

Onderzoek & Praktijk

CGT BIJ EEN OBSESSIEVE COMPULSIEVE STOORNIS

HOUVAST, EEN NIEUWE INTERVENTIE

DE PREVALENTIE VAN MIDDELENGEBRUIK IN EEN OBC

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

Voorjaar 2015, jaargang 13, nr 1

Onderzoek & Praktijk

Voorjaar 2015
Jaargang 13 - nummer 1

Inhoud

Ponsioen	5	Voorwoord
Korrel	7	Een individueel afgestemde cognitief gedragstherapeutische behandeling bij een 16-jarig meisje met een obsessieve compulsieve stoornis
Lever & De Beer	17	HouVast, stut en steun voor gezinnen van ouders met een LVB. Een nieuwe interventie
Poelen, Schijven & Vermaes	25	De prevalentie van middelengebruik bij jongeren met een licht verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen in een orthopedagogisch behandelcentrum

Binnengekomen

39

Agenda

43

Onderzoek & Praktijk

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

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
hoofredacteur Onderzoek & Praktijk

Positief nieuws dit voorjaar: de economie lijkt toch echt wat aan te trekken, dus kan er wat aan belastingverlichting worden gedaan. Hoe schrijnend is dan het bericht van een zorgverlener dat cliënten die begeleid zelfstandig wonen er elke maand netto weer op achteruitgaan. Dit heeft te maken met beleidswijzigingen met betrekking tot de VPT (Volledige Pakket Thuis) tarieven, waardoor onder meer het voedingsgeld komt te vervallen. En net als een aantal jaar geleden, bij het fors verhogen van de eigen bijdrage van deze zelfde cliënten, lijkt niemand zich hier druk om te maken. Sociaal kwetsbare burgers die met veel moeite proberen te participeren in de maatschappij en dit met een aantal uren ambulante begeleiding in de maand voor elkaar krijgen gaan nu eenmaal niet als andere groepen burgers hun verontwaardiging met veel kabaal aan de man brengen. O ja, de cliënten krijgen nog wel een keuze voorgelegd: in plaats van het continueren van de extramurale zorg kan men er voor kiezen terug naar de instelling te gaan!

In dit voorjaarsnummer van *Onderzoek & Praktijk* laten de verschillende bijdragen zien dat er zowel vanuit de klinische praktijk als vanuit het wetenschappelijke onderzoek in toenemende mate aandacht is voor het afstemmen en aanpassen van interventies voor cliënten met LVB-problematiek. Geheel in de lijn van de *personalised medicine* is het artikel van *Linda Korrel* over het op maat snijden van een cognitieve gedragstherapie bij een 16-jarig meisje met een obsessieve compulsieve stoornis. Een mooi voorbeeld van een behandeling waarbij een protocol niet als harnas wordt gebruikt maar als richtlijn of ‘globale gids’.

De interventie HouVast, beschreven in het artikel van *Marcia Lever* en *Annemarie de Beer*, is een combinatie van oplossingsgericht werken, een integrale aanpak en zoveel mogelijk uitgaan van de eigen krachten binnen en rond een gezin. Het zou mooi zijn als de mogelijkheid van financiering door de gemeenten van dergelijke interventies niet alleen maar afhankelijk is van lastig door te rekenen kostenplaatjes. De kosten op de korte termijn zijn immers in harde euro's aan te geven, maar de kosten op lange termijn als een interventie niet is ingezet en er bijvoorbeeld kinderen in instellingen worden geplaatst, zijn veel lastiger aan te geven. Het gaat hierbij overigens niet alleen om financiële kosten, maar meer nog om schade in de persoonlijke en relationele sfeer.

Evelien Poelen, *Esmée Schijven* en *Ignace Vermaes* sluiten dit voorjaarsnummer af met schrikbarende getallen over middelengebruik bij jongeren die in een OBC behandeld worden. Deze inventarisatie vraagt om een vervolg waarin de aanbeveling van de auteurs ter harte is genomen: “*Daarom is het van belang dat er bij deze jongeren geïntervenieerd wordt in een stadium voordat problematisch gebruik ontstaat.*”

Het zou mooi zijn als in het volgende nummer van *Onderzoek & Praktijk* vermeld kan worden dat de lastenverlichting ook bij de personen met de zwaarste lasten terechtgekomen is. Ik wens de lezer tot dan een goede en ontspannende zomerperiode toe.

EEN INDIVIDUEEL AFGESTEMDE COGNITIEF GEDRAGSTHERAPEUTISCHE BEHANDELING BIJ EEN 16-JARIG MEISJE MET EEN OBSESSIEVE COMPULSIEVE STOORNIS

Linda Korrel¹

Petra is een 16-jarig meisje dat gediagnosticeerd is met een obsessieve compulsieve stoornis. Ze is opgenomen op de residentiële observatiegroep voor jongeren met een licht verstandelijke beperking en gedragsproblemen. Er is op hoge frequentie cognitieve gedragstherapie ingezet volgens het protocol 'Bedwing je dwang' met als doel het verminderen van de dwanghandelingen. Gedurende de therapie bleek de angst voor sociale afwijzing de aanleiding en in stand houdende factor te zijn van de dwanghandelingen van Petra. De therapie is op maat gemaakt voor Petra en gericht op het vergroten van haar zelfvertrouwen. Door de therapie af te stemmen op de behoeften en signalen van Petra en intensieve samenwerking tussen de observatiegroep, school en de therapeut is zij na een half jaar bijna geheel klachtenvrij.

Inleiding

Een obsessieve compulsieve stoornis (OCS) kenmerkt zich door dwanggedachten en -handelingen. Dwanggedachten zijn terugkerende en hardnekkige gedachten, impulsen of voorstellingen. Dwanghandelingen bestaan uit herhaald gedrag of geestelijke handelingen die de persoon uitvoert als reactie op een obsessie of die worden uitgevoerd volgens strikte regels. Beide zijn gericht op het verminderen of voorkomen van spanning en worden door de persoon als zinloos, maar oncontroleerbaar ervaren. Wanneer een persoon door deze dwanggedachten of dwanghandelingen problemen ondervindt in het dagelijks leven en hier meer dan één uur per dag aan besteedt, is er sprake van een OCS (American Psychiatric Association, 2000). Comorbiditeit bemoeilijkt het diagnosticeren, maar zeker ook het behandelen van een persoon met OCS. Uit onderzoek blijkt dat een OCS een grote comorbiditeit heeft met depressie, sociale fobie en alcoholverslaving (Douglass, Moffitt, Dar, McGee & Silva, 1995), evenals met Gilles de la Tourette (Do Rosario-Campos et al., 2005).

Petra is een zwakbegaafd, 16-jarig meisje waarbij de diagnose OCS gesteld is. Haar dwangmatige gedrag bestond uit urenlang make-up opdoen tot het goed genoeg zat. Wanneer zij hierin gestopt werd of druk op haar werd uitgeoefend om op te schieten, werd ze boos en verdrietig. Veelal betekende dit dat het nog langer duurde voordat zij klaar was. Petra is door haar ouders en bij eerdere hulpverleningsinstellingen beschreven als een onzeker meisje dat gevoelig is voor kritiek. Ze heeft moeite om contact met leeftijdsgenoten te maken en vriendschappen te onderhouden. Haar dwang is geleidelijk ontstaan en uiteindelijk kon zij 13 uur bezig zijn met het opdoen van haar make-up. Hierdoor was er sprake van schoolverzuim, had Petra geen vrienden meer en geen hobby's of andere vrijetijdsbestedingen

De moeder van Petra heeft ook dwangklachten. Moeder en dochter leken elkaar te versterken in hun dwanghandelingen. Omdat ambulante hulpverlening ontoereikend is gebleken, is zij aangemeld bij een jeugdhulpverleningsorganisatie voor kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking.

¹ Linda Korrel is als behandelcoördinator/orthopedagoog (MSc) werkzaam bij een orthopedagogisch behandelcentrum in Noord-Holland. Correspondentie: l_korrel@hotmail.com

Bij de aanmelding is overwogen welke behandelvorm het beste zou aansluiten bij de hulpvraag van Petra. Er hebben ook veel systeemfactoren meegespeeld bij het ontstaan en in stand houden van de problematiek van Petra. Daarom leek een klinische ortho-psihiatrische behandeling met aandacht voor de in stand houdende factoren in de thuissituatie passend. De mate van het dwangmatige gedrag is van dien aard geweest dat een klinische opname is ingezet om de spiraal waarin het gezin verkeerde te doorbreken. Petra is opgenomen op een observatiegroep voor jongeren met een licht verstandelijke beperking en gedragsproblematiek waar diagnostiek, therapie en gezinsbegeleiding onderdeel van het hulpverleningstraject zijn.

Direct nadat Petra is verhuisd naar de observatiegroep, is de therapie gestart. Er is gekozen voor behandeling volgens het protocol 'Bedwing je dwang'. Dit is een cognitief-gedragstherapeutische behandeling waarbij gebruik gemaakt wordt van exposure, responspreventie en cognitieve gedragstherapie (De Haan & Wolters, 2009). Deze behandeling is onder andere gebaseerd op het twee fasen model van Mowrer (1960). Dat model gaat ervan uit dat klassieke conditionering een grote rol speelt in het ontstaan van de klachten. Angsten zouden ontstaan na een traumatische gebeurtenis. De situatie of omgeving waarin dit gebeurd is, veroorzaakt vervolgens gevoel van angst (eerste fase). De handeling werkt angstverminderend, dat vervolgens het conditionerende effect heeft voor de dwangmatige uitvoering van die handeling (tweede fase).

Het cognitieve verklaringmodel van Salkovskis (1985) biedt daarnaast een aanvullende verklaring van de dwang. Dit model beschrijft dat de dwanghandelingen, ook wel dwangrituelen genoemd, ontstaan naar aanleiding van een gedachte waaraan de cliënt een betekenis toekent. Door die betekenisgeving ontstaat angst en de dwanghandeling is nodig om deze angst te verminderen.

De rituelen bieden echter alleen angstvermindering op korte termijn. Op lange termijn houdt het de dwangproblematiek juist in stand, doordat dwangmatig gedrag of dwangmatige gedachten nodig blijven om de angst af te laten nemen. Het doel van de dwangbehandeling volgens het protocol 'Bedwing je Dwang' is daarom het niet meer toepassen van dwangrituelen om de angst te verminderen. Dit gebeurt door middel van geleidelijke responspreventie (in kleine stapjes staken van de dwanghandelingen) en exposure om vermijdingdrang te voorkomen. Daarnaast wordt er in het protocol gebruik gemaakt van cognitieve gedragstherapie, waarin de dwanggedachten en -handelingen en de aanleiding daarvan getoetst worden op juistheid en rationaliteit. Het protocol 'Bedwing je Dwang' beschrijft per sessie de stappen en onderdelen van de therapie. Er wordt begonnen met een inventarisatie van de klachten. Dit neemt enkele sessies in beslag. Vervolgens wordt er gestart met exposure en responspreventie door middel van oefeningen waarbij de dwanghandelingen in kleine stapjes verminderd worden. Tevens worden er cognitieve interventies gepleegd waarbij de dwanggedachten of interpretaties van de dwanghandelingen veranderd worden. Een belangrijk onderdeel in alle fasen van de behandeling is de registratie van de dwanghandelingen en -gedachten. De cliënt krijgt vanaf de eerste sessie de opdracht om de frequentie van de dwangrituelen te registreren. Hierdoor is het mogelijk een goed beeld te krijgen van de dwangrituelen en daarnaast werkt het motiverend voor de cliënt, doordat de ernst en afname van de problemen zichtbaar worden (De Haan & Wolters, 2009).

Methode

Aangezien verondersteld werd dat de dwanghandelingen van Petra (langdurig opmaken van haar gezicht) gezien konden worden als copingstrategie, is er besloten om de copingstrategieën van Petra te onderzoeken. Er is gebruik gemaakt van de Utrechtse Coping Lijst (UCL). De normen, betrouwbaarheid en validiteit van de UCL zijn door de COTAN in 1994 als voldoende beoordeeld.

Zowel voorafgaand als aan het einde van de therapie is deze vragenlijst door Petra ingevuld. Deze vragenlijst heeft als doel: het vaststellen van karakteristiek copinggedrag bij confrontatie met

problemen of aanpassingsvereisende gebeurtenissen. Er worden in de lijst zeven copingstrategieën onderscheiden (Schreurs, Van de Willige, Borsschot, Tellegen, & Graus, 1993):

1. Actief aanpakken: De situatie rustig van alle kanten bekijken, de zaken op een rijtje zetten; doelgericht en met vertrouwen te werk gaan om het probleem op te lossen.
2. Palliatieve reactie: Afleiding zoeken en zich met andere dingen bezighouden om niet aan het probleem te hoeven denken; proberen zich wat prettiger te voelen door te roken, te drinken of zich wat te ontspannen.
3. Vermijden: De zaak op zijn beloop laten, de situatie uit de weg gaan, of afwachten wat er gaat gebeuren.
4. Sociale steun zoeken: Troost en begrip bij anderen zoeken en zijn of haar zorgen aan iemand vertellen of hulp vragen.
5. Passief reactiepatroon: Zich volledig door het probleem en de situatie in beslag laten nemen, de zaak somber inzien, zich piekerend in zichzelf terugtrekken, niet in staat zijn om iets aan de situatie te doen; piekeren over het verleden.
6. Expressie van emoties: Zijn of haar ergernis of kwaadheid laten blijken en spanningen afreageren.
7. Geruststellende gedachten: Zichzelf geruststellen met de gedachte dat na regen zonneshijn komt, dat anderen het ook wel eens moeilijk hebben of dat er nog wel ergere dingen gebeuren; zichzelf moed inspreken.

Vervolgens is de therapie met een frequentie van twee sessies per week gestart volgens het protocol 'Bedwing je dwang'. Het doel van de therapie was het verminderen van de dwanghandelingen. Naast individuele sessies is er intensief contact tussen de groepsleiding en de behandelcoördinator van Petra. Na elke sessie is er in het bijzijn van (en meestal ook door) Petra een overdracht gedaan aan de groepsbegeleiding over wat er tijdens de therapie besproken en gedaan was. Tevens heeft de therapeut na elke sessie een e-mail met een uitgebreidere overdracht van de belangrijkste elementen van die dag gestuurd naar de groepsbegeleiding en de behandelcoördinator van Petra. Hierdoor wist Petra dat de groepsbegeleiding op de hoogte was van de oefeningen en elementen van de therapie en is zij gestimuleerd om dit ook buiten de therapie te oefenen. Andersom is er ook contact geweest over bijzonderheden rondom Petra op de groep geweest. Daardoor kon de behandeling op de groep worden afgestemd op de therapie en andersom. Daarbij is er frequent contact met haar nieuwe school geweest. Hierdoor werd er een gezamenlijke en eenduidige benadering mogelijk en was het generaliseren van hetgeen in de therapie geoefend of besproken werd makkelijker voor Petra.

De eerste sessies zijn gebruikt voor kennismaking en inventarisatie van (het ontstaan van) haar dwangklachten. Petra beschreef verschillende sociale afwijzingen voorafgaand aan en tijdens het ontstaan van de OCS. Ze voelde zich veelvuldig afgewezen en wilde aardig en leuk gevonden worden door haar leeftijdsgenoten. De snerende opmerking van haar klasgenoten over het uiterlijk van anderen maakte dat Petra steeds meer tijd en aandacht besteedde aan haar uiterlijk, en vooral aan haar make-up. Ze experimenteerde hiermee wat in eerste instantie leidde tot grotere afwijzingen en pesterijen, waardoor bij Petra een drang ontstond om de juiste wijze van opmaken met de juiste hoeveelheid make-up te vinden. Dit resulteerde in het langdurige en dwangmatige ritueel van opmaken.

In de volgende sessies van de therapie is haar tijdrovende ochtendritueel stap voor stap uitgeschreven. Petra bleek drie kwartier bezig te zijn met uit bed komen en douchen. Ze vond dat dit geen onderdeel was van haar dwanghandeling. De dwanghandeling bestond volgens haar alleen uit het opdoen van haar make-up, wat de volgende stap in haar ochtendritueel was. De stappen die zij daarin zette zijn nauwkeurig opgeschreven en met haar doorgenomen. Hieruit bleek dat ze niet zozeer opvallende manieren of technieken gebruikte, maar wel erg perfectionistisch was. Dit uitte zich in het regelmatig opnieuw doen van de make-up, omdat het te dik, te dun of 'gewoon' niet goed zat.

Er zijn dan ook verschillende aanknopingspunten naar voren gekomen voor de volgende stap in de therapie: oefeningen met als doel geleidelijke responspreventie en exposure. Naast de inventarisatie van haar klachten is ook de registratie daarvan geïntroduceerd. Petra werd gevraagd om elke ochtend bij te houden hoelang zij met het opmaken bezig was. Ze zou elke dag de begin- en eindtijd opschrijven.

Hoewel Petra zich in eerste instantie gemotiveerd heeft geuit, hebben haar nieuwe omgeving, het herpakken van de schoolgang en de onzekerheid over de contacten met haar leeftijdsgenoten een stagnatie in haar voortgang opgeleverd. Ze vulde de registratie niet of nauwelijks in, ze wilde niet oefenen, en tijdens de therapiesessies uitte zij zich berustend in de situatie en ongemotiveerd om hier iets aan te doen. Er hebben vele motiverende sessies plaatsgevonden, waarbij Petra wisselend mededeelzaam, terughoudend en depressief was. Regelmatig zijn de gesprekken gegaan over de vraag wat en waarom zij wilde veranderen en wat haar dit zou opleveren. Evenals de vraag wat er zou gebeuren als ze zich niet of minder (mooi) zou opmaken. Tijdens de gesprekken over het verminderen van haar make-up, is er groeiende weerstand bij Petra zichtbaar geweest, en heeft zij zich tevens afgesloten voor de therapeut.

Geconcludeerd is dat de sociale interactie op de groep en op de nieuwe school een grote invloed had op (de instandhouding van) de dwanghandelingen van Petra. Daarom werd ervoor gekozen om af te wijken van het behandelprotocol en de oefeningen en gesprekken af te stemmen op de moeilijkheden die Petra aangaf. De hypothese is ontstaan dat de onderliggende oorzaak van haar dwanghandelingen, haar onzekerheid en angst voor sociale afwijzing waren. Haar dwanghandelingen leken daarmee een vermijdende copingstrategie te zijn: zolang zij langdurig op haar kamer bezig was met het opdoen van haar make-up hoefde zij niet de interactie met anderen aan te gaan en de kans te lopen afgewezen te worden.

Het gedrag van Petra is daarom veelvuldig gekoppeld aan de copingstrategieën van de eerder ingevulde UCL. Er is besproken welke copingstrategieën wel en welke niet adequaat zijn en welke strategieën Petra wilde leren. Vooral de strategieën 'Actief aanpakken' en 'Geruststellende gedachten' zijn gestimuleerd. De therapie is daarnaast vergemakkelijkt door in eerste instantie voornamelijk de aandacht te richten op het ochtendritueel voorafgaand aan het opmaken (opstaan, douchen en ontbijten), waarvan Petra aangaf dat dit niet dwangmatig was. In elke sessie is er daarnaast aandacht geweest voor de tijd die zij bezig was met het opmaken (de registratie) en haar stapsgewijze instroom op school.

Op het moment dat Petra voor behandeling op de observatiegroep is gekomen, zijn er afspraken gemaakt met de school die verbonden is aan de instelling waar Petra voor behandeling kwam. Er is besproken dat Petra geleidelijk zou instromen. Ze begon met enkele uren in de middag en dit is vervolgens stapsgewijs uitgebreid. Er hebben enkele gesprekken plaatsgevonden waarin Petra met de therapeut en de school in overleg ging over haar schooltijden en de uitbreiding daarvan.

Na elke sessie heeft Petra oefeningen meegekregen die zij op de groep of thuis heeft moeten uitvoeren. Deze oefeningen zijn in dialoog met Petra bedacht, continu afgestemd op de problemen die zij ondervond. In de eerstvolgende sessie werden deze oefeningen vervolgens geëvalueerd.

De oefeningen die Petra gedurende de therapie heeft gekregen en gericht waren op de dwanghandelingen waren:

- *'Nuttige straf'*: Wanneer Petra haar registratie niet ingevuld had, moest ze een 'nuttige straf' doen. Dit betekende dat ze de tuin moest aanvegen of de vaatwasser leeg moest halen. Deze 'straf' had zij zelf bedacht. Evenals de registratie voerde zij ook de nuttige straf wisselend uit en is dit afhankelijk geweest van de controle van de groepsbegeleiding.

- *Opstaan*: Om ervoor te zorgen dat Petra voldoende tijd zou krijgen om op tijd op school te komen is begonnen met een oefening waarbij ze direct uit bed moest komen wanneer zij gewekt werd. In eerste instantie was dit om 6:30 uur, omdat ze vertelde zoveel tijd nodig te hebben. Dit bleek echter niet haalbaar. Ook bleek dat ze, ongeacht hoe laat ze begon, ze rond 11 uur klaar was met opmaken, dus is de tijd waarop zij gewekt werd aangepast naar 7:15 uur. Later in de behandeling heeft Petra geoefend met zelfstandig opstaan, zonder dat zij gewekt werd door de groepsleiding of haar moeder. Ze heeft haar eigen wekker (telefoon) gezet. Hier sliep zij in eerste instantie doorheen. Op eigen initiatief heeft ze een hinderlijk toontje uitgekozen, waardoor zij wel goed wakker werd. De volgende stap was dat zij ook direct haar licht aan moest gaan doen. Hieruit bleek Petra ook te accepteren dat zij minder leuke dingen (vroeg opstaan) moest doen om het doel (naar school gaan) te bereiken.
- *Douchen*: Om haar ochtendritueel te verkorten werd de opdracht meegegeven dat zij maximaal een kwartier mocht douchen. Eerder deed ze dit een half uur. Met behulp van een timer op haar telefoon hield ze hiervoor de tijd bij. Deze oefening bleek vanaf het begin een succes en zij redde het om na 10 minuten af te drogen. Petra was verbaasd over de tijd die ze normaal dus 'gewoon' onder de douche stond. Na enkele weken had zij de timer niet meer nodig en was zij met 20 minuten klaar om te ontbijten.
- *Helpende gedachten*: Om haar te ondersteunen op momenten dat zij kort de tijd had om zich op te maken, zijn er helpende gedachten bedacht. Deze gedachten kon zij bij zichzelf oproepen wanneer ze vastliep in haar dwang. De gedachten die zij geformuleerd heeft zijn gerelateerd aan beloningen, zoals een weekend naar huis en meer zelfstandigheidsafspraken op de groep. Daarnaast benoemde ze dat ze nu gemerkt had dat ze het kon en dat dat dus ook motiverend leek of was voor in de toekomst.

Aangezien uit de gesprekken met Petra bleek dat zij onzeker was over haar eigen voorkomen en de reactie van anderen op haar gedrag en uiterlijk, is het doel van de therapie uitgebreid met het vergroten van het zelfvertrouwen van Petra. Tijdens de sessies is er veelvuldig gesproken over de interpretaties van opmerkingen van anderen en sociale situaties die Petra meemaakte. Om Petra meer zelfverzekerd te maken en zich bewust te maken van haar eigen perfectionisme heeft zij de volgende oefeningen gedaan:

- *Iets gek aan trekken*: Deze oefening is bedacht om te ervaren of de andere jongeren niet meer met haar om willen gaan wanneer zij er een keer niet leuk uitziet. Dit is gedaan, omdat haar overtuiging leek te zijn geweest dat als ze er gek uitziet, niemand vrienden met haar wil zijn/blijven. Deze oefening was heel spannend voor Petra, maar heeft zij wel uitgevoerd. Ze heeft geconstateerd dat de groepsgenoten het grappig vonden en haar niet afwezen, omdat ze een keer iets gek aan had. Er ontstond zelfs een vrolijke en grappige sfeer in de groep, doordat een andere jongere met haar mee ging doen.
- *Brief schrijven*: Het perfectionisme van Petra was ook terug te zien in haar manier van schrijven. Ze schreef zeer langzaam en verbeterde kleine dingen wanneer ze het niet mooi vond. Ze heeft een brief moeten schrijven aan de therapeut zonder dat zij zichzelf mocht verbeteren, tenzij ze daadwerkelijk een fout gemaakt had. De verbetering mocht dan gemaakt worden door een enkele streep door het foute woord te zetten. Het is Petra gelukt om een hele bladzijde te schrijven zonder haar handschrift aan te passen. Ook in de therapie sessies is te zien geweest dat zij minder veeleisend was over haar schrift.
- *Positieve dingen opschrijven*: Petra leek de neiging te hebben positieve opmerkingen over haar uiterlijk of gedrag niet op te vangen en snel naast zich neer te leggen. Er werd met haar afgesproken dat ze de positieve dingen die gedurende een dag gezegd werden op zou schrijven. Petra heeft dit niet daadwerkelijk gedaan, maar heeft wel elke sessie een positieve opmerking van iemand kunnen benoemen. Veelal had de opmerking ook met de afwezigheid van make-up te maken ("Je ziet er mooi uit zonder make-up.").

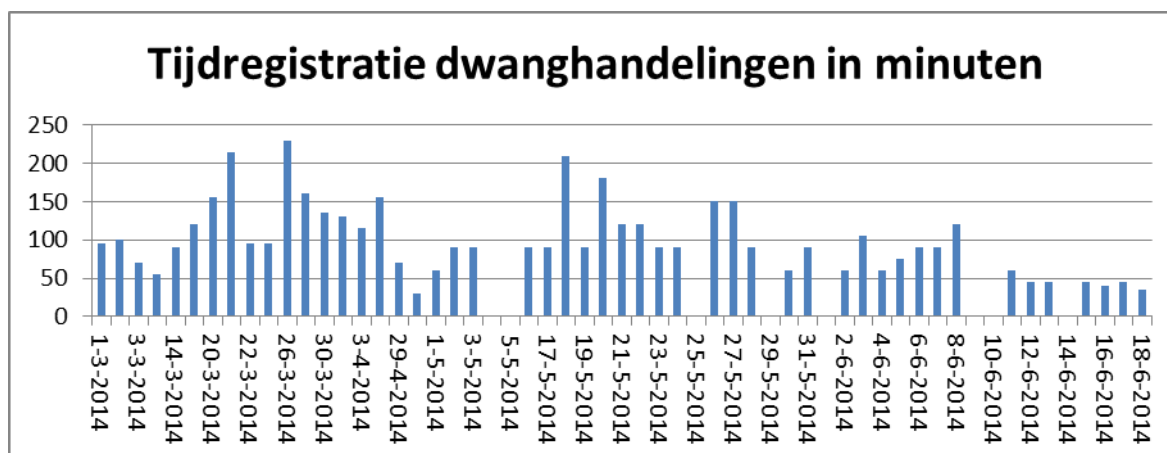
- *Positieve eigenschappen:* Om haar bewust te maken van haar positieve kanten, heeft Petra op een groot blad haar naam in het midden gezet en daaromheen zijn elke sessie verschillende goede eigenschappen en vaardigheden geschreven. In eerste instantie vond Petra dit erg lastig. Uiteindelijk heeft ze echter meerdere positieve eigenschappen opgeschreven. Ook heeft Petra haar ouders en anderen gevraagd positieve eigenschappen van haar te benoemen.

Resultaten

De eerste maanden van de therapie hebben vooral in het teken gestaan van inventarisatie van de klachten en vervolgens de motivatie van Petra om deze aan te pakken. Er is na ongeveer drie maanden een plotselinge en grote verandering zichtbaar geweest in de vooruitgang van Petra. Petra is steeds meer uren naar school gegaan. Haar mededeelzaamheid tijdens de sessies is verbeterd, ze heeft initiatief genomen in hetgeen besproken werd en zelf oefeningen bedacht. Ook haar humeur was gelijkmatiger en positiever dan in de eerdere sessies. Zij heeft een vriendje gekregen die erg begripvol en steunend is geweest en dit leek ook een positief effect op haar zelfvertrouwen.

De mate waarin zij make-up droeg en de tijd die zij met het opdoen van haar make-up bezig was verminderde. Alhoewel Petra in de eerste maanden weinig consequent haar registratie bij heeft gehouden, is er een sterke daling te zien in het aantal minuten dat zij bezig is met het opmaken van haar gezicht (zie Figuur 1). Was dit nog 13 uur ten tijde van de aanmelding, na 4 maanden was dit nog maar een half uur per dag. Opvallend was dat Petra ook dagen helemaal geen make-up droeg.

Figuur 1. Tijdregistratie van de dwanghandelingen



Op het moment dat de behandeling van Petra gestart is, ging zij al langere tijd niet naar school. In eerste instantie is afgesproken dat Petra alleen de middagen naar school zou gaan. Dit bleek echter al een te grote stap voor haar en er was een terugval in haar motivatie te zien en een toename in de tijd die zij nodig had om zich klaar te maken. Nadat er een gesprek heeft plaatsgevonden, waarin Petra zelf heeft aangegeven welke uren zij naar school wilde komen, heeft zij haar schoolgang weer opgepakt. Petra heeft ook toen nog veel moeite gehad om dit vol te houden.

Kort nadat er een grote sprong in haar ontwikkeling met betrekking tot de tijd van het opmaken zichtbaar is geworden, is er opnieuw een gesprek geweest op school, waarin Petra zelf mocht aangeven hoe zij wilde werken aan de terugkeer naar school. Petra heeft toen aangegeven dat als ze een hele week op tijd gekomen was (ongeacht hoeveel schooldagen die week telde i.v.m. feestdagen),

zij de week erna een lesuur eerder naar school zou gaan. Dit heeft zij ook daadwerkelijk volgehouden en na vier weken is zij volledige dagen naar school gegaan.

Uit de resultaten van de UCL aan het begin van de therapie blijkt dat Petra voornamelijk de neiging had om zich volledig door een probleem en de situatie in beslag te laten nemen zonder daarbij afleiding te zoeken. Daarnaast liet ze haar ergernis blijken en reageerde ze haar spanning af, maar liet ze de zaak wel op zijn beloop of ging het uit de weg. Ze was minder geneigd om de situatie of het probleem actief aan te pakken en had weinig vertrouwen in het oplossen van de problemen. Ook maakte ze geen gebruik van geruststellende gedachten.

De resultaten van 5 maanden later laten een heel ander beeld zien (zie tabel 1). Petra scoorde op dat moment op alle copingstrategieën gemiddeld en nog altijd laag op het zoeken van afleiding. Dit betekent dat ze moeilijkheden meer actief aan is gaan pakken en ze meer gebruik is gaan maken van geruststellende gedachten. Daarnaast heeft ze minder de neiging gekregen om problemen te vermijden en zich volledig door het probleem in beslag te laten nemen. Ook het uiten van haar ergernis of kwaadheid is verminderd. Kortom: er is sprake van een uitbreiding van de adequate en een afname van de inadequate strategieën zichtbaar.

Tabel 1. Resultaten Utrechtse Copinglijst (UCL)

Strategie	Voormeting		Nameting	
	Score	Normering	Score	Normering
Actief aanpakken	13	laag	15	Gemiddeld
Palliatieve reactie	15	Laag	13	Laag
Vermijden	21	Hoog	18	Gemiddeld
Sociale steun zoeken	11	Gemiddeld	13	Gemiddeld
Passief reactiepatroon	21	Zeer hoog	10	Gemiddeld
Expressie van emoties	9	Hoog	6	Gemiddeld
Geruststellende gedachten	9	Laag	10	Gemiddeld

Discussie

De klachten van Petra zijn in een half jaar (bijna) volledig verdwenen. Ze gaat weer naar school, woont weer thuis, heeft nog maar een half uur nodig voor haar make-up en voelt zich weer prettig. Het succes van deze therapie lijkt voor een groot deel te danken aan een aantal punten.

Ten eerste is er in de therapie uitgebreid aandacht besteed aan het inventariseren van de klachten en de ontstaansgeschiedenis daarvan. Door middel van diagnostisch onderzoek is er eerder geconcludeerd dat er sprake was van een OCS. Hoewel de uitingsvorm van de problemen van Petra inderdaad binnen de diagnostische criteria van een OCS leken te vallen, bleek in de therapie sessies dat vooral de onzekerheid (met name over sociale interacties) op de voorgrond hebben gestaan en er mogelijk zelfs sprake is geweest van sociale angst. Haar lijdensdruk is vooral zichtbaar geworden in haar opmerkingen over het gebrek aan vrienden en reacties van mensen om haar heen. Door de richting en doelen van de therapie aan te passen aan de lijdensdruk van Petra, is zij meer gemotiveerd geweest om haar gedrag te veranderen. Daarnaast is de onderliggende oorzaak van de problematiek aangepakt waardoor de kans op langdurige verbetering groter is.

Ten tweede was het door haar verblijf binnen een 3 milieuvoorziening mogelijk om intensief samen te werken met de groep en school van Petra. Vooral mensen met een licht verstandelijke beperking hebben vaak moeite om hetgeen zij leren ook in andere situaties toe te passen. Om de transfer naar andere situaties te stimuleren is een samenwerking met de omgeving belangrijk (De Wit, Moonen &

Douma, 2011). Zoals in de methode beschreven, zorgt het intensieve contact tussen de therapeut en de behandelaren van Petra ervoor dat de generalisatie gestimuleerd werd en de behandelingen op elkaar afgestemd konden worden. De samenwerking met school is een belangrijk onderdeel van het succes van de therapie geweest. Tijdens de therapie is naar voren gekomen dat Petra weinig controle nam over haar leven en dat zij vond dat er niet naar haar geluisterd werd. Door haar te helpen om zelf met school in gesprek te gaan over haar behandelstatus en wensen rondom haar terugkeer naar school, is zij in haar kracht gezet en gemotiveerd om zich daadwerkelijk in te zetten om haar schoolgang op te pakken. Bijkomend voordeel is geweest dat de school hierdoor op de hoogte was van haar behandeling en zij de begeleiding van Petra ook hierop konden aanpassen.

Ten derde is de frequentie van de therapie hoog geweest: twee keer per week een uur. Deze frequentie was mede mogelijk doordat de therapie op dezelfde locatie plaatsvond als de observatiegroep van Petra. Door Petra twee maal per week te zien, was het mogelijk snel in te spelen op het gedrag en de moeilijkheden van Petra op de groep en op het moment dat zij minder gemotiveerd was of een terugval had, kon hier direct een interventie op plaatsvinden.

Ten vierde was het uitgangspunt van de therapie het protocol 'Bedwing je dwang', maar dit protocol is aangepast op de behoeften en signalen van Petra. In vele onderzoeken is aangetoond dat geprotocolleerde behandelingen effectief zijn (Emmelkamp, Bouman, & Blaauw, 2009), maar uit ander onderzoek blijkt echter ook dat een protocol vooral als een globale gids gezien moet worden en de resultaten beter zijn wanneer deze wordt aangepast aan de cliënt (Chu, & Kendall, 2009). Uit deze casus blijkt ook dat het afstemmen van een therapie of protocol aan een individuele cliënt een zeer positief resultaat kan opleveren. Er is nog steeds gebruik gemaakt van exposure, responspreventie en cognitieve gedragstherapie, maar door goed te luisteren naar Petra en open te staan voor signalen die een aanpassing in de oorspronkelijke denkwijze en protocol behoefde, is de werkwijze aangepast. Hierdoor heeft zij ervaren meer controle te hebben en verantwoordelijk te zijn voor haar ontwikkeling. Het vermoeden bestaat dat het blijven volgen van de stappen, beschreven in het protocol, ervoor gezorgd zouden hebben dat de klachten van Petra minder snel of niet volledig verholpen zouden zijn. Petra is nu echter binnen een half jaar klachtenvrij en ze heeft haar schoolgang volledig opgepakt.

Literatuur

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders [DSM-IV-TR]. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Chu, B. C., & Kendall, P. C. (2009). Therapist responsiveness to child engagement: Flexibility within manual-based CBT for anxious youth. *Journal of Clinical Psychology, 65*(7), 736-754.
- Douglass, H. M., Moffitt, T. E., Dar, R., McGee, R., & Silva, P. (1995). Obsessive-compulsive disorder in a birth cohort of 18-year-olds: Prevalence and predictors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 1424-1431.
- Emmelkamp, P. M. G., Bouman, T. K., & Blaauw, E. (1994). Individualized versus standardized therapy: A comparative evaluation with obsessive-compulsive patients. *Clinical Psychology Psychotherapy, 1*, 95-100.
- Haan, E. de, & Wolters, L. (2009). *Behandeling van de dwangstoornis bij kinderen en adolescenten: Met het cognitief-gedragstherapeutisch protocol Bedwing je dwang*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning Theory and Behavior*. New York: Wiley.
- Rosario-Campos, M. C. do, Leckman, J. F., Curi, M., Quatrano, S., Katsovitch, L., Miquel, E. C., & Pauls, D. L. (2005). A family study of early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics, 136B*, 92-97.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive behavioral analysis. *Behaviour Research and Theory, 23*, 571-583.
- Schreurs, P. J. G., Willige, G. van, Borsschot, J. F., Tellegen, B., & Graus, G. M. H. (1993). *De Utrechtse Coping Lijst: UCL; omgaan met problemen en gebeurtenissen, herziene handleiding 1993*. Lisse: Swets en Zeitlinger b.v.

Wit, M. de, Moonen, X., & Douma, J. (2011). *Richtlijn effectieve interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.

HOUVAST, STUT EN STEUN VOOR GEZINNEN VAN OUDERS MET EEN LVB. EEN NIEUWE INTERVENTIE

*Marcia Lever¹
Annemarie de Beer.*

In gezinnen van ouders met een licht verstandelijke beperking (LVB) is niet zelden sprake van complexe en meervoudige problematiek. Voor deze gezinnen is een nieuwe interventie ontwikkeld: HouVast. HouVast is bedoeld voor gezinnen van ouders met een LVB waar sprake is van (dreigende) opvoed- en opgroei problemen. HouVast wordt ingezet vanuit een ondertoezichtstelling (OTS), zodat deze kindbeschermingsmaatregel sneller kan worden afgesloten. HouVast kan ook preventief, ter voorkoming van een OTS, worden ingezet. HouVast is voorgelegd aan de Erkenningscommissie Interventies van het NJi en is onder voorbehoud erkend als Goed onderbouwd. HouVast wordt in diverse gemeenten voorbereid en uitgevoerd. In dit artikel schetsen we hoe met HouVast gewerkt wordt aan een opvoedsituatie die 'goed genoeg' is. We illustreren de werkwijze met een casus.



Meer kinderen veilig thuis

Opvoeden is een complex proces. Het vereist vaardigheden op het gebied van plannen, organiseren en problemen oplossen, gevoeligheid voor de signalen die een kind uitzendt, de mogelijkheid zich te verplaatsen in de ander en de vaardigheid een sociaal netwerk te onderhouden (De Beer, 2011). Voor ouders met een licht verstandelijke beperking (LVB) of ouders die langzaam of moeilijk leren is 'goed genoeg' opvoeden een forse opgave. Zeker omdat veel van deze ouders, als gevolg van hun beperking, tevens kampen met forse problemen op andere levensgebieden zoals armoede, werkloosheid en een beperkt netwerk (De Vries, Willems, Isarin, & Reinders, 2005). Er zijn risico's als het gaat om opvoeden (Faureholm, 2010). Zo kan het zijn dat de ouders niet in staat zijn de praktische en basale behoeften van het kind (zoals de juiste voeding, structuur of normen en waarden) te vervullen. Ook kunnen de ouders minder sensitief en responsief zijn naar hun kind, zijn zij minder goed in staat het kind te ondersteunen met schoolwerk en leren of kan het kind in een isolement leven (wegens gebrek aan contacten in de buurt of het ontbreken van lidmaatschap van een vereniging). Soms neemt het kind boven zijn of haar macht zorgtaken en verantwoordelijkheden over van de ouder (parentificatie)

¹ Marcia Lever is staffunctionaris bij het Expertisecentrum William Schrikker. Annemarie de Beer is orthopedagoog-generalist. Meer informatie op www.houvast.nu en via mlever@wsg.nu.

en dreigt overvraging en overbelasting (Faureholm, 2010). Een LVB bij ouders kan invloed hebben op de fysieke, emotionele, sociale en cognitieve ontwikkeling van het kind.

Gezinnen van ouders met een LVB zijn oververtegenwoordigd in de statistieken van de kindbescherming. Inventariserend onderzoek naar gezinnen van ouders met een LVB laat zien dat bij twee derde van de gezinnen een kindbeschermingsmaatregel is uitgesproken of dreigt (De Vries et al., 2005). Een groot aantal kinderen van ouders met een LVB wordt op een zeker moment gedurende de opvoeding uit huis geplaatst (Traustadóttir & Sigursjónsdóttir, 2010). Ondanks kwalitatief goede lokale initiatieven is er momenteel geen landelijk dekkend ondersteuningsaanbod voor gezinnen met thuiswonende kinderen beschikbaar. In veel gemeenten ontbreekt hulp die specifiek gericht en op maat gemaakt is voor gezinnen van ouders met een LVB, terwijl onderzoek laat zien dat in gezinnen waar sprake is van passende opvoedondersteuning en waar hulp wordt geaccepteerd vanuit een stevig steunend netwerk er sprake kan zijn van een opvoedsituatie die misschien niet perfect, maar wel goed genoeg is (De Vries et al., 2005). Uit onderzoek weten we dat ouders met een LVB daadwerkelijk opvoedvaardigheden kunnen aanleren en weten ook op welke manier zij leren (Feldman, 2010; Hodes, Kef, Schuengel, & Meppelder, 2012).

Voor het Expertisecentrum William Schrikker waren dit volop redenen om zich in te zetten voor de ontwikkeling van een programma waarmee het gesignaleerde hiaat in het zorgaanbod kan worden opgevuld: HouVast, stut en steun voor gezinnen van ouders met een LVB. HouVast is een praktisch en oplossingsgericht zorgaanbod voor gezinnen in aansluiting op, of ter preventie van een OTS. Het gaat dus om gezinnen waar de problemen meervoudig en (deels) chronisch zijn. HouVast voorziet in zorgcontinuïteit, biedt ondersteuning op alle leefgebieden en is geënt op wat we weten over 'wat werkt' bij ouders met een LVB. De ambitie van HouVast is: meer kinderen veilig thuis, met zoveel mogelijk steun vanuit het netwerk en zo licht en zo vrijwillig mogelijke hulpverlening.

Ronald (8 jaar) woont sinds de scheiding, nu ruim een half jaar geleden, bij zijn vader Wim. Sinds een jaar is er een OTS omdat er sprake was van huiselijk geweld, waarbij Wim en zijn ex - waar Ronald bij was - felle ruzies hadden. Beide ouders functioneren op LVB-niveau. Het alleenstaand ouderschap valt vader niet makkelijk. Hij werkt als postbezorger en is door zijn chronische ziekte snel moe. Als hij gevraagd wordt om over te werken kan hij geen nee zeggen. Het huishouden schiet erbij in. Ronald's hygiëne en verzorging zijn slecht. Ronald wordt op school gepest omdat hij stinkt. Kinderen uit de klas willen niet met hem spelen. De laatste tijd gedraagt Ronald zich op school agressief en maakt hij veel ruzie. Huiswerk maken levert grote strijd op met vader. Hoewel van huiselijk geweld geen sprake meer is blijft ondersteuning van het gezin nodig. HouVast wordt ingezet. Een HouVast-werker komt in het gezin en de jeugdzorgwerker die de OTS uitvoert treedt meer op de achtergrond.

Doelen HouVast

Wat werkt voor gezinnen van ouders met een LVB? Uit onderzoek (De Vries et al., 2005; zie ook www.watwerktvoorouders.nl) weten we dat een aantal beïnvloedbare factoren de kans op succesvol ouderschap vergroten: het accepteren van hulp, het hebben van een stevig ondersteunend netwerk en goede opvoedondersteuning waarmee ouders hun ouderschapscompetenties kunnen vergroten. Hoofddoel van HouVast is het realiseren van een opvoedsituatie die 'goed genoeg' is. De aandachtspunten voor 'goed genoeg' worden in samenspraak met het gezin en het netwerk individueel geformuleerd. Aan 'goed genoeg' wordt vervolgens gewerkt door de acceptatie van hulp te verbeteren, door het netwerk te verstevigen en door de opvoedvaardigheden van de ouders te vergroten.

Verbeteren van de bereidheid om hulp te accepteren

De HouVast-werker is gericht op het aangaan van partnerschap met het gezin. Een positieve samenwerkingsrelatie vergroot de bereidheid bij ouders om hulp te accepteren en vergroot het vertrouwen in hulpverlening (Meppelder-de Jong, 2014). De HouVast-werker heeft aandacht voor wat goed gaat en krachtig is en voor de eigenheid van het gezin. HouVast wordt gekenmerkt door een hoopvol perspectief: ouders met een LVB zijn in staat om, met hulp, hun opvoedvaardigheden te vergroten en problemen te overwinnen. De HouVast-werker straalt dat vertrouwen uit. Reflectie van de HouVast-werker op zijn of haar eigen rol in de samenwerking krijgt veel aandacht. Naast het werken vanuit hoop en vertrouwen is HouVast ook realistisch over de zorgen en risico's. De HouVast-werker is open en helder over wat zorgen baart en sluit de ogen niet voor de moeilijkheden die er zijn. HouVast is vrijwillig, maar niet vrijblijvend. De naam HouVast verwijst zowel naar het bieden van houvast, grip en steun aan het gezin, als ook naar het niet opgeven en niet loslaten van de HouVast-werker: de HouVast-werker is langdurig betrokken als dat nodig is.

In alle opzichten wordt binnen HouVast rekening gehouden met de beperking van de ouder. Taal en communicatie zijn concreet en begrijpelijk. Juist ook als het om ingewikkelde kwesties en zorgen gaat. Wat 'goed genoeg' is wordt bijvoorbeeld nauwkeurig geconcretiseerd in HouVast in een taal en met gebruik van begrippen die voor het gezin begrijpelijk zijn. Het gaat er immers om dat *zij* 'goed genoeg' realiseren en in stand houden. Ook worden de verwachtingen die de omgeving heeft aan 'goed genoeg' voor ouders begrijpelijk en inzichtelijk gemaakt. Het gezin snapt waar het om gaat als de HouVast-werker spreekt over de zorg voor schone kleren, bescherming tegen gevaarlijke dingen, troosten bij verdriet of huisregels. Het concreet en begrijpelijk maken van alle aspecten van het hulpverleningsproces dragen bij aan het acceptabel maken van ondersteuning.

Versteving van het netwerk

Veel ouders met een LVB hebben een zwak netwerk. De HouVast-werker zet zich in om het netwerk zo groot en stevig mogelijk te laten zijn en het netwerk in stand te houden. Vaak is steun nodig vanuit verschillende bronnen, zowel van leden uit het sociaal netwerk als van professionals. Goede samenwerking en afstemming is noodzakelijk en vereist inspanning. De HouVast-werker treedt in nauwe samenspraak met de ouders op als spin in het web en is casemanager, zorgcoördinator, netwerkondersteuner en belangenbehartiger. Samen met de ouders wordt het netwerk nauwkeurig in kaart gebracht. Geregeld is er een netwerkbijeenkomst waarin samen met het gezin, het sociale en eventueel het professionele netwerk plannen en afspraken gemaakt worden. Heel duidelijk wordt afgesproken op welke manier het netwerk bijdraagt aan het realiseren van de doelen. De HouVast-werker bewaakt samen met de ouders dat de afspraken worden nagekomen, stelt bij wanneer dat nodig is en motiveert en ondersteunt de leden van het netwerk om hun bijdrage te blijven bieden.

Vergroten van de opvoedvaardigheden

Met de ouders worden opvoedvaardigheden geoefend. De manier waarop met ouders gewerkt wordt aan het vergroten van hun opvoedvaardigheden sluit aan bij de manier waarop de ouders het beste kunnen leren. Gehanteerde leerstrategieën zijn bijvoorbeeld taakanalyse (het opdelen van vaardigheden in kleine stapjes) en visuele ondersteuning (pictogrammen, tekeningen, stripverhaaltjes). Ook zijn tempo, duur en intensiteit toegesneden op wat nodig is: veel herhaling, de mogelijkheid om intensiever te werken als sprake is van een transitie voor het gezin (bijvoorbeeld: het kind gaat naar de basisschool, of een belangrijke bron van steun valt weg).

Werken vanuit drie hoofdstrategieën

In de veelheid van problemen en zorgen in het dagelijks leven van het gezin is het voor de HouVast-werker niet eenvoudig om af te wegen waar deze zich wel en niet mee bemoeit en op welke manier. Zeker wanneer de HouVast-werker langdurig betrokken is bestaat het gevaar van het uit het oog verliezen van plan en focus. Om ordening te bieden en steeds scherp te houden waar de betrokkenheid

zich op richt worden drie hoofdstrategieën gehanteerd, die geënt zijn op het Eigen Initiatief Model / Begeleid Ontdekkend Leren (Timmer & De Vries, 2014).

In Eigen Hand

Ten eerste kan het gezin sommige taken zelfstandig uitvoeren, deze heeft het gezin ‘In Eigen Hand’. De HouVast-werker begeleidt deze taken op een stimulerende en bemoedigende manier. Met deze strategie wordt erkenning geboden aan wat goed gaat.

Hand In Hand

Ten tweede zijn er onderwerpen die het gezin kan gaan leren, en die ‘Hand In Hand’ geoefend kunnen worden met het gezin. De HouVast werker is ten aanzien van deze taken coachend en instruerend. Deze strategie houdt scherp waaraan actief gewerkt wordt.

Handje Helpen

Tot slot zijn er taken die het gezin (nu) niet zelfstandig kan uitvoeren, en waarop ondersteuning geboden wordt door (tijdelijk) taken over te nemen door het (professioneel) netwerk, ofwel: ‘Handje Helpen’. Bij deze taken hanteert de HouVast werker een coördinerende begeleidingsstijl. Deze strategie geeft rust en creëert ruimte: niet alles hoeft nu aandacht te krijgen. De draaglast wordt voor het gezin verminderd.

<i>Strategie</i>	<i>In Eigen Hand</i>	<i>Hand In hand</i>	<i>Handje Helpen</i>
<i>Omschrijving</i>	De dingen die de ouders en kinderen zelf kunnen en waar ze geen hulp bij nodig hebben.	De dingen die ouders en kinderen niet kunnen maar naar verwachting wel kunnen leren.	De dingen die ouders en kinderen zelf niet kunnen en (nu) ook niet kunnen leren, en die overgenomen worden door anderen.
<i>Begeleidingsstijl</i>	Delegeren Stimuleren Complimenteren	Coachen Instrueren Corrigeren Oefenen	Over (laten) nemen Overtuigen Betrekken (netwerk) Coördineren

Tabel 1. Drie hoofdstrategieën van HouVast.

De HouVast-werker komt vaak even kort langs bij Ronald en zijn vader. Ze toont interesse en betrokkenheid en straalt uit vertrouwen te hebben in de mogelijkheden van vader en zoon. Samen met hen brengt ze in kaart wat er goed gaat en ze complimenteert hen daar voluit mee. Er ontstaat ruimte om open te praten over de zorgen. De jeugdzorgwerker legt helder op tafel wat er moet gebeuren: het huis moet schoon zijn. Ronald moet met schone kleren, gewassen haren, gepoetste tanden en een gevulde brodtrommel naar school. Bovendien moet hij geholpen worden met zijn huiswerk. Er wordt een netwerkberaad belegd. Naast vader en Ronald, de jeugdzorgwerker en de HouVast-werker zijn Ronald's moeder, zijn tante en zijn opa aanwezig. Met elkaar wordt een concreet plan gemaakt om aan de gestelde eisen te voldoen. De HouVast-werker gaat aan de slag vanuit de drie hoofdstrategieën van HouVast. Een paar voorbeelden.

In Eigen Hand: De HouVast-werker bespreekt de moeilijkheden rondom het huiswerk maken. Al snel blijkt dat het vader niet lukt omdat hij zelf dyslectisch is. De HouVast-werker complimenteert vader met zijn openheid en bedenkt met hem wat nu de beste oplossing is. Vader wil dit zelf met de juf bespreken. De HouVast-werker stimuleert vader om een afspraak te maken op school. Dat gebeurt en het gesprek verloopt goed. De juf regelt dat Ronald voortaan op school geholpen wordt met zijn huiswerk.

Hand In Hand: Ronald's kamer is een bende. De HouVast-werker maakt een stap-voor-stap plan om de kamer op te ruimen. Hoewel Ronald en vader steeds kleine stapjes zetten lukt het niet om de uitpuilende kledingkast te ordenen. De HouVast-werker trekt er een paar uur voor uit om met Ronald en vader eerst de kast leeg te halen, alle spullen te ordenen (schoon en vuil, wat kan nog gebruikt en wat is te klein of kapot) en daarna de kast weer in te ruimen. Samen met vader maakt ze een bord met picto's voor Ronald over hoe hij zijn kamer opgeruimd kan houden. Ze oefent met vader hoe hij kan zorgen dat Ronald de afspraken na komt.

Handje Helpen: Vader laat merken dat het vele overwerken hem opbreekt. Het lukt hem niet om zijn grenzen te bewaken en nee te zeggen. De HouVast-werker bespreekt met vader wat hem zou kunnen helpen. Vader bedenkt dat Ronalds tante mee zou kunnen gaan naar zijn baas, en dat gebeurt. Door de aanwezigheid van tante voelt vader zich steviger staan. Het lukt om afspraken te maken over aangepaste werktijden en minder overwerk.

Op- en afschalen

HouVast is een breed en langdurig ondersteuningsprogramma dat bestaat uit een intensief interventie-deel en een minder intensieve waakvlamfunctie. In het interventie-deel wordt gewerkt aan het vergroten van opvoedvaardigheden en het versterken en benutten van het netwerk. In het waakvlam-deel gaat de aandacht vooral naar het in stand houden van wat goed gaat, het monitoren en coördineren van de afspraken en het voorkomen van terugval. Interventie-deel en waakvlam-deel kunnen elkaar afwisselen en worden door dezelfde HouVast-werker uitgevoerd. Het interventie-deel van HouVast duurt een half jaar en kan maximaal één keer met een half jaar verlengd worden. Het waakvlam-deel kan duren zolang als nodig is, in principe zolang als de opvoeding duurt. De interventie kent een caseload van circa 1:8 gezinnen, de waakvlam ongeveer 1:20. HouVast-werkers staan dicht bij de gezinnen en bieden laagdrempelige hulp. Doordat de HouVast-werker, het gezin en het ondersteunende netwerk een continu en actief lijntje met elkaar hebben, worden mogelijke problemen snel gesignaleerd. Als extra ondersteuning nodig is kan de begeleiding worden geïntensiveerd. Zo worden escalaties van problemen voorkomen. Door de samenwerking tussen de HouVast-werker, het gezin en het netwerk rondom het gezin ontstaan de voorwaarden voor duurzame veiligheid van de kinderen.

Ronald heeft wat meer aansluiting gevonden in de klas. Zijn verzorging is licht verbeterd, maar de hygiëne en de huishouding blijven aandacht vragen. Vader is minder overbelast nu zijn werktijden beter matchen met Ronald's schooltijden en hij minder hoeft over te werken. Vader is tevreden met de steun van de HouVast-werker. Hij kent en onderschrijft de zorgen die er ook nu nog zijn. Vader vertelt de HouVast-werker als hij moeite heeft met het gedrag van Ronald en zoekt met haar naar wat werkt. De jeugdzorgwerker sluit de OTS af. De HouVast-werker investeert in het verder verstevigen van het netwerk rondom het gezin en het vergroten van de opvoedvaardigheden van vader. Binnenkort zal ook zij minder intensief nodig zijn. Wel blijft ze samen met het netwerk het gezin ondersteunen en houdt ze in de gaten of Ronald's opvoeding 'goed genoeg' blijft.

Uitvoerders

Op dit moment wordt HouVast voorbereid of uitgevoerd door Middin in Den Haag / Rotterdam, Siza in Arnhem en Cordaan in Amsterdam. Met zorgaanbieders en wijkteams in een aantal andere jeugdzorgregio's zijn gesprekken gaande. HouVast-werkers zijn HBO-geschoolde professionals met ervaring in het werken met gezinnen van ouders met een LVB. Zij ontvangen een HouVast-training van 10 dagdelen en worden gecertificeerd na beoordeling van een portfolio. Geregelde casuïstiekbesprekingen en werken vanuit een reflectieve praktijk zijn een voorwaarde voor het goed uitvoeren van HouVast. Het Expertisecentrum William Schrikker verzorgt de (bij)scholing.

De waarde van HouVast

HouVast is onder voorbehoud erkend door het Nederlands Jeugdinstituut als theoretisch goed onderbouwd (enkele onduidelijkheden vragen nog om aanscherping). Kernelementen van HouVast zijn de uitvoering in de eigen leefomgeving, het bieden van langdurige en continue houvast, de gerichtheid op partnerschap met het gezin, de aansluiting op de specifieke leerbehoefte van ouders met een LVB, de oplossingsgerichte insteek en de verbinding tussen het sociale en het professionele netwerk. We denken met HouVast invulling te geven aan de gedachten achter de transformatie van de jeugdzorg. HouVast kenmerkt zich immers als gezinsinterventie met aandacht voor alle leefgebieden (één gezin, één regisseur, één plan). Gewoon en positief opvoeden krijgen vorm middels de oplossingsgerichte insteek. Het benutten van de eigen kracht van het gezin en het netwerk en de aandacht voor de samenwerking tussen gezin, netwerk en professionals sluiten aan bij de transformatiegedachte rondom de rol van professionals. Hobbels op de weg zien we echter ook. Hoe krijgen we de noodzaak van goede zorg voor gezinnen van ouders met een LVB op het netvlies van gemeenten? Hoe maken we gemeenten duidelijk dat een langdurige investering in deze gezinnen ergere problemen (en duurdere hulp) voorkomt? In de toekomst hopen we aan te tonen dat de inzet van HouVast op termijn kostenbesparend is (door tegengaan van overlast en criminaliteit, terugbrengen van het aantal en de duur van OTS-en en vermindering van het aantal uithuisplaatsingen). Meer kinderen veilig thuis kan! Dat is onze overtuiging. Maar het vraagt om een stevig houvast voor de gezinnen!

Met dank aan de gezinsbegeleider van Middin en de jeugdzorgwerker van de William Schrikker Groep.

Literatuur

- Beer, Y. de (2011). *De kleine gids: Mensen met een licht verstandelijke beperking*. Deventer: Kluwer.
- Faureholm, J. (2010). Children and their life experiences. In G. Llewellyn, R. Traustadóttir, D. McConnell & H.B. Sigurjónsdóttir (Red.), *Parents with intellectual disabilities. Past, present and futures* (pp. 63-78). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Feldman, M. (2010). Parenting education programs. In G. Llewellyn, R. Traustadóttir, D. McConnell & H. B. Sigurjónsdóttir (Red.), *Parents with intellectual disabilities: Past, present and futures* (pp. 121 - 136). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Hodes, M., Kef, S., Schuengel, C., & Meppelder, M. (2012). *VIPP-LD: A promising video feedback intervention program for parents with an intellectual disability*. Download van www.watwerktvoorouders.nl/docs/WAW/IASSID_juli2012/iassid5.pdf op 14-05-2015.
- Meppelder-de Jong, M. (2014). *Formal and informal support for parents with mild intellectual disabilities or borderline intellectual functioning* (Proefschrift). Amsterdam: VU University.
- Timmer, J., & Vries, A. de (2014). Begeleid Ontdekkend Leren volgens het Eigen Initiatief Model. In B. Twint & J. de Bruijn (Red.), *Handboek verstandelijke beperking: 24 succesvolle methoden* (pp. 98-115). Amsterdam: Boom.
- Traustadóttir, R. & Sigurjónsdóttir, H. B. (2010). Parenting and resistance: strategies in dealing with services and professionals. In: G. Llewellyn, R. Traustadóttir, D. McConnell & H. B. Sigurjónsdóttir (Red.), *Parents with intellectual disabilities. Past, present and futures* (pp. 107-118). Chichester: Wiley-Blackwell.

Vries, J. N. de, Willems, D. L., Isarin, J., & Reinders, J. S. (2005). *Samenspel van factoren: Inventariserend onderzoek naar de ouderschapscompetenties van mensen met een verstandelijke handicap*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

**DE PREVALENTIE VAN MIDDELENGEBRUIK
BIJ JONGEREN MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING
EN ERNSTIGE GEDRAGSPROBLEMEN
IN EEN ORTHOPEDAGOGISCH BEHANDELCENTRUM**

*Evelien Poelen¹
Esmée Schijven²
Ignace Vermaes³*

Het doel van deze studie is om een gedetailleerd beeld te krijgen van de prevalentie van (problematisch) middelengebruik bij jongeren met een LVB en gedragsproblemen verblijvend in een OBC. Daarnaast onderzoeken we kennis en attitudes van jongeren ten aanzien van middelengebruik, het middelengebruik in de directe omgeving van jongeren en de verkrijgbaarheid van middelen. 70 jongeren hebben vragenlijsten ingevuld over verschillende facetten van middelengebruik. Resultaten laten zien dat (problematisch) middelengebruik prevalent is bij jongeren met een LVB en gedragsproblemen verblijvend in een OBC. Daarbij hebben subgroepen van jongeren met psychiatrische problemen (waaronder ODD/CD, ADHD) een grotere kwetsbaarheid voor middelenproblematiek.

Inleiding

Jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB) experimenteren net als alle andere jongeren met middelen zoals alcohol en drugs. Onderzoek bij jongeren met een LVB laat zien dat middelengebruik en problematisch middelengebruik veelvuldig voorkomt (Barrett & Paschos, 2006; Emerson & Turnbull, 2005; McGillicuddy, 2006; Steenhuis & Van der Poel, 2005). Uit verkennend onderzoek van Bransen, Schipper en Blekman (2009) naar de aard en omvang van middelengebruik door jongeren met een LVB in Nederland blijkt dat met name het middelengebruik van jongeren die in contact staan met een Orthopedagogisch Behandelcentrum (OBC) verontrustend is. Deze jongeren worden onder andere gekenmerkt door gedrags- en psychiatrische problemen. Bij deze jongeren komt regelmatig en af en toe gebruik van alcohol en drugs vaker voor dan bij jongeren met een LVB die lichtere vormen van ondersteuning krijgen, zoals van een praktijkschool of MEE (Bransen et al., 2009). Er bestaat echter geen gedetailleerd beeld van de verschillende aspecten van middelengebruik van jongeren met een LVB en ernstige gedragsproblemen in een OBC. Dit onderzoek richt zich daarom op de prevalentie van alcohol, cannabis en harddruggebruik en een aantal gedragsdeterminanten van gebruik van deze jongeren. Inzicht hierin is van belang voor interventies en beleid gericht op het voorkomen van problematisch middelengebruik en verslaving bij jongeren met een LVB en gedragsproblemen. Daarnaast is van belang dat specifieke patronen van gebruik worden vergeleken met jongeren zonder een LVB wonend in een residentiele setting, zodat kan worden bekeken of deze patronen afwijkend van elkaar zijn.

¹ Senior Onderzoeker Research & Development, Pluryn en onderzoeker Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit. Correspondentie epoelen01@pluryn.nl.

² Gedragswetenschapper en Junior Onderzoeker Research & Development, Pluryn en promovendus Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit.

³ Directeur Kwaliteit van Zorg en Innovatie, Pluryn en onderzoeker Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit.

Voor jongeren in het algemeen heeft middelengebruik een aantal bekende negatieve gevolgen, waaronder risicogedrag zoals geweld en riskant seksueel gedrag (bijv., Duncan, Alpert, Duncan, & Hops, 1997) en risico op hersenbeschadiging en gevolgen voor de neurobiologische ontwikkeling (bijv., Tapert, Caldwell, & Burke, 2004). Voor jongeren met een LVB en gedragsproblemen zijn er additionele gevolgen, omdat alcohol en drugs hun kwetsbaarheid vergroot op het gebied van fysieke en mentale gezondheid. Middelengebruik bij jongeren met een LVB gaat vaak samen met sociale problemen (o.a. eenzaamheid, conflicten of verbroken contact met familie en vrienden), psychische problemen (o.a. psychose, paranoia, depressie, angst), gedragsproblemen (o.a. agressie, passiviteit, criminele activiteiten) en financiële problemen (Barrett & Paschos, 2006; Didden, Embregts, Van der Toorn, & Laarhoven, 2009; Taggart, McLaughlin, Quinn, & Milligan, 2006; McGillivray & Moore, 2001). Daarnaast lijkt het risico op problematisch middelengebruik en verslaving groter bij jongeren met een LVB en gedragsproblemen dan bij andere leeftijdsgenoten (Barrett & Paschos, 2006; Burgard, Donohue, Azrin, & Teichner, 2000; Chapman & Wu, 2012; McGillicuddy, 2006; Westermeyer, Kemp, & Nugent, 1996). Het grote risico op negatieve gevolgen van middelengebruik voor jongeren met een LVB en gedragsproblemen onderstreept het belang van onderzoek naar de prevalentie en de determinanten van het middelengebruik.

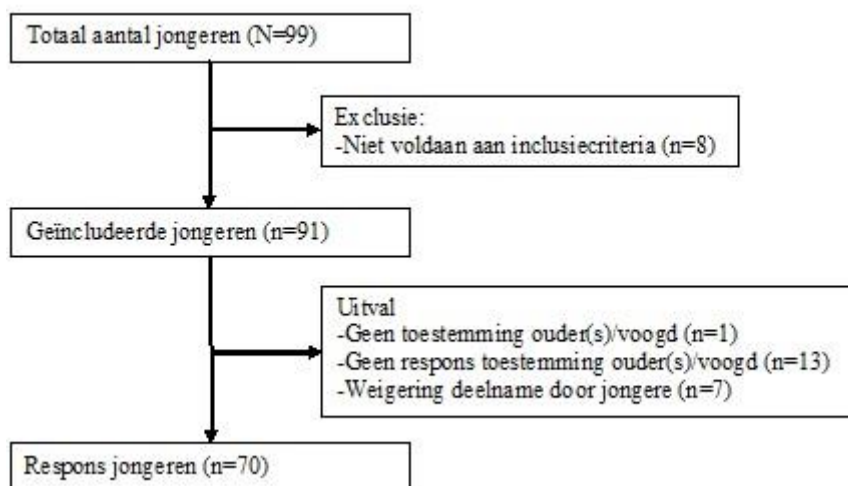
Onze ervaring is dat OBC's zich bewust zijn van de omvang en de consequenties van middelengebruik van jongeren die in zorg zijn. Problematisch middelengebruik wordt gezien als een factor die psychische en sociale problemen bij jongeren in stand houdt en de behandeling belemmert. Naast deze individuele gevolgen voor jongeren heeft middelengebruik ook een negatief effect op het leefklimaat bij de instelling. Gebruikende jongeren kunnen zorgen voor clandestiene aanwezigheid van middelen op het terrein. Hierdoor komen middelen beschikbaar voor (nog niet gebruikende) andere jongeren. Daarnaast laat onderzoek zien dat het middelengebruik binnen instellingen toeneemt door onderlinge bekrachtiging van deviant gedrag (Patterson, Dishion, & Yoerger, 2000). Ondanks dat er binnen de zorg voor mensen met een LVB veel aandacht is voor het thema, wordt problematisch middelengebruik in individuele gevallen niet altijd herkend (Van der Nagel, Kiewik, Buitelaar, & De Jong, 2011a). Screening op middelengebruik is nog niet eerder op grote schaal ingezet en de klinische inschatting van gedragswetenschappers op het gebied van middelengebruik is niet altijd adequaat (Van Duijvenbode et al., 2015; Van der Nagel et al., 2011a). Enerzijds geven gedragswetenschappers aan dat ze hiertoe niet de juiste kennis en vaardigheden hebben (Van der Nagel et al., 2011a), anderzijds is het lastig zicht krijgen op het gebruik zelf. Gebruik van middelen is binnen de zorg niet toegestaan en jongeren zullen hun middelengebruik en symptomen van problemen zoveel mogelijk verborgen houden voor begeleiders en behandelaars.

Het doel van deze studie is daarom om een gedetailleerd beeld te krijgen van de prevalentie van (problematisch) middelengebruik bij jongeren met een LVB en gedragsproblemen verblijvend in een OBC. Daarnaast willen we ook inzicht krijgen in de kennis en attitudes van deze jongeren ten aanzien van middelengebruik, het middelengebruik in de directe omgeving van de jongeren en de verkrijgbaarheid van middelen door de jongeren. In deze studie maken we onderscheid tussen jongeren die intramuraal bij een OBC verblijven en jongeren die extramuraal begeleiding en behandeling krijgen in woonvoorzieningen buiten het terrein van een OBC. Naar verwachting zal (problematisch) middelengebruik vaker voorkomen bij jongeren die extramuraal verblijven dan bij jongeren die intramuraal verblijven. Jongeren die extramuraal verblijven zijn namelijk veelal ouder dan jongeren die intramuraal verblijven en zij participeren in grotere mate in de maatschappij. Beide factoren hangen samen met een hogere mate van middelengebruik (Christian & Polling, 1997).

Methode

Procedure en deelnemers

In dit onderzoek werden jongeren zelf bevraagd over verschillende aspecten van middelengebruik. Daarnaast werden ook gegevens uit dossiers verzameld. De totale onderzoekspopulatie bestond uit 99 jongeren. Acht jongeren zijn door gedragswetenschappers uitgesloten van deelname omdat zij gedurende de onderzoeksperiode psychisch instabiel waren. In totaal hebben 70 jongeren deelgenomen aan deze studie (zie Figuur 1). De jongeren en hun ouders of wettelijk vertegenwoordigers hebben mondeling en schriftelijk informatie gekregen over het doel van het onderzoek. Daarbij is vermeld dat gegevens van deelnemers anoniem verwerkt worden en dat rapportages over middelengebruik geen gevolgen hebben voor de begeleiding en behandeling. Vervolgens gaf de deelnemer schriftelijk toestemming (deelnemers jonger dan 18 zijn alleen benaderd indien ouder(s)/wettelijk vertegenwoordiger toestemming hadden gegeven voor deelname van de jongere aan dit onderzoek). Om de zelfrapportages van jongeren te verzamelen werd gebruik gemaakt van een voor het onderzoek ontwikkelde webapplicatie met een interactieve vragenlijst met pictogrammen en afbeeldingen. De vragenlijsten zijn afgenomen met een tablet-pc, waarbij de deelnemers zelf het touchscreen bedienden. De vragen werden voorgelezen door (student)onderzoekers en wanneer nodig verduidelijkt met eenvoudiger taalgebruik en/of een voorbeeld. De (student)onderzoekers die de gegevensverzameling uitvoerden zijn niet bij de behandeling of begeleiding van jongeren betrokken, hierdoor konden jongeren in openheid vragen beantwoorden. Het invullen van de vragenlijst duurde ongeveer 30 tot 60 minuten. Dossiers van jongeren zijn gebruikt om relevante achtergrondgegevens van jongeren, zoals IQ, diagnose en medicatiegebruik te verzamelen.



Figuur 1. Stroomdiagram deelnemers onderzoek

In totaal hebben 70 jongeren een interactieve digitale vragenlijst op een tablet voltooid. Dit zijn 54 jongeren die intramuraal verbleven op het instellingsterrein en 16 jongeren die extramuraal begeleiding en behandeling kregen in woonvoorzieningen buiten het terrein (zie Tabel 1). De gemiddelde leeftijd van jongeren die intramuraal verbleven was 15.5 jaar (SD=2.1), 14.8% (n=8) van de jongeren was 18 jaar of ouder. De gemiddelde leeftijd van jongeren die extramuraal verbleven was 18.3 (SD=1.6), 62.5% (n=10) van jongeren was 18 jaar of ouder. De totale leeftijdsrange liep van 11

tot 22 jaar. Het gemiddelde intelligentieniveau van de participanten was 73.6 (SD=8.5) met een IQ-range van 55 tot 91, 68.3% (n=41) van de totale groep had een IQ van 70 of hoger. Het merendeel van de deelnemers waren jongens (77.1%). Het merendeel van de jongeren verbleef vrijwillig bij de instelling (92.2%). Alle deelnemers hadden één of meerdere psychiatrische diagnoses. De meest voorkomende psychiatrische diagnoses waren attention deficit hyperactivity disorder (ADHD; 34.3%, n=24), hechtingsstoornis (28.6%, n=20), ouder-kindrelatieproblematiek (25.7%, n=18), oppositioneel opstandige gedragsstoornissen (ODD) en conduct disorder (CD) (22.9%, n=16) en pervasieve ontwikkelingsstoornis (18.6%, n=13). Comorbiditeit van twee of meer diagnoses kwam voor bij 68.6% (n=48) van de deelnemers. Van de deelnemers gebruikte 54.1% (n=33) medicatie waarbij een negatieve wisselwerking kan optreden tussen mediatie en middelen.

Tabel 1 *Beschrijving deelnemende jongeren*

	Intramuraal (n=54)		Extramuraal (n=16)		Totaal (n=70)	
	m	sd	m	sd	m	sd
Leeftijd	15.5 ^a	2.1	18.3 ^a	1.6	16.2	2.3
IQ	73.1	8.7	75.3	7.5	73.6	8.5
	%	n	%	n	%	n
Geslacht (jongen)	74.1	40	87.5	14	77.1	54
Leeftijd (18 of ouder)	14.8 ^b	8	62.5 ^b	10	25.7	18
IQ (70 of hoger)	63.0	29	85.7	12	68.3	41
ADHD	37.0	20	25.0	4	34.3	24
Hechtingsstoornis	29.6	16	25.0	4	28.6	20
Ouder-kind relatie problematiek	22.2	12	37.5	6	25.7	18
ODD/CD	18.5	10	37.5	6	22.9	16
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	18.5	10	18.8	3	18.6	13

Noot. ^a Significant verschil tussen jongeren die intramuraal en extramuraal verblijven $t(68)=-4.81, p=.012$.

^b Significant verschil tussen jongeren die intramuraal en extramuraal verblijven ($\chi^2(1)=14.69, p<.001$)

Instrumenten

De interactieve vragenlijst bestond allereerst uit vragen van de Substance Use and Misuse among Intellectually Disabled Persons Questionnaire (SumID-Q; Van der Nagel et al., 2011b; Van Duijvenbode et al., 2013). De SumID-Q is bedoeld om middelengebruik bij mensen met een LVB in kaart te brengen. Het instrument is zo opgebouwd dat middelengebruik op een open en prettige manier besproken kan worden. De middelen worden geïntroduceerd met afbeeldingen en alleen als middelen bekend zijn bij de jongere wordt doorgevraagd.

Bekendheid van middelen. Bekendheid van middelen is geïnventariseerd met behulp van afbeeldingen van verschillende vormen van alcohol (bier, wijn, breezer en sterke drank), cannabis en harddrugs (ecstasy, cocaïne, heroïne, speed en paddo's). Jongeren werd gevraagd of ze het middel op de afbeelding herkennen (1) 'Ja' of (2) 'Nee' (Van der Nagel et al., 2011b).

Ooit gebruik van alcohol, cannabis en harddrugs. Middelengebruik door jongeren is gemeten door middel van de volgende items: 'Heb je weleens alcohol gedronken?', 'Heb je weleens wiet gebruikt?' en 'Heb je weleens drugs gebruikt?'. Hierop konden participanten (1) 'Ja' of (2) 'Nee' antwoorden.

Actueel gebruik van alcohol, cannabis en harddrugs. Actueel alcohol-, cannabis- en harddruggebruik werd gemeten met de vraag ‘Heb je de afgelopen maand alcohol gedronken?’, ‘Heb je de afgelopen maand wiet gebruikt?’ en ‘Heb je de afgelopen maand drugs gebruikt?’. Antwoordcategorieën waren: (1) ‘Ja’ en (2) ‘Nee’ (Van Dorsselaer et al., 2010; Van Laar et al., 2013).

Frequentie van alcohol-, cannabis-, en harddruggebruik. Frequentie van alcohol-, cannabis-, en harddruggebruik is gemeten met de items: ‘Hoe vaak drink je alcohol?’, ‘Hoe vaak gebruik je wiet?’ en ‘Hoe vaak gebruik je drugs?’. Antwoordcategorieën liepen van (1) ‘Nooit’ tot (5) ‘Bijna elke dag’ (Van der Nagel et al., 2011b; Poelen et al., 2005). Frequent gebruik is gedichotomiseerd waarbij frequent gebruik is gedefinieerd als wekelijks of dagelijks gebruik (categorie 4 en 5; cf. Bransen et al., 2009).

Kwantiteit van alcoholgebruik. Voor alcoholgebruik is ook kwantiteit van alcoholgebruik gemeten met het item: ‘Hoeveel glazen drink je per keer?’. Antwoordcategorieën liepen van (1) ‘1-2 glazen per keer’ tot (5) ‘10 of meer glazen per keer’ (Van der Nagel et al., 2011b; Van Dorsselaer et al., 2010; Van Laar et al., 2013). Kwantiteit van gebruik is gedichotomiseerd waarbij een hoge kwantiteit is gedefinieerd volgens de normen van binge drinken (categorie 3, 4 en 5; cf. Van Dorsselaer et al., 2010; Van Laar et al., 2013).

Frequentie van binge drinken. Frequentie van binge drinken is gemeten met het item: ‘Hoe vaak drink je meer dan zes glazen?’. Antwoordcategorieën liepen van (1) ‘Nooit’ tot (5) ‘Bijna elke dag’ (Van der Nagel et al., 2011b). Frequentie van binge drinken is gedichotomiseerd waarbij frequent binge drinken is gedefinieerd als ten minste maandelijks binge drinken (categorie 3, 4 en 5).

Schadelijk gebruik van alcohol en drugs. Schadelijk gebruik van alcohol werd vastgesteld met de Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001) en van druggebruik met de Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT; Bergman, Bergman, Palmstierna, & Schlyter, 2003). De AUDIT en de DUDIT zijn ook opgenomen in de SumID-Q (Van der Nagel et al., 2011b; Van Duijvenbode, Didden, Korzilius, Trentelman & Engels, 2013). De items hebben betrekking op frequentie en kwantiteit van gebruik, afhankelijkheid en problemen gerelateerd aan gebruik. Een voorbeelditem is: ‘Hoe vaak heb je spijt gehad van het drinken/drugs gebruiken?’. De antwoordcategorieën bij deze items waren: (1) ‘Nooit’, (2) ‘<1 keer per maand’, (3) ‘Elke maand’, (4) ‘Elke week’ en (5) ‘Bijna elke dag’. Er zijn 10 items om de AUDIT te berekenen en 10 vragen voor de DUDIT. De schaalscores werden berekend door middel van de som van de antwoorden op de items (Cronbach’s alpha was .70 voor de AUDIT en .86 voor de DUDIT). Volgens vaste afkappunten voor jongens en meisjes werden de scores gedichotomiseerd, waarbij een jongere alleen positief op de AUDIT of de DUDIT kon scoren als hij of zij recent het middel nog heeft gebruikt (Babor et al., 2001; Bergman et al., 2003; Van der Nagel et al., 2011b).

Kennis over middelen. Kennis over middelen is in kaart gebracht met de kennis over alcohol en cannabis schalen uit de SumID-Q (Van der Nagel et al., 2011b). Voorbeeld items zijn: ‘Als je veel alcohol drinkt, kan je minder goed lopen’ en ‘Van blowen krijg je honger’. Antwoorden konden gegeven worden op een 3-puntsschaal (1) ‘Klopt’, (2) ‘Klopt niet’ en (3) ‘Weet ik niet’. Per middel waren er zeven kennisvragen. Om tot de kennisscore te komen is een somscore berekend van de juiste antwoorden. Ook is een somscore berekend van de fout gegeven antwoorden (cf. Van der Nagel et al., 2011b).

Attitude ten aanzien van middelen. Attitude ten aanzien van middelen is gemeten met de attitude ten aanzien van alcohol en cannabis schalen uit de SumID-Q (Van der Nagel et al., 2011b). Deze schalen bestaan uit tien items. Voorbeeld items zijn: 'Alcohol drinken is stoer' en 'Blowen is fijn'. Antwoorden liepen van (1) 'Klopt helemaal' tot (4) 'Klopt helemaal niet'. Er zijn 10 items voor alcohol en 10 items voor cannabis. Na hercodering wijst een hogere score op een positievere attitude ten aanzien van het middel. Cronbach's alpha was .73 voor alcohol en .79 voor cannabis.

Gebruik in de omgeving van jongeren. Gebruik in de sociale omgeving (door familie, bekenden, vrienden) van jongeren vormt een risico voor gebruik van jongeren. Gebruik in de omgeving van jongeren is gemeten met de vraag: 'Drinken mensen die jij kent alcohol?'. Deze vraag werd beantwoord voor (1) 'Je familieleden', (2) 'Je vrienden', (3) 'De mensen op je werk/school/dagbesteding', (4) 'De mensen bij wie je in huis woont' en (5) 'Je begeleiders'. De antwoordschaal liep van (1) 'De meesten' tot (4) 'Niemand' (Van der Nagel et al., 2011b). Een vergelijkbaar item werd gebruikt voor cannabisgebruik.

Statistische analyses

Prevalentie cijfers van bekendheid van alcohol, cannabis en harddrugs, ooit gebruik van alcohol, cannabis en harddrugs, actueel gebruik van alcohol, cannabis en harddrugs, frequentie van alcohol-, cannabis-, en harddruggebruik, kwantiteit van alcoholgebruik, frequentie van binge drinken, schadelijk gebruik van alcohol en drugs, kennis over middelen, attitude ten aanzien van middelen en gebruik in de omgeving van jongeren zijn berekend met behulp van SPSS 21.0. Kruistabel analyses zijn gebruikt om verschillen in middelengebruik te bekijken tussen jongeren die intramuraal of extramuraal verblijven, verschillen op basis van geslacht, IQ, leeftijd, jongeren die medicatie gebruiken waarbij er een negatieve wisselwerking kan optreden met gebruik en de meest voorkomende psychiatrische diagnoses (ADHD, ODD/CD, Pervasieve ontwikkelingsstoornis, hechtingsproblematiek en ouder-kind relatieproblematiek). Indien aantallen per cel het toelaten zijn chi-kwadraat analyses uitgevoerd om verschillen statistisch te toetsen (Poelen et al., 2005).

Resultaten

Alcoholgebruik

Bekendheid van alcohol. Resultaten laten zien dat de bekendheid van alcohol bij jongeren hoog was. Afbeeldingen van bier werden herkend door 97.1% van de jongeren, afbeeldingen van wijn door 100% van de jongeren, afbeeldingen van mixdranken door (n=59) van de jongeren en afbeeldingen van sterke drank door 81.4%.

Alcoholgebruik van jongeren. Tabel 2 geeft een beschrijving van het alcoholgebruik van jongeren. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen jongeren die intramuraal verbleven op het terrein en jongeren die extramuraal begeleiding en behandeling kregen (buiten het terrein). Prevalentiecijfers laten zien dat 80% van de jongeren ooit alcohol heeft gedronken. Ongeveer de helft van de jongeren (45.7%) heeft in de maand voorafgaand aan het onderzoek gedronken. Er zijn hierin geen statistisch significante verschillen tussen jongeren die intramuraal en extramuraal verbleven.

Tabel 2 Alcoholgebruik van jongeren

	Intramuraal (n=54)		Extramuraal (n=16)		Totaal (n=70)	
	%	n	%	n	%	n
Ooit gebruik alcohol	75.9	41	93.8	15	80.0	56
Actueel gebruik alcohol	40.7	22	62.5	10	45.7	32
Frequent gebruik alcohol	7.4 ^a	4	31.3 ^a	5	12.9	9
Frequent binge drinken	3.7 ^b	2	18.8 ^b	3	7.1	5
Hoge kwantiteit gebruik alcohol	7.4 ^c	4	31.3 ^c	5	12.9	9
Schadelijk gebruik volgens AUDIT	20.4 ^d	11	43.8 ^d	7	25.7	18

^a Significant verschil tussen jongeren die intramuraal en extramuraal verblijven ($\chi^2(1)=6.26, p=.012$); ^b Significant verschil tussen jongeren die intramuraal en extramuraal verblijven ($\chi^2(1)=4.21, p=.040$); ^c Significant verschil tussen jongeren die intramuraal en extramuraal verblijven ($\chi^2(1)=6.26, p=.012$); ^d Trend in verschil tussen jongeren die intramuraal en extramuraal verblijven ($\chi^2(1)=3.53, p=.060$).

Frequent drinken en binge drinken. Frequent drinken (minstens elke maand) kwam voor bij 7.4% (n=4) van de jongeren die intramuraal verbleven en bij 31.1% (n=5) van de jongeren die extramuraal verbleven ($\chi^2(1)=6.26, p=.012$). Binge drinken is het drinken van zes of meer glazen alcohol bij één gelegenheid. Frequent binge drinken kwam voor bij 3.7% (n=2) van de jongeren die intramuraal verbleven en bij 18.8% (n=3) van de jongeren die extramuraal verbleven ($\chi^2(1)=4.21, p=.040$). Frequent drinken en binge drinken kwamen dus significant vaker voor bij jongeren die extramuraal verbleven dan bij jongeren die intramuraal verbleven.

Schadelijk alcoholgebruik van jongeren. Aan de AUDIT criteria voor schadelijk alcoholgebruik voldoet 20.4% (n=11) van de jongeren die intramuraal verbleven en 43.8% (n=7) van de jongeren die extramuraal verbleven ($\chi^2(1)=3.53, p=.060$).

Verschillen in alcoholgebruik op basis van kenmerken van jongeren. Voor alle indicatoren van alcoholgebruik is onderzocht of deze verschillen tussen jongeren op basis van hun kenmerken. Resultaten laten zien dat er geen significante verschillen waren in alcoholgebruik tussen jongens en meisjes, tussen jongeren jonger dan 18 en jongeren ouder dan 18, tussen jongeren met een IQ lager dan 70 en jongeren met een IQ van 70 of hoger, tussen jongeren die medicatie gebruikten waarbij een negatieve wisselwerking kan op treden tussen medicatie en middelen en jongeren die dit type medicatie niet gebruikten en tussen jongeren met en zonder de meest voorkomende psychiatrische diagnoses (ADHD, hechtingsstoornis, ouder-kind relatie problematiek, ODD/CD en pervasieve ontwikkelingsstoornis). Resultaten laten wel zien dat jongeren met de diagnose ODD/CD frequenter alcohol gebruikten dan jongeren zonder deze diagnose ($\chi^2(1)=11.24, p=.001$) en frequenter binge drinken dan jongeren zonder deze diagnose ($\chi^2(1)=4.21, p=.040$). Ook is er een trend in het vaker voorkomen van positieve AUDIT scores bij jongeren met de diagnose ODD/CD ($\chi^2(1)=2.89, p=.089$). Daarnaast laten resultaten zien dat positieve AUDIT scores niet voorkwamen bij jongeren met de diagnose pervasieve ontwikkelingsstoornis, in tegenstelling tot bij jongeren die deze diagnose niet hebben ($\chi^2(1)=5.95, p=.015$).

Kennis over alcohol. Jongeren hadden een vrij grote kennis over alcoholgebruik. De gemiddelde score was 4.8 (sd= 1.0; range=1-6). De maximaal te behalen kennisscore was 6, deze score werd behaald door 20.0% (n=14) van de jongeren, 52.9% (n=37) haalde een score van 5. In lijn met de hoge

kenniscore, was de foutenscore relatief laag. De gemiddelde foutenscore was .60 (sd=.89; range=0-4).

Attitude ten aanzien van alcohol. De gemiddelde attitude ten aanzien van alcohol van jongeren is vrij neutraal. Jongeren zijn niet uitgesproken negatief of positief zijn over alcoholgebruik (m=2.12; sd=.51; range 1.00-4.00).

Alcoholgebruik in de omgeving van jongeren. Het alcoholgebruik door personen in de omgeving van jongeren is weergegeven in Tabel 3. Resultaten laten zien dat volgens jongeren alcoholgebruik voorkwam bij een meerderheid van de vrienden, personen op werk, school of dagbesteding, personen bij wie jongeren in huis wonen, familieleden en begeleiders van jongeren. Volgens jongeren gebruiken met name relatief veel van hun vrienden en familieleden alcohol.

Cannabis- en harddruggebruik

Bekendheid van cannabis en harddrugs. Resultaten laten zien dat ook de bekendheid van cannabis en verschillende harddrugs bij jongeren hoog was. Een afbeelding van cannabis werd herkend door 97.1% van de jongeren, een afbeelding van ecstasy door 85.7% van de jongeren, een afbeelding van cocaïne door 97.1% van de jongeren, een afbeelding van heroïne door 82.9% van de jongeren, een afbeelding van paddo's door 80.0% en een afbeelding van speed door 78.6% van de jongeren.

Cannabisgebruik van jongeren. In Tabel 4 is het cannabis- en harddruggebruik van jongeren weergegeven. Opnieuw is er onderscheid gemaakt tussen jongeren die intramuraal verbleven en jongeren die extramuraal begeleiding en behandeling ontvingen. Ongeveer de helft van de jongeren die intramuraal verbleven (48,1%, n=26) en het grootste deel van de jongeren extramuraal verbleven (87,5%, n=14) heeft ooit cannabis gebruikt. Van de jongeren die intramuraal verbleven was 20.4% (n=11) en van de jongeren die extramuraal verbleven was 50% (n=8) actueel cannabisgebruiker. Frequent cannabisgebruik (wekelijks en (bijna) dagelijks) kwam voor bij 5.6% (n=3) van de jongeren die intramuraal verbleven en 50.0% (n=8) van jongeren van die extramuraal verbleven. Cannabisgebruik komt significant vaker voor bij jongeren die extramuraal verbleven dan bij jongeren die intramuraal verbleven, dit geldt voor het ooit gebruik ($\chi^2(1)=7.81, p=.005$), actueel gebruik ($\chi^2(1)=5.48, p=.019$) en frequent cannabisgebruik ($\chi^2(1)=18.41, p<.001$).

Tabel 3 Alcoholgebruik in de omgeving van jongeren

	Vrienden		School/werk/ dagbesteding		Huisgenoten		Familieleden		Begeleiders	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Niemand	17.1	12	20.0	14	25.7	18	4.3	3	22.9	16
Bijna niemand	2.9	2	12.9	9	20.0	14	11.4	8	15.7	11
Sommigen	30.0	21	40.0	28	28.6	20	44.3	31	44.3	31
De meesten	50.0	35	27.1	19	25.7	18	40.0	28	17.1	12

Harddruggebruik van jongeren. Tabel 4 laat zien dat 27.8% (n=15) van de jongeren die intramuraal verbleven en 56.3% (n=9) van de jongeren die extramuraal verbleven ooit harddrugs heeft gebruikt ($\chi^2(1)=4.44, p=.035$). 9.3% (n = 5) van de jongeren was actueel harddruggebruiker. Hierin is geen significant verschil gevonden tussen jongeren die intramuraal en extramuraal verbleven. Frequent harddruggebruik (wekelijks en (bijna) dagelijks) kwam voor bij 0.0% (n=0) van de jongeren die intramuraal verbleven en ongeveer 12.5% (n=2) van jongeren die extramuraal verbleven. Dit verschil is significant ($\chi^2(1)=6.95, p=.008$).

Schadelijk druggebruik van jongeren. Bij 17.1% (n=12) van de jongeren was sprake van een risico op schadelijk druggebruik volgens de DUDIT. Dit risico is niet significant verschillend tussen jongeren die intramuraal en extramuraal verbleven.

Verschillen in cannabis en harddruggebruik op basis van kenmerken van jongeren. Indicatoren voor cannabis- en harddruggebruik zijn niet significant verschillend tussen respectievelijk jongens en meisjes, jongeren jonger dan 18 en jongeren ouder dan 18, jongeren met een IQ lager 70 en jongeren met een IQ van 70 of hoger. Chi-kwadraat toetsen varieerden van $\chi^2(1)=.01$, $p=.917$ tot $\chi^2(1)=2.66$, $p=.103$). Resultaten laten zien dat er wel verschillen zijn tussen jongeren die medicatie gebruikten waarbij een negatieve wisselwerking kan optreden tussen medicatie en middelen en jongeren die dit type medicatie niet gebruikten. Het ooit gebruik ($\chi^2(1)=5.17$, $p=.023$) en actueel gebruik ($\chi^2(1)=4.56$, $p=.033$) van cannabis, de frequentie van cannabisgebruik ($\chi^2(1)=9.37$, $p=.002$) en het ooit gebruik van harddrugs ($\chi^2(1)=4.36$, $p=.037$) is lager bij jongeren die dit type medicatie wel gebruiken dan bij jongeren die dit type medicatie niet gebruiken. Ook zijn er een aantal verschillen gevonden in cannabis- en harddruggebruik tussen jongeren met en zonder de meest voorkomende psychiatrische diagnoses. Resultaten laten zien dat bij jongeren met de diagnose ODD/CD het ooit ($\chi^2(1)=7.81$, $p=.005$) en actueel gebruik ($\chi^2(1)=8.88$, $p=.003$) van cannabis, frequentie van cannabis ($\chi^2(1)=12.31$, $p=.001$) en schadelijk druggebruik ($\chi^2(1)=6.05$, $p=.014$) meer prevalent waren dan bij jongeren zonder de diagnose ODD/CD. Schadelijk druggebruik kwam niet voor bij jongeren met de diagnose pervasieve ontwikkelingsstoornis, in tegenstelling tot bij jongeren die deze diagnose niet hadden ($\chi^2(1)=3.30$, $p=.069$).

Tabel 4 Cannabis- en harddruggebruik van jongeren

	Intramuraal (n=54)		Extramuraal (n=16)		Totaal (n=70)	
	%	n	%	n	%	n
Cannabisgebruik						
Ooit gebruik cannabis	48.1 ^a	26	87.5 ^a	14	57.1	40
Actueel gebruik cannabis	20.4 ^b	11	50.0 ^b	8	27.1	19
Frequent cannabisgebruik	5.6 ^c	3	50.0 ^c	8	15.7	11
Harddruggebruik						
Ooit gebruik harddrugs	27.8 ^d	15	56.3 ^d	9	34.3	24
Actueel gebruik harddrugs	9.3	5	18.8	3	11.4	8
Frequent harddruggebruik	0.0 ^e	0	12.5 ^e	2	2.9	2
Schadelijk gebruik volgens DUDIT	14.8	8	25.0	4	17.1	12

^a Significant verschil tussen jongeren die intramuraal en extramuraal verblijven ($\chi^2(1)=7.81$, $p=.005$); ^b Significant verschil tussen jongeren die intramuraal en extramuraal verblijven ($\chi^2(1)=5.48$, $p=.019$); ^c Significant verschil tussen jongeren die intramuraal en extramuraal verblijven ($\chi^2(1)=18.41$, $p<.001$); ^d Significant verschil tussen jongeren die intramuraal en extramuraal verblijven ($\chi^2(1)=4.44$, $p=.035$); ^e Significant verschil tussen jongeren die intramuraal en extramuraal verblijven ($\chi^2(1)=6.95$, $p=.008$).

Kennis over cannabis. Net zoals bij alcohol hadden jongeren een vrij grote kennis over cannabis. De gemiddelde score is 5.4 (sd=1.3; range=2-7). De maximaal te behalen kennisscore was 7, deze score werd behaald door 19.1% (n=13) van de jongeren, 35.3% (n=24) haalde een score van 6. De gemiddelde foutenscore (m=.79; sd=.70; range 0-3) was opnieuw relatief laag. Dit wijst erop dat er bij jongeren weinig misverstanden bestonden over cannabis en de gevolgen van gebruik.

Attitude ten aanzien van cannabis. De gemiddelde attitude ten aanzien van cannabis van jongeren is gematigd negatief (m=1.97; sd=.58; range 1.00-3.75).

Cannabisgebruik in de omgeving van jongeren. Het cannabisgebruik door personen in de omgeving van jongeren is weergegeven in Tabel 5. Resultaten laten zien dat ruim de helft van de jongeren aangaf dat sommige of de meeste van hun vrienden cannabis gebruiken. Voor personen op school, werk of dagbesteding geldt dit voor ongeveer 32% van de jongeren, voor huisgenoten voor ongeveer 20%, voor familieleden voor ongeveer 28% en voor begeleiders voor ongeveer 9% van de jongeren.

Verkrijgbaarheid alcohol, cannabis en harddrugs

In Tabel 6 valt af te lezen dat jongeren alcohol vooral verkregen via ouders of andere familieleden, via vrienden of bekenden en een deel kocht zelf alcohol in een supermarkt of drankenhandel. Een klein deel van de jongeren gaf aan alcohol te stelen. Cannabis verkregen jongeren voornamelijk via vrienden of bekenden of ze kochten cannabis in een coffeeshop. Een kleiner deel van de jongeren verkreeg cannabis via ouders of familieleden en via drugsdealer. Harddrugs werden voornamelijk verkregen via vrienden of bekenden en drugsdealers.

Tabel 5 *Cannabisgebruik in de omgeving van jongeren*

	Vrienden		School/werk/ dagbesteding		Huisgenoten		Familieleden		Begeleiders	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Niemand	27.9	19	48.5	33	64.7	44	51.5	35	82.4	56
Bijna niemand	14.7	10	19.1	13	14.7	10	20.6	14	8.8	6
Sommigen	32.4	22	25.0	17	10.3	7	20.6	14	7.4	5
De meesten	25.0	17	7.4	5	10.3	7	7.4	5	1.5	1

Tabel 6 *Verkrijgbaarheid alcohol, cannabis en harddrugs*

Alcohol	Cannabis		Cannabis		Harddrugs		Harddrugs	
	%	n	%	n	%	n	%	n
Winkel	29.8	17	Coffeeshop	29.7	11	Dealer	33.3	7
Ouders/familie	36.8	21	Ouders/familie	16.2	6	Ouders/familie	4.8	1
Vrienden/bekenden	28.1	16	Vrienden/bekenden	48.6	18	Vrienden/bekenden	61.9	13
Diefstal	5.3	3	Dealer	5.5	2	-	-	-

Discussie

Het doel van dit onderzoek was om een gedetailleerd beeld te geven van de prevalentie en een aantal determinanten van (problematisch) middelengebruik bij jongeren met een LVB en gedragsproblemen verblijvend in een OBC. Geconcludeerd kan worden dat de meerderheid van de jongeren in deze studie ooit alcohol heeft gebruikt en ongeveer de helft van de jongeren gebruikte actueel alcohol. Frequent drinken kwam voor bij een klein deel (ongeveer 8%) van de jongeren die intramuraal verbleven en bij een groter deel (ongeveer 31%) van de jongeren die extramuraal verbleven. Frequent binge drinken (zes of meer glazen alcohol bij één gelegenheid) kwam voor bij ongeveer 10% van de jongeren. Ongeveer 20% van de jongeren die intramuraal verbleven en 44% van de jongeren die extramuraal verbleven heeft een risico op schadelijk alcoholgebruik. De prevalentiecijfers van ooit en actueel gebruik van alcohol en binge drinken lijken vergelijkbaar met percentages in de algemene Nederlandse bevolking waarin alcoholgebruik wijdverbreid is (Van Dorsselaer et al., 2010; Van Laar et al., 2013). Het risico op schadelijk gebruik ligt echter ruim boven percentages in de algemene bevolking waarin dit percentage rond 3-5% wordt geschat (Van Laar et al., 2013). Bij deze

vergelijking van prevalentiecijfers is uiteraard voorzichtigheid geboden gezien verschillen in meetinstrumenten en samenstelling van steekproef (bijv., gemiddelde leeftijd).

Wat betreft cannabisgebruik kan geconcludeerd worden dat ongeveer de helft van de jongeren die intramuraal verblijven en de meerderheid van de jongeren die extramuraal verblijven ooit cannabis heeft gebruikt. Ongeveer 20% van de jongeren die intramuraal verblijven en de helft van de jongeren die extramuraal verblijven gebruikt actueel cannabis. Deze prevalentiecijfers lijken aanzienlijk hoger dan in de algemene Nederlandse bevolking (Van Dorsselaer et al., 2010; Van Laar et al., 2013), maar komen wel overeen met prevalentiecijfers over cannabisgebruik in een landelijke studie in de residentiële jeugdzorg (Kepper et al., 2009). Frequent cannabisgebruik komt voor bij een klein deel (ongeveer 6%) van de jongeren die intramuraal verblijven en ongeveer de helft van de jongeren die extramuraal verblijven. Dit percentage lijkt hoger dan in de algemene Nederlandse bevolking, waarin dit percentage rond 1,5% wordt geschat (Van Laar et al., 2013). Wel lijkt het frequent gebruik van cannabis in deze studie overeen te komen van de mate van gebruik onder actuele cannabisgebruikers in de algemene bevolking (Van Laar et al., 2013).

Wat betreft harddruggebruik kan geconcludeerd worden dat ongeveer een kwart van de jongeren die intramuraal verblijven en iets meer dan de helft van de jongeren die extramuraal verblijven ooit harddrugs heeft gebruikt. Ongeveer 10% gebruikt actueel harddrugs. Frequent harddruggebruik komt voor bij een klein deel (ongeveer 4%) van de jongeren die intramuraal verblijven en een klein deel (ongeveer 13%) van de jongeren die extramuraal verblijven. Ook de prevalentie van harddruggebruik was aanzienlijk hoger in vergelijking met nationaal representatieve gegevens over harddrugs van jongeren (12 tot 18 jaar) (Van Dorsselaer et al., 2010). Wel lijkt het harddruggebruik van jongeren in deze studie overeen te komen met harddruggebruik van jongeren in de residentiële jeugdzorg (Kepper et al., 2009). Ongeveer 17% van de jongeren in deze studie heeft een risico op schadelijk druggebruik (cannabis en harddrugs).

Naast de prevalentie van gebruik kunnen we om te beginnen concluderen dat de kennis over alcohol en cannabis groot is bij de jongeren in deze studie. Blijkbaar bestaan er weinig misverstanden over alcohol en cannabis en de gevolgen van gebruik. Een hoge score op kennis van middelen kan tot stand zijn gekomen door voorlichting, maar kan ook wijzen op middelengebruik door de jongere zelf of gebruik van anderen in zijn of haar omgeving (Van der Nagel et al., 2011b). Daarnaast laat deze studie zien dat de attitude van jongeren ten opzichte van alcohol neutraal is en dat de attitude ten aanzien van cannabis gematigd negatief is. Deze score geeft een beeld over de attitudes, een positieve attitude ten aanzien van gebruik vergroot het risico op gebruik (Ajzen, 1991; Brug, Van Assema & Lechner, 2007). Volgens de jongeren komt alcoholgebruik voor bij de meerderheid van personen in hun omgeving en dan voornamelijk voor bij hun vrienden, personen op school, werk of dagbesteding en familieleden. Cannabisgebruik komt volgens jongeren voornamelijk voor bij vrienden, personen op school, werk of dagbesteding en familieleden.

Deze studie bevestigt het eerder door Bransen en collega's (2009) geschetste beeld dat (problematisch) middelengebruik prevalent is bij jongeren met een LVB die in contact staan met een OBC. Daarbij laat deze studie zien dat specifieke subgroepen van jongeren met psychiatrische problemen (waaronder ODD/CD, ADHD) een grote kwetsbaarheid hebben voor middelenproblematiek. Deze resultaten zijn in lijn met onderzoek dat aantoont dat deze psychiatrische problemen samenhangen met problematisch middelengebruik bij adolescenten (bijv., Charach, Yeung, Climans, & Lillie, 2014; Clark et al., 1997). Middelengebruik is een complexe multifactoriële aandoening met een hoge comorbiditeit met psychiatrische en sociale problemen (bijv., Van Duijvenbode et al., 2015). Daarom is het van belang dat er bij deze jongeren geïntervenieerd wordt in een stadium voordat problematisch gebruik ontstaat.

Literatuur

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Barrett, N., & Paschos, D. (2006). Alcohol-related problems in adolescents and adults with intellectual disabilities. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 481-485.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care*. Geneva: World Health Organization.
- Bergman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2003). *DUDIT: The Drug Use Disorders Identification Test: MANUAL*. Stockholm: Karolinska Institute.
- Bransen, E., Schipper, H., & Blekman, J. (2009). Middelengebruik door jongeren met een licht verstandelijke handicap: Een eerste verkenning van aard en omvang. *Tijdschrift voor Verslaving*, 4, 37-49.
- Brug, J., Assema, P. van, & Lechner, L. (2007). *Gezondheidsvoorlichting en Gedragsverandering: Een planmatige aanpak*. Assen: Van Gorcum.
- Burgard, J., Donohue, B., Azrin, N., & Teichner, G. (2000). Prevalence and treatment of substance abuse in the mentally retarded population: An empirical review. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32, 293-298.
- Chapman, S. L. C., & Wu, L. T. (2012). Substance abuse among individuals with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 1147-1156.
- Charach A., Yeung E., Climans T., & Lillie E. (2011). Childhood attention deficit/hyperactivity disorder and future substance use disorders: Comparative meta-analyses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50, 9-21.
- Clark, D. B., Pollock, N., Bukstein, O. G., Mezzich, A. C., Bromberger, J. T., & Donovan, J. E. (1997). Gender and comorbid psychopathology in adolescents with alcohol dependence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 1195-1203.
- Christian, L., & Polling, A. (1997). Drug abuse in persons with mental retardation: A review. *American Journal of Mental Retardation*, 102, 126-136.
- Didden, R., Embregts, P., Toorn, M. van der, & Laarhoven, N. (2009). Substance abuse, coping strategies, adaptive skills and behavioral and emotional problems in clients with mild to borderline intellectual disability admitted to a treatment facility: A pilot study. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 927-932.
- Dorsselaer, S. van, Looze, M. de, Vermeulen-Smit, E., Roos, S. de, Verdurmen, J., Bogt, T. ter, & Vollebergh, W. (2010). *HBSC 2009: Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Duijvenbode, N. van, Didden, R., Korzilius, H. P., Trentelman, M., & Engels, R. C. M. E. (2013). Executive control in long-term abstinent alcoholics with mild to borderline intellectual disability: The relationship with IQ and severity of alcohol use-related problems. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 3583-3595.
- Duijvenbode, N. van, Nagel, J. E. L. van der, Didden, R., Engels, R. C. M. E., Buitelaar, J. K., Kiewik, M., & Jong, C. A. J. de (2015). Substance use disorders in individuals with mild to borderline intellectual disability: Current status and future directions. *Research in Developmental Disabilities*, 38, 319-328.
- Duncan, S. C., Alpert, A., Duncan, T. E., & Hops, H. (1997). Adolescent alcohol use development and young adult outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 49, 39-48.
- Emerson, E., & Turnbull, L. (2005). Self-reported smoking and alcohol use among adolescents with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 9, 58-69.
- Kepper, A., Dorsselaer, S. van, Monshouwer, K., & Vollebergh, W. (2009). *Experimenteel en problematisch genotmiddelengebruik door jongeren in het Speciaal Onderwijs en de Residentiële Jeugdzorg (EXPLORE): Resultaten meting oktober - december 2008*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Laar, M. W. van, Cruts, A. A. N., Ooyen-Houben, M. M. J. van, Meijer, R. F., Croes, E. A., Ketelaars, A. P. M., . . . Brunt, T. (2013). *National Drug Monitor: Jaarbericht 2012*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- McGillicuddy, N. (2006). A review of substance use research among those with mental retardation. *Mental Retardation & Developmental Disabilities Research Reviews*, 12, 41-47.
- McGillivray, J. A., & Moore, M. R. (2001). Substance use by offenders with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 26, 297-310.
- Nagel, J. E. L. van der, Kiewik, M., Buitelaar, J. K., & Jong, C. A. J. de (2011a). Staff perspectives of substance use and misuse among adults with intellectual disabilities enrolled in Dutch disability services. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 8, 143-149.

- Nagel, J. E. L. van der, Kiewik, M., Dijk, M. van, Jong, C. A. J. de, & Didden, R. (2011b). *Handleiding SumID-Q: Meetinstrument voor het in kaart brengen van middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Deventer: Tactus.
- Patterson, G. R., Dishion, T. J., & Yoerger, K. (2000). Adolescent growth in new forms of problem behavior: Macro- and micro-peer dynamics. *Preventive Science, 1*, 3-13.
- Poelen, E. A. P., Scholte, R. H. J., Engels, R. C. M. E., Boomsma, D. I., & Willemsen G. (2005). Prevalence and trends of alcohol use and misuse among adolescents and young adults in the Netherlands from 1993 to 2000. *Drug and Alcohol Dependence, 79*, 413-421.
- Steenhuis, I. H. M., & Poel, E. van der (2009). Alcohol- en drugsgebruik bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren in de leeftijd van 15-25 jaar. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 64*, 66-78.
- Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B., & Milligan, V. (2006). An exploration of substance misuse in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 50*, 588-597.
- Tapert, S. F., Caldwell, L., & Burke, C. (2004). Alcohol and the adolescent brain: Human Studies. *Alcohol Research & Health, 28*, 205-212.
- Westermeyer, J., Kemp, K., & Nugent, S. (1996). Substance disorder among persons with mild retardation. *The American Journal on Addictions, 5*, 23-31.
-

BINNENGEKOMEN

In deze rubriek wordt naar recent verschenen publicaties verwezen die voor de LVB-sector relevant zijn.

Moonen, X. & Wissink, I. (2015). *Signalering van kinderen die functioneren op het niveau van een LVB in het basis onderwijs.* Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB. Digitale uitgave.

Als een kind functioneert op het niveau van een licht verstandelijke beperking (LVB) is het belangrijk om dit zo vroeg mogelijk te signaleren, zodat tijdig de juiste hulp geboden kan worden en emotionele problemen en gedragsproblemen zoveel mogelijk kunnen worden voorkomen. Hiervoor is de Schaal Adaptief Functioneren (SAF) ontwikkeld door de Universiteit van Amsterdam, in opdracht van de GGD Amsterdam en in samenwerking met het Landelijk Kenniscentrum LVB en het Nederlands Jeugdinstituut. De SAF is een screeningsinstrument dat gebruikt kan worden door leerkrachten vanaf groep 5 in het basisonderwijs. Als een leerling een lage score behaalt op de SAF, duidt dit op een risico voor het functioneren op het niveau van een LVB. Het is dan belangrijk om nader onderzoek te doen naar waarom een leerling op dat niveau functioneert. Is er sprake van een algemene (gegeneraliseerde) achterstand of zijn er specifieke factoren die deze achterstand kunnen verklaren, zoals een verminderd concentratievermogen/aandacht of problemen met het verwerken van informatie. Zicht op dergelijke verklaringen kan aanwijzingen geven voor gerichte stimulering van die gebieden waarop de leerling achterblijft. Voor dit verklarende onderzoek is de Verkorte Adaptief Leervermogen Test (VALT) ontwikkeld. De VALT is een verzamelnaam voor 12 subtesten van drie intelligentietests die deze specifieke factoren in kaart brengen. Het Landelijk Kenniscentrum LVB heeft een handreiking uitgegeven waarin het praktisch gebruik van deze instrumenten (door leerkrachten, interne begeleiders, orthopedagogen en psychologen die werkzaam zijn in het onderwijs) centraal staat. De instrumenten zelf en de afnameprocedure zijn daarom uitgebreid beschreven. De handreiking is te downloaden via de website van het Landelijk Kenniscentrum LVB.

www.kenniscentrumlvb.nl/images/pdf/HandreikingSAF-VALT.pdf

Het volledige nieuwsbericht, inclusief links naar de handreiking, de SAF zelf en het onderzoeksrapport naar de SAF, vindt u hier:

www.kenniscentrumlvb.nl/kennis-delen/actueel/item/33-handreiking-signalering-lvb-niveau

Hoekman, J., (2015). *Handreiking vroegsignalering van een licht verstandelijke beperking (LVB).* Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB. Digitale uitgave in opdracht van het Netwerk Gewoon Meedoen.

Een licht verstandelijke beperking is meestal niet zichtbaar, deze kinderen en jongeren vallen met name door hun gedrag uit de toon. Dat maakt hen kwetsbaar voor pesten en uitsluiting. Door volwassenen worden ze gemakkelijk overschat. Kinderen en jongeren met een LVB begrijpen niet alles wat volwassenen tegen hen zeggen, maar ze zullen dat niet snel aangeven. Ook aan hun eigen taalgebruik is het niet te merken dat ze een LVB hebben. Ze gebruiken woorden en zinnen die ze hebben opgevangen, maar die ze zelf niet begrijpen. Met name in emotioneel opzicht zijn kinderen met een LVB vaak jonger dan leeftijdgenootjes en dit kan al vroeg problemen geven met het gedrag. Deze kinderen kunnen heftig reageren op 'normale' conflictsituaties. Dit kan een eerste signaal zijn dat er sprake is van een LVB. Professionals die werkzaam zijn in de algemene voorzieningen moeten leren om een LVB bij kinderen en jongeren zo vroeg mogelijk te herkennen. Immers, hoe eerder een LVB herkend wordt en hoe eerder er op ingespeeld wordt door ouders en professionals, hoe meer problemen op latere leeftijd kunnen worden voorkomen. Door vroegsignalering professionals in de nulde en eerste lijn in onder meer Centra voor Jeugd en Gezin, de jeugdgezondheidszorg, de voorschoolse opvang, het welzijnswerk en op school kunnen de kinderen en jongeren tijdig de

ondersteuning krijgen die zij nodig hebben. Hierdoor kunnen zij zich beter ontwikkelen, hoeven zij minder gebruik te maken van zwaardere zorg en behandeling en veroorzaken zij minder maatschappelijke overlast en kosten. Het Netwerk Gewoon Meedoen heeft het Landelijk Kenniscentrum LVB de opdracht gegeven om de handreiking Vroegsignalering te ontwikkelen voor deze professionals. Een subsidie hiervoor is ontvangen door ZonMw.

De handreiking is digitaal beschikbaar en beschrijft mogelijkheden voor vroegsignalering van een LVB. In de bijlage van de handreiking staat weergegeven welke in deze handreiking beschreven diagnostische hulpmiddelen / screeningsinstrumenten gebruikt zouden kunnen worden door welke specifieke groepen professionals.

U kunt de handreiking downloaden via de website van het Landelijk Kenniscentrum LVB

www.kenniscentrumlvb.nl/images/pdf/HandreikingVroegsignalering.pdf

Spaan, N. & Kaal, H. (2015). *Onbeperkt toegang tot recht? Slachtoffers met een licht verstandelijke beperking in de strafrechtsketen*. Den Haag: WODC, Ministerie van Veiligheid en Justitie.

Slachtoffers van strafbare feiten hebben, afhankelijk van het soort delict en van welke fasen van het slachtoffertraject zij doorlopen, verschillende rechten en kunnen een beroep doen op verschillende vormen van ondersteuning. In november 2015 wordt de Europese richtlijn (2012/29/EU) met minimumnormen voor de rechten, de ondersteuning en de bescherming van slachtoffers geïmplementeerd. Aan de hand van de individueel beoordeelde mate van kwetsbaarheid van het slachtoffer moeten maatwerk en waar nodig passende (extra) beschermingsmaatregelen geboden worden. Dit alles heeft als doel slachtoffers te helpen bij het uitoefenen van hun rechten en te beschermen tegen bijvoorbeeld secundaire victimisatie. De kwetsbaarheid van slachtoffers heeft te maken met verschillende factoren zoals de aard van het delict en persoonlijke kenmerken. Een kenmerk dat slachtoffers extra kwetsbaar kan maken is de aanwezigheid van een licht verstandelijke beperking (LVB). In deze context is in opdracht van het WODC onderzoek gedaan naar de vraag:

Hoe kunnen slachtoffers met een licht verstandelijke beperking (LVB) daar waar nodig ondersteund worden in het effectueren van hun rechten en beschermd worden tegen secundaire victimisatie? Het effectueren van rechten staat in dit rapport daarbij niet gelijk aan het daadwerkelijk gebruikmaken van deze rechten. Wanneer iemand goed geïnformeerd en weloverwogen ervoor kiest een mogelijkheid niet te benutten, wordt dit ook beschouwd als het effectueren van een recht. Onder secundaire victimisatie van slachtoffers wordt in dit onderzoek verstaan de verergering van het leed of de schade van het slachtoffer door het strafproces. Secundaire victimisatie in de vorm van herhaald slachtofferschap is niet meegenomen.

U kunt dit document downloaden via de website van de Hogeschool Leiden:

www.hsleiden.nl/licht-verstandelijke-beperking-en-jeugdcriminaliteit/nieuws/slachtoffer-met-lvb-verdiend-meer-aandacht

Van Asselt-Goverts, A. E., Embregts, P. J. C. M. & Hendriks, A. H. C. (2015). *Social networks of people with mild intellectual disabilities: characteristics, satisfaction, wishes and quality of life*. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(5), 450-461.

Abstract

A supportive social network is crucial for facilitating social inclusion, which can, in turn, contribute to the quality of life (QOL) for people with intellectual disabilities (ID). In this study, we investigate how people with mild ID perceive their social networks and which network characteristics relate to satisfaction with the network and perceived QOL. *Method* Data were gathered from young adults with a mild to borderline ID using structured questionnaires: the MSNA to map the social network, the IDQOL to assess QOL, and a questionnaire to determine satisfaction and wishes with regard to the social network. *Results* The majority of the participants were satisfied with their social networks.

Improvement in the area of strengthening existing ties (e.g. more frequent contact, better contact) was desired as opposed to expansion of the network. Affection –especially towards family and professionals – was most strongly related to perceived QOL. It appears to be essential that relatives live in the same town, can frequently meet up and provide both emotional and practical support. *Conclusions* The significance of family and the importance of high-quality interpersonal relationships between professional and client in the lives of young adults with ID cannot be overestimated. Although measures of satisfaction and wishes can have limitations, in actual practice it is considered useful to assess the opinions of clients with respect to their social networks. Interventions can then be tailored to the needs and wishes of the persons themselves.

Hartman, E., Smith, J. , Westendorp, M. & Visscher, C. (2015). Development of physical fitness in children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(5), 439-449.

Few studies examined the development of physical fitness in children and youth with intellectual disabilities (ID), but the developmental patterns of physical fitness are largely unknown. The first aim was to examine physical fitness of primary school children with ID, aged 8–12, and compare the results with typically developing children in order to determine the performance level of children with ID. The second aim was to investigate the developmental trajectory of physical fitness in children with ID and the possible influence of gender and severity of cognitive impairment in a 4-year during longitudinal study. *Method* Seventy-three children with borderline or mild ID (51 boys, 22 girls; age range 8–11 in the year of enrolment) were measured annually on running speed, aerobic endurance (cardiovascular endurance), explosive strength, handgrip strength and trunk strength. Physical fitness scores of 515 typically developing children (266 boys, 249 girls; age range 8–12) were collected for reference values. *Results* The results indicated statistically significant differences (with moderate to large Effect Sizes) between children with ID and typically developing children in all ages, favouring the typically developing children, and showed that the gap remained stable across the ages or decreased with increasing age. Multilevel models showed that the children with ID developed statistically significant on all items of physical fitness between age 8 and age 12. There was no statistically significant effect of gender on physical fitness, and the developmental trajectories were similar for boys and girls. For children with borderline and mild ID the developmental trajectories were parallel, but children with mild ID scored statistically significant worse on running speed, explosive strength and handgrip strength. *Conclusions* Despite statistically significant development of physical fitness in children with ID, their physical fitness levels should be stimulated. This should start already in young children (<8 years) and the children with the most severe cognitive impairments need special attention.

AGENDA

In deze rubriek worden congressen, workshops en studiedagen vermeld die voor de LVB-sector relevant zijn.

Dinsdag 15 september Regardz Zwolle: 6^{de} Jaarcongres LVB Thema's Gedragsproblemen, Verslaving en Criminaliteit.

Informatie: www.lvbcongres.nl

Dinsdag 22 september NH Amersfoort: Ouders met een LVB.

Informatie: www.leidscongresbureau.nl/Ouders_LVB/informatie

Donderdag 24 september Regardz Eenhoorn (Amersfoort): Signaleren en diagnosticeren van lvb bij jongeren.

Informatie: <http://www.hogrefe.nl/producten/producten-single/congres-signaleren-en-diagnosticeren-van-lvb-bij-jongeren.html>

Donderdag 1 oktober NH Amersfoort: Ongeremde daden. Seksueel grensoverschrijdend gedrag door mensen met een verstandelijke beperking.

Informatie: medilex.nl/congressen/ongeremdedaden/congres

VIERDAAGSE VERDIEPINGSCURSUS

LVB-jeugdigen met grensoverschrijdend gedrag Diagnostiek en behandeling

NAJAAR 2015

Achtergrond

In navolging van de zeer succesvolle editie van najaar 2014 vindt in het najaar van 2015 weer de verdiepingscursus over grensoverschrijdend gedrag van jeugdigen met een licht verstandelijke beperking (LVB) plaats. In deze cursus bespreken zeer ervaren en deskundige professionals uit de 'LVB-zorg' diverse onderwerpen op het gebied van grensoverschrijdend gedrag van jeugdigen met een LVB. Er wordt onder andere ingegaan op de risicofactoren voor het ontstaan en voortbestaan van grensoverschrijdend gedrag bij deze jeugdigen. Daarnaast komen diagnostiek en behandeling van deze problematiek uitvoerig aan de orde. Tevens worden forensische knelpunten behandeld en worden civiele en strafrechtelijke aspecten besproken, waaronder vraagstukken rondom 'gedwongen behandeling'. De cursus biedt een aanzet tot verdieping van de kennis aan de hand van door docenten geselecteerde literatuur, ingebrachte casuïstiek en het onderling uitwisselen van kennis en ervaringen. De cursus heeft daardoor een interactief karakter.

Plaats en data 2015

De cursus wordt gegeven in Utrecht (Catharijnesingel 47) op vrijdag 2 oktober, 16 oktober, 13 november en 20 november van 9.30–17.00 uur.

Doelgroep

De inhoud van de cursus is met name gericht op (ortho)pedagogen, psychologen, (kinder- en jeugd)psychiaters, maatschappelijk werkers en therapeuten die al enige kennis hebben van en ervaring hebben met jeugdigen met een LVB die grensoverschrijdend gedrag vertonen.

Accreditatie

Wordt aangevraagd bij NVO/NIP. In voorgaande jaren werd deze cursus door de Kamer GZ-psycholoog geaccrediteerd voor 28 uur.

Inlichtingen/aanmelding

Meer informatie over de inhoud van de cursus is te verkrijgen bij mw. Jolanda Douma, j.douma@kenniscentrumlvb.nl en op www.kenniscentrumlvb.nl/kennis-delen/cursusaanbod.

Kosten

Voor deelnemende instellingen van het Landelijk Kenniscentrum LVB: € 700,- per persoon, inclusief koffie/thee, lunches en aanvullende literatuur. Voor niet-deelnemende instellingen: € 800,- per persoon.

