

Onderzoek & Praktijk

Gezonde leefgewoonten stimuleren

Neurofeedback

De kern van de zaak...

FACT: Een passend aanbod?

Zorgen voor getraumatiseerde kinderen

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

Najaar 2012, jaargang 10, nr 2

Onderzoek & Praktijk

Najaar 2012
Jaargang 10 - nummer 2

Inhoud

Ponsioen	5	Voorwoord
Reulings, de Kok, Hulsbosch & Wentzel	6	Gezonde leefgewoonten stimuleren bij jongeren met een licht verstandelijke beperking: Taak voor OBC's
Breteler, Pesch, Nadorp, de Best & Tomaso	17	Neurofeedback bij kinderen en jongeren met LVB- en ADHD-problematiek verblijvend in een residentiële behandelvoorziening

Uit de Praktijk

Warmelink	30	FACT: een passend aanbod voor jongeren met een licht verstandelijke beperking?
-----------	----	---

Column

Trommelen	37	De kern van de zaak...
-----------	----	------------------------

Gelezen

Coppens & van Kregten	39	Zorgen voor getraumatiseerde kinderen Een trainingsprogramma
--------------------------	----	---

Binnengekomen

40

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
Kaap Hoorndreef 60
3563 AV Utrecht
tel. 030-2643311
fax 030-2619532
redactie@lvgnnet.nl
www.lvgnnet.nl

VOORWOORD

Albert Ponsioen
hoofredacteur Onderzoek & Praktijk

En zo is het opeens weer najaar 2012 en tijd voor de nieuwe *Onderzoek & Praktijk*. Dit najaar is een belangrijke mijlpaal op onderzoeksgebied bereikt: de afronding van Coping LVB, het Consortium Onderzoek & Praktijk Interventies Gedragsproblematiek LVB. Donderdag 15 november is met een congres het onderzoeksproject afgesloten. In het voorjaarsnummer van 2013 zal hieraan aandacht worden besteed.

In dit nummer weer een aantal inspirerende bijdragen uit verschillende hoeken. *Petra Reulings*, *Kees de Kok*, *Stephanie Hulsbosch* en *Renske Wentzel* maken vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg het verschil tussen woord en daad duidelijk. De intentie om een gezonde leefstijl te bevorderen bij jongeren met LVB-problematiek is binnen de OBC's duidelijk aanwezig en zelfs vormgegeven in concrete 'bouwstenen' om dit te kunnen realiseren. Gaat men echter toetsen in hoeverre deze bouwstenen in de dagelijkse praktijk worden teruggevonden dan is de wat teleurstellende conclusie: 'In 2011 heeft geen enkel OBC de bouwstenen op alle drie de niveaus voldoende op orde'. Maar inmiddels is er bijna weer een jaar voorbij. Kan deze conclusie worden bijgesteld?

De lezer zal voor het volgende artikel even moeten schakelen. *Rien Breteler*, *Wim Pesch*, *Marcel Nadorp*, *Neeltje de Best* en *Xenia Tomaso* doen verslag van een onderzoek naar een neurofeedback behandeling bij jongeren met LVB- en ADHD-problematiek. In het najaarsnummer 2009 van *Onderzoek & Praktijk* werd aan deze betrekkelijk nieuwe behandelvorm ook al aandacht besteed. De conclusie luidde toen: 'De neurofeedbacktraining heeft waarschijnlijk wel bijgedragen aan positieve gedragsveranderingen'. Een niet erg overtuigend bewijs voor het effect van neurofeedback en ook in het huidige artikel worden er meer mitsen en maren vermeld dan éénduidige effecten. Maar het is prijzenswaardig dat een nieuwe behandelvorm ook bij kinderen met LVB-problematiek wordt ingezet en dat deze behandelvorm direct kritisch tegen het licht wordt gehouden.

In de rubriek 'Uit de Praktijk' staat in de bijdrage van *Judith Warmelink* de Functie - Assertive Community Treatment, afgekort met F-ACT of FACT, centraal. Het gezamenlijk aanpakken van de vaak meervoudige problematiek van een cliënt, dwars door alle schotten van zorgsectoren heen, dat is het devies. En niet afhaken als de cliënt te weinig motivatie laat zien. Het gaat hierbij immers vaak om cliënten die op basis van eerdere ervaringen erg wantrouwend kunnen staan ten opzichte van de hulpverlening. Er altijd zijn voor de cliënt, ook als hij of zij het contact verbreekt, en de cliënt als mens in plaats van als patiënt bejegenen, allemaal zaken die eigenlijk FACT-overstijgend zouden moeten zijn.

De column van *Paul Trommelen* lijkt wel geïnspireerd door het FACT-artikel. De kern van zijn zaak is immers: 'Het [echte zorg; AP] gaat over je willen inleven in de cliënt, met al zijn of haar problemen, en *echt* iets voor die ander willen betekenen'. Geen mooie woorden maar krachtige daden derhalve. En zo is de cirkel in dit nummer van *Onderzoek & Praktijk* weer rond. Met een aansluitend advies in de rubriek 'Gelezen' tot besluit, om de trainingsboeken van *Leony Coppens* en *Carina van Kregten* niet alleen in te kijken maar vooral te gebruiken.

Veel leesplezier!

**GEZONDE LEEFGEWOONTEN STIMULEREN
BIJ JONGEREN MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING:
TAAK VOOR OBC'S**

*Petra Reulings¹
Kees de Kok²
Stephanie Hulsbosch³
Renske Wentzel⁴*

De Inspectie voor de Gezondheidszorg stimuleert dat Orthopedagogische behandelcentra (OBC's) meer structurele aandacht besteden aan het bevorderen van een gezonde leefstijl bij jongeren met een licht verstandelijke beperking. Inspectie en veldpartijen hebben hiervoor bouwstenen geformuleerd. Vervolgens heeft de inspectie bij alle OBC's een nulmeting uitgevoerd om te toetsen in hoeverre de bouwstenen geïmplementeerd zijn. Daaruit blijkt dat leefstijlbegeleiding wel aandacht heeft, maar dat de implementatie nog in de kinderschoenen staat. De OBC's willen de implementatie van de bouwstenen voortvarend aanpakken. In 2013 toetst de inspectie de stand van zaken. Dan moeten de OBC's aan de bouwstenen voldoen.

Aanleiding en belang

Een ongezonde leefstijl zorgt bij jongeren met een licht verstandelijke beperking voor veel vermijdbare gezondheidsproblemen. Deze jongeren hebben een ongezondere leefstijl dan jongeren zonder beperking en zijn meestal niet zelfstandig in staat hun leefstijl aan te passen vanwege de beperkingen in hun intellectuele vermogens en verminderde sociale redzaamheid. Nederlandse cijfers over de mate van ongezond gedrag bij deze jongeren zijn nauwelijks bekend (Hoving, Rispiens & Snuijf, 2009; Pollers, Bayate & Miedema-Loo, 2007; Schaap, 2006). Internationaal onderzoek naar licht verstandelijk beperkte volwassen en jongeren geeft een indicatie van de ernst van het probleem. Zo heeft 23% van de licht verstandelijk beperkte Franse jongeren overgewicht (Hymowitz, Jaffe, Gupta & Feuerman, 1997; Lin et al., 2011; McGuire, Daly & Smyth, 2007; Merriman, Haw, Kirk & Stubbs, 2005; Mikulovic et al., 2011; Tracy & Hosken, 1997). Dit percentage is veel hoger dan bij jongeren zonder verstandelijke beperking. In Nederland heeft 15% van jongeren uit deze leeftijdsgroep overgewicht. Zorgverleners bevestigen het beeld dat de leefstijl van jongeren met een licht verstandelijke beperking ongezonder is dan gemiddeld in Nederland.

Positief is dat leefstijlgebonden aandoeningen deels vermijdbaar zijn (Mackenbach, 2010). Overstappen van ongezonde naar gezonde leefgewoonten heeft aantoonbaar effect op de gezondheid en levensduur. Iemand die stopt met roken verlengt zijn levensverwachting met gemiddeld 4,6 jaar. Bij mensen die van overgewicht naar een gezond gewicht afvallen, stijgt de levensverwachting met 2,1 jaar. Wie een leefpatroon van lichamelijke inactiviteit doorbreekt door meer te bewegen krijgt er

¹ Coördinerend /specialistisch senior inspecteur bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in Amsterdam. Correspondentieadres: dr. P. G. J. Reulings, pg.reulings@igz.nl, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Postbus 20584, 1001 NN Amsterdam.

² Coördinerend/specialistisch senior inspecteur bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in Amsterdam.

³ Inspecteur bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in Amsterdam.

⁴ Inspecteur bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in Amsterdam.

1,2 jaar bij. Mensen leven niet alleen langer, maar blijven ook langer vrij van ernstige gezondheidsproblemen.

Het blijkt echter moeilijk om leefgewoonten te veranderen. Soms ontbreekt de kennis dat bepaalde leefgewoonten schadelijk kunnen zijn – daarom is voorlichting belangrijk. Maar kennis is meestal niet voldoende voor een blijvende gedragsverandering. Dat weet iedereen die ervaring heeft met stoppen met roken, afvallen, gezonder eten of meer sporten. We nemen het ons voor, maar om het ook te dóen en vol te houden, vraagt veel wilskracht - wat we niet allemaal in dezelfde mate hebben (Moffitt et al., 2011). Veel mensen kunnen zelf de keuze maken om ondersteuning te zoeken bijvoorbeeld om af te vallen of te stoppen met roken, maar dit geldt niet voor groepen die minder zelfredzaam zijn, zoals jongeren met een licht verstandelijke beperking. In een omgeving waar roken, ongezond eten en weinig bewegen de norm is, is het doorbreken van dat patroon extra moeilijk; sociale invloed is zeer bepalend voor ons gedrag. Dat geldt juist voor mensen die wonen in een instelling; de instelling bepaalt in belangrijke mate wat cliënten eten, of ze gestimuleerd worden om te bewegen of te stoppen met roken. Ingesleten persoonlijke gedragspatronen van begeleiders kunnen het ook moeilijk maken voor cliënten om er gezonde leefgewoonten op na te houden. Begeleiders zijn zich echter lang niet altijd bewust van hun invloed op het leefgedrag van cliënten en de impact van hun adviezen en voorlichting.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg vindt het de taak van zorgaanbieders en individuele beroepsbeoefenaars om kwetsbare groepen te ondersteunen bij een gezonde leefstijl. Dat geldt zowel voor de langdurige als de curatieve zorg. Voor kwetsbare groepen is preventie door leefstijlbegeleiding geen luxe, maar een noodzakelijk onderdeel van verantwoorde zorg. Daarom heeft de inspectie een project uitgevoerd om leefstijlbegeleiding door de zorg voor diverse kwetsbare groepen, waaronder jongeren met een licht verstandelijke beperking, te stimuleren. Leefstijlbegeleiding is daarbij afgebakend tot de begeleiding bij het stoppen met roken, de aanpak van overgewicht en meer bewegen.

Doel en onderzoeksvragen

De inspectie wil bevorderen dat OBC's een redelijke inspanning leveren om licht verstandelijk beperkte jongeren gezond te houden door leefstijlbegeleiding. Het doel van dit onderzoek is in de eerste plaats om met het veld vast te stellen welke inspanning van OBC's verwacht mag worden om niet roken, een gezond gewicht en bewegen te bevorderen. Dit levert bouwstenen op die de inspectie voor haar toezicht kan gebruiken. In de tweede plaats wil de inspectie toetsen hoe ver de 19 OBC's zijn met de implementatie van deze bouwstenen door het uitvoeren van een nulmeting. Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek stelt de inspectie in overleg met de Vereniging van Orthopedagogische Behandelcentra (VOBC) een redelijke implementatietermijn vast, waarna de inspectie naleving van de bouwstenen zal handhaven.

De onderzoeksvragen waren:

1. Welke redelijke inspanning moeten OBC's leveren om een gezonde leefstijl te bevorderen bij jongeren met een licht verstandelijke beperking?
2. In hoeverre leverden de 19 OBC's in 2011 deze redelijke inspanning al (en dus hoe ver zij al waren gevorderd met de implementatie van deze bouwstenen door het uitvoeren van een nulmeting)?

Onderzoeksmethode

De inspectie constateerde bij het begin van het project dat normen en richtlijnen nog ontbraken en dat de OBC's zich niet systematisch bezighielden met leefstijlbegeleiding. Voor de beantwoording van de eerste onderzoeksvraag sprak de inspectie daarom met relevante organisaties in het veld en voerde zij een literatuuronderzoek uit. De inspectie verwerkte de resultaten in concept-bouwstenen voor leefstijlbegeleiding van jongeren met een licht verstandelijke beperking. Tijdens een invitational conference op 24 juni 2010 discussieerden inhoudelijke deskundigen en vertegenwoordigers van OBC's, de VOBC en beroepsorganisaties over de bouwstenen en het belang van de bevordering van een gezonde leefstijl. De inspectie stelde de bouwstenen bij en publiceerde deze in november 2010.

Om de tweede onderzoeksvraag te beantwoorden voerde de inspectie in 2011 een nulmeting uit onder alle OBC's. Elke OBC kreeg in juni 2011 een internetvragenlijst over de mate waarin zij voldeden aan de bouwstenen voor de gehele instelling. De inspectie ontving 18 ingevulde vragenlijsten terug. Eén OBC kon de vragenlijst niet binnen de gestelde termijn invullen. De inspectie heeft dit OBC bezocht en tijdens het bezoek de ingevulde vragenlijst alsnog ontvangen. De inspectie bezocht in september en oktober 2011 nog 4 andere OBC's voor aanvullende informatie. Tijdens elk bezoek sprak de inspectie met de directeur, degene die de vragenlijst had ingevuld, een aantal begeleiders en een aantal cliënten en kreeg als afsluiting een rondleiding. Alle 19 OBC's ontvingen een rapport met de resultaten van de eigen organisatie en spiegelinformatie over de resultaten van alle OBC's samen.

Tijdens een tweede invitational conference op 19 april 2012 heeft de inspectie de resultaten van de nulmeting gepresenteerd en samen met het veld de bouwstenen opnieuw besproken. Tevens deelden aanwezigen 'good practices' en tips. In overleg met de VOBC heeft de inspectie de bouwstenen waar nodig bijgesteld. In juni 2012 ontvingen alle OBC's de definitieve bouwstenen.

Resultaten

1. *Bouwstenen: redelijke inspanning voor leefstijlbegeleiding door OBC's*

In afstemming met het veld kwamen bouwstenen voor leefstijlbegeleiding tot stand (zie tabel 1). De meeste bouwstenen zijn generiek voor zowel roken, overgewicht als inactieve leefstijl, maar twee zijn specifiek.

Tabel 1. Bouwstenen voor leefstijlbegeleiding van jongeren met een licht verstandelijke beperking door orthopedagogische behandelcentra.

	<i>Bouwstenen voor leefstijlbegeleiding door OBC's</i>
Instellingsniveau	Opstellen beleid Evalueren beleid Overige randvoorwaarden: scholing, registratie (op instellingsniveau), monitoring
Individueel niveau	Registratie van leefstijl als onderdeel van het behandelplan Leefstijlbegeleiding als onderdeel van het behandelplan
Uitvoeringsniveau	Rol van begeleiders: voorbeeldgedrag en gesprek aangaan Rol van de ouders Samenwerking met andere instanties Preventie inbouwen in het instellingsleven: de gezonde keus de makkelijke keus maken

Om een beter beeld te krijgen van wat de bouwstenen inhouden, staat hieronder de omschrijving van een paar bouwstenen.

Opstellen beleid (instellingsniveau)

De instelling stelt beleid op ten aanzien van preventie van roken, overgewicht en lichamelijke inactiviteit op basis van de eigen pedagogische visie.

Leefstijlgeleiding als onderdeel van het behandelplan (individueel niveau)

In het behandelplan staan activiteiten die nodig zijn om een gezonde leefstijl van de cliënt te bevorderen. De activiteiten zijn leefstijlspecifiek. Voor bijvoorbeeld overgewicht betekent dat de BMI in het behandelplan staat genoteerd. Indien nodig staat in het behandelplan ook het plan van aanpak, dat samen met jongere is gemaakt, om gewichtvermindering te bereiken.

Rol van begeleiders (uitvoeringsniveau)

Het voorbeeldgedrag van de begeleider is belangrijk. Daarom roken medewerkers niet in het zicht van de jongeren met een licht verstandelijk beperking.

2. Nulmeting: OBC's voldeden in beperkte mate aan de bouwstenen

De hieronder weergegeven resultaten zijn gebaseerd op 19 ingevulde vragenlijsten en de 5 bezoeken.

OBC-kenmerken

De OBC's boden in januari 2011 aan gemiddeld 178 cliënten residentiële zorg (bereik: 54-386, n=19) en ambulante zorg aan gemiddeld 205 cliënten (bereik: 0-672, n= 15). 4 OBC's konden niet aangeven aan hoeveel cliënten zij ambulante zorg verleenden. Alle OBC's hadden een orthopedagoog en begeleiders in dienst (figuur 1). Een diëtist, sportconsulent, bewegingstherapeut en fysiotherapeut zijn in 5 of minder organisaties aanwezig. In de categorie 'anders' noemden OBC's onder meer creatief therapeut, beeldend therapeut, EMDR-therapeut, GZ-psycholoog, gezinshulpverlener, systeemtherapeut, psychiater, huisarts, maatschappelijk werker en speltherapeut.

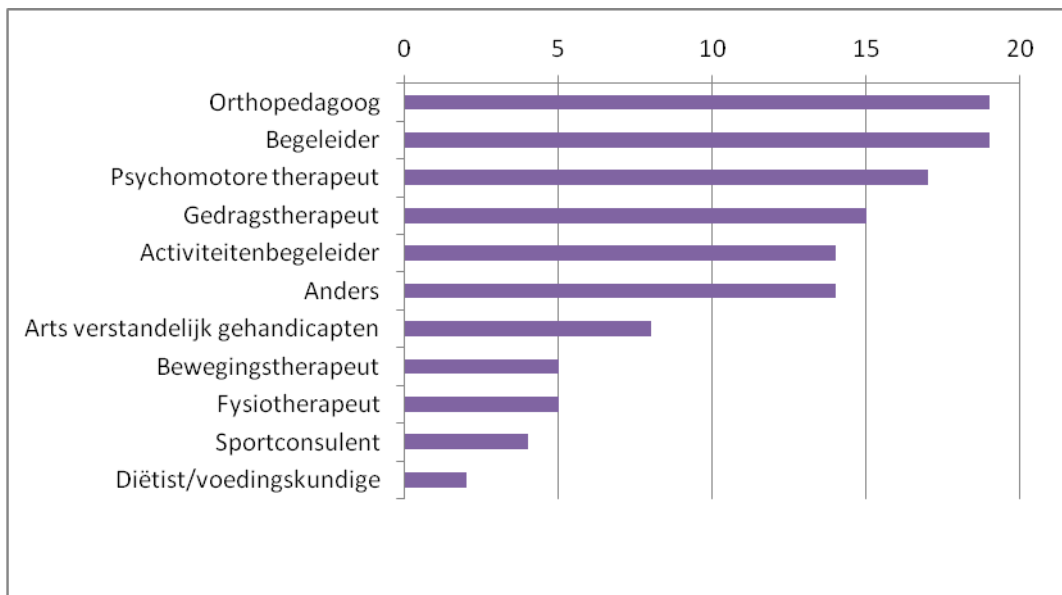
Implementatie bouwstenen: uitvoeringsniveau scoort beter dan individueel en instellingsniveau

Bij de nulmeting inventariseerde de inspectie bij elke categorie hoe ver de OBC's waren gevorderd met de implementatie van de bouwstenen op basis van vooraf vastgestelde criteria en een daarbij behorende weging. Dit leidde tot een verdeling in vier categorieën (met afnemende mate van implementatie): 'bij de eindstreep', 'flink eind gevorderd', 'op weg' of 'in de startblokken'. Bij de score 'bij de eindstreep' of 'flink eind gevorderd' hebben de OBC's de bouwstenen voldoende geïmplementeerd.

Uit de resultaten bleek dat nog veel winst te behalen was in de ondersteuning van een gezonde leefstijl voor jongeren met een licht verstandelijke beperking (zie figuur 2). In 2011 hadden de OBC's de bouwstenen in beperkte mate geïmplementeerd. Bij alle OBC's waren verbeteringen nodig op instellingsniveau: 13 instellingen scoorden 'in de startblokken', de overige 6 scoorden hier 'op weg'.

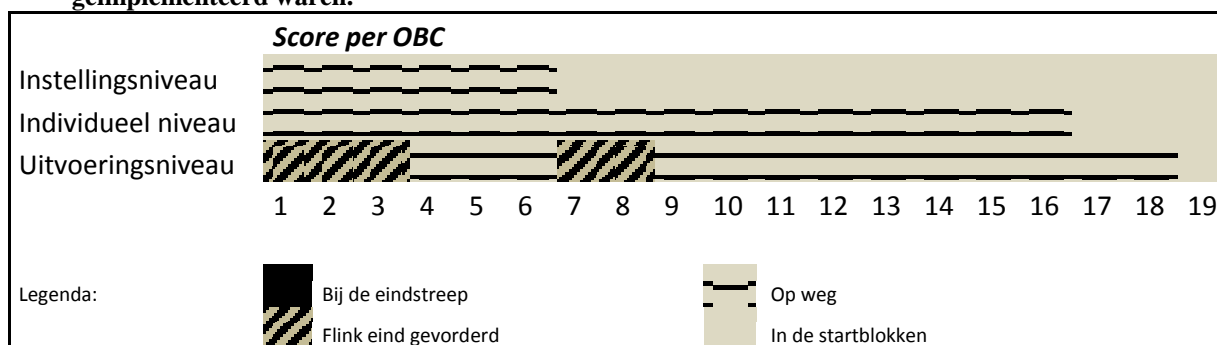
Het OBC dat het verst gevorderd was met de implementatie scoorde op individueel niveau 'bij de eindstreep' en op uitvoeringsniveau 'flink eind gevorderd'. Vier andere OBC's scoorden op uitvoeringsniveau 'flink eind gevorderd'. Zij moeten nog op de andere 2 niveaus verbeteringen doorvoeren. De overige 14 OBC's moeten op alle 3 de niveaus nog aanzienlijke verbeterstappen maken om op het niveau 'bij de eindstreep' te komen. Dat wil zeggen dat zij nog een groot aantal verbeteracties moeten doen om de aandacht voor leefstijlaspecten in de begeleiding structureel geborgd te hebben.

Figuur 1. Het aantal OBC's (van de 19) waar specifieke disciplines aanwezig waren.



Tijdens een van de bezoeken bleek dat de zorgaanbieder na het invullen van de internetvragenlijst zich realiseerde dat er op het gebied van de bevordering van een gezonde leefstijl nog heel veel te verbeteren was. Hierna heeft de directie gekozen om de implementatie van de bouwstenen meer prioriteit te geven en ook beter in het beleid in te bedden. Tijdens het bezoek kon de inspectie de eerste verbeteringen, zoals de systematische uitvoering van een periodieke leefstijlmeting, vaststellen.

Figuur 2. Mate waarin de bouwstenen bij 19 afzonderlijke OBC's op individueel niveau in 2011 geïmplementeerd waren.



Instellingsniveau: meeste aandacht voor anti-rookbeleid, maar scholing blijft achter

Van de 19 OBC's voerden 13 beleid om roken te ontmoedigen. Voor leefstijlbegeleiding op het gebied van overgewicht en lichamelijke inactiviteit hadden respectievelijk 2 en 3 OBC's beleid geformuleerd. 5 Instellingen evalueerden het beleid. 3 OBC's registreerden op instellingsniveau één leefstijlonderwerp (overgewicht of lichamelijke inactiviteit) en 4 gebruikten de registratiegegevens om het beleid te kunnen bijstellen. Tijdens enkele bezoeken vernamen de inspecteurs dat een aantal hulpverleners het belang van de registratie op instellingsniveau niet altijd vond opwegen tegen de

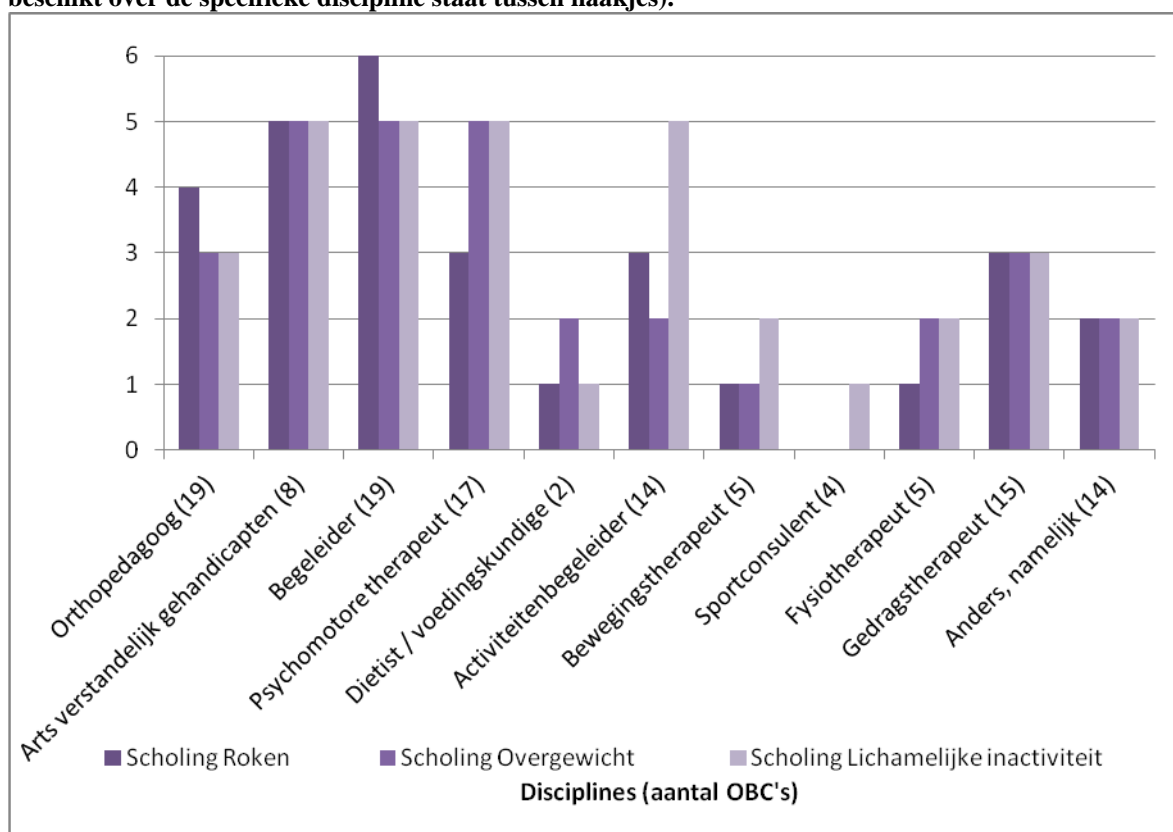
extra inspanning. Begeleiders bij 13 OBC's waren niet specifiek geschoold voor leefstijlbegeleiding. Bij 2 OBC's waren de begeleiders geschoold op 2 leefstijlonderwerpen en bij 4 OBC's op alle 3 de onderwerpen.

De overige medewerkers waren bij 16 OBC's niet geschoold in de bevordering van een gezonde leefstijl of waren er onvoldoende mee bekend. Bij 1 OBC waren de overige medewerkers geschoold op 2 onderwerpen, bij 2 OBC's op alle 3 de leefstijlonderwerpen (Zie figuur 3).

De OBC's noemden de volgende scholingen:

- Methodische gedragsbeïnvloeding volgens het Sociaal competentiemodel;
- Interne opleidingen en trainingen vanuit de vakgroep, Jellinek-training voor roken/alcohol en drugs;
- Initiële vak- of beroepsopleiding (zoals AVG opleiding, accreditatie, orthopedagogiek, gedragstherapeutisch werker, SPW3, SPW4, AB);

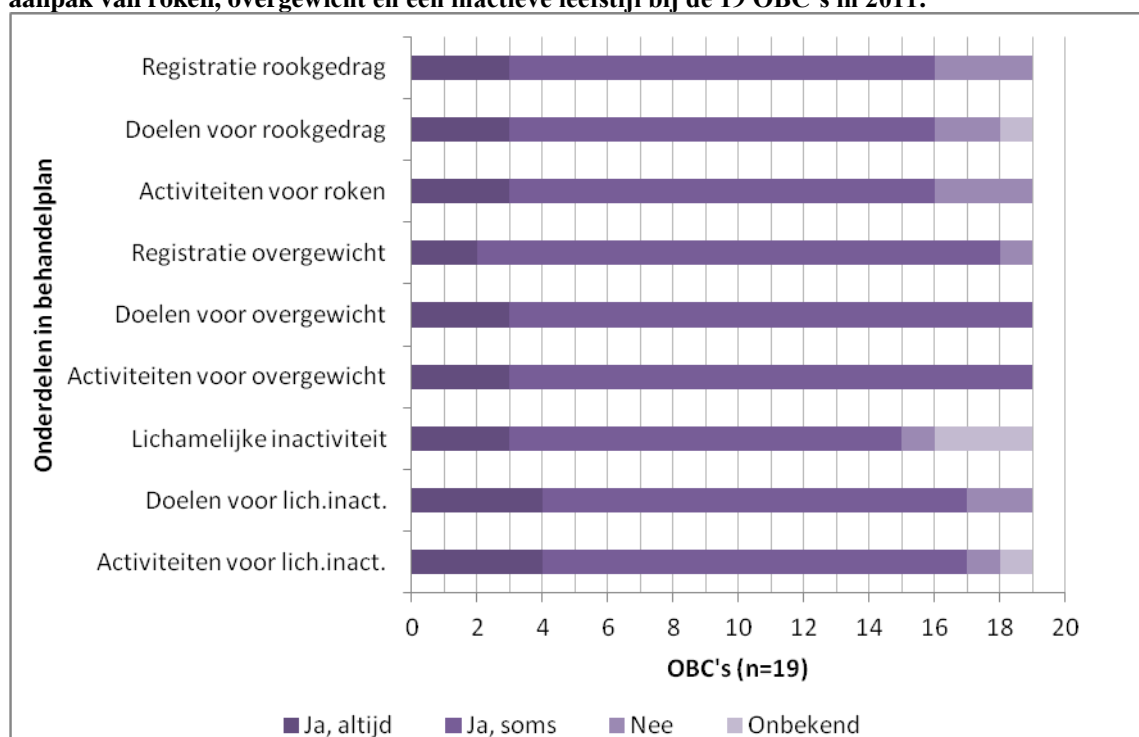
Figuur 3. Aantal OBC's dat medewerkers heeft geschoold in begeleiding van een gezonde leefstijl ten aanzien van roken, overgewicht en lichamelijke inactiviteit (het aantal OBC's dat beschikt over de specifieke discipline staat tussen haakjes).



Individueel niveau: leefstijl nog nauwelijks structureel verankerd in behandelplan
 Volgens de bouwstenen hoort in het individuele behandelplan van elke jongere informatie over diens leefstijl en, indien nodig, doelen om de leefstijl te veranderen en activiteiten om gezond gedrag te

bevorderen. Dit gebeurde in de praktijk altijd in 2 OBC's voor alle 3 de leefstijlonderwerpen en 2 OBC's deden dit voor 1 onderwerp. 3 OBC's registreerden altijd doelen en activiteiten in het behandelplan voor alle 3 de leefstijlonderwerpen (zie figuur 4).

Figuur 4. Mate waarin er in het individuele behandelplan structureel aandacht is voor de aanpak van roken, overgewicht en een inactieve leefstijl bij de 19 OBC's in 2011.



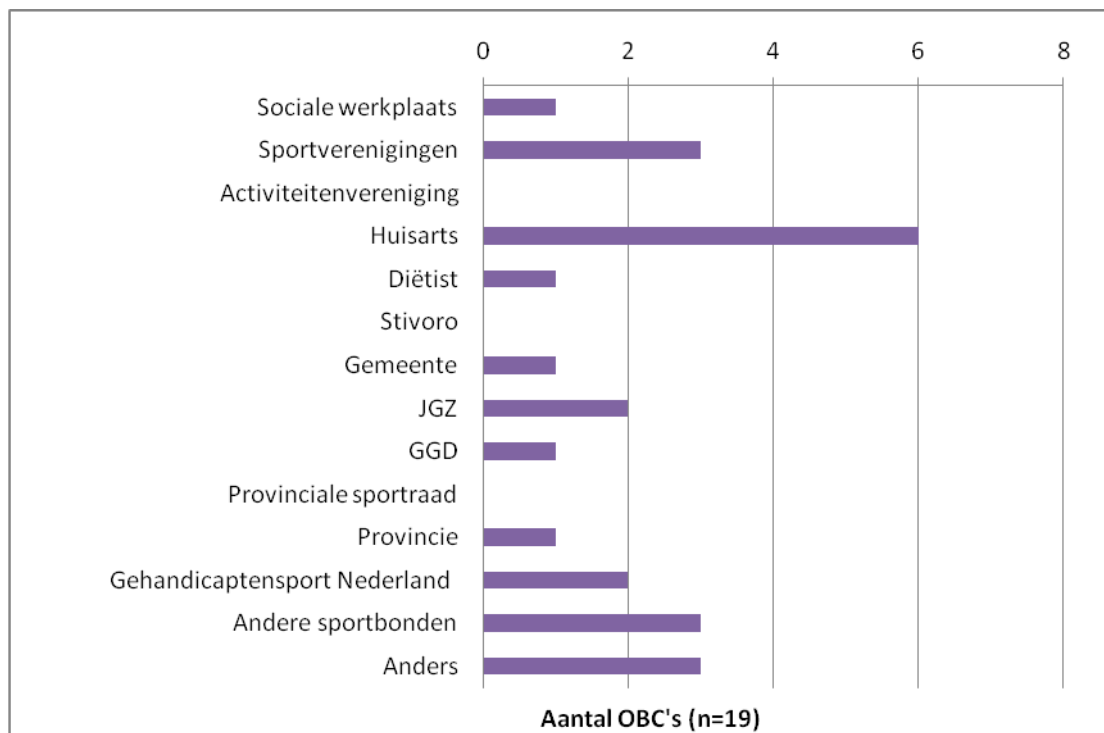
De inspecteurs hoorden tijdens een van de bezoeken dat het voorlichtingsmateriaal van Stivoro over stoppen met roken niet goed bij het niveau van de cliënten aansloot en dat de aangepaste voorlichting vanuit de verslavingszorg beter werkte.

Beter scoorden de OBC's op de periodieke evaluatie van afspraken over de bevordering van de leefstijl (17 OBC's); 4 OBC's deden dit jaarlijks, 8 deden dit één keer per half jaar, 3 elk kwartaal en 2 OBC's evalueerden dit maandelijks. De OBC's bespraken de evaluatie het meest met de cliënt (n=15), de cliëntvertegenwoordiger (n=15), orthopedagoog (n=17) en de begeleider (n=17). In totaal bespraken 13 OBC's de evaluatie met zowel de cliënt als de cliëntvertegenwoordiger en tenminste een andere hulpverlener. Bij 16 OBC's ging de arts altijd na of de cliënt na een verwijzing naar andere zorgverleners (onder meer voor leefstijlbegeleiding) daadwerkelijk was geweest. Bij cliënten met het Prader-Willi syndroom is speciale aandacht nodig voor overgewicht. Dat geldt ook als cliënten antidepressiva of antipsychotica gebruiken. In totaal deden 13 OBC's dit. Bij 6 OBC's maakte het beweegplan altijd onderdeel uit van het behandelplan bij lichamelijke inactiviteit en bij 9 OBC's maakte dit soms onderdeel uit van het behandelplan. Een OBC paste de 2 richtlijnen toe, namelijk de CBO richtlijn tabaksverslaving en de Nederlandse norm gezond bewegen.

Uitvoeringsniveau: kwart OBC's was flink eind op weg

Van de 19 OBC's schoolden 8 haar medewerkers om een voorbeeldfunctie voor gezond gedrag te vervullen; 12 OBC's bespraken het belang van de voorbeeldfunctie met de ouders. Afstemming met andere zorgverleners en organisaties (huisarts, sportvereniging) gebeurde door 8 OBC's om gezamenlijk een gezonde leefstijl voor de jongeren te bevorderen (zie figuur 5).

Figuur 5. Organisaties waarmee de OBC's hebben afgestemd over preventie.



Bijna alle OBC's hadden aandacht voor het ontmoedigen van roken. Bij iets minder dan de helft (8) gold een rookverbod voor jongeren. Tijdens de instellingsbezoeken bleek echter dat de instellingen roken vaak gedoogden bij kinderen onder de 16 jaar. Sommige jonge cliënten vertelden dat zij stiekem rookten. Cliënten vertelden dat het gedrag van begeleiders die zelf roken hen niet stimuleert om niet met roken te beginnen of er mee te stoppen. Bij dit onderwerp stelden medewerkers het onderscheid tussen de intra- en extramurale situatie aan de orde. Bij de ambulante begeleiding is de opvatting van ouders leidend en hebben medewerkers minder invloed op het gedrag van kinderen en jongeren.

Uit de gesprekken tijdens de inspectiebezoeken bleek dat de OBC's wel aandacht hebben voor gezonde voeding, maar dat individuele leefstijlbegeleiding bij overgewicht gebeurt op basis van een klinische blik en niet op basis van een objectieve maten als BMI of lengte en gewicht. Niet alle OBC's bieden systematisch gezonde voeding aan, maar het is wel de meest voorkomende maatregel om overgewicht tegen te gaan. Medewerkers noemden tijdens de bezoeken vaak de richtlijnen voor voedselveiligheid en hygiëne, de zogenaamde HACCP-richtlijnen, maar andere meer op gezondheid gerichte normen zoals de 'schijf van vijf' noemden zij niet. Om overgewicht te bestrijden, zetten 7 OBC's bewust beweegprogramma's in. De OBC's besteedden relatief veel aandacht aan bewegen. In de gesprekken die de inspectie met medewerkers voerde, bleek dat hun eigen houding ten opzichte

van bewegen veel invloed heeft op dat wat jongeren doen. Hetzelfde gold voor de aanwezigheid van een vrijetijdsafdeling of sportvoorzieningen. Een OBC verwees jongeren door naar andere organisaties. De andere 18 boden zelf beweegactiviteiten aan en/of hadden een omgeving die uitdaagt tot bewegen, waardoor kinderen en jongeren dagelijks buiten spelen of lopend of op de fiets naar school gaan.

Tijdens de inspectiebezoeken vertelden medewerkers enthousiast over verschillende beweegprojecten, zoals de aanleg van een Cruiff Court, een Special Hero's project of de deelname van een team cliënten aan de Special Olympics of een jaarlijks sporttoernooi in de buurt. Als kritisch punt hierbij noemden de medewerkers dat projecten vaak geen structureel vervolg krijgen of gewoon eindigen als de subsidie stopt. Anderen daarentegen zagen juist veel mogelijkheden om via projecten subsidies – en daarmee maatschappelijke partners – binnen te halen. Tabel 2 geeft de verschillende maatregelen weer die de OBC's troffen om een gezonde leefstijl te bevorderen.

Tabel 2. Aantal OBC's dat maatregelen trof voor een gezonde leefstijl in 2011.

<i>Leefstijlaspect</i>	<i>Maatregel</i>	<i>Aantal OBC's</i>
Roken	Rookverbod instelling	8
	Ontmoedigingsbeleid onder 16	17
	Anders	5
Overgewicht	Aandacht voor gezonde voeding	13
	Beweegprogramma's	7
	Geen	4
	Anders	3
	Onbekend	1
Bewegen	Omgeving daagt uit tot bewegen	11
	Beweegactiviteiten in instelling	14
	Verwijzen naar beweegactiviteiten	14
	Anders	4

Conclusies

Leefstijlbegeleiding heeft aandacht, maar is nog niet structureel verankerd

De OBC's hebben aandacht voor het bevorderen van een gezonde leefstijl bij de jongeren die onder hun zorg vallen, maar dit is nog niet systematisch. Dit blijkt ook uit het gebrek aan registratie van de leefstijlaspecten op instellingsniveau. De bouwstenen die de inspectie met het veld ontwikkelde, vormen een impuls om leefstijlbegeleiding te verankeren in het instellingsbeleid en dit voortvarend te implementeren. In 2011 heeft geen enkel OBC de bouwstenen op alle drie de niveaus voldoende op orde. Op instellingsniveau ontbreken beleid en andere randvoorwaarden om leefstijlbegeleiding te verankeren. Op individueel niveau maakt leefstijlbegeleiding nog niet systematisch deel uit van de behandelplannen.

De implementatie van de bouwstenen is het meest ver gevorderd op uitvoeringsniveau. Hier is de invloed van individuele medewerkers groot op het bevorderen van een gezonde leefstijl bij de cliënten. Binnen een organisatie kunnen daardoor grote verschillen bestaan: op de ene locatie stimuleren medewerkers jongeren om gezonder te leven, terwijl op een andere locatie de ondersteuning ontbreekt om een gezonde keuze te maken. Beleid is noodzakelijk om leefstijlbegeleiding voor alle jongeren toegankelijk te maken.

Grote verschillen in aanpak leefstijlfactoren; norm voor ontmoedigen roken vastgesteld

Veel instellingen gedogen roken: weliswaar hebben veel OBC's een ontmoedigingsbeleid, maar in de praktijk gedogen medewerkers het als jongeren onder de 16 roken. De OBC's hebben nu een belangrijke stap gezet door als norm te formuleren dat het niet verantwoord is als medewerkers in het zicht van jongeren roken. De preventie van overgewicht vindt niet systematisch plaats. Individuele leefstijlbegeleiding bij overgewicht gebeurt vooral op basis van een klinische blik en niet op basis van een objectieve meting. Niet alle OBC's bieden systematisch gezonde voeding aan. Alle OBC's bieden de jongeren voldoende mogelijkheden om te bewegen; dit gebeurt niet altijd gericht om overgewicht te verminderen.

Vervolg

Toepassing bouwstenen binnen de OBC's

OBC's zien leefstijlbegeleiding als onderdeel van hun opvoedkundige taak. De systematische toepassing van leefstijlbegeleiding past dan ook binnen andere kwaliteitsverbeteringen die OBC's doorvoeren op het gebied van verantwoorde zorg, zoals verwoord in het Startdocument Kwaliteitskader Orthopedagogische Behandelcentra (Jansen, Leeman & Verstegen, 2009), de Voorlopige Richtlijn Wettelijk Kader OBC (Moonen, Held & Leeman, 2011) en de Handreiking Pedagogisch Klimaat (Douma, 2011).

De inspectie heeft gezien dat de OBC's voortvarend bezig zijn om jongeren met een licht verstandelijke beperking te ondersteunen bij een gezonde leefstijl. In vervolg op de ontwikkeling van de bouwstenen zetten OBC's stappen om de richtlijnen in de praktijk toe te passen. De implementatie van de bouwstenen vindt in de dagelijkse behandel- en leefsituatie plaats, alsook door middel van specifieke op gezonde leefstijl gerichte activiteiten.

OBC's kunnen in samenwerking met gemeenten gebruik maken van de subsidieregeling Sport Impuls 2012-2016 (onderdeel van het programma Sport en bewegen in de buurt). Na de invitationale conference in april 2012 is de VOBC samen met het ministerie van VWS en Gehandicaptensport Nederland in gesprek gegaan over deze mogelijkheden.

Wat kunt u van de inspectie verwachten?

De resultaten van dit project staan in compactere vorm in het rapport 'Staat van de gezondheidszorg 2012' dat de inspectie publiceerde op 29 november 2012. Het rapport is te vinden op de website van de inspectie, www.igz.nl. Daar staat ook een gedetailleerd overzicht van de bouwstenen. De inspectie acht het na overleg met de VOBC realistisch dat de OBC's in 2013 de bouwstenen geïmplementeerd hebben. In de tweede helft van 2013 voert de inspectie een thematisch toezichtonderzoek uit naar de implementatie van de bouwstenen bij de OBC's. De nulmeting dient daarbij als referentiemeting. Indien de resultaten daar aanleiding voor geven, treedt de inspectie handhavend op.

Literatuurlijst

- Douma, J. (2011). *Handreiking pedagogisch klimaat: Een praktijk-theoretische beschrijving van een goed pedagogisch klimaat in de residentiële zorg voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG / Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra..
- Hoving, J. H., Rispens, M. H., & Snuijff, R. (2009). *Het niveau van lichamelijke activiteit van mensen met een lichte en matige verstandelijke beperking 'in de wijk' in Nederland: Verslag van leeronderzoek in het kader van de AVG opleiding*. Rotterdam: Erasmus Medisch Centrum.
- Hymowitz, N., Jaffe, F. E., Gupta, A., & Feuerman, M. (1997). Cigarette smoking among patients with mental retardation and mental illness. *Psychiatric Services*, 48,100-102.
- Jansen, H., Leeman, M., & Verstegen, D. (2009). *Startdocument Kwaliteitskader Orthopedagogische Behandelcentra*. Utrecht: VOBC LVG.

- Mackenbach, J. P. (2010). *Ziekte in Nederland: Volksgezondheid tussen biologie en politiek*. Doetinchem: Reed Business.
- McGuire, B. E., Daly, P., & Smyth, F. (2007). Lifestyle and health behaviours of adults with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 51*, 497-510.
- Merriman, S., Haw, C., Kirk, J., & Stubbs, J. (2005). Risk factors for coronary heart disease among inpatients who have mild intellectual disability and mental illness. *Journal of Intellectual Disability Research, 49*, 309-16.
- Mikulovic, J., Marcellini, A., Compte, R., Duchateau, G., Vanhelst, J., Fardy, P. S., & Bui-Xuan, G. (2011). Prevalence of overweight in adolescents with intellectual deficiency: Differences in socio-educative context, physical activity and dietary habits. *Appetite, 56*, 403-407.
- Moffitt, T. E., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., . . . Caspi, A. (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 108*, 2693-2698.
- Moonen, X., Held, J., & Leeman, M. (2011). *Voorlopige Richtlijn Wettelijk Kader OBC*. Utrecht: VOBC LVG.
- Lin, J. D., Lin, P. Y., Lin, L. P., Chang, Y. Y., Wu, S. R., & Wu, J. L. (2011). Physical activity and its determinants among adolescents with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 31*, 263-269.
- Pollers, S., Bayate, M., & Miedema-Loo, H. H. (2007). *Overgewicht bij volwassen mensen met een lichte of matige verstandelijke handicap wonend in een instelling: Het stellen van de diagnose en meetmethoden*. (Onderzoek in het kader van de opleiding tot AVG). Rotterdam: Erasmus Universiteit. Verkregen via <http://www-figg.eur.nl/hag/avg/leeronderzoeken/Verslag%20leeronderzoek%20definitief%20Miedema%20Pollers%20Bayate.pdf>
- Schaap, B. (2006). *Leefstijl van mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking, voornamelijk gericht op hart- en vaatziekten*. (Keuzeonderzoek opleiding Geneeskunde). Rotterdam: Erasmus Medisch Centrum.
- Tracy, J., & Hosken, R. (1997). The importance of smoking education and preventative health strategies for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 41*, 416-421.

**NEUROFEEDBACK BIJ KINDEREN EN JONGEREN
MET LVB- EN ADHD-PROBLEMATIEK
VERBLIJVEND IN EEN RESIDENTIËLE BEHANDELVOORZIENING
Een pilotstudie bij 10 gedragsproblematische LVB-ers met ADHD-gedrag
zonder medicatiegebruik**

*Rien Breteler¹
Wim Pesch²
Marcel Nadorp³
Neeltje de Best⁴
Xenia Tomaso⁵*

Neurofeedbacktraining is een behandeling waarbij getracht wordt verstoorde hersenactiviteit in evenwicht te brengen door gerichte visuele informatie te geven over de hersengolven. Effecten van neurofeedback bij normaal begaafde jongeren met ADHD worden in steeds meer wetenschappelijk onderzoek aangetoond. Onder kinderen met een licht verstandelijke beperking (LVB) komt ADHD drie tot vier maal zo vaak voor als bij normaal begaafde kinderen (Biederman, Newcorn, & Sprich, 1991). Bij kinderen die in instellingen verblijven komen de gedragsproblemen nog meer voor (Ponsioen, 2010). Deze kinderen hebben vaak intensieve begeleiding nodig en blijven langdurig afhankelijk van psychofarmaceutische behandeling van aandachts- en concentratieproblemen. Alle redenen om naar alternatieven voor behandeling te zoeken. Over de effecten bij jongeren met een LVB en ADHD is weinig bekend. In samenwerking met EEG Resource Institute en de Radboud Universiteit is op OBC Jan Pieter Heije een proefonderzoek uitgevoerd bij 10 jongeren die naast een LVB ook kenmerken van ADHD-gedrag lieten zien. Focus van het onderzoek was de aandacht en concentratie van de jongeren.

Inleiding

Neurofeedback geniet toenemende belangstelling en in wetenschappelijke studies wordt onder andere bevestiging gevonden voor een behandel-effect bij kinderen met ADHD. Concentratie en aandachtsfuncties verbeteren, waarbij de vooruitgang ook behouden blijft over langere tijd. Zou dat ook gelden voor kinderen met een IQ tussen de 50-70 (LVB) en een IQ tussen de 70-85 (Zwakbegaafd) met kenmerken van ADHD? Hier is weinig over bekend. In een pilotstudie wordt het resultaat van neurofeedback onderzocht in termen van verandering in aandacht en concentratie, impulscontrole en verandering van het EEG. Een dergelijke interventie stelt eisen aan de samenwerking tussen school, ouders en andere zorgverleners in het orthopedagogisch behandelcentrum (hierna afgekort met OBC). De beleving van de jongeren van deze interventie wordt eveneens ook van belang geacht.

¹ dhr. dr. M.H.M. Breteler, Radboud Universiteit Nijmegen en Behavioral Science Institute, Sectie klinische psychologie (r.breteler@psych.ru.nl).

² dhr. drs. J.W.E. Pesch, NIP & Gz-psycholoog, OBC Jan Pieter Heije, Pluryn in Oosterbeek (wpesch@pluryn.nl).

³ dhr. drs. M. F.J. Nadorp, hoofd behandeling en Gz-psycholoog, OBC Jan Pieter Heije, Pluryn in Oosterbeek (mnadorp@pluryn.nl).

⁴ mw. drs. N. de Best, orthopedagoog en Gz-psycholoog, OBC Jan Pieter Heije, Pluryn in Oosterbeek (nbest@pluryn.nl).

⁵ mw. drs. X. Tomaso, psychologe, OBC Jan Pieter Heije, Pluryn in Oosterbeek (xtomasoa@pluryn.nl).

Neurofeedback (in het vervolg met NF aangeduid) is net als biofeedback een behandelvorm waarbij getracht wordt om een verstoorde hersenactiviteit via training en zonder medicijnen weer in evenwicht te brengen. Wanneer onze hersenen niet goed werken spreken we van een disbalans en deze kunnen we hertrainen door gericht feedback te geven op hersengolven. Deze golven komen voor in verschillende frequenties die we door middel van EEG (Elektro-EncefaloGram) kunnen meten. Wanneer de hersengolven afwijken van een normaal patroon, kunnen we constateren dat er een verstoorde hersenactiviteit plaatsvindt. Tijdens de NF-behandeling zit het kind op een stoel voor een beeldscherm en op zijn hoofd wordt een aantal elektroden geplakt waarmee de hersenactiviteit wordt geregistreerd. De data die gemeten worden, geven informatie over de diverse hersenfrequenties (zie Box 1).

Box 1: Golflengten in het EEG (1 Hz = 1 golf per seconde).

0-4 Hz: Delta

Tijdens de slaap neemt deze golflengte toe. Bij hersenschade wordt vaak meer delta-activiteit gezien.

4-8 Hz: Theta

Komt vooral voor bij doezelen en het in slaap vallen, dagdromen; hoort bij aandacht voor interne stimuli.

8-12 Hz: Alfa

Deze golflengte hoort bij een ontspannen toestand met aandacht voor interne en externe prikkels.

12-15 Hz: SMR

Een alerte ontspannen toestand bij verminderde motorische activiteit.

15-20 Hz: Beta1

Wanneer deze toeneemt is er sprake van verhoogde arousal, is nodig bij informatieverwerking.

20-30 Hz: Beta2 en Beta3

Komt vooral voor bij spanning en overprikkeling.

30-45 Hz: Gamma

Brengt vermoedelijk cognitieve processen bij elkaar tot een samenhangende activiteit, zoals bijv. bij waarneming.

Door het kind te belonen als het frequentiepatroon de gewenste richting opgaat (een vorm van operante conditionering) wordt het behandeldoel bereikt. De computer vertaalt de informatie over de veranderende hersenfrequenties in een voor het kind begrijpbare vorm door bijvoorbeeld het kader van het scherm waarop een film te zien is groter of kleiner te maken of door spelelementen aan een computergame toe te voegen of weg te nemen naarmate de veranderingen in de gewenste of ongewenste richting gaan (Van den Bergh, 2007).

NF is in verschillende gecontroleerde studies effectief gebleken bij de behandeling van ADHD (zie voor een meta-analyse Arns, de Ridder, Strehl, Breteler & Coenen, 2009). Bij deze aandoening lijken aandachtsproblemen, hyperactiviteit en impulsiviteit door NF in dezelfde mate te worden teruggedrongen als met behulp van medicatie (Fuchs, Birbaumer, Lutzenberger, Gruzelier & Kaiser, 2003). De effecten blijven echter behouden, ook op termijn, in tegenstelling tot de effecten van medicatie die na het staken van inname binnen een week verdwenen (Fuchs et al., 2003,

Monastra, Monastra & George, 2002; Tansey, 1993). Comorbide stemmingsstoornissen verbeteren, evenals IQ-scores, vermoedelijk als gevolg van een vergrote aandachtsspanne (bijv. Fuchs et al., 2003). Een van de belangrijkste veronderstelde voordelen van NF is dat het gebruik maakt van de veerkracht en het leervermogen van de hersenen zelf. Het zelfregulerend vermogen van het brein wordt aangesproken. NF is niet invasief, dat wil zeggen dat er niets aan het lichaam wordt toegevoegd of ontnomen. De therapie leert de hersenen zelf de fysiologische basis van het probleem oplossen door de activiteit en interne communicatie van de verschillende hersendelen te verbeteren. De daadwerkelijke training vindt plaats via software waarmee cliënten gedurende circa 30 zittingen werken. De software, bijv. een computerspel, is zo geprogrammeerd dat het met beloningen reageert wanneer de gewenste activiteit van de geselecteerde hersengebieden tot stand komt. Hierdoor treedt niet alleen een leereffect op, maar nieuwe activiteitenpatronen komen tot ontwikkeling in de hersenen en het ongewenste gedrag verbetert of verdwijnt op termijn. Na lang oefenen zal een cliënt met aandachtsproblemen zich doorgaans beter kunnen concentreren. NF werkt voor zowel kinderen als volwassenen (Masterpasqua & Healey, 2003). Dankzij de flexibiliteit van het ontwikkelende kind kunnen hyperactiviteit, ADD/ADHD, gedragsproblemen en woedeaanvallen dikwijls goed worden behandeld (Arns et al., 2009). De impulsiviteit neemt af, klinische impressies wijzen op een betere verwoording van de emoties die minder explosief worden geuit. Door de verbeterde concentratie kan ook interpersoonlijk betere communicatie op gang komen.

Het doel van deze pilotstudie is om aanwijzingen te vinden voor de bruikbaarheid van NF bij LVB-kinderen en jongeren met LVB-problematiek (in vervolg kinderen) in de leeftijd van 9 tot 18 jaar met kenmerken van ADHD-gedrag. Het OBC Jan Pieter Heije zoekt net als de 21 andere OBC's in Nederland steeds naar nieuwe ontwikkelingen, vooral voor kinderen met stoornissen die vaak intensieve behandeling en begeleiding nodig hebben en ook langdurig afhankelijk blijven van medicamenteuze ondersteuning. Zij zijn kwetsbare deelnemers aan onze samenleving; hun klachten zijn voor henzelf en anderen een grote belasting. De hier beschreven pilotstudie is gericht op deze groep kinderen. Door het functioneren van hersengebieden gericht te trainen met NF, zonder invasieve behandelmethoden, verwachten wij een blijvende verbetering van het klachtenpatroon te bereiken.

De pilotstudie beoogt een antwoord te geven op de volgende vragen:

1. Leidt het volgen van een NF-behandeling bij opgenomen kinderen tot verbetering in het presteren op enkele neuropsychologische testen (SAD en SSV van ANT; Bourdon-Vos test)?
2. Hoe ziet het qEEG van opgenomen kinderen met ADHD-problematiek eruit?
3. Normaliseert het qEEG van de opgenomen kinderen na NF-behandeling?
4. Tot welke veranderingen in subjectieve beleving van hun situatie leidt een NF-behandeling van opgenomen kinderen met ADHD?

Hierbij kan nog worden vermeld dat er nog geen genormeerde qEEG data bekend zijn van opgenomen kinderen met LVB-problematiek LVB en ADHD. Ook is nog niet bekend hoe deze groep LVB-kinderen reageert op een langdurige intensieve training als NF in een behandelsetting. Veranderingen op de neuropsychologische testen worden beschouwd als indicatoren van ADHD: verandering in concentratie en impulscontrole.

Methode

Deelnemers zijn gerekruteerd uit de circa 150 kinderen die op of nabij de centrumvoorziening van OBC Jan Pieter Heije wonen. Bij kinderen die op de centrumvoorziening van de OBC-verblijven zien we een oververtegenwoordiging van externaliserende gedragsproblemen. De gedragsproblemen worden gekenmerkt door: A. - gebrekkige emotie- en gedragsregulering, zich uitend in druk overbeweeglijk gedrag, prikkelgevoeligheid en (agressieve) impulsdoorbraken; B. - zwakke concentratie- en planningsvaardigheid; C. - een laag zelfbeeld en gebrek aan zelfvertrouwen; veel

kinderen hebben moeite met presteren; D. - geringe oplossingsvaardigheid; gedrag is vaak lust-onlust geleid; en E. - in de pedagogische relatie is vaak sprake van wantrouwen en oppositie. Naast de LVB-problematiek worden vaak andere problemen geassocieerd: ADHD, ODD, hechtingsstoornis. Het percentage ondertoezichtstellingen (OTS) bedraagt 60%.

Exclusiecriteria

Exclusiecriteria waren (1) gebruik van psychofarmaca of gebruik ervan in het afgelopen half jaar; (2) motorische of visuele beperkingen; (3) uitplaatsing of mogelijke uitplaatsing van kinderen binnen de centrumvoorziening van OBC Jan Pieter Heije tijdens de onderzoeksperiode.

Na de exclusiecriteria kwamen nog 58 kinderen in aanmerking voor deelname aan het onderzoek.

Inclusiecriteria

1. Kinderen in de leeftijd van 9 tot 18 jaar en een IQ tussen 50 - 85 gemeten met de WISC-III.
2. Kinderen verblijvend op de centrumvoorziening.
3. Klinisch oordeel over de ernst van ADHD door de orthopedagoog/behandelaar (in vervolg behandelaar): ≥ 5 op een schaal van 1 -10. Een eerste screening naar ADHD vond plaats op basis van drie gedragsobservatielijsten (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ; de ADHD-Vragenlijst, AVL; Sociaal-Emotionele Vragenlijst, SEV); alle ingevuld door groepsleiding. Ook werd er een globale ernsttaxatie gegeven door de behandelaar. De resultaten van de observatielijsten gaven geen eenduidig beeld van de ernst van de problematiek. Tevens bleken de observaties van groepsleiding sterk af te wijken van de taxatie van de behandelaar. Hierna is besloten om alleen uit te gaan van het klinische oordeel van de behandelaar, omdat deze het best in staat is tot een gewogen oordeel over informatie uit verschillende bronnen. Van de 58 kinderen kwamen er 26 boven mediaan met de hoogste ernsttaxatie van de behandelaar in aanmerking voor de volgende stap in het bepalen van de steekproef: de neuropsychologische screening.
4. De screening bestond uit de afname van vijf aandachts- en concentratietaken (zie sectie meetinstrumenten). Kinderen kwamen in aanmerking voor deelname aan het onderzoek als er een uitval op drie of meer van de vijf neuropsychologische taken (z -score < -1) was.

Uiteindelijk werden 10 kinderen geselecteerd voor een definitieve deelname aan de pilotstudie. De groep bestond uit vijf jongens en vijf meisjes in de leeftijd van 10 t/m 16 jaar die gemiddeld 2;6 jaar onder behandeling stonden binnen OBC Jan Pieter Heije.

Onderzoeksfasen en meetinstrumenten

Het onderzoekstraject bestond uit vier opeenvolgende fasen: de voormeting, de training, de nameting en de follow-up meting op zes maanden na het einde van de training. Binnen elke fase werden diverse meetinstrumenten afgenomen (zie Tabel 1). Het design betreft een 10-voudig $N=1$ onderzoek en in elke individuele studie wordt gekeken naar de neurofysiologie, de neuropsychologie en de tevredenheidsmeting. Een uitgebreid verslag van deze $N=1$ studies is te vinden op: www.pluryn.nl/Website/Professionals/Research%20en%20Development.aspx.

Neuropsychologische metingen

Het Amsterdamse Neuropsychologische Test Programma (ANT)

De ANT is een computertestbatterij die ontwikkeld is om op gestandaardiseerde wijze de basale processen te evalueren die ten grondslag liggen aan de uitvoering van complexe processen, zoals aandachts-, geheugen- en executieve functies (www.sonares.nl). De ANT is (nog) niet beoordeeld door de COTAN. Van de ANT werden de taken Sustained Attention Dots (SAD; een visuele volgehouden aandachtstaak) en de Shifting Attentional Set Visual (SSV deel 1, 2 en 3; een inhibitie/interferentietaak) afgenomen.

Tabel 1. Onderzoeksfasen.

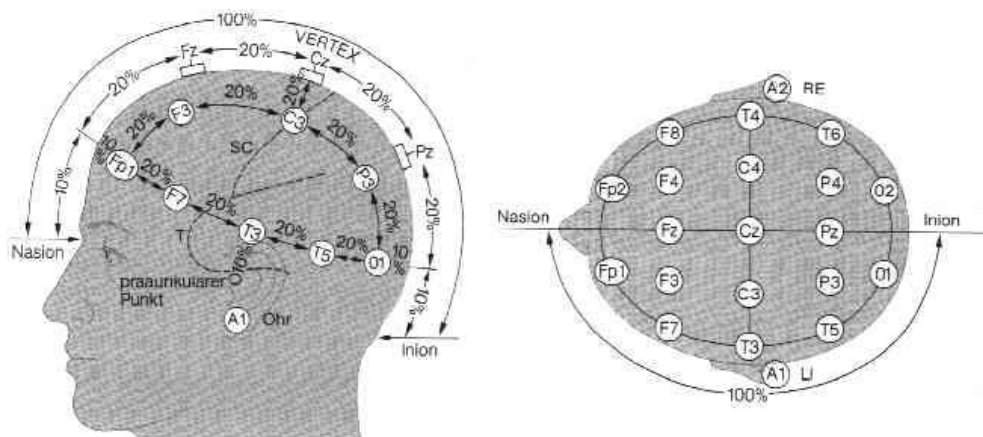
Metingen	Voor-meting	Training tien weken	Nameting	Follow-up zes maanden na beëindiging training
ANT/Bourdon-Vos	X		X	X
qEEG	X		X	X
Tevredenheidsmeting	X	om de 10 sessies	X	

Bourdon-Vos

De Bourdon-Vos (Vos, 1992) is een selectieve, visuele aandachtstaak voor kinderen van 6 t/m 17 jaar. De test betreft een blad met 33 regels, elk bestaande uit 24 willekeurige drie-, vier- en vijf-stippelfiguren. Men moet alleen de vier-stippelfiguren aanstrepen. De belangrijkste taakvariabelen zijn de snelheid en de nauwkeurigheid. De nauwkeurigheid wordt als indicatie voor impulsiviteit beschouwd.

Neurofysiologische metingen

Het EEG werd verkregen met een 40-kanaals versterker en een Quickcap (een soort badmuts met elektroden) die geplaatst werden volgens het 10-10 systeem (Nuwer, 1998) vanaf gestandaardiseerde locaties. Zie voor een eenvoudige weergave hiervan Figuur 1. Er werd gecontroleerd voor storingen en de data werden getransformeerd om de normaalverdelingsassumpties te benaderen die vereist zijn voor statistische analyses.



Figuur 1. Het internationale 10-20 systeem gezien van links (linkerafbeelding) en van bovenaf (rechteraafbeelding). A = oorlel, Fp = Frontopolair, F= Frontaal, C=Centraal, P=Pariëtaal en O= Occipitaal. Uit: neurologie.onlinehome.de/methmitt.htm.

De resultaten van deze transformaties maken dat het EEG in cijfers te beschrijven is (quantified EEG ~ qEEG). Voor meer details over de procedure wordt verwezen naar Breteler, Arns, Peters, Giepman en Verhoeven (2010).

Tevredenheidsmetingen bij de kinderen en de ouders/wettelijk vertegenwoordigers

De tevredenheidsmeting (zie: Tabel 3) is verricht bij alle kinderen die deelnamen aan het onderzoek en omvatte vijf meetmomenten. De meting is verricht door middel van het afnemen van een eigen ontworpen vragenlijst, bestaande uit vier tot zes schaalvragen met een range van 0 tot en met 10 (Likert-schalen). De vragenlijst werd mondeling afgenomen, door steeds dezelfde interviewer. De vragen had betrekking op: 1. de beleving van NF, 2. de tevredenheid over de hulpverlener gedurende het onderzoek en 3. de beleving van deelname aan het onderzoek. De tevredenheidsmeting bij ouders / wettelijk vertegenwoordigers is schriftelijk afgenomen. De voor onze doelgroep gebruikelijke lage respons was ook nu zo laag dat deze resultaten niet zijn meegenomen binnen het onderzoek.

Opstellen behandelprotocollen

Het functioneren van het brein met ogen dicht verschilt van het functioneren met ogen open. Het brein is met ogen dicht in rust en de alfa-activiteit domineert het beeld. Bij de ogen open desynchroniseert alfa en treden de snellere ritmes meer op de voorgrond. Het qEEG wordt daarom in beide toestanden afgenomen en in beide toestanden kunnen verschillen optreden met de normgroep. Aan de hand van het qEEG bij voormeting werden de drie belangrijkste verschillen met een EEG-database (zie o.a. Breteler et al., 2010) vastgesteld die een relatie hebben met aandacht en impulsiviteit. Voor deze drie verschillen werden trainingsprotocollen vastgesteld. Als er protocollen waren met gesloten ogen werden deze het eerste getraind.

Neurofeedbacktraining

Gedurende 10 weken kregen alle kinderen drie keer per week op een vast tijdstip een half uur NF-training. De eerste 15 sessies bestonden uit 3 x 5 minuten naar piepjes luisteren (in een opbouwtraject van 3 en 4 minuten) en daarna 10 minuten Pacman spelen of puzzelen. Bij Pacman ging het “happertje“ lopen als het EEG in de gewenste range actief was. Bij de puzzel verscheen er telkens een nieuwe puzzelstuk, vergezeld van een geluid, iedere keer als de EEG-activiteit lang genoeg in de gewenste range was. Vanaf sessie 20 werd het derde protocol ingevoerd en bestond de sessie uit 2 x 5 minuten audio, 2 x 5 minuten puzzelen of video en 2 x 5 minuten video. De kinderen mochten bij de audio en videofeedback zelf hun muziek of film kiezen. Bij de gewenste activiteit liep de film met beeld en geluid en was dit niet zo dan vielen beeld en geluid uit (contingent aan de hersenactiviteit; een operante conditionering). De structuur van de training werd van tevoren aan de kinderen uitgelegd, evenals het doel van de training (een overzicht van de kenmerken van de kinderen en de getrainde protocollen is op te vragen bij de auteurs). De interactie en duidelijke uitleg werden belangrijk geacht om de motivatie vast te houden. De kinderen kregen te horen dat ze ontspannen en rustig moesten luisteren en kijken. Aan het eind van iedere sessie kregen de kinderen een stempel en na 10 stempels een presentje, zoals een stuiterbal of een stickervel.

Data-analyse

De vraagstellingen worden waar mogelijk onderzocht met een Multivariate variantie-analyse (MANOVA) met herhaalde metingen, met EEG-waarden als afhankelijke variabelen. Hierbij zijn de waarden van een normgroep van een internationale EEG-database (Brain Resource International Database) op de drie meetmomenten hetzelfde. Bij de neuropsychologische data is waar mogelijk gebruik gemaakt van de zgn. Reliable Change Index (RCI; zie Veerman, Janssens, & Delicat, 2004), om een indruk te geven van significante verandering in aandacht en concentratie, met inachtneming van de psychometrische kenmerken van de vragenlijst.

Hierdoor kunnen bij deze kleine groep, waar de gebruikelijke statistiek te weinig power heeft, toch zinvolle uitspraken worden gedaan over verandering van de testcores. De RCI wordt berekend door bij ieder kind voor een instrument het verschil tussen voor- en nameting te berekenen en de resulterende verschilscore te delen door de standaardmeetfout (een statistische maat voor de

onbetrouwbaarheid van een instrument) van dit instrument. Bij een RCI groter dan 1,96 of kleiner dan -1,96 kan er met 97,5 procent zekerheid van uitgegaan worden dat een verandering niet op toeval berust (eenzijdig getoetst).

Resultaten

De eerste onderzoeksvraag luidde: leidt het volgen van een NF-behandeling bij opgenomen kinderen tot verbetering in het functioneren op de SA Dots en SSV van de ANT en de Bourdon-Vos?

ANT, Sustained Attention Dots (SAD)

Ten opzichte van de voormeting zijn de reactietijden en het aantal fouten significant verbeterd. Dit is conform de verwachting. Tijdens de follow-up is de vooruitgang het sterkst. De reactietijd tijdens de follow-up is zodanig toegenomen dat deze van gemiddelde waarde is ($-1.28 \leq z \leq 1.28$) en voor de fouten geldt een groei grenzend aan het gemiddelde gebied. De kinderen werken over het algemeen sneller en nauwkeuriger.

ANT, Shifting Attentional Set – Visual (SSV)

Hierbij moesten de kinderen reageren op een blokje dat rechts of naar links springt op het computerscherm. Deel 1 van de taak is eenvoudig, deel 2 is iets complexer en deel 3 is het meest complex. Hierbij werd gelet op snelheid en nauwkeurigheid. Voor alle tijdsmetingen geldt dat de reactietijden van bijna alle onderdelen van gemiddelde waarde zijn. Het verloop van de fouten is daarentegen grilliger. Er is geen sprake van eenduidige vooruitgang. Voor deel 1 zijn enige verbeteringen binnen het gemiddelde gebied zichtbaar. Voor deel 2 geldt een sterke verbetering op de nameting, maar zes maanden na de training tijdens de follow-up is er sprake van achteruitgang tot bijna weer grenzend aan het niveau van de voormeting. Voor deel 3 geldt een lichte verbetering onder het gemiddelde gebied.

Bourdon-Vos

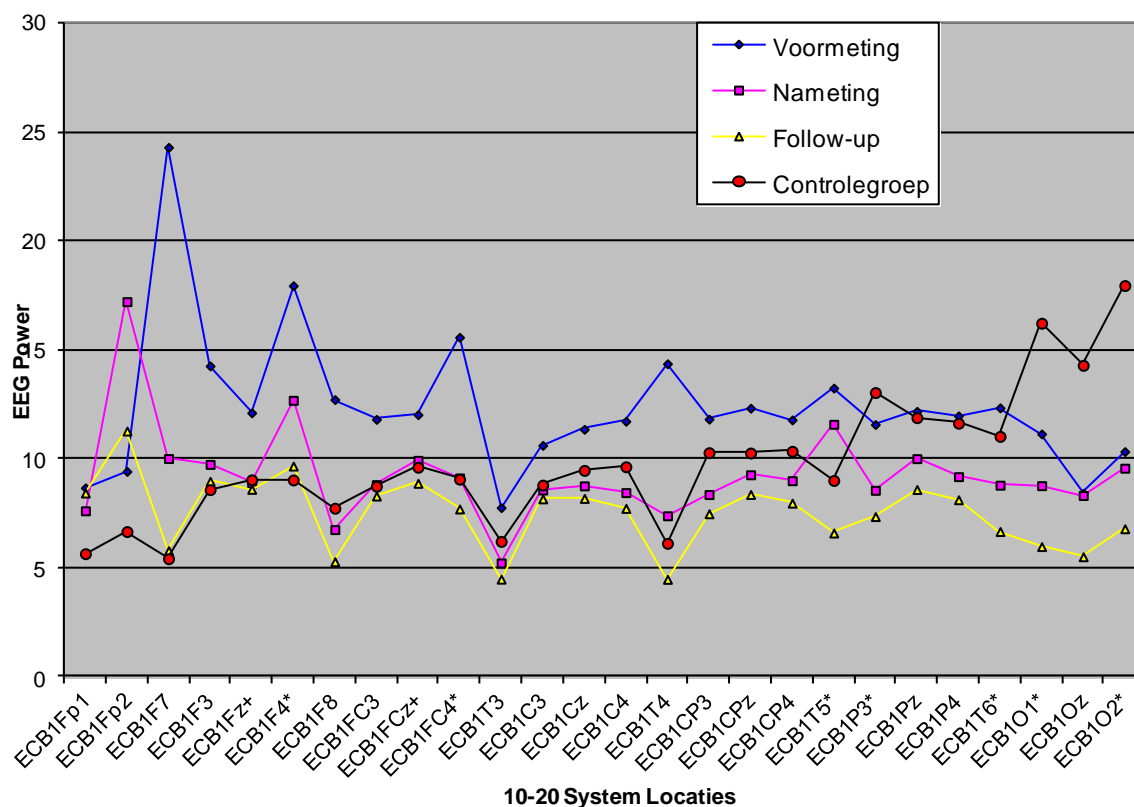
Over het algemeen nam het werktempo toe gedurende het onderzoekstraject en dit is conform verwachting. Op de nameting was een positieve trend zichtbaar en deze zette zich tijdens de follow-up voort richting het gemiddelde gebied. Met behulp van een univariate analyse is via herhaalde metingen nagegaan in hoeverre sprake is van significante vooruitgang ten opzichte van de voormeting. Hieruit bleek dat zowel voor de nameting als voor de follow-up sprake is van een verbetering. Het gaat om een significant effect (respectievelijk $F[1,9]= 5,5; p = 0,043$ en $F[1,9]=21,3; p = 0,001$).

Analyse laat zien dat er over het algemeen sprake is van een gemiddeld nauwkeurige werkstijl. De univariate analyse toont dan ook geen significant effect aan voor zowel onderzoeksfase 1 als 2 (respectievelijk $F[1,9]= 0,6; p = 0,45$ en $F[1,9]= 2,1; p = 0,38$).

De tweede en derde onderzoeksvraag luiden: hoe ziet het qEEG van opgenomen kinderen met ADHD-problematiek eruit en normaliseert het qEEG van de opgenomen kinderen na de NF-behandeling?

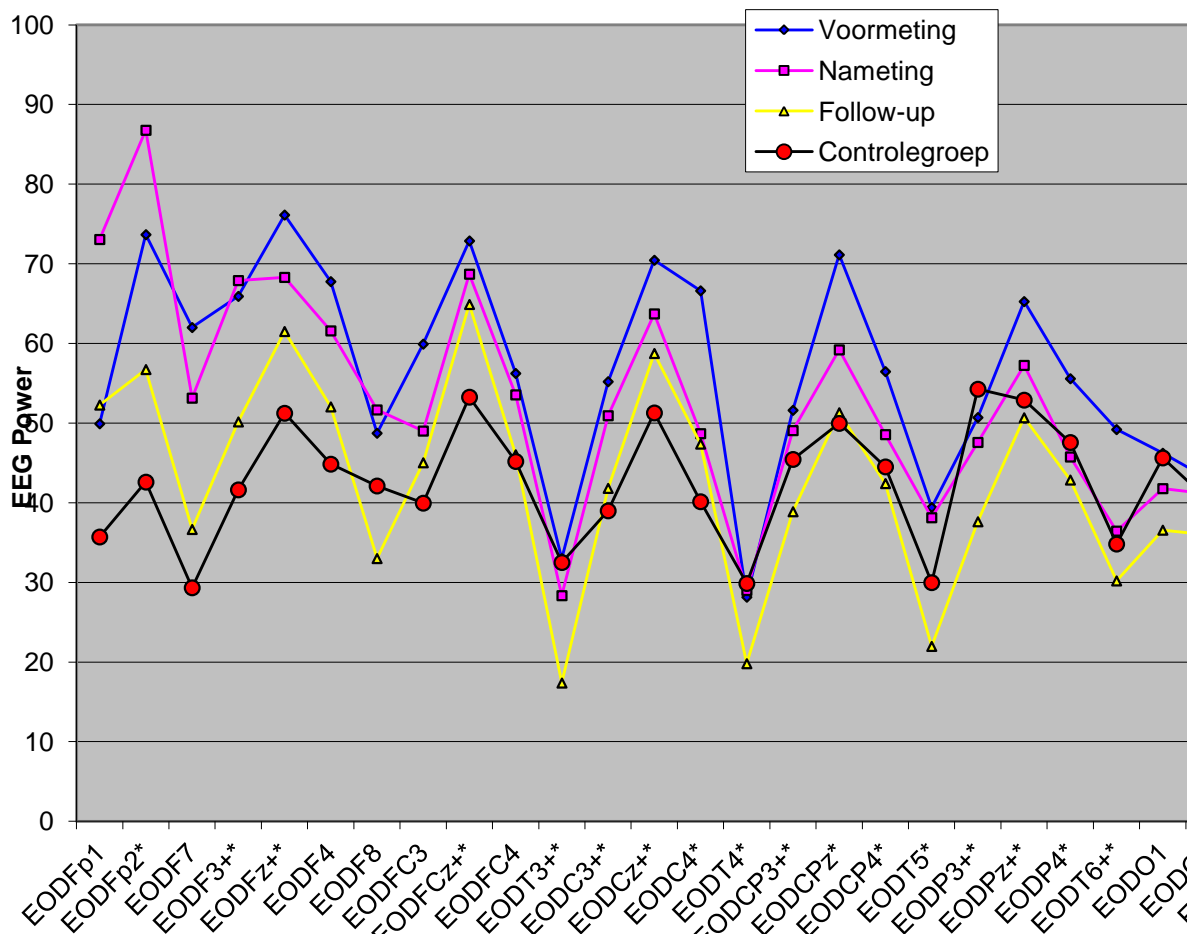
Om deze vragen te beantwoorden zijn de qEEG-profielen van de onderzochte LVB-kinderen vergeleken met gegevens van een groep normaal begaafde kinderen zonder klachten. Deze kinderen zijn gematcht op leeftijd en geslacht, en komen uit een normgroep van een internationale EEG database. Met gesloten ogen zijn er nauwelijks verschillen gevonden tussen LVB-kinderen en kinderen zonder klachten. Alleen achter op het hoofd is er een verschil in delta waarneembaar, deze is in de groep LVB-kinderen veel hoger dan in de normgroep. Na NF verandert delta in de richting van de normgroep. Bij theta en alfa zien we geen verschillen met de normgroep. Op de voormeting was

beta1 bij de LVB-kinderen veel hoger dan in de normgroep. Bij beta1 zien we na de training een normalisatie in de voorste gebieden (Figuur 2).



Figuur 2. Gemiddelde power van beta 1 bij gesloten ogen op de voor-, na- en follow-upmeting voor de groep LVB-kinderen (n=9) en kinderen uit een algemene normgroep (n=10), gematcht op geslacht en leeftijd.

Met de ogen geopend zien we bij de voormeting een groot verschil in de deltarange tussen de groep LVB-kinderen en de kinderen uit de normgroep. Het verschil wordt kleiner naarmate de tijd vordert. Achter op het hoofd zijn de verschillen kleiner dan in het midden en voor. Multivariaat is er bij theta een interactie-effect van groep x tijd aangetroffen ($F[2,16] = 9,8$; $p = 0,002$; $\eta^2 = 0,51$). Dit houdt in dat het qEEG van de LVB-kinderen in de tijd er anders uitziet dan in de normgroep. Within subject effecten zijn aangetoond van voor naar nameting ($F[1] = 4,5$; $p = 0,049$) en van nameting naar follow-up ($F[1] = 18,8$; $p = 0,000$). Op F3 is theta op de voormeting bij de LVB-kinderen verhoogd, maar deze normaliseert bij follow-up. Voor alfa1 en beta1 zijn de LVB-kinderen met ogen open vergelijkbaar met kinderen uit de normgroep (Figuur 3).



Figuur 3. Gemiddelde power van delta bij geopende ogen op de voor-, na- en follow-upmeting voor de groep LVB-kinderen (n=9) en kinderen uit een algemene normgroep (n=10), gematcht op geslacht en leeftijd.

De vierde en laatste onderzoeksvraag onderzocht tot welke veranderingen in subjectieve beleving van hun situatie een NF-behandeling leidt van opgenomen kinderen met ADHD (zie Tabel 3). In de totale beleving van het resultaat laten de kinderen gemiddeld een positieve verandering in de beleving van hun situatie zien van neutraal na 10 sessies NF naar goed na 30 sessies. Op de vraag “Lukte het vandaag goed je concentratie bij de opdracht te houden?”, blijft de gemiddelde subjectieve beleving gelijk en krijgt deze factor gemiddeld een goede beoordeling. Op de vraag “Merk je al iets van de behandeling in het dagelijkse leven?”, verbetert de gemiddelde subjectieve beleving van neutraal naar goed. Op de vraag “Hoeveel last heb je nu nog van je ADHD?”, verbetert de gemiddelde subjectieve beleving van neutraal naar goed.

Voor de totale tevredenheid over de betrokken hulpverlener geven de kinderen gemiddeld een goede beoordeling, zowel aan het begin als aan het einde van het onderzoek. Er is wel sprake van een lichte daling, maar de beoordeling blijft goed. De kinderen zijn dus tevreden over de hulpverlener. Dit geldt voor alle subvragen. De gemiddelde beleving van de deelname aan het onderzoek van de kinderen verbetert van neutraal aan het begin van het onderzoek naar goed aan het einde van het onderzoek. De

kinderen vinden het naarmate het onderzoek vordert gemiddeld dus leuker om aan het onderzoek mee te werken. Op de vraag “Voelde je je op je gemak vandaag?”, blijft de beoordeling goed. Op de vraag “Hoe leuk vind je het om aan dit onderzoek mee te werken?”, blijft de beoordeling neutraal.

Tabel 2. Neurofeedbackbehandeling en de resultaten op alle neuropsychologische testen, uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, IQ-niveau en herhaalde WISC-III meting.

<i>Kenmerken</i>	<i>statistieken</i>	<i>VM</i>	<i>NM</i>	<i>FU</i>
♂	gemid.	-3,26	-2,73	-1,21
	st.dev.	2,76	2,50	0,61
♀	gemid.	-3,14	-1,91	-0,85
	st.dev.	2,19	1,69	0,22
≥ 11 jaar	gemid.	-1,86	-2,85	-1,27
	st.dev.	1,61	2,17	0,37
< 11 jaar	gemid.	-4,54	-1,79	-0,79
	st.dev.	0,40	1,31	0,27
IQ > 70	gemid.	-2,60	-3,07	-1,06
	st.dev.	1,93	1,71	0,31
IQ < 70	gemid.	-3,80	-1,57	-1,00
	st.dev.	1,61	1,68	0,50
		<i>Voor NF</i>	<i>Na NF</i>	
WISC-III	Totaal IQ	68,8	67,2	N=9
WISC-III	Verbaal IQ	70,3	68,3	N=9
WISC-III	Performaal IQ	72,6	73,7	N=9

Tabel 3. Subjectieve beleving van de kinderen die deelnamen het NF-onderzoek t.a.v. hun ADHD-problemen, de hulpverleners en de deelname aan het onderzoek.

<i>Beleving</i>	<i>Eerste meting</i>	<i>Laatste meting</i>	<i>verschil</i>
concentratie	7.5	7.5	0
Verandering in DL	5.4	6.6	1.2
Last van ADHD	4.9	6.9	2
Totaal beleving resultaat	5.9	7	1.1
Informatie	8.3	7.5	-0.8
Uitleg	8.7	6.5	-2.2
Luisteren	8.7	7.8	-0.9
Totaal tevredenheid hulpverlener	8.6	7.3	-1.3
Op je gemak voelen	6.6	7.8	1.2
Leuk om mee te werken	5.3	6.4	1.1
Totaal deelname aan onderzoek	6	7.1	1.1

De beleving is gemeten op een 11-puntsschaal: 0=heel slecht, 10=uitmuntend.

Discussie

Na NF verbeteren neuropsychologische scores qua werktempo, echter niet consistent qua impulscontrole en foutenscore. Het EEG normaliseert na NF. De kinderen ervaren de interventie doorgaans als positief. De eerste onderzoeksvraag luidde: leidt het volgen van een NF-behandeling bij

opgenomen kinderen tot verbetering in het functioneren op SA Dots en SSV van ANT en op de Bourdon-Vos? Het aandachts- en concentratievermogen zijn duidelijk verbeterd. De taakspanne en inzet zijn over het algemeen toegenomen. Echter, de impulscontrole blijft vooralsnog zwak. Ondanks een toename van de aandacht of de focus is er nog altijd een neiging om op afleiders te reageren (de foutenmarge van de SAD en SSV deel 2 & 3 liggen nog altijd buiten het gemiddelde gebied ook al is de foutenmarge bij de SAD verbeterd tot grenzend aan het gemiddelde gebied), zeker wanneer de complexiteit toeneemt. Een mogelijke verklaring ligt in het kleinere werkgeheugen dat aan LVB-kinderen wordt toegeschreven (Ponsioen, & Van der Molen, 2002). Op het moment dat er veel prikkels moeten worden verwerkt zou het werkgeheugen bij LVB-kinderen eerder overbelast zijn dan bij kinderen zonder LVB.

Voor de Bourdon-Vos geldt dit niet, want de foutenmarge is voor alle tijdsmetingen van gemiddelde waarde. Deze taak is meer gestructureerd dan de SAD en het gevoel van de nabijheid van de testleider is ook groter. Mogelijkerwijs dat dit een positieve invloed heeft op de werkstijl van de kinderen. Een andere verklaring is de betere aandacht voor de instructie. Opmerkelijk was dat de resultaten van de aanvankelijk gebruikte observatielijsten geen eenduidig beeld van de ernst van de problematiek gaven en dat de observaties van groepsleiding sterk afweken van de taxatie van de behandelaar. Dit maakt dat we geen directe verandering in concrete ADHD-criteria of op ADHD-vragenlijsten rapporteren. Eerder constateerde Embregts (2000) dat het beoordelen van gedragsproblematiek bij kinderen met een verstandelijke beperking door middel van de Child Behavior Checklist binnen onze instelling onbetrouwbaar was. De bevinding van de huidige studie sluit hierbij aan en vraagt om extra zorgvuldigheid bij het lezen van conclusies gebaseerd op observatielijsten van zorgverleners.

Met het nodige voorbehoud lijkt het erop dat na de NF-behandeling (Voormeting versus Nameting of Follow-up) er geen sekseverschillen zijn, wel dat jongere kinderen (< 11 jaar) meer baat lijken te hebben dan oudere kinderen, kinderen met IQ-scores onder de 70 ook meer baat hebben, en dat de intelligentiescore vrijwel gelijk blijft. Dit in tegenstelling tot eerdere studies waar wel een stijging in IQ werd waargenomen (Lubar, Swartwood, Swartwood & O'Donnell, 1995).

Het qEEG van opgenomen LVB-kinderen liet in vergelijking met een gematchte normgroep voornamelijk verhoogde activiteit zien in de trage frequenties, met name delta in de conditie met ogen geopend. Met ogen gesloten was er bij de LVB-kinderen vooral frontaal meer EEG-activiteit zichtbaar in de beta1-range. Aangezien er geregeld sprake was van onrust bij de voormeting valt niet uit te sluiten dat deze verhoogde activiteit samenhangt met bewegingsonrust. Dit sluit ook aan bij de derde onderzoeksvraag: Normaliseert het qEEG van de opgenomen kinderen na NF-behandeling? We zien dat met name in delta met ogen open en beta met ogen dicht normalisering optreedt. Dit laat de mogelijkheid open dat de waargenomen normalisering een resultaat is van rustiger gedrag tijdens de testafname. Echter, ook ander onderzoek laat zien dat lange termijneffecten van NF leiden tot verbeterd functioneren (bijvoorbeeld Gani, Birbaumer & Strehl, 2008).

Daarmee komen we bij de vraag hoe het komt dat de kinderen zich rustiger zijn gaan gedragen. Dit is een discussiepunt in de NF-literatuur. Als het qEEG van kinderen met aandachtsstoornis verschilt van kinderen zonder aandachtsstoornis en NF hen leert om deze te beïnvloeden, hoe komt het dan dat we dit slechts in beperkte mate terugzien in het qEEG na behandeling? Wat is dan de betekenis van het EEG hierbij? Ros, Munneke, Ruge, Gruzelier en Rothwell (2010) laten in een experimentele studie zien dat NF de prikkelgevoeligheid van de cortex beïnvloedt, wat een verklaring zou kunnen zijn. Hoewel na NF het EEG niet veranderd was, bleek wel de prikkelgevoeligheid van de cortex afgenomen. Anderzijds bleek dat vooral bij het begin van de sessies de kinderen zich moeilijk schikten en de gedragsproblematiek ging opspelen. Daarna is besloten behandelaars erbij te betrekken om een adequatere werkhouding te creëren. Dit wijst op de beperkte waarde van studies tot nu toe voor de onderzochte doelgroep.

De laatste onderzoeksvraag had betrekking op veranderingen in subjectieve beleving van de situatie van opgenomen kinderen met ernstige gedragsproblematiek en een aandachtsstoornis na het volgen van een NF-behandeling. Op het einde van het onderzoek was de gemiddelde score op de drie facetten van de tevredenheidsmeting als goed te kwalificeren. Hierbij dient aangetekend te worden dat de resultaten tussen de deelnemers sterk van elkaar verschillen. Het contact tussen de interviewer en kinderen, het moment van afname en omgevingsinvloeden lijken invloed te hebben gehad op de resultaten van de tevredenheidsvragenlijsten. De vragen waren niet altijd duidelijk voor de kinderen, waardoor er veelal een mondelinge toelichting gegeven moest worden door de interviewer. Hiermee is de standaardisering afgenomen. De interviewer was daarnaast ook actief betrokken bij het onderzoek. Dit kan de antwoorden van de kinderen hebben beïnvloed.

Ook Kraijer & Plas (2006) melden dat in onze onderzoekspopulatie het verkrijgen van betrouwbare informatie lastig kan zijn, omdat zij er toe neigen vragen die ze moeilijk vinden met “ja” te beantwoorden. Tot slot is het niet mogelijk gebleken om voldoende goede data te verzamelen over de tevredenheid van de ouders en de ontwikkelingen van de kinderen buiten de setting van de neuropsychologische metingen. De samenwerking met de school verliep doorgaans goed, al was ook hier zoals eerder vermeld geen observatielijstonderzoek mogelijk. De veranderingen in de natuurlijke context van de kinderen blijven daarmee buiten beeld. Hoewel dit wellicht de meest interessante gegevens zijn, blijken deze het moeilijkst betrouwbaar in kaart te brengen

Deze studie heeft menige beperking die discussie verdient. Allereerst betreft het een pilotstudie bij een kleine groep. Door de exclusie- en inclusieprocedure is een selectie ontstaan van kinderen met een aanzienlijke ernst qua gedragsproblematiek en slechte scores op de neuropsychologische meetinstrumenten (sample bias, zie o.a. Heckman, 1979). De externe validiteit van dit onderzoek is daarmee beperkt en de conclusies kunnen niet worden doorgetrokken naar alle kinderen met ADHD in de OBC's van Nederland. Om de interne validiteit te bewaken is waar mogelijk gekozen voor het gebruik van de Reliable Change Index. Bij zeven van de tien kinderen is er op lange termijn een klinisch relevante verbetering in werktempo van de Bourdon-Vos te zien (een RCI > 1.96). Door het volgen van deze groep in de tijd kan echter regressie naar het gemiddelde zijn ontstaan: immers, de testen zijn een combinatie van vaardigheden en toeval. De extreem lage scores komen voor bij kinderen met weinig vaardigheden en een beetje geluk. Zij scoren de eerste keer wellicht hetzelfde als de kinderen met meer vaardigheden en dikke pech. De kinderen die onder hun vaardigheid scoren op de eerste test zullen het op de tweede test beter doen. Hierdoor neemt de gemiddelde score toe. Voor hardere conclusies aangaande het effect is liefst een gerandomiseerde placebocontrole gewenst, maar dit brengt weer allerlei andere problemen met zich mee (zie Van Lansbergen, Van Dongen-Boomsma, Buitelaar & Slaats-Willems, 2011) en valt buiten het blikveld van deze pilotstudie. De gekozen oplossing van een gematchte controlegroep voor het qEEG en de andere kinderen van de Jan Pieter Heije voor de Bourdon-Vos kan dit gemis maar ten dele opvangen.

De auteurs zijn dank verschuldigd aan dr. Gert Kroes van het Academisch Centrum Sociale Wetenschappen van de Radboud Universiteit voor zijn kritische en opbouwende commentaar op eerdere versies van dit manuscript. Verdere dank gaat uit naar drs. Suzan Möller, drs. Moksha Abels, Igna Jacobs en Marian Lozekoot die in een eerder stadium bij de uitvoering, data-analyse en overleg betrokken zijn geweest. Dank is ook verschuldigd aan drs. Henk Moeniralam, statisticus van de gemeente Nijmegen die betrokken is geweest bij het construeren van de tevredenheidsschaal. Steun bij het opzetten van de pilot werd gegeven door drs. Frans Ravestein, RVE-manager behandeling bij OBC Jan Pieter Heije. De ethische aspecten van deze studie werden beoordeeld door dr. Xavier Moonen van de Vereniging Orthopedagogische Behandelingscentra en de Stichting Landelijk Kenniscentrum LVB (VOBC-LVB). Het onderzoek kon worden uitgevoerd door een subsidie van het Couveefonds, waarvoor de auteurs erkentelijk zijn. Met dank hebben wij gebruik gemaakt van de gegevens en de ondersteuning die zijn geboden door BRAINnet; www.BRAINnet.net. BRAINnet is het wetenschappelijk netwerk dat toegang coördineert tot de Brain Resource internationale Database voor onafhankelijke wetenschappelijke doeleinden. Wij danken ook de personen die hun gegevens hebben afgestaan aan de database.

Literatuur

- Arns, M., Ridder, S. de, Strehl, U., Breteler, M., & Coenen, A. (2009). Efficacy of Neurofeedback treatment in ADHD: The effects on inattention, impulsivity and hyperactivity: A meta-analysis. *Clinical EEG and Neuroscience, 40*, 180-189.
- Bergh, W. van den (2007). *Neurofeedback en toestandregulatie bij ADHD: Een therapie zonder medicatie*. Leuven: Acco.
- Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry, 148*, 564-577.
- Breteler, M. H. M., Arns, M., Peters, S., Giepman, I., & Verhoeven, L. (2010). Improvements in spelling after QEEG-based neurofeedback in dyslexia: A randomized controlled treatment study. *Applied Psychophysiology and Biofeedback, 35*, 5-11.
- Embregts, P. J. C. M. (2000). Reliability of the Child Behavior Checklist for the assessment of behavioral problems of children and youth with mental retardation. *Research in Developmental Disabilities, 21*, 31-41.
- Fuchs, Th., Birbaumer, N., Lutzenberger, W., Grzelier, J. H., & Kaiser, J. (2003). Neurofeedback treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder in children: A comparison with methylphenidate. *Applied Psychophysiology and Biofeedback, 28*, 1-12.
- Gani, C., Birbaumer, N., & Strehl, U. (2008). Long term effects after feedback of slow cortical potentials and of theta-beta amplitudes in children with attention-deficit disorder (ADHD). *International Journal of Bioelectromagnetism, 10*, 209-232.
- Heckman, J. J. (1979). Sample bias as a specification error. *Econometrica, 47*, 151-161.
- Kraijer, D. W., & Plas, J. J. (2006) *Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- Lansbergen, M. M., Dongen-Boomsma, M. van, Buitelaar, J. K., & Slaats-Willemse, D. (2011). ADHD and EEG-neurofeedback: A double-blind randomized placebo-controlled feasibility. *Journal of Neural Transmission, 118*, 275-284.
- Lubar, J. F., Swartwood, O. M., Swartwood, J. N., & O'Donnell, Ph. H. (1995). Evaluation of the effectiveness of EEG neurofeedback training for ADHD in a clinical setting as measured by changes in T.O.V.A. scores, behavioral ratings, and WISC-R performance. *Biofeedback and Self-Regulation, 20*, 83-99.
- Masterpasqua, F., & Healey, K. N. (2003). Neurofeedback in psychological practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 34*, 652-656.
- Monastra, V. J., Monastra, D. M., & George, S. (2002). The effects of stimulant therapy, EEG biofeedback, and parenting style on the primary symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Applied Psychophysiology and Biofeedback, 27*, 231-249.
- Nuwer, M.R. (1998). Assessing digital and quantitative EEG in clinical settings. *Journal of Clinical Neurophysiology, 15*(6), 458-463.
- Ponsioen, A. (2010). *Een kind met mogelijkheden*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Ponsioen, A., & Molen, M. van der (2002). Cognitieve vaardigheden van licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren. Een onderzoek naar mogelijkheden. Ermelo: Landelijk Kenniscentrum LVB.
- Ros, T., Munneke, M. A., Ruge, D., Grzelier, J. H., & Rothwell, J. C. (2010). Endogenous control of waking brain rhythms induces neuroplasticity in humans. *European Journal of Neuroscience, 31*, 770-778.
- Tansey, M. A. (1993). Ten-year stability of EEG biofeedback results for a hyperactive boy who failed fourth grade perceptually impaired class. *Biofeedback and Self-regulation, 18*, 33-44.
- Veerman, J. W., Janssens, J. M. A. M., & Delicat, J. W. (2004). *Opvoeden in onmacht, of ...? Een meta-analyse van 17 methodieken voor intensieve pedagogische thuishulp bij normovertredend gedrag*. Nijmegen: Radboud Universiteit, ACSW / Praktikon.
- Vos, P. G. (1992). *Bourdon Vos Test. Handleiding* (2^e herziene uitgave). Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.

UIT DE PRAKTIJK

Met deze rubriek willen wij praktijkervaringen uitwisselen. De LVB-praktijk is divers en in elke instelling weer net even anders, maar de thema's van de problemen die zich kunnen voordoen zijn vergelijkbaar. Mail uw reacties en opmerkingen naar redactie@lvgn.nl.

Judith Warmelink beschrijft aan de hand van een casus de rol die een FACT-team kan hebben voor cliënten die vastlopen als gevolg van psychiatrische problemen, verslavingsproblemen en een LVB, de zogenaamde 'triple problematiek'.

FACT EEN PASSEND AANBOD VOOR JONGEREN MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING?

Judith Warmelink¹

Wat is ACT, wat is FACT?

Assertive Community Treatment (ACT) is een organisatie-model voor de behandeling, begeleiding en rehabilitatie van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen in combinatie met problematiek op andere levensgebieden. 'Assertive' wil zeggen dat de intensieve zorg die je mag verwachten binnen een psychiatrische kliniek omgezet is naar intensieve ambulante zorg, zo nodig in de vorm van bemoezorg, in de leefwereld ('community') van cliënten. ACT is overgewaaid vanuit de Verenigde Staten en is oorspronkelijk ontwikkeld voor mensen met ernstige psychiatrische stoornissen die steeds opnieuw terug moesten vallen op klinische zorg (Stein & Test, 1980; Mulder & Kroon, 2009).

Belangrijke kenmerken van ACT zijn: een multidisciplinair zorgaanbod, een laag aantal patiënten per hulpverlener, actieve benadering in de leefomgeving van de cliënt (*assertive outreach*), een gedeelde caseload en intensieve zorg voor onbeperkte tijd. ACT is een goed omschreven model en veelvuldig op effectiviteit onderzocht, met positieve uitkomsten. Vanuit onderzoek kwam naar voren dat ACT ervoor zorgde dat het aantal opnames binnen deze groep patiënten significant afnam en dat de tevredenheid over de zorg vanuit patiënten toenam. ACT is daarmee een evidence-based practice voor mensen met ernstige psychiatrische stoornissen en is inmiddels opgenomen in de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie en de Richtlijn Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp (de meest recente versies zijn als download beschikbaar op www.ggzrichtlijnen.nl).

In 1997 vond in Nederland een gecontroleerde studie plaats die het effect van gespecialiseerde klinische behandeling vergeleek met outreachende multidisciplinaire behandeling voor patiënten met een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid en een ernstige psychiatrische stoornis (Van Minnen, Hoogduin, & Broekman, 1997). Ambulante outreachende behandeling bleek even effectief in het verminderen van psychiatrische symptomen, van de patiënt en was goedkoper dan de klinische behandeling, maar vergrootte de last voor de sociale omgeving. In 84% van de patiënten die outreachende zorg ontvingen kon klinische opname worden voorkomen.

¹ GZ-psycholoog (K&J) bij Accare, een organisatie voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie, met verschillende vestigingen in Noord-Nederland. Sinds juni 2011 maakt Judith deel uit van het FACT-team van Accare in Zwolle. Correspondentie: j.warmelink@accare.nl.

FACT: Functie - Assertive Community Treatment

ACT richt zich volledig op de 20% meest zorgintensieve patiënten, terwijl een FACT-team zorg biedt aan *alle* vastgelopen patiënten waarbij outreachende, creatieve en soms langdurige zorg nodig is vanuit de (ortho)psychiatrie. Binnen het aanbod vanuit een FACT-team is er 'ACT-zorg' voor de 10 tot 20% meest zorgwekkende en vaak zorgmijdende jeugdigen (bijvoorbeeld jongeren met psychotische stoornissen of schizofrenie). Deze kinderen of jongeren worden zeer intensief, zo nodig dagelijks, bezocht en besproken binnen het FACT-team. Voor de begeleiding en behandeling kan elk teamlid worden ingezet. Zo nodig wordt er bemoeizorg ingezet, dit wil zeggen dat er zorg wordt geboden terwijl jongeren hier niet (meer) om vragen en liever met rust gelaten willen worden.

Jeugdigen vormen een relatief nieuwe doelgroep van FACT. Vanuit het Trimbos-instituut is hiervoor een eerste modelbeschrijving gegeven (Hendriksen-Favier 2011). FACT lijkt te voorzien in een behoefte aan een zorgvorm waarmee jongeren, die in de reguliere zorg tussen wal en schip vallen, kunnen worden behandeld en waarmee klinische opname voorkomen kan worden. Vooral bij 18- tot 25-jarigen ontstaan problemen binnen de reguliere hulpverlening, omdat ze volgens de wet zijn aangewezen op hulpverlening binnen volwassencircuits, maar in wezen nog met ontwikkelingstaken kampen die passen bij de kinder- en jeugdpsychiatrie (Faber & Mostert, 2010).

FACT vanuit Accare is bedoeld voor jongeren met psychische klachten en/of gedragsproblemen, die ernstig in hun ontwikkeling worden bedreigd en tegelijkertijd de juiste behandeling vermijden, niet kunnen vinden of niet kunnen vasthouden. Het FACT-team is creatief, laagdrempelig en flexibel en sluit aan bij alle knelpunten die de jongere op dat moment ervaart. FACT voor jeugdigen is nog volop in ontwikkeling. Verschillende organisaties, waaronder Accare, werken samen met het Trimbos-instituut aan een goede, specifieke, met cijfers onderbouwde modelbeschrijving. Het aantal FACT-teams voor jeugdigen neemt nog steeds toe, wellicht mede vanuit de steeds breder gedragen overtuiging dat langdurige opnames op langere termijn onvoldoende effect sorteren en herhaaldelijke opnames zorgen voor een afname van vaardig gedrag bij zowel jongeren als de mensen daaromheen.

Wie werken er in een FACT-team voor jongeren?

Voor het bedienen van jeugdige psychiatrische cliënten is net als bij volwassen cliënten met ernstige psychiatrische problematiek een multidisciplinair team vereist met een: medisch secretaresse, (kinder- en jeugd)psychiater, verslavingsdeskundige, maatschappelijk werker en/of sociaal-juridisch dienstverlener, ervaringsdeskundige en een (sociaal-psychiatrisch) verpleegkundige. Een essentieel verschil tussen FACT Jeugd en het reguliere model voor volwassenen is dat jongeren nog niet zelfstandig zijn en de hulpverleners te maken hebben met de ouders als opvoeders en gezagsdragers. Ouders spelen dus een belangrijke rol bij de behandeling.

Om tegemoet te komen aan de specifieke kenmerken en behoeften van de jonge doelgroep vragen bepaalde functies om een wat andere invulling dan bij volwassen-FACT. Ook dient het team te worden uitgebreid met een systeemtherapeut en een kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog en is specifieke deskundigheid wenselijk binnen het team op het gebied van trauma's bij jongeren. In plaats van een arbeidsdeskundige is het zinvol om bij FACT Jeugd een trajectbegeleider aan te stellen, die kennis heeft van zowel arbeidstrajecten als het onderwijssysteem.

Waarom juist FACT bij jongeren met een licht verstandelijke beperking en psychiatrische klachten?

FACT is een effectieve organisatievorm omdat het de kennis vanuit de psychiatrie direct koppelt aan doelen van de jongeren, zoals het vinden of behouden van een opleiding of het aangaan en behouden van sociale contacten. Voor jongeren (en ouders) met een licht verstandelijke beperking is FACT

passend omdat je niet alleen (verbale) adviezen geeft, maar actief meehelpt om praktische problemen op te lossen en op betekenisvolle plekken aanwezig kunt zijn om coaching en/of steun te bieden. Op die manier word je voor jongeren en de mensen om hen heen een betrouwbare volwassene. Je bouwt al doende aan een goed behandelcontact en een goed netwerk om de jongere heen, hetgeen de kans op het slagen van een behandeling enorm verhoogt.

Verder heeft FACT als doel om het aantal hulpverleners rondom een jongere te verminderen. Voor jongeren met een licht verstandelijke beperking heeft dit als voordeel dat er vaste, herkenbare aanspreekpunten zijn en de hulpverlening wordt overzichtelijker en minder hectisch. Vanuit het FACT-team wordt sterk systemisch gewerkt en zo nodig wordt voor het gezin als geheel naar passende ondersteuning gezocht om versnippering te voorkomen. Tenslotte heeft FACT als doel om jongeren die extra kwetsbaar zijn door een cognitieve en sociaal-emotionele achterstand in hun ontwikkeling niet tussen wal en schip te laten vallen. FACT gaat er niet vanzelfsprekend van uit dat jongeren hulpvragen kunnen formuleren en plannen kunnen maken. Daarom is een FACT-team zelf actief in het maken, behouden en zo nodig herstellen van contact.

Casus

C. is een dakloze, rondzwervende dame van 18 jaar oud, die wisselend verblijft bij vrienden. Ze is door een jongerenadviseur van de Gemeente verwezen naar het FACT-team van Accare vanwege ernstige problemen op vrijwel alle levensgebieden. C. heeft zich bij de gemeente gemeld met het verzoek om een uitkering te ontvangen en ze wil graag een plek om te wonen. Ze heeft aangegeven dat ze drugs gebruikt, maar hier graag mee wil stoppen. Ook wil ze graag weten of ze psychotisch is of een andere diagnose heeft. Er is bij C. sprake van een belaste voorgeschiedenis (verwaarlozing, misbruik en meerdere andere traumatische ervaringen). Ze heeft verschillende vormen van hulp ontvangen (jeugdzorg, poliklinische hulp vanuit de kinder- & jeugdpsychiatrie en een klinische opname), maar loopt opnieuw vast. Tot haar 18e levensjaar stond C. nog onder toezicht, maar sinds de zomer is er geen gezinsvoogd meer betrokken en kan ze niet terugvallen op haar familie.

De eerste fase is gericht op het opbouwen van contact met C., het verkrijgen van inzicht in haar huidige niveau van functioneren en het bespreken van en aansluiten bij haar hulpvragen. Omdat ze geen geld heeft om met de bus te gaan en ze niet weet waar onze polikliniek zich bevindt, zoeken we haar op. Ze is op dat moment bij de ouders van een 'vriendje' en staat buiten te roken als we haar voor het eerst ontmoeten.

Daarna volgen gesprekken waarbij C. soms wel naar de polikliniek komt en wij haar soms opzoeken na een SMS-contact, waarin ze aangeeft geen fiets of ander vervoersmiddel te hebben. Er ontstaat contact en C. geeft aan dat ze vaak teleurgesteld is in de hulpverlening. Ze is al op jonge leeftijd onderzocht, heeft hulp gehad vanwege ernstige relatieproblemen tussen haar ouders en vanwege seksueel misbruik door een buurjongen. Sinds 2005 woont ze soms thuis en soms op woongroepen, waar ze ook veelvuldig is weggegaan. Het contact met de gezinsvoogd vond ze waardeloos. C. geeft aan dat ze dit niet als hulp heeft ervaren; er was geen vertrouwensrelatie.

Het overlijden van haar moeder in 2008 heeft C. verder uit balans gebracht. In die periode is ze ook harddrugs gaan gebruiken en liepen de ruzies met familieleden verder op, waardoor ze uiteindelijk voor 11 maanden in een gesloten setting is geplaatst. Ze vertelt dat ze zich niet helemaal heeft laten zien en zich rustig heeft gehouden. Dit deed ze omdat ze soms bang was voor andere meiden op de groep en om met rust gelaten te worden door behandelaren. Ze heeft die periode als goed ervaren; de structuur, de duidelijkheid en de begrenzing boden rust en dit mist ze nu. Ze voelt zich verloren en zegt dat ze nu wel 18 is, maar dat ze zich vaak nog een klein meisje voelt dat nog niets van de wereld af weet. Ze mist haar moeder enorm op die momenten.

Hoewel C. niet alle gebeurtenissen helemaal chronologisch vertelt, komt ze tijdens de gesprekken nooit psychotisch of verward over. Wel wisselen haar stemmingen soms heftig gedurende een gesprek en komen de onmacht, de eenzaamheid en het verdriet duidelijk naar voren. C. geeft aan dat ze wel eens aan suïcide denkt, omdat ze dan geen perspectieven meer ziet. Ze heeft in het verleden twee maal een suïcidepoging gedaan en een periode zichzelf regelmatig in haar armen gesneden. Volgens C. is er op dit moment geen sprake van automutilatie naast het forse druggebruik dat als een vorm van ernstige zelfbeschadiging wordt beschouwd.

Tijdens de intakefase belt C. een aantal keren in paniek omdat ze ruzie heeft met vriendjes en zich bedreigd voelt. Wij hebben haar opgezocht en vanwege agressieve uitingen van deze vriendjes is de politie aanwezig geweest tijdens de bezoeken om haar en onze veiligheid te borgen. Na een aantal van dit soort incidenten, in combinatie met financiële zorgen en problemen vanwege het niet hebben van een vaste verblijfplek, besluit C. in overleg met ons om tijdelijk te gaan verblijven in een crisisopvang voor zwerfjongeren. In eerste instantie wil ze geen contact met haar familie en ze wil ook niet dat wij contact zoeken of familieleden informeren als er naar haar gevraagd wordt. Gaandeweg staat C. open voor contact en mogen we telefonisch contact zoeken met haar vader, opa en oma.

C. neemt ons gaandeweg steeds meer in vertrouwen en geeft ons inzicht in haar gedrag. Ze vertelt steeds meer over haar druggebruik; naast cannabis blijkt ze af en toe ook XTC, LSD, paddo's, truffels, crack en cocaïne te gebruiken. Ze gebruikt dit alleen als het haar in een groepsituatie wordt aangeboden. C. kan dan geen 'nee' zeggen, terwijl ze ook regelmatig angstig is als ze heeft gebruikt en ze ziet hoe anderen hier op reageren. Soms heeft ze ook veel plezier en kan ze er heel helder van nadenken en zaken goed ordenen.

Beknopte diagnostische conclusies na intakefase

Uit de intake komt naar voren dat C. een borderline persoonlijkheidsstoornis, ernstige verslavingsproblematiek, een licht verstandelijke beperking en een verstoorde identiteitsontwikkeling heeft door een zeer negatief samenspel van aanleg- en omgevingsfactoren. Daarnaast lijkt er nog steeds sprake te zijn van posttraumatische stress, ondanks een eerdere behandeling met EMDR. Feitelijk zou het gedragsbeeld van C. pas goed in beeld kunnen worden gebracht wanneer het cannabisgebruik gestopt of op zijn minst zeer beperkt is. Kenmerken van een psychose zijn niet naar voren gekomen. Vanuit de beschrijvingen die C. geeft, hangen de verstoorde waarneming en de vreemde gedachten samen met druggebruik. C. beschikt nog niet over de startkwalificaties om aan het werk te kunnen. Beschermende factoren zijn dat zowel de familie als C. zelf graag willen werken aan een positieve relatie. C. geeft aan dat de band tussen haar en haar vader altijd warm is geweest. Het lijkt erop dat de basale gehechtheid goed is. Als C. niet onder invloed is, is haar motivatie om te stoppen groot.

Verloop van de behandeling/begeleiding van november 2011 tot maart 2012

In samenspraak met C. hebben we een behandelplan opgesteld vanuit haar eigen doelen. C. geeft aan dat haar doel is om uiteindelijk op zichzelf te kunnen wonen, werk te vinden, goed met geld om te kunnen gaan, te stoppen met het gebruik van drugs en ze wil haar rijbewijs graag halen. De teamleden communiceren zoveel mogelijk met en via C. en wisselen daarnaast informatie uit via het Elektronisch Patiëntendossier, e-mail, telefoon en door middel van cliëntbesprekingen.

Specifiek voor FACT

In deze behandelperiode is C. tot 2 maal toe even 'verdwenen'. Ze is dan met 'vrienden' op pad en ziet het dan niet meer zitten en wil opnieuw beginnen in een andere stad. Vanuit het FACT-team

wordt actief gezocht naar contact met C.; de behandelrelatie wordt niet beëindigd. De eerste keer is er na een paar dagen weer telefonisch contact en overleg mogelijk. De tweede keer is C. helemaal niet meer rechtstreeks bereikbaar doordat haar telefoon is afgesloten, maar komen we via vader weer in contact met C. We bezoeken C. uiteindelijk bij vader thuis. C. pakt vervolgens de draad weer op en geeft aan dat ze vertrouwen heeft in het FACT-team.

Taakverdeling binnen het FACT-team

Wonen/ werken/ dagbesteding/ financiën

De maatschappelijk werkster pakt met C. het aanvragen van de CIZ-indicatie op en ordent samen met C. al haar papieren. Samen zoeken ze via internet en andere kanalen naar geschikte woonvormen met voldoende begeleiding. Na contact met verschillende aanbieders worden meerdere woonvormen bezocht. C. toont vaak weerstand tegen bepaalde afspraken en regels die bij begeleid wonen gelden, hetgeen het vinden van een plek om te wonen bemoeilijkt. Deze weerstand wordt vertaald naar angst voor verandering en angst voor controleverlies; er moet iedere keer weer opnieuw worden gezocht naar een samenwerkingsrelatie op dit vlak.

C. weigert uiteindelijk alle voorgestelde vormen van begeleid wonen en wil een appartementje met haar vriend en begeleiding vanuit het FACT-team. Ondanks de inschatting van het FACT-team dat dit niet de optimale keuze is voor C. wordt aangesloten op deze wens. De inschrijfkosten bij de woningbouwvereniging worden op verzoek van C. door haar budgetbeheerder overgemaakt en voor- en nadelen worden herhaaldelijk besproken. Met één specifieke aanbieder van begeleid wonen kan de afspraak worden gemaakt dat de deur op een kier blijft en dat C. gebruik kan maken van dit aanbod als ze van gedachten verandert.

Daarnaast bezoeken C. en de maatschappelijk werkster samen het UWV voor de aanvraag van een Wajonguitkering. C. raakt gaandeweg zeer gefrustreerd van de lange wachttijden en begrijpt niets meer van het traject. Uitleg en aanwezigheid van de maatschappelijk werkster tijdens alle gesprekken blijken voor C. helpend, hoewel C. soms ook aangeeft het zelf wel te kunnen en alleen te willen. Het actief zoeken naar een vorm van dagbesteding of passend werk hangt samen met de verplichtingen vanuit de Wajonguitkering. De arbeidsdeskundige van het UWV geeft aan dat C. onvoldoende kans maakt op een traject richting werk gezien de op dat moment onbehandelde emotieregulatieproblemen en de verslavings-problematiek. C. raakt zeer gefrustreerd, wil niet naar vrijblijvende dagbestedingsactiviteiten en ze heeft de indruk dat niemand iets voor haar wil doen en niemand haar begrijpt. Als uiteindelijk de Wajonguitkering wordt toegekend is er even rust op dit front.

Vanuit alle post wordt duidelijk dat er sprake is van een forse schuld, waarvoor de maatschappelijk werkster samen met C. naar een budgetconsulent van de gemeente gaat. C. blijkt niet vaardig in het omgaan met financiën en weet niet hoe ze overzichten van haar financiën moet 'lezen', dus hier wordt een start mee gemaakt. C. geeft herhaaldelijk aan dat ze gek wordt van het feit dat ze zo weinig geld heeft en wil op die momenten haar eigen geld in beheer. Ze toont wantrouwen en agressie richting de budgetconsulent. De begeleiding staat vaak in het teken van emotieregulatie door middel van het voorbespreken van zaken en het aanmoedigen van adequaat gedrag. Sommige afspraken worden vervroegd afgebroken vanwege boosheid en irritatie, waarna in diezelfde week weer contact wordt gezocht door een FACT-collega om alsnog de nodige stappen te zetten. Tenslotte is C. opgepakt vanwege een winkeldiefstal samen met jongeren van de crisisopvang, onbetaalde boetes (zwartrijden in de trein) en heling van fietsen. De maatschappelijk werkster is samen met C., de reclassering, de gemeente en de schuldhulpverlening in gesprek hierover.

Gezondheid/ druggebruik / detox/ medicatie

De arts spreekt het druggebruik door met C. en bespreekt de functie van drugs en de mogelijkheden om met medicatie een deel van het druggebruik te stoppen (m.n. 's avonds blowen om in slaap te komen). Hiervoor wordt medicatie opgestart, hetgeen C. helpt. Na een periode stopt C. met de medicatie omdat het onvoldoende zou helpen en ze wil andere medicatie of een flinke ophoging van de huidige medicatie. Tijdens het gesprek met de arts loopt C. weg omdat ze zeer emotioneel wordt van bepaalde vragen. Het contact moet worden hersteld en pas na 2 weken staat ze open voor een vervolg. C. blijft grillig in het innemen van medicatie en vraagt met enige regelmaat om andere medicijnen met als doel om de onrust in haar hoofd tegen te gaan.

De arts geeft C. voorlichting over seksueel overdraagbare ziektes en bespreekt met C. de mogelijkheden rondom anticonceptie. Dit aspect is overgedragen aan de GGD-arts die verbonden is aan de crisisopvang, waarna plaatsing van een spiraaltje volgt. De GZ-psycholoog helpt C. om middels een dagboekkaart haar stemming en druggebruik feitelijk in kaart te brengen, om op die manier de ernst van de depressieve klachten en de functie van het druggebruik te achterhalen. Het invullen van de kaart kost C. veel moeite en ze houdt dit niet vol, maar al pratende komt de functie van drugs wel steeds beter in beeld (o.a. vermijden van angst en verdriet en het stoppen van de 'drukke' in haar hoofd). De stemming van C. schommelt dagelijks en is sterk onder invloed van druggebruik.

De GZ-psycholoog begeleidt C. richting de verslavingskliniek en is op verzoek van haar aanwezig bij intakegesprekken. C. krijgt in eerste instantie te horen dat ze niet in aanmerking komt voor de detox vanwege haar verstandelijke beperking, maar doordat het FACT-team betrokken is en een actieve rol wil spelen in de begeleiding van C., wil de verslavingskliniek haar een kans geven, mits ze een woonvoorziening heeft waarin de juiste begeleiding kan worden geboden. Op het moment dat C. kan starten wil ze niet meer en haakt ze af vanwege de angst voor verandering en de angst om te falen. Ze wil op dat moment niet verhuizen en is bang dat ze weer op straat terecht komt als het haar niet gaat lukken om te stoppen met het druggebruik. Nadat de crisisopvang duidelijk te kennen geeft dat C. geen woonplek kan vasthouden als ze niets aan haar verslaving wil doen, starten de gesprekken opnieuw, maar dit keer bij een andere variant van verslavingszorg die meer gericht is op volwassenen.

Relaties / rouwverwerking

De systeemtherapeut voert samen met C., vader en de GZ-psycholoog gesprekken over hun relatie, de beschadigingen, de verlangens en de rouwverwerking van alle gezinsleden. Ook wordt er gesproken over de verwachtingen die zij over elkaar hebben met betrekking tot de toekomst. Tijdens deze gesprekken komt naar voren dat de rol van de overleden moeder nog enorm groot is, er is nog steeds sprake van rouw en er is behoefte aan rouwverwerking bij alle gezinsleden. C. heeft nog steeds een goede band met opa en oma maar wil hen (nog) niet bij deze gesprekken betrekken. Gezien het feit dat er in de familie financiële problemen spelen en er veel wantrouwen is richting de hulpverlenende instanties, worden alle gesprekken bij vader thuis georganiseerd. De behandelaren vanuit het FACT-team zijn te gast. De gesprekken vinden plaats in een betekenisvolle context; zo staan er bijvoorbeeld een aantal foto's van moeder in de kamer.

Conclusies

De voordelen van FACT voor deze cliënt met een licht verstandelijke beperking, psychiatrische problemen én verslavingsproblemen zijn:

- 1 team die begeleiding biedt voor alle hulpvragen. Er is voldoende kennis in het team om de samenhang te zien tussen psychiatrie, licht verstandelijke beperking en verslaving, waardoor versnippering in hulpverlening wordt voorkomen;

- Een duidelijk aanspreekpunt voor zowel cliënt als ketenpartners;
- Integratie van alle levensgebieden; 1 persoon = 1 plan;
- Steunende en structurerende contacten bieden en daar waar mogelijk behandelen;
- Niet alleen praten, maar aanwezig zijn op betekenisvolle plekken, samen dingen aanpakken;
- Als team dagelijks bereikbaar zijn, er is altijd contact mogelijk;
- In kunnen springen op crisissituaties (bv suïcidetaxatie);
- Vasthouden aan hulpvragen van de jongere; ook als de cliënt het op wil geven of (tijdelijk) contact verbreekt, steeds opnieuw contact zoeken en vanuit het contact op weg gaan;
- Voorkomen van crisisopnames en het organiseren van gerichte opnames (verslavingszorg) door zeer intensieve, flexibele ambulante zorg, waarin het FACT-team op allerlei tijdstippen en op verschillende plekken aanwezig is;
- Tenslotte werkt een FACT-team vanuit een positief mensbeeld; 'psychiatrische zorg is alleen maar succesvol wanneer patiënten weer mens geworden zijn'.

Literatuurlijst

- Faber, T., & Mostert, P. (2010). *Beleidsnotitie ACT teams Accare*. Assen: Stichting Universitaire en Algemene Kinder- en Jeugdpsychiatrie Noord-Nederland.
- Hendriksen-Favier, A. (2011). *Modelbeschrijving (F)ACT Jeugd*. Utrecht: Trimbo-instituut.
- Minnen, A. van, Hoogduin, C. A. L., & Broekman, T. G. (1997). Hospital vs. Outreach treatment of patients with mental retardation and psychiatric disorder: A controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 515-522.
- Mulder, N., & Kroon, H. (Red.) (2009). *Assertive Community Treatment: Bemoeizorg voor patiënten met complexe problemen*. Amsterdam: Boom.
- Stein, L. I., & Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment I: Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392-397.

COLUMN

De schrijver van de column kan een gedragswetenschapper, een groepsleider, een wetenschappelijk onderzoeker, een beleidsmaker en/of een ouder zijn. Wat zij gemeen hebben, is hun ervaringen met jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. In deze Onderzoek & Praktijk geven wij het woord aan Paul Trommelen, directeur van STEVIG (lid van De Borg) en van Dichterbij Expertise

DE KERN VAN DE ZAAK...

Paul Trommelen

In het kader van een leven lang leren (in goed Nederlands 'life long learning') volg ik op dit moment de, hou je vast, 'executive master of health administration' via TiasNimbas, de business school verbonden aan de Universiteit van Tilburg. Kijk zo'n naam, zo'n titel, dat mag wat kosten. Tja, en dat doet het ook, maar daar wilde ik het niet over hebben, hoewel je al bijna automatisch denkt dat een dusdanig uitgebreide en zwaar aangezette naam vanzelf wel duur zal zijn, nog voordat je naar de inhoud hebt kunnen kijken. Voor de volledigheid, het is een prima opleiding, laat daar geen twijfel over bestaan. Maar die naam.....

In onze sector, breed gezien, dus de zorgsector, is iets bijzonders gaande. Meer en meer zijn organisaties bezig zich te profileren als uniek, bijzonder, beter dan de rest, excellent of beter nog, excellenter, kortom zó onderscheidend, dat je als klant/cliënt/patiënt toch wel gek moet zijn als je niet voor juist déze organisatie kiest. Maar ben je als zorgorganisatie wel echt onderscheidend? En zo ja, hoe weet die cliënt dat? Hoe maak je hem dat duidelijk?

Dat doen wij, zorginstellingen, ondersteund door allerlei adviesbureaus en consultants, door 'onze' visie uit te werken tot een aansprekend verhaal. En bij die visie, ik kom hier zo nog op terug, horen kernwaarden, die ook weer heel speciaal, uniek en bijzonder zijn en helemaal perfect passen bij jouw organisatie. De organisatie wil hiermee nu juist dát meegeven waardoor deze organisatie zich onderscheidt, in positieve zin natuurlijk, ten opzichte van die andere organisaties die dat toch niet goed begrepen hebben.

Kijk eens op internet naar een vijftal willekeurig gekozen zorgorganisaties. Vergelijk hun 'unieke' visie eens met elkaar. Ze leveren allemaal excellente zorg; alsof er ook zorgorganisaties zijn die op internet vertellen dat ze nu juist geen excellente zorg willen bieden. De cliënt, klant of patiënt staat ook iedere keer, bij iedere organisatie, centraal. Alsof de concurrent zou schrijven: "Nee hoor, bij ons niet, bij ons staat de cliënt nu juist niet centraal." Nog een mooie: "Bij ons staat zorg met respect centraal bij de zorg- en dienstverlening die we leveren." Da's toch geweldig! Alleen, nogmaals, wat zegt het, waar is het onderscheid? Waarom is hier zo veel tijd en geld aan besteed?

Nog een stapje verder, maar tegelijkertijd meer van hetzelfde, gaat bijvoorbeeld een ziekenhuis in het zuiden van het land. Zij willen het liefste ziekenhuis van Nederland zijn of worden. Misschien ligt het aan mij dat ik dit niet vat. Wat ik wel weet is dat dit soort zaken altijd een hoop tijd en geld kost en dat het maar net de vraag is of de cliënt, of de medewerker, er echt iets aan heeft. Wie het weet mag het zeggen.

Wat daarnaast opvalt, is dat zorginstellingen ook steeds vaker 'kernwaarden' kiezen en hierover communiceren met hun (potentiële) klanten. Wat zijn kernwaarden? Kernwaarden zijn, en ik citeer een bureau dat zich hiermee bezig houdt, dat graag zorginstellingen helpt bij het kiezen en implementeren van deze kernwaarden: "Kernwaarden zijn de belangrijkste ('kern') waarden binnen een organisatie." Kijk, dan begrijp je meteen waarom je hen inhuurt.

Nee, serieus, natuurlijk heb je (kern)waarden nodig als organisatie en natuurlijk werk je vanuit een visie. Daar praat je ook met elkaar over; wat verwachten we van elkaar, waar mogen onze cliënten op rekenen bij ons en hoe staan we in ons werk? Maar om nu een paar waarden te kiezen alsof je je daarmee onderscheidt? Ik weet het niet. Van een, wederom willekeurige, organisatie kwam ik de volgende kernwaarden tegen: samen, uitnodigend, professioneel, effectief en respect. Leg de eerste letters achter elkaar en je komt bij, jawel, super! Ik verzin dit niet. Zijn deze waarden gekozen zodat we op super uitkwamen of...? Iedere organisatie wil toch samen met de cliënt, professioneel en effectief werken. En respect?

Voor mijn masterthesis in het kader van die opleiding met die lange naam heb ik een onderzoek(je) opgezet naar kernwaarden en de verdere uitwerking ervan. Ik heb aan persoonlijk begeleiders gevraagd hoe ze inschatten dat ouders hun prioriteiten leggen als ze keuzes moeten maken. Tevens heb ik deze begeleiders gevraagd in te schatten hoe gedragsdeskundigen dit zouden doen. Wat blijkt, de begeleiders schatten de twee groepen als zeer verschillend in. Wat nog meer opvalt? Dat iedereen de kernwaarden op een andere manier invult, er een andere definitie aan geeft en er ander gedrag bij laat zien..... Het is dus niet eens zonder gevaar om kernwaarden vast te stellen als je hierna tenminste niet heel goed en uitgebreid hierover in dialoog gaat met alle bij de zorg betrokken mensen. Anders loop je het risico dat we denken dat we het over hetzelfde hebben, terwijl dat helemaal niet zo hoeft te zijn. Dat lijkt me niet de bedoeling van dit soort exercities.

Laten we elkaar niet gek maken. Zorg voor mensen, dat draait ergens anders om. Zeker in ons stukje van de zorgsector; waar we zorgen voor heel kwetsbare cliënten, die vaak zelf niet kunnen kiezen en waar het systeem hen ook al niet bij helpt; waarbij je regionaal moet kunnen werken, samen met andere betrokken partijen, om vaak maar kleine stapjes vooruit te komen; en waar je elkaar juist nu heel hard nodig hebt.

Echte zorg, echte ondersteuning, gaat niet over kernwaarden en mooie visiedocumenten of moderne logo's. Het gaat over je willen inleven in de cliënt, met al zijn of haar problemen, en *echt* iets voor die ander willen betekenen. Het gaat om net dat stapje verder gaan, willen excelleren, maar dan niet voor het boekje, maar omdat je dat wilt en kunt, voor je cliënt.

GELEZEN

In deze rubriek worden artikelen en boeken besproken die recent zijn uitgebracht en bij het Landelijk Kenniscentrum LVB in te zien of, als het om artikelen gaat, op te vragen.

Coppens, L. & Kregten, C van (2012). *Zorgen voor getraumatiseerde kinderen: een training voor opvoeders. Handboek voor deelnemers*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. ISBN: 978-90-313-9796-9.

Coppens, L. & Kregten, C van (2012). *Zorgen voor getraumatiseerde kinderen: een training voor opvoeders. Handboek voor trainers*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. ISBN: 978-90-313-9753-2.

Beide delen zijn een Nederlandse bewerking van: National Child Traumatic Stress Network (2010), Caring for children who have experienced trauma: A workshop for resource parents. www.nctsnet.org. Leony Coppens en Carina van Kregten zijn beiden werkzaam bij de Zonnehuizen Kind & Jeugd en Onderwijs. De laatste jaren is er steeds meer bekend over de invloed van ernstige verwaarlozing, mishandeling en andere traumatische ervaringen in de vroege kinderjaren op het dagelijks functioneren later in het leven. De wijze waarop een kind met relaties aangaat wordt sterk gekleurd door de mate waarin het in zijn eerste levensjaren de wereld leerde kennen vanuit een veilige thuisbasis met betrouwbare en sensitieve verzorgers. Het ontbreken van zo'n veilige basis blijkt alleen al effect te hebben op de ontwikkeling van de hersenen en hersenfuncties, zoals uit de beklemende verhalen van Bruce Perry valt op te maken (Perry, 2010). Het wegnemen van de onveilige en beschadigende situaties door het kind uithuis te plaatsen is vaak niet voldoende om de (gedrags-)problemen te verminderen. Het kind kan zijn nieuwe verzorger, pleegouders of groepsofvoeder voor grote dilemma's stellen omdat de gangbare opvoedingsmethoden niet blijken te werken. Vanuit het onderzoek naar hechtingsproblemen is al langer bekend dat het een kwestie van een lange adem is om het ernstig geschonden vertrouwen in de volwassenen van een getraumatiseerd kind te helpen herstellen. En dat daarbij het vertrouwen van de verzorger in een gunstige afloop zwaar op de proef kan worden gesteld. Aan de hand van negen verhalen beschrijven de auteurs in acht modules een training waarin de achtergrond, de effecten en de aanpak van getraumatiseerde kinderen. En de auteurs zetten hierbij breed in: van de hersenontwikkeling, de rol van de biologische ouders, het creëren van een veilige omgeving de aandacht voor de stress die dit alles voor de pleegouders opbrengt, enzovoorts. In het handboek voor deelnemers komen alle thema's systematisch aan de orde, met checklijstjes, werkbladen en powerpoint-dia's, aan alles lijkt gedacht. Wat echter niet aan de orde komt is het onderzoek dat naar deze trainingsmethode is of wordt verricht. Ook op de site van het National Child Traumatic Stress Network wordt dit niet duidelijk aangegeven.

Al met al zeer waardevolle informatie voor een ieder die met beschadigde kinderen te maken heeft. Eigenlijk zou deze informatie voor een breder publiek toegankelijk moeten zijn om zich meer van de risico's bewust te worden die met het opvoeden van kinderen gepaard gaan. Liefst voordat het te laat is.

AP

BINNENGEKOMEN

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

Heij, M., & Schaapman, M. (2012). *De relatie tussen executief functioneren en de sociaal-emotionele ontwikkeling bij kinderen met een licht verstandelijke beperking: Een onderzoek naar de relatie tussen inhibitie en werkgeheugen en het interpreteren van sociale situaties en het beoordelen van emotionele gezichtsexpressies.* Thesis, Universiteit Utrecht.

Executieve functies is een paraplueterm voor een aantal cognitieve vaardigheden die nodig zijn voor doelgerichte activiteiten. De functies zijn van belang om gedrag te kunnen reguleren voor specifieke doeleinden. Inhibitie is een executieve functie en is het vermogen om een dominante prikkel of automatische respons/reactie te kunnen onderdrukken die niet relevant is voor de taak waar iemand op dat moment mee bezig is. Deze respons moet onderdrukt worden om de aandacht te kunnen richten op meer belangrijke informatie en prikkels die nodig zijn om een taak of gedrag uit te voeren. Een andere executieve functie is het werkgeheugen. Dit betreft de capaciteit om tijdelijk informatie op te slaan en te gebruiken om een taak uit te voeren, bijvoorbeeld het onthouden van een telefoonnummer om de betreffende persoon te bellen. Deze informatie wordt vervolgens vergeten of wordt opgeslagen in het lange termijngeheugen. De sociaal-emotionele ontwikkeling is een breed gebied binnen de ontwikkeling van het kind. Er wordt onder verstaan dat een kind, in wederkerige interactie met zijn of haar omgeving, sociale gedragingen vertoont, relaties aangaat en hierbij leert om emoties bij zichzelf en de ander te herkennen en hiermee om te gaan. Hierbij gaat het er onder andere om dat je als individu sociale situaties correct kunt interpreteren en emotionele gezichtsexpressies kunt beoordelen. Uit onderzoek blijkt dat het executief functioneren gerelateerd is aan de sociaal-emotionele ontwikkeling bij kinderen met een normaal ontwikkelingsverloop. Inhibitie en werkgeheugen lijken van invloed op het vermogen een sociale situatie correct te interpreteren en om emotionele gezichtsexpressies te kunnen beoordelen. Het is echter onbekend hoe deze relatie eruit ziet bij kinderen met een verstandelijke beperking. Methode: Aan het onderzoek hebben 49 kinderen met een licht verstandelijke beperking tussen de 9 en 13 jaar deelgenomen. Deze kinderen zijn afkomstig van vijf Nederlandse ZMLK-scholen. Inhibitie, werkgeheugen, het interpreteren van sociale situaties en emotionele gezichtsexpressies zijn respectievelijk gemeten met de Flanker taak, de dot matrix, de sociale interpretatie test en de emotionele gezichtsexpressie test, welke een zelf ontworpen test is. Resultaten: Er zijn positieve relaties gevonden tussen alle vier de variabelen, inhibitie en werkgeheugen en het interpreteren van sociale situaties en het beoordelen van emotionele gezichtsexpressies. De relatie tussen inhibitie en het interpreteren van sociale situaties wordt gemedieerd door werkgeheugen en inhibitie blijkt een mediatie effect te hebben op de relatie tussen werkgeheugen en het beoordelen van emotionele gezichtsexpressies. Conclusie: Bij kinderen met een licht verstandelijke beperking is een goed inhibitievermogen en werkgeheugen van belang voor het kunnen interpreteren van sociale situaties en het beoordelen van emotionele gezichtsexpressies. Een training van het executief functioneren zou bij kunnen dragen aan deze vaardigheden. Het is wenselijk in toekomstig onderzoek andere aspecten van de sociaal-emotionele ontwikkeling en executieve functies te betrekken, als ook een bredere reeks aan mate van verstandelijke beperking en leeftijden mee te nemen. De thesis is op te vragen bij: a.ponsioen@lvgnnet.nl.

Cuyle, M. (2012). *Executieve vaardigheden van kinderen met autismespectrumstoornissen. Trainingboek.* Antwerpen: Garant.

De executieve functietheorie is een van de belangrijkste cognitieve verklaringstheorieën voor ASS - Autismespectrumstoornissen. Er worden tekorten gevonden bij personen met ASS uit diverse

leeftijdscategorieën en niveaus van functioneren. 'Executieve functies' is een overkoepelende term van diverse cognitieve functies die zelfcontrole mogelijk maken. Men spreekt ook van de besturingsfuncties of controlefuncties. Deze processen zorgen ervoor dat we onze gedachten en handelingen kunnen aanwenden om vooropgestelde doelen te bereiken. Ze zijn van belang bij nieuwe en complexe situaties. Aan de hand van screening worden de executieve vaardigheden en de tekorten in die vaardigheden in kaart gebracht. Daarna kunnen de executieve vaardigheden worden verbeterd aan de hand van individuele training en spelletjes, psycho-educatie en training in het dagelijks leven. Er is speciale aandacht voor de transfer, iets wat bij kinderen met ASS moeilijk is. De training kan worden gebruikt binnen residentiële en ambulante settings, zoals revalidatiecentra, ambulante of thuisbegeleiding, en begeleiding binnen het onderwijs (bron: www.bol.com).

Vierdaagse verdiepingscursus
**LVB-jeugdigen
met grensoverschrijdend
gedrag**
diagnostiek en behandeling
maart – april 2013

Achtergrond

Steeds vaker worden hulpverleners in de GGZ en de jeugdzorg, maar ook in het onderwijs, geconfronteerd met kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB) én grensoverschrijdend gedrag. Zij overschrijden zowel hun eigen grenzen als die van anderen. Ook blijkt dat jeugdigen met een LVB verhoudingsgewijs vaker grensoverschrijdend en antisociaal gedrag vertonen. De bijzondere kenmerken van deze jeugdigen vragen van hulpverleners een specifieke deskundigheid ten aanzien van zowel diagnostiek als behandeling. Het grensoverschrijdend gedrag heeft bij deze kinderen en jongeren namelijk veelal een complexe achtergrond waarbij zowel persoonlijke als omgevingsfactoren een rol spelen en met elkaar interacteren. In deze verdiepingscursus bespreken ervaringsdeskundigen uit de LVB-zorg diverse onderwerpen, waaronder de risicofactoren voor het ontstaan en voortbestaan van grensoverschrijdend gedrag bij kinderen en jongeren met een LVB. 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 2013

De cursus wordt gegeven bij het Landelijk Kenniscentrum LVB, Kaap Hoordreef 60 te Utrecht op vrijdag 15 maart, 22 maart, 5 april en 12 april van 9.30–17.00 uur.

Doelgroep

(Ortho-)pedagogen, psychologen, (kinder- en jeugd)psychiaters, maatschappelijk werkers, therapeuten en leerkrachten die werken met jeugdigen met een LVB.

Accreditatie

Wordt aangevraagd bij NVO/NIP. In voorgaande jaren werd deze cursus door de Kamer GZ-psycholoog geaccrediteerd voor 18 uur.

Inlichtingen/aanmelding

Voor meer informatie over de inhoud van de cursus: mw. Jolanda Douma, j.douma@lvgnet.nl
Voor aanmelding: mw. Mischa Vreijssen, m.vreijssen@lvgnet.nl, 030-2643311. Of ga naar www.lvgnet.nl/lkc/cursusaanbod.html.

Kosten

Voor deelnemende instellingen van het Landelijk Kenniscentrum LVB: € 500,- per persoon, inclusief koffie/thee, lunches en aanvullende literatuur. Voor niet-deelnemende instellingen: € 600,- per persoon.



LANDELIJK 
KENNISCENTRUM LVB

Kaap Hoorndreef 60, 3563 AV Utrecht
030-264 33 11 • www.lvgnet.nl
info@lvgnet.nl