

LVB Onderzoek & Praktijk

GEWELDLOOS VERZET IN EEN RESIDENTIËLE SETTING

BELEMMERINGEN VOOR BEHOUD VAN WERK

COLUMN: KENNIS VAN CHRIS

MULTIDIMENSIONELE FAMILIETHERAPIE

TRAUMASENSITIEF WERKEN

**Tijdschrift van professionals die werken voor
sociaal kwetsbare mensen met cognitieve beperkingen**

Voorjaar 2021, jaargang 19, nr 1

LVB Onderzoek & Praktijk

Voorjaar 2021
Jaargang 19 - nummer 1

Inhoud

Van der Molen	4	Voorwoord
Visser & Van Vliet	6	Geweldloos verzet in de residentiële setting - een aanpassing voor jeugdigen met een LVB
De Vries, Arts & Ten Pas	15	Belemmeringen voor behoud van werk met een LVB
Schirmbeck	27	Column: Kennis van Chris
Roelfsema, Van Santvoort & Van Duijvenbode	28	Multidimensionele Familietherapie bij jongeren met een LVB
Smulders & Huisman	37	Traumasensitief werken integratief uitgevoerd op een LVB behandelgroep

Boekrecensie

Ponsioen	48	B.F Skinner, een hernieuwde kennismaking
----------	----	--

Cursusaanbod

Ponsioen & Hoekman	49	Cursus N=1 Onderzoek
--------------------	----	----------------------

LVB Onderzoek & Praktijk

*Tijdschrift van professionals die werken voor sociaal kwetsbare mensen met cognitieve beperkingen
is een uitgave van de stichting Landelijk Kenniscentrum LVB*

LVB Onderzoek & Praktijk verschijnt tweemaal per jaar.

Redactie:

Annematt Collot d'Escury-Koenigs
Jolanda Douma
Annie de Groot
Hendrien Kaal
Maroesjka van Nieuwenhuijzen
Albert Ponsioen
Andries Schilperoord
Hilde Tempel

Tekstcorrecties:

Jolanda Douma

Secretariële ondersteuning:

Mischa Vreijisen

Vermenigvuldiging:

Nezzo print en creatie – Druten
www.nezzo.nl

Correspondentie en kopij:

Landelijk Kenniscentrum LVB
t.a.v. Redactie LVB Onderzoek & Praktijk
Postbus 519
3500 AM Utrecht
tel. 030-7400400
redactie@kenniscentrumlvb.nl
www.kenniscentrumlvb.nl

VOORWOORD

Mariët van der Molen – hoofdredacteur LVB Onderzoek & Praktijk

De eerste keer dat ik mij in dit voorwoord tot u mag richten voelt een beetje alsof de meester over je schouder meekijkt. Na lang redactielid te zijn geweest (vanaf de tijd dat het tijdschrift nog de naam OWO had en op groen papier gedrukt werd), heb ik het stokje van hoofdredacteur van Albert Ponsioen overgenomen. Feitelijk is het een ruil, want Albert blijft betrokken als redactielid. Als redactie wilden we hem natuurlijk bedanken, maar met iedereen achter zijn of haar scherm werd het niet echt uitbundig. Gelukkig gloort er hoop aan de horizon, dus dat feestje halen we later gewoon in.

Een (ander) bijkomend effect van COVID is het stilvallen van wetenschappelijk onderzoek. Veel onderzoek is het afgelopen jaar stopgezet, of gepland onderzoek niet gestart. Omdat het niet uitvoerbaar is met beeldbellen of omdat professionals en cliënten er geen ruimte meer voor hebben, druk met zich staande te houden in deze onzekere periode. We zijn dan ook blij dat we desalniettemin weer een goed gevuld nummer hebben, vol inspirerende stukken.

In dit voorjaarsnummer beschrijven Katharina Visser en Corine van Vliet ervaringen van medewerkers met de methodiek Geweldloos Verzet in residentiële instellingen voor jeugdigen met een LVB. De methodiek richt zich op een interactionele manier op het verminderen van agressie en het herstellen van de relatie tussen de opvoeder en de jeugdige. De medewerkers zijn enthousiast over de mogelijkheden van Geweldloos Verzet, maar geven ook aan dat het noodzakelijk is om aanpassingen te maken ten behoeve van de licht verstandelijke beperking.

Een baan krijgen én behouden is voor veel mensen het streven, maar voor mensen met een LVB een droom die maar al te vaak niet

uitkomt. In hun onderzoek gebruiken Gabe de Vries, Jeanne Arts en Danique ten Pas de methode concept-mapping om bij zowel professionals als cliënten te inventariseren welke belemmeringen er in de praktijk spelen voor behoud van werk. Zicht op de zes clusters van belemmeringen die de auteurs vaststellen, biedt handvatten voor vroegtijdig handelen.

Hoe moeilijk het soms is voor cliënten om duurzaam werk te vinden laat Hans Schirmbeck zien in zijn column over Chris; een destijds 19-jarige jongen waar een baan voor gezocht werd. Schirmbeck beschrijft zijn ervaringen met het zoeken naar werk voor Chris en biedt ons daarmee wijze lessen. Overigens, niet alleen ten aanzien van behoud van werk. Spoiler: Chris heeft een baan bij de reinigingsdienst gevonden en werkt er nog steeds. Naar grote tevredenheid van zijn baas.

Multidimensionele Familiotherapie (MDFT) is een effectief systeemgericht behandelprogramma voor jongeren met uiteenlopende problematiek zoals frequent middelengebruik, overmatig gamen, spijbelen, delinquent gedrag en psychische stoornissen. In het artikel van Martine Roelfsema, Floor van Santvoort en Neomi van Duijvenbode worden de eerste praktijkervaringen van MDFT-therapeuten met het aanbieden van MDFT bij jongeren met een LVB beschreven. De conclusie van Roelfsema en collega's is dat MDFT veelbelovend en ook voor deze groep jongeren goed toepasbaar is.

Dan een ervarings-/pilotonderzoek door Wendy Smulders en Astrid Huisman over traumasensitief werken op een LVB behandelgroep. De auteurs beschrijven hoe zij op zoek zijn gegaan naar een manier om ongewenste uitstroom van kinderen door moeilijk hanteerbaar gedrag en het, mogelijk daarmee samenhangende verloop binnen

Mariët van der Molen *Voorwoord*

het team pedagogisch medewerkers, te voorkomen. Hun bevindingen met de training 'zorgen voor getraumatiseerde kinderen' van Coppens in een team pedagogisch medewerkers zijn met concrete voorbeelden beschreven.

Verder geeft Albert Ponsioen in zijn nieuwe hoedanigheid als redactielid zijn mening over het onlangs verschenen boek 'B.F. Skinner, een hernieuwde kennismaking' door Pier Prins en Arnold van Emmerik. Volgens Ponsioen een aanrader.

Sinds enige tijd hebben we ook een online thema platform: 'LVB en de digitale wereld'. Hier publiceren we actuele artikelen waarin onderzoek naar het gebruik van digitale middelen (apps; sociale media; games), de ontwikkelingen en de praktische toepassingen op dit gebied, centraal staan. Met daarin tot nu toe stukken over digitale psycho-educatie, gebruik en uitdagingen van internet voor jongeren en online seksuele risico-ervaringen bij jongeren met LVB in een Zeer Intensieve Behandelgroep. Alles te lezen via <https://www.kenniscentrumlvb.nl/tijdschrift/lvb-digitaal/>.

Rest de redactie van LVB Onderzoek & Praktijk niets anders dan iedereen veel geduld en gezondheid toe te wensen.

GEWELDLOOS VERZET IN DE RESIDENTIËLE SETTING – EEN AANPASSING VOOR JEUGDIGEN MET EEN LVB

Katharina Visser¹

Corine van Vliet²

“Soms ben ik geschokt, als ik bedenk dat we negen jaar geleden, toen ik hier als stagiair begon te werken, echt beheersmatig hebben gewerkt. Toen een kind zijn huiswerk niet deed, gaven we hem een minuut om het wel te doen. Als gevolg daarvan werd het kind boos en we pakten het vast en zonderden het af. Ja, zo hebben we het toen echt gedaan! Vandaag denken we er anders over: “Nou, hij heeft zijn huiswerk niet gemaakt, dat waardenen we niet. Maar is het echt zo belangrijk om het te laten escaleren?” (groepswerker, 28 jaar)

Inleiding

Veel agressie in residentiële instellingen

Roldefinitie

Tachtig procent van de medewerkers werk-zaam in de sector voor gehandicapten-zorg geven aan te maken te hebben gehad met verbale en fysieke agressie (CNV, 2018). De hoge prevalentie van agressie-incidenten in residentiële jeugdinstanties kan veel negatieve gevolgen hebben voor zowel de opgenomen jeugdigen als de groepsmedewerkers. Wanneer agressie wordt bejegend met een beheersmatige manier van werken, zoals straffen of discipline, kan dit leiden tot stress en traumatische ervaringen en een langere opnameduur bij de jongeren (Sukhodolsky, Cardona, & Martin, 2005) en tot gevoelens van angst en machteloosheid bij de medewerkers (Knotter et al., 2013). Die gevoelens van angst en machteloosheid kunnen leiden tot burn-out, verminderde arbeidstevredenheid, meer gedachten aan ontslag, slechtere werkprestaties en meer ziekteverzuim en niet zelden meer beheersmatig werken (Edwards & Miltenberger, 1991; Hunter & Carmel, 1992; Jackson, Clare, & Mannix, 2002; Tenneij & Koot, 2008). Gezien het bovenstaande is het van groot belang dat de agressie in residentiële jeugdinstanties wordt verminderd. In het verleden werden verschillende methodieken gebruikt om agressie te verminderen. Vaak

waren dit individuele behandelprogramma's voor de jeugdigen, zoals sociale vaardigheidstrainingen, probleemoplossings-trainingen of cognitieve gedragstherapie. Deze programma's bleken echter maar zeer beperkt in staat agressie van de jeugdige te verminderen (Borduyn, Heiblum, Jones, & Grabe, 2000). Eerder onderzoek wees uit dat agressie niet als een individueel probleem moest worden gezien, maar als interactioneel probleem, een probleem van de hele setting. Knotter et al. (2013) concludeerden vanuit hun onderzoek dat de houding van de groepsleider van essentieel belang is. Begeleiders met een responsieve houding ten aanzien van agressie zijn in staat de functie achter het gedrag te signaleren, waarbij zij bijvoorbeeld agressie interpreteren als een manier van communicatie of van zelfverdediging, hetgeen leidt tot minder agressie. Naast de benadering door groepsleiding, blijkt ook het klimaat van de instelling van belang als voorspeller van agressie (Van den Tillaart, Eltink, Stams, Van der Helm, & Wissink, 2018). Een positief ervaren open leefklimaat werd geassocieerd met minder agressie-incidenten (Van den Tillaart et al., 2018). Samengevat is een warme, zorgzame omgeving essentieel bij het streven naar een effectieve behandelsetting en het verhogen van het welbevinden van medewerkers en cliënten en afname van agressie (Cameron & Maginn, 2007). De focus bij het bestrijden van

¹ Promovenda Amsterdam UMC en Youz/De Banjaard. Km.visser@amsterdamumc.nl

² Kinder- en Jeugd Psychiater bij Youz/De Banjaard

agressie werd daarom verlegd van alleen de jeugdigen behandelen naar het betrekken van de hele setting (Cameron & Maginn, 2007).

Geweldloos Verzet

Geweldloos Verzet, ook bekend als Non-Violent Resistance (NVR) (Omer, 2004; Weinblatt & Omer, 2008), is een methodiek die zich op een interactionele manier richt op het verminderen van agressie en het herstellen van de relatie tussen de opvoeder en de jeugdige. Geweldloos Verzet is gebaseerd op de filosofie van Gandhi en Martin Luther King in hun sociale politieke strijd en komt voort uit de methode 'Non-Violent Resistance: A New Approach to Violent and Self-Destructive Children', die in 2004 werd ontwikkeld door de Israëlische psycholoog Haim Omer en anderen (Omer, 2004). De methode richt zich vooral op het veranderen van het gedrag van de verzorger in plaats van enkel op het gedrag van de jongere.

De primaire verzorgers in residentiële jeugdinstanties zijn in veel gevallen de groepsmedewerkers. Omdat er aanvankelijk alleen een versie van Geweldloos Verzet voor ouders beschikbaar was, is een aanpassing voor residentiële setting ontwikkeld, voor zowel open als gesloten afdelingen (Van Gink, Van der Stegen, Goddard, & Ottenbros, 2012). Teams leren hierin hoe ze escalaties met de opgenomen jeugdigen kunnen voorkomen en hoe ze de onderlinge relatie tussen henzelf en de jeugdigen en onderling in het team kunnen versterken. Een van de sleutelfactoren van Geweldloos Verzet is het belang van het wij, het gevoel van samenwerking in plaats van alleen te staan. Onlangs heeft grootschalig promotieonderzoek over de mogelijke effectiviteit van Geweldloos Verzet in de residentiële setting uitgewezen dat het in Geweldloos Verzet getrainde personeel zeer positief was over de methode Geweldloos Verzet (Van Gink et al., 2017). Daarnaast werd ook een mogelijke invloed van Geweldloos Verzet op het leefklimaat, werkklimaat en het verminderen van agressie incidenten onderzocht (Van Gink et al., 2018). De resultaten lieten zien dat met Geweldloos Verzet met name de

samenwerking van het team, de arbeidstevredenheid en de gedeelde visie en betrokkenheid lijken te verbeteren. Wat betreft leefklimaat, gemeten bij de jeugdigen, en vermindering van agressie-incidenten waren de resultaten niet eenduidig (Van Gink et al., 2018). Het leefklimaat verbeterde niet en de agressie-incidenten waren al laag voor de invoering van Geweldloos Verzet. De bevindingen moeten echter met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, omdat de effecten slechts klein tot middelgroot waren en omdat positieve effecten alleen werden gevonden in instellingen waar het personeelsverloop relatief stabiel was, waardoor Geweldloos Verzet goed kon worden geïmplementeerd (Van Gink et al., 2018). Dat is dan ook een van de stevigste conclusies die de onderzoekers trekken: Geweldloos Verzet is geen quick fix, maar een hoopgevende methode die de nodige aandacht en grondige implementatie verdient om effectief te kunnen zijn.

Geweldloos Verzet aangepast voor LVB

In residentiële jeugdinstanties voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking (LVB) wordt meer agressief en intimiderend gedrag gerapporteerd dan in instellingen voor jeugdigen met een gemiddeld IQ (Embregts, Didden, Huitink, & Schreuder, 2009). Gezien het hoge percentage opgenomen jeugdigen met een LVB lijkt het noodzakelijk dat in de behandeling rekening wordt gehouden met hun lagere intelligentie. Eerder onderzoek toont aan dat bestaande (evidence-based) interventies voor cliënten met een LVB moeten worden aangepast om hetzelfde effect te hebben als voor jeugdigen zonder LVB (De Wit, Moonen, & Douma, 2011; Kazdin, 2005; Sanders, Mazzucchelli, & Studman, 2004; Schudrich, 2012). In de Richtlijn Effectieve Interventies LVB zijn verschillende aanbevelingen voor het ontwikkelen en aanpassen van interventies voor LVB-jeugdigen gedaan (de Wit et al., 2011). De Wit et al. (2011) benoemen zes factoren die een rol spelen bij de haalbaarheid en effectiviteit van een interventie bij LVB: 1) uitgebreide diagnostiek, 2) aanpassing van de communicatie, 3) concrete oefeningen, 4) her-

structurering en vereenvoudiging 5) netwerk en generalisatie en 6) een veilige en positieve leeromgeving.

De methodiek Geweldloos Verzet werd volgens deze richtlijnen door een ambulante werkend team bij de Banjaard, een expertisecentrum voor kinderen en jongeren met psychiatrische problematiek en LVB in Den Haag, aangepast voor het werken met LVB-jeugdigen en hun gezinnen (Van Vliet, Dekker, Van Klink, & Van Nus, 2015). Alle interventies van Geweldloos Verzet werden aangepast voor LVB-niveau, wat inhoudt dat vereenvoudigd taalgebruik is gebruikt, pictogrammen per interventie zijn toegevoegd en concrete oefeningen door middel van rollenspel worden aangeboden. Daarnaast is er een oudertraining opgezet, waarbij (LVB-)ouders getraind worden in de toepassing van de interventies, rollenspellen worden geoefend in de thuissituatie en het netwerk actief wordt betrokken om de generalisatie te vergroten. Gezien laatstgenoemde een grote uitdaging is, maar tegelijkertijd een voorwaarde om Geweldloos Verzet goed toe te passen, wordt vanuit de teams veel tijd en moeite genomen om het netwerk van ouders te kunnen mobiliseren. Als netwerk telt ook de buurvrouw, de leerkracht of de coach van de voetbalclub. Teams en getrainde ouders zijn enthousiast over de methode en geven aan dat Geweldloos Verzet hen kon helpen in het doorbreken van het gevoel van machteloosheid en het herstellen van de verbinding tussen het kind en ouders. Aangezien de resultaten vanuit de residentiële zorg veelbelovend zijn gebleken en er veel LVB-jeugdigen in residentiële instellingen verblijven, lijkt het belangrijk en noodzakelijk om de originele methode aan te passen voor LVB-jeugdigen in residentiële instellingen.

Het doel van het huidige onderzoek is te onderzoeken of medewerkers van residentiële jeugdinstanties een toepassing van Geweldloos Verzet voor jeugdigen met een LVB in een residentiële setting (1) haalbaar en noodzakelijk achten. En zo ja, (2) hoe de aanpassing eruit zou moeten zien. De onderzoeksvragen worden op een kwalitatieve

manier benaderd, door middel van semi-gestructureerde interviews met medewerkers die werkzaam zijn in residentiële instellingen en getraind in Geweldloos Verzet.

Methode

Geweldloos Verzet kent naast een bepaalde basishouding ten opzichte van ongewenst gedrag, een aantal concrete interventies. Om de suggesties vanuit de interviews te kunnen begrijpen, zullen we hieronder een aantal van deze interventies kort aanstippen. Een uitgebreide beschrijving van de gehele methodiek kunt u vinden in het methodeboek (Haspels, Visser, Van Gink, & Van der Stegen, 2017). Daarnaast hebben we alle aanpassingen kort opgenomen in een overzicht in de bijlage.

De aankondiging

De aankondiging is een brief gericht aan de jeugdige over welk gedrag niet meer kan worden geaccepteerd. De grondtoon van de brief is duidelijk, maar vriendelijk en warm. De aankondiging wordt meestal voorgelezen aan de jeugdige door een van de hulpverleners in aanwezigheid van het netwerk van de jeugdige, zoals eventuele andere hulpverleners, ouders en/of leerkrachten van de instelling.

De sit-in

Wanneer het onacceptabele gedrag dat in de aankondiging wordt besproken niet afneemt, kan de groepsleiding besluiten om een sit-in te doen. Tijdens de sit-in komt de maatschappelijk werker en soms ook andere hulpverleners rustig en vredig de kamer van de jeugdige binnen. Eén van hen voert het woord, de anderen zwijgen. Het doel van de sit-in is om de jeugdige duidelijk te laten begrijpen dat het getoonde gedrag onaanvaardbaar is en dat het moet veranderen. Het is de bedoeling van de sit-in dat de jeugdige de verantwoordelijkheid voor zijn gedrag op zich neemt en een oplossing voorstelt om dit gedrag in de toekomst te veranderen.

Herstelgebaren

Er wordt een herstelgebaar uitgevoerd om een vervelende situatie te herstellen. Bijvoorbeeld: een jeugdige breekt bewust een ruit. Deze

situatie kan achteraf worden besproken en de hulpverleners vragen de jeugdige wat hij of zij kan doen om te laten zien dat het hem of haar spijt. Binnen de herstelgebaren is het belangrijk om in gedachten te houden dat elke oplossing van de jeugdige wordt geaccepteerd, zelfs als deze niet in verhouding staat tot de waarde van de schade die is aangericht. Zo zou de jeugdige bijvoorbeeld kunnen voorstellen om een taart te bakken voor de groep om sorry te zeggen voor de gebroken ruit.

Interviews

Er werden in totaal 13 medewerkers geïnterviewd, werkzaam in residentiële instellingen voor jeugdigen met en zonder een LVB. De steekproef werd getracht zo representatief mogelijk te zijn op het gebied van geslacht, functie, het aantal jaren werkervaring en ervaring in het werken met Geweldloos Verzet. De interviews duurden gemiddeld 40 minuten. Medewerkers werden door middel van semi-gestructureerde interviews bevroegd naar de bruikbaarheid van Geweldloos Verzet voor het werken met de LVB-doelgroep in de residentiële context.

De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 37,4 jaar (24 - 55 jaar; SD = 10,42). Twee van hen waren mannen. De werkervaring varieerde van minder dan een jaar tot meer dan 10 jaar (5 van hen werkten langer dan 10 jaar, 4 tussen 4 - 10 jaar, 2 tussen 2 - 4 jaar en 1 minder dan 1 jaar). Alle deelnemers waren getraind in Geweldloos Verzet voor de residentiële setting (Van Gink et al., 2012).

Analyses

Nadat alle interviews getranscribeerd waren, werden de interviews gecodeerd volgens de richtlijnen van kwalitatief onderzoek (Boeije, 2005).

Resultaten

Het hoofddoel van dit onderzoek was te onderzoeken of Geweldloos Verzet-getrainde medewerkers de toepassing voor de LVB-doelgroep noodzakelijk vonden en hoe de aanpassing eruit zou moeten zien. De kernthema's die uit alle data naar voren kwamen konden worden onderverdeeld in

twee delen, namelijk (1) de mogelijkheid om Geweldloos Verzet in te zetten voor de LVB-doelgroep en (2) eventueel noodzakelijke aanpassingen van de specifieke interventies van Geweldloos Verzet. Hieronder zullen we de kernthema's bespreken en aan de hand van citaten verduidelijken.

Mogelijkheid & Noodzaak van een toepassing van Geweldloos Verzet-residentieel voor de LVB-doelgroep

De geïnterviewde deelnemers vonden dat het haalbaar en noodzakelijk was om Geweldloos Verzet-residentieel aan te passen voor LVB-jeugdigen.

Het bleek dat de meeste deelnemers in staat waren om na te denken over een aanpassing voor de LVB-doelgroep, echter leken zij het prettig te vinden een gestandaardiseerd handboek te hebben waarin aanpassingen voor het werk met een LVB waren vormgegeven.

“Zeker weten! Ja, vooral omdat het (Geweldloos Verzet) helemaal niet verbaal hoeft te zijn. Ja, er zijn dingen die moeten worden aangepast of vereenvoudigd of herhaald. (...) Ik heb nog nooit iemand horen zeggen “Het is niet mogelijk.” (ouderbegeleider, 55 jaar)

“We hebben nog geen format, maar ik denk dat het echt nuttig zou zijn. We hadden het er laatst over dat we een zouden kunnen maken. Juist omdat visualisatie en picto's gewoon heel goed werken met deze kinderen.” (maatschappelijk werker, 28 jaar)

1. Aspecten voor de aanpassing van de specifieke Geweldloos Verzet-interventies.

In de interviews werd gevraagd welke specifieke interventies voor de LVB-doelgroep aangepast zouden moeten worden. De belangrijkste bevindingen zullen hieronder per interventie worden toegelicht: (a) het schrijven van de aankondiging, (b) de uitvoering van een sit-in, (c) herstelgebaren en (d) het oplossingsverzoek.

Visser & Van Vliet *Geweldloos Verzet**(A) De Aankondiging:*

Het schrijven van de aankondigingsbrief aan een LVB-jeugdige vergt wat aanpassing. Gelet moet worden opdat men grondig is, maar niet te uitgebreid. Kort maar krachtig. Anders loopt men gevaar dat de jeugdige met te veel informatie overspoeld wordt. Verder is het belangrijk goed te letten op de woorden die men gebruikt. Een voorbeeld, is:

“We zeggen niet “we verwachten dit of dat van jou”, maar we geven eerder een instructie. (...) en we letten ook op dat we korte zinnen maken. Wij zetten er ook een foto bij van wat we willen wat het kind wél doet.”
(maatschappelijk werker, 30 jaar)

“Als je de brief schrijft, dan denk ik dat je vooral plaatjes moet gebruiken. Ja, passende pictogrammen kunnen echt nuttig zijn.”
(gedragswetenschapper, 50 jaar)

(B) De Sit-In:

Wanneer er een Sit-In gedaan wordt bij LVB-jeugdigen moet de tijd worden bewaakt. Dus ook hierin geldt liever kort, maar krachtig. Naast het aanpassen van de duur, is het ook raadzaam om na te denken over de locatie waar de sit-in zal worden gehouden:

“Ja, wat ik nuttig vind is om na te denken over de locatie (waar de sit-in plaatsvindt). Het hoeft niet de slaapkamer (van het kind) te zijn, je kunt ook de woonkamer kiezen als dat minder overweldigend voelt voor het kind.”
(gedragswetenschapper, 50 jaar)

(C) Herstelgebaar:

Een herstelgebaar is iets wat de jeugdige kan doen, nadat er een incident heeft plaatsgevonden om hetgeen stuk is gegaan weer te herstellen. In de reguliere Geweldloos Verzet-methode wordt de jeugdige gestimuleerd om zelf na te denken over een manier om sorry te zeggen. Maar dat is vaak te moeilijk voor de LVB-doelgroep. Een oplossing zou zijn om hen een handje te helpen:

“Wat we zouden kunnen doen, is hen (de jeugdigen) ideeën geven hoe ze het goed kunnen maken, dat we hen daarbij helpen. Je geeft ze bijvoorbeeld drie keuzes: “Je kunt sorry zeggen, je kunt een handje helpen of je kunt een tekening maken.” Op die manier maak je het voor hen concreter, anders is het te moeilijk.” (maatschappelijk werker, 28 jaar)

Voor onze doelgroep is het is niet altijd mogelijk om pas op een veel later tijdstip terug te komen op het ongewenste gedrag, zoals het bij de originele versie van Geweldloos Verzet mogelijk is ('smeed het ijzer als het koud is'). De meeste zijn echter wel in staat om vlak na het incident te reflecteren op hun eigen handelen en gedrag. Het is dan dus zaak dat er, afhankelijk van het niveau van de cliënt, op tijd teruggekomen wordt op het ongewenste gedrag..

“De meeste jeugdigen hier hebben een ontwikkelingsachterstand; naast hun LVB: Maar de vraag is hoeveel reflectie je verwacht binnen Geweldloos Verzet. Ik denk dat het voor de meeste kinderen wel te doen is: als je iets kapot gemaakt hebt, moet je het repareren. Ik denk niet dat dit boven hun mogelijkheden gaat. Men kan echter niet verwachten dat ze een brief schrijven aan de hele groep om sorry te zeggen.” (maatschappelijk werker, 38 jaar)

(D) Het Oplossingsverzoek:

Wanneer er een incident heeft plaatsgevonden, wordt aan de jeugdigen gevraagd een oplossing te bedenken om ervoor te zorgen dat het ongewenste gedrag niet meer voorkomt. In sommige gevallen lijkt het te ingewikkeld te zijn om dat van de LVB-doelgroep te vragen, omdat de jeugdigen vaak niet in staat zijn om in oplossingen te denken

“Bij onze doelgroep is het probleem dat zij vaak nauwelijks probleemoplossend vermogen hebben. Ze missen letterlijk de technieken. Ze weten niet hoe ze om hulp moeten vragen, ze weten niet hoe ze dingen moeten oplossen, ze weten niet hoe ze het goed moeten maken.”
(maatschappelijk werker, 28 jaar).

Wanneer het dus niet lukt om van de cliënt zelfstandig een probleemoplossing te horen, zou men als groepsleider ook met wat suggesties kunnen komen. Uiteindelijk gaat het namelijk niet om het vermogen van het aandragen van de juiste oplossing, maar dat de cliënt leert verantwoordelijkheid te nemen voor zijn/haar gedrag.

“Je probeert het - je probeert ze een oplossing te laten bedenken. Wanneer je merkt dat de spanning oploopt, dan geef je ze een keuze tussen verschillende oplossingen. (...) Van sommige (kinderen) kun je geen goede oplossing verwachten. Maar je kunt ze wel eerst wat kleine hints geven en dan begrijpen ze uiteindelijk (wat de bedoeling is).”
(maatschappelijk werker, 26 jaar)

Samenvattend kan er worden geconcludeerd dat het haalbaar en noodzakelijk is om Geweldloos Verzet voor de residentiële setting aan te passen voor de LVB-doelgroep. Hierbij is het belangrijk om specifieke interventies aan te passen zodat de methode goed aansluit bij de behoeften van jeugdigen met een LVB.

Discussie

In deze kwalitatieve studie werd een antwoord gezocht op de vraag in hoeverre Geweldloos Verzet voor de residentiële setting aangepast kan en moet worden voor de LVB-doelgroep en hoe deze aanpassing er dan specifiek uit zou moeten zien. Deze vragen werden beantwoord door in gesprek te gaan met Geweldloos Verzet-getrainde medewerkers in verschillende residentiële jeugdinstituten.

De geïnterviewden waren het erover eens dat het haalbaar en noodzakelijk was om de methodiek aan te passen voor de LVB-doelgroep. Hoewel sommigen van de geïnterviewden verklaarden dat ze zelf een aanpassing zouden kunnen bedenken (vanwege hun ervaring in het werken met jeugdigen met een LVB), gaven de geïnterviewden over het algemeen de voorkeur aan een gestandaardiseerde aanpassing in de vorm van een handleiding. Naast het gemak van een geprotocolleerde handleiding, zou het er ook voor zorgen dat collega's, die misschien

minder ervaring hebben met het werken met LVB-jeugdigen, of andere ideeën hebben over het aanpassen van de methode, deze op dezelfde manier zouden gebruiken. Een van de belangrijkste aspecten van Geweldloos Verzet is een consequente benadering door het personeel. Ook met het oog op eventuele beperkingen in het werkgeheugen is een consequente aanpak erg helpend (De Wit, Moonen & Douma, 2011).

In het bijzonder noemden de geïnterviewden vier interventies die een speciale aanpassing zouden behoeven: de aankondiging, de sit-in, herstelgebaren en het oplossingsverzoek. De overige interventies behoeften geen specifieke aanpassingen en konden op de oorspronkelijke manier worden gebruikt.

Naast het belang om te onderzoeken of het aanpassen van de reguliere versie van Geweldloos Verzet haalbaar was voor de LVB-doelgroep, kent dit onderzoek enkele beperkingen. In dit onderzoek zijn alleen de meningen meegenomen van deelnemers die aan het onderzoek wilden deelnemen. Anderen zouden een andere kijk op de onderwerpen kunnen hebben. Er werd echter gestreefd naar een maximale diversiteit aan deelnemers op basis van geslacht, niveau van werkervaring met de LVB-doelgroep en ervaring met Geweldloos Verzet en zou dientengevolge een representatieve doelgroep voor deze studie moeten zijn.

Hoewel uitgebreid vervolgonderzoek wenselijk is, bijvoorbeeld door ook (LVB-)jeugdigen aan het woord te laten, geven de bevindingen van dit onderzoek aan dat de toepassing van Geweldloos Verzet voor LVB-jeugdigen opgenomen in de residentiële setting geschikt lijkt en dat er behoefte is aan een dergelijke toepassing van de oorspronkelijke methodiek, wanneer bepaalde aspecten van specifieke interventies aangepast zijn. De bevindingen leveren concrete input om een dergelijke aanpassing te verwezenlijken en een specifieke training voor LVB-instellingen te ontwikkelen. In het methodeboek voor de doelgroep LVB-residentieel zijn de bevindingen vanuit

dit onderzoek meegenomen (Haspels et al., 2017). Daarnaast heeft grootschalig promotieonderzoek zich gericht op het onderzoeken van de effectiviteit van de LVB-aanpassing van Geweldloos Verzet voor de residentiële setting. Specifiek keken de onderzoekers naar (1) een mogelijke vermindering van de agressie-incidenten na het invoeren van Geweldloos Verzet, (2) het verbeteren van het leefklimaat, gemeten bij de opgenomen jeugdigen en (3) het werkklimaat, gemeten bij de medewerkers (Visser, Vermeiren, Popma, Jansen, & Kasius, submitted). De bevindingen vanuit dit pro-

motieonderzoek zijn doorgaans positief: de agressie-incidenten lijken te verminderen na invoering van Geweldloos Verzet en het leefklimaat werd positiever. Het werkklimaat verbeterde gedeeltelijk.

Concluderend kunnen we stellen dat de methodiek Geweldloos Verzet voor de residentiële setting geschikt lijkt voor het toepassen bij jeugdigen met een LVB, mits de aanpassingen voor deze doelgroep worden toegepast.

Aanpassing van Geweldloos Verzet voor Jeugdigen met een Licht Verstandelijke Beperking



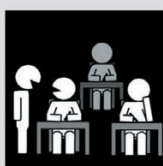
1. Heldere en duidelijke taal

Omdat jeugdigen vaak moeite hebben met het opnemen van grote hoeveelheden tekst, is het belangrijk de informatie zo helder en beknopt mogelijk over te brengen.



2. Visuele ondersteuning bij de uitleg

Jeugdigen met een LVB hebben vaak wat meer moeite met een alleen verbale uitleg. Daarom helpt het deze jeugdigen om naast woorden ook visuele ondersteuning te gebruiken, zoals plaatjes en pictos, om bijvoorbeeld oefeningen uit te leggen.



3. Herhaling

Herhaling van de informatie kan helpen om het geleerde beter te kunnen onthouden. Omdat het werkgeheugen van jeugdigen met een LVB snel overbelast wordt, kan het nodig zijn, de informatie vaker te herhalen zodat deze beter beklift.



4. Het zelf ervaren door te oefenen

Dit geldt zowel voor de jeugdigen als voor hun ouders. Het kan het heel prettig en helpend zijn als het geleerde in de vorm van rollenspellen wordt geoefend. Dan beklift de stof beter.



5. Generalisatie verhogen door meerdere leefgebieden te betrekken

Generalisatie is vaak lastig voor LVB-jeugdigen. Zij kunnen moeite ervaren het geleerde vanuit de ene situatie toe te passen naar een andere situatie. Het helpt hen, om meerdere leefgebieden te betrekken, zoals school of een sportclub. Zo kunnen de jeugdigen beter begrijpen dat bepaalde regels overal gelden

Literatuur

- Boeije, H. R. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Amsterdam: Boom Koninklijke Uitgevers.
- Borduin, C. M., Heblum, N., Jones, M. R., & Grabe, S. A. (2000). *Community-based treatment for serious antisocial behavior in adolescents*. In W. E. Martin & J. L. Swartz-Kulstad (Eds.), *Person-environment psychology and mental health: Assessment and intervention* (pp. 113-142). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cameron, R., & Maginn, C. (2007). The authentic warmth dimension of professional childcare. *British Journal of Social Work, 38*(6), 1151-1172.
- CNV. (2018). Retrieved from <https://zorgenwelzijn.cnvconnectief.nl/nieuws/9-op-de-10-medewerkers-in-de-gehandicapenzorg-heeft-last-van-agressie/>
- De Wit, M., Moonen, X., & Douma, J. (2011). *Richtlijn effectieve interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.
- Edwards, P., & Miltenberger, R. (1991). Burnout among staff members at community residential facilities for persons with mental retardation. *Mental Retardation, 29*, 125-128.
- Embregts, P., Didden, R., Huitink, C., & Schreuder, N. (2009). Contextual variables affecting aggressive behaviour in individuals with mild to borderline intellectual disabilities who live in a residential facility. *Journal of Intellectual Disability Research, 53*(3), 255-264.
- Haspels, M., Visser, K. M., Van Gink, K., & Van der Stegen, B. (2017). *Geweldloos verzet in (semi-)residentiële setting*. Amsterdam: De Bascule.
- Hunter, M., & Carmel, H. (1992). The cost of staff injuries from inpatient violence. *Psychiatric Services, 43*(6), 586-588.
- Jackson, D., Clare, J., & Mannix, J. (2002). Who would want to be a nurse? Violence in the workplace—a factor in recruitment and retention. *Journal of Nursing Management, 10*(1), 13-20.
- Kazdin, A. E. (2005). Treatment outcomes, common factors, and continued neglect of mechanisms of change. *Clinical Psychology: Science and Practice, 12*(2), 184-188.
- Knotter, M. H., Wissink, I. B., Moonen, X. M. H., Stams, G.-J. J., & Jansen, G. J. (2013). Staff's attitudes and reactions towards aggressive behaviour of clients with intellectual disabilities: A multi-level study. *Research in Developmental Disabilities, 34*(5), 1397-1407.
- Omer, H. (2004). *Non-violent resistance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sanders, M. R., Mazzucchelli, T. G., & Studman, L. J. (2004). Stepping Stones Triple P: The theoretical basis and development of an evidence-based positive parenting program for families with a child who has a disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 29*(3), 265-283.
- Schudrich, W. (2012). Implementing a modified version of Parent Management Training (PMT) with an intellectually disabled client in a special education setting. *Journal of Evidence-Based Social Work, 9*(5), 421-432.
- Sukhodolsky, D. G., Cardona, L., & Martin, A. (2005). Characterizing aggressive and noncompliant behaviors in a children's psychiatric inpatient setting. *Child Psychiatry & Human Development, 36*(2), 177-193.
- Tenneij, N., & Koot, H. M. (2008). Incidence, types and characteristics of aggressive behaviour in treatment facilities for adults with mild intellectual disability and severe challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research, 52*(2), 114-124.
- Van den Tillaart, J., Eltink, E., Stams, G.-J., Van der Helm, P., & Wissink, I. (2018). Aggressive incidents in residential youth care. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 62*(13), 3991-4007.
- Van Gink, K., Van der Stegen, B., Goddard, N., & Ottenbros, R. (2012). *Non-violent Resistance in de (semi)residentiële setting. Een nieuwe aanpak van agressief en destructief gedrag voor teams*. Amsterdam: De Bascule.
- Van Gink, K., Vermeiren, R., Goddard, N., Van Domburgh, L., Van der Stegen, B., Twisk, J., . . . Jansen, L. (2018). The influence of

- Non-violent Resistance on work climate, living group climate and aggression in child and adolescent residential care. *Children and Youth Services Review*, 94, 456-465.
- Van Gink, K., Visser, K., Popma, A., Vermeiren, R., Van Domburgh, L., Van der Stegen, B., & Jansen, L. (2017). Implementing Non-violent Resistance: A method to cope with aggression in child and adolescent residential care: Exploration of staff members experiences. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32, 353-359.
- Van Vliet, C. L. M., Dekker, K. C., Van Klink, I. C. M., & Van Nus, W. (2015). Handleiding voor gezinnen met kinderen en/of ouders met een verstandelijke beperking. In H. Omer & E. Wiebenga (Eds.), *Geweldloos Verzet: Handleiding voor Ouders*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Visser, K. M., Vermeiren, R. R. J. M., Popma, A., Jansen, L. M. C., & Kasius, M. C. (submitted). *Improving work climate in a residential setting for juveniles with mild intellectual disability through training of staff in Non-Violent Resistance*.
- Weinblatt, U., & Omer, H. (2008). Nonviolent Resistance: A treatment for parents of children with acute behavior problems. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(1), 75-92.

BELEMMERINGEN VOOR BEHOUD VAN WERK MET LVB

Gabe de Vries¹
Jeanne Arts²
Danique ten Pas³

Duurzaam werk voor cliënten met een LVB is helaas vaak een droom die niet uitkomt. Met behulp van de methode concept-mapping is geïnventariseerd welke belemmeringen cliënten met een LVB en de professionals (jobcoaches, woonbegeleiders en werkbegeleiders) in de praktijk ervaren. Een breed scala aan praktische belemmeringen zijn gegroepeerd in zes clusters: 1) Het werk past onvoldoende bij de cliënt; 2) De cliënt heeft een onvoldoende steunende thuissituatie; 3) De werkgever biedt onvoldoende ondersteuning op het werk; 4) De jobcoach sluit onvoldoende aan bij de ondersteuningsbehoefte van de cliënt; 5) De cliënt beheerst onvoldoende de werknemersvaardigheden en 6) De cliënt voelt zich op het werk onvoldoende gesteund en gezien. Het overzicht van de verschillende belemmeringen geeft een praktisch houvast voor de jobcoach, de werkgever en het netwerk om mogelijke belemmeringen vroegtijdig te identificeren en vervolgens op te lossen. Dit vergroot de kans op duurzaam werk voor cliënten met een LVB

Inleiding

Cliënten met een licht verstandelijke beperking (LVB) zijn qua dromen en wensen niet anders dan mensen zonder deze beperking. Cliënten met een LVB hebben een intelligentiequotiënt (IQ) tussen 50 en 85 én beperkingen in de sociale redzaamheid (De Beer, 2016; Woittiez, 2014). Net als anderen hebben ook zij volgens het VN-verdrag Handicap, het recht om zo gelijkwaardig en volwaardig mogelijk mee te doen in de samenleving (Verenigde Naties, 2006), recht op een levenspartner, een sociaal netwerk, een huis, voldoende financiële middelen om leuke dingen te kunnen ondernemen én een baan. Cliënten met een LVB hebben niet alleen recht op een betaalde baan, ze willen dit ook graag (Bakker, 2014). Echter, een recent verschenen rapport van het Sociaal en Cultureel Planbureau geeft aan dat hun arbeidsdeelname achter blijft. Ruim een derde van mensen met een LVB heeft betaald werk, tegenover twee derde van de mensen die geen verstandelijke beperking hebben. Bovendien,

wanneer zij betaald werk hebben, is het veelal in een sociale werkvoorziening (Eggink et al., 2020; Putman & Woittiez, 2020). Voor de groep mensen die werk hebben in een regulier bedrijf, waar met de komst van de Participatiewet veel in wordt geïnvesteerd (Borstlap, 2019), is dit helaas vaak tijdelijk van aard (Eggink et al., 2020; Putman & Woittiez, 2020).

In de literatuur worden vijf redenen gegeven waarom het voor mensen met een LVB moeilijk is om het werk te behouden:

1) Het soort werk; mensen met een LVB zijn vaak actief in banen aan de onderkant van de samenleving en hebben daardoor vaker te maken met baanverlies en baanwisseling (Taanila et al., 2005).

2) De werkgever; bedrijven en organisaties investeren te weinig in deze doelgroep en houden vaak te weinig rekening met de beperkte capaciteiten en vaardigheden van mensen

¹ Projectmanager en onderzoeker bij Cordaan. Correspondentie: Gdevries@cordaan.nl

² IPS/Jobcoach bij Cordaan

met een LVB (De Haan et al., 2018; De Lange et al., 2018; Ellenkamp et al., 2016; Ministerie van Financiën, 2019; Van der Loos et al., 2019; Vooijs et al., 2019).

3) De cliënt met een LVB als werknemer; cliënten met een LVB maken door hun beperkte capaciteiten vaker fouten, hebben mogelijk een onrealistisch zelfbeeld, onvoldoende sociale en werknemersvaardigheden, negatieve waarden t.a.v. werk, een ineffectieve copingstijl en geen vertrouwen in eigen effectiviteit (De Lange et al., 2018; Ministerie van Financiën, 2019; Vink et al., 2016; Van der Loos et al., 2014).

4) Het sociaal netwerk; er is onvoldoende ondersteuning vanuit het netwerk, er is vaak sprake van een instabiele woonsituatie en er is vaak sprake van ouders die zelf een LVB hebben en niet actief zijn op de arbeidsmarkt (Kroon & Reuver, 2017; Van der Loos et al., 2014).

5) De kwaliteit van de jobcoaching; jobcoaches pakken de meer integrale en complexe problematiek van mensen met een LVB onvoldoende op, zorgen er onvoldoende voor dat er afstemming met de thuissituatie of met de zorg plaatsvindt. Tevens zijn jobcoaches onvoldoende op de hoogte van het werk en de werkprocessen binnen het bedrijf (Ellenkamp et al., 2016; Kroon & Reuver, 2017; Schepingen et al., 2019; Van der Loos et al., 2014; Vooijs et al., 2019).

Het overzicht geeft een duidelijke ordening van problemen, maar blijft nogal abstract. Het biedt geen concrete handvatten voor de professional. Ook is hierin het perspectief van cliënten op deze problematiek niet meegenomen (Lub, 2019). Bijvoorbeeld, hoe kan een werkgever zijn werknemer met een LVB optimaal ondersteunen en wat kan het sociaal netwerk (ouders of woonhulpverleners) doen om deze cliënten te steunen? Wat ervaren cliënten met een LVB als belangrijkste belemmeringen voor behoud van werk? Komen deze overeen met hoe professionals er tegen aankijken en, indien dit anders is, wat betekent dit dan voor de onder-

steuning die geboden moet worden?

Het doel van dit onderzoek is om ervaren belemmeringen te inventariseren die behoud van werk voor cliënten met een LVB in de weg staan, vanuit het perspectief van de professional maar óók vanuit het perspectief van de cliënt. Meer inzicht in deze belemmeringen kan helpen om meer grip te krijgen op deze complexe problematiek. Het biedt daarmee meer perspectief aan de ondersteuning die door de werkgever, het netwerk en de jobcoach geboden kan worden, zodat meer cliënten met een LVB duurzaam aan het werk kunnen blijven.

Methoden

Onderzoeksopzet

Bij de inventarisatie van belemmeringen voor behoud van werk voor mensen met een LVB is gebruikgemaakt van de methode concept-mapping (Kane & Trochim, 2007). Concept-mapping is een kwalitatieve onderzoeksmethode die goed in staat is om een complex probleem vanuit verschillende perspectieven in kaart te brengen. Concept-mapping omvat vier fasen:

1. Genereren van statements; Cliënten, jobcoaches, woonbegeleiders en werkbegeleiders worden aangemoedigd om hun ervaringen te benoemen t.a.v. de onderzoeksvraag: "Wat maakt dat het een cliënt met een LVB niet lukt om zijn werk te behouden?" Om privacyredenen is ervoor gekozen om deze vraag individueel aan cliënten voor te leggen. Om praktische redenen is dit voor jobcoaches in groepsverband gedaan en voor woon- en werkbegeleiders individueel. Verschil in inventarisatie, dus inventarisatie in groepsverband of individueel, leidt niet tot verschillen in uitkomst (Kane & Trochim, 2007).

2. Prioriteren en clusteren van statements; Participanten (jobcoaches, werkbegeleiders en woonbegeleiders) ordenen de statements in vijf groepen van gelijke grootte op basis van belangrijkheid (groep 1= minst belangrijk, groep 5= meest belangrijk). Vervolgens clusteren participanten de statements op samen-

hang: welke statements horen naar hun gevoel bij elkaar. Deze fase is door participanten individueel uitgevoerd. Cliënten hebben hierin geen rol gehad. Dit is wel geprobeerd, maar deze stap bleek te complex. Vervolgens is ervoor gekozen om de input van cliënten expliciet een plek te geven in fase 4 van deze methode.

3. Statistische analyse; De resultaten zijn ingevoerd in het onderzoeksprogramma Ariadne (Severens, 1995), wat speciaal ontwikkeld is om dit type data te analyseren. Het presenteert de gemiddelde mate van belangrijkheid van elk statement en de mate waarin participanten statements in eenzelfde cluster hebben geplaatst. De clusteranalyse presenteert de mogelijkheid van 2-18 clusters. De keuze voor meer of minder clusters wordt bepaald door de inhoud van statements die in een cluster zijn opgenomen. Minder clusters kan maken dat de clusterbenaming te abstract wordt, meer clusters kan maken dat het onderscheid tussen clusters vervaagt. De naamgeving van de clusters is gebaseerd op de statements in een cluster en de verdeling van de statements in de conceptmap. De keuze van het aantal clusters en de naamgeving is uitgevoerd door de onderzoeksgroep, bestaande uit twee onderzoekers (één van Cordaan en één van Cliëntenbelang Amsterdam), twee jobcoaches, twee ervaringsdeskundigen, één expert in werkgerelateerde diagnostiek en een teammanager van het team ervaringsdeskundigen.

4. Interpretatie van de resultaten; Deze fase is in twee stappen uitgevoerd. Als eerste is in een groepssessie met deskundigen besproken hoe de resultaten geïnterpreteerd kunnen worden; zijn resultaten herkenbaar, zijn ze verklaarbaar en welke oplossingsrichtingen zouden kunnen helpen. Deze groepssessie bestond uit twee jobcoaches, drie gedragsdeskundigen (psychiater, orthopedagoog en psycholoog) en een deelnemer van het team van ervaringsdeskundigen die ook ervaring heeft met verlies van werk. Als tweede stap is deze exercitie herhaald met cliënten met een LVB die ook ervaring hebben met het verlies van werk. Herken-

nen zij zich in de presentatie van de resultaten, hoe duiden zij deze resultaten en welke oplossingsrichting zien zij voor zich. Deze stap is uitgevoerd met cliënten, geleid door een onderzoeker van Cliëntenbelang Amsterdam (www.cliëntenbelangamsterdam.nl).

Werving respondenten

Voor de werving van cliënten is via Cliëntenbelang Amsterdam contact gezocht met cliënten die zelf ervaring hadden met het niet behouden van werk. Cliënten zijn geworven bij Cordaan en bij het Platform LVB. Professionals zijn benaderd via Cordaan: jobcoaches, werkbegeleiders en woonbegeleiders die als professional ervaring hadden met één of meerdere cliënten met een LVB bij wie het in het afgelopen jaar niet lukte om het werk te behouden. Voldoende respons van jobcoaches is van belang, omdat zij met name veel ervaring hebben met cliënten waar het in dit onderzoek over gaat. Daarom zijn ook jobcoaches van Sterk in Werk, onderdeel van Koraal (zorgorganisatie in de regio Brabant) benaderd, omdat deze organisatie veel ervaring heeft in het begeleiden van cliënten met een LVB naar betaald werk. Gedragsdeskundigen en onderzoekers zijn voor deze fase niet benaderd, omdat zij slechts indirect betrokken zijn bij begeleiding van cliënten naar werk.

Voor deze methodiek wordt een deelname van 10 respondenten gezien als voldoende (Kane & Trochim, 2007). In dit onderzoek is een minimum van 20 respondenten aangehouden om zeker te zijn dat geen belangrijke informatie gemist wordt.

Resultaten

Aan fase 1 van het onderzoek, *het genereren van statements*, hebben 22 participanten deelgenomen (tabel 1); 8 cliënten, 12 jobcoaches, 1 woonbegeleider (werkzaam bij Cordaan) en 1 werkbegeleider (werkzaam bij Cordaan). De respons op een mailing aan 20 woon- en werkbegeleiders was laag.

Velen gaven aan dat zij in het afgelopen jaar geen cliënt hebben begeleid die betaald werk verrichtte. Deze inventarisatie heeft geleid tot een set van 55 unieke statements: belemmeringen die maken dat het een cliënt met een LVB niet lukt om werk te behouden (tabel 2).

Tabel 1. Participanten per fase van onderzoek.

Professie	Genereren statements		Prioriteren en clusteren		Interpretatie van gegevens	
	n	%	n	%	n	%
Jobcoach	12	54	13	48	2	12
Cliënten	8	36	-	-	9	52
Werkbegeleider	1	5	5	19	-	-
Woonbegeleider	1	5	9	33	-	-
Gedragsdeskundige	-	-	-	-	4	24
Onderzoeker	-	-	-	-	2	12
Totaal	22	100	27	100	17	100

Aan fase 2 van het onderzoek, prioriteren en clusteren van de statements, is door 27 participanten deelgenomen (tabel 1), jobcoaches, waarvan er 16 ook hebben bijgedragen aan fase 1 van het onderzoek, allen werkzaam bij Cordaan of Sterk in Werk; werkbegeleiders werkzaam bij Cordaan, zij hebben niet bijgedragen aan fase 1 van het onderzoek; en woonbegeleiders werkzaam bij Cordaan, ook zij hebben geen rol gespeeld in fase 1 van het onderzoek. De respons van woon- en werkbegeleiders in deze fase was hoger (100%), omdat voor deze fase geworven is via het netwerk

van de jobcoaches. Elke woon- of werkbegeleider waarvan de jobcoach wist dat deze het afgelopen jaar een cliënt heeft begeleid die niet het werk heeft kunnen behouden, is benaderd. Na de statistische analyse, fase 3, heeft het clusteren geresulteerd in een ordening van zes clusters (tabel 3). De benaming van de clusters is gebaseerd op de statements in dit cluster, met de meeste nadruk op de belangrijkste statements. In tabel 2 (aan het einde van dit artikel te vinden) zijn alle statements weergegeven per cluster, waarbij het belangrijkste statement per cluster bovenaan staat.

Tabel 3. Benaming van de clusters met de mate van belangrijkheid (1=minst belangrijk, 5=meest belangrijk) per cluster en per professie.

Nr	Cluster	Totaal (n=27)	Jobcoach (n=13)	Werkbegeleider (n=5)	Woonbegeleider (n=9)
1	Het werk past onvoldoende bij de cliënt en/of de cliënt weet niet wat hij moet doen	3,39	3,42	3,44	3,33
2	De cliënt heeft een onvoldoende steunende thuissituatie	3,38	3,51	4,07	2,81
3	De werkgever biedt onvoldoende ondersteuning op het werk	3,27	3,24	3,20	3,35
4	De jobcoach sluit onvoldoende aan bij de ondersteuningsbehoefte van de cliënt	2,86	2,95	2,60	2,89
5	De cliënt beheerst onvoldoende de werknemersvaardigheden	2,83	2,85	2,77	2,84
6	De cliënt voelt zich op het werk onvoldoende gesteund en gezien	2,79	2,73	2,90	2,81

Resultaten per cluster

De clusters en de meest belangrijke statements (st., zie tabel 2) in dit cluster, worden hieronder besproken. Per cluster wordt ook de reflectie van deskundigen en de reflectie van cliënten beschreven (fase 4 van het onderzoek). De volgende clusters zijn gedefinieerd:

1. Het werk past onvoldoende bij de cliënt en/of de cliënt weet niet wat hij moet doen.

Belemmeringen in dit cluster gaan vooral over de mate waarin de cliënt vindt dat dit werk bij hem past (st. 6), of de mate waarin hij weet wat hij moet doen (st. 46, 38, 48). Professionals duiden deze belemmering vooral als het moeite hebben in het verwerken van veel informatie. Uitleg gegeven op de eerste werkdag kan de tweede dag alweer vergeten zijn. Cliënten kunnen ook moeite hebben in het herkennen van non-verbale signalen of het duiden van algemene uitdrukkingen, zoals: "ik kom straks even langs." Ook hierdoor kan voor cliënten onduidelijkheid ontstaan.

Cliënten herkennen vooral dat hen vaak werk wordt aangeboden wat ze niet leuk vinden om te doen, maar dat een werkgever dan vindt dat ze zich eerst moeten bewijzen. Verder vinden ze het belangrijk dat opdrachten vaker en in kleine stapjes worden uitgelegd én dat de instructie ook wordt voorgedaan. Ze herkennen dat ze alles niet in één keer snappen.

2. De cliënt heeft een onvoldoende steunende thuissituatie.

Belemmeringen in dit cluster verwijzen naar een stressvolle thuissituatie (st. 13), of een thuissituatie waarin onvoldoende het goede voorbeeld wordt gegeven (st. 25) of waarbij de cliënt onvoldoende praktische ondersteuning krijgt (st. 1).

Professionals geven aan dat deze belemmering vooral kan ontstaan als het netwerk van de cliënt verwacht dat, nu de cliënt werk heeft, hij of zij ook zelfstandig is. Het netwerk heeft dan te hoge verwachtingen van de zelfstandigheid van de cliënt. Cliënten herkennen deze belemmering als het gevoel hebben er hele-

maal alleen voor te staan. Ze missen iemand die meekijkt, die vraagt hoe het met hen gaat, die begrijpt hoe lastig het soms voor hen is en die hen ondersteunt wanneer dit nodig is.

3. De werkgever biedt onvoldoende ondersteuning op het werk.

Belemmeringen in dit cluster geven een situatie weer waarbij de werkgever onvoldoende zicht heeft op wat de cliënt kan (st. 27, 24), dat het voor de cliënt niet fijn voelt op de werkplek (st. 44, 20, 22, 49) of dat de werkgever de cliënt onvoldoende ondersteunt (st. 20, 15, 24, 18, 45).

Professionals geven aan dat een werkgever waarschijnlijk niet goed kan inschatten wat een cliënt aankan en wat de cliënt nodig heeft. Dit is aan de buitenkant van de cliënt niet te zien. Ook hebben cliënten nog weleens de neiging zichzelf te overschatten en wekken daarmee verkeerde verwachtingen. Ze doen zich verbaal sterker voor. Werkgevers onderschatten wellicht ook dat veel cliënten dezelfde ondersteuning blijvend nodig hebben.

Cliënten geven aan dat ze vooral positieve aandacht missen, vragen als "hoe gaat het?" en "wat heb je gisteren gedaan?" Ze vinden ook dat een werkgever vaker dingen uit moet leggen. Ze voelen zich soms als 'lastig' of als 'lui' gezien, maar ze hebben alleen iets meer ondersteuning nodig.

4. De jobcoach sluit onvoldoende aan bij de ondersteuningsbehoefte van de cliënt.

In dit cluster worden een aantal belemmeringen genoemd die aan de jobcoach worden toegeschreven, zoals onvoldoende afstemming tussen betrokken partijen (st. 2), onvoldoende rekening houden met de wens van de cliënt (st. 10), het niet weten van de spelregels op het werk (st. 4) en beperkte bereikbaarheid als er problemen zijn (st. 52).

Professionals geven aan dat cliënten behoefte hebben aan iemand die ze kunnen vertrouwen, die voor hen opkomt en die bereikbaar is. Cliënten hebben iemand nodig die voor hen opkomt, omdat ze hun eigen standpunten soms

moeilijk kunnen verwoorden en in gesprekken het overzicht verliezen. Volgens professionals hebben cliënten ook behoefte aan een jobcoach die direct bereikbaar is, omdat cliënten moeite hebben met het uitstellen van behoeften, waardoor een gevoel van stress lang kan blijven hangen en daarmee ook makkelijker kan escaleren.

Cliënten geven aan dat ze vooral een coach nodig hebben die ze kunnen vertrouwen. Dat ze alles kunnen zeggen, dat ze zich niet hoeven te schamen en dat de coach hen steunt.

5. De cliënt beheerst onvoldoende de werknemersvaardigheden.

Dit cluster bevat een diversiteit aan problemen die maken dat een cliënt niet aan de norm van werknemersvaardigheden voldoet, bijvoorbeeld emotionele problemen zoals een geringe impulscontrole (st. 16, 51), sensorische problemen, zoals het last hebben van een teveel aan prikkels (st. 40, 21), cognitieve problemen, zoals het niet kunnen oplossen van problemen (st. 43, 41) of meer praktische problemen, zoals het leefritme aanpassen aan het ritme van werk (st. 17, 43, 23).

Professionals geven aan dat het evident is dat iemand met een lager IQ en verminderd adaptief functioneren, moeite heeft met informatie opslaan, overzicht krijgen, begrijpen van de informatie uit een gesprek, inschatten van wat gewenst gedrag is en met het beheersen van emoties. Echter, een cliënt met een LVB zal dit niet snel van zichzelf zeggen, omdat de cliënt dit niet als zodanig herkent en niet dom gevonden wil worden.

Cliënten herkennen dit probleem niet zo. Ze geven aan dat ze zich normaal voelen, maar dat de omgeving vooral naar hun beperkingen kijkt en niet naar hun mogelijkheden.

6. De cliënt voelt zich op het werk onvoldoende gesteund en gezien.

Niet zien hoe zwaar de cliënt het heeft (st. 19, 30, 28) en niet zien dat de cliënt zich niet gehoord of begrepen voelt (st. 39, 34, 26) zijn hier de belangrijke belemmeringen voor behoud van werk.

Professionals noemen drie redenen waardoor cliënten zich snel niet gehoord of gezien voelen: ze hebben een beperkt steunsysteem, waardoor ze hogere verwachtingen hebben van de werkomgeving, ze hebben meer moeite met het interpreteren van (non-)verbale informatie waardoor ze zich buitengesloten kunnen voelen en ze worden daadwerkelijk buitengesloten, bijvoorbeeld omdat er nog een stigma ligt op het hebben van een LVB of omdat de omgeving niet weet hoe hiermee om te gaan. Cliënten geven aan dat ze zich vaak buitengesloten voelen en dat ze heel erg op hun tenen hebben moeten lopen. Ze hebben behoefte aan meer waardering en vaker een gesprek met de leidinggevende waarin begrip doorklinkt.

Verschillen tussen professionals

Op clusterniveau is ook te zien in welke mate jobcoaches, werkbegeleiders en woonbegeleiders van mening verschillen in wat zij zien als meest belangrijke belemmeringen (tabel 2). Hieruit zijn geen grote verschillen af te leiden omdat de gemiddelde scores per cluster dicht bij elkaar liggen. Uitzondering hierop is cluster 2, waarbij jobcoaches en werkbegeleiders een instabiele en weinig steunende thuissituatie als belangrijker belemmering (in behoud van werk, vergeleken met de woonbegeleiders). De groepen zijn echter te klein om te kunnen spreken van een statistisch verschil.

Discussie

Dit onderzoek identificeert een breed scala van 50 belemmeringen bij cliënten met een LVB voor behoud van werk. Deze belemmeringen zijn te groeperen in 6 clusters: 1) *Het werk past onvoldoende bij de cliënt en/of de cliënt weet niet wat hij moet doen*, 2) *De cliënt heeft een onvoldoende steunende thuis-situatie*, 3) *De werkgever biedt onvoldoende ondersteuning op het werk*, 4) *De jobcoach sluit onvoldoende aan bij de ondersteunings-behoefte van de cliënt*, 5) *De cliënt beheerst onvoldoende de werknemersvaardigheden* en 6) *De cliënt voelt zich op het werk onvoldoende gesteund en gezien*. Vervolgens is door een panel van professionals en van cliënten

aangegeven hoe zij naar deze belemmeringen kijken. Zij verschillen vooral van mening over het belang van werknemersvaardigheden als belemmering. Cliënten zien deze belemmering niet zo en willen graag dat er meer naar hun mogelijkheden wordt gekeken. Professionals onderling verschillen vooral van mening over het belang van cluster 2, waarbij jobcoaches en werkbegeleiders een onvoldoende steunende thuissituatie als een belangrijker belemmering ervaren voor behoud van werk dan de woonbegeleiders.

De zes clusters sluiten aan bij de vijf perspectieven over behoud van werk die in de literatuur zijn gevonden: a) het soort werk (cluster 1), b) de werkgever die te weinig rekening houdt met de cliënt (cluster 1, 3, 6), c) de cliënt die onvoldoende sociale en werknemersvaardigheden heeft (cluster 5), d) het sociaal netwerk wat onvoldoende ondersteuning kan bieden (cluster 2) en e) onvoldoende kwaliteit van de jobcoaching (cluster 4). Aanvullend wordt door de resultaten in dit onderzoek concreet wat nu precies de ervaren problemen zijn bij elk perspectief. Bijvoorbeeld als het gaat om het perspectief 2 (de werkgever die te weinig rekening houdt met de cliënt) waar het cluster 3 in past (werkgever die onvoldoende ondersteuning biedt), met statements als: *Er is geen klik tussen de cliënt en begeleider* (st. 44), *Er is onvoldoende begeleiding op de werkplek* (st. 20), *De werkgever heeft niet de vaardigheid om iemand met een LVB te begeleiden* (st. 15) en *Er is te weinig waardering voor wat de cliënt doet* (st. 32). Met de statements wordt duidelijk dat het binnen elk perspectief aan een diversiteit van factoren kan liggen waarom er een beeld ontstaat van onvoldoende ondersteuning door de werkplek, maar met dit onderzoek zijn wel de meest belangrijke in beeld gebracht.

De verschillende clusters vertegenwoordigen het perspectief van de stakeholders: cliënt, werkgever, netwerk of jobcoach. Dit maakt dat belemmeringen in het ene cluster kunnen samenhangen met belemmeringen in een ander cluster, maar benaderd van uit een ander perspectief. Bijvoorbeeld cluster 1, *De cliënt weet*

niet wat hij moet doen, kan een logisch gevolg zijn op een belemmering in cluster 3, *De werkgever biedt onvoldoende ondersteuning en/of cluster 4 De jobcoach sluit onvoldoende aan op de ondersteuningsbehoefte*. Echter, deze samenhang gaat niet altijd op. Zo kunnen werkgever en jobcoach de verwachting hebben dat zij de cliënt goed hebben ondersteund en dat het werk goed is uitgelegd, terwijl de cliënt nog steeds niet goed weet wat hij moet doen. Mogelijk is dan het niveau van de cliënt niet goed ingeschat, is tegenstrijdige informatie gegeven of is onvoldoende gecheckt of informatie ook is geïntegreerd. Omdat belemmeringen kunnen samenhangen, maar dit niet noodzakelijkerwijs het geval is, is het van belang de mogelijke belemmeringen vanuit verschillende perspectieven uit te vragen en te toetsen op onderlinge samenhang.

Met het in beeld hebben van diverse mogelijke belemmeringen, ontstaat ook een lijst die kan dienen als een checklist: een checklist die in beeld brengt of belangrijke belemmeringen ook van toepassing zijn bij een specifieke cliënt in een specifieke werksituatie. Het afnemen van een dergelijke checklist zou door de jobcoach kunnen worden geïnitieerd. Immers, de jobcoach heeft contact met de verschillende partijen: de cliënt, de werkgever maar ook met het netwerk en eventuele aanvullende zorg. Zo kunnen niet alleen potentiële belemmeringen worden geïdentificeerd, maar kan ook uit verschillende perspectieven aan oplossingen worden gewerkt. Een signaal van overvragen op werk kan zo verdiept worden, waarin mogelijk andere factoren zichtbaar worden, zoals overvraging thuis, problemen met het opstarten van de dag, zelfstandig reizen of andere factoren die maken dat een cliënt al moe en met spanning op werk komt en het werk als zwaar ervaart. Een betere afstemming van de verschillende levensgebieden kan er dan aan bijdragen dat de aanpak meer passend is.

Dit onderzoek draagt bij aan een verdieping van belemmeringen voor behoud van werk van cliënten met een LVB. Het bevat een diversiteit aan concrete belemmeringen waarbij ook het perspectief van cliënten uitgebreid is meegenomen. Maar het onderzoek kent ook

een aantal beperkingen. Als eerste is het in dit onderzoek niet gelukt om cliënten de verschillende statements in volgorde van belangrijkheid te laten plaatsen en te clusteren. Hiermee is het niet goed mogelijk geweest de ervaring van de professionals, in mate van belangrijkheid, te vergelijken met die van de cliënten. Als tweede punt is het concept belemmeringen voor behoud van werk mogelijk nog te groot. In de inventarisatie blijkt dat er een diversiteit aan kleine praktische belemmeringen kan zijn, maar niet bij elk cluster is deze diversiteit even uitvoerig. Zo kent cluster 2 (*De cliënt heeft een onvoldoende steunende thuissituatie*) slechts 3 statements. Het is aan te raden om per cluster nader onderzoek te doen om een zo compleet mogelijk beeld te verkrijgen van mogelijke belemmeringen. Als derde punt is het perspectief van de werkgevers niet meegenomen. Hoewel verwacht mag worden dat jobcoaches zicht hebben op belemmeringen die werkgevers ervaren, kan het ook zo zijn dat werkgevers komen tot andere belemmeringen of tot een andere mate van belangrijkheid van belemmeringen. Tot slot, het gaat hier om een inventariserend kwalitatief onderzoek. Het zou zinvol zijn om te onderzoeken óf er een top 10 van belemmeringen is bij cliënten met een LVB. Vervolgens, als deze te identificeren is, onderzoeken of oplossen van deze belemmeringen leidt tot duurzame arbeid. Hiervoor is echter aanvullend kwantitatief onderzoek nodig.

Een breed scala aan praktische belemmeringen, uitgesplitst in 6 clusters, vormt een overzichtelijke checklist waarmee een jobcoach met de verschillende partijen (cliënt, werkgever, woonbegeleiders / netwerk) in gesprek kan gaan om eventuele belemmeringen bij een specifieke cliënt tijdig in kaart te brengen. Het vroegtijdig in beeld hebben van deze belemmeringen en het gezamenlijk met betrokken partijen realiseren van oplossingen, zullen naar verwachting bijdragen aan de ambitie van veel cliënten met een LVB: duurzaam betaald werk.

Literatuur

Literatuur

- Bakker, H., Pickles, A., Wit, J. de, Borghouts-van de Pas, I., & Peters, M. (2014). *Arbeidsparticipatie jongeren met licht verstandelijke beperkingen*. Rotterdam: Ecorys.
- Beer, Y. de (2016). *Kompas licht verstandelijke beperking: Definitie, aspecten en ondersteuning*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Borstlap, H., (2020). *In wat voor land willen wij werken? Naar een nieuw ontwerp voor de regulering van werk. Eindrapport commissie regulering werk*. Den Haag: Commissie regulering werk.
- Douma, J. (2018). *Jeugdigen en (jong)volwassenen met een licht verstandelijke beperking: Kenmerken en de gevolgen voor diagnostisch onderzoek en (gedrags)interventies*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB / Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra.
- Eggink, E., Woittiez, I., & Klerk, M. de, (2020). *Maatwerk in meedoen: Een vergelijking van zelfredzaamheid, hulpbronnen en kwaliteit van leven tussen mensen met en zonder een verstandelijke beperking*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Ellenkamp, J. J. H., Brouwers, E. P. M., Embregts, P. J. C. M., Joosen, M. C. W., & Weeghel, J. van (2016). Work environment-related factors in obtaining and maintaining work in a competitive employment setting for employees with intellectual disabilities: A systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 26, 56-69.
- Haan, J. de, Schrijver, E., & Peters, A., (2018). *Oog voor mensen met een licht verstandelijke beperking? Vooronderzoek Programma Sociaal Domein: Succesfactoren en knelpunten in het gemeentelijke uitvoeringsbeleid*. Utrecht: Movisie.
- Kane, M., & Trochim, W. M. K. (2007). *Concept Mapping for planning and evaluation*. London: Sage Publications Inc.
- Kroon, B., & Reuver, R. de (2017). *Best Practices Jobcoaching*. Tilburg: Tilburg University.
- Lange, A. de, Michon, H., Helfenrath, K., & Sme-recnik, C. (2018). Aandacht voor de zachte kant van de match tussen werkgever en werknemer. *Sociaal bestek, juni*, 10-13.
- Loos, P. van der, Berg, Y. van den, & Wever, V., (2019). *Het moet kloppen: Bevorderende en belemmerende factoren voor arbeidsparticipatie van jongeren met een licht verstandelijke beper-*

- king. Den Haag: UWV.
- Lub, V. (2019). *Wat werkt bij arbeidsactivering van personen met psychische problematiek of een verstandelijke beperking*. Utrecht: Movisie.
- Ministerie van Financiën. (2019). Interdepartementaal beleidsonderzoek: *Jongeren met (risico op) een afstand tot de arbeidsmarkt. Zichtbaar en zelfstandig maken*. Den Haag: Ministerie van Financiën.
- Putman, L., & Woittiez, I. (2020). *Meer meedoen: Inzicht in de onderwijs- en arbeidsmarktdeelname van mensen met een licht verstandelijke beperking*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Severens, P. (1995). *Handbook concept mapping*. Amsterdam: Talcott, National Centre of Mental Health.
- Scheppingen, A., Buisman, M., & Mulders, H. (2019). *UWV inclusief, bevindingen van het project UWV inclusief*. Maastricht: Inclusieve arbeidsorganisatie.
- Taanila, A., Rantakallio, P., Koironen, M., Wendt, L. von, & Järvelin, M. (2005). How do persons with intellectual disability manage in the open labour markets? A follow-up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(3), 218-227.
- Verenigde Naties. (2006). *Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (Nederlandse vertaling)*. New York: Verenigde Naties. Op 22 maart 2021 verkregen van https://wetten.overheid.nl/BWBV0004045/2016-07-14#Verdrag_2
- Vink, M., Willems, P., Bos, G., Groot-Sluijsmans, B., & Abma, T. (2016). *"Hee, dat kan ik ook!" Ervaringen van cliënten en verwanten met de verandering van dagbesteding en begeleiding bij Pameijer*. Amsterdam: Centrum voor Cliëntervaringen.
- Vooijs, M. K., Putnik, K., Hermans, L., Fermin, B., Hazelzet, A., & Genabeek, J. van (2019). *Duurzame plaatsing in werk van werknemers met een arbeidsbeperking*. Hoofddorp: TNO.
- Woittiez, I., Putman, L., Eggink, E., & Ras, M. (2014). *Zorg beter begrepen: Verklaringen voor de groeiende vraag naar zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Tabel 2. Clusters met statements met de mate van belangrijkheid (5=meest belangrijk, 1=minst belangrijk).

Cl. / St. nr.	Cluster /Item	Gem.
1	Het werk past onvoldoende bij de cliënt en/of de cliënt weet niet wat hij moet doen	3,4
6	Het werk niet past bij de belangstelling of mogelijkheden van de cliënt	3,9
46	Er onduidelijke communicatie is op het werk over taken en werktijden	3,8
38	Er vanaf het begin niet goed is uitgelegd wat cliënt moet doen en hoe hij dit moet doen	3,6
48	Niet duidelijk wordt besproken wat wel en wat niet kan op het werk	3,5
47	Er onduidelijkheid is over het salaris van de cliënt	2,3
2	De cliënt heeft een onvoldoende steunende thuissituatie	3,4
13	Er is te veel stress in de thuissituatie	3,9
25	De ouders (of anderen in het netwerk) cliënt niet ondersteunen of niet het goede voorbeeld geven	3,2
1	De cliënt onvoldoende steun krijgt vanuit thuis, bijvoorbeeld bij aankleden, opstaan, voldoende saldo op de chipkaart, eten mee)	3,1
3	De werkgever biedt onvoldoende ondersteuning op het werk	3,3
27	De werkgever de cliënt overvraagt	4,2
44	Er geen klik is tussen cliënt en begeleider op de werkplek	4,2
20	Er is onvoldoende begeleiding op de werkplek	4
15	De werkgever niet de vaardigheid heeft om iemand met een LVB te begeleiden (bijvoorbeeld regelmatig een gesprekje, elke dag even contact maken)	3,7
24	De werkgever geen reëel beeld heeft van wat de cliënt kan	3,7
22	Er een negatieve sfeer is op het werk	3,6
49	Er geen begrip is van de werkgever dat de cliënt op sommige dagen wat minder goed functioneert	3,4
32	Er te weinig waardering is voor wat de cliënt doet	3,4
18	De begeleiding vanuit de werkgever minder wordt (omdat deze denkt dat de cliënt het nu wel kan)	3,1

45	De cliënt op het werk niet de ruimte krijgt om zich verder te ontwikkelen	3,1
9	De werkgever het contract niet wil verlengen omdat hij te veel aan loonkosten moet betalen	2,4
36	Er te weinig afwisseling is in het werk	2,3
31	Op het werk collega's ander werk vinden (vertrouwde gezichten verdwijnen)	2,1
4	De jobcoach sluit onvoldoende aan bij de ondersteuningsbehoefte van de cliënt	2,9
2	Er is onvoldoende afstemming tussen betrokken partijen	3,4
10	De jobcoach onvoldoende rekening houdt met de wens van de cliënt	3,4
52	De jobcoach slecht bereikbaar is voor de cliënt of de werkgever	3,2
4	De jobcoach onvoldoende de spelregels op het werk met de cliënt bespreekt (zoals pauze, werktijden, ziek melden)	2,8
3	De jobcoach te weinig tijd heeft om een passende werkplek te vinden	2,8
7	Het UWV of gemeente de jobcoaching stopzet of er een andere coach op zet (wordt ervaren door de cliënt als vertrouwensbreuk)	2,6
53	De jobcoach er geen vertrouwen in heeft	2,4
5	De jobcoach onvoldoende ondersteuning biedt in de thuissituatie en voor praktische zaken die niet direct met het werk te maken hebben	2,3
5	De cliënt beheerst onvoldoende de werknemersvaardigheden	2,8
16	De cliënt last heeft van woede-uitbarstingen of agressie uit tegen goederen of mensen	3,8
17	De cliënt niet in staat is om zijn leven aan te passen aan het ritme van werk (tijdstip van medicatie-inname, vroeg opstaan)	3,8
55	De cliënt niet op tijd komt op het werk of niet bereikbaar is voor de werkgever	3,8
51	De cliënt last heeft van andere problemen, zoals emotionele problemen of verslaving	3,5
21	De cliënt geen realistisch beeld heeft van zichzelf (zichzelf overschat)	3,3
40	De cliënt last heeft van te veel prikkels op het werk	3,3
54	De cliënt prioriteit geeft aan directe behoeften en persoonlijke problemen in plaats van aan de continuïteit van werk	3,3

54	De cliënt prioriteit geeft aan directe behoeften en persoonlijke problemen in plaats van aan de continuïteit van werk	3,3
43	De cliënt geen hulp vraagt op het werk, of niet in staat is om problemen op het werk zelf op te lossen	3
41	De cliënt niet goed kan inschatten wat de ander van hem verwacht	2,7
14	De cliënt niet duidelijk aangeeft wat zijn belemmeringen zijn	2,5
50	De cliënt last heeft van eerdere negatieve ervaringen	2,5
23	De cliënt op werktijden andere (privé) afspraken maakt, bijvoorbeeld voor de tandarts	1,9
11	De cliënt geen opleiding heeft of niet in staat is om benodigde examens te halen	1,8
42	De cliënt geen geduld heeft	1,7
8	De cliënt nog jong is en nog geen eerdere werkervaring heeft opgedaan	1,5
6	De cliënt voelt zich op het werk onvoldoende gesteund en gezien	2,8
19	De cliënt te veel op zijn tenen moet lopen (te hoog tempo, lichamelijk te zwaar of te veel dagen)	4,1
39	De cliënt zich niet gehoord of gezien voelt	3,9
34	De cliënt zich onbegrepen voelt op het werk (of als een klein kind behandeld voelt)	3,9
26	De cliënt niet het gevoel heeft dat hij erbij hoort	3,4
29	De cliënt niet zelf over zijn verdiende geld kan beschikken	2,6
30	De cliënt te veel werkuren moet maken om voldoende te verdienen	2,3
33	De reistijd te lang is	2,3
28	De cliënt onvoldoende tijd krijgt om uit te rusten	2,2
37	Het werktempo te laag ligt	1,8
35	De cliënt maar een beperkt aantal uren mag werken	1,3

Cl. = Cluster; St. nr. = Statementnummer; Gem. = Gemiddelde

COLUMN

De schrijver van de column kan een gedragswetenschapper, een groepsleider, een wetenschappelijk onderzoeker, een beleidsmaker en/of een ouder zijn. Wat zij gemeen hebben, zijn hun ervaringen met mensen met een licht verstandelijke beperking. In deze LVB Onderzoek & Praktijk geven wij het woord aan Hans Schirmbeck, voormalig (interim-)directeur van het VOBC en nu onder andere (interim-)bestuurder bij participatiebedrijf Stoer.

In de zomer van 1984 werkte ik op een arbeidsproject in Rotterdam en leerde ik Chris kennen. Hij was bijna 19, ik was net 24. We waren beiden schoolverlater. Ik had kort daarvoor een HBO-opleiding in Tilburg afgerond en liep over van ambitie. Chris was VSO-MLK schoolverlater en had helemaal geen zin om te werken. Hij wilde het liefst de hele dag buiten zijn, op zoek naar lieveheersbeestjes. Chris was (en is nog steeds) licht verstandelijk beperkt en zijn school maakte zich, even als de sociaal pedagogische dienst die hem begeleidde, zorgen over zijn toekomst. Alle deskundigen waren het er over eens dat voorkomen moest worden dat Chris 'thuis kwam te zitten'. Er moest zo snel mogelijk werk voor hem gevonden worden en dat werd mijn opdracht. Ik had nog nooit van LVB gehoord, maar de toevoeging 'licht' stelde me gerust. Dat moest goed te doen zijn. Na een intake-gesprek met Chris en zijn moeder ging ik aan de slag.

Mijn eerste pogingen mislukten jammerlijk. Chris wilde eigenlijk niets en ik wilde teveel. Ik zocht naar een plek in de buitenlucht (dat had ik goed begrepen), met uitdagingen, perspectief en variatie (dat had ik niet zo goed begrepen).

Na enkele indringende gesprekken met mijn leidinggevende ben ik opnieuw met Chris in gesprek gegaan. Op zoek naar zijn droom en die had hij! Chris wilde het liefst de hele dag op een (electro)karretje van de gemeentereiniging door de stad rijden. In een uniform van de dienst welteverstaan, want dan hoor je er tenminste bij!

Met het nodige kunst- en vliegwerk en veel begeleiding is dat uiteindelijk gelukt. Toen ik

Chris een paar jaar geleden tegenkwam op de afscheidsreceptie van mijn toenmalige leidinggevende vertelde hij mij trots dat hij nog steeds bij de reinigingsdienst werkt. Tot grote tevredenheid van zijn baas ("Chris is een hele betrouwbare jongen") en met veel plezier.

Chris en ik hadden het geluk dat mijn toenmalige leidinggevende wel wist wat het leven met een licht verstandelijke beperking betekent. Van hem heb ik geleerd wat wel en (soms) niet kan. Hij liet mij zien waar ik op moest letten en hoe ik met Chris (en zijn moeder) het beste een gesprek kon voeren. Hij heeft mij geleerd anders te kijken naar ambitie, loyaliteit en het belang van 'erbij horen'.

Begin van dit jaar ben ik als interim-bestuurder aan de slag gegaan bij STOER, het participatiebedrijf van de gemeente Oude IJsselstreek in de Achterhoek. Onze opdracht is zo veel mogelijk inwoners, die al jaren voor hun inkomen van de gemeente afhankelijk zijn, aan het werk te helpen. Een deel van hen heeft een licht verstandelijke beperking. Wij gaan intensief met hen in gesprek. We gaan op zoek naar hun droom en proberen daar vervolgens zo goed mogelijk bij aan te sluiten. Ik profiteer daarbij nog elke dag van de wijze lessen die ik 36 jaar geleden geleerd heb in Rotterdam en mijn jaren bij de VGN en (recent) de VOBC en het Landelijk Kenniscentrum LVB. Kennis (en ervaring) die misschien niet voor iedereen voor het oprapen ligt, maar die er wel gewoon is. Kennis van Chris, noem ik dat. Kennis die telt als we samen echt vooruit willen en als we serieus werk willen maken van participatie en inclusie.

MULTIDIMENSIONELE FAMILIETHERAPIE BIJ JONGEREN MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING

Martine Roelfsema¹
Floor van Santvoort²
Neomi van Duijvenbode³

Multidimensionele Familietherapie (MDFT) is een effectief systeemgericht behandelprogramma voor jongeren met uiteenlopende, meestal meervoudige problematiek. Dit artikel beschrijft de eerste praktijkervaringen van MDFT-therapeuten met het aanbieden van MDFT bij jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB). Ook is in kaart gebracht wat de voornaamste problemen en hulpvragen zijn van de jongeren en hun gezin. Uit dit onderzoek blijkt dat MDFT-therapeuten grotendeels positief zijn over de toepassing van MDFT bij jongeren met een LVB, onder andere vanwege de systemische benadering en nadruk op alliantievorming en psycho-educatie, mits de duur en het niveau worden aangepast en er nazorg kan worden geboden.

Inleiding

Multidimensionele Familietherapie (MDFT) is een bewezen en erkende effectieve interventie in Nederland (Nederlands Jeugdinstituut, 2016) en andere landen. Het is bedoeld voor jongeren tussen de 12 en 23 jaar bij wie sprake is van uiteenlopende problematiek. Het gaat vaak om meervoudige problemen, waaronder frequent middelengebruik, overmatig gamen, spijbelen, delinquent gedrag en psychische stoornissen (Rowe, 2010; Rigter, 2013; Van der Pol et al., 2020; Nielsen et al., 2020). MDFT wordt ook toegepast bij jongeren met licht verstandelijke beperking (LVB), maar over die ervaringen is nog weinig bekend. Het doel van deze verkennende studie is tweeledig: 1) meer inzicht krijgen in de hulpvragen en problematiek van jongeren met een LVB en hun gezin die MDFT volgen; en 2) inventariseren wat de ervaringen van MDFT-therapeuten zijn met het bieden van MDFT aan deze doelgroep. Wanneer blijkt dat de problemen en hulpvragen bij jongeren met een LVB anders zijn dan de hierboven genoemde problemen van jongeren zonder een LVB die MDFT volgen, kan dit aanleiding geven om hier extra aandacht aan te besteden in de module MDFT-LVB (Cooman & Rigter, 2014). Ook de ervaringen van MDFT-therapeuten kunnen helpen om deze

module verder aan te scherpen. Verder biedt dit onderzoek informatie over elementen van MDFT die van belang zijn voor jongeren met een LVB en hun gezin en op welke uitkomsten toekomstig effectonderzoek zich zou kunnen richten.

MDFT wordt gegeven door een gecertificeerde MDFT-therapeut, in Nederland opgeleid door het opleidingsinstituut Stichting Jeugdinterventies (SJI). Het is een intensief behandelprogramma waarbij de therapeut meerdere keren per week met het gezin contact heeft. Kenmerkend aan het programma is de actieve betrokkenheid van het sociale systeem waarbij de behandeling zich niet uitsluitend op de jongere zelf richt, maar ook op zijn of haar omgeving. De multidimensionele werkwijze van MDFT (Liddle & Hogue, 2001) vloeit voort uit het ecologiemodel (Bronfenbrenner, 1994). Volgens deze theorie staat het gedrag dat jongeren in hun drang naar autonomie vertonen onder invloed van beschermende en risicofactoren uit sociale systemen rond de jongere: ouders/opvoeders, vrienden, school en/of werk, vrijetijdsbesteding, buurt en sociale media. MDFT besteedt aandacht aan alle relevante domeinen.

¹ Martine Roelfsema is onderzoeker bij Academische Werkplaats Risicojeugd/ Pluryn
correspondentieadres: mroelfsema@pluryn.nl

² Floor van Santvoort is senior onderzoeker bij Pluryn

³ Neomi van Duijvenbode is GZ-psycholoog in opleiding tot specialist en onderzoeker bij Trajectum LVB

Inmiddels is uit verschillende onderzoeken gebleken dat MDFT effectief is in het verminderen van problematiek en verbeteren van sociaal-maatschappelijk functioneren van jongeren (Rowe, 2010). Zo blijkt onder andere dat middelengebruik, delinquent gedrag en psychische klachten (waaronder angst en depressie) afnemen, terwijl gezinsfunctioneren en schoolprestaties verbeteren. Volgens een meta-analyse werkt MDFT in deze opzichten sterker dan de individuele en groepstherapieën waarmee het programma is vergeleken (Van der Pol et al., 2017). Daarnaast blijkt MDFT een geschikte methode te zijn voor het voorkomen van een residentiële plaatsing (Liddle et al., 2018), en lijkt het – als een dergelijke uithuisplaatsing toch noodzakelijk is – de duur van de opname te verkorten (Hoogeveen et al., 2017).

LVB

In de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) wordt een LVB gekenmerkt door beperkingen in het cognitief functioneren en het adaptief functioneren, die hun oorsprong vinden in de ontwikkelingsperiode. In Nederland kunnen jongeren met zwakbegaafdheid (een IQ-score tussen de 70 en 85) ook gebruik maken van de LVB-zorg als er sprake is van (complexe) bijkomende problematiek (Moonen & Verstegen, 2006). De ernst van de verstandelijke beperking wordt gebaseerd op de beperkingen in de adaptieve vaardigheden, oftewel de vaardigheden die nodig zijn in het alledaagse functioneren.

Jongeren met een LVB zijn extra kwetsbaar. Uit onderzoek blijkt dat zij een hoger risico hebben op het ontwikkelen van psychopathologie dan leeftijdsgenoten zonder een LVB (Oeseburg et al., 2011). Een voorbeeld hiervan is dat jongeren met een LVB vaker problematische vormen van middelengebruik vertonen, meer en ernstigere consequenties van middelengebruik ervaren en een groter risico hebben op het ontwikkelen van verslavingsproblematiek (Van Duijvenbode & VanDerNagel, 2019). De ontwikkeling van psychopathologie bij deze doelgroep hangt samen met een relatieve overmaat aan risicofactoren en een relatieve schaarste aan beschermende factoren. Een deel van

die factoren is in het gezin gelegen. Ouders kunnen zelf ook functioneren op LVB-niveau of met psychische problemen kampen. Ze kunnen onder grote stress staan en zich onvoldoende raad weten met het opvoeden van een kind met een LVB. Ook kan er sprake zijn van ongunstige omgevingskenmerken en een beperkt steunsysteem (Van Duijvenbode et al., 2020). Daarnaast zijn er een aantal factoren die inherent zijn aan de verstandelijke beperking zelf, zoals inadequate copingvaardigheden, die het risico op problemen vergroten.

Jongeren met een LVB hebben vervolgens ook een verhoogd risico op een opeenstapeling van problematiek (Van Duijvenbode et al., 2020). Zo gaat (frequent) middelengebruik vaker samen met gezondheidsrisico's, psychische problemen (zoals angst en depressie) en gedragsproblemen dan bij jongeren zonder een LVB (Didden et al., 2009). De problemen houden elkaar in stand en versterken elkaar (Van Duijvenbode et al., 2020).

MDFT-LVB

Dit verhoogde risico op (opeenstapeling van) problematiek maakt dat er een behoefte is aan adequate, effectieve behandelvormen. MDFT lijkt voor de LVB-doelgroep een passende interventie te zijn. Allereerst richt MDFT zich op het verbeteren van het algehele functioneren van de jongere in tegenstelling tot veel andere interventies die zich vaak op één type problemen richten, zoals middelengebruik of specifieke psychische en/of gedragsproblematiek. Ten tweede betreft MDFT het gehele sociale systeem actief, waaronder de jongere zelf, het gezin en externe sociale systemen, zoals school, werk en vrije tijd. Het betrekken van het sociale systeem wordt een noodzakelijke voorwaarde genoemd voor het slagen van een interventie bij jongeren met een LVB (De Wit et al., 2011). Ten derde biedt het MDFT-protocol ruimte om aan te sluiten bij de mogelijkheden en beperkingen van jongeren met een LVB. MDFT is namelijk minder geprotocolleerd dan veel andere behandelingen, waardoor er veel vrijheid is voor de therapeut om de behandeling toe te spitsen op het individu, onderwerpen te herhalen, of theorie en praktijk (leren en

oefenen) af te wisselen.

Stichting Jeugdinterventies heeft MDFT aangepast voor de LVB-doelgroep. Dit resulteerde zes jaar geleden in de module MDFT-LVB (Cooiman & Rigter, 2014). Deze module heeft reguliere MDFT als uitgangspunt, met aanpassingen om de behandeling geschikt te maken voor jongeren met een LVB. Deze aanpassingen betreffen onder andere de mate van structuur die door de therapeuten geboden wordt, herhaling van belangrijke thema's, duur van de sessies, en het 'inslijten' van nieuwe vaardigheden door oefening en generalisatie naar het dagelijks leven. Gezinnen hebben veelal een lange hulpverleningsgeschiedenis achter de rug en jongeren met een LVB kunnen wantrouwend zijn, voortkomend uit beperkt zelfvertrouwen (Van Leeuwen, 2013). In de module MDFT-LVB wordt daarom het belang van de therapeutische alliantie en het motiveren van het gezin benadrukt, waarvoor ruimte en aandacht is binnen MDFT. Daarnaast is er extra aandacht voor persoonlijke beperkingen van de jongere, zoals gebrekkige zelfsturing en reflectievermogen, die vaker voorkomen bij een LVB (Rot, 2013), maar ook krachten, hulpbronnen of beschermende factoren (zowel van de jongere zelf als van diens omgeving) die kunnen worden ingezet. Omdat de problematiek meestal complex en meervoudig is, zal de behandeling langer duren dan gebruikelijk. Voor jongeren met een LVB kost het bovendien meer tijd om nieuwe informatie te begrijpen en te laten beklijven en daarmee duurt MDFT bij deze doelgroep langer dan bij jongeren zonder een LVB, in totaal zo'n negen in plaats van zes maanden.

Samenvattend lijkt MDFT een geschikt behandelprogramma te zijn voor jongeren met een LVB en biedt de module MDFT-LVB (Cooiman & Rigter, 2014) ruimschoots aanpassingen en voorbeelden om de behandeling passend te maken voor de LVB-doelgroep. In deze studie is verkend hoe MDFT in de praktijk wordt aangeboden aan jongeren met een LVB en hun gezin. Er is hierbij gekeken naar 1) de problematiek en hulpvragen van de jongeren en hun gezin en 2) naar de ervaringen van MDFT-the-

rapeuten in het aanbieden van MDFT aan deze doelgroep.

Methode

Van de zeven benaderde instellingen hebben vijf instellingen aan het onderzoek deelgenomen; één uit de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), twee uit de Gehandicaptenzorg (GZ), één uit de Jeugdzorg (JZ)/GZ en één uit de Verslavingszorg (VZ). Van de deelnemende instellingen zijn alle MDFT-therapeuten benaderd. Zij gaven allen MDFT aan de LVB-doelgroep. Sommige therapeuten gaven uitsluitend MDFT aan jongeren met een LVB, anderen aan zowel jongeren met als zonder een LVB. Opvallend is dat slechts twee instellingen gebruik maakten van de module MDFT-LVB. Van iedere deelnemende instelling hebben één of meer therapeuten de vragenlijst ingevuld. Van de 26 therapeuten die zijn gevraagd om de vragenlijst in te vullen hebben in totaal 14 therapeuten (vier mannen/tien vrouwen) deelgenomen (54%); vier therapeuten van een GGZ-instelling, vier therapeuten van een GZ-instelling, twee van een tweede GZ-instelling, drie van een JZ/GZ-instelling en één van een VZ-instelling. De therapeuten kregen een vragenlijst toegestuurd waarop zij konden invullen wat op basis van hun ervaring de meest voorkomende hulpvragen en problematiek zijn bij jongeren met een LVB en wat de meest voorkomende problematiek is in het gezin van die jongeren. Ook werden de therapeuten open vragen voorgelegd waarin geïnformeerd werd naar hun ervaringen met het aanbieden en aanpassen van MDFT aan de LVB-doelgroep. De volgende vragen zijn gesteld:

1. *Wat zijn veel voorkomende hulpvragen (maximaal vijf noemen) van jongeren met een LVB die MDFT volgen?*
2. *Welke problematiek komt het meest voor (maximaal vijf aankruisen) bij jongeren met een LVB die MDFT volgen?*
3. *Wat is de meest voorkomende problematiek in het gezin van een jongeren met een LVB (maximaal 5 aankruisen)?*
4. *Wat zijn de voornaamste aandachtspunten/aanpassingen (maximaal vijf noemen) bij MDFT voor de LVB-doelgroep?*

5. Kun je kort beschrijven waarom je MDFT wel of geen geschikte therapie vindt voor jongeren met een LVB?

6. Hoe ervaren jongeren met een LVB en hun ouders (over het algemeen) naar jouw idee de MDFT-therapie?

Daarnaast zijn er telefoongesprekken met therapeuten gevoerd waarin hun ervaringen zijn besproken. De antwoorden op de vragen zijn met elkaar vergeleken en overeenkomstige thema's zijn open gecodeerd en geclusterd en daarmee axiaal gecodeerd door de eerste auteur in afstemming met de tweede auteur (Straus & Corbin, 2007). De volgende thema's zijn beschreven: hulpvragen en problematiek, aanpassingen voor de LVB-doelgroep, alliantie, het betrekken van het sociale systeem, psycho-educatie en nazorg. Opvallende en/of unieke antwoorden zijn ook beschreven en soms uitgelicht.

Resultaten

Hulpvragen en problematiek

De hulpvragen die therapeuten beschreven van jongeren met een LVB en/of het gezin zijn grofweg in drie categorieën in te delen. Allereerst zijn de hulpvragen met betrekking tot het verbeteren of vinden van een passende dagbesteding en dagstructuur, zoals school, stage en/of werk met een toekomstperspectief. Ten tweede ging het om hulpvragen gericht op het verminderen van systeem- en communicatieproblemen. Zo kan er sprake zijn van een verstoorde hiërarchie, negatieve interacties tussen gezinsleden en onvoldoende begrenzing van de jongere. Behandeldoelen richten zich bijvoorbeeld op de samenwerking tussen ouders als opvoedkundig team, het bieden van voorspelbaarheid en structuur, maar ook dat de gezinsleden naar elkaar luisteren en minder ruziemaken. Therapeuten noemden als hulpvraag ook het vinden van een fijne vriendenkring. Ten derde gaat het om hulpvragen gericht op de psychische problematiek of persoonlijke beperkingen van de jongere en het accepteren van die beperkingen. Een aantal therapeuten gaf aan dat stoppen met middelengebruik als

hulpvraag veel voorkomt, maar met name de behoefte aan hulp bij emotie-regulatieproblematiek, zoals het leren omgaan met woede of angst, kwam veelvuldig naar voren. Ook het verwerken van pijnlijke gebeurtenissen werd genoemd. Jongeren willen daarnaast graag gehoord en begrepen worden, zelfvertrouwen ontwikkelen en sociaal vaardiger en weerbaarder worden.

Therapeuten konden vervolgens in bovengenoemde vragenlijst aankruisen welke problematiek volgens hen het meest voorkomt bij jongeren met een LVB die MDFT volgen. Naar inschatting van het merendeel van de therapeuten spelen er bij jongeren met een LVB vooral trauma, agressie- en ADHD-gerelateerde problematiek en ontbreekt het vaak aan geschikte dagbesteding (zie Tabel 1). Problematisch drugsgebruik werd door een minderheid van de therapeuten genoemd, delinquentie werd zelden genoemd en alcohol- en gameverslaving werden geen enkele keer gerapporteerd. Overigens waren de antwoorden van de therapeuten niet sectorspecifiek: psychische problematiek bijvoorbeeld werd vanuit alle sectoren genoemd en niet alleen vanuit de geestelijke gezondheidszorg.

Tabel 1. Meest voorkomende problematiek bij LVB-jongeren volgens MDFT-therapeuten

Problematiek	Aantal meldingen*
Agressie	12
Geen geschikte dagbesteding	11
Trauma	11
ADHD	8
Spijbelen	6
Autisme	6
Frequent drugsgebruik of drugsverslaving	5
Angst/stemmingsstoornis	3
Delinquentie	2
Gezondheid/somatische problematiek	2
Frequent alcoholgebruik of alcoholverslaving	-
Gameverslaving	-

* N = 14 MDFT-therapeuten, dus het maximaal aantal meldingen was 14

Therapeuten hebben ook aangekruist in een gegeven opsomming van problematiek, wat volgens hen de meest voorkomende problemen in het gezin zijn bij jongeren met een LVB die MDFT volgen. Het merendeel van de therapeuten gaf aan dat volgens hen de meest voorkomende problematiek in het gezin problemen betreft in de ouder-kindrelatie en ontoereikende opvoedingskwaliteiten van ouders (zie Tabel 2). Ook psychiatrische en/of verslavingsproblemen van ouders en een geschiedenis van fysiek, seksueel geweld en/of emotionele verwaarlozing werden relatief vaak genoemd, evenals financiële zorgen. Huisvestingsproblemen en vluchtgeschiedenis werden niet gerapporteerd.

Een aantal therapeuten beschreef aanvullend dat de reden van vastlopen bij jongeren met een LVB regelmatig gerelateerd is aan psychische problemen, waaronder trauma, bij zowel de jongeren als de ouders. Ook persoonlijke beperkingen van de jongeren (zoals beperkt zelfvertrouwen) en tekort aan bepaalde vaardigheden werden genoemd. Therapeuten gaven aan dat bij jongeren met een LVB er naar hun idee bij start van de behandeling soms jaren van overvraging en overschatting aan vooraf is gegaan, waardoor jongeren op meerdere domeinen zijn vastgelopen. Dit kan vervolgens hebben geleid tot frequent middelengebruik, spijbelen of delinquentie, maar blijkt niet bij alle instellingen de voornaamste en meest urgente hulpvraag te zijn bij jongeren met een LVB.

Tabel 2. Meest voorkomende problematiek in gezin van LVB-jongere volgens MDFT-therapeuten

Problematiek	Aantal meldingen*
Problemen in de ouder-kind relatie	13
Ontoereikende opvoedingskwaliteiten	11
Geschiedenis van fysiek/seksueel geweld/emotionele verwaarlozing	9
Psychiatrische en/of verslavingsproblemen van de ouders	9
Financiële problemen	8
(Vecht)scheiding	5
Eenoudergezin	2
Huisvestingsproblemen	-
Vluchtgeschiedenis	-

* N = 14 MDFT-therapeuten, dus het maximaal aantal meldingen was 14.

Aanpassingen

De MDFT-therapeuten die de vragenlijst hebben ingevuld zijn grotendeels positief over de toepassing van MDFT bij de LVB-doelgroep, mits de behandeling wordt aangepast aan het niveau van de jongere en het gezin. Naar voren kwam is dat MDFT op verschillende manieren goed op maat kan worden gemaakt en er voldoende ruimte en tijd is om de behandeling zo aan te passen dat deze goed aansluit.

Therapeuten noemden dat vooral vertragen en herhalen bij de LVB-doelgroep essentieel is. Ook gaven zij aan dat sessies korter zijn, er minder wordt gepraat en meer wordt gedaan, waarbij de therapeut gebruik maakt van (visueel) ondersteunende middelen en methodieken. Het taalgebruik wordt versimpeld. Een therapeut zei hierover: "Het vertalen en onder titelen is in een systemische behandeling belangrijk en mogelijk. Dit vergt tijd en geduld, maar is oh zo succesvol als je goed snapt hoe het moet."

Verder rapporteerden therapeuten dat er meer aandacht en tijd wordt gegeven aan gevoelsvragen en verdiepende vragen en dat er bij zelfreflectie extra hulp nodig is. De doelen die worden gesteld worden in kleinere stappen opgesplitst, juist doordat jongeren soms al jaren overvraagd zijn en zij daardoor faalervaringen hebben opgedaan.

Tot slot gaven therapeuten aan dat het van belang is dat nieuw aangeleerde communicatie- en opvoedvaardigheden worden herhaald. Jongeren worden frequenter herinnerd aan afspraken, en telkens opnieuw wordt uitgelegd waar zij het voor doen. Ook vraagt het meer tijd voor de gezinsleden om met elkaar op een positieve nieuwe manier te leren praten.

Alliantie

Het merendeel van de therapeuten beschreef het belang van het aangaan van een vertrouwensband met een jongere met een LVB en zijn/haar ouders. Er werd aangegeven dat vanwege de duur en intensiteit van de behandeling de therapeut meer tijd heeft om de jongere te leren kennen en aan de alliantie te werken en dat dit juist van belang is voor een doelgroep die zich afgewezen en onbegrepen kan

voelen. Een therapeut noemde dat veel gezinnen het als positief ervaren dat er gedurende een langere periode aandacht voor hen is en hulp wordt geboden door een vaste therapeut. De basishouding van de MDFT-therapeut werd door verschillende therapeuten omschreven als outreachend, aanmoedigend, oordeelsvrij, meervoudig partijdig zijn, directief, transparant, zoekend naar verbinding zonder oordeel, waarbij de jongere in zijn/haar waarde wordt laten. Een therapeut: "MDFT-therapeuten gaan naast de jongere staan en zien de mogelijkheden. Voor het gezin is MDFT vaak een laatste 'station', voordat er andere drastische maatregelen worden genomen, zoals uithuisplaatsing. MDFT biedt gezinnen weer hoop!" Daarnaast werd gerapporteerd dat de therapeut zorgt voor erkenning van de (LVB-gerelateerde) problematiek en dat jongeren en ouders zich gezien, gehoord, begrepen en geholpen voelen. Ze krijgen erkenning, maar ook duidelijkheid en hulp. Een therapeut benoemde dat jongeren met MDFT krachtiger worden gemaakt.

Sociaal systeem

Therapeuten benadrukten het belang om juist bij deze doelgroep het hele systeem te betrekken, zoals MDFT doet. Gedragsproblematiek van jongeren wordt vaak in stand gehouden in interactie met de rest van het gezin. Het vasthouden van verandering zou volgens therapeuten vervolgens bijna onmogelijk zijn als de therapeut zich alleen op de jongere richt. MDFT biedt aan alle betrokkenen hulp en verbetert de onderlinge relaties. MDFT wordt volgens een therapeut in vergelijking met andere behandelingen door gezinnen omschreven als directer, waarbij de patronen meer worden benoemd en aangepakt en gezinsleden meer betrokken worden. Verschillende keren gaven therapeuten aan dat het voor jongeren goed is te merken dat de behandeling niet alleen op hen gericht is, maar dat ook hun ouders aan de slag moeten. Zo beschreef een therapeut: "Vanwege de gezinstherapie wordt de jongere vaak ontschuldigd, omdat iedereen aan de bak moet. Van oorzaak-gevolg naar circulair denken, dat is een belangrijke stap waaraan we

werken in MDFT." Ook werd aangegeven dat ouders, waar nodig, de ruimte krijgen hun verleden te verwerken.

Daarnaast werd genoemd dat er veel wordt samengewerkt met andere betrokken instanties: therapeuten sluiten bijvoorbeeld aan bij besprekingen op school of wijkteam om het belang van ouders en jongere te behartigen. Daarnaast hebben gezinnen vaak praktische vragen en ondersteuning nodig en kunnen zij moeite ervaren met het vinden van aansluiting in de maatschappij, waarbij therapeuten kunnen ondersteunen.

Psycho-educatie

Therapeuten gaven aan dat gezinnen soms voorafgaand negatieve ervaringen hebben opgedaan in de hulpverlening, omdat er niet altijd duidelijk was dat er sprake was van een LVB of hoe men hiermee om moest gaan. Een therapeut beschreef: "Het is heftig om te zien en te merken dat zowel ouders als jongeren vaak jarenlang zijn overvraagd (zowel emotioneel als cognitief) of ondergediagnosticeerd." Er werd gerapporteerd dat de MDFT-therapeut ouders helpt de LVB te herkennen en erkennen en de mogelijkheid heeft de tijd te nemen ouders dit te leren accepteren en hoe zij hiermee om kunnen gaan. Binnen MDFT is er specifiek aandacht voor psycho-educatie en wat de LVB in de praktijk inhoudt. Om overvraging en uitval te voorkomen is dit meestal binnen het hele sociale systeem noodzakelijk. Er kan bijvoorbeeld sprake zijn van onbegrip en/of te hoge verwachtingen niet passend bij de beperking. Een therapeut benoemde dat wanneer ouders ook een LVB hebben het van belang is met hen de gezinssessies goed voor te bereiden tijdens individuele gesprekken.

Nazorg

Volgens de therapeuten neemt het MDFT-traject bij jongeren met een LVB vaak zo'n negen maanden in beslag. Soms is dit nog niet voldoende en loopt de behandeling nog langer door of zijn er na een bepaalde periode (ook) nog een paar extra MDFT-sessies mogelijk. Als één van de voornaamste aandachtspunten voor jongeren met een LVB kwam meerdere

malen het belang van goede aansluitende nazorg naar voren. Het kan veel tijd kosten om (verslavings)gedrag te veranderen van jongeren met een LVB en daarom is er soms langdurige ondersteuning nodig om dit gedrag vol te kunnen houden.

Discussie

Dit artikel richt zich op de toepasbaarheid van MDFT voor de LVB-doelgroep. Op basis van praktijkervaringen van 14 MDFT-therapeuten van vijf deelnemende instellingen zijn de hulpvragen en problematiek van jongeren met een LVB die MDFT volgen in kaart gebracht.

Hulpvragen blijken vooral gericht op het vinden van passende dagbesteding, het verbeteren van de communicatie in het gezin en het verminderen van psychische problematiek en/of beperkingen. Het merendeel van de therapeuten gaf aan dat er bij jongeren met een LVB die MDFT volgen vooral sprake was van trauma, agressie en tekort aan dagbesteding. Wat het gezin betreft kwamen ontoereikende opvoedvaardigheden en problemen in de relatie tussen ouders en kind op de eerste plaats. Opvallend is dat in de opsomming van de therapeuten verslaving en delinquentie niet frequent naar voren kwamen. Dit betekent niet dat deze problemen afwezig zijn bij jongeren met een LVB, maar dat ze niet bij alle instellingen zozeer overheersen zoals bij andere doelgroepen van MDFT (Rigter et al., 2013). Onbekend is echter of deze problematiek momenteel ook minder bij jongeren zonder een LVB die MDFT volgen wordt gezien en of MDFT mogelijk voor steeds meer uiteenlopende problematiek wordt ingezet, ongeacht de doelgroep. Er zou daarom in toekomstig onderzoek aandacht kunnen worden besteed aan verschillen in hulpvragen en problematiek van jongeren met en zonder een LVB die MDFT volgen. Daarnaast zou effectonderzoek naar MDFT bij jongeren met een LVB zich ook kunnen richten op andere uitkomsten dan bij jongeren zonder een LVB, zoals het vinden van passende dagbesteding en traumagerelateerde problematiek.

De deelnemende therapeuten hebben ook vragen beantwoord over hun ervaringen met

de LVB-doelgroep. De therapeuten zijn voornamelijk positief over MDFT bij de LVB-doelgroep, vanwege de systemische benadering, de aandacht en ruimte die er is voor het aangaan van een goede vertrouwensband en het bieden van psycho-educatie met name gericht op de LVB en daaraan gerelateerde problematiek, mits de duur en het niveau van de behandeling worden aangepast en er de mogelijkheid is voor het bieden van nazorg. De module MDFT-LVB bevat uiteenlopende aanpassingen, oefeningen en voorbeelden om de interventie te laten aansluiten bij het niveau van jongeren met een LVB. Ook is er uitvoerig aandacht voor het belang van een systemische benadering en het opbouwen van een therapeutische alliantie bij deze doelgroep en hoe jongeren en ouders gemotiveerd kunnen worden voor de behandeling. Psycho-educatie komt echter minder uitgebreid aan bod en nazorg wordt niet specifiek genoemd. Mogelijk biedt dit onderzoek aanleiding om hier extra aandacht aan te besteden in de module, met tevens oog voor problematiek en hulpvragen die volgens therapeuten met name aan de orde lijken te zijn bij de LVB-doelgroep die MDFT volgt. Een volgende stap zou kunnen zijn om de bevindingen uit dit onderzoek mee te nemen in een evaluatie van de module.

De resultaten zijn gebaseerd op praktijkervaringen van therapeuten. Hier moeten enkele kanttekeningen bij worden geplaatst. Allereerst kan de mening van therapeuten mogelijk gekleurd zijn door specifieke casussen of recente gezinnen die therapeuten in behandeling hebben gehad. Wat betreft de voorkomende problematiek bij de LVB-doelgroep die MDFT volgt gaat het om een schatting, geen daadwerkelijk telling van (geselecteerde) casussen. Verder was het aantal deelnemende therapeuten vrij klein. Dit kwam doordat het aantal instellingen dat meedeed beperkt bleef tot vijf (wél met vertegenwoordiging van alle relevante behandelsectoren). Ten slotte kunnen op basis van dit onderzoek geen uitspraken worden gedaan of MDFT daadwerkelijk bijdraagt aan het oplossen van de gestelde hulpvragen van de LVB-doelgroep. Hier zou toekomstig onder-

zoek op kunnen worden gericht, bijvoorbeeld door middel van casestudies, met ook aandacht voor de samenhang tussen de verschillende problematieken die voorkomen binnen een gezin.

Dit is het eerste onderzoek naar de toepasbaarheid van MDFT bij jongeren met een LVB. Op basis van praktijkervaringen is naar voren gekomen dat therapeuten met name positief zijn over de systemische benadering en de mogelijkheid die de therapeut heeft voor het opbouwen van een goede alliantie en het bieden van psycho-educatie gericht op de LVB. Al met al kan worden geconcludeerd uit dit onderzoek dat MDFT veelbelovend en goed toepasbaar is voor jongeren met een LVB.

De auteurs danken Henk Rigter, werkzaam bij Leiden University Medical Centre (LUMC) en voorheen directeur Stichting Jeugd Interventies (SJI), voor het meedenken en adviseren bij het schrijven van dit artikel.

Literatuur

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. *The International Encyclopedia of Education*. Oxford: Elsevier.
- Cooiman, B., & Rigter, H. (2014). *Multidimensionele familie therapie bij jongeren met een lichte verstandelijke beperking*. Leiden: Stichting Jeugdinterventies / MDFT Academie.
- Diden, R., Embregts, P., Toorn, M. van der, & Laarhoven, N. (2009). Substance abuse, coping strategies, adaptive skills and behavioral and emotional problems in clients with mild to borderline intellectual disability admitted to a treatment facility: A pilot study. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 927-932.
- Douma, J. (2018). *Jeugdigen en (jong)volwassenen met een licht verstandelijke beperking: Kenmerken en de gevolgen voor diagnostisch onderzoek en (gedrags)interventies*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB.
- Duijvenbode, N. van, & VanDerNagel, J. (2019). A systematic review of substance use (disorder) in individuals with mild to borderline intellectual disability. *European Addiction Research*, 25, 1-20.
- Duijvenbode, N. van, VanDerNagel, J. E. L., & Didden, R. (2020). *Praktijkboek triple problematiek: Psychische klachten, verslaving en licht verstandelijke beperking*. Amsterdam: SWP.
- Hoogeveen, C. E., Vogelvang, B., & Rigter, H. (2015). *Inpatient and outpatient multidimensional family therapy improve behavioural outcomes in a cohort of adolescents referred to residential youth care*. Den Bosch: Avans.
- Leeuwen, M. van. (2013). *Heel gewoon en toch bijzonder: Aandacht voor kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking in de gemeente*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Ministerie van Veiligheid en Justitie; Vereniging van Nederlandse Gemeenten.
- Liddle, H. A., Dakofa, G. A., Rowe, C. L., Henderson, C., Greenbaum, P., & Wang, W., et al. (2018). Multidimensional Family Therapy as a community-based alternative to residential treatment for adolescents with substance use and co-occurring mental health disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 90, 47-56.
- Liddle, H. A., & Hogue, A. (2001). *Multidimensional Family Therapy for adolescent substance abuse*. *Social Sciences*, 1, 227-259.
- Moonen, X., & Verstegen, D. (2006). LVG-jeugd met ernstige gedragsproblematiek in de verbinding van praktijk en wetgeving. *Onderzoek & Praktijk*, 4(1), 23-28.
- Nielsen, P., Favez, N., & Rigter, H. (2020). *Parental and family factors associated with problematic gaming and problematic internet use in adolescents: A systematic literature*. *Current Addiction Reports*. Advance online publication. DOI: 10.1007/s40429-020-00320-0.
- Nederlands Jeugdinstituut. (2016). *Erkenningscommissie interventies*. Geraadpleegd via www.nji.nl.
- Oeseburg, B., Dijkstra, G. J., Groothoff, J. W., Reijneveld, S. A., & Jansen, D. E. (2011). Prevalence of chronic health conditions in children with intellectual disability: A systematic literature

- review. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 49(2), 59-85.
- Pol, T. van der, Hoeve, M., Noom, M., Stams, G., Doreleijers, T., & Domburgh, L. van, et al. (2017). Research review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems - a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58, 532-545.
- Rigter, H., Henderson, C. E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., et al. (2013). Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 130, 85-93.
- Rot, E. J. W., (2013). *Handreiking Balans in beeld: Jongeren met een licht verstandelijke beperking uitdagen, zonder hen te overvragen of ondervragen*. Utrecht: Kennisplein Gehandicaptensector.
- Rowe, C. L. (2010). Multidimensional Family Therapy: Addressing co-occurring substance abuse and other problems among adolescents with comprehensive family-based treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19, 563-576.
- Straus, A. L., & Corbin, J. (2007). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Sage: Thousand Oaks.
- Wit, M. de, Moonen, X., & Douma, J. (2011). *Richtlijn effectieve interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.

TRAUMASENSITIEF WERKEN INTEGRATIEF UITGEVOERD OP EEN LVB-BEHANDELGROEP

Wendy Smulders²

Astrid Huisman³

Op een behandelgroep voor kinderen tussen 6 en 14 jaar met een LVB en gedragsproblematiek wordt gezocht naar een integratieve en duurzame groepsaanpak. Er is sprake van ongewenste uitstroom van kinderen door moeilijk hanteerbaar gedrag en er is sprake van verloop binnen het team pedagogisch medewerkers. In deze bijdrage wordt een pilot beschreven gebaseerd op de training 'Traumasesitief werken' van Coppens (2018) met als doel een stabiele behandelgroep met een duurzaam behandel-effect te realiseren. De ervaringen van het team zijn positief en willen we graag delen om zo in het werkveld elkaar te inspireren en vanuit onze ervaring aanbevelingen voor het uitvoeren van de beschreven aanpak mee te geven.

Aanleiding

Als behandelcoördinator van een behandelgroep voor kinderen met een LVB en bijkomende gedragsproblematiek in de leeftijd tussen 6 en 14 jaar in Rotterdam, word je geconfronteerd met lieve kinderen met complex gedrag. Het team bestaat uit gemotiveerde pedagogisch medewerkers die dagelijks met overgave werken om deze kinderen een veilige plek te bieden waar ze kunnen opgroeien. Ondanks dat is er wel sprake van escalaties in gedrag, ongewenste situaties met ethische dilemma's en verloop in het team.

Er zijn kinderen -vooral met de classificaties ADHD en ASS of ODD- waarvoor de gewone regels, de gewone aanpak en de gewone 'trucjes' niet werken. Ze worden door pedagogisch medewerkers beschreven als 'zelfbepalend', 'ongevoelig voor consequenties' en 'onbereikbaar'. Dit gedrag leidt vaak tot de vraag: Past hij/zij hier nog wel? Dit gedrag kan leiden tot handelingsverlegenheid, verhoogde stress en soms zelfs uitval bij de pedagogisch medewerkers. En dus breken we als behandelcoördinator ons hoofd over de vraag hoe we het kind met dit gedrag op

de behandelgroep houden. En vervolgens, hoe helpen we het team om dit aan te kunnen.

Die zoektocht bracht ons naar veelbelovende nieuwe behandelmethodes, seminars over specifieke problematiek en boeken vol informatie. Er is een wereld aan (individuele) behandelmethodes om het beschreven gedrag te behandelen, maar die zijn vaak niet van toepassing, niet geschikt of blijken onvoldoende het gewenste resultaat te bereiken met name bij onze doelgroep. Als behandelcoördinatoren binnen een orthopedagogische setting, zochten we daarnaast naar een 'orthopedagogisch verantwoorde aanpak': een aanpak via de omgeving, het groepsklimaat, de pedagogisch medewerkers, de ouders en (idealiter) de school. Met in steek op het pedagogisch klimaat vanuit het orthopedagogisch methodiek model (OMM; Bruininks 2016) waren we er echter nog niet. Ondanks het harde werken en inzet van kennis en kunde van alle betrokkenen, bleven er te veel kinderen doorgestuurd worden naar be- en gesloten groepen. Dat moesten we toch zelf kunnen? We merkten ook dat het verloop van pedagogisch medewerkers te hoog was

¹ drs. Wendy Smulders is orthopedagoog/GZ-psycholoog en EMDR practitioner. Inmiddels in dienst bij Reinier van Arkel. Correspondentieadres: w.smulders@reiniervanarkel.nl

² drs. Astrid Huisman is als GZ-psycholoog werkzaam bij Pameijer. Correspondentieadres: astrid.huisman@pameijer.nl

en we vroegen ons af waar we tekortschoten als behandelcoördinator.

Geïntrigeerd door het succes van Joan Lovett (2014) met haar methode voor de behandeling van preverbaal trauma bij kinderen die soortgelijk gedrag lieten zien als de kinderen op onze behandelgroep, werd onze aandacht getrokken door de mogelijkheden van traumabehandeling. Arianne Struik beschreef vervolgens haar behandelmethode in 'Slapende honden? Wakker maken!' (2016) waarmee we na een workshop van twee dagen aan de slag wilden op onze behandelgroepen. Het onderliggende model van Bruce Perry (2009) inspireerde tot het breed aanpakken van de problematiek bij de kinderen op onze behandelgroep. We gingen steeds meer begrijpen hoe het brein werkt en hoe je dat beter kunt meenemen in de behandeling en dagelijkse verzorging. Daardoor veranderde in de loop van onze carrières onze blik op gedrag. We gingen ons realiseren dat we het prikkelbare, onrustige gedrag en de grote voorkeur voor voorspelbaarheid en zelfbepaling misschien anders moesten verklaren. Al die kinderen komen uit gezinnen waar sprake is geweest van (veel) stress. Vaak zijn het gebroken, samengestelde of eenoudergezinnen, vaak met financiële problemen, relationele problemen en psychiatrische en/of somatische problematiek bij één of beide ouders. We zagen niet langer een kind met ODD en ADHD met ouders met onvoldoende pedagogische vaardigheden. We zagen nu een kind met een alert brein door een voorgeschiedenis met veel stress. En een systeem dat zelf de nodige bagage meedraagt en onvoldoende kan afstemmen op de vraag van het kind. En we zagen niet één kind met deze problematiek, we zagen een hele groep met kinderen met deze problematiek.

We voelden ons gewaarschuwd door het artikel van Struik en Blanken (2018), waarin zij een casus beschrijven van een 26-jarige vrouw met een LVB met een lange geschiedenis van hulpverlening die onvoldoende effect had, omdat het trauma niet werd herkend. Juist omdat bij vrijwel alle kinderen op de behandelgroep er vanaf zeer jonge leeftijd diverse ingrijpende en traumatiserende ervaringen zijn geweest,

zoals verwaarlozing, agressie, (getuige van) mishandeling en/of seksueel misbruik, vaak in het gezin van herkomst. We zagen dat we konden spreken van complex trauma, omdat er een combinatie van traumagerelateerde klachten en hechtingsproblemen te zien is, die bij de kinderen op de behandelgroep tot uiting komt in gedragsproblemen waarvoor ze veelal opgenomen zijn. Zo ontstond de wens om juist de groepsbehandeling meer in te richten op trauma, in plaats van per kind enkel in te zetten op individuele traumabehandeling naast het wonen op de groep. Zo zouden we ook meer recht doen aan wat er ten grondslag ligt aan de gedragsproblemen. De oorspronkelijke vraag van onze zoektocht veranderde in: draagt een traumasensitief leefklimaat bij aan het verminderen van gedragsescalaties en vergroot het daarbij het handelingsrepertoire van pedagogisch medewerkers op onze behandelgroepen?

Inhoudelijk kader pilot

De pedagogisch medewerker heeft de belangrijkste en meest complexe (behandel) taak, waarbij ze soms meerdere belangen of 'ballen' in de lucht moeten houden en naast behandelen aan het opvoeden en verzorgen zijn. Geïnspireerd door het artikel van Van Rijn (2013) werd de insteek van traumasensitief werken dat we verder gaan kijken naar waarneembaar gedrag van onze jeugdigen en op welke wijze pedagogisch medewerkers daarin een belangrijke rol hebben. Van Rijn haar pleidooi is om vooral de aansturing van het waarneembare gedrag van het kind centraal te stellen en uit te zoeken welke kernopvattingen dit gedrag aansturen en waar deze kernopvattingen vandaan zijn gekomen. We namen ons voor om het behandelklimaat zo vorm te gaan geven dat er nieuwe kernopvattingen ontwikkeld kunnen worden, wat leidt tot ander waarneembaar gedrag. We willen de kern behandelen in plaats van de symptomen. We spreken van een traumasensitief klimaat als de pedagogisch medewerker met ondersteuning van de behandelcoördinator en manager een 'traumabril' op heeft en daardoor:

- tekenen van trauma en traumatische stress bij een jeugdige kan herkennen;
- een leefklimaat ter ondersteuning van de werking van het trauma kan scheppen;
- weet welke behandeling of begeleiding hij of zij zelf kan uitvoeren om de jeugdige voor te bereiden op of te ondersteunen bij het werken van het trauma;
- en weet wat werken met getraumatiseerde jeugdigen met je kan doen.

Dit vroeg om vergroting van kennis en vaardigheden van pedagogisch medewerkers op dit thema. Pedagogisch medewerkers volgden de training *Zorgen voor getraumatiseerde kinderen* (Coppens & Kregten herziene druk 2018; zie Box 1) en kregen zo kennis en vaardigheden aangereikt gericht op de volgende doelen:

- gepast reageren op de gedragsmatige en emotionele uitdagingen van getraumatiseerde jeugdigen;
- getraumatiseerde jeugdigen helpen bij het ontwikkelen van gezonde verbindingen;
- getraumatiseerde jeugdigen helpen hun krachten te herkennen en die te ontwikkelen;

- getraumatiseerde jeugdigen helpen om strategieën te ontwikkelen die nodig zijn om op te groeien tot gezonde en goed functionerende volwassenen;
- getraumatiseerde jeugdigen leren voor zich zelf te zorgen en steun te krijgen van en te zoeken bij anderen.

Overtuigd van het idee dat we naast het kind en zijn systeem ook het systeem van de organisatie moesten meenemen, zijn we het gesprek aangegaan met de betrokken managers. Niet alleen de pedagogisch medewerkers wilden we trainen in het opzetten van een traumabril, maar ook de behandelcoördinator, betrokken vaktherapeut en de manager. Hieruit is een pilot voortgekomen om op de behandelgroep een traumasensitief klimaat te creëren, zodat we het team het inzicht en de handvatten konden geven om alle kinderen een veilige plek te kunnen bieden.

We integreerden de bestaande modellen en methodes tot één geheel – zie figuur 1. De piramide is een ordening van elementen die nodig zijn om te komen tot behandeling en ontwikkeling bij kinderen met complex trauma.

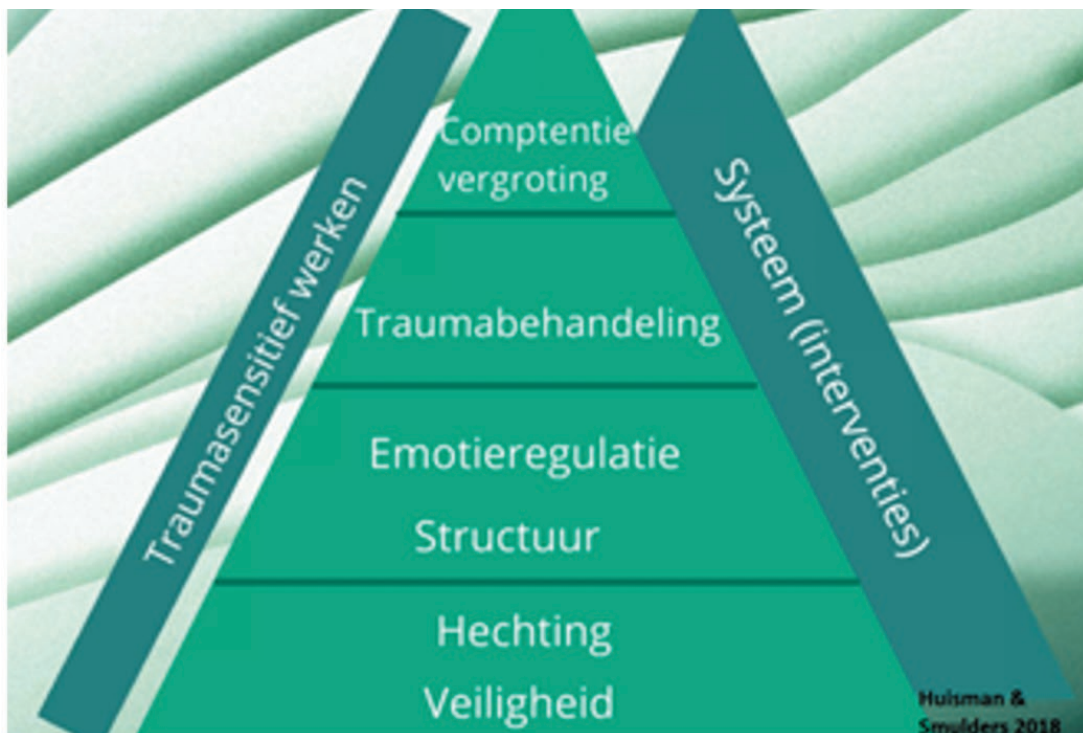
Box 1

Training ‘traumasensitief werken’ geeft opvoeders en begeleiders informatie over de effecten van chronisch trauma op het dagelijkse functioneren van een kind. De training bestaat uit acht bijeenkomsten en geeft extra aandacht voor het toepassen van kennis en vaardigheden in de dagelijkse praktijk.

Deze training helpt pleegouders en andere opvoeders om het gedrag van hun (pleeg-)kind door een traumabril te bekijken. Dit vergroot de kans op een stabiele opvoeder-kindrelatie en verkleint de kans op een (nieuwe) uithuisplaatsing. Onderzoek laat zien dat de training leidt tot meer kennis, grotere tevredenheid en minder stress bij opvoeders.

Zorgen voor getraumatiseerde kinderen: een training voor opvoeders is gebaseerd op recente wetenschappelijke inzichten. Die zijn op een overzichtelijke en concrete manier verwerkt in powerpointdia's, casusbeschrijvingen en oefeningen. De training bestaat uit acht modules en is oorspronkelijk ontwikkeld door de Amerikaanse organisatie National Child Traumatic Stress Network (NCTSN). In Nederland is *Zorgen voor getraumatiseerde kinderen* als ‘goed onderbouwde interventie’ opgenomen in de databank van het Nederlands Jeugdinstituut. In de acht modules wordt er stilgestaan bij wat trauma is, wat de effecten ervan zijn, hoe je een veilige omgeving kan creëren, hoe je omgaat met gevoelens en gedrag, zorgt voor verbindingen en herstel, hoe je pleitbezorger van het kind wordt en goed voor jezelf zorgt.

Zorgen voor getraumatiseerde kinderen is vertaald en bewerkt naar de Nederlandse situatie door Leony Coppens en Carina van Kregten, beiden al jaren actief in de zorg voor en behandeling van chronisch getraumatiseerde kinderen als therapeut, supervisor, docent en auteur. Naast de *Handleiding voor trainers* is er een *Werkboek voor deelnemers*.



Figuur 1. Piramidemodel.

Elke laag van de piramide vertegenwoordigt een andere orthopedagogische vraag die voor een kind in de behandeling op de voorgrond kan staan. In het kort staan de elementen van de piramide voor:

- Veiligheid is de basis van de ontwikkeling van jeugdigen. Voor de meeste complex getraumatiseerde jeugdigen geldt dat zij die veiligheid gemist hebben. Er is veiligheid op de plek(ken) waar de jeugdige verblijft. Veiligheid bieden staat bij complex getraumatiseerde jeugdigen niet per definitie gelijk aan veiligheid ervaren. Dit vraagt van personeel dat ze door soms moeilijk gedrag heen blijven kijken en stabiliteit, betrouwbaarheid en voorspelbaarheid blijven uitstralen.
- Er is een hechtingsfiguur in het leven van

het kind om hem te ondersteunen en te motiveren voor (trauma)behandeling. Daar waar biologische ouders verantwoordelijk zijn voor de traumatisering, is het van belang ze te betrekken bij de voorbereiding op traumaverwerking. Het is belangrijk dat het kind emotionele toestemming voelt van de ouder om te praten over de traumatische herinneringen. Uitgangspunt is dat mensen uit het netwerk van de jeugdige worden betrokken en de hechtingsrelatie wordt ingezet. Met hen moet het kind immers verder in het leven; professionals zijn passanten.

- Het ervaren van trauma wordt vaak geassocieerd met onvoorspelbaarheid, chaos en verlies van controle. Een dagelijkse routine met rituelen geeft houvast. Belangrijk is dat de jeugdige meer regie gaat erva-

³ De betreffende behandelgroep bestaat uit 10 kinderen met een lichte verstandelijke beperking en gedragsproblemen in de leeftijd van 6 tot en met 14 jaar oud.

ren. Een kind kan herinneringen verwerken als er niet steeds nieuwe problemen in het dagelijks leven zijn die aandacht vragen. Als dat wel is, zijn er interventies door pedagogisch medewerkers als een slaapplan, ontspanningsoefening en de 'veilige plek-oefening'. Als er zorgen zijn over school of middelengebruik, dienen hier afspraken over gemaakt te worden.

- Getraumatiseerde kinderen hebben in hun vroege jeugd vaak onvoldoende geleerd om met hun emoties en impulsen om te gaan. Onder invloed van traumatische ervaringen is het deel in de hersenen dat voor beheersing van impulsen en emoties zorgt onvoldoende ontwikkeld. Van belang is dat kinderen in staat zijn enkele lichamelijke sensaties weer waar te nemen, stress te hanteren en, veelal met steun van volwassenen, emoties te hanteren. Voor traumaverwerkingsfase kunnen boze, bange, verdrietige, schuld- en schaamtegevoelens naar boven komen. Kinderen moeten die gevoelens (deels) kunnen verdragen en niet uit de sessie wegrennen of zich opsluiten of zich nadien zo overspoeld voelen en ze behandeling gaan weigeren. Voor elk kind van de behandelgroep ligt er een signaleringsplan. Vanuit dit plan oefent de pedagogisch medewerker met het kind om stress te hanteren, lichamelijke sensaties te ervaren en gevoelens te hanteren, eventueel aangevuld met een vaktherapeut.
- Getraumatiseerde jeugdigen zien vaak geen verband tussen hun actuele (gedrags)problemen en de traumatische ervaringen. Sommige jeugdigen willen/kunnen niet praten over of melden geen herinneringen te hebben.
- Komen tot leren en ontwikkeling en dus tot competentievergroting lukt als er aan bovenstaande zaken wordt voldaan. Er is dan ruimte om vanuit de zone van de naaste ontwikkeling nieuwe vaardigheden te leren en toe te passen. Zaken 'beklijven'. Veelal zie je dat na een interventie als traumabe-

handeling er weer ruimte komt voor ontwikkeling. Na traumabehandeling dient integratie plaats te vinden. Het is goed om dan aandacht te hebben om positieve relaties met anderen te stimuleren. De onderlinge relatie tussen jeugdige en de jeugdzorgprofessional is daar de belangrijkste oefensituatie voor. Na traumaverwerking dient ook oog te zijn voor het vergroten van copingstrategieën, identiteitsontwikkeling en zelfbeeld en eventuele gesprekken met pleger-ouder, waar gezinsondersteuning een belangrijke rol heeft. Als er sprake is geweest van seksueel misbruik, dient er oog te zijn voor de seksuele ontwikkeling, weer vertrouwen te krijgen in het eigen lijf, lichaamssensaties opnieuw ervaren, wat wensen en grenzen zijn, om vervolgens te leren hoe die te hanteren.

Ongeacht de vraag die het kind heeft, werd een traumasensitieve aanpak ingezet door de pedagogisch medewerkers. Zoveel als mogelijk werd het gezinssysteem van het kind gedurende de gehele behandelperiode meegenomen. Er werd, onder andere met de Slappende honden methode® (Struik, 2016) en zijn barrière-tool, indien mogelijk toegewerkt naar individuele traumabehandeling. Dit is een tool die helpend is in de casusconceptualisatie en bij het inzetten van passende interventies om weerstand en niet-gemotiveerde kinderen ontvankelijk te maken voor traumabehandeling. Zo wilden we het verloop van het personeel en de uitstroom van kinderen naar besloten/gesloten groepen verminderen. Tegelijk hoopten we de doorstroom van kinderen naar huis of een gezinshuis/pleeggezin te bevorderen. Samen met de manager en het team stelden we een plan op: een pilot van een jaar, met duidelijk omschreven doelen.

Er is een pilot-werkgroep opgericht, met daarin de trainers (auteurs), de behandelcoördinator van de behandelgroep, de pedagogisch medewerker B (met coördinerende en coachingstaken) van de behandelgroep, de aandachtsfunctionaris traumasensitief werken vanuit het team pedagogisch medewerkers van de behandelgroep, een psychomotorisch therapeut,

een gezinsondersteuner (maatschappelijk werker met aanvullende opleiding contextueel werken), de manager van de behandelgroep, een arrangeur om mee te denken over de mogelijkheden binnen de beschikbare zorgarrangementen en een gedragswetenschappelijk onderzoeker. Deze werkgroep kwam maandelijks bij elkaar om samen de gestelde doelen van de pilot te bewaken:

1. De behandelgroep heeft een traumasensitief leefklimaat, waarbij de pedagogisch medewerkers het gedrag van de kinderen zien door een 'traumabril'.
2. De medewerkers op de groep hebben meer zelfvertrouwen en voelen zich veiliger dan voor de pilot.
3. De kinderen op de groep voelen zich veiliger dan voor de start van de pilot. Het leefklimaat en de behandeling sluiten beter aan op de behoeftes van de kinderen.
4. De ingezette middelen in de pilot (training, intervisie, inzet gezinsondersteuner) zijn helpend in het duurzaam neerzetten van een traumasensitief leefklimaat.

Verloop van de pilot

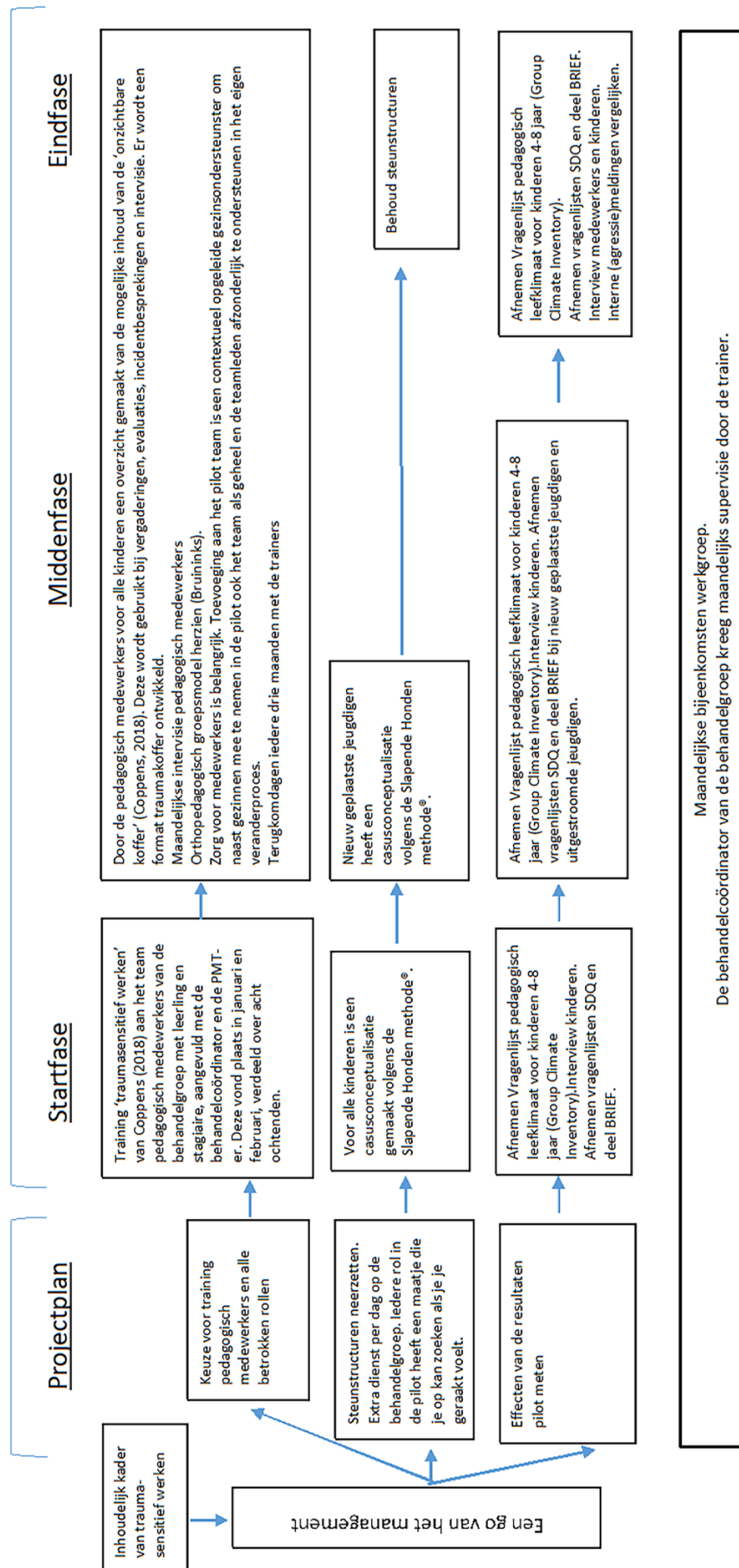
We startten het pilotjaar met de training 'zorgen voor getraumatiseerde kinderen' van Coppens (2018) aan het team pedagogisch medewerkers van de behandelgroep, een leerling en stagiaire, aangevuld met de behandelcoördinator en de PMT-er (figuur 2). Deze vond plaats in januari en februari 2019, verdeeld over 8 ochtenden. Het team ging vanaf dag één met de oefeningen en informatie aan de slag op hun groep. Alles kwam ter discussie te staan en alles wat zij tot dan toe gewend waren te doen werd geherevalueerd door een 'traumasensitieve bril'. Dit leidde in eerste instantie tot het meer loslaten van de (groeps)regels, omdat men beter begreep waar het gedrag vandaan kwam. Het loslaten van die regels leidde juist tot onvoorspelbaarheid en vervolgens onduidelijkheid en gevoel van onveiligheid bij de kinderen. Dit uitte zich in meer gedragsproblemen en grensoverzoekend gedrag. Maar het team zette door, bleef in gesprek met elkaar en met ons en elke week zetten ze een stapje verder

op het nieuwe pad. Het team herschreef samen met hun behandelcoördinator het orthopedagogisch groepsmodel (Bruininks, 2009). Het pleitbezorgerschap (onderdeel training en opkomen voor het kind om de benodigde hulp te krijgen) werd zeer serieus genomen door de pedagogisch medewerkers, waardoor er vragen kwamen over de daadwerkelijke individuele traumabehandeling van de kinderen. Hoe snel moest dat gaan gebeuren? Hoe moest dat gebeuren?

Wie ging dat doen? Er kwam discussie over wie wat kon en ging doen. Wat was de rol van de behandelcoördinator en wat was de rol van de PMT-er? En wat kon de pedagogisch medewerker zelf doen? Na al het harde werken op de groep was het soms lastig te accepteren dat een traumabehandeling nog niet kon starten, bijvoorbeeld omdat eerst de ouders hun behandeling af moesten maken of omdat zij er nog niet aan toe waren hun input voor het behandelen van vroegkinderlijk trauma te leveren. Soms bleek de jeugdzorg een belemmerende factor, door wisselingen van (gezins)voogden en het ontbreken van belangrijke rapportages om adequate informatie over (trauma)geschiedenis te verkrijgen.

Voor alle kinderen werd een casusconceptualisatie gemaakt volgens de Slappende Honden methode® die vervolgens werd geïntegreerd in de lopende behandeling. De behandelcoördinator van de behandelgroep kreeg maandelijks supervisie van de trainer. Gedurende en na het volgen van de training 'Traumasensitief werken', werd door de pedagogisch medewerkers voor alle kinderen een overzicht gemaakt van de mogelijke inhoud van de 'onzichtbare koffer' (Coppens, 2018) van elk kind. Deze 'onzichtbare koffer' maakt inzichtelijk wat er achter het waarneembare gedrag bij een kind schuil kan gaan vanuit de effecten van trauma. Welke opvattingen het kind heeft gekregen over zichzelf, de opvoeders en de wereld. Door dit in kaart te brengen kan er gedacht worden over welke dingen het kind kan doen herinneren aan het trauma en welke reacties het kan geven. Evenals hoe de pedagogisch

Figuur 2 pilot planning



medewerkers trachten het kind te helpen zich veilig, capabel en geliefd te voelen.

Om het team pedagogisch medewerkers te faciliteren gedurende het pilotjaar werd in overleg met de manager een aantal steunstructuren gerealiseerd. Zo kwam er ruimte voor het inzetten van een extra dienst gedurende de dag, de zogenaamde 'derde man'. Daarnaast werd de intervisie zo ingericht dat het traumasensitief werken centraal stond.

Zorg voor jezelf werd een belangrijk thema voor alle betrokkenen, maar met name voor de pedagogisch medewerkers. Dit werd uitgewerkt door het team in de vorm van 'maatjes' die je op kon zoeken als je je geraakt voelde. Ook werd de contextueel opgeleide gezinsondersteunster niet alleen ingezet om het systeem te betrekken bij de pilot, maar ook om het team als geheel en de teamleden afzonderlijk te ondersteunen in het eigen veranderproces.

Om de kennis uit de training levend te houden en waar nodig te verdiepen, werd elk kwartaal een terugkomochtend georganiseerd. Deze werd vormgegeven naar aanleiding van input uit het team en naar aanleiding van de na afloop van elke trainingsochtend door het team opgestelde aandachtspunten en ideeën.

Resultaten van de pilot

Doel 1. De behandelgroep heeft een traumasensitief leefklimaat, waarbij de pedagogisch medewerkers het gedrag van de kinderen zien door een 'traumabril'.

Door de training zijn pedagogisch medewerkers anders naar gedrag van de kinderen gaan kijken. Wat zit er achter dat gedrag? Waarom reageert een kind op deze manier? Ze zien eerder tekenen van trauma en traumatische stress. Door via deze 'traumabril' naar de kinderen te kijken is er groeiend begrip voor het gedrag van kinderen. Hierdoor lukt het om sneller terug te gaan naar het 'normale', minder lang in de eigen frustratie te blijven hangen. Het is nog wel lastig om consequent te zijn terwijl je ook de oorzaak van het gedrag in ogenschouw neemt. Als er ruimte is lukt het om eerst wat meer te analyseren 'wat is hier nou aan de hand?' in plaats van meteen naar het gedrag te handelen. Dit blijft wel zoeken,

want wanneer is iets bijvoorbeeld pubergedrag en wanneer ervaart een kind een trigger? En soms escaleert gedrag juist eerder omdat een kind zich veilig voelt bij de pedagogisch medewerker.

De pedagogisch medewerkers hebben geleerd de inhoud van de training van Coppens op creatieve manier te integreren in de dagelijkse praktijk. Er is vanuit deze training een formulier ontwikkeld, de traumakoffer, die een samenvatting geeft van de onzichtbare koffer van een kind. Deze wordt gemaakt bij een nieuwe opname en steeds gebruikt tijdens intervisie, pedagogische vergadering of incidenten. Op deze wijze wordt de 'traumabril' ingezet bij diverse overlegmomenten. Ook is er een praktische handleiding gemaakt voor de pedagogisch medewerkers van de behandelgroep om de informatie in het online dossier van elk kind zo op te schrijven dat ook een lezer die onbekend is met 'traumasensitief werken' ongemerkt de traumabril opgezet krijgt door het lezen van het verslag.

Voor sommige pedagogisch medewerkers heeft traumasensitief werken ook het contact met het netwerk veranderd. Er kwam meer aandacht voor wat er achter het gedrag van de ouders zou kunnen zitten, en voor het blijven betrekken van ouders bij de ondersteuning van hun kind. De pedagogisch medewerkers besteden nu meer aandacht aan wat het met een kind doet als hij of zij naar huis is geweest of een telefoongesprek met een ouder heeft gehad.

Soms leidt traumasensitief werken tot hele concrete aanpassingen in de ondersteuning, zoals een jongen die veel meer is gaan sporten zodat hij niet steeds negatieve gedachten heeft.

Doel 2. De medewerkers op de groep hebben meer zelfvertrouwen en voelen zich veiliger dan voor de pilot.

Pedagogisch medewerkers hebben ervaren dat traumasensitief werken het afleren van bepaald aangeleerd gedrag vraagt, zoals minder doorvragen op de emotie en je kwetsbaarder opstellen in de begeleiding. Dat zijn geen dingen waar de pedagogisch medewerkers me-

teen veel zelfvertrouwen door hebben gekregen, want ze konden minder varen op hoe ze het altijd deden. Ondanks dat het gevoel van zelfvertrouwen in het jaar niet vergroot is, geven ze allemaal aan dat het een heel zinvolle leerervaring is. De veiligheid in het team is enorm gegroeid door dit samen te doen. De training hielp het multidisciplinaire team om gezamenlijke taal te hebben, met als resultaat dat teamleden elkaar vaker opzoeken, meer voor elkaar opkomen en een meer eenduidige aanpak hanteren richting de kinderen.

Een belangrijke leerervaring in het afgelopen jaar was dat traumasensitief werken niet grenzeloos is. In het begin liet het team enkele regels los, omdat ze het gedrag beter gingen begrijpen. Het is nog zoeken naar liefdevol begrenzen. Dat blijft nog echt een uitdaging. Want de kinderen hebben behoefte aan structuur en heldere regels, maar dit handhaven kan al snel toch meer autoritaire vormen aan nemen.

Doel 3. De kinderen op de groep voelen zich veiliger dan voor de start van de pilot. Het leefklimaat en de behandeling sluiten beter aan op de behoeftes van de kinderen.

Er is met de kinderen gekeken naar het leefklimaat middels de leefklimaatvragenlijst. Via deze vragenlijsten hebben de kinderen aangegeven dat er een toename is in het gevoel van veiligheid (van 6,1 naar een 8,3) en de sfeer op de groep is verbeterd (van 4,3 naar 6,4). Statistisch gezien is de groep van kinderen te klein om daar conclusies aan te verbinden. Klinisch is dit een heel relevante ontwikkeling. Hierbij moet de kanttekening worden gemaakt dat er gedurende het pilotjaar twee kinderen in het kader van hun behandeling zijn uitgestroomd. Daarvoor in de plaats zijn twee nieuwe kinderen ingestroomd. Dit zou ook invloed kunnen hebben gehad op de resultaten.

Er is ook gekeken naar de interne incidentmeldingen vanuit de behandelgroep. Het gaat dan met name om meldingen omtrent agressie op

de groep. Hier komt geen duidelijk patroon uit naar voren. Bij één cliënt nemen de agressiemeldingen zichtbaar af na januari 2019, terwijl bij een andere cliënt na dit moment de agressiemeldingen juist toenemen. Ditzelfde geldt voor de ROM-lijsten die gebruikt zijn waarbij er geen eenduidige invloed van traumasensitief werken op het gedrag van de kinderen naar voren komt. Dit zou langduriger gevolgd moeten worden om na te gaan of dit het effect van traumasensitief werken is.

Doel 4. De ingezette middelen in de pilot (training, intervisie, inzet gezinsondersteuner) zijn helpend in het duurzaam neerzetten van een traumasensitief leefklimaat.

De impact van deze manier van werken en met name van de informatie over trauma uit de training kan niet worden onderschat. Voor enkele pedagogisch medewerkers werd duidelijk dat zij eerst moesten investeren in zelfzorg voordat zij verder konden. Door deze gebeurtenissen en de nieuwe energie die het team kreeg door de training, groeide het team dichter naar elkaar toe, enerzijds op persoonlijk vlak, maar anderzijds ook op professioneel vlak. Door de training gingen zij nog meer dezelfde taal spreken, wat maakte dat zij veel meer op dezelfde manier naar het gedrag van kinderen keken en er op eenzelfde manier op reageerden, waardoor zij voor de kinderen als team voorspelbaarder werden.

Beschouwing

De eerste voorzichtige resultaten laten zien dat een traumasensitief klimaat pedagogisch medewerkers helpt om een gezamenlijk leefklimaat weg te zetten vanuit een gedeelde visie. Er is geen eenduidige invloed van traumasensitief werken op het gedrag van kinderen gemeten. Sommige kinderen scoren veel positiever bij de nameting, andere kinderen juist minder positief. De opzet van de pilot was ook niet om een gedegen wetenschappelijke studie te verrichten. De pilot geeft de noodzaak

⁴ Vragenlijst pedagogisch klimaat voor kinderen 4-8 jaar en 8-15 jaar.

aan om meer ervaring en onderzoek (op) te doen. We zijn vooral nieuwsgierig of er zo een meer duurzame behandelwijze is weggezet en wat hiervan het effect op de kinderen en hun ontwikkeling is. Gedegen vervolgonderzoek is zinvol, waarbij een N=1 studie kan worden overwogen.

De energie die deze pilot aan het team, maar ook aan de trainers heeft gegeven is één van de mooiste ervaringen in ons professionele leven. Persoonlijk zijn we aangenaam verrast geraakt over het enthousiasme en de inzet van de pedagogisch medewerkers. We hadden vooraf niet voorzien dat de training van Coppens zou zorgen voor het verbeteren van het functioneren van het team als geheel. Dit is een zeer waardevolle bijvangst.

Het samenwerken met ouders is niet helemaal van de grond gekomen zoals we vooraf wens-ten. Het bleek vanuit de beschikbare zorgarrangementen moeilijk te realiseren te zijn. Er was simpelweg geen financiering om naast behandeling op de behandelgroep voor hun kind een gezinsbegeleider in te zetten. Zoals de situatie nu is, blijft dit voorlopig een knelpunt om het systeem intensief bij de behandeling te betrekken. Hier ligt een uitdaging voor de toekomst. Bij een enkel gezin is het wel gelukt om een gezinsbegeleider in het gezin te krijgen. In die gezinnen blijkt dat het overwinnen van de weerstand tegen behandeling door ouders meer tijd kost dan gedacht. Vaak spelen persoonlijke factoren en mogelijk de eigen 'onzichtbare koffer' hierbij een rol.

Dit compliceert het laten uitstromen van een kind naar het eigen gezin. Hier ligt een groot aandachtspunt voor de samenwerking met gemeentes en het CIZ, andere zorgaanbieders die in het gezin actief zijn en de instellingen waar de kinderen wonen om juist deze systemische aanpak vanuit de zorgarrangementen mogelijk te maken.

Er blijven uitdagingen in de toekomst. De zorg staat onder druk en in de loop van de tijd kan onder invloed van bijvoorbeeld het verminderen van financiering de bezetting van het team veranderen en daarmee ook het traumasensitief werken. Zonder de 'derde man'

is er bijvoorbeeld minder mogelijkheid om alle aspecten van traumasensitief werken altijd uit te kunnen voeren. Maar pedagogisch medewerkers die getraind zijn hebben de zogeheten 'traumabril' naar eigen zeggen niet meer afgezet.

Binnen Pameijer is de wens om traumasensitief werken te implementeren op andere behandelgroepen. Vanuit de ervaring van de pilot bevelen we, in lijn met de training van Coppens, aan dat het belang van de zelfzorg voor medewerkers goed weggezet wordt en om van begin af aan ook sensitief te zijn op de trauma's van medewerkers. Implementeren van traumasensitief werken op andere behandelgroepen dient daarom in een gematigd tempo plaats te vinden, zodat het met dezelfde steunstructuren weggezet kan worden. Daarnaast is het lastig gebleken om alle ouders naar wens te betrekken in de traumasensitieve aanpak. Het is een sterke aanbeveling om ouders echt betrokken te krijgen en hier ligt een uitdaging om de meerwaarde overgedragen te krijgen bij de financiers van de behandeling, zodat er een gezinsondersteuner ingezet kan worden.

Ten tijde van de pilot is er vanuit groepsleiding de wens ontstaan om het traumasensitieve klimaat ook op de scholen van de kinderen vorm te geven. Ze hebben de wens om ook met de scholen dezelfde taal te spreken en meer tot één plan te kunnen komen dan wat nu lukte in de afstemming met het onderwijsteam van een kind. Dit zou een waardevolle aanvulling zijn voor de toekomst, zowel voor de behandelgroep uit de pilot als wanneer op andere groepen met traumasensitief werken aan de slag wordt gegaan. Wij zijn dan ook erg benieuwd naar het onderzoek van onder andere Roel Kooijmans naar Traumasensitief Onderwijs: implementatie van een traumasensitief klimaat in scholen door professionalisering van leerkrachten.

Literatuur

- Bruininks, A. C. (2016). *Orthopedagogisch groeps-werk: Methodiekgericht werken in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Coppens, L. (2018). *Zorgen voor getraumatiseerde kinderen: Een training voor opvoeders*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lovett, J. (2014). *The trauma attachment tangle: Modifying EMDR to help children resolve trauma and develop loving relationships*. Abingdon: Taylor & Francis Ltd.
- Perry, B. D. (2009). Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens: Clinical application of the Neurosequential Model of Therapeutics. *Journal of Loss and Trauma*, 14, 240-255.
- Rijn, E. van, & Pelt, Y. van (2013). Integratieve behandeling van complex trauma: Individuele traumatherapie geïntegreerd met de behandeling op de leefgroep. *Kinder- en Jeugdpsychotherapie*, 40(3), 39-54.
- Struik, A., & Blanken, B. (2018). Traumabehandeling kan wel! De toepassing van de slapende honden methode bij jeugdigen en volwassenen met een verstandelijke beperking. *LVB Onderzoek & Praktijk*, 16(1), 5-17
- Struik, A. (2015). Denise is gaan praten en verwerken: Gespecialiseerde traumabehandeling binnen een residentiële jeugdzorginstelling. *Kind en Adolescent Praktijk*, 14(1), 4-11.
- Struik, A. (2010 & 2016). *Slapende honden? Wakker maken! Een stabilisatiemethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information.

Andere interessante artikelen gebruikt voor inhoudelijk kader pilot:

- Baat, M., & Holdorp, J. (2017). *Hoe begeleid je kinderen en jongeren met complex trauma in gezinsvervangende woonsituaties? Handvatten voor jeugdprofessionals en pleegouders*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Blaustein, M. E., & Kinniburgh, K. M. (2015). *Het behandelen van trauma bij kinderen en jongeren: Hoe veerkracht door hechting, zelfregulatie en competenties versterkt kan worden*. Amsterdam: SWP.
- Grinsven, F. van, & Holdorp, J. (2015). *Trauma-georiënteerde hulp voor kinderen met complex trauma in gezinsvervangende woonsituaties: Kennisdocument voor professionals in pleegzorg, gezinshuizen en residentiële woonvormen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

BOEKRECENSIE: B.F SKINNER, EEN HERNIEUWDE KENNISMAKING

Prins, P., & van Emmerik, A. (2020). *De ideale wereld van BF Skinner: Lessen van een gedragspsycholoog voor nu en de toekomst*. Amsterdam: Uitgeverij LannooCampus. 224 pp., € 29,99, ISBN 9789401473460

Na het lezen van dit boek besef ik dat Skinner in mijn psychologie-opleiding aan de Universiteit van Amsterdam tekort is gedaan. Natuurlijk werd hij naast Pavlov als een belangrijke grondlegger van de gedragswetenschap beschouwd. Maar om het menselijk functioneren te begrijpen had je toch veel meer kennis nodig over de verborgen achtergrond van het gedrag, over de Black Box waarin cognities, emoties en intenties hun mysterieuze krachterspel uitleven. Maar ja, zoals Borsboom het ooit krachtig formuleerde: om de bijzondere patronen van een spreekwenzwerm te doorgronden ga je toch ook niet op zoek naar een latente spreekw. En dat is nu precies wat Skinner zo'n 75 jaar geleden stelde: houd je als gedragswetenschapper nou vooral bezig met meer toegankelijke fenomenen als de leer geschiedenis en de externe omgevingsfactoren van een persoon om diens gedrag te begrijpen en maak het niet nog eens een keer onnodig ingewikkelder door 'private events' in je verklaringsmodellen op te nemen. Zo zou het onderwijs veel kunnen opsteken van Skinner's nadruk op positieve bekrachtiging en het op maat geven van leerinstructies en het aansluiten bij de individuele leermogelijkheden van een leerling. Dit alles is vooral belangrijk bij kinderen waarbij het standaard-lesprogramma onvoldoende past.

Wie weet nog dat Skinner in 1982 een voordracht hield voor de American Psychological Association met de titel: 'Why we are not acting to save the world'? Traditionele verklaringen voor de traagheid waarin de wereld het energie- en klimaatprobleem aanpakt is volgens Skinner het probleem van de hele cognitieve psychologie: mensen initiëren geen gedrag vanuit innerlijke drijfveren maar handelen op manieren die in het verleden succesvol waren. Je zou zo'n psycholoog in ons eigen Outbreak Management Team wensen.

Prins en van Emmerik hebben er goed aan gedaan Skinner weer eens even goed over het voetlicht te brengen. Een aanrader dit boek!

Albert Ponsioen

CURSUS N=1 onderzoek

Achtergrond

Meer en meer krijgt men in de zorg en in het praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek oog voor de waarde van N=1 onderzoek, ook wel gevalsstudie, casestudie of casuïstisch onderzoek genoemd (in deze tekst gebruiken we deze vier benamingen als synoniemen). Ook internationaal worden gevalsstudies steeds meer gewaardeerd en is er consensus over hoe daarover gerapporteerd moet worden (<http://www.care-statement.org>). In ons land hebben de databanken van vijf instellingen gezamenlijk afgesproken dat ze een totaal van 10 goed uitgevoerde casestudies even zwaar laten wegen als wat als gouden standaard in het effectonderzoek wordt gezien: de randomized controlled trial. Daaruit blijkt het belang van casestudies in wetenschap en praktijk.

Kenmerkend voor N=1 onderzoek is dat de toestand van één onderzoeksobject - bijvoorbeeld een cliënt, een begeleider, leerkracht, school of wijk - op verschillende momenten wordt beschreven: vóór de interventie, tijdens de interventie en na de interventie. Vaak vinden metingen meermalen plaats, zodat het verloop van de veranderingen als gevolg van de interventie goed is te zien. Een variant van deze opzet is de herhaalde of meervoudige gevalsstudie. Daarin toetst de onderzoeker de resultaten uit een eerdere studie door het onderzoek te herhalen bij nieuwe gevallen. Komen daar steeds weer dezelfde resultaten uit, dan is het steeds aannemelijker dat de interventie een rol speelt in de geconstateerde veranderingen. Een herhaalde of meervoudige gevalsstudie kan in dat geval een krachtig bewijs leveren voor de effectiviteit.

Opzet

De cursus bestaat uit twee hele dagen, waarop vier plenaire presentaties van ieder ongeveer anderhalf tot twee uur en vier werkbijeenkomsten plaatsvinden. In deze twee dagen moet het onderzoeksvoorstel in grote lijnen klaar zijn. Daarna volgen vier aanvullende werkbijeenkomsten van ieder een halve dag, die gericht zijn op coaching en begeleiding bij de uitvoering van het N=1 onderzoek.

Corona-aanpassingen

Omdat een aanbod op locatie voorlopig niet aan de orde is wordt de huidige cursus aangeboden in een online-versie. De deelnemers hebben toegang tot video's en literatuur (o.a. het cursusboek). De interactieve cursusedelen worden in de vorm van video-conferences uitgevoerd. De volgende cursuscycclus gaat bij voldoende deelname in het voorjaar 2021 van start.

Docenten

De cursus wordt gegeven door dr. Joop Hoekman en dr. Albert Ponsioen.

Aanmelding

Een e-mail naar mevr. Mischa Vreijssen: m.vreijssen@vobc.nu.

