

LVB Onderzoek & Praktijk

DE GROEIFABRIEK

LIFEWISE

VERBETERDE TOEGANG TOT DE VERSLAVINGSZORG

COLUMN:

SAMEN LOKAAL AANPAKKEN

INTERVIEW:

BIJZONDER HOOGLEERAAR XAVIER MOONEN

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

LVB Onderzoek & Praktijk Najaar 2017, jaargang 15, nr 2, pagina 1

Najaar 2017, jaargang 15, nr 2

LVB Onderzoek & Praktijk

Najaar 2017
Jaargang 15 - nummer 2

Inhoud

Ponsioen	4	Voorwoord
Helmond, Verberg & Overbeek	7	De tevredenheid van leerlingen uit het cluster 4 onderwijs over de online mindset-interventie de Groeifabriek voor jongeren met LVB-problematiek
Willemsen	19	LifeWise. Een methodisch kader voor de ondersteuning van (jong)-volwassenen met een LVB en bijkomende problematiek in de grote stad
VanDerNagel, Kemna, Barendregt & Wits	24	(H)erkend en juist behandeld. Een verbeterde toegang tot de verslavings-zorg mensen voor met een lichte verstandelijke beperking

Column

Overvest	33	Samen Lokaal Aanpakken
----------	----	------------------------

Interview

De Groot & Tempel	34	Bijzonder hoogleraar Xavier Moonen: (H)erkennen en waarderen
-------------------	----	--

Binnengekomen

37

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
Mariët van der Molen
Maroesjka van Nieuwenhuijzen
Albert Ponsioen
Hilde Tempel
Inge Wissink

Tekstcorrecties:

Jolanda Douma
Mischa Vreijisen

Vermenigvuldiging:

Nezzo print en creatie – Druten
www.nezzo.nl

Correspondentie en kopij:

Landelijk Kenniscentrum LVB
t.a.v. Redactie Onderzoek & Praktijk
Catharijnesingel 47
3511 GC Utrecht
tel. 030-7400400
redactie@kenniscentrumlvb.nl
www.kenniscentrumlvb.nl

VOORWOORD

*Albert Ponsioen - hoofdredacteur
Onderzoek & Praktijk*

In het vorige nummer van LVB Onderzoek & Praktijk kondigde ik aan dat dit mogelijk de laatste keer was dat de lezer het tijdschrift letterlijk in handen had, omdat het een online tijdschrift zou worden. Dit was iets te pessimistisch voorgesteld, want wij zijn inderdaad meer de digitale middelen gaan uitbuiten (zie <http://www.kenniscentrumlvb.nl/kennis-delen/tijdschrift-onderzoek-praktijk>), maar de papieren versie blijft in een beperktere oplage voor deelnemers van het LKC LVB vooralsnog bestaan. Met onze nieuwe digitale versie worden de artikelen en overige bijdragen beter én in kleur toegankelijk. Laat ons weten wat u van deze vernieuwingen vindt: redactie@kenniscentrumlvb.nl.

Er is in die 17 jaar dat het Landelijk Kenniscentrum LVB bestaat veel gebeurd op het gebied van kennisontwikkeling. Het bijzondere hoogleraarschap van Xavier Moonen is hiervan een bewijs. Woensdag 5 juli dit jaar zette Xavier in zijn oratie zijn inhoudelijke plannen uiteen. Hilde Tempel en Annie de Groot hadden toch nog wat vragen.

Het eerste artikel in dit najaarsnummer van Petra Helmond, Fenneke Verberg en Geertjan Overbeek over de online mindset-interventie 'De Groeifabriek' sluit goed aan op de nieuwe kijk op diagnostiek en behandeling binnen de zorg. Te lang al wordt intelligentie als een onveranderbare grootheid gezien dat betrouwbaar en valide gemeten kan worden. Is eenmaal jouw IQ-score bekend dan heb je het daarmee te doen. In termen van de auteurs wordt deze opvatting een 'vaste mindset' genoemd. De Groeifabriek is er juist op gericht om 'groeimindsets' bij jongeren te ontwikkelen die weinig geloof meer hechten aan eigen groei en ontwikkeling. Wij nodigen de auteurs

uit om over de effecten van deze interventie in één van de volgende nummers van LVB Onderzoek & Praktijk te rapporteren.

Hoe maak je iemand die vooral 'streetwise' is meer 'lifewise'? Anders gezegd: hoe versterk je de sociale, praktische en cognitieve vaardigheden (de drie domeinen van adaptief functioneren) van een (jong)volwassene met LVB-problematiek? Hans Willemsen doet verslag van een ontwikkeltrajectproject. Het ontwikkelen van de adaptieve vaardigheden is één van de vier pijlers van het project. Ook in dit project, "Geen vastomlijnde, voorschrijvende methodiek, maar een handelingskader", ligt de nadruk op het versterken van de adaptieve vaardigheden. Wij zijn erg benieuwd naar de resultaten van de voorgenomen pilots.

Joanneke van der Nagel, Louise Kemna, Cas Barendregt en Elske Wits beschrijven een handreiking voor een 'LVB-vriendelijke voordeur' om de verslavingszorg toegankelijker te maken voor mensen met een LVB. Het blijft toch nog steeds dat de verschillen tussen de betrokken sectoren (VG, LVB en GGZ) hierbij parten spelen.

De column van Nico Overvest is een warm pleidooi voor meer samenwerking tussen rechters en reclassering, politie, gevangeniswezen, gemeenten en zorgaanbieders, waarbij vooral het samenwerken op lokaal niveau, het Samen Lokaal Aanpakken, als belangrijk middel wordt gezien om de oververtegenwoordiging van personen met LVB-problematiek in de strafrechtketen tegen te gaan. LVB is immers geen lichte maar complexe problematiek dat zich op veel terreinen manifesteert.

De redactie van LVB Onderzoek & Praktijk hoopt met deze nieuwe uitgave, een combinatie van bits en papier, de verspreiding en gebruiksvriendelijkheid van het tijdschrift te bevorderen. De oplettende lezer moet opgevallen zijn dat LVB is toegevoegd aan de titel van het tijdschrift om ook de herkenbaarheid te vergroten. Wij zijn daarom extra benieuwd naar uw reacties: redactie@kenniscentrumlvb.nl.

En natuurlijk wensen wij u inspirerende momenten toe bij het lezen van dit najaarsnummer!

DE TEVREDENHEID VAN LEERLINGEN UIT HET SPECIAAL ONDERWIJS CLUSTER 4 OVER DE ONLINE MINDSET-INTERVENTIE DE GROEIFABRIEK VOOR JONGEREN MET LVB-PROBLEMATIEK

Petra Helmond¹
Fenneke Verberg²
Geertjan Overbeek³

Mindset-interventies kunnen een positieve impact hebben op de academische uitkomsten, zoals schoolcijfers en psychosociale uitkomsten zoals internaliserende en externaliserende problemen van jongeren. Daarom hebben wij de online mindset-interventie De Groeifabriek ontwikkeld voor jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB). De Groeifabriek bestaat uit zes korte online sessies met animaties en interactieve opdrachten. In een pilotstudie werd de tevredenheid van de deelnemers over de interventie De Groeifabriek onderzocht bij jongeren in speciaal onderwijs cluster 4. De interventie werd door 85% van de jongeren succesvol afgerond. Jongeren waren tevreden over De Groeifabriek en beoordeelden de interventie gemiddeld met een 7.5. De feedback uit de pilotstudie werd gebruikt ter verbetering van De Groeifabriek.

Inleiding

Jongeren in het speciaal onderwijs hebben veelal te maken met complexe problematiek. Er is vaak sprake van een combinatie van diverse problemen, zoals een psychiatrische stoornis, een verstandelijke en/of lichamelijke beperking (De Beer, 2016). In de huidige

studie richten wij ons op het speciaal onderwijs cluster 4 voor jongeren met gedrags- en psychische stoornissen (Passend onderwijs, 2017). Door de complexe problematiek van de leerlingen is deelname aan het reguliere onderwijs, ondanks passend onderwijs, in sommige gevallen niet (langer) mogelijk en zijn deze leerlingen voor extra ondersteuning aangewezen op het speciaal onderwijs (De Beer, 2016; De Groot & Ponsioen, 2016). Jongeren in het speciaal onderwijs hebben veelal langdurige ondersteuning nodig vanuit zowel het onderwijs als de hulpverlening om tot een zo optimaal mogelijke ontwikkeling te komen (De Beer, 2016). Ook hebben deze jongeren veelal verschillende teleurstellingen en faalervaringen opgedaan in hun hulpverlenings- en onderwijsstrajecten (De Beer, 2016). Dergelijke negatieve ervaringen hebben mogelijk, naast eventuele andere factoren zoals de invloed van ouders (Haimovitz, & Dweck, 2016), een negatieve invloed op de ontwikkeling van hun impliciete theorieën (Dweck, Chiu, & Hong, 1995).

Impliciete theorieën

Impliciete theorieën hebben betrekking op de opvatting van mensen over de veranderbaarheid van eigenschappen, zoals intelligentie, persoonlijkheid, emoties en gedrag (Dweck et al., 1995). Dweck en collega's maken onderscheid tussen de entiteitstheorie, ofwel een vaste mindset, en de incrementele theorie, ook wel een groeimindset genoemd. Mensen met een vaste mindset geloven dat de eigenschappen van mensen vaststaan en dat deze niet veranderbaar zijn, bijvoorbeeld "Ik heb dit tentamen niet gehaald, omdat ik dom ben." Daarentegen geloven mensen met een groeimindset dat menselijke eigenschappen wel veranderbaar en ontwikkelbaar zijn, bijvoorbeeld "Ik heb dit tentamen niet gehaald, omdat ik niet goed genoeg geleerd heb."

¹ Petra Helmond is postdoc onderzoeker aan de Universiteit van Amsterdam (afdeling Forensische Orthopedagogiek) en senior onderzoeker bij Pluryn Research & Development. Correspondentie: p.e.helmond@uva.nl / phelmond@pluryn.nl.

² Fenneke Verberg is buitenpromovenda aan de Universiteit van Amsterdam (afdeling Preventie Jeugdhulp), junior onderzoeker bij Pluryn Research & Development en begeleider bij Pluryn locatie Werkenrode.

³ Geertjan Overbeek is hoogleraar aan de Universiteit van Amsterdam (afdeling Preventie Jeugdhulp).

Uit onderzoek komt naar voren dat impliciete theorieën gerelateerd zijn aan zowel academische als psychosociale uitkomsten. Verschillende studies laten zien dat kinderen en jongeren met een groeimindset betere academische uitkomsten behalen, zoals betere schoolcijfers (bijvoorbeeld, Blackwell, Trzesniewski, & Dweck, 2007; Yeager & Dweck, 2012; Yeager & Walton, 2011). Daarnaast blijkt dat een groeimindset gerelateerd is aan een grotere motivatie en het behalen van doelen (Blackwell et al., 2007; Dweck & Leggett, 1988; Kasimatis, Miller, & Marcussen, 1996). Verder blijkt uit een meta-analyse dat een groeimindset gerelateerd is aan minder internaliserende en externaliserende problemen bij kinderen en jongeren (Schleider, Abel, & Weisz, 2015). Zo blijkt bijvoorbeeld uit een studie bij risicojongeren dat een groeimindset gerelateerd is aan lagere zelfgerapporteerde criminaliteit (Gerber & O'Connell, 2012).

Er is nog maar weinig bekend over de impliciete theorieën van jeugdigen met een LVB. Uit een onderzoek komt naar voren dat kinderen met een LVB een meer vaste mindset hebben over hun eigenschappen dan kinderen zonder een LVB (Koestner, Aube, Ruttner, & Breed, 1995). Verder komt uit een ander onderzoek naar voren dat jongeren met een leerbeperking in het speciaal onderwijs een meer vaste mindset hebben over intelligentie dan jongeren zonder leerbeperking in het reguliere onderwijs (Baird, Scott, Dearing, & Hamill, 2009). Tevens liet deze studie van Baird zien dat dit verschil in mindset een belangrijke verklaring was voor de verschillen in voorkeur voor prestatiegerichte of procesgerichte doelen en de attitude ten aanzien van inzet tussen deze jongeren. Ook blijkt uit ons recente onderzoek dat jongeren met een lichamelijke en/of licht verstandelijke beperking in het speciaal onderwijs een meer vaste mindset hebben over intelligentie dan jongeren zonder een beperking in het reguliere onderwijs (Verberg, Helmond, Schuiringa, & Overbeek, 2017). Er werden echter geen verschillen gevonden tussen jongeren met en zonder beperking in hun mindset over gevoel en gedrag (Verberg et al., 2017). Samenvat-

tend, uit het beperkte onderzoek blijkt dat jongeren met een LVB een meer vaste mindset hebben dan jongeren zonder een LVB.

Mindset-interventies

Mindset-interventies zijn gericht op het ontwikkelen van een groeimindset. Uit verschillende studies komt naar voren dat mindset-interventies een positief effect kunnen hebben op academische, emotionele en gedragsuitkomsten van jeugdigen (Yeager & Dweck, 2012; Yeager & Walton, 2011). Onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat adolescenten na het volgen van een mindset-interventie minder agressief gedrag en gedragsproblemen laten zien en meer pro-sociaal reageren (Yeager, Trzesniewski, & Dweck, 2013). Verder laten studies zien dat mindset-interventies effectief zijn in het neutraliseren van toenames van internaliserende problemen bij een niet-klinische groep adolescenten (Miu & Yeager, 2015) en het verminderen van internaliserende problemen bij een klinische groep adolescenten (Schleider & Weisz, 2016). Ander onderzoek laat zien dat de cognitieve prestaties van kinderen met een oppositionele gedragsstoornis en leerproblemen en bij adolescenten met een gegeneraliseerde angststoornis toenemen na het volgen van een mindset-interventie (Da Fonseca et al., 2008, 2010). Daarnaast namen de angstklachten bij de adolescenten met een gegeneraliseerde angststoornis ook af (Da Fonseca et al., 2008). Ook blijkt uit een onderzoek dat jongeren met gedragsproblemen in de gesloten jeugdzorg na het volgen van een mindset-interventie een toename van positieve emotie, probleemherkenning en behandelingsbereidheid lieten zien (Salekin, Tippey, & Allen, 2012). Ook was er een afname van psychopathie. Onderzoek laat dus zien dat mindset-interventies een positieve impact kunnen hebben op (klinische) jeugdigen zonder een LVB.

Tot nu toe is er bij ons weten slechts één experimentele mindsetstudie uitgevoerd bij kinderen met een LVB. In dit experiment voerden kinderen een puzzeltaak uit waarbij de ene groep een boodschap met

een vaste mindset-overtuiging kreeg en de andere groep een boodschap met een groei-mindset-overtuiging (Koestner et al., 1995). De resultaten toonden aan dat zowel kinderen met als kinderen zonder een LVB het beter deden bij de puzzeltaak wanneer zij een boodschap ontvingen met een groei-mindset-overtuiging. Kinderen in de groei-mindsetgroep hadden een grotere voorkeur voor uitdagende puzzels en hadden meer plezier dan kinderen in de vaste mindsetgroep. Koestner et al. (1995) geven aan dat hoewel kinderen met een LVB vaker pessimistisch zijn over de mogelijkheden om hun algemene vaardigheden te verbeteren, zij wel uitdagingen aangaan en meer interesse tonen wanneer wordt benadrukt dat zelfverbetering mogelijk is.

Samengevat komt uit onderzoek naar voren dat een groei-mindset gerelateerd is aan positieve academische en psychosociale uitkomsten. Echter lijken jongeren met een LVB vaker een meer vaste mindset te hebben dan jongeren zonder een LVB. Ook liet onderzoek zien dat mindset-interventies een positief effect kunnen hebben op academische en psychosociale uitkomsten. Er is echter nog weinig bekend over mindset-interventies voor jeugdigen met een LVB. Uit één studie kwam naar voren dat een boodschap met een groei-mindset-overtuiging ook een positieve impact had op kinderen met een LVB. Een mindset-interventie is mogelijk dan ook een veelbelovende interventie voor jongeren met een LVB om een positieve bijdrage te leveren aan de academische en psychosociale ontwikkeling van deze jongeren. Om die reden hebben wij speciaal voor jongeren met een LVB de online mindset-interventie De Groeifabriek ontwikkeld. De doelstelling, ontwikkeling, aanpassing voor LVB en de inhoud van de sessies van De Groeifabriek worden hieronder besproken.

Doelstelling interventie De Groeifabriek

De doelstelling van De Groeifabriek is om jongeren te leren geloven in hun ontwikkelingsmogelijkheden en hun potentie om te veranderen. De Groeifabriek beoogt de (onbewuste) negatieve gedachten van jongeren over hun

eigen ontwikkelmogelijkheden te doorbreken door een groei-mindset te ontwikkelen. Daarnaast heeft De Groeifabriek als doel door via het ontwikkelen van een groei-mindset een positieve impact te hebben op de zelfwaardering en op de internaliserende en externaliserende problemen van jongeren. De Groeifabriek leert jongeren geen specifieke vaardigheden of gedragingen aan, maar gaat een stap terug naar de (onbewuste) negatieve gedachten van jongeren over hun eigen mogelijkheid tot verandering, gebaseerd de impliciete zelftheorieën van Dweck en collega's. Het geloof in potentie tot verandering wordt als mogelijke katalysator gezien in de begeleiding. Jongeren leren niet dat verandering makkelijk of gegarandeerd is, maar jongeren leren dat mensen de potentie hebben om te veranderen tijdens hun leven, ondanks de moeilijkheid en onzekerheid van verandering. Jongeren leren niet dat mensen zullen veranderen, maar dat mensen kunnen veranderen.

De Groeifabriek bestaat uit korte sessies. Sessie 1 en 2 duren elk 15 tot 25 minuten, afhankelijk van de snelheid en zelfstandigheid van de jongere en eventuele pauze(s). Sessie 3 tot en met 6 nemen 20 tot 35 minuten in beslag.

Ontwikkeling interventie De Groeifabriek

De Groeifabriek is gebaseerd op bovenbeschreven onderzoek naar impliciete theorieën over intelligentie, persoonlijkheid, emoties en gedrag van Dweck en collega's. Meer specifiek hebben wij De Groeifabriek gebaseerd op de mindset-interventie van zes sessies uit de studie van Yeager et al. (2013). David Yeager heeft ons de materialen van de mindset-interventie gestuurd ten behoeve van de ontwikkeling van De Groeifabriek. Het ontwikkelteam van De Groeifabriek bestond uit een multidisciplinair expertteam van onderzoekers, orthopedagogen, een neuropsycholoog, persoonlijk begeleiders, ICT'ers en jongeren met een LVB. Doel van dit expertteam was om de mindset-interventie De Groeifabriek zo goed mogelijk af te stemmen op de leerbehoefte van jongeren met een LVB. Daarnaast hebben wij ook gebruik gemaakt van de expertise van David Yeager

tijdens de ontwikkeling van De Groeifabriek.

De mindset-interventie van Yeager was uitgewerkt op papier en bestond uit powerpointslides om de inhoud van de sessie uit te leggen. Hierop aansluitend volgde een tekst en verschillende (schrijf)opdrachten. De oorspronkelijke mindset-interventie van Yeager sloot qua format (nadruk op luisteren, lezen en schrijven) niet goed aan bij jongeren met een LVB. Om die reden hebben wij de mindset-interventie niet direct vertaald naar het Nederlands, maar hebben we de interventie omgezet naar een vernieuwend online format waarmee we goed kunnen aansluiten bij jongeren met een LVB.

De aanpassingen voor jongeren met een LVB worden hier besproken. In de Richtlijn Effectieve Interventies LVB (De Wit, Moonen, & Douma, 2011) staan verschillende aanwijzingen beschreven waarvan verwacht wordt dat de kans op een effectieve interventie voor jongeren met een LVB wordt vergroot. Door de innovatieve online benadering kunnen we goed aansluiten op de informatieverwerking van jongeren met een LVB, zoals het aansluiten bij de belevingswereld, visualiseren, herhaling en structuur.

In het begin van de interventie kiezen de jongeren een avatar en dit 'maatje' helpt ze tijdens de interventie. Het maatje heet de jongeren welkom en begeleidt de jongeren door de sessies. Op deze wijze beogen we de interventie te personaliseren voor de jongeren. Daarnaast maken we in de interventie gebruik van filmpjes van jongeren die vertellen over hun ervaringen, om zo aan te sluiten bij de belevingswereld van de jongeren. Verder worden alle teksten hardop voorgelezen. Door deze audio-ondersteuning bieden we steun aan jongeren die moeite hebben met lezen, zodat ook zij in staat zijn de interventie zo zelfstandig mogelijk te doorlopen. Bovendien wordt er in De Groeifabriek gebruik gemaakt van animatiefilmpjes om zo de inhoud van de sessie via visualisatie uit te leggen en concreet te maken. De inhoud wordt tijdens de sessie herhaald door de animatie

nogmaals af te spelen, door met de inhoud te oefenen in de interactieve opdrachten en door de samenvatting aan het einde van de sessie. Verder zijn alle opdrachten interactief gemaakt. Op deze manier verwerken de jongeren de geleerde stof actief.

Elke sessie heeft dezelfde structuur: introductie door het maatje met een samenvatting van de vorige sessie en een introductie van de huidige sessie, animatiefilmje met de inhoud van de sessie, herhaling animatiefilmje, twee interactieve opdrachten gevolgd door een afsluiting door het maatje met de samenvatting, het onderwerp van de volgende sessie en het benoemen dat er een 'reminder' wordt gestuurd. De jongeren ontvangen na iedere sessie twee reminders van de inhoud van de sessie of een opdrachtje via de sms/e-mail om de inhoud te herhalen en om de verbinding van de sessie met het dagelijks leven te versterken. Jongeren worden bij de uitvoering van de online sessies begeleid door een assistent. Hierbij voeren jongeren de online sessies zo zelfstandig mogelijk uit, maar ontvangen zij zoveel begeleiding als nodig is om de sessie goed te kunnen doorlopen. De assistenten stemmen de begeleiding af op de individuele jongere. De begeleiding bestaat bijvoorbeeld uit extra uitleg over de animatie, jongeren ondersteunen bij de computeruitvoering van de sessie of bij het formuleren van antwoorden op open vragen. De assistenten ontvangen een training over de uitvoering van De Groeifabriek en een handleiding voor de uitvoering van de sessies.

Sessies interventie De Groeifabriek

In sessie 1 worden de jongeren welkom geheten en kiezen ze hun maatje (zie voor impressie Figuur 1). Ze leren dat onze hersenen altijd in ontwikkeling zijn. We leren de jongeren dat als we iets nieuws leren, er nieuwe verbindingen worden aangemaakt, maar ook dat bestaande verbindingen sterker worden door te oefenen (neuroplasticiteit). Op deze manier worden we beter in dingen. In Figuur 2 wordt een impressie gegeven van de animatie van sessie 1. Na de animatie voeren jongeren in iedere sessie

twee opdrachten uit. In opdracht 1 gaan jongeren interactief aan de slag met de animatie over neuroplasticiteit en bedenken ze waar zijzelf graag beter in zouden willen worden. In opdracht 2 leggen jongeren in eigen woorden uit hoe het kan dat je nieuwe dingen kan leren of ergens beter in kan worden.



Figuur 1. Impressie welkom online mindset-interventie De Groeifabriek: Welkom bij De Groeifabriek (linksboven); Kies je maatje (rechtsboven); Voorbeeld maatje Chris (linksonder).

Bij de open vragen in de opdrachten kunnen de jongeren gebruik maken van de knop ‘tips’ ter ondersteuning. Door op de tekst te klikken, wordt de tekst hardop voorgelezen. Vervolgens gaan de jongeren verder met opdracht 2 en kiezen op basis van de animatie de juiste van twee zinnen. De jongeren krijgen bij dergelijke opdrachten eerst een voorbeeld te zien. Wan-

neer de jongeren bij de opdrachten de juiste zin kiezen, krijgen zij een duim omhoog van hun maatje, bijvoorbeeld: “Hoe meer je traint hoe gemakkelijker het zal gaan.” Wanneer de jongeren bij de opdrachten niet de juiste zin kiezen, dan krijgen zij een uitleg en kunnen ze opnieuw kiezen, bijvoorbeeld: “Als je eenmaal iets kan, hoef je nooit meer te trainen.” Uitleg: “Het is belangrijk om altijd te blijven trainen, ook als je al iets kan. Zo word je nog beter en blijven de verbindingen sterk.”

In sessie 2 leren jongeren over de mindset. Ze leren dat er twee mindsets zijn: een vas-

te mindset en een groeimindset. Mensen met een vaste mindset geloven niet dat je echt kan veranderen. Mensen met een groeimindset geloven dat je kan veranderen, nieuwe dingen kan leren en beter kan worden in dingen. In opdracht 1 oefenen de jongeren met de begrippen groeimindset en vaste mindset. Ze slepen de groeimindset-zinnen naar de afbeelding van de groeimindset en de vaste mindset-zinnen naar de afbeelding van de vaste mindset. Vervolgens kiezen de jongeren welke mindset zijzelf hebben: een vaste mindset, een groeimindset of van allebei een beetje. Daarna ontvangen ze uitleg over de gekozen mindset en dat je (nog meer) kan leren denken met een groeimindset. In opdracht 2 bedenken jongeren verschillende dingen die zij geleerd hebben sinds zij klein waren.

In sessie 3 leren jongeren dat een groeimindset kan helpen als je nieuwe dingen wil leren of ergens beter in wil worden. Jongeren leren dat je met een groeimindset je best doet (inzet), je niet opgeeft als het even niet lukt (tegenslag) en je gebruik maakt van kritiek of advies van anderen. In opdracht 1 leren de jongeren groeigedachtes herkennen die horen bij de begrippen inzet, tegenslag en kritiek van anderen. Jongeren klikken de zinnen aan die bij een groeimindset horen. Jongeren zien in sessies 3 tot en met 5 tevens filmpjes waarin andere jongeren uitleggen hoe een groeimindset hen heeft geholpen om te veranderen en beter in dingen te worden of om te leren gaan met emoties en gedrag. Het eerste filmpje gaat over Micha, een twintigjarige jongen met een LVB. Micha had het moeilijk om zijn beperkingen te accepteren en had depressieve symptomen. Hij heeft geleerd om hulp te accepteren wanneer nodig. Ook heeft hij geleerd dat hij zijn eigen krachten heeft en zich beter kan richten op wat hij wel kan in plaats van wat hij niet kan. Het tweede filmpje gaat over Tim, een vijftienjarige jongen met een LVB. Tim heeft problemen op school, omdat hij vaak gaat gamen in plaats van zijn huiswerk te maken. Door zijn passie voor gamen wil hij later gamedesigner te worden. Door deze droom gaat het beter op

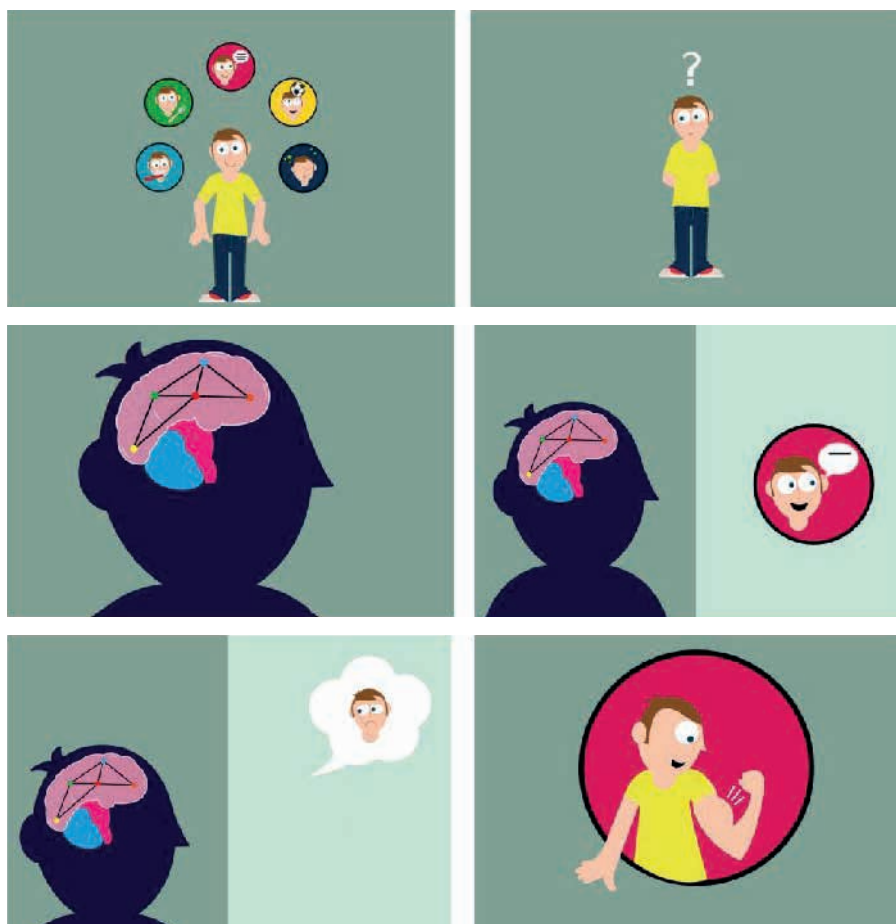
school en is hij meer in contact met anderen. Vervolgens passen jongeren in opdracht 2 de groeimindset van Micha en Tim toe. Jongeren slepen de zinnen met groeigedachten naar de groeimindset en slepen de zinnen met negatieve gedachtes naar de prullenbak.

In sessie 4 leren jongeren over het groeirecept. Het groeirecept bestaat uit drie belangrijke ingrediënten, namelijk inzet + juiste strategie + hulp van anderen. In sessie 4 leren de jongeren over de eerste twee ingrediënten. Ze leren dat het belangrijk is om je in te zetten en veel te oefenen als je iets nieuws leert of ergens beter in wil worden. Ze leren ook dat het belangrijk is om de juiste strategie te vinden die het beste werkt. In opdracht 1 gaan jongeren aan de slag met de begrippen inzet en strategie. Ze klikken de juiste woorden aan die horen bij het begrip inzet. Vervolgens wordt opnieuw besproken dat het ook van belang is de juiste strategie te gebruiken. Jongeren beantwoorden in een open vraag wanneer zij een keer verschillende manieren hebben gebruikt. Vervolgens worden twee nieuwe filmpjes van jongeren getoond. Het eerste filmpje gaat over Floor, een drieëntwintigjarige meisje met een LVB. Floor had problemen met het reguleren van emoties en vertoonde agressief gedrag. Zij heeft haar emoties leren reguleren door inzet, de juiste strategie en accepteren van hulp van anderen. De tweede video gaat over Patrick, een zeventienjarige jongen met problemen op school en thuis. Patrick heeft problemen met middelengebruik en delinquent gedrag. Hij had weerstand tegen therapie, maar heeft geleerd dat het belangrijk is om hulp van anderen te accepteren. Hij heeft zijn impulsen beter onder controle en heeft zijn gedrag verbeterd. In opdracht 2 oefenen jongeren met het kiezen van de juiste strategie bij boosheid en tegenslag via interactieve opdrachten en open vragen.

In sessie 5 leren jongeren over het derde ingrediënt. Ze leren dat het handig kan zijn om hulp aan anderen te vragen of hulp van anderen te accepteren als je nieuwe dingen leert of ergens beter in wil worden. In opdracht 1 kiezen de

jongeren welke zinnen over hulp van anderen bij een groeimindset horen. Daarna kiezen de jongeren welke groeigedachten hen kunnen helpen om hulp van anderen te accepteren. Vervolgens kijken de jongeren twee nieuwe filmpjes. Het eerste filmpje gaat over Janka, een meisje met een LVB, autisme en ADHD. Janka had moeite met relaties met leeftijdsgenoten. Zij heeft geleerd dat ze positieve contacten met leeftijdsgenoten kan hebben en dat ze veel meer kan dan ze dacht. In het tweede filmpje vertellen alle jongeren uit de filmpjes hoe zij een groeimindset hebben toegepast om hulp te accepteren en met hun problemen om te gaan. In opdracht 2 oefenen de jongeren met het stappen plan om hulp te vragen aan anderen.

Sessie 6 is een compilatie van de vijf sessies. De inhoud van alle sessies wordt herhaald. In opdracht 1 slepen de jongeren de vaste mindset-zinnen naar de prullenbak en de groei-mindset-zinnen naar de trap met het maatje en de groei-mindset-afbeelding. Zo komt het maatje iedere keer een tree hoger op de trap en dichterbij zijn doel. Vervolgens wordt het groeirecept herhaald. In opdracht 2 gaan de jongeren oefenen met het toepassen van het groeirecept: inzet + juiste strategie + hulp vragen. Tot slot kunnen jongeren bij een open vraag intypen wat ze willen onthouden van De Groeifabriek. De compilatiesessie wordt na drie maanden tevens als boosterssessie herhaald.



Figuur 2. Impressie sessie 1 van de online mindset-interventie De Groeifabriek. “Je doet de hele dag door dingen: tandenpoetsen, eten, kletsen, sporten en slapen.” (linksboven); “Hoe is het mogelijk dat je al deze dingen kan?” (rechtsboven); “Laten we de hersenen eens van dichterbij bekijken. De hersenen bestaan uit allemaal verbindingen.” (linksmidden); “Zo kan je tandenpoetsen, eten, sporten, slapen en kletsen.” (rechtsmidden); “Je hersenen regelen niet alleen alles wat je doet, maar je hersenen spelen ook een belangrijke rol in hoe je denkt (linksonder) en hoe jij je voelt.” (rechtsonder). Sessie 1 wordt vervolgd...

Huidige studie

Het doel van dit artikel is het beschrijven van de tevredenheid van jongeren in het speciaal onderwijs cluster 4 die hebben deelgenomen aan de interventie De Groeifabriek. Huidige studie draagt bij aan de kennisontwikkeling over enerzijds de mogelijke inzet van veelbelovende mindset-interventies voor jongeren met een LVB en anderzijds het werken met een online interventie die speciaal is ontwikkeld voor jongeren met een LVB. Met de online interventie De Groeifabriek beogen we een positieve bijdrage te leveren aan de begeleiding van jongeren met een LVB in het speciaal onderwijs, ambulante of residentiële zorg.

Methoden

Steekproef

Jongeren werden geworven bij een speciaal onderwijs cluster 4 school (Tarcisiusschool Pluryn). In de huidige studie is gebruik gemaakt van de data van de interventiegroep van 30 leerlingen die verkregen is uit het databestand van een gerandomiseerde pilotstudie naar de tevredenheid en uitkomsten van De Groeifabriek. Om benaderd te worden voor deelname was het van belang dat jongeren geregistreerd waren als leerling van de school en tussen 12 en 19 jaar oud waren bij start van de studie. Leerlingen werden niet benaderd voor deelname indien er bij de leerling sprake was van extreme agressie en zeer ernstige acute psychologische problemen (bijvoorbeeld suicidaliteit, emotionele instabiliteit). De interventiegroep bestond uit 24 jongens (80%) en 6 meisjes (20%). Zij hadden een gemiddelde leeftijd van 14.48 jaar (SD = 1.52; range 12-18 jaar) en een gemiddelde IQ-score van 76.20 (SD = 10.10; range 61-97). Van deze deelnemers functioneerde 86.7% op een benedengemiddeld intelligentieniveau (IQ = 50-85); 33.3% had een IQ-score tussen 50-70 (LVB) en 53.3% een IQ-score tussen 71-85 (zwakbegaafd). Daarnaast hadden de leerlingen ook verschillende andere psychiatrische problemen: ASS (63.3%), ADHD/ADD (40%) en ODD of gedragsstoornis NAO (20%). Er was veelal sprake van comorbiditeit van psychiatrische problemen (inclusief beperkingen in intellectu-

eel functioneren). Zo had 53.3% van de jongeren twee psychiatrische problemen en 10% van de jongeren had drie of vier psychiatrische problemen.

Procedure

Leerlingen (N = 120) van de Tarcisiusschool zijn gevraagd om deel te nemen aan de studie. Zowel de jongeren als de ouders moesten actieve geïnformeerde toestemming geven voor deelname aan de studie. Er gaven 59 jongeren en ouders toestemming voor deelname. Jongeren werden per toeval ingedeeld in de interventiegroep (n = 30) of controlegroep (n = 29), waarbij rekening werd gehouden met het geslacht, IQ-score en leeftijd om tot een gelijke verdeling tussen groepen te komen. Huidige studie richt zich op de tevredenheid van jongeren in de interventiegroep over De Groeifabriek. Jongeren in de interventiegroep vulden na iedere sessie een korte tevredenheidsvragenlijst over de interventie in. De studie is goedgekeurd door de Ethische Commissie van de Universiteit van Amsterdam (2014-CDE-3752) en staat geregistreerd in het trialregister (NTR4803).

Instrumenten

Voltooier. De uitval van leerlingen uit de interventie werd per sessie geregistreerd en indien bekend de reden voor uitval. Een deelnemer heeft de interventie succesvol voltooid indien vijf of zes sessies zijn afgerond.

Tevredenheid. De tevredenheid over de interventie werd gemeten met een korte vragenlijst na iedere sessie. Enerzijds gebeurde dit door deelnemers te vragen aan iedere sessie een rapportcijfer te geven met de keuze van 1 (laag) tot 10 (hoog). Anderzijds vulden deelnemers de Session Rating Scale in (SRS; Duncan et al., 2003). De SRS is aangepast naar een vijfpunt Likertschaal (van 1 = helemaal niet waar tot 5 = helemaal waar) door de auteurs van dit artikel om beter aan te sluiten bij jongeren met een LVB. De aangepaste SRS omvat de volgende vier items: (1) De begeleider luisterde vandaag naar me, (2) Wat we vandaag hebben gedaan was belangrijk voor mij, (3) Ik vond wat we vandaag hebben gedaan leuk en (4) Ik hoop dat we de volgende keer dezelfde

soort dingen gaan doen. Op basis van de ingevulde scores zijn verschillende SRS-scores berekend. In de Tabel 1 zijn de gemiddelde SRS-itemscores per sessie weergegeven en de gemiddelde SRS-itemscores van de zes sessies. Vervolgens is op basis van het gemiddelde van de vier SRS-items een SRS-schaalscore berekend. In Tabel 1 zijn ook de gemiddelde SRS-schaalscores per sessie getoond en de gemiddelde SRS-schaalscore van de zes sessies. Een hogere SRS-score wijst op een hogere tevredenheid. Uit eerder onderzoek bleek de betrouwbaarheid van de SRS-schaalscores zeer goed te zijn met een Cronbach's alpha van $\alpha = .89$ (Duncan et al., 2003). De SRS heeft in het huidige onderzoek eveneens een zeer goede betrouwbaarheid met een Cronbach's alpha van $.93$. Tot slot werden er twee open vragen gesteld als kwalitatieve indicatie van tevredenheid: "Wat vond je goed aan de sessie?" en "Wat vond je minder goed aan de sessie?"

Analyse

De kwantitatieve tevredenheidsdata werd middels beschrijvende statistiek in SPSS geanalyseerd. De kwalitatieve tevredenheidsdata werd in Excel gecodeerd. Tijdens de analyse werden de categorieën vastgesteld en vervolgens werd de data opnieuw gecodeerd. Na het coderen is de frequentie van iedere categorie berekend. De vier meest genoemde categorieën worden besproken in de resultaten. De codering is door een tweede onderzoeker gecontroleerd en de codering werd adequaat bevonden. De categorieën worden in de resultaten ondersteund met citaten van de deelnemers die direct zijn overgenomen (inclusief eventuele spelfouten). Indien het citaat verduidelijkt diende te worden, staat de verduidelijking toegevoegd tussen [...].

Resultaten

Kwantitatieve resultaten tevredenheid

Tijdens de pilotstudie heeft 85% van de jongeren de interventie succesvol voltooid. Eén deelnemer wilde ondanks de gegeven toestemming toch niet deelnemen aan de interventie. De andere vier deelnemers vielen uit,

omdat deelname aan de interventie als te belastend werd ervaren.

In Tabel 1 zijn de tevredenheidsscores weergegeven. De deelnemers gaven De Groeifabriek een gemiddeld rapportcijfer van 7.50 (SD = 1.47). Ongeveer 10% van de jongeren gaf een gemiddeld rapportcijfer lager dan een 6 en circa 45% van de jongeren gaf een gemiddeld rapportcijfer tussen de 6 en 8. Ongeveer 30% van de jongeren gaf een gemiddeld rapportcijfer hoger dan een 8. Sessie 1 kreeg het laagste gemiddelde rapportcijfer van 7.28 (SD = 2.02) en sessie 5 het hoogste gemiddelde rapportcijfer van 8.16 (SD = 1.31). Verder gaven de deelnemers De Groeifabriek een gemiddelde SRS-schaalscore van 3.67 (SD = 0.68). Hierbij kreeg sessie 6 de laagste gemiddelde SRS-schaalscore van 3.61 (SD = 0.81) en sessie 4 de hoogste gemiddelde SRS-schaalscore van 3.87 (SD = 0.67). Daarnaast bleek dat deelnemers item 4 ("Ik hoop dat we de volgende keer dezelfde soort dingen gaan doen") de laagste gemiddelde SRS-itemscore gaven van 3.16 (SD = 0.87) en item 1 ("De begeleider luisterde vandaag naar me") de hoogste gemiddelde SRS-itemscore gaven van 4.48 (SD = 0.46).

Kwalitatieve resultaten tevredenheid

De deelnemers gaven korte opmerkingen bij de twee open vragen. Op basis van de antwoorden op de vraag "Wat vond je goed aan de sessie?" kwamen de volgende categorieën naar voren: iets geleerd, duidelijk uitgelegd, alles, vormgeving en competent gevoel. De categorie 'iets geleerd' (28 keer) geeft aan dat jongeren inhoudelijk iets geleerd hebben tijdens de sessie. Voorbeelden van bijbehorende uitspraken zijn: "Dat mensen er van kunnen leren hoe ze met een groeimindset om moet gaan", "Het leren van dat ik nog meer kan als dat ik denk" en "Dat je meer kan leren als je oefent". De categorie 'duidelijk uitgelegd' (26 keer) geeft aan dat de inhoud van de interventie goed en duidelijk werd uitgelegd, bijvoorbeeld door de volgende uitspraken: "Dat ze uitleggen met plaatjes", "Ik vindt het goed en duidelijk" en "Dat alles zo goed wordt uitgelegd". Het antwoord

Tabel 1. Tevredenheid van de deelnemers over de online mindset-interventie De Groeifabriek.

	SRS-item 1 'luisteren'	SRS-item 2 'belangrijk'	SRS-item 3 'leuk'	SRS-item 4 'zelfde'	SRS-schaal <i>M</i> (SD)	Rapport- cijfer <i>M</i> (SD)
Sessie 1	4.54 (0.51)	3.41 (0.98)	3.79 (0.96)	3.38 (1.12)	3.76 (0.76)	7.28 (2.02)
Sessie 2	4.50 (0.69)	3.75 (0.93)	3.79 (0.96)	3.21 (1.07)	3.81 (0.73)	7.54 (1.67)
Sessie 3	4.48 (0.64)	3.52 (0.98)	3.56 (1.01)	3.11 (1.09)	3.67 (0.76)	7.44 (2.03)
Sessie 4	4.60 (0.58)	3.92 (0.81)	3.68 (1.03)	3.28 (1.06)	3.87 (0.67)	8.00 (1.29)
Sessie 5	4.44 (0.58)	3.56 (0.96)	3.68 (0.80)	3.32 (0.95)	3.75 (0.62)	8.16 (1.31)
Sessie 6	4.52 (0.59)	3.45 (1.06)	3.39 (1.08)	3.09 (1.20)	3.61 (0.81)	7.78 (1.65)
Sessies 1-6	4.48 (0.46)	3.63 (0.80)	3.54 (0.86)	3.16 (0.87)	3.67 (0.68)	7.50 (1.47)

M = gemiddelde; *SD* = standaarddeviatie; item 1: begeleider luisterde; item 2: inhoud sessie belangrijk, item 3: inhoud sessie leuk; item 4: inhoud sessie volgende keer zelfde; schaal: gemiddelde van item 1-4

'alles' werd vaak gegeven (24 keer), wat lijkt te verwijzen naar een positieve evaluatie van de interventie, maar dit wordt niet verder gespecificeerd. De categorie 'vormgeving' (18 keer) verwijst naar positieve uitspraken van jongeren over het gebruik van de illustraties, animaties en filmpjes. Voorbeelden van dit soort uitspraken zijn: "Tekeningen waren leuk en grappig", "Filmpjes van de jongeren vond ik goed", en "De filmpjes". De categorie 'competent gevoel' (18 keer) geeft aan dat deelnemers een gevoel van competentie ervoeren tijdens de sessies. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de volgende uitspraken: "Dat ik het in een kir snapt", "Het ging goed en daardoor snel!" en "Ik kon het goed horen wat su seg un"["Ik kon het goed horen wat ze zeggen"].

Vervolgens zijn de antwoorden op de vraag "Wat vond je minder goed aan de sessie?" gecategoriseerd. Hieruit kwamen als meest voorkomende categorieën naar voren: niks, herhaling, technische fout en saai. Het antwoord 'niks' (67 keer) werd het vaakst gegeven door de deelnemers, wat aangeeft dat ze niets op of aan te merken hadden op de sessie en zodoende een positieve evaluatie lijkt weer te geven. De categorie 'herhaling' (20 keer) geeft aan dat jongeren vonden dat er te veel herhaling binnen een sessie zat, bijvoorbeeld "Twee keer het filmpje", "Dat de uitleg 2 x werd afgespeeld" en "Elke keer herhaling". De categorie 'technische fout' (8 keer) geeft aan dat deelnemers zich stoorden aan technische fouten in De Groeifabriek, zoals de uitspraken "Hij sloeg woorden over", "De knopen als die zij druk op

de playbuton bedoelen ze verder stont er dan en op het latst stont er ga naar de fabriek en daar stont niks omheen dus het lijkt een zin en geen knop" ["De knoppen als die zei, druk op de playbuton, bedoelen ze verder stond er dan en op het laatst stond er ga naar de fabriek en daar stond niks omheen dus het lijkt een zin en geen knop"] en "Het geluid van de computer piepte". Tot slot, de categorie 'saai' (5 keer) werd door twee deelnemers genoemd en geeft aan dat zij de sessies saai vonden, bijvoorbeeld door de uitspraken "Beetje saai had meer verwacht" en "DAT HET SAAI WAS".

Discussie

In de huidige studie is de inhoud van de online mindset-interventie De Groeifabriek voor jongeren met een LVB beschreven en zijn de resultaten gepresenteerd over de tevredenheid daarmee van jongeren in het speciaal onderwijs cluster 4. De Groeifabriek is gebaseerd op het onderzoek van Dweck en collega's over de impliciete theorieën over intelligentie, persoonlijkheid, emoties en gedrag, en specifiek op de mindset-interventie van Yeager (2013). De Groeifabriek is gedigitaliseerd en aangepast voor gebruik door jongeren met een LVB. Het bestaat uit zes korte online sessies met een vaste structuur met animaties, interactieve opdrachten, filmpjes en reminders. Aan de pilotstudie hebben 30 leerlingen van het speciaal onderwijs cluster 4 deelgenomen aan de interventiegroep. De overgrote meerderheid van de jongeren functioneerde op zwakbegaafd of licht verstandelijk beperkt niveau.

Uit de pilotstudie bleek dat de meerderheid van jongeren de interventie succesvol afrondde. Ook was de meerderheid van de jongeren tevreden over De Groeifabriek en gaven zij de interventie een gemiddeld rapportcijfer van een 7.5. Jongeren in justitiële jeugdinrichtingen gaven De Groeifabriek-variant Forensische Zorg een vergelijkbaar gemiddeld rapportcijfer van een 7.7 (Helmond & Stams, 2017). Jongeren in open jeugdzorg waardeerden De Groeifabriek daarentegen met een gemiddeld rapportcijfer van een 8.7 (Schuurmans, Helmond, Omid, & Nijhof, 2017). Een mogelijke verklaring voor deze positievere evaluatie zou kunnen zijn dat de steekproef van open jeugdzorg voornamelijk uit meisjes bestond. Verder kwam uit de pilotstudie bij jongeren in cluster 4 naar voren dat jongeren de volgende interventie-aspecten goed vonden: iets geleerd hebben, duidelijke uitleg, vormgeving van de interventie (animaties en filmpjes) en competentiebeleving. Op de vraag wat ze minder goede aspecten van de interventie vonden, kwam het vaakst het antwoord 'niks' naar voren, wat een positieve evaluatie lijkt weer te geven. Daarnaast werden de volgende punten als minder goede aspecten van de interventie genoemd: herhaling in de sessie, technische fouten en een enkeling noemde saaiheid van de sessie.

De pilotstudie heeft aangetoond dat de online mindset-interventie De Groeifabriek uitvoerbaar is in de praktijk van een speciaal onderwijs-scholen. Jongeren gaven aan iets te hebben geleerd en de vorm van de interventie werd door de jongeren gewaardeerd (duidelijke uitleg via animaties en filmpjes). De feedback van de jongeren uit de pilotstudie leverde ook input op ter verbetering van De Groeifabriek. De herhaling werd door verschillende jongeren als vervelend ervaren. Om die reden is de verplichte herhaling van de animatie optioneel gemaakt. De technische fouten in de interventie zijn verbeterd. Ook is de implementatie van de digitale reminders verbeterd. Tijdens de pilotstudie werkte deze functie nog niet optimaal. Als noodoplossing werden de reminders op papier aan de jongeren verstrekt. Verder is er een werkboek voor de jongeren ontwik-

keld, zodat zij naast de online sessies ook een tastbaar product hebben waarin zij kunnen werken. Ook is de handleiding voor de assistenten doorontwikkeld waarin de theoretische achtergrond van de interventie wordt uitgelegd en per sessie de doelstelling en inhoud van de sessie worden beschreven. Verder is er een checklist ontwikkeld voor de assistenten om de uitvoering van de sessie en de deelname van de jongeren weer te geven. Tot slot bleek uit de observaties van de assistenten dat sommige jongeren het stuk over gedachten moeilijk vonden. Daarom is er een oefening toegevoegd waarin aandacht wordt besteed aan de relatie tussen gedachten en gedrag.

In een vervolgartikel worden de eerste inzichten in de effecten van De Groeifabriek in de huidige pilotstudie besproken. De pilotstudie heeft veel informatie opgeleverd ter verbetering van de interventie, resulterende in De Groeifabriek 2.0. De Groeifabriek 2.0 wordt momenteel in een randomized controlled trial bij jongeren met een licht verstandelijke en/of lichamelijke beperking onderzocht op de effectiviteit op mindset, empowerment, zelfwaardering en internaliserende en externaliserende problematiek.

Referenties

- Baird, G. L., Scott, W. D., Dearing, E., & Hamill, S. K. (2009). Cognitive self-regulation in youth with and without learning disabilities: Academic self-efficacy, theories of intelligence, learning vs. performance goal preferences, and effort attributions. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28, 881-908. doi: 10.1521/jscp.2009.28.7.881
- Blackwell, L. S., Trzesniewski, K. H., & Dweck, C. S. (2007). Implicit theories of intelligence predict achievement across an adolescent transition: A longitudinal study and an intervention. *Child Development*, 78, 246-263. doi: 10.1111/j.1467-8624.2007.00995.x
- Da Fonseca, D., Cury, F., Fakra, E., Rufo, M., Poinso, F., Bounoua, L., & Huguet, P. (2008). Implicit theories of intelligence and IQ test performance in adolescents with Generalized Anxiety Disorder. *Behavior Research and Therapy*, 46, 529-536. doi: 10.1016/j.brat.2008.01.006

- Da Fonseca, D., Cury, F., Santos, A., Sarrazin, P., Poinso, F., & Deruelle, C. (2010). How to increase academic performance in children with oppositional defiant disorder? An implicit theory effect. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 234-237. doi: 10.1016/j.jbtep.2010.01.008
- De Beer, Y. (2016). *Kompas licht verstandelijke beperking: Definitie, aspecten en ondersteuning*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- De Groot, A., & Ponsioen, A. (2016). Onderwijs. In R. Didden, P. Troost, X. Moonen, & W. Groen (Red.), *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (pp. 35-46). Utrecht: De Tijdstroom.
- 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.
- Dweck, C. S., Chiu, C. Y., & Hong, Y. Y. (1995). Implicit theories and their role in judgments and reactions: A word from two perspectives. *Psychological Inquiry*, 6, 267-285.
- Dweck, C. S., & Leggett, E. L. (1988). A social-cognitive approach to motivation and personality. *Psychological Review*, 95, 256-273. doi: 10.1037/0033-295X.95.2.256
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks, J. A., Claud, D. A., Reynolds, L. R., Brown, J., & Johnson, L. D. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a "working" alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, 3, 3-12. Verkregen van <http://www.scottdmiller.com/>
- Gerber, S. J., & O'Connell, M. (2012). Protective processes: The function of young people's implicit theories of crime in offending behaviour. *Psychology, Crime & Law*, 18, 781-795. <http://dx.doi.org/10.1080/1068316X.2010.550616>
- Haimovitz, K., & Dweck, C. S. (2016). Parents' views of failure predict children's fixed and growth intelligence mind-sets. *Psychological Science*, 27, 859-869. doi:10.1177/0956797616639727
- Helmond, P., & Stams, G. J. (2017). *De online interventie De Groeifabriek Forensische Zorg: Ontwikkeling en pilotstudie*. Utrecht: Kwaliteit Forensische Zorg.
- Kasimatis, M., Miller, M., & Marcussen, L. (1996). The effects of implicit theories on exercise motivation. *Journal of Research in Personality*, 40, 510-516. <http://dx.doi.org/10.1006/jrpe.1996.0037>
- Koestner, R., Aube, J., Ruttner, J., & Breed, S. (1995). Theories of ability and the pursuit of challenge among adolescents with mild mental retardation. *Journal of Intellectual Disability Research*, 39, 57-65.
- Miu, A. S., & Yeager, D. S. (2015). Preventing symptoms of depression by teaching adolescents that people can change: Effects of a brief incremental theory of personality intervention at 9-month follow up. *Clinical Psychological Science*, 3, 726-743. doi: 10.1177/2167702614548317
- Passend onderwijs (2017, maart 14). *Factsheet Speciaal basisonderwijs en speciaal onderwijs*. Opgehaald van https://www.passendonderwijs.nl/wp-content/uploads/2017/03/Fatsheet-sbo-en-so.2.nieuw_.pdf
- Salekin, R. T., Tippey, J. G., & Allen, A. D. (2012). Treatment of conduct problem youth with interpersonal callous traits using mental models: Measurement of risk and change. *Behavioral Sciences & the Law*, 30, 470-486. doi: 10.1002/bsl.2025
- Schleider, J. L., Abel, M. R., & Weisz, J. R. (2015). Implicit theories and youth mental health problems: A random-effects meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 35, 1-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2014.11.001>
- Schleider, J. L., & Weisz, J. R. (2016). Reducing risk for anxiety and depression in adolescents: Effects of a single-session intervention teaching that personality can change. *Behaviour Research and Therapy*, 87, 170-181. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2016.09.011>
- Schuermans, A. A., Helmond, P., Omid, P., & Nijhof, K. S. (2017). *Development and user satisfaction of "The Growth Factory": A computerized, gamified intervention to promote incremental theories among youths in residential care*. Manuscript ingediend.
- Verberg, F., Helmond, P., Schuiringa, H., & Overbeek, G. (2017). *Implicit theories of adolescents with and without developmental disabilities*. Manuscript in voorbereiding.
- Yeager, D. S., & Dweck, C. S. (2012). Mindset that promote resilience: When students believe that personal characteristics can be developed. *Educational Psychologist*, 47, 302-314. doi:

10.1080/00461520.2012.722805

Yeager, D. S., Trzesniewski, K. H., & Dweck, C. S. (2013). An implicit theories of personality intervention reduces adolescent aggression in response to victimization and exclusion. *Child Development, 84*, 970-988. doi: 10.1111/cdev.12003

Yeager, D. S., & Walton, G. M. (2011). Social-psychological interventions in education: They're not magic. *Review of Educational Research, 81*, 267-301. doi: 10.3102/0034654311405999

EEN METHODISCH KADER VOOR DE ONDERSTEUNING VAN (JONG) VOLWASSENEN MET EEN LVB EN BIJKOMENDE PROBLEMATIEK IN DE GROTE STAD

Hans Willemsen¹

“Dus je zet eigenlijk kwetsbare mensen in een heel kwetsbare positie door ze hier in de stad op te vangen. Het betekent dat we soms een beetje tegen de bierkaai aan het vechten zijn. Dus dan ben je heel hard bezig met een cliënt, die ook echt wel gemotiveerd is om bijvoorbeeld af te kicken of niet meer voor overlast te zorgen, maar er zitten zoveel prikkels in zijn directe omgeving dat het bijna onmogelijk is om dat te volbrengen. ...” (medewerker Cordaan)

Cordaan en Middin² begeleiden in de Randstad een grote groep cliënten met een licht verstandelijke beperking en bijkomende problematiek (LVB+). In de afgelopen jaren is door beide organisaties een ondersteuningsvorm ontwikkeld die aansluit bij deze vaak als ‘moeilijk’ ervaren doelgroep. De ervaring van cliënten, hun verwanten, verwijzers en medewerkers is dat deze werkwijze tot goede resultaten leidt - cliënten krijgen hun leven meer op de rit en de omgeving ervaart minder overlast - maar was nog niet in een overdraagbare vorm beschreven. In opdracht van beide organisaties heeft de faculteit van het VU Medisch Centrum (VUMC) de kenmerkende elementen van de werkwijze beschreven in de vorm van een

methodisch kader: LifeWise. In dit artikel wordt dit methodisch kader beschreven evenals het vervolg van dit project.

LVB+ in de stad

Je handhaven in een steeds complexer wordende samenleving is voor (jong)volwassenen met een LVB een enorme uitdaging. In de grote stad is dat extra moeilijk: veel mensen leven dicht op elkaar, er is altijd drukte, de verleidingen en gevaren van de stad zijn constant aanwezig en ondertussen wordt vanuit de participatiegedachte een grote nadruk gelegd op de zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid van de burger. (Jong)volwassenen met een LVB hebben hierbij ondersteuning nodig, maar ze denken daar zelf vaak anders over. Ze hebben een enorme hang naar autonomie en ontkennen of verbloemen hun beperking. Bovendien ziet de omgeving vaak niet dat er sprake is van een beperking, dus worden ze stelselmatig overschat en overvraagd. En vaak gaat het dan mis.

Op de lijstjes van de gemeentelijke diensten van de grote steden die gaan over vereenzaming, schulden, overlast, criminaliteit en psychiatrische problematiek, zijn (jong)volwassenen met een LVB oververtegenwoordigd. Daarnaast zijn ze vaker dan andere burgers slachtoffer van misbruik of uitbuiting. Daarom is het van belang een vorm van ondersteuning in te zetten die aansluit bij de specifieke vragen van deze doelgroep voor een zo zelfstandig mogelijk leven in de grote stad. Denk hierbij aan vragen als: “Hoe bescherm ik mezelf tegen al die prikkels en verleidingen? Hoe vind ik mijn weg in het woud van gemeentelijke diensten en procedures? Hoe bouw ik een steunend netwerk op? Wat zijn goede vrienden en hoe herken ik foute ‘vrienden’? Hoe vind en behoud ik een eigen woning?” Cliënten stellen

¹ Drs. J. (Hans) Willemsen, beleidsadviseur LVB bij Cordaan. Correspondentie: hwillemsen@cordaan.nl

² Cordaan biedt zorg en ondersteuning in Amsterdam, Diemen, Huizen en Nieuw-Vennep, onder meer in de sectoren verstandelijke beperkingen, revalidatiezorg, ggz en ouderenzorg. Middin biedt zorg en ondersteuning in de provincie Zuid-Holland aan cliënten met een verstandelijke, lichamelijke of meervoudige beperking, mensen met niet-aangeboren hersenletsel en beperkingen door ouderdom.

deze vragen meestal niet letterlijk, deze komen o.a. naar voren in de gesprekken met hun begeleiders over de problemen waar zij in het dagelijks leven tegenaan lopen en observaties door professionals.

“Ze ontkennen dat ze een probleem hebben, maar ze lopen vast op alle vlakken en lopen op hun tenen om het tempo van de maatschappij bij te houden. Dat lukt ze niet. En het zijn mensen die er eigenlijk heel normaal uitzien, niet een afwijkend uiterlijk hebben en daardoor ook steeds in de problemen komen. Dus, omdat je er normaal uitziet, spreekt iedereen je normaal aan, heeft iedereen normale verwachtingen van je. En die kunnen ze niet waarmaken. Dat is voor mij een beetje de doelgroep. Een makkelijk slachtoffer voor mensen die minder goede intenties hebben.” (medewerker Middin)

Uitwerking van de werkwijze

Cordaan en Middin zijn beide actief in de Randstad en hebben onafhankelijk van elkaar in de praktijk (naar blijkt) een vergelijkbare werkwijze ontwikkeld om deze groep cliënten te begeleiden. De ervaring leert dat de inzet van onze medewerkers eraan bijdraagt dat de problemen afnemen en cliënten meer rust en perspectief ervaren. In de begeleiding van mensen met een LVB met bijkomende complexe problematiek is 'geen dag hetzelfde'. Ze komen regelmatig voor verrassingen te staan en moeten kunnen inspelen op een situatie die steeds verandert. Er wordt dus van de begeleiders een grote flexibiliteit en creativiteit verlangd. Dat is soms lastig: Welke specifieke kennis en vaardigheden heb ik daar als begeleider voor nodig? Hoe voorkom ik handelingsverlegenheid? Waar vind ik concrete handelingsrichtlijnen? Wat kan en mag ik in deze situatie bij deze cliënt op dit moment inzetten?

Beide organisaties werken met een methodische cyclus en ze gebruiken daarbij (onderdelen van) een aantal methodieken, zoals het Eigen Initiatief Model / Begeleid Ontdekkend Leren (Timmer, Dekker, & Voortman, 2003), De-escalerende communicatie (Kudding, 2012) en Oplossingsgericht werken (Roeden

& Bannink, 2007). Daarnaast wordt een aantal zelfontwikkelde interventies ingezet zoals Warme Overdracht (Willemsen & Proost, 2013) en Werkwijze Zorgmijdende cliënten (Jansen, 2011), maar deze methodieken en interventies waren niet ingebed in een algemeen handelingskader dat de begeleider – en daarmee de cliënt - houvast en richting geeft. Ook de opdracht, de veranderende rol en verantwoordelijkheid van de begeleider bij thema's als participatie en eigen regie, vroegen om uitwerking.

Met subsidie van het Zorgondersteuningsfonds zijn we op zoek gegaan naar antwoorden op de volgende vragen:

- Wat zetten onze medewerkers allemaal in in de ondersteuning van deze groep cliënten? En hoe doen ze dat?
- Wat maakt nu dat we met onze werkwijze resultaten boeken en cliënten aan ons weten te binden?
- Hoe kunnen we die kennis overdraagbaar maken zodat andere hulpverleners er gebruik van kunnen maken?

Onderzoekers van het VUMC hebben hiertoe door middel van interviews met medewerkers en cliënten de in de praktijk ontstane werkwijze en de ervaringen daarmee opgetekend, geanalyseerd en beschreven. Voor meer informatie over de dataverzameling en -verwerking zie de methodologische verantwoording in het Onderzoeksverslag Methodisch kader (Bendien, Bos, & Abma, 2017) Uit de analyse zijn thema's naar voren gekomen die het succes van de ondersteuning – meer stabiliteit in het leven van de cliënt, minder problemen en faalervaringen - bevorderen of bepalen. Zo bleken nabijheid, emotionele beschikbaarheid en present zijn in het leven van de cliënt essentiële onderdelen van de werkwijze. Maar ook interveniëren, richting geven, begrenzen en perspectief bieden door op het juiste moment een of meer van de eerder genoemde methodieken in te zetten, bleken belangrijk.

Om de resultaten van de data-analyse te valideren zijn vier bijeenkomsten met focusgroepen gehouden. Twee focusgroepen bestonden uit respondenten die interviews hebben gegeven en de overige twee bestonden uit medewerkers die geen deel hebben genomen aan de interviews.

Tijdens deze bijeenkomsten zijn de bevindingen van de analyse besproken aan de hand van de volgende vragen: Herken je de thema's? Zijn ze volledig omschreven? Wat mis je?

Deze thema's zijn op juistheid getoetst. Naast het ophalen van de werkwijze is er door de onderzoekers ook een theoretische onderbouwing geschreven vanuit o.a. de Presentietheorie (Baart, 2001). Voor deze onderbouwing van het methodisch kader is een scan gemaakt van de hedendaagse Nederlandse wetenschappelijke literatuur.

Methodisch kader LifeWise

De inzichten verkregen uit het onderzoek zijn beschreven in de vorm van een methodisch kader dat we LifeWise hebben genoemd. De naam verwijst naar het dynamisch leven in de grote stad. Lifewise biedt de begeleiders concrete handvatten om de cliënt verder te kunnen helpen: van streetwise naar LifeWise. LifeWise geeft de begeleider (die het hart en de motor is van het begeleidingsproces) ruimte voor een flexibele toepassing; het begeleiden van mensen met LVB+ is altijd maatwerk.

LifeWise bestaat uit 4 pijlers van ondersteuning (zie figuur 1).

1. **Verbinden:** Begeleiders gaan een werkrelatie aan met de cliënt, werken met hem of haar samen, zorgen voor nabijheid en zijn betrokken, ook op afstand. Thema's binnen deze pijler zijn: contact, betrouwbaarheid en dialoog.
2. **Stabiliseren:** Rust ontbreekt maar al te vaak in het leven van mensen met een LVB en bijkomende problematiek. LifeWise heeft als belangrijk doel om het leven van de cliënt samen met cliënt te stabiliseren.

De cliënt blijft daarbij aan het roer. Thema's binnen deze pijler zijn: rust, overzicht en succes.

3. **Ontwikkelen:** het is een belangrijke taak voor begeleiders om de algemene omgangsregels mee te geven aan cliënten en de cliënt actief te ondersteunen om zich deze regels eigen te maken. Belangrijk onderdeel is daarbij psycho-educatie: de cliënt en zijn netwerk meenemen in de consequenties van eigen beperkingen of van eigen keuzes. Ook het ontwikkelen van andere sociale, praktische en cognitieve vaardigheden vallen onder deze pijler. Thema's binnen deze pijler zijn: moreel besef, zelfbeeld, vaardigheden.
4. **Inbedden:** De persoon met een LVB leeft zelf zijn of haar leven. Daarom is het belangrijk steeds aandacht te hebben voor het overdragen van de professionele betrokkenheid en meer informele ondersteuning. Ook het vertalen van de complexe wereld om de cliënt heen naar begrijpelijke adviezen en informatie, ook voor de omgeving van de cliënt, is van belang. Thema's binnen deze pijler zijn: borgen, context en richting.

Elke pijler is uitgewerkt in 4 handvatten; elk handvat is uitgewerkt in concrete handelingsrichtlijnen en bejegeningadviezen. Daarbinnen wordt ingegaan op:

- Wat zet je in?
- Hoe en op welk moment doe je dat?
- Wie betrek je daarbij?
- Wat heb je daarbij nodig?
- Wat moet je vooraf weten?
- Wat zijn de risico's?

In het methodisch kader zijn, naast de pijlers en de handvatten, de benodigde kennis en vaardigheden van de begeleider en zijn/haar professionele houding beschreven waar het gaat om het begeleiden van cliënten met een LVB en bijkomende problematiek. Ook de praktisch-organisatorische randvoorwaarden zijn opgenomen, zoals het structureel inzetten van intervisie en andere mogelijkheden tot re-

flectie op het eigen handelen.

LifeWise is geen vastomlijnde, voorschrijvende methodiek, maar een handelingskader waarbinnen de begeleider zijn werk doet. Daarmee kan hij/zij inspelen op de specifieke vragen van de individuele cliënt in de situatie waarin deze zich op dat moment bevindt.

LifeWise is in mei 2017 gelanceerd, evenals de website www.lifewiselvb.nl. De website geeft informatie over het methodisch kader, toont een animatie over LifeWise en een aantal filmpjes van cliënten en begeleiders die vertellen over hun ervaringen. Het methodisch kader kan kosteloos van de website worden gedownload.

Vervolg

Het onderzoek is nog niet af. Op dit moment is er een trainingsmodule in ontwikkeling 'Werken met LifeWise' voor de medewerkers die met de doelgroep werken. Binnenkort starten de eerste pilots 'Werken met LifeWise'. De module zal begin 2018 voor het veld beschikbaar zijn. In de laatste fase van het project wordt onderzoek gedaan naar de effecten van het werken met LifeWise op de kwaliteit en voortgang van het begeleidingsproces en op de relatie tussen de begeleider en de cliënt/het cliëntstelsel. Op basis van de ervaringen van o.a. cliënten, medewerkers, verwanten en verwijzers zal het methodisch kader zo nodig worden aangescherpt.

Literatuur

- Baart, A. (2001). *Een theorie van presentie*. Utrecht: Lemma.
- Beer, Y. de (2016). *Kompas licht verstandelijke beperking*. Amsterdam: SWP.
- Bendien, E., Bos, G. F., Abma, T. A. (2017). *Onderzoeksverslag methodisch kader, werkwijze voor ondersteuning mensen met een lichte verstandelijke beperking en bijkomende ernstige psychosociale problematiek*. Amsterdam: VUmc, afdeling Metamedica.
- Jansen, N. (2011). *Methodiek traject Zorgmijders en WMO*. Den Haag: Middin.
- Kudding, E. (2012). *Methodisch omgaan met verbaal agressief gedrag*. Amsterdam: Kudding en Partners.
- Roeden, J., & Bannink, F. (2007). *Handboek oplossingsgericht werken met licht verstandelijk beperkte cliënten*. Amsterdam: Pearson.
- Timmer, J. T., Dekker, K. A., & Voortman, H. (2003). *Eigen initiatief model: Theorie en toepassing*. Utrecht: NIZW/LKNG.
- Willemsen, J., & Proost, P. (2013). *Methodiek Warme Overdracht*. Amsterdam: Cordaan / Leger des Heils.



Figuur 1. Een overzicht van de pijlers, thema's en handvatten.

(H)ERKEND EN JUIST BEHANDELD: EEN VERBETERDE TOEGANG TOT DE VERSLAVINGSZORG MENSEN VOOR MET EEN LICHTE VERSTANDELIJKE BEPERKING

*Joanneke van der Nagel^{1 2 3}
Louise Kemna^{2 b}
Cas Barendregt^{3 d}
Elske Wits^{4 d}*

Toegang tot verslavingszorg is ingewikkeld voor mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) en problematisch middelengebruik. Dit heeft verschillende oorzaken, waarbij de verwijzing naar de verslavingszorg, de intake en de samenwerking tussen instellingen voor verslavingszorg en gehandicaptenzorg een rol spelen. Om de verslavingszorg toegankelijker te maken werd een handreiking voor een 'LVB-vriendelijke voordeur' ontwikkeld en getest. In dit artikel beschrijven we knelpunten in de reguliere intake, oplossingen voor een LVB-vriendelijkere intake en de pilot met de handreiking. Met een gezamenlijke inspanning blijkt de toegang tot de verslavingszorg voor de groep mensen met een LVB eenvoudig te verbeteren.

Inleiding

Het gebruik van alcohol en drugs kan ernstige lichamelijke, psychische en/of sociale gevolgen hebben, die een bedreiging vormen voor de kwaliteit van leven. Dat geldt ook voor gebruikers met een lichte verstandelijke beperking (LVB). In de afgelopen jaren is er in Nederland daarom terecht meer aandacht gekomen voor problematisch middelengebruik bij men-

sen met een LVB (Hammink, Schrijvers, & Van de Mheen, 2014; Hammink, VanDerNagel, & Van de Mheen, 2014; VanDerNagel, Kiewik, & Didden, 2012). Instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg (VG-instellingen) spannen zich in om hun cliënten met problematisch gebruik te verwijzen voor behandeling. Verslavingszorginstellingen bieden bovendien steeds vaker gespecialiseerde behandelingen aan, zoals de CGT+ (VanDerNagel & Kiewik, 2016). De toeleiding tot deze zorg stagneert echter. Dit heeft verschillende oorzaken, waarbij de verwijzing naar en de intake bij de verslavingszorg, en de samenwerking tussen de verslavingszorg en VG-instellingen een cruciale rol spelen.

Problemen bij intake

Cliënten met een LVB en problematisch middelengebruik kunnen met ondersteuning van een VG-instelling bij een verslavingszorginstelling worden aangemeld, of zoeken onafhankelijk van LVB-zorgaanbieders hulp. In de laatste groep zijn ook mensen met een LVB die geen LVB-zorg ontvangen, en wellicht zichzelf niet als 'verstandelijk beperkt' zien of niet weten dat ze LVB zijn. In de intake bij de verslavingszorg is het daardoor niet bij alle cliënten met een LVB duidelijk dat er sprake is van een verstandelijke beperking. Hierdoor kan in de intakefase, maar ook in het indiceren voor vervolgbehandeling, onvoldoende rekening worden gehouden met de beperkingen van de cliënt. Ook als de beperking wel wordt onderkend, ontstaan er vaak problemen in de intake en indicatiestelling (VanDerNagel, Kiewik, & Didden, 2012). Door de verwijzer wordt voorafgaand niet altijd voldoende informatie over de cliënt, diens capaciteiten en beperkingen en eventuele co-morbiditeit beschikbaar gesteld. De intake zelf is voor cliënten met een LVB vaak erg belastend, onder meer omdat daarin in korte

¹ Joanneke van der Nagel is psychiater bij Tactus Verslavingszorg in Enschede, consulent bij Avelijn in Borne en senior onderzoeker bij het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction van de Radboud Universiteit; correspondentieadres: Tactus Verslavingszorg, Raiffeisenstraat 75, 7514 AM Enschede.

² Louise Kemna is GZ-psycholoog bij Avelijn in Borne.

³ Cas Barendregt is senior onderzoeker bij het IVO in Rotterdam.

⁴ Elske Wits is onderzoekscoördinator bij het IVO in Rotterdam.

tijd veel gegevens verzameld moeten worden. Veel professionals in de verslavingszorg vinden het ingewikkeld dat op een LVB-vriendelijke manier te doen. Daarbij zijn de standaard vragenlijsten in de verslavingszorg doorgaans qua taal- en abstractieniveau te complex voor mensen met een LVB. Het risico bestaat dat daardoor incomplete of zelfs foutieve informatie gebruikt wordt (VanDerNagel, Kemna, Trentelman, & Didden, 2013). Daarnaast maakt men in de intake onvoldoende gebruik van steunende krachten in het netwerk, zoals van de aanwezigheid van begeleiders of familieleden. De complexe intakeprocedure leidt daarbij tot demoralisatie van de cliënt en drop-out uit zorg (Slayter, 2010; VanDerNagel, Kiewik, & Didden, 2012). Er lijken drie factoren een rol te spelen die de intake in de verslavingszorg voor mensen met een LVB en problematisch middelengebruik bemoeilijken, namelijk:

- De cliënt ziet zichzelf niet als verstandelijk beperkt en/of loopt niet te koop met zijn beperking en/of is niet bekend met eigen beperking, waardoor hij onvoldoende aangeeft wanneer overbelasting/overvraging dreigt;
- De verslavingszorg is niet georiënteerd op deze cliënten, signaleert ze niet op tijd en beschikt niet over aangepaste intake-instrumenten;
- De VG-instelling (indien betrokken) beschikt over relevante informatie over de cliënt die niet altijd vooraf beschikbaar gesteld wordt bij verwijzing naar de verslavingszorg.

Door deze verschillende factoren stagneert de hulpverlening aan cliënten met een LVB en problematisch middelengebruik, is de ketenzorg onvoldoende geborgd en vallen cliënten tussen wal en schip. Op dit moment is echter onvoldoende onderzocht welke oplossingen er zijn voor de verschillende knelpunten in de intake in de verslavingszorg voor mensen met een LVB. In het project '(H)erkend en juist behandeld' werd daarom nader onderzoek

gedaan naar knelpunten en mogelijke oplossingen om de toegang tot de verslavingszorg voor deze doelgroep te verbeteren.

Het project richtte zich daarbij op het ontwikkelen en testen van een handreiking gericht op:

1. een betere (en tijdige) herkenning van problematisch gebruik (in de VG-zorg),
2. een betere (en tijdige) herkenning van LVB (in de verslavingszorg),
3. een betere intakeprocedure in de verslavingszorg die beter aansluit op de behoeften en kenmerken van cliënten met een LVB,
4. het verbeteren van de samenwerking tussen de verslavingszorg en VG-zorg.

Het uiteindelijke doel van dit project was om de intake bij de verslavingszorg efficiënter, doelmatiger en LVB-vriendelijker te laten verlopen. In dit artikel worden de voor de VG-zorg relevante bevindingen samengevat⁵.

Methode

Projectopzet

De ontwikkeling van de handreiking LVB-vriendelijke intake vond in twee fasen plaats:

1. Probleemverkenning door a. literatuuronderzoek en b. focusgroepen. Op basis hiervan werd een conceptversie van de handreiking geschreven;
2. Pilots met de conceptversie van de handreiking met aandacht voor haalbaarheid en toepasbaarheid, efficiëntie en LVB-vriendelijkheid van de nieuwe werkwijze. Op basis van de ervaringen tijdens de pilot werd de definitieve handreiking samengesteld.

Deelnemers

Aan dit project namen vier grote Nederlands instellingen voor verslavingszorg met zeven van hun VG-ketenpartners deel. Veertien medewerkers uit de verslavingszorg, achttien medewerkers uit de gehandicaptenzorg en acht cliënten met een LVB en verslaving participeerden in de focusgroepen. Vijftien professionals

⁵ Een variant van dit artikel wordt ter publicatie aangeboden aan tijdschriften voor verslavingszorg.

werden geïnterviewd over hun ervaringen met de conceptversie van de handreiking: acht medewerkers van de verslavingszorg en zeven medewerkers van de VG-zorg. De projectpartners hebben tezamen 40 casusbeschrijvingen aangeleverd over het werken met de nieuwe handreiking.

1a. Literatuuronderzoek

In PsychINFO, PubMed en Google Scholar werd tussen 14 juli en 15 september 2015 gezocht naar Engelstalige en Nederlandstalige studies over:

1. De toegankelijkheid van de verslavingszorg voor mensen met een LVB,
2. Het screenen op middelengebruik onder mensen met een LVB,
3. Het screenen op LVB onder mensen met verslavingsproblemen.

Gebruikte (combinaties van) zoektermen waren onder meer: mild intellectual disability (MID); LVB; intake; screening; treatment access; substance abuse treatment; special needs; alcohol abuse treatment; verslaving; middelengebruik.

1b. Focusgroepen

Voor het inventariseren van knelpunten en oplossingen bij de reguliere intakeprocedure in de verslavingszorg in relatie tot LVB werd een zestal focusgroepen gehouden. Twee van de focusgroepen werden gehouden met organisaties die aan de pilot mee wilden doen: een met medewerkers van de verslavingszorg (n = 9) en een met medewerkers van VG-zorg (n = 6). Twee andere focusgroepen werden gehouden tijdens een training over LVB en verslaving, en bestonden uit medewerkers uit beide sectoren (n = 6, n = 14). De twee focusgroepen met cliënten met een LVB (n = 8) en hun begeleiders (n = 4) vonden plaats bij twee van de VG-projectpartners. De focusgroepen met cliënten met een LVB en hun begeleiders waren erop gericht de intakeprocedure vanuit cliëntperspectief te zien, als aanvulling op de meer procedurele benadering ('hoe kunnen we het praktisch en goed regelen') vanuit de professionals. Van deze bijeenkomsten zijn verslagen

op hoofdlijnen en thema's gemaakt. De informatie uit de focusgroepen werd telkens ter toetsing ingebracht in volgende focusgroepen.

Dataverzameling en analyse

Knelpunten en mogelijke oplossingen daarvoor uit zowel de literatuur als de focusgroepen vormden de basis voor de handreiking.

2. Pilots met de concept handreiking

De pilots vonden plaats van maart tot en met september 2016, op vijf locaties van vier instellingen voor verslavingszorg. Per locatie werd een startbijeenkomst gehouden, waarin met deelnemers de handreiking werd doorgenomen. Voor geïnteresseerden vond tevens een training plaats in zowel afname van de Substance use and misuse in Intellectual Disability-Questionnaire (SumID-Q; VanDerNagel, Kiewik, Van Dijk, De Jong, & Didden, 2011) als de Montreal Cognitive Assessment- Dutch version (MOCA-D, Buijnen, Kessels, Dijkstra, Walvoort, Wester, & De Jong, 2013). Gegevens over het verloop van de pilots en feedback op de handreiking is verzameld door:

- a. Het opvragen van, volgens een vast format gestructureerde, casusbeschrijvingen,
- b. Semi-gestructureerde interviews (telefonisch en face-to-face) met professionals, tijdens en na afloop van de pilots.

Dataverzameling en analyse

Casusbeschrijvingen en semi-gestructureerde interviews werden geanalyseerd en thematisch samengevat door een van de auteurs, en inhoudelijk getoetst door experts en de begeleidingscommissie van het project.

Resultaten

Literatuurstudie

De toegankelijkheid van (verslavings)zorg blijkt hooguit indirect onderwerp in wetenschappelijke publicaties te zijn, doorgaans in een beschrijving van hindernissen om in behandeling te gaan. Dergelijke publicaties bevestigen de knelpunten uit de Nederlandse praktijk, zoals in de introductie geschetst. Uit een Amerikaans onderzoek blijkt dat jongeren met een

(H)erkend en juist behandeld: Een verbeterde toegang tot de verslavingszorg mensen voor met een lichteverstandelijke beperking – van der Nagel, Kemna, Barendregt & Wits

LVB die middelen misbruiken minder vaak in verslavingsbehandeling gaan dan jongeren zonder beperking (Slayter, 2010). Aanbevelingen uit deze studie zijn gericht op betere samenwerking tussen verslavingszorg en gehandicaptenzorg (“integration and interdisciplinary collaboration”), waarbij aanpassing op de behoeften van deze doelgroep naar verwachting drop-out zal verminderen (Slayter, 2010).

Een Belgische kwalitatieve studie in het kader van een masterscriptie verzamelde informatie via focusgroepen in de Belgische en Nederlandse LVB-sector én verslavingszorg. De resultaten ondersteunen dat de intakeprocedure van de verslavingszorg “niet door te geraken” is, o. a. vanwege het gebruik van complexe formulieren. Voor mensen met een LVB zijn ook de in de GGZ gangbare wachtlijsten een reden om af te haken. Belangrijke aspecten van een succesvolle intake en behandeltraject zijn o. a. een vertrouwde begeleider en een aangepast tempo van interventies en aanbieden van nieuwe informatie. Samenwerking tussen de LVB-sector en verslavingszorg is soms lastig, omdat ze elkaar onvoldoende kennen en er wederzijds soms te hoge verwachtingen zijn (Rossey, 2012).

In een Brits adviesrapport over de toegang van de GGZ voor mensen met een licht verstandelijke beperking wordt benadrukt dat de LVB-zorg en de GGZ wederzijds goedgekeurde werkwijzen (“protocols and practices”) zouden moeten hebben om de best mogelijke zorg te kunnen bieden. Regelmatige face-to-face ontmoetingen tussen verslavingszorg en VG-zorg bevorderen daarbij het probleemoplossend vermogen binnen de samenwerking. Begeleiding vanuit de VG-zorg wordt gezien als een cruciale factor om daadwerkelijk binnen te komen in de reguliere GGZ, waaronder verslavingszorg (Royal College of Psychiatrists, 2012).

Ook publicaties over screeningsinstrumenten voor (problematisch) middelengebruik onder mensen met een LVB zijn schaars. Kouimtsidis et al. (2015) geven in hun study protocol aan de Alcohol Use Disorder Identification Test

(AUDIT; Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001) te gebruiken in een studie naar behandeling voor alcoholafhankelijkheid onder LVB, maar deze lijst is niet gevalideerd voor deze populatie. De Nederlandse Substance use and misuse in Intellectual Disability-Questionnaire SumID-Q; VanDerNagel, Kiewik, Van Dijk, De Jong, & Didden, 2011) is wel specifiek ontwikkeld voor deze doelgroep. Deze bleek in een vergelijking met rapportage van begeleiders en biomarkeronderzoek in urine- en haar-samples goed bruikbaar voor cliënten met een LVB (VanDerNagel, Kiewik et al., 2017).

Wat betreft screening op LVB bleken een drietal Nederlandstalige screeningsinstrumenten gebruikt te kunnen worden voor cognitieve screening in de intake in de verslavingszorg: de Hayes Ability Screening Index (HASI; Hayes, 2000), de Montreal Cognitive Assessment (MoCa; Nasreddine et al., 2005) en de Screener voor Intelligentie en Licht verstandelijke beperking (SCIL; Kaal, Nijman, & Moonen, 2013) (tabel 1). Voor het laatste instrument ontbreken studies onder verslaafden. De HASI is in Vlaanderen in een populatie problematische gebruikers gevalideerd ten opzichte van een WAIS-III totaal IQ < 70, en presteerde daarin goed. In Nederlands onderzoek onder patiënten in de verslavingszorg was de sensitiviteit voor een WAIS-III totaal IQ < 85 echter teleurstellend. In dit onderzoek presteerde de MoCa beter (Tabel 1).

(H)erkend en juist behandeld: Een verbeterde toegang tot de verslavingszorg mensen voor met een lichtverstandelijke beperking – van der Nagel, Kemna, Barendregt & Wits

Tabel 1. Screeningsinstrumenten voor cognitief functioneren.

Instrument, auteur, aantal versies	Training, afname duur, kosten	Oorspronkelijke doelgroep	Onderzoek binnen verslavingszorg
HASI Hayes (2000) 1 Nederlandse versie	Kan worden afgenomen door getrainde leken 5-10 minuten Niet gratis	Screenen op LVB in forensische settings.	To et al. (2014) Vergelijking met WAIS- III IQ < 70 Cut-off 86: Sensitiviteit 100% Specificiteit 79% Van Dijk et al. (2016) Vergelijking met WAIS-III IQ<85 Cut-off 85: Sensitiviteit 48% Specificiteit 88%
MoCa Nasreddine et al. (2005) Beschikbaar in de meeste talen, 3 Nederlandse versies	Kan worden afgenomen door getrainde leken 5 – 10 minuten Gratis	Screenen op lichte cognitieve stoornissen.	Van Dijk et al. (2016) Vergelijking met WAIS-III IQ < 85 Cut-off 26: Sensitiviteit 86% Specificiteit 59%
SCIL Kaal et al. (2013) Beschikbaar in het Nederlands	Kan worden afgenomen door getrainde leken 10 minuten Niet gratis	Screenen op LVB in forensische settings.	Niet onderzocht in verslavingszorg

Focusgroepen

Deelnemers aan de focusgroepen uit zowel de verslavingszorg als de VG-zorg ervaren problemen in de reguliere intake in de verslavingszorg en zien mogelijkheden dit proces te verbeteren. Dat bleek dan ook een belangrijke motivatie voor participatie in dit project. In de eerste focusgroepen hebben deelnemers de problemen vooral vanuit hun eigen perspectief geschetst, maar vaak was er daarbij ook begrip voor de ‘andere partij’. In latere focusgroepen was er meer aandacht voor het gezamenlijk (vanuit beide disciplines) denken over oplossingen.

Cultuurverschillen

Respondenten uit de VG-zorg en de verslavingszorg geven aan dat cultuurverschillen, visie op de problematiek en verwachtingen over en weer nogal eens voor wrijving zorgen. Enerzijds wordt dan bijvoorbeeld de VG-zorg verweten dat men te lang “aanmoddert” met verslavingsproblemen. Verwijzing vindt soms pas plaats wanneer de problemen fors oplopen, bijvoorbeeld wanneer iemand (bijna) uit de VG-zorginstelling wordt gezet. Anderzijds

klinkt het signaal dat de VG-zorg soms “voor drie keer niks” verwijst. De VG-zorg voelt zich op haar beurt nogal eens in de steek gelaten door het beperkte aanbod dat de verslavingszorg heeft voor cliënten met een LVB. Daarnaast zouden intakers in de verslavingszorg te veel op slechts het verhaal van de cliënt varen: “De verslavingszorg snapt het niet, ze zijn naïef. Ze geloven te gemakkelijk de cliënt.” Deelnemers zien in wederzijdse laagdrempelige consultatie, deskundigheidsbevordering en implementatie van screeningsinstrumenten belangrijke startpunten voor verbetering van de samenwerking met daarmee een vergrote kans op een succesvol behandeltraject voor de LVB-client.

Vorbereiding van de intake

Praktische problemen in verwijzing voor de intake zijn bijvoorbeeld dat veelal van tevoren niet bekend is dat er sprake is van een cliënt met een LVB, laat staan welke bejegeningstijl gepast is. Andersom is bij de VG-zorgorganisatie vaak niet bekend wat men van een intake in de verslavingszorg kan verwachten. Veelal gaat de correspondentie over de intake recht-

(H)erkend en juist behandeld: Een verbeterde toegang tot de verslavingszorg mensen voor met een lichteverstandelijke beperking – van der Nagel, Kemna, Barendregt & Wits

streeks naar de cliënt, waardoor de VG-zorg-begeleiders niet altijd op de hoogte zijn van de planning en procedure van de intake. Wanneer dit vervolgens leidt tot no-show (omdat de cliënt post niet opent, de uitnodigingsbrief niet begrijpt of de intake vergeet) wordt een behandeltraject soms al afgebroken voor de intake gestart is.

Oplossingen voor deze knelpunten zijn onder meer het (laten) vermelden van de LVB in de verwijsbrief, het toesturen van aanvullende informatie over diagnostiek en passende bejegening, en het – mede – zenden van de uitnodiging voor de intake aan begeleiding.

Het intakegesprek

Wat betreft het intakegesprek zelf wordt opgemerkt dat er een discrepantie is tussen de geprotocolleerde werkwijze en de behoefte aan maatwerk bij mensen met een LVB. Standaard intake-instrumenten (zoals de MATE of de EuropASI) vormen een forse drempel in de intake, zowel door de lengte van de instrumenten als door de complexiteit van de vragen. Daarbij wordt de bejegening vaak als te formeel, te verbaal en te taakgericht ervaren: “Cliënten haken af omdat er geen behandelrelatie is.” De beschikbaarheid van voorinformatie (op basis waarvan een deel van de vragen al beantwoord kan worden) en de aanwezigheid van begeleiders uit de VG-zorg als ‘hulpbron’ kunnen dit proces in gunstige zin beïnvloeden. Soms blijkt de aanwezigheid van een VG-zorg-begeleider echter te leiden tot “een gesprek over het hoofd van de cliënt heen”. Dit speelt vooral als de VG-zorg een andere ‘agenda’ heeft dan de cliënt of als in de verslavingszorg de vaardigheid om op de cliënt af te stemmen, of in de driehoeksrelatie cliënt - LVB-zorg - verslavingszorg te werken, onvoldoende is.

De beschikbaarheid van voorinformatie (op basis waarvan een deel van de vragen al beantwoord kan worden), het trainen van intakekers in de verslavingszorg in communicatie met mensen met een LVB en de aanwezigheid van begeleiders uit de VG-zorg als ‘hulpbron’ kunnen het intakeproces in gunstige zin beïnvloeden.

Samenstelling van de handreiking

Organisatie, inhoud en bejegening in aanmeldings- en intakeprocedures verschillen tussen verslavingszorginstellingen. Daarmee verschillen – zo bleek uit de focusgroepen – ook de knelpunten en daarbij behorende oplossingen. Het bleek daardoor niet mogelijk om één uniforme werkwijze te beschrijven die in alle instellingen en samenwerkingsverbanden eenvoudig te implementeren zou zijn. Daarom werd de handreiking ingedeeld in een aantal processtappen van de intake (aanmelding & verwijzing; gegevensverzameling voor intake en voorbereiding van het gesprek; het intakegesprek zelf) en aandachtsgebieden (onder meer: collegiale samenwerking en taakverdeling, gebruik van instrumentaria in de intake, zorgzwaarte en indicatie). Voor elke processtap werd – gebruikmakend van de bevindingen uit literatuur en focusgroepen – de meest wenselijke situatie (namelijk, die optimaal recht doet aan de behoeften van de LVB-cliënt in de intake) geschetst. Daarbij werden – voor het geval de meest wenselijke situatie (nog) niet haalbaar is – suggesties opgenomen op basis waarvan het intakeproces stap voor stap LVB vriendelijker gemaakt kan worden.

De handreiking schetst ook hoe gehandeld kan worden als in de loop van een reguliere intake aan het licht komt dat de cliënt een LVB heeft. Daarnaast komen randvoorwaardelijke en organisatorische aspecten aan bod en worden praktische handvatten en voorbeelden (bijvoorbeeld van brieven aan cliënten met een LVB) gegeven.

Resultaten van de pilot met de handreiking

De samenwerking tussen verslavingszorg en VG-zorg blijkt vooral met twee onderdelen van een LVB-vriendelijke intake vorm gegeven te worden:

1. Het voorafgaand aan de intake aanleveren van informatie over de cliënt (voorinformatie) “Voorinformatie over een cliënt kan enorm helpen een gesprek in een goede flow te laten verlopen, dat staat in de handreiking maar weten we ook uit eigen erva-

ring. Je kunt veel beter inspelen op wie de persoon is en welke benaderingswijze hij of zij nodig heeft.” Het gaat bij dit soort informatie om diagnostische informatie (zowel over de beperking als over co-morbiditeit), maar ook om informatie over de bij deze cliënt geschikte bejegening.

2. Het vergezellen van de cliënt bij de intake door de persoonlijk begeleider: “...’ik heb begrepen dat je wil stoppen met drinken?!’ zei die mevrouw van de verslavingszorg. Ik zag toen onmiddellijk de paniek op het gezicht van mijn cliënt en greep in: ‘Ho, hij wil niet stoppen hij wil gewoon minderen’. Als ik er niet was geweest had hij gewoon het gesprek verbroken.” De samenwerking die in het kader van deze pilot is aangegaan tussen VG-zorg en verslavingszorg heeft in de meeste gevallen geleid tot “korte lijntjes”. Het is volgens de deelnemers daardoor meer vanzelfsprekend elkaar te bellen of te mailen en casussen voor te bespreken voordat de feitelijke aanmelding plaatsvindt. Daardoor worden volgens hen vergissingen of miscommunicaties ook sneller rechtgezet. Doordat de suggesties voor een LVB-vriendelijke intake zowel vanuit het perspectief van de reguliere intake, als vanuit intakes na aanmelding door VG-zorg worden beschreven, is er in de handreiking op onderdelen enige overlap. De algemene indruk is dat de tips en suggesties in de handreiking goed aansluiten op de praktijk van doorverwijzing naar de verslavingszorg en aansluitend de intake van mensen met een LVB. De conceptversie van de handreiking, zoals getest in de pilot, lijkt echter vooral interessant voor gedragswetenschappers en teamleiders die de contacten met instellingen voor verslavingszorg onderhouden als het gaat om verwijzing, het leveren van relevante en actuele dossier- en bejegeninginformatie en terugkoppeling over de behandeling. De handreiking vormt een goede basis om met de verslavingszorg werkafspraken te maken. Het afnemen van de SumID-Q (screeningsinstrument middelengebruik) wordt voornamelijk door daarin getrainde

gedragswetenschappers gedaan. Screening van alle regulier aangemelde patiënten in de verslavingszorg op een mogelijke LVB bleek helaas niet haalbaar binnen deze pilot. Daarmee komt casefinding van niet eerder (door bijvoorbeeld verwijzer) geïdentificeerde LVB in het gedrang. Deelnemers geven drie redenen aan waarom screening niet haalbaar is: 1. schroom om een dergelijke screening standaard af te nemen, 2. praktische problemen met het gebruik van instrumenten (waaronder noodzaak tot scholing en kosten), 3. het volle programma van de intake dat weinig ruimte voor extra screening overlaat.

Aanpassing van de handreiking

Vanwege de behoefte aan korte, overzichtelijke instructies zijn per onderdeel van de handreiking werkkaarten ontwikkeld. Deze zijn als bijlagen toegevoegd aan de definitieve handreiking (VanDerNagel, Van Dijk, Kemna, Barendregt, & Wits, 2017).

Discussie en conclusie

Voor zover bekend is dit het eerste project waarin de samenwerking tussen VG-zorg en verslavingszorg rondom de intake van cliënten met een LVB in de verslavingszorg werd onderzocht en verbeterd. In de focusgroepen kwamen aanzienlijke knelpunten aan het licht, maar werd ook constructief nagedacht over gezamenlijke oplossingsrichtingen. De handreiking kreeg door deze input een belangrijk ‘bottom-up’-karakter en bleek voor deelnemers aan de pilot goed toepasbaar in de dagelijkse praktijk. Op een aantal punten is de uitvoerbaarheid echter lastiger: de screening op LVB onder cliënten in de reguliere intake kwam nauwelijks van de grond. Hierbij lijken zowel tijdsbeperkingen (een extra screener in een volle intake agenda) als attitude-aspecten (intakers vinden het niet passend om iedereen te screenen) een rol te spelen. Daarnaast blijken er veel deelaspecten aandacht te vergen in het LVB-vriendelijk maken van de intake. Voor een geslaagde implementatie is daarom ondersteuning op proces- en teamleidersniveau nodig. Daarnaast is het de vraag in hoeverre

(H)erkend en juist behandeld: Een verbeterde toegang tot de verslavingszorg mensen voor met een lichteverstandelijke beperking – van der Nagel, Kemna, Barendregt & Wits

de resultaten uit deze pilot gegeneraliseerd kunnen worden naar andere instellingen voor verslavingszorg en VG-zorg. Deelnemers aan dit project zijn bij aanvang van het project al gemotiveerd het intakeproces LVB-vriendelijker te maken. Deze motivatie is – zowel volgens de deelnemers als volgens de projectleiding – niet vanzelfsprekend voor alle collega's in de verslavingszorg en VG-zorg. Een succesvolle implementatie van de LVB-vriendelijke intake in alle instellingen voor verslavingszorg is daarmee nog geen gelopen race.

Dit project toont echter wel aan dat een LVB-vriendelijkere intake een realistische mogelijkheid is. De verspreiding van de handreiking met concrete adviezen en aanbevelingen via onder meer Resultaten Scoren zorgt ervoor dat alle verslavingszorginstellingen kunnen beschikken over de kennis en ervaringen opgedaan in dit project. Daarnaast is met de ontwikkeling van deze handreiking in combinatie met de eerder ontwikkelde CGT+, een basisbehandeltraject uitgewerkt voor cliënten met een LVB en verslaving. Het project gericht op een aangepaste intake heeft daarnaast opnieuw de toegang tot goede GGZ-zorg voor mensen met een LVB op de agenda gezet. Voortbordurend op deze pilot in de verslavingszorg zal ook voor de algemene GGZ gewerkt worden aan een LVB-vriendelijkere voorkeur. In de verslavingszorg wordt het onderzoek naar effectieve en goed ingerichte zorg voor cliënten met een LVB intussen vervolgd.

Literatuur

- Babor, T., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Guidelines for use in Primary Care (2nd edition)*. Geneva: World Health Organization.
- Bruijnen, C. J. W. H., Kessels, R. P., Dijkstra, B. A. G., Walvoort, S. J. W., Wester, A. J., & Jong, C. A. J. de (2016). *Montreal Cognitive Assessment - Dutch (MoCA-D): Een cognitieve screener in de Nederlandse reguliere verslavingszorg*. Nijmegen: NISPA.
- Dijk, M. van, VanDerNagel, J. E. L., Dijkstra, B. A. G., Didden, R., Haan, H. A. de, & Jong, C. A. J. de (2016). TactIQ: Lichte Verstandelijke Beperking bij mensen met een verslaving. In C. A. J. de Jong, H. A. de Haan, B. A. G. Dijkstra, & A. F. A. Schellekens (Red.), *Verslaving anders bekijken* (pp. 34–37). Nijmegen: NISPA.
- Hamminck, A., Schrijvers, C., & Mheen, D. van de (2014). Alcohol en drugsgebruik onder mensen met een licht verstandelijke beperking. *Verslaving*, 10(2), 57-70.
- Hamminck, A. B., VanDerNagel, J. E. L., & Mheen, D. van de (2014). Dual disorders: Mild intellectual disability and substance abuse. In G. Dom, & F. Moggi (Eds.), *Co-occurring addictive and psychiatric disorders: A practice-based handbook from a European perspective* (pp. 206-220). Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.
- Hayes, S. (2000). *Hayes Ability Screening Index: Manual*. Sydney: Faculty of Medicine, University of Sydney.
- Kaal, H. L., Nijman, H., & Moonen, X. (2013). *Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking*. Amsterdam: Hogrefe.
- Kouimtsidis, C., Fodor-Wynne, L., Scior, K., Hunter, R., Baio, G., Pezzoni, V., & Hassiotis, A. (2015). Extended brief intervention to address alcohol misuse in people with mild to moderate intellectual disabilities living in the community (EBI-ID): Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16, 114, 1-8.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., . . . Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695–699.
- Rossey, J. (2012). *Screening en behandeling van middelenmisbruik bij personen met een verstandelijke beperking : kwalitatief onderzoek naar de perceptie van hulpverleners*. Master scriptie, Gent: Universiteit Gent, faculteit psychologie en pedagogische wetenschappen.
- Royal College of Psychiatrists. (2012). *Enabling people with mild intellectual disability and mental health problems to access healthcare services*. London: Royal College of Psychiatrists.
- Slayter, E. M. (2010). Not immune: Access to substance abuse treatment among Medicaid-covered youth with mental retardation. *Journal of Disability Policy Studies*, 20, 195–204.

- To, W. T., Vanheule, S., & Vanderplasschen, W. (2014). Screening for intellectual disability in persons with a substance abuse problem : Exploring the validity of the Hayes Ability Screening Index in a Dutch-speaking sample. *Research in Developmental Disabilities*, 36, 498–504.
- VanDerNagel, J. E. L., Dijk, M. van, Kemna, L. E. M., Barendregt, C., & Wits, E. (2017). *(H)erkend en juist behandeld: Handreiking voor implementatie en uitvoering van een LVB-vriendelijke intake in de verslavingszorg*. Utrecht: Perspectief.
- VanDerNagel, J. E. L., Kemna, L., Trentelman, M. J., & Didden, R. (2013). Middelengebruik bij cliënten met een verstandelijke beperking: Methode voor het signaleren en bespreken. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 157, A5668.
- VanDerNagel, J. E. L., & Kiewik, M. (2016). *CGT+, Cognitieve gedragstherapeutische behandeling voor problematisch middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Utrecht: Perspectief.
- VanDerNagel, J., Kiewik, M., & Didden, R. (2012) *Iedereen gebruikt, toch? Handboek LVB en verslaving*, Amsterdam: BOOM.
- VanDerNagel, J. E. L., Kiewik, M., Dijk, M. van, Didden, R., Korzilius, H. P. L. M., Palen, J. van der, . . . Jong, C. A. J. de (2017). Substance use in individuals with mild to borderline intellectual disability: A comparison between self-report, collateral-report and biomarker analysis. *Research in Developmental Disabilities*, 63, 151-159.
- VanDerNagel, J. E. L., Kiewik, M., Dijk, M. van, Jong, C. A. J. de, & Didden, R. (2011). *Handleiding SumID-Q. Meetinstrument voor het in kaart brengen van middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Deventer: Tactus verslavingszorg.

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 Nico Overvest (MHA), Adviseur strategisch management in de zorg en Expert op het snijvlak van LVB, criminaliteit en zorg.

SLA VOOR LVB

Mensen met een LVB zijn aantoonbaar oververtegenwoordigd in de strafrechtsketen en zeer waarschijnlijk ook in verschillende gemeentelijke domeinen zoals wonen, werken, zorg, schuldsanering en overlast in de openbare ruimte. De oververtegenwoordiging in de strafrechtsketen is onderzocht. Het komt door drie factoren.

- Kenmerken van LVB: het is bijvoorbeeld moeilijker om wensen uit te stellen of om de gevolgen van eigen gedrag op de langere termijn te overzien. De ingrijpende gevolgen van een LVB worden vaak niet onderkend.
- Beslissingen in de strafrechtsketen: de rechercheur legt bijvoorbeeld te veel druk op een beïnvloedbare verdachte, de rechter interpreteert het streetwise gedrag op de zitting niet goed, de taakstraf is te hoog gegrepen.
- En last, but not least: de mate van maatschappelijke ondersteuning. LVB is een ingrijpende beperking. De maatschappij wordt ingewikkelder en doet een steeds sterke appèl op eigen kracht.

De afgelopen tien jaar is de aandacht voor een LVB in de strafrechtsketen flink toegenomen. Er worden handleidingen en boeken geschreven, congressen georganiseerd. Een aantal gemeenten ontwikkelt gericht beleid voor burgers met een LVB. Dat lijkt vooruitgang, maar de indruk is dat er nog nauwelijks sprake is van

daadwerkelijke verbeteringen. Hoe komt dat?

Dat komt door de combinatie van de ingewikkeldheid van een LVB, de vele schakels van de strafrechtsketen (er hoeft maar in één schakel iets mis te gaan) en de vele gemeentelijke domeinen (er hoeft er maar eentje niet thuis te geven). Verbeteringen op één terrein kan teniet worden gedaan door tekortschieten op een ander terrein. Wanneer in de gevangenis een passende ondersteuning wordt geboden aan een gedetineerde met een LVB, maar de gemeente zorgt niet voor huisvesting en (bijstands)inkomen, dan is er toch een groot risico op recidive. Landelijke initiatieven op deelterreinen zijn nuttig en nodig, maar zorgen niet voor een doorbraak. Er is geen “one size fits for all”.

Het kan beter: Samen Lokaal Aanpakken (SLA) voor LVB

Eigenlijk zijn er maar twee dingen nodig: erkenning van de ingrijpende gevolgen van een LVB en bevoegen professionals die met liefde het goede willen doen. Dat geeft een noodzakelijke basis voor samenwerking tussen de onderdelen van de strafrechtsketen en de verschillende gemeentelijke domeinen. Dat moet je Samen Lokaal Aanpakken: Samenwerking tussen rechters en reclassering, politie, gevangeniswezen, gemeenten en zorgaanbieders. Hier en daar gebeurt het al. Sommige landelijke initiatieven ondersteunen een samenwerkende lokale aanpak. Maar het kan nog veel beter. En er moet nog veel bedacht worden. We kunnen beginnen met werkplaatsen waar best practices worden ontwikkeld, zodat lokaal van elkaar geleerd kan worden: werkplaatsen LVB met vertegenwoordigers van gemeenten, de strafrechtsketen, zorgaanbieders, hogescholen en universiteiten. Verbeteren van de praktijk, onderwijs en onderzoek bij elkaar. Werkplaatsen die ondersteund worden door een landelijk kader.

Met SLA voor LVB wordt er beter gewerkt aan vermindering van criminaliteit, verlaging van maatschappelijke kosten en verhoging van de kwaliteit van leven van mensen met een LVB!
Nico Overvest

INTERVIEW: (H)ERKENNEN EN WAARDEREN¹

Op woensdag 5 juli 2017 sprak Xavier Moonen zijn oratie als Bijzonder Hoogleraar Kennisontwikkeling over Jeugdigen en Jongvolwassenen met Licht Verstandelijke Beperkingen en Gedragsproblemen uit. De bijzondere leerstoel is 1 december 2016 ingesteld door de Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra (VOBC) en is ondergebracht in de Faculteit der Maatschappij- en Gedragswetenschappen van de Universiteit van Amsterdam. De redactieleden Annie de Groot en Hilde Tempel legden Xavier een aantal vragen voor.

Hoe kijk je terug op de ontwikkelingen in de LVB-zorg?

Toen ik in 1985 in de sector startte was het een echte niche sector binnen de VG en het totale zorglandschap. Er werd naar de sector verwezen, maar er waren betrekkelijk weinig inhoudelijke verbindingen met de jeugdzorg, de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen, de psychiatrie en met justitie. Iedere organisatie pionierde in zijn eentje. Door de discussie over de zogenaamde achtervangfunctie kwam er meer reuring in de sector. Er werd fundamenteeler nagedacht over op wie we ons richtten, de eigen unieke werkwijzen, de samenwerking in en buiten de sector en over diagnostiek, behandeling en de kwaliteit van de hulpverlening. De oprichting van het OPDIN (orthopedagogen en psychologen in de debielenzorg in Nederland; sic!) versnelde dit. We waren er al snel uit dat wat ons bond, naast de cliënten waar we mee werkten, ook het bieden van relatief kortdurende (in vergelijking met de VG) intensieve behandeling (in vergelijking met de jeugdzorg) was. We werden daar zelfbewuster door. We vergaderden op locatie en zo leerden we elkaar kennen en waarderen. De leden van het OPDIN (met een vaste kern

aangevuld met een groep die steeds wisselde van samenstelling) lieten zich niets gelegen liggen aan “politiek gedoe” dat zich ook in en rond de sector afspeelde, maar richtten zich op vakinhoudelijke thema’s op het gebied van diagnostiek, residentiële en later ook ambulante behandeling en op het nadenken over het doel en het effect van onze individuele en groep-sinterventies. We hebben bijvoorbeeld al vroeg het driestrategieënmodel van Kok omarmd en verfijnd en dat wordt nog steeds breed gedeeld en ook in andere sectoren herkend en gewaardeerd. We wisselden ervaringen over methoden uit en er kwamen steeds meer good practices. Ook de bestuurders begonnen de inhoudelijke activiteiten steeds meer te waarderen en te ondersteunen. Eind van de vorige eeuw veranderde op hun initiatief het OPDIN in het Landelijk Kenniscentrum LVG (LKC LVG, later veranderd in LKC LVB), dat twee doelstellingen kende: enerzijds maatschappelijk-politieke beïnvloeding en anderzijds (profilering van) de kwaliteit van de behandeling in de Orthopedagogische Behandelcentra (OBC’s). Een gouden greep was de professionalisering van het bureau waardoor de activiteiten beter gestroomlijnd konden worden, er een beter timemanagement kwam en we ook wetenschappelijke projecten konden binnenhalen.

Wat heeft deze professionalisering opgeleverd?

Waar ik trots op ben is de productencatalogus die we gerealiseerd hebben en waar we nog steeds aan werken. Een wetenschappelijk heel veel geciteerd product is bijvoorbeeld de Richtlijn Effectieve Interventies LVB. Een aantal jaren geleden zagen we dat de twee activiteiten van het kenniscentrum niet meer goed verenigbaar waren en is er een scheiding gekomen tussen enerzijds de maatschappelijk-politieke beïnvloeding binnen de VOBC en anderzijds de wetenschappelijke profilering in het LKC LVB.

¹ Voor de tekst van de oratie zie: http://www.kenniscentrumlvb.nl/images/pdf/oratie_Moonen2017.pdf

We hebben ook gemeend dit laatste in een groter verband te moeten doen dan alleen met de OBC's en ik denk dat dit een zeer goede zet is geweest. Daardoor kunnen we veel beter de doelgroep LVB, in al zijn schakeringen, die immers veel breder is dan de cliënten van de OBC's, positioneren en passende diagnostiek, triage en behandeling en begeleiding bieden. Een mooi product ter zake is het Handboek Psychiatrie en LVB. De OBC's zijn de afgelopen 20 jaar duidelijk geprofessionaliseerd en vormen een waardevolle schakel in de totale hulpverleningsketen aan jeugdigen en jongvolwassenen. De transitie heeft veel overhoop gegooid, maar biedt ook nieuwe kansen. Die worden op dit moment volop verkend.

Welke uitdagingen zie je voor de komende periode?

Waar ik over twijfel is of we de sector nog zo nadrukkelijk in de VG moeten blijven positioneren. Qua cliënten waar wij ons op richten, onze maatschappelijke opdracht, de gekozen werkwijzen en de randvoorwaarden zijn we eerder een unieke sector dan een deelsector van de VG. En dit bedoel ik zo zeer niet politiek, maar vooral met het oog op de wensen, verlangens en (on)mogelijkheden van onze cliënten. Waar ik in mijn oratie voor gepleit heb, is om daarbij niet meer over de "doelgroep LVB" te spreken, maar ons te realiseren dat bij onze cliënten heel veel verschillende oorzaken spelen die ten grondslag liggen aan hun intellectuele en adaptieve deficits. Waar nog veel meer oog voor moet komen, is de impact die alle gebeurtenissen in het leven van onze cliënten hebben op hun actuele gedrag en hun (on)mogelijkheden om hun talenten te ontwikkelen. En we moeten veel meer werk maken van het betrouwbaar en valide vaststellen van de kwaliteit van hun adaptieve vaardigheden en de mogelijkheden om die op een positieve wijze te beïnvloeden.

Wat kan of moet anders?

Toen ik in 1985 begon was het adagium toch veel meer "ik weet als professional wat goed voor jou is, doe nu maar wat ik zeg en het komt goed met je." Het besef dat onze cliënten daar

over zo hun eigen mening op nahielden kwam pas later en dat was voor mij dé eye-opener in het onderzoek dat geleid heeft tot mijn proefschrift. We wisten eigenlijk helemaal niet zo veel over de persoonlijke drijfveren van onze cliënten en hun ouders (en vonden het toen ook helemaal niet zo belangrijk). De positie van de cliënt en zijn systeem is fundamenteel door wetgeving veranderd, maar even belangrijk is het inzicht dat we tot partnerschap met de cliënt en het cliëntsysteem moeten komen om effectief te kunnen behandelen. Natuurlijk werken we daarbij vaak met cliënten die wispelturig zijn en de grenzen van hun mogelijkheden en het maatschappelijk betamelijke soms uitbundig verkennen. Uit onderzoek weten we dat een dwingende en coërcieve begeleidingsstijl daarbij averechts werkt. Maar we voelen ons soms wel door hen uitgedaagd en moeten dus effectieve behandel- en begeleidingsstijlen ontwikkelen die voor hun en voor ons werken. Dat is niet makkelijk. Ik zie die worsteling bij alle collega's. Wetenschappelijke inzichten kunnen hierbij helpen. Het leef- en werkklimaatonderzoek dat we doen bijvoorbeeld kan ons helpen. Maar ook het oude OPDIN-gedrag moet weer meer afgestoft worden: ga bij elkaar kijken en leer van elkaar.

Hoe zou je de beoogde veranderingen willen bewerkstelligen?

Vroeger werd opname toch al snel als de beste oplossing gezien. Nu zie ik opname als ultimatum remedium, namelijk alleen dan als de ontwikkeling van een kind in direct gevaar is en er andere alternatieven ontbreken. En na een opname moeten we ons iedere dag opnieuw de vraag blijven stellen "is het nog wel nodig?", want we berokkenen ook iatrogene schade door de opname. Ik wil dit graag in het project gericht op zo genaamde ACE (Adverse Childhood Experiences - negatieve levensgebeurtenissen in de kindertijd) gaan onderzoeken met een van mijn promovendi. Ten tweede, voor we met een behandeling beginnen moeten we een hele goede assessment doen en state-of-art diagnostiek. Binnen de sector hebben we mooie producten en handreikingen ontwikkeld, gebruik die vooral! Ten derde moe-

ten we meer onderzoek doen naar effectieve behandelingen en die behandelingen die effectief zijn moeten we ook daadwerkelijk inzetten als eerste voorkeur. De diverse databanken effectieve interventies (ik participeer zelf in die van het NJi en in die van Vilans) hebben veel moois te bieden. Wetenschappelijk onderzoek doen binnen de OBC's staat onder druk, want de middelen zijn schaars en kunnen maar één keer worden uitgegeven. Hier ligt ook een taak voor de overheid. Goede kwaliteit van zorg kan alleen mede op basis van goed onderzoek ontwikkeld worden. Onze cliënten en de mensen die belangrijk zijn verdienen dit.

Wat zou je nooit meer willen meemaken en wat moet niet meer gebeuren?

Helaas zijn er tijdens mijn werk cliënten gestorven, soms aan een ziekte, maar soms ook door moord of suïcide. Dat is ieder keer verschrikkelijk. Ik voelde me dan vaak heel verdrietig, maar heb iedere situatie ook te baat genomen om alle aspecten rondom de behandeling en alle beslissingen die we in die behandeling namen diepgaand te analyseren en te trachten ervan te leren. Wat niet meer mag gebeuren, is dat wij ook maar één cliënt in de kou laten staan, omdat we de goede zorg organisatorisch of zorginhoudelijk niet voor elkaar krijgen. We zijn een rijk land en we hebben voldoende kennis en resources in de sector om iedere cliënt waar we een behandelrelatie mee zijn aangegaan te kunnen begeleiden zo lang deze dat wenst of de situatie dat noodzakelijk maakt. Maak het niet tot een persoonlijk strijdpunt, maar blijf steeds het belang van de cliënt voor ogen zien.

Wat heeft het werken met de kwetsbare mensen jou als professional én als persoon gedaan?

Tja, naarmate ik langer in de sector werk, merk ik dat ik moeite krijg met de wij-zij framing. Wij zouden de professionals zijn en zij zijn kwetsbaar? Kwetsbaarheid is situationeel en soms zijn onze cliënten verrassend sterk. Dat leer ik bijvoorbeeld van het Mont Ventoux-project van Koraal. Wat een ongekende krachten ontplooiën die cliënten als ze zich maar gehoord

en begrepen voelen, goed begeleid worden en adequaat beloond worden. En ben eens eerlijk, dat is niet anders dan de drijfveren van jou en mij. Professionaliteit kan niet zonder de intentie de ander echt te willen ontmoeten. In mijn oratie citeerde ik Martin Buber: "Alles wirkliche Leben ist Begegnung." Mooier kan ik het niet zeggen.

BINNENGEKOMEN

In deze rubriek wordt naar recent verschenen publicaties verwezen

Wieland J., Aldenkamp E., van den Brink A. (2017). Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. ISBN 9789036816571

Dit boek helpt professionals in de GGZ bij de bejegening, communicatie, diagnostiek en behandeling van patiënten met een laag IQ. Juist patiënten met een lager IQ hebben een groter risico op het ontwikkelen van allerhande psychiatrische stoornissen. Onjuiste diagnostiek of een niet-aansluitende behandeling veroorzaakt onnodig lijden bij de patiënt en hoge maatschappelijke kosten. Circa 15% van de Nederlandse bevolking heeft een IQ onder de 85, waarbij psychiatrische stoornissen drie tot vier keer vaker voorkomen dan bij een normaal begaafde populatie. Psychiatrische aandoeningen worden in deze patiëntengroep, bij gebrek aan specifieke richtlijnen, zowel onderals over gediagnosticeerd. Behandel mogelijkheden aangepast aan het cognitieve niveau zijn vaak niet algemeen bekend of niet voorhanden. Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ geeft handvatten voor het herkennen van deze patiëntengroep in de dagelijkse GGZ-praktijk. Het gaat uitgebreid in op diagnostiek en behandeling van deze groep. Het leert u hoe u effectief met deze patiënten een gesprek kunt voeren. Door het hele boek heen zijn diverse aansprekende casussen verwerkt. Het boek richt zich op psychiaters, psychologen en verpleegkundigen en andere professionals werkzaam in de GGZ-praktijk. Het boek is ook goed bruikbaar in opleidingen binnen de GGZ.

Van der Nagel, J., Kiewik, M. & Didden, R. (2017). LVB verslaving, set handboek en casusboek. Amsterdam: Boom uitgevers. ISBN 9789024422128

Deze herziene editie van 'Iedereen gebruikt toch?' bevat de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van behandelmethodieken en in-

strumenten voor de diagnostiek van de lichte verstandelijke beperking en verslaving (DSM-5). Ook het huidige beleid in de zorg komt aan bod, inclusief wetten en regelgeving. De auteurs bieden de lezer een stevig fundament waar deze complexe en specifieke problematiek om vraagt. In de vier delen van het nieuwe handboek wordt in het eerste deel de achtergrond van verslavingsproblematiek bij mensen met een LVB geschetst. In het tweede deel wordt ruimschoots aandacht besteed aan het signaleren en bespreekbaar maken van problemen op dit gebied. Het derde deel gaat in op behandeling. Het laatste deel behandelt beleid, wetgeving en preventie. Bij dit handboek hoort het Casusboek LVB en verslaving met nog meer verhalen uit de praktijk, inclusief tips en valkuilen. Het boek is geschikt voor alle professionals die werkzaam zijn in de gehandicaptenzorg, verslavingszorg, jeugdzorg, forensische zorg en ggz.

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 gevalstudie, case studie of casuïstisch onderzoek genoemd (in deze tekst gebruiken we deze vier benamingen als synoniemen). Ook internationaal worden gevalstudies 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 case studies even zwaar laten wegen als wat als gouden standaard in het effectonderzoek wordt gezien: de randomized controlled trial. Daaruit blijkt het belang van case studies 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 gevalstudie. 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 gevalstudie kan in dat geval een krachtig bewijs leveren voor de effectiviteit.

Onder de leden van het Landelijk Kenniscentrum LVB (LKC LVB) is een groeiende vraag naar scholing in en begeleiding bij het uitvoeren van gevalstudies, met name om op eenvoudig uitvoerbaar niveau de effecten van interventies te onderzoeken en daardoor bij te

dragen aan empirische evidentie (evidence based practice). De cursus staat ook open voor medewerkers van lid-instellingen van de VGN. Onderwerpen zijn niet beperkt tot het veld van de LVB; thema's uit het brede veld van de gehandicaptenzorg kunnen aan de orde komen.

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.

Docenten

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

Aanmelding

www.kenniscentrumlvb.nl/kennis-delen/cursusaanbod/cursus-n-1-onderzoek

