijke onderbouwing van begeleidingsmethodieken voor mensen met een verstandelijke beperking* (Eerste druk). University of Groningen Press. <https://doi.org/10.21827/6548bc945d46>

Delforterie, M. & Hesper, B. (2020). *Effectevaluatie SGLVG(+) behandeling De Borg (2003-2018)*. De Borg. Geraadpleegd in April 2025, van <https://www.deborg.nl/media/vuincs2n/effectevaluatie-sglvg-behandeling-de-borg-2013-2018-november-2020.pdf>

Derksen, E., Van den Eeckhout, A., & Westhoff, E. (2022). *Theoretisch kader LifeWise*. Significant Public.

De Vroomen, J., & Van den Bogaard, K. J. H. M. (2022). Traumabehandeling bij kinderen en jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. Wat als state-of-the-art therapie niet of zelfs averechts werkt? *LVB Onderzoek & Praktijk*, 20(1), 46-57..

Doody, O., Hennessy, T., Moloney, M., Lyons, R., & Bright, A. M. (2023). The value and contribution of intellectual disability nurses/nurses caring for people with intellectual disability in intellectual disability settings: A scoping review. *Journal of clinical nursing*, 32(9-10), 1993–2040. <https://doi.org/10.1111/jocn.16289>

- Došen, A. (2014). *Psychische stoornissen, probleemgedrag en verstandelijke beperking (5e editie)*. Uitgeverij Koninklijke van Gorcum.
- Douma, J., & Ter Avest-Eléma R. (2022). Licht verstandelijke beperking – definitie en kenmerken. In Kaal, H., Van Scheppingen, L., Douma, J., Van Oostaijen, E., en Bouwman-van Ginkel, E. (Ed.), *Basisboek lvb voor sociaal werkers* (pp. 13-26). Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum.
- Duryan, M., Nikolik, D., Van Merode, G., & Curfs, L. (2012). System dynamics modeling for intellectual disability services: A case study. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 9(2), 112-119. <https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2012.00342.x>
- Ee, J., Kroese, B., & Rose, J. (2022). A systematic review of the knowledge, attitudes and perceptions of health and social care professionals towards people with learning disabilities and mental health problems. *British Journal of Learning Disabilities*, 50, 467–483. <https://doi.org/10.1111/bld.12401>
- Embregts, P. J. C. M., Didden, R., Moonen, X., Leusink, G., & Schuengel, C. (2023). Kenmerken en ondersteuningsbehoeften van mensen met een licht of ernstig verstandelijke beperking en ernstig probleemgedrag en psychische problematiek. *NTZ: Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, 49(3), 82-93. https://www.ntzonline.nl/art/50-7642_Kenmerken-en-ondersteuningsbehoeften-van-mensen-met-een-licht-of-ernstig-verstandelijke-beperking-en-ernstig-probleemgedrag-en-psychische-problematiek
- Embregts, P., Didden, R., & Moonen, X. (2020). *Mensen met LVB+*. Universiteit van Tilburg. Geraadpleegd in maart 2025, van <https://www.tilburguniversity.edu/sites/default/files/download/Omschrijving%20mensen%20met%20LVB%2B%20december%202020.pdf>
- Frazier, J. A., Hanratty, L., & Weinstock, A. K. (2025). Mental Health Care Needs and Access to Care for Adults With Intellectual Disabilities. *Medical Care*, 63(1), S8-S14. DOI: 10.1097/MLR.0000000000002089
- Goei, S.L., & Kleijnen, R. (2009). *Omgang met zorgleerlingen met gedragsproblemen. Literatuurstudie uitgevoerd voor de Onderwijsraad*. Hogeschool Windesheim. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3661.0083>.
- Helder, R., Kooiman, H., Hoek van, J., Bolt, M., Dijkman, T., Widdershoven, I., en Folter de, R. (2021). *Adviesrapport 'Organiseren van expertise voor mensen met LVB+'*. Commissie Expertisecentra Langdurige Zorg. Geraadpleegd in april 2025, van <https://www.vgn.nl/system/files/2021-07/Advies%20LVB%2B%20-%20CELZ%20juni%202021.pdf>
- Husabø, M., Mæhle, M., Råheim, M., & Øien, A. M. (2024). Persevering professionals: Dilemmas of relationships and self-determination in work with people with intellectual disability—a multi-method study based on interpersonal process recall. *Journal of Intellectual Disabilities*, 28(2), 453-468. <https://doi.org/10.1177/17446295231154126>
- Jansen, P., & Bakker, P. (2019). *Beschrijving zorgprofiel VG7. Actualisatie op inhoud en kosten*. Bureau HHM. Geraadpleegd in april 2025, van <https://www.vgn.nl/system/files/2019-10/PJ191016%20Actualisatie%20zorgprofiel%20VG7.pdf>
- Jansen, P., Pansier, L., Belt, A. van de, Jenneboer, L., (2021), *Probleemanalyse VG 7*. HHM, pp. 10-17. Geraadpleegd in april 2025, van <https://www.hhm.nl/wp-content/uploads/PJ211556-Eindrapportage-probleemanalyse-VG7.pdf>
- Janssen, C., & Schuengel, C. (2006). Gehechtheid, stress, gedragsproblemen en psychopathologie bij mensen met een lichte verstandelijke beperking: aanzetten voor

interventie. In R. Didden (Ed.), *In perspectief: Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking* (pp. 67-83). Bohn Stafleu van Loghum.

Jochimsen, H., & De Vries, M. J. (2019). 'The normative nature of social practices and ethics in professional environments' (Advances in Religious and Cultural Studies (ARCS) Book Series). IGI Global. <https://doi.org/10.4018/978-1-5225-8006-5>

Kaal, H. (2016). *Prevalentie licht verstandelijke beperking in het justitiedomein*. Hogeschool Leiden. Geraadpleegd in maart 2025, van <https://wegwijzerjeugdenveiligheid.nl/wp-content/uploads/2024/03/notitie-prevalentie-lvb.pdf>

Kaal, H., Gast, D., & Scholte ter Horst, J. (2025). Prevalence and characteristics of hoarding behaviour and domestic squalor among adults with mild intellectual disability receiving residential or outpatient care. *JARID*, 38(4), e70089. <https://doi.org/10.1111/jar.70089>

Kahneman, D. (2012). Two systems in the mind. *Bulletin of the American Academy of Arts and Sciences*, 65(2), 55-59. <https://www.jstor.org/stable/23208056>.

Keizer-Remmers, A., Ivanova, V. & Brandsma-Dieters, A. (2021). To act or not to act: Cultural hesitation in the multicultural hospitality workplace. *Research in Hospitality Management*, 11(3) 215-223. <https://doi.org/10.1080/22243534.2021.2006915>.

Kocken, G., Van der Molen, M., & De Castro, B. (2021). Training de Dialoog: effect op handelingsverlegenheid en agressie-incidenten. *Onderzoek en Praktijk*, 19(2), 5-13.

Kolb, D. A. (1984). *Experiential Learning. Experience as the Source of Learning and Development*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.

Kolen, M. (2012). Professionaliteit, tussen kwetsbaarheid en beheersing. Een pleidooi voor 'competente willekeur' in de zorg. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 15(67).

Landelijk Kenniscentrum LVB (2025). *Weten wat werkt Interventies om in te zetten bij mensen met een LVB (2e versie)*. Geraadpleegd in april 2025, van <https://www.kenniscentrumlvb.nl/product/weten-wat-werkt-overzicht-interventies-geschiedt-voor-gebruik-bij-mensen-met-een-lvb/>

Lazarus R. S., & Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Springer Publishing Company.

MacIntyre, A. C. (2007). *After virtue: A study in moral theory* (3rd ed.). University of Notre Dame Press.

Mezirow, J. (1991). *Transformative dimensions of adult learning*(first ed.) Jossey-Bass.

Miller, G. E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/ performance. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 65(9), S63-S67. <https://doi.org/10.1097/00001888-199009000-00045>

Neijmeijer, L., Moerdijk, L., Veneberg, G., & Muusse, C. (2010). *Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ. Een verkennend onderzoek*. Trimbos-instituut. Geraadpleegd in april 2025, van <https://www.trimbos.nl/docs/03ba0f96-2fe5-4e69-b891-4c910c6a5ff4.pdf>

Nieuwenhuis, J. G., Lepping, P., Mulder, N. L., Nijman, H. L. I., Veereschild, M., & Noorthoorn, E. O. (2021). Increased prevalence of intellectual disabilities in higher-intensity mental healthcare settings. *BJPsych open*, 7(3), e83 1-8. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.28>

Nederlands Jeugd Instituut 2025). *Ondersteuning van uitvoerende professionals*. Geraadpleegd in maart 2025, van <https://www.nji.nl/kindermishandeling/ondersteuning-van->

uitvoerendprofessionals#:~:text=Handelingsverlegenheid%20is%20het%20twijfelen%20om ,onveilig%20voor%20de%20professional%20zelf.

Nussbaum, M. C. (2007). Perceptive equilibrium : literary theory and ethical theory. In G. Hagberg & W. Jost, *A Companion to the Philosophy of Literature*. (pp. 239-267) Wiley-Blackwell.

Preiser, R. (2012). *The problem of complexity. re-thinking the role of critique*. Stellenbosch University.

Prins, P., & Sterken, P. (2023). Laat LVB+ en EVB+ geen toestand zijn maar zorg voor perspectief!. *NTZ: Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, 4, 149-150.

Roording, S. (2023). Column De onzichtbare beperking. Waarom het (her)kennen van het onbekende cruciaal is. *LVB Onderzoek & Praktijk*, 21 (1).

Ryan, C., Bergin, M., & Wells, J. S. (2021). Work-related stress and well-being of direct care workers in intellectual disability services: A scoping review of the literature. *International journal of developmental disabilities*, 67(1), 1-22. 10.1080/20473869.2019.1582907

Santoro, A. F., Shear, S. M., & Haber, A. (2018). Childhood adversity, health and quality of life in adults with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62, 854–863. <https://doi.org/10.1111/jir.12540>.

Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner*. Basic Book, Inc.

Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner. Toward a New Design for Teaching and Learning in the Professions* (first ed.) Jossey-Bass Publishers.

Sennett, R. (2009). *The craftsman*. Penguin Books.

Spieker, B.P. (2019). *This thing called "handelingsverlegenheid" : Teachers' lack of confidence in teaching music in Dutch primary schools: a problem that could be overcome by applying supportive technology?* In *Contemporary research topics in arts education: German-Dutch perspectives* (pp. 30-35). Rat für Kulturelle Bildung eV.

Stoesz, B. M., Shooshtari, S., Montgomery, J., Martin, T., Heinrichs, D. J., & Douglas, J. (2016). Reduce, manage or cope: a review of strategies for training school staff to address challenging behaviours displayed by students with intellectual/developmental disabilities. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 16(3), 199-214. <https://doi.org/10.1111/1471-3802.12074>

Van Binsbergen, M., Koopman, P., Lourens, J. (2020). *In één hand: Specialistische jeugdhulp in het speciaal onderwijs*(Rapport 1037). Kohnstamm Instituut. Geraadpleegd in april 2025, van <https://kohnstammstituut.nl/rapport/in-een-hand-specialistische-jeugdhulp-in-het-speciaal-onderwijs/>.

Van den Bogaard, K. J. H. M., Nijman, H. L. I., Palmstierna, T., & Embregts, P. J. C. M. (2017). Characteristics of Aggressive Behavior in People With Mild to Borderline Intellectual Disability and Co-Occurring Psychopathology. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 11(2), 124–142. <https://doi.org/10.1080/19315864.2017.1408726>

Van den Brink, F., & Tick, N. T. (2020). De uitdaging van een complexe diversiteit: Moeilijk leerlinggedrag, handelingsverlegenheid en emotionele uitputting bij leerkrachten in het speciaal (basis) onderwijs. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 59(6), 279-293.

- Van den Eeckhout, A., Jongebreur, W., Westhoff, E. (2024). *Methodisch kader LifeWise – invloed op handelingsverlegenheid bij begeleiders van cliënten met een LVB+*. Significant Public. Geraadpleegd in april 2025, van <https://significant.nl/wp-content/uploads/2024/05/Methodisch-kader-LifeWise-Invloed-op-handelingsverlegenheid-bij-begeleiders-van-clienten-met-LVB.pdf>
- Van den Hazel, T., Didden, R., Nijman, H., & De Beurs, D. (2020). Suïcide bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 62(12): 1-8
- Van der Fels, I. (2021). *Monitor gezond werken in de zorg 2021*. IZZ. Het ledencollectief van mensen in de zorg. Geraadpleegd in april 2025, van https://www.izz.nl/sites/default/files/downloads/Resultaten%20IZZ%20Monitor%202021_2.pdf
- Van der Meer, M. (2010, 18 mei). *Handelingsverlegen professionals* [blog post]. Geraadpleegd in maart 2025, van <https://www.zorgwelzijn.nl/blog/handelingsverlegen-professionals-zwz015372w/>
- Van Elst, L. (2022). LVB in de GGZ. *Zorgvisie*, 52(8), 32-34.
- Van Ewijk, H. (2015). *Omgaan met sociale complexiteit. Professionals in het sociale domein*. (2^e ed.) SWP..
- Van Duijvenbode, N., & Van der Nagel, J. E. L. (2019). A Systematic Review of Substance Use (Disorder) in Individuals with Mild to Borderline Intellectual Disability. *European addiction research*, 25(6), 263–282. <https://doi.org/10.1159/000501679>
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland(2015a). *VGN Kennisbeleid 2013-2015: Naar meer kennis van en voor het veld*. VGN-publicatie: 713.231. Geraadpleegd in april 2025, van https://www.vgn.nl/system/files/article/file/VGNkennisbeleidsplan%2B2013-2015_web.pdf
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. (2015b). *Competentieprofiel (SG)LVB*. Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. Geraadpleegd in april 2025, van <https://www.vgn.nl/system/files/2019-12/competentieprofiel%28SG%29LVB%20DEF.pdf>
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. (2022). *Feiten en cijfers in de gehandicaptenzorg*. Geraadpleegd in april 2025, van <https://www.vgn.nl/feiten-en-cijfers-de-gehandicaptenzorg>
- Verheijden, E., en De Lange, M. (2016) *Wat werkt bij integrale jeugdhulp?* Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd in april 2025, van <https://www.nji.nl/system/files/2021-05/Wat-werkt-integrale-jeugdhulp.pdf>
- Vervoort-Schel, J., Mercera, G., Wissink, I., Van der Helm, P., Lindauer, R., & Moonen, X. (2021). Prevalence of and relationship between adverse childhood experiences and family context risk factors among children with intellectual disabilities and borderline intellectual functioning. *Research in Developmental Disabilities*, 113. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.103935>
- Vervoort-Schel, J., Pellemans-van Rooijen, R., Kooijmans, R., & Moonen, X. (2022). Waarom trauma informed care als organisatiebreed raamwerk voor trauma-sensitieve zorg? *LVB Onderzoek & Praktijk*, 20(1), 5-17.
- Voeten-Van de Louw, J., Ruissen, A., & Sielk, M. (2024). De psychiater en patiënten met een lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 10, 591-596.

Voogt, L. A., Nugter, A., Goossens, P. J., & Van Achterberg, T. (2013). "Providing structure" as a psychiatric nursing intervention: A review of the literature. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49(4), 278-287. <https://doi.org/10.1111/ppc.12014>

Woittiez, I., Eggink, E., & Ras, M. (2019). *Het aantal mensen met een licht verstandelijke beperking: een schatting*. SCP. Geraadpleegd in maart 2025, van <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2019/10/01/het-aantal-mensen-met-een-licht-verstandelijke-beperking-een-schatting>

Zomerplaag, J. (2017). *Kennis en praktijk in de gehandicaptenzorg. De betekenis van het samenspel tussen kennis met een grote en een kleine K voor het omgaan met handelingsverlegenheid*. GVO drukkers & vormgevers BV.

Zoon, M., en Van Rooijen, K. (2018). *Jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking. Wat werkt?* Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd in april, van https://www.nji.nl/system/files/2021-05/Watwerkt_LVB.pdf

