



# Tijdschrift LVB Onderzoek & Praktijk

---

- Uitdagingen rondom uithuisplaatsing en terugplaatsing bij ouders met een LVB
- Column: Op de barricades voor evidence-based werken
- Samen aan de slag: onderzoek naar psychomotorische gezinstherapie bij gezinnen met een kind met LVB
- Publicatie: Handleiding N=1 onderzoek
- Promotienieuws

## 2

Najaar 2024, jaargang 22, nr 2

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



## **LVB Onderzoek & Praktijk**

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

LVB Onderzoek & Praktijk verschijnt tweemaal per jaar.

---

### **Hoofdredactie:**

Mariët van der Molen

### **Redactie:**

Anika Bexkens

Annematt Collot d'Escury-Koenigs

Jolanda Douma

Annie de Groot

Hendrien Kaal

Maroesjka van Nieuwenhuijzen

Albert Ponsioen

Andries Schilperoord

Hilde Tempel

### **Tekstcorrecties:**

Jolanda Douma

### **Secretariële ondersteuning:**

Mischa Vreijssen

### **Vormgeving:**

Renate Siebes – Proefschrift.nu

### **Vermenigvuldiging:**

Nezzo print en creatie – Druten

[www.nezzo.nl](http://www.nezzo.nl)

---

### **Correspondentie en kopij:**

Landelijk Kenniscentrum LVB

t.a.v. Redactie LVB Onderzoek & Praktijk

Postbus 519

3500 AM Utrecht

tel. 030-7400400

[redactie@kenniscentrumlvb.nl](mailto:redactie@kenniscentrumlvb.nl)

[www.kenniscentrumlvb.nl](http://www.kenniscentrumlvb.nl)

ISSN printversie 2950-6409

ISSN online/pdf-versie e-ISSN nr 2950-6417

# LVB Onderzoek & Praktijk

Najaar 2024  
Jaargang 22 – nummer 2

## Inhoud

Van der Molen	2	Voorwoord
Balje, van Burken, van Nieuwenhuijzen, Branje, Harder & Gabriëls	3	“Waarom heb ik mijn kinderen niet bij me?” Uitdagingen rondom uithuisplaatsing en terugplaatsing bij ouders met een licht verstandelijke beperking
		<i>Column</i>
Bexkens	10	Op de barricades voor evidence-based werken
Zomervrucht, de Witt, van der Hoek, Hovenkamp-Hermelink & Dekker	12	Samen aan de slag: onderzoek naar psychomotorische gezinstherapie bij gezinnen met een kind met LVB
		<i>Publicatie</i>
Hoekman & Ponsioen	26	Handleiding N=1 onderzoek
		<i>Promotienieuws</i>
	27	

## Voorwoord

Mariët van der Molen – hoofdredacteur LVB Onderzoek & Praktijk

Kinderen van ouders met een licht verstandelijke beperking (LVB) worden vaker uit huis geplaatst en keren na een uithuisplaatsing minder vaak terug naar huis dan kinderen uit de reguliere populatie. In dit Najaarsnummer van LVB Onderzoek & Praktijk bespreken *Veronica Baljé* en haar vijf collega's inzichten van ouders met een LVB rondom vier thema's: wantrouwen, betrokkenheid, contactherstel en adequate hulp. Samen met ervaringskundige Femke reflecteren de onderzoekers over deze belemmeringen.

*Anika Bexkens* houdt in haar column een boeiend pleidooi om de oorspronkelijke, en bredere, definitie van evidence-based practice (weer) in te voeren. Zij geeft aan dat evidence-based practice een klinisch besluitvormingsmodel is, waarin de wetenschappelijke evidentie die er is, geïntegreerd wordt met klinische expertise en cliëntperspectieven, om zo tot de beste beslissing te kunnen komen over de behandeling van een cliënt of gezin. Dat betekent dus, dat we in de praktijk evidence-based kunnen werken, ook als niet alles wetenschappelijk onderzocht is.

*Inge Zomervrucht* en collega's onderzochten effecten van psychomotorische gezinstherapie (PMGT), een combinatie van psychomotorische therapie en systeemtherapie. Hun aanzienlijke bijdrage bestaat uit twee delen; een systematisch literatuuronderzoek en een kwalitatief én kwantitatief pilotonderzoek. De resultaten laten zien dat er een positief effect van PMGT is op onder andere de interactie tussen de ouders en hun kind.

Al jarenlang verzorgen *Albert Ponsioen* en *Joop Hoekman* een cursus N=1 onderzoek via het Landelijk Kenniscentrum LVB. Zij zijn helder: willen we beter weten wat (voor wie) goed werkt in de zorg, dan moeten we N=1 onderzoek gaan doen. Dat wordt ons nu makkelijk gemaakt door twee publicaties van hun hand over N=1 onderzoek. Daarin leggen de auteurs uit hoe je op een

eenvoudig en uitvoerbaar niveau aan de slag kan gaan. In dit nummer een korte samenvatting van de relevantie en bruikbaarheid van N=1 onderzoek en de linkjes naar de gratis te downloaden publicaties.

Tenslotte treft u in deze editie van het tijdschrift de samenvattingen van vier promoties die het afgelopen halve jaar plaatsvonden, inclusief de digitale link naar de betreffende proefschriften. Het gaat om de promoties van *Jaap Olthof* naar inclusie en exclusie van mensen met een LVB, van *Sammy Roording-Ragetlie* over het werkgeheugen en de trainbaarheid daarvan bij kinderen met een LVB en ADHD, ASS en/of leerstoornissen, van *Suzanne Derks* naar het meten en bevorderen van mentaliseren door mensen met een LVB, en tenslotte van arts VG *Katrien Pouls* naar de psychische zorg die geboden wordt aan mensen met een LVB in de huisartsenpraktijk.

Veel leesplezier en tot in het voorjaar van 2025!

# “Waarom heb ik mijn kinderen niet bij me?”

## Uitdagingen rondom uithuisplaatsing en terugplaatsing bij ouders met een licht verstandelijke beperking

Veronica Baljé<sup>1</sup>

Femke van Burken<sup>2</sup>

Maroesjka van Nieuwenhuijzen<sup>3</sup>

Susan Branje<sup>4</sup>

Annemiek Harder<sup>5</sup>

Anita Gabriëls<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Junior Onderzoeker bij Expect Jeugd – vbalje@pvj.nl

<sup>2</sup> Ambulant Werker bij William Schrikker Gezinsvormen

<sup>3</sup> Senior Onderzoeker bij Expect Jeugd, en Bijzonder hoogleraar LVB, Ouderschap, en Jeugdbescherming, Universiteit van Amsterdam

<sup>4</sup> Hoogleraar Ontwikkeling en Socialisatie in de Adolescentie, Universiteit Utrecht

<sup>5</sup> Bijzonder hoogleraar Horizon-leerstoel Wetenschappelijk Onderbouwde Jeugdzorg en Onderwijs, Erasmus Universiteit Rotterdam

<sup>6</sup> Bestuursadviseur bij Jeugdbescherming west, en promovendus Besluitvorming bij Uithuisplaatsing, Erasmus Universiteit Rotterdam

### SAMENVATTING

*Kinderen van ouders met een licht verstandelijke beperking (LVB) worden vaker uit huis geplaatst en gaan na een uithuisplaatsing minder vaak terug naar huis dan de reguliere populatie. Dit vraagt om een aangepaste aanpak van professionals met aandacht voor de specifieke behoeften van deze gezinnen. Vier thema's — wantrouwen, betrokkenheid, contactherstel en adequate hulp — spelen een rol in uithuisplaatsing en terugplaatsing bij deze gezinnen. In dit artikel reflecteren we samen met ervaringsdeskundige Femke op hoe deze thema's als belemmerend worden ervaren door ouders met een LVB. Femke benadrukt het belang van duidelijke communicatie en het versterken van wat deze ouders wél kunnen. We bespreken het belang van een aanpak die ouders met een LVB beter ondersteunt in hun ouderrol, met specifieke aandacht voor hun mogelijkheden en ruimte voor gevoelens. Langdurige ondersteuning is hierbij essentieel om de betrokkenheid en het vertrouwen van ouders te vergroten en de belemmeringen te verminderen.*

### INLEIDING

Femke's ouders hebben een licht verstandelijke beperking (LVB), maar zij zelf niet. Toen ze 3 jaar oud was, werd ze uit huis geplaatst en ging ze bij haar oom en tante wonen. Na twee jaar bleek dat niet langer haalbaar, en verhuisde ze naar een pleeggezin. Nu, jaren later, zet Femke zich als hulpverlener in voor gezinnen van ouders met een LVB. Ze wil het verschil maken voor kinderen die opgroeien in een situatie die vergelijkbaar is met die van haar jeugd. “*Deze doelgroep spreekt me heel erg aan, omdat deze ouders héél graag voor hun kinderen willen zorgen, maar dat niet zo goed kunnen zonder hulp*”, vertelt Femke.

Expect Jeugd heeft kwalitatief onderzoek gedaan naar de factoren die uithuisplaatsing en thuisplaatsing belemmeren (Baljé et al., 2023). In dit onderzoek is er een kwa-

litatieve dossieranalyse uitgevoerd op 14 dossiers om het besluitvormingsproces rondom de uithuisplaatsing in beeld te brengen, gevolgd door semigestructureerde interviews met vijf ouders (waarvan drie ouders met een LVB) en zes jeugdbeschermers om hun ervaringen rondom de uithuisplaatsing uit te vragen. In dit artikel bespreken we welke belemmerende factoren uit het onderzoek een rol spelen bij gezinnen van ouders met een LVB, gebaseerd op de ervaringen van deze ouders zelf. We reflecteren daarbij op deze factoren vanuit Femke's perspectief als dochter van ouders met een LVB en hulpverlener, waarbij we aanbevelingen doen om deze belemmerende factoren te beperken.

## UITHUISPLAATSING BIJ OUDERS MET EEN LVB

Kinderen van ouders met een LVB worden vaker uit huis geplaatst tijdens een ondertoezichtstelling: 54% tegenover 31% in de reguliere populatie, blijkt uit cijfers van William Schrikker Jeugdbescherming & Jeugdreclassering (WSS JB&JR) en De Jeugd- en Gezinsbeschermers (DJGB), twee gecertificeerde instellingen (GI's) voor jeugdzorg (zie [Kader 1](#)). Femke: *“Dat is bijna 1 op de 2. Ik vind dat best veel. Aan de andere kant zegt dat ook wel iets, deze ouders willen het heel graag, maar het lukt dus niet.”*

De cijfers van de GI's geven laten zien dat ouderproblematiek vaak zwaarder is bij gezinnen waar één of beide ouders een LVB heeft. Dit vraagt om een andere aanpak, waarbij maatwerk en begrip voor de specifieke uitdagingen van deze gezinnen centraal staan. Femke: *“Deze ouders hebben vaak trauma's die ze zelf helemaal niet goed verwerkt hebben. En als je je trauma's zelf niet goed hebt verwerkt, dan heeft dat heel veel effect op jouw kind, en de hechting met je kind. Het is belangrijk dat daar goed naar gekeken wordt.”*

### KADER 1: ONDERTOEZICHTSTELLING EN UITHUISPLAATSING (NEDERLANDS JEUGDINSTITUUT, Z.D.)

De ondertoezichtstelling (OTS) is de meest toegepaste jeugdbeschermingsmaatregel. Een kinderrechter kan deze maatregel opleggen wanneer de veiligheid en ontwikkeling van een kind ernstig in gevaar zijn. De maatregel wordt uitgevoerd door een gecertificeerde instelling (GI) voor jeugdzorg. Een jeugdbeschermer van deze instelling adviseert de ouders over de opvoeding en kan indien nodig jeugdhulp inschakelen. Hoewel ouders het gezag over hun kind behouden tijdens een OTS, zijn ze wel verplicht om de adviezen en aanwijzingen van de jeugdbeschermer op te volgen. De OTS is gericht op het verbeteren van de thuis-situatie. Als dit niet lukt, kan de kinderrechter besluiten tot een uithuisplaatsing.

Wanneer de situatie niet voldoende verbetert tijdens de OTS, kan de rechter een gezagsbeëindigende maatregel (voogdij) uitspreken, waarna ouders het gezag verliezen en het kind vaak in een (netwerk)pleeggezin, gezinshuis of residentiële instelling blijft wonen.

## BELEMMERINGEN

Het kwalitatieve onderzoek laat vier thema's zien die als belemmerend worden ervaren rondom uithuisplaatsing en thuisplaatsing. Deze thema's spelen bij alle gezinnen, óók als ouders geen LVB hebben:

- 1. Wantrouwen:** Ouders ervaren vaak wantrouwen richting hulpverleners, wat samenwerking bemoeilijkt en de bereidheid om mee te werken vermindert. Dit wantrouwen hangt in belangrijke mate samen met een soms niet-open houding en statische mindset van een professional, waarbij een professional niet altijd gelooft in het leer- en ontwikkelingsvermogen van ouders met een LVB.
- 2. Beperkte betrokkenheid:** Ouders voelen zich vaak niet betrokken bij beslissingen, waardoor ze ervaren dat er over hen wordt beslist in plaats van met hen.
- 3. Problemen bij contactherstel:** Het herstellen van contact tussen ouders en kind is lastig door invloed van hulpverlening, wat het proces om weer thuis te gaan wonen bemoeilijkt.
- 4. Tekort aan adequate hulp:** Ouders hebben het gevoel niet tijdig de juiste hulp te ontvangen door lange wachtlijsten en frequente wisselingen van hulpverleners.

De vier thema's zijn niet los van elkaar te zien. Wanneer ouders zich niet betrokken voelen, ontstaat er wantrouwen. De weerstand die daaruit volgt bemoeilijkt de inzet van hulp en het herstellen van contact tussen ouder en kind. Hieronder gaan we dieper in op hoe deze thema's een rol spelen bij gezinnen van ouders met een LVB.

## WANTROUWEN

Wantrouwen tussen ouders en hulpverlener is een belangrijk thema rondom uithuisplaatsing en thuisplaatsing, en dit speelt zeker ook bij ouders met een LVB. Eerdere negatieve ervaringen met jeugdzorg, zoals vanuit hun eigen jeugd of door wat ze in hun omgeving zien, spelen hierin ook een belangrijke rol. Het gevolg is dat er angst ontstaat; veel ouders vrezen dat hun kind hen zal worden afgenomen wanneer ze de hulpverlening toelaten en toegeven hulp nodig te hebben. Dit vormt een serieuze belemmering in de samenwerking met hulpverleners. Een moeder met een LVB vertelt:

*“Wat je vroeger hebt meegemaakt, gaan ze ook bij je kinderen doen. Mijn broertje en ik zijn vroeger ook afgepakt en uit huis geplaatst.”*

Ouders ervaren dat zodra jeugdzorg in beeld komt, de kans groot is dat hun kind uit huis wordt geplaatst, en dat een terugkeer naar huis daarna vrijwel uitgesloten is. Vanwege hun LVB voelen deze ouders zich vaak bij voorbaat kansloos. Een moeder met een LVB vertelt:

*“Ik was 24 weken zwanger van mijn zoontje. Ik had een kennismakingsgesprek met de jeugdbeschermer. Zij had de conclusie: ‘Om eerlijk te zeggen kun je niet voor je zoon zorgen.’ Ik zei: ‘Waarom niet? Want het kind is nog niet eens geboren.’ Ze zegt: ‘Je kan het niet, want je hebt een beperking en je dochter heeft een beperking.’ Ze ging gelijk beoordelen.”*

Femke geeft aan dat er in deze situaties soms nog beter gekeken kan worden naar oplossingen: *“Ik snap wel dat beslissingen soms genomen moeten worden in het belang van het kind. Maar dan is het belangrijk dat de hulpverlener kijkt naar wat er wél mogelijk is. Hoe kunnen we zorgen dat er goed contact is tussen ouder en kind? Want het is gewoon belangrijk dat deze moeder ook een rol speelt in het leven van haar kind. Misschien lukt het wél om een goede bezoekregeling op te starten.”*

Uit het kwalitatieve onderzoek blijkt dat de angst bij ouders met een LVB vaak hand in hand gaat met boosheid, wat zich vervolgens kan uiten in bedreigingen richting de jeugdbeschermer. Deze emotionele reacties zijn intens maar wel begrijpelijk, gezien de kwetsbare positie waarin deze ouders zich bevinden. Femke deelt: *“Bij mijn vader is er veel onmacht geweest, waardoor hij zich totaal tegen jeugdzorg ging keren. Hij dacht: ‘Ik kan toch niks goed doen.’ Hij kon zijn boosheid en verdriet nergens uiten. En dan was jeugdzorg degene waar hij dat tegen uitte, op de verkeerde manieren. Als hij op dat moment was gezien en gehoord, had dat hem veel rust gegeven.”* Ze voegt daaraan toe: *“Het is ook heel moeilijk. Een ouder kan zich niet onbeperkt agressief of bedreigend naar professionals opstellen. Je moet je grenzen stellen als professional, én tegelijkertijd moet je ruimte bieden aan de ouder. Daarin helpt het als je rustig blijft en duidelijk aangeeft wat je van de ouder verwacht.”*

Deze voorbeelden laten zien hoe belangrijk de houding en mindset van de jeugdbeschermer zijn. Door empathisch en professioneel te handelen, een open houding aan te nemen, en te geloven in het leer- en ontwikkelingsvermogen van ouders met een LVB — al dan niet met de juiste ondersteuning — kan de samenwerking verbeteren, wat de situatie voor zowel de ouders als het kind ten goede komt.

### BEPERKTE BETROKKENHEID

Betrokkenheid is voor veel gezinnen een struikelblok; ouders voelen zich vaak niet gehoord of serieus genomen in het besluitvormingsproces. Voor ouders met een LVB speelt dit extra mee, omdat zij meer tijd en duidelijke uitleg nodig hebben om informatie te verwerken. Toch wordt er volgens ouders met een LVB vaak te weinig tijd genomen om uit te leggen wat er gebeurt en waarom bepaalde beslissingen worden genomen. Ouders met een LVB die begeleid wonen geven daarnaast aan dat zij liever hebben dat de communicatie via hun (woon)begeleiding verloopt, omdat deze hen helpt om alles beter te begrijpen. Ondanks dat ze dit duidelijk hebben aangegeven, wordt er toch vaak direct met hen zelf gecommuniceerd door de jeugdbeschermer. Dit alles leidt tot verwarring, onbegrip en wantrouwen, wat de situatie verergerd. Femke reflecteert: *“Vaak lijkt het voor ouders met een LVB dat de hulpverlening tegenover ze staat. Maar het is belangrijk om aan ouders duidelijk te maken dat het kind centraal staat, en we daar allemaal samen omheen staan. Met z’n allen willen we het beste. Daarmee geef je ouders ook het gevoel dat je niet zomaar achter hun rug om beslissingen maakt, maar ze meeneemt in de beslissingen en uitlegt wat het betekent. En daarin is het belangrijk dat je er niet zomaar van uitgaat dat ze het wel snappen. Soms zeggen ouders dat ze het snappen, maar is dat niet zo. Dat merk je dan als je door gaat vragen. Dan begrijpen ze dus eigenlijk niet wat er nou van hun verwacht wordt, en dan doen ze het dus niet.”* Daarbij is het belangrijk om altijd in gedachten te houden dat de ‘doelgroep LVB’ een heel diverse doelgroep is waar iedereen weer andere behoeften heeft: *“Voor deze doelgroep heb je niet één richtlijn hoe je het moet doen.”*

Het creëren van een gevoel van betrokkenheid bij ouders hoeft niet altijd ingewikkeld te zijn. Zelfs binnen de kaders van een jeugdbeschermingsmaatregel is er ruimte om ouders te horen en serieus te nemen. De wens van ouders om betrokken te zijn komt vaak voort uit zorgen

over het welzijn van hun kind. Kleine gebaren kunnen hierin al een groot verschil maken. Het is belangrijk dat ouders voelen dat ze nog steeds een rol spelen in het leven van hun kind. Zo vertelt een moeder in het kwalitatieve onderzoek trots hoe haar zoontje op de schoolfoto de door haar meegegeven kleren draagt. Verder illustreert onderstaand voorbeeld een zorg van een moeder met een LVB die makkelijk weggenomen kan worden:

*“Mijn zoon kreeg cola bij het pleeggezin. Ik zeg: ‘Dat wil ik niet hebben.’ Dat mag ik zeggen toch? Weet je hoeveel suiker daarin zit? Geef hem dan cola zero of light. Daar zit niet zoveel suiker in. In zero zit helemaal niks. Dat drinkt mijn vriend ook.”*

Wanneer ouders niet goed worden meegenomen in het proces, begrijpen ze vaak niet waarom een uithuisplaatsing noodzakelijk is. Dit kan leiden tot wanhoop en frustratie, omdat ouders het gevoel hebben dat zij alles doen wat in hun vermogen ligt om voor hun kind te zorgen. Een moeder met een LVB vertelt daarover:

*“Ze zeggen de hele tijd: ‘Je kan niet voor je kinderen zorgen, stop maar met vechten.’ Néé, ik wil graag mijn kinderen bij me hebben, dat is mijn grootste wens. Ik heb ook nog een kinderwens, dat weten ze. Ze zeggen: ‘Maar dan gaat dat kind ook bij je weggehaald worden.’ Dat is echt niet fijn. Wat heb ik verkeerd gedaan?”*

Femke vertelt: *“Het is belangrijk dat je ouders goed uitlegt wat er gebeurt en ze meeneemt in het proces. Natuurlijk, ouders kunnen niet de beslissingen nemen, dat is aan de jeugdbeschermer. Maar ze kunnen wel gehoord en gezien worden en dat is belangrijk in zo’n situatie. Ik denk dat dat ook voor rust kan zorgen bij ouders.”*

### PROBLEMEN BIJ CONTACTHERSTEL

Het herstellen van contact tussen ouders met een LVB en kind na een uithuisplaatsing is een ingewikkeld proces, waarbij er meerdere belemmerende factoren kunnen zijn.

Een eerste belemmering is dat het voor ouders met een LVB vaak moeilijk te begrijpen is waarom er weinig contact is met hun kind, vooral wanneer hulpverleners het contact beperken. Dit zorgt voor emotionele spanning en kan de band tussen ouders en kind verder onder druk zetten. Femke: *“Soms is het voor het kind wel beter als er weinig of geen bezoek is, maar ik snap ouders ook*

*heel goed in die zin. Ze zeggen: ‘Er zitten altijd mensen bovenop. Ik kan nooit alleen zijn. Ik wil heel graag leuke dingen doen, maar ik kan dat niet laten zien.’ Maar het is niet zonder reden, dat dat niet kan. En ik denk dat dat heel goed uitgelegd moet worden aan de ouders.”*

Een tweede belemmering voor contactherstel is de ouderrol van pleegouders. Ouders met een LVB geven aan dat ze het moeilijk vinden om te zien dat pleegouders een ouderrol op zich nemen. Het zien dat hun kind genegenheid opbouwt met een andere persoon roept vaak gevoelens van verwarring en verdriet op. Deze ouders worstelen met het gevoel dat ze hun plek als ouder verliezen, vooral omdat de contactmomenten met hun kinderen schaars zijn. Een moeder met een LVB vertelt hierover geëmotioneerd:

*“Mijn dochtertje noemt de pleegmoeder mama. Dat doet me in mijn hart pijn. Mijn eigen kind die ‘mama’ zegt tegen iemand die haar niet heeft gecreëerd. En mijn zoontje vergeet mij nu langzaam.”*

Femke vult aan dat dit voor het kind zelf ook ingewikkeld is: *“Ik zei dan papa, en dan reageerden er opeens twee papa’s. Dan dacht ik: ‘Ik bedoel jou niet, ik bedoel die papa.’ Je hebt een loyaliteit naar je biologische vader, maar ook loyaliteit naar je pleegvader. Dat is ook voor het kind best wel ingewikkeld. Als je wat ouder wordt, dan ga je dat echt wel voelen. Dan denk je ‘Ik moet uitkijken met wat ik zeg, want dat vindt die papa niet leuk.”*

Zouden die bezoeken dan zonder pleegouders kunnen? Femke ziet wel mogelijkheden: *“Aan de ene kant denk ik dat de aanwezigheid van een pleegouder voor die veiligheid zorgt voor het kind, want er is een veilige haven, iemand die het kind goed kent en band mee heeft opgebouwd. Aan de andere kant komt een kind ook in een loyaliteitsconflict. Je voelt dat gewoon als kind zijnde. Dus ik denk dat het voor ouders ook goed is om gewoon contactmomenten te hebben zónder pleegouders, en dat het bezoek begeleid wordt door een neutraal persoon.”*

Een derde belemmering voor het contactherstel is dat de bezoeksregeling ontoereikend of onduidelijk is. Ouders geven onder andere aan dat zij hun kinderen vaker willen zien. De afspraken over de bezoeksregeling zijn voor ouders met een LVB vaak verwarrend en stressvol, vooral wanneer deze afspraken niet worden nagekomen, wat, zo blijkt uit ons kwalitatieve onderzoek, gebeurt:



*“Op een gegeven moment kreeg ik een brief van de rechter: om de twee weken zou ik mijn kind krijgen. Nu is hij al een maand niet geweest. Dan weer een maand wel, dan weer een maand niet. Er klopt iets niet. Ze doen alleen maar wat ze willen.”*

Jeugdbeschermers merken daarentegen op dat bezoeken niet altijd doorgaan omdat ouders niet komen opdagen. Hoewel dit ook gebeurt, is het bij ouders met een LVB belangrijk om te onderzoeken of er onderliggende redenen zijn voor dit gedrag. Begrijpt de ouder wel echt wat er van hen wordt verwacht? En hebben ze de praktische mogelijkheden om zich aan de afspraken te houden, zoals het betalen van OV-kosten om naar de bezoekslocatie te komen? Femke benadrukt het belang van ondersteuning voor ouders in de bezoeken: *“Voor een goed bezoek met het kind is het belangrijk dat een ouder ook goede ondersteuning krijgt. Dus als een ouder het nodig heeft om in de ochtend een appje te krijgen met ‘gaat het allemaal lukken?’ – dan doe ik dat. Uiteindelijk is dat in het belang van het kind.”*

Een laatste, maar minstens zo belangrijke belemmering in het contactherstel is dat kinderen zonder beperking hun ouders met een LVB op een gegeven moment in ontwikkeling voorbijgaan. Kinderen van ouders met een LVB voelen zich vaak niet gehoord en begrepen door hun ouder, en naarmate ze ouder worden, wordt dit steeds moeilijker. Femke kan hier zelf goed over meepraten: *“Als jij als kind geen LVB hebt en je ouders wel, is dat lastig. Je groeit door, maar je ouders groeien niet met je mee. Op een gegeven moment ga je je ouders voorbij in denkvermogen, en dan verwacht je dingen van hen die ze niet kunnen waarmaken. Ik vind dat hulpverlening kinderen daarin beter moet ondersteunen, omdat je telkens weer teleurgesteld wordt door verwachtingen die je eigenlijk niet kunt hebben van je ouders.”*

Volgens Femke is het belangrijk dat hulpverleners dit onderwerp met het kind bespreken. Dit begint bij het uitleggen wat een LVB precies inhoudt – iets wat Femke zelf heeft moeten uitzoeken. Ze legt verder uit dat wanneer je als kind van ouders met een LVB te hoge verwachtingen hebt, je tijdens de bezoeken juist wordt teleurgesteld. Goede begeleiding in het bijstellen van deze verwachtingen kan de situatie juist verbeteren, zodat je als kind weer blij kunt zijn met het contact met je ouders. *“Het hielp mij heel erg dat ik wist: ze willen het héél graag, maar ze kunnen het niet.”*

Femke denkt dat er naast betere ondersteuning vanuit hulpverleners ook veel te winnen is met de inzet van ervaringsdeskundigen: *“Soms voelt het echt alsof je de enige bent. Ik had het heel fijn gevonden als ik met iemand contact kon krijgen die, net als ik, ouders had die beperkt waren. Als je dan een ervaringsdeskundige kunt inzetten aan wie je vragen kunt stellen of even mee kunt appen, zou dat heel erg helpen. Dan denk je: ‘oh, ik ben niet alleen.’”*

### TEKORT AAN ADEQUATE HULPVERLENING

Een tekort aan adequate hulpverlening en wachtlijsten zijn bekende fenomenen in de jeugdzorg. Voor ouders met een LVB is naast adequate hulpverlening langdurige ondersteuning essentieel. Het kwalitatieve onderzoek laat zien dat geboden hulp na verbetering van de gezinssituatie weer wordt stopgezet. Bij ouders met een LVB leidt dit juist vaak tot een nieuwe escalatie van problemen. Daarnaast is het belangrijk dat hulpverleners oog hebben voor wat wél goed gaat bij deze ouders. Methoden zoals HouVast ([www.houvast.nu](http://www.houvast.nu)), die zich richten op het versterken van ouderschap van mensen met een LVB en langdurige ondersteuning bieden, zijn hierbij van groot belang. Femke vertelt: *“HouVast vind ik een hele mooie methode. Daar wordt gekeken naar goed genoeg ouderschap en wat ouders wél kunnen, en de hulpverlener blijft ook langer betrokken bij het gezin. Er was bijvoorbeeld een situatie waar de school een gezond beleid had, dus het kind moest brood met gezond beleg mee. Maar het lukte de ouders niet om te bedenken wat gezond dan precies inhoudt. Toen heeft de HouVast-werker gekeken: Wat lukt deze ouder wél? Het lukte wél om 2 droge broodjes mee te geven. Dat ging goed. Toen is er met school overlegd dat de juf dan gezond beleg meeneemt. En zo is het goed genoeg.”*

Dit voorbeeld laat zien dat het informele netwerk, in dit geval de juf, ook een belangrijke rol speelt in de vaak praktische ondersteuning van deze gezinnen. Het versterken van het informele netwerk en het bieden van praktische ondersteuning kunnen ouders met een LVB helpen. Een moeder met een LVB geeft een voorbeeld:

*“Mijn schoonmoeder helpt me. Als ik iets niet kan koken wat zij altijd kookt, dan zegt ze: ‘Nee, zo moet je het doen.’ Ik zeg ‘Oké, mam, wilt u het opschrijven?’ en dan schrijft ze het voor mij op.”*

Daarbij is het belangrijk dat de LVB herkend wordt, wat helaas niet altijd gebeurt. Veel ouders met een LVB hebben geen diagnostisch traject doorlopen of identificeren zich niet met het label 'LVB' door het heersende stigma (zie ook Van Diggelen, 2022). Om deze ouders effectief te ondersteunen, is het belangrijk dat het informele netwerk en hulpverleners in de eerstelijnszorg en jeugdzorg, zoals het consultatiebureau, de school of de huisarts, beter in staat zijn de LVB te herkennen. Er is genoeg kennis materiaal beschikbaar, maar hulpverleners weten deze nog niet voldoende te vinden. Het is belangrijk dat hulpverleners meer kennis krijgen over wat het betekent om een LVB te hebben, en hoe ouders met een LVB goed ondersteund kunnen worden.

### TERUG NAAR HUIS, OF ZO THUIS MOGELIJK?

De cijfers van de GI's tonen aan dat na een ondertoezichtstelling met uithuisplaatsing 26% van de kinderen van

ouders met een LVB terugkeert naar huis, vergeleken met 49% bij ouders zonder een LVB. De angst die deze ouders voelen rondom uithuisplaatsing en thuisplaatsing zijn dus niet ongegrond. Femke: *“Soms is het beter als je wel bij je ouders blijft wonen. Het is überhaupt een trauma als je weg moet bij je ouders, dat doet veel met je als kind, en dat blijft veel doen. Terwijl als je ‘met een zesje’ daar kan opgroeien, je hebt het goed, er wordt voldaan aan je basisbehoeften, en daarin worden ouders met een LVB ondersteund, dan denk ik dat het goed is als een kind thuis blijft wonen.”*

Soms zijn de problemen echter te groot, en is een terugkeer naar huis simpelweg niet mogelijk. Als het toch niet lukt, hoeft dit niet als een slechte uitkomst gezien te worden, vertelt Femke: *“In het begin is het echt kut dat je niet bij je ouders kan opgroeien. Maar naarmate je wat ouder wordt, snap je wel dat je niet bij je ouders kon opgroeien. Ik heb nu kansen gehad die ik anders niet had*

#### KADER 2: UITHUISPLAATSING ALS TRAUMA

Femke legt uit dat hulpverleners zich niet altijd realiseren dat een uithuisplaatsing op zichzelf een erg traumatische ervaring is die je de rest van je leven bij je draagt. Ook als die uithuisplaatsing ervoor zorgt dat je veiliger opgroeit. Het is daarom belangrijk om niet alleen te kijken naar wat een uithuisplaatsing oplevert, maar óók wat het kost. De ouders die aan het onderzoek hebben meegedaan hebben de uithuisplaatsing als traumatisch ervaren, wat de samenwerking met de hulpverlener niet ten goede komt. Een moeder met een LVB vertelt geëmotioneerd:

*“Ik wil hem gewoon weer bij me hebben. Ik wil me weer rustig voelen. Hier voel ik me niet rustig mee. Ik heb elke dag weer die nachtmerries. Dat ik droom dat mijn zoon binnen komt wandelen. Dat hij tegen mij zegt: ‘ik ben hier, mama. Ik wil niet meer terug.’”*

Een andere moeder met een LVB zegt:

*“Ik kan hier niet slapen. Ik heb heel veel stress. Ik huil bijna elke dag om mijn zontje. Waarom heb ik mijn kinderen niet bij me? Mijn vriendinnen hebben allemaal kinderen en ik heb geen kinderen.”*

De cijfers van de GI's laten zien dat 40% van de uithuisplaatsingen binnen de LVB-doelgroep starten met een crisis. Dit versterkt het trauma rondom uithuisplaatsing. Een moeder met een LVB vertelt hoe ze zich voelde toen haar zontje voor de tweede keer met crisis uit huis werd geplaatst:

*“Ik dacht die dag dat hij mee werd genomen: ‘Ik pak een mes. Ik wil niet meer.’ Mijn vriend, mijn schoonouders en mijn ouders hebben het uit mijn handen genomen. Mijn nieuwe begeleider ook. Die zegt: ‘Doe het nou niet.’ Ik zeg: ‘Wat moet ik dan, de tweede keer dat mijn kind uit huis geplaatst wordt?’”*

Een andere moeder met een LVB vertelt over de gevolgen van de spoeduisplaatsing, waar politie bij betrokken was:

*“Ik was flauwgevallen en de ambulance heeft me naar het ziekenhuis gebracht. Dat was een hele zware periode voor mij. Toen het [de uithuisplaatsing] gebeurde was het net alsof mijn kind overleden was. Zo was mijn gevoel.”*

Femke vertelt vanuit haar eigen ervaring: *“Dat je uit huis wordt geplaatst, is écht een trauma. Ik heb op latere leeftijd therapie gehad, maar ik denk dat het fijn is voor kinderen als je na een uithuisplaatsing gelijk hulp of therapie krijgt. Anders ga je het wegdrücken. Dat heb ik ook jarenlang gedaan. Toen ik naar mijn pleeggezin ging, had ik het gevoel dat ik goed genoeg moest zijn, zodat ik daar wél mocht blijven. ‘Ik doe maar lachen, ik doe maar lief, dan mag ik hier misschien wel blijven’, dacht ik. Alle verdrietige en boze gevoelens stop je dan weg. Op een gegeven moment voel je van alles in je lichaam zitten, maar je weet helemaal niet meer wat, omdat je het zo lang hebt weggestopt. Dat voelt heel benauwend. Terwijl als je na een uithuisplaatsing gelijk hulp krijgt, dan kan je het veel beter verwerken.”*

*gehad. Ik heb een goede opleiding kunnen volgen, goede normen en waarden meegekregen, ik ben gezond opgegroeid, ik heb een veilige haven gehad, ik kon altijd terugvallen op mijn pleegouders. Terwijl als ik bij mijn eigen ouders had gewoond, dan had ik nooit de zekerheid gehad dat ik op hen terug kon vallen.”*

Toch ziet Femke kansen in het zo thuis mogelijk laten opgroeien van kinderen van ouders met een LVB, bijvoorbeeld binnen het directe netwerk van de familie. Zelf werd ze op 3-jarige leeftijd in eerste instantie bij haar oom en tante geplaatst. Helaas escaleerde de situatie door de invloed van haar vader, waardoor ze na twee jaar werd doorgeplaatst naar een pleeggezin buiten het netwerk. Volgens Femke valt hier veel winst te behalen door betere begeleiding van ouders met een LVB: *“Ik ben eerst in een netwerkpleeggezin geplaatst, bij de zus van mijn moeder en haar man. Mijn vader vond het ontzettend moeilijk dat ik bij dat gezin ging wonen, dat opeens mijn oom de ‘vaderrol’ speelde. Hij ging mij tegen mijn oom opzetten, en toen ging het helemaal mis. Dat is ook uiteindelijk waarom ik daar niet meer kon blijven wonen. Als mijn vader daar meer begeleiding in had gekregen, dan had ik daar misschien helemaal niet weggehoeven. Want mijn oom en tante waren eigenlijk de beste plek voor mij toen. Uiteindelijk is het goedgekomen, en ben ik in een goed gezin gekomen. Maar ik denk wel dat je daar wat in had kunnen winnen. Dan had ik niet overgeplaatst hoeven te worden, wat nóg een trauma voor mij is geweest.”* (zie [Kader 2](#)).

## CONCLUSIE

In dit artikel zijn de belemmerende thema's rondom uithuisplaatsing en terugplaatsing bij ouders met een LVB beschreven. Hoewel de ondersteuning ook goed verloopt en ouders de juiste begeleiding krijgen, blijkt uit de verhalen van ouders met een LVB dat er nog te vaak knelpunten zijn die aandacht verdienen. Daarom is het belangrijk dat er meer bewustwording komt voor de specifieke uitdagingen die deze ouders ervaren.

De uitdagingen rondom wantrouwen, betrokkenheid, contactherstel en adequate hulp hangen nauw met elkaar samen. Het is belangrijk om ouders met een LVB actief te betrekken bij het verloop van de jeugdbeschermingsmaatregel en de uithuisplaatsing. Hierdoor kan er ook meer vertrouwen komen vanuit ouders. Daarnaast is het bij ouders met een LVB belangrijk dat zij langdurige hulp krijgen, en dat er aandacht is voor de band tussen

ouder en kind, ook wanneer het kind uit huis geplaatst blijft. Hulpverleners kunnen verder aan de vertrouwensband met ouders werken door de nadruk te leggen op wat ouders wél kunnen, ervoor te zorgen dat uitleg helder en begrijpelijk is, en door ruimte te bieden voor de gevoelens van deze ouders. Femke benadrukt: *“Ik zie nog te vaak dat professionals te moeilijke woorden gebruiken of zaken te ingewikkeld uitleggen aan ouders met een LVB. Hierdoor begrijpen ze eigenlijk niet wat er van hen wordt verwacht, wat de situatie alleen maar verwarrender maakt. Mijn vader reageerde dan vaak uit onmacht. Hij werd boos en opstandig, terwijl hij eigenlijk gewoon gehoord en gezien wilde worden. Het is juist bij deze ouders heel belangrijk dat je ze goed meeneemt in het proces, ondanks hun beperking.”*

Wel ziet Femke dat de hulpverlening tegenwoordig al een stuk beter toegerust is: *“Bij mijn vader werd vroeger vooral de negatieve kant belicht, waardoor hij dacht: ‘Ik doe toch alles fout.’ Dat maakte hem boos en gefrustreerd, waardoor hij zich tegen de hulpverlening keerde. Gelukkig zie ik nu in mijn werk dat er meer wordt gekeken naar wat wél goed gaat en hoe we dat kunnen versterken. Ouders krijgen dan het gevoel: ‘Ik doe wél iets goed, ik kán wél iets’, en dat geeft hen vertrouwen. Als je dat met een ouder kunt bespreken, kun je daarna ook de zorgen met hen delen. Dan zien ouders dat een jeugdbeschermer echt probeert te helpen.”*

Heb je naar aanleiding van dit artikel vragen? Mail ons op [onderzoek@pvj.nl](mailto:onderzoek@pvj.nl).

## LITERATUUR

- Balje, V. M., van Nieuwenhuijzen, M., Branje, S., Gabriëls, A., & Harder, A. (2023). *Uithuisplaatsing en terugplaatsing: Succes- en belemmerende factoren. Eindrapportage Stichting Pro Juventute Amsterdam*. <https://www.projuventute-amsterdam.nl/fileupload/231214SPJAeindrapportagedef.pdf>
- Nederlands Jeugdinstituut. (z.d.). *Maatregelen jeugdbescherming*. <https://www.nji.nl/jeugdbescherming/maatregelen>
- van Diggelen, B. (2022). Column Words Matter: Het gebruik van het label licht verstandelijke beperking in de hulpverlening. *LVB Onderzoek & Praktijk*, 20(1), 44-45. <https://www.kenniscentrumlvb.nl/product/tijdschrift-lvb-onderzoek-praktijk-voorjaarsnummer-2022-jaargang-20-nr-1/>

## COLUMN

### Op de barricades voor evidence-based werken

*De schrijver van de column kan een gedragswetenschapper, een groepsleider, een wetenschappelijk onderzoeker, een beleidsmaker en/of een ouder zijn. Wat zij gemeen hebben, zijn hun ervaringen met mensen met een licht verstandelijke beperking. In deze LVB Onderzoek & Praktijk geven wij het woord aan Anika Bexkens. Zij is hoogleraar Evidence Based Clinical Practice for Child and Adolescent Mental Health aan de Universiteit Leiden, hoofdopleider GZ opleiding in Leiden en klinisch psycholoog in GGZ Delfland. Haar werkweek zal dus ongetwijfeld vol zijn, maar desondanks is Anika ook lid van de redactie van LVB Onderzoek & Praktijk.*

#### ‘We kunnen niet evidence-based werken in de LVB-zorg want er zijn onvoldoende onderzochte interventies voor LVB’

Beste collega's, wij, professionals die dagelijks beslissing nemen over de beste aanpak voor onze cliënten moeten de barricades op! Deze column is een oproep om de term evidence-based werken te hereigenen zodat uitspraken zoals hierboven tot het verleden zullen behoren.

Over de jaren heen is de definitie van evidence-based werken zoals deze wordt gebruikt in de praktijk, beleidsstukken en wetenschappelijke publicaties steeds nauwer geworden. Evidence-based werken is steeds meer synoniem komen te staan voor ‘gebruik van wetenschappelijk aangetoonde effectieve protocollaire behandelingen’. Dit staat ver af van de oorspronkelijke definitie, die luidt namelijk:

*“The conscientious, explicit and judicious use of current evidence in making decisions about the care of individual patients” (Sackett et al., 1996).*

En werd enkele jaren later aangevuld om tot de definitie te komen die nog steeds actueel is en bijvoorbeeld ook door de American Psychological Association wordt gebruikt:

*“Evidence-based practice requires the integration of the best research evidence with our clinical expertise and our patient's unique values and circumstances” (Sackett et al., 2000).*

Evidence-based practice is dus een klinisch besluitvormingsmodel waarin de wetenschappelijke evidentie die voorhanden is wordt geïntegreerd met klinische expertise en cliëntperspectieven, om vervolgens tot de beste beslissing te komen over de behandeling van één specifieke cliënt of gezin. Dat betekent dat het model juist ruimte laat voor alle belangrijke praktijkkennis die is opgedaan in het LVB-veld en die ook veelal is samengevat in handboeken over het werken met LVB.

Het vertrekpunt in evidence-based werken is de ‘beste wetenschappelijke evidentie’: wat weten we uit wetenschappelijk onderzoek over de specifieke hulpvraag van de cliënt? En als we de artikelen die daarover gaan lezen, kunnen we dan met onze klinische expertise een inschatting maken in welke mate de gevonden resultaten ook van toepassing zijn op de specifieke persoon die voor ons zit?

Klinische expertise is ook om een andere reden onmisbaar: er zijn grenzen aan de wetenschappelijke literatuur. De wereld is simpelweg te complex om alle kleine verbanden te onderzoeken. Bovendien zijn er ook onderwerpen, zoals bijvoorbeeld de gehandicaptenzorg, waar veel minder onderzoek naar wordt gedaan. Het is goed om je te realiseren dat de onderwerpen waarnaar onderzoek wordt gedaan voor een groot deel bepaald worden door interesses van individuele onderzoekers en maatschappelijke hot topics waarvoor, onder andere, de overheid onderzoeksgeld vrijmaakt. Dat betekent dat er veel onderwerpen zijn waar geen onderzoek naar wordt gedaan en waarover daardoor geen (recente) wetenschappelijke evidentie aanwezig is.

Daarnaast is wetenschappelijke evidentie veelal gebaseerd op onderzoek in groepen, waarbij wordt getoetst of de ene groep gemiddeld genomen verschilt van de andere groep of dat een groep cliënten gemiddeld genomen vooruitgaat door een bepaalde interventie. De kennis die hieruit voorkomt is zeer geschikt om algemene kijkrichtingen te bepalen voor inzet van diagnostiek of interventies. We weten door wetenschappelijk onderzoek dat de kans groot is dat aanpak A zal aanslaan bij probleem B, bijvoorbeeld exposuretherapie bij angst. Of welke verklaringen voor het ontstaan of voortduren van een probleem overwogen moeten worden. Dit houdt echter geen rekening met hoe verschillend mensen met dezelfde hulpvraag kunnen zijn. Zeker in de LVB-groep, waar zoveel heterogeniteit is in sterke en minder sterke vaardigheden en ontwikkelingsniveaus. Dat betekent dat er een inschatting gemaakt moet worden van hoe goed deze wetenschappelijke kennis zal aansluiten bij de specifieke cliënt. Met andere woorden, de (regie)behandelaar integreert praktijkkennis en cliëntperspectief met de wetenschappelijke kennis en komt zo tot een beslissing over de in te zetten interventie.

De American Association for Psychologists (2006) schrijft dan ook: *'Evidence-based practice in psychotherapy is a means to enhance the delivery of services to patients within an atmosphere of mutual respect, open communication, and collaboration among all stakeholders, including practitioners, researchers, patients, health care managers, and policymakers.'*

Zullen we met zijn allen deze bredere definitie van evidence-based practice weer invoeren zodat wetenschappers, klinici en cliënten met elkaar in verbinding blijven en op die manier zowel de zorg als de wetenschap beter wordt? Op die manier ontstaat ruimte om wetenschap verstandig toe te passen samen met onze klinische expertise om tot maatwerk te komen, precies zoals het model ook bedoeld is.

## LITERATUUR

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *The American Psychologist*, 61(4), 271-285.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2000). *Evidence based medicine: How to practice and teach EBM* (2nd ed.). London: Churchill Livingstone.

# Samen aan de slag: onderzoek naar psychomotorische gezinstherapie bij gezinnen met een kind met LVB

Inge Zomervrucht<sup>1</sup>

Imke de Witt<sup>2</sup>

Marjanne van der Hoek<sup>3</sup>

Johanna Hovenkamp-Hermelink<sup>3</sup>

Alain Dekker<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Psychomotorisch therapeut-onderzoeker bij de afdeling Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek (PWO) van Alliade – i.zomervrucht@alliade.nl

<sup>2</sup> Orthopedagoog-generalist bij de poli van Alliade

<sup>3</sup> Senior onderzoeker bij de afdeling PWO van Alliade

<sup>4</sup> Hoofd van de afdeling PWO van Alliade en docent-onderzoeker bij Rijksuniversiteit Groningen

## SAMENVATTING

*De ontwikkeling van een kind met lichte verstandelijke beperkingen (LVB) leidt tot verschillende uitdagingen voor zijn of haar opvoeders. Wanneer er psychische en gedragsproblemen bij een kind zijn, dan hebben deze op verschillende vlakken invloed op het gezin. Op basis van praktijkervaringen en kennis over lichaams- en ervaringsgericht werken wordt in de jeugd- en gehandicaptenzorg al vele jaren psychomotorische therapie en systeemtherapie gecombineerd ingezet als psychomotorische gezinstherapie (PMGT). Desondanks ontbreekt tot nu onderzoek naar de werkzaamheid van PMGT bij deze doelgroep.*

*Door middel van systematisch literatuuronderzoek en praktijkonderzoek is onderzocht wat de invloed van het PMGT-traject op de interactie binnen het gezin met minimaal één kind met LVB is en wat de ervaringen van het gezin en de betrokken behandelaren zijn. Het praktijkonderzoek omvat kwantitatief en kwalitatief onderzoek met herhaalde metingen.*

*Uit dit allereerste pilotonderzoek naar PMGT komen aanwijzingen naar voren dat PMGT een waardevolle behandeling kan zijn voor gezinnen waarin sprake is van disfunctionele interactiepatronen. De therapie lijkt een positief effect te hebben op de interactie tussen ouder(s) en kind en zorgt ervoor dat het gezin meer rust ervaart. Het ervaringsgericht werken en samen als gezin plezier hebben, bleken de belangrijkste werkzame factoren.*

## INLEIDING

De ontwikkeling van een kind met lichte verstandelijke beperkingen (LVB) leidt tot verschillende uitdagingen voor zijn of haar opvoeders (Crnic et al., 2017). Naast het lagere intellectuele functioneren van het kind met LVB (IQ 50 tot 70-75) zijn er ook beperkingen in adaptieve vaardigheden. Zo zijn meestal de sociale en taal- en communicatievaardigheden minder ontwikkeld. Ook is de sociaal-emotionele ontwikkelingsleeftijd lager dan verwacht zou worden op basis van het intellectueel functioneren en de kalenderleeftijd. Verder is bij jeugdigen met LVB aangetoond dat zij een drie tot vier keer grotere kans hebben op emotionele problemen, gedragsproblemen en/of psychiatrische stoornissen (Dekker & Koot, 2003). Dit alles heeft in meer of mindere mate invloed op het welzijn van het kind, maar ook op dat van het gezin.

Bij opgroeien en opvoeden is er altijd een wisselwerking tussen ouder(s), kind en omgeving (De Beer, 2011). Als er psychische en gedragsproblemen bij een kind zijn, dan hebben deze op verschillende vlakken invloed op het gezin. Tussen de problemen van het kind en de ouder- en gezinsfactoren, zoals gezinsklimaat en opvoedstijl, blijkt zelfs een wederkerige relatie te bestaan: de gedragsproblemen leiden tot meer disfunctionele interactiepatronen tussen de gezinsleden, maar de disfunctionele interactiepatronen verergeren ook de gedragsproblemen van het kind (Carr, 2006; Savenije et al., 2014). Hierbij valt te denken aan dwingende interacties tussen ouder(s) en kind, veel aandacht voor ongewenst gedrag, inconsequent en te toegeeflijk handelen, hard straffen, overwegend negatieve communicatie tussen ouder(s) en kind en

weinig affectie tussen de gezinsleden (De Lange et al., 2020). Bij gedragsproblemen van het kind is er sprake van een complexe interactie tussen het kind en zijn sociale omgeving; ze zijn niet goed op elkaar afgestemd (Carr, 2006; Visser et al., 2021).

Om deze disfunctionele interactiepatronen te verbeteren worden in de praktijk diverse therapieën ingezet, zoals psychomotorische therapie (PMT) en systeemtherapie (zie tekstvak). Het ervaringsgericht werken van PMT sluit goed aan bij de manier van leren van mensen met LVB. Door hun intellectuele beperkingen hebben zij moeite met abstract leren. Leren door informatie uit geschreven taal, gesproken taal en beeld vinden zij hierdoor moeilijker. Mensen met LVB hebben dan ook vaak een voorkeur voor leren door concreet te ervaren, 'leren door doen' (De Beer, 2011; Došen et al., 2008). Daarnaast is het van belang aandacht te hebben voor de context rondom de cliënt (Carr, 2019): de focus moet niet alleen gericht zijn op de individuele problemen van het kind, maar ook op de omgevingsfactoren en de interactie tussen het kind en zijn omgeving. Dit staat in systeemtherapie centraal.

#### WAT IS PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE (PMT)?

PMT is een ervaringsgerichte therapie waarbij ervaringen het uitgangspunt zijn om lichaamssignalen, gevoelens en gedragspatronen te herkennen, verwoorden en begrijpen. Door gebruik te maken van bewegings- en/of lichaamsgeoriënteerde interventies komt de cliënt letterlijk in beweging of staat hij/zij juist stil bij zijn/haar ervaringen.

#### WAT IS SYSTEEMTHERAPIE?

Systeemtherapie is een vorm van psychotherapie, die ook relatie- of gezinstherapie wordt genoemd. Het belangrijkste kenmerk is dat belangrijke naasten, zoals de partner, kinderen, broer, zus, ouders, burens, vrienden of collega's, bij de therapie worden betrokken. Tijdens de therapie is er veel aandacht voor de onderlinge interactiepatronen en de verbetering hiervan.

#### WAT IS PSYCHOMOTORISCHE GEZINSTHERAPIE (PMGT)?

PMGT is een ervaringsgerichte therapie voor gezinnen, waarbij de bewegings- en/of lichaamsgeoriënteerde interventies vanuit PMT met systeemtherapie worden gecombineerd. Doordat gezinsleden in een zaal letterlijk en figuurlijk met elkaar in beweging komen, worden interactiepatronen voelbaar en zichtbaar. Disfunctionele patronen worden op deze manier het aangrijpingspunt voor verandering.

Psychomotorische gezinstherapie (PMGT) combineert het lichaams- en ervaringsgerichte van PMT en de focus op de context van systeemtherapie. Naar PMGT is nog weinig onderzoek gedaan: slechts een beperkt aantal artikelen beschrijven casussen en mogelijke werkingsmechanismen (o.a. Krot & Maurer, 1995; Mercera et al., 2023; Visser et al., 2010, 2013). Daarnaast hebben Verschuur & Kramer (2018) een eerste effectonderzoek naar PMGT uitgevoerd binnen de reguliere jeugd-GGZ. Wat het effect is van de inzet van PMGT bij mensen met LVB is echter nog onduidelijk. In het eerste deel van deze studie werd dan ook systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd naar de inzet van bewegings- en/of lichaamsgerichte systemische interventies, waarin onderzoeken naar de behandeling van zowel gezinnen met een kind met (L)VB als gezinnen met een kind zonder (L)VB zijn meegenomen.

Hoewel er de afgelopen jaren bij verschillende Nederlandse zorginstellingen praktijkervaring is opgedaan met PMGT bij gezinnen met minimaal één kind met LVB, ontbreekt onderzoek naar de werkzaamheid. Uit onderzoek van Carr (2006) blijkt dat de onderlinge acceptatie en conflicthantering belangrijke thema's zijn in de ouder-kindinteractie. Op basis van praktijkervaringen van behandelaren lijkt PMGT een verbetering te geven in zowel de interactie als de onderlinge acceptatie in het gezin en in de conflicthantering van ouders. Hoewel de eerste indrukken van gezinnen, behandelaren en verwijzers van de inzet van PMGT positief zijn, ontbreekt onderzoek naar de werkzaamheid ervan bij gezinnen met een kind met LVB. Het is bijvoorbeeld de vraag of de verbetering van de conflicthantering daadwerkelijk zorgt voor afname van het probleemgedrag van het kind. Daarom werd in het tweede deel van deze studie een eerste praktijkonderzoek uitgevoerd waarin werd geëvalueerd welk effect het PMGT-traject had op de gedragsproblemen van het kind en de interactie binnen het gezin. Ook werden ervaringen van het gezin en de betrokken behandelaren opgehaald.

#### METHODE

De studie bestond uit twee delen:

- 1) Een literatuuronderzoek naar het effect van PMGT bij mensen met (L)VB. Er is gekozen om te zoeken naar zowel LVB als VB (alle niveaus), omdat artikelen over PMGT bij mensen met VB ook mensen met LVB kunnen omvatten.
- 2) Een praktijkonderzoek bij gezinnen met een kind met LVB.

### Systematisch literatuuronderzoek naar PMGT bij gezinnen met minimaal één kind met (L)VB

Voor het opstellen van de onderzoeksvraag en de zoekcriteria hanteerden we de PICO-criteria. De uitwerking baseerden we op de PRISMA-criteria. Middels trefwoorden gerelateerd aan (L)VB, systemische behandeling, psychomotorische therapie en non-verbale therapie werd gezocht in (inter)nationale literatuur (Bijlage 1). Hierbij is het goed om te nuanceren dat, zeker in de Engelstalige literatuur, bewegings- en lichaamsgerichte interventies die psychomotorisch therapeuten gebruiken, slechts deels worden aangeduid als psychomotorische interventie. Vaak worden ze genoemd naar de aard (*body oriented*) of het doel (*exercise*) van de interventie. Daarom werd ook dit brede scala aan interventies als zoekterm gebruikt. Op 14 december 2022 werd de zoekstrategie uitgevoerd in de elektronische databases PubMed, Scopus en PsycInfo. Voor de Nederlandstalige literatuur werd gezocht in het *Tijdschrift Systeemtherapie*, *Tijdschrift voor Vaktherapie*, *Tijdschrift voor Psychotherapie*, *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, *LVB Onderzoek & Praktijk*, *Bewegen & Hulpverlening*, *'t Web* en *Kind & Adolescent Praktijk*.

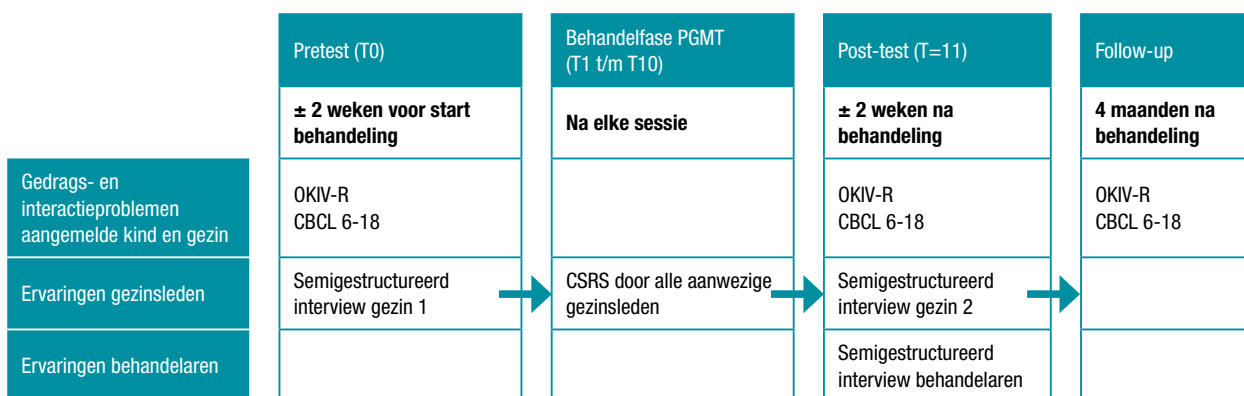
Relevante artikelen werden geselecteerd aan de hand van de in- en exclusiecriteria. Inclusiecriteria: 1) de onderzochte groep betrof een gezin bestaande uit minimaal één ouder en één kind; 2) bij het kind was sprake van psychische of gedragsproblemen en/of binnen het gezin was sprake van problemen in de interactie; 3) de hoofdbehandeling betrof een interventie waarin bewegings- en/of lichaamsgericht werd gewerkt en die gericht was op het verminderen van de gedragsproblematiek van het kind en/of het verbeteren van de interacties in het gezin; 4) de beschreven interventie betrof een therapeutische

interventie; 5) de gezinsleden deden gezamenlijk mee aan de interventie; en 6) het artikel was in de Nederlandse of Engelse taal geschreven. Exclusiecriteria: 1) de beschreven interventie betrof een training; 2) ouder(s) en kind volgden de hoofdbehandeling niet samen; 3) de beschreven interventie was niet gericht op het verminderen van gedrags- en/of interactieproblemen.

Twee onderzoekers (IZ en MvdH) screenen onafhankelijk van elkaar de gevonden artikelen op basis van de titel en samenvatting. Als de titel en samenvatting aan de gestelde criteria voldeden, lazen ze de volledige tekst. Wanneer de volledige tekst niet beschikbaar was, werd het artikel uitgesloten. De verschillen in selectie tussen de onderzoekers werden bediscussieerd tot consensus werd verkregen.

### Praktijkonderzoek naar PMGT bij gezinnen met minimaal één kind met LVB

In het praktijkonderzoek werden gezinnen geïncludeerd waarbij bij minimaal één kind sprake was van LVB, dat wil zeggen met een IQ tussen de 50 en 70-75, met daarnaast beperkingen in het adaptief functioneren en eventueel bijkomende problematiek. Ook kinderen met zwakbegaafdheid (IQ 70-85) die een dermate beperkt adaptief functioneren hadden waardoor ze op LVB-niveau functioneerden, kwamen in aanmerking. In het gezin was bij de aanmelding sprake van een disfunctioneel interactiepatroon. Het aangemelde kind was jonger dan 18 jaar bij de start van het traject en het gezin bestond uit minimaal één kind en één opvoeder. Wanneer de gezinsleden de Nederlandse taal niet voldoende beheersten, kon het gezin niet aan het onderzoek deelnemen. De gezinnen werden geïnformeerd door de regiebehandelaar en onderzoeker en werden na het ondertekenen van het toestemmingsformulier geïncludeerd.



Figuur 1: Opzet praktijkonderzoek.

T: meetmoment; OKIV-R: Ouder-Kind-Interactie vragenlijst; CBCL 6-18: Child Behavior Checklist 6-18 jaar; CSRS: Child Session Rating Scale.



De PMGT-behandeling werd uitgevoerd door een psychomotorisch therapeut en systeemtherapeut samen. Bij de negen gezinnen waren drie systeemtherapeuten en vier psychomotorisch therapeuten in verschillende samenstellingen betrokken. Alle therapeuten hadden de basis cursus psychomotorische gezinstherapie gevolgd en hadden al ervaring in het werken met gezinnen.

Het praktijkonderzoek bestond uit een herhaalde-metingen-design en omvatte zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek (mixed methods) (Figuur 1).

#### *Veranderingen in gedrags- en interactieproblemen: kwantitatief*

Voor het in kaart brengen van de mogelijke veranderingen in de gedragsproblemen van het kind en de interacties binnen het gezin werd in zowel de voor- en nameting als in de follow-up gebruikgemaakt van de Ouder-Kind-Interactie vragenlijst (OKIV-R) en de Child Behavior Checklist 6-18 jaar (CBCL 6-18). De OKIV-R is een zelfbeoordelingslijst die de kwaliteit van de ouder-kindrelatie in kaart brengt. De vragenlijst werd in elk gezin door iedere ouder over ieder kind ingevuld en vice versa. De kindversie bestaat uit 25 items, de ouderversie uit 21 items. De items worden beantwoord op een vijfpuntsschaal van 'nooit' tot en met 'altijd'. Er wordt op twee dimensies gemeten: acceptatie en conflicthantering. Voorbeelditems zijn 'Mijn moeder is trots op mij' en 'Mijn kind heeft echt vertrouwen in mij'. Hoe hoger de score, hoe positiever het gevoel over de ouder-kindrelatie. De OKIV-R heeft een hoge interne consistentie en test-hertestbetrouwbaarheid en is een gevalideerde vragenlijst (Lange, 2001).

De CBCL 6-18 is een diagnostisch instrument om probleemgedrag en vaardigheden van kinderen en jongeren te kwantificeren. De vragenlijst wordt ingevuld door een volwassene die het kind goed kent. Voor het onderzoek werd alleen het deel over gedragsproblemen ingevuld. Dit bestaat uit 120 vragen over gedrags- en emotionele problemen in de afgelopen zes maanden. De vragen worden beantwoord op een driepuntsschaal (niet – soms – vaak). De meeste vragen zijn gesloten; bij een aantal vragen wordt gevraagd het probleem te omschrijven. Voorbeelditems zijn 'Maakt veel ruzie' en 'Kijkt met een lege blik'. De totaalscore kan worden verdeeld in de subschalen internaliserende, externaliserende en overige problemen. Hoe hoger de score, hoe meer problemen worden waargenomen. Uit onderzoek van Verhulst et al. (1990) blijkt dat voor de CBCL 6-18 de interbeoordelaars- en de test-

hertestbetrouwbaarheid ruim voldoende zijn en de validiteit hoog is.

Zowel de OKIV-R als de CBCL 6-18 is niet specifiek gericht op kinderen (en ouders) met LVB. Vanuit het Nederlands Jeugdinstituut wordt de CBCL 6-18 wel geadviseerd voor het screenen van emotionele en gedragsproblemen bij jongeren met LVB. Ook is de OKIV-R eerder gebruikt in onderzoek onder jongeren met LVB (Hogewind & Collot d'Escury, 2010). Voor de CBCL 6-18 en OKIV-R was sprake van een herhaalde-metingen-design. Voor de analyse gebruikten we de rangtekentoets van Wilcoxon. Hiervoor maakten we gebruik van het programma voor statistische analyse JASP, versie 18.3. Een  $p$ -waarde  $<0,05$  werd beschouwd als statistisch significant.

De verzamelde data werden beheerd met Research Electronic Data Capture (REDCap), gehost bij Alliade.

#### *Ervaringen gezinnen en behandelaren: kwantitatief en kwalitatief*

Om ervaringen op te halen werd na elke PMGT-sessie bij alle aanwezige gezinsleden de Child Session Rating Scale (CSRS) afgenomen. De CSRS meet aan de hand van vier vragen het gevoel dat de gezinsleden overhouden aan het behandelcontact. De vier onderwerpen zijn: 'luisteren', 'hoe belangrijk', 'wat we hebben gedaan' en 'alles bij elkaar' (Crouzen, 2010). Aan de hand van een visuele analoge schaal (VAS) geven de gezinsleden aan hoe ze het behandelcontact hebben ervaren. Het totaal van de vier subschalen geeft de tevredenheid over het behandelcontact aan. Bij het klinisch gebruik van de CSRS geldt een score van 340 als afkappunt (Crouzen, 2010); bij een score boven 340 kan worden gesteld dat het gezinslid tevreden is over het behandelcontact. De betrouwbaarheid van de Nederlandstalige SRS blijkt uit onderzoek van Boezen-Hilberdink et al. (2014) voldoende tot goed, de validiteit blijkt echter beperkt.

Er is gekozen om bij alle gezinsleden de CSRS (met een op kinderen afgestemd taalgebruik) af te nemen, omdat naast het aangemelde kind ook andere gezinsleden vaak LVB en beperkte taal- en leesvaardigheden hadden. Daarom was de CSRS ook voor hen een passende keus. Om de scores van verschillende gezinsleden goed te kunnen vergelijken, werd besloten bij alle gezinsleden dezelfde vragenlijst af te nemen. Zowel de gezinsleden zonder als met LVB vulden de CSRS dus in. De resultaten van de CSRS werden in een lijngrafiek gevisualiseerd (Figuur 3).

Tabel 1: Topiclijst interviews

Gezinnen	Behandelaren
<i>T=0</i>	<i>T=11</i>
Reden aanmelding	Verwachtingen t.a.v. PMGT
Verwachte resultaat	Resultaten van PMGT-traject
Verwachtingen t.a.v. PMGT	Veranderingen in interactie binnen gezin
Verwachtingen t.a.v. therapeuten	Samenwerking met betrokken behandelaren
	Bevorderende en belemmerende factoren
<i>T=11</i>	Implementatie
Ervaringen met PMGT-traject	
Resultaten van PMGT-traject	
Werkzame elementen	
Ervaringen met behandelaren	
Anekdoten	

Verdiepend aan de metingen met de CSRS werden verwachtingen (voorafgaand aan de therapie) en ervaringen (na afloop) opgehaald met een semigestructureerd interview. Hierbij werden ouders en kinderen afzonderlijk bevestigd. Voor het opstellen van de topiclijst waren informatie uit de beschikbare literatuur en eerdere ervaringen van ouders met PMGT-behandeling richtinggevend. De topiclijst (Tabel 1) werd aangepast aan het taal- en begripsniveau van het gezin.

De betrokken therapeuten, d.w.z. de psychomotorisch therapeuten en systeemtherapeuten die de PMGT-trajecten uitvoerden, evenals de gezinshulpverleners en regie-behandelaren, werden ook bevestigd over hun verwachtingen, ervaringen en de belemmerende en bevorderende factoren die zij zien bij het inzetten van PMGT.

Interviews zijn afgenomen totdat inhoudelijke verzadiging (saturatie) werd bereikt, d.w.z. dat nieuwe interviews geen nieuwe inzichten/onderwerpen zouden opleveren. De interviews werden afgenomen door twee onderzoekers (IZ en IdW) en vonden plaats op een door de geïnterviewde gekozen locatie. De interviews werden opgenomen en na afname woordelijk getranscribeerd. Daarna volgde de inductieve, thematische analyse van de transcripten (Braun & Clarke, 2006; Verhoeven, 2020) met behulp van Taquette-software. Drie onderzoekers (IZ, MvdH, JHMH-H) categoriseerden de codes in (sub)thema's. Bij de rapportage werd de COREQ-checklist toegepast.

## RESULTATEN

### Systematisch literatuuronderzoek naar PMGT bij mensen met (L)VB

De zoekstrategie leverde binnen de Engelstalige literatuur, na ontdebelling, 94 artikelen op. In de Nederlandstalige

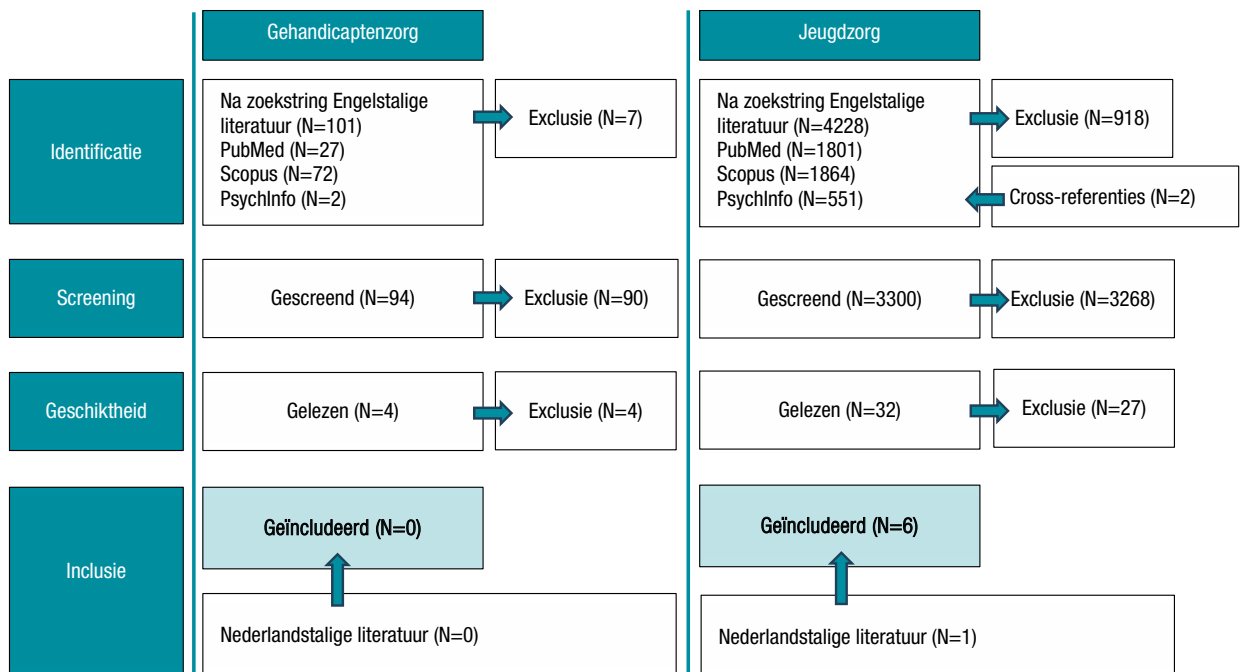
literatuur werden geen relevante artikelen gevonden. Uiteindelijk bleek geen van deze artikelen relevant t.a.v. de gehandicaptenzorg (Figuur 2, Gehandicaptenzorg).

Vervolgens werd gezocht naar de inzet van een bewegings- en/of lichaamsgerichte systemische interventies bij gezinnen binnen de reguliere jeugdzorg. Voor de Engelstalige literatuur resulteerde dit, na ontdebelling, in 3298 artikelen. In de Nederlandstalige literatuur werden 12 artikelen gevonden. Na het toepassen van de selectiecriteria werden vier artikelen geïnccludeerd (Figuur 2, Jeugdzorg). Op basis van de referentielijsten van deze artikelen werden nog twee aanvullende artikelen gevonden.

Tabel 2 geeft een samenvatting van de resultaten. Zowel Devereaux (2008), Kedem et al. (2021), Verschuur & Kramer (2018) als Weston (2012) vonden na de inzet van een bewegings- of lichaamsgerichte systemische interventie een afname van de gedragsproblemen van het aangemelde kind. Devereaux (2008) en Regev et al. (2012) vonden daarnaast een verbetering van de opvoedvaardigheden van ouders. Verder bleek uit de studies van Devereaux (2008), Kedem & Regev (2021), Kedem et al. (2021), Verschuur & Kramer (2018) en Weston (2012) ook een verbetering van de interactie tussen ouder(s) en kind.

### Praktijkonderzoek naar PMGT bij gezinnen met minimaal een kind met LVB

Van de 16 gezinnen die een PMGT-behandeltraject binnen Alliade kregen geadviseerd, werden negen geïnccludeerd. Alliade is een organisatie die zorg, ondersteuning, diagnostiek en behandeling biedt aan zo'n 8000 kwetsbare mensen in Friesland, waaronder mensen met LVB. De ander zeven gezinnen voldeden niet aan de inclusiecriteria (n=2) of gaven geen toestemming voor deelname aan het onderzoek (n=5). De belangrijkste aanmeldreden



Figuur 2: Stroomschema systematisch literatuuronderzoek PMGT in de gehandicaptenzorg en reguliere jeugdzorg, gebaseerd op PRISMA.

was spanningen in het gezin. Ouders ervoeren een hoge belasting van de opvoeding en slechte communicatie in het gezin. Zowel de ouders als kinderen benoemden een verstoorde relatie tussen ouder en kind. Daarnaast gaven veel ouders aan dat zij het PMGT-traject gingen volgen op advies van al betrokken hulpverlening.

Van de negen geïnccludeerde gezinnen rondde één gezin het PMGT-traject af in minder dan 10 sessies. Dit gezin behaalde de doelen al na sessie acht. Bij drie gezinnen werd de behandeling vroegtijdig gestopt. Redenen hiervoor waren onvoldoende motivatie van een of meerdere gezinsleden ( $n=2$ ) en eigen problematiek van de ouder ( $n=1$ ). In het kwantitatieve deel van het praktijkonderzoek zijn de gegevens meegenomen van de zes gezinnen die het PMGT-traject hebben afgerond. In het kwalitatieve deel zijn ook de verwachtingen en ervaringen van de gezinnen die het traject vroegtijdig hebben gestopt meegenomen.

#### Gedragsproblemen en interactieproblemen (kwantitatief)

Uit de resultaten van de rangtekentoets van Wilcoxon bleek dat de metingen met de CBCL 6-18 ten aanzien van de gedragsproblemen van het kind op  $T=0$  en  $T=11$  niet significant van elkaar verschilden ( $Z=-1,153$ ,  $p=0,891$ ). De follow-upmetingen werden vanwege het kleine aantal niet meegenomen in de analyse.

De rangtekentoets van Wilcoxon toonde aan dat ten aanzien van de interactie tussen ouder en kind de metingen van de OKIV-R op  $T=0$  en  $T=11$  significant van elkaar verschilden voor de dimensie acceptatie tussen ouder en kind ( $Z=-2,698$ ,  $p=0,004$ ), de dimensie acceptatie tussen moeder en kind ( $Z=-2,310$ ,  $p=0,012$ ), de totale interactie tussen ouder en kind ( $Z=-1,789$ ,  $p=0,039$ ) en de totale interactie tussen moeder en kind ( $Z=-2,014$ ,  $p=0,025$ ), alles vanuit het gezichtspunt van de ouder (Tabel 4). Ook hier werden de follow-upmetingen vanwege het kleine aantal niet meegenomen in de analyse.

#### Ervaringen (kwantitatief en kwalitatief)

Aan de hand van de gemiddelde totaalscores op de CSRS worden de ervaringen van ouders en kinderen met de therapeuten weergegeven in Figuur 3. Alleen de gemiddelde totaalscore van moeders kwam een aantal keer boven 340 uit; vaders en kinderen scoorden zichtbaar lager, waarbij de kinderen nog lager scoorden dan de vaders.

Ter verdieping van de resultaten werden verwachtingen (vooraf) en ervaringen (na afloop) opgehaald middels interviews. De hieruit volgende thema's zijn weergegeven in Tabel 5. Zowel verwachtingen als ervaringen van gezinnen en behandelaren ( $n=11$ ) overlappen bij een aantal (sub)thema's. Met citaten worden enkele centrale (sub)thema's verdiept.

Tabel 2: Resultaten systematisch literatuuronderzoek PMGT in de reguliere jeugdzorg

Doelgroep		Gem. leeftijd (SD; bereik) in jaren		Reden aanmelding		Interventie		Meetinstrument		Resultaten		Bijzonderheden	
Artikel	N	Vrouw (%)	N	Vrouw (%)	Reden aanmelding	Interventie	Interventie	Meetinstrument	Resultaten	Resultaten	Bijzonderheden		
Devereaux (2008)	1	1 (100)	9		Driftbuien kind	Dans- en bewegingstherapie	Dans- en bewegingstherapie		↑ communicatie ↑ vertrouwen ouder-kind ↑ plezier ↑ opvoedvaardigheden ↓ gedragsproblemen kind		Gevalsstudie		
Kedem et al. (2021)	80	30 (37,5)	5,5 (0,5; 5-6,5)		Emotieregulatie of zorgen gedrag kind	Dans- en bewegingstherapie, met en zonder materiaal	Dans- en bewegingstherapie, met en zonder materiaal	Kind: PSPCSA Moeder: CBCL, RSDQ, BSI Behandelaar: TSR	↑ perceptie kind ↑ perceptie relatie moeder-kind ↑ welzijn moeder ↑ beoordeling therapeuten vooruitgang moeder en kind ↓ gedragsproblemen		2 groepen: moeder met kind en kind alleen; bij beide groepen effectief		
Kedem & Reggev (2021)	80	30 (37,5)	5,5 (0,5; 5-6,5)		Emotieregulatie of zorgen gedrag kind	Dans- en bewegingstherapie, met en zonder materiaal	Dans- en bewegingstherapie, met en zonder materiaal	Semigestructureerd interview met moeder	↑ relatie moeder-kind ↑ quality time tussen ouder en kind				
Reggev et al. (2012)	26	9 (35)	6,37 (6-8)		Gezondere communicatie tussen gezinsleden; gedragsproblemen kind	Bewegingstherapie	Bewegingstherapie	Ouder: PCSC, CBCL, PSOC, IPA, RFMQ Kind: PSPCSA	↑ zelfbeeld kind ↑ opvoedvaardigheden		2 groepen: moeder met kind en kind alleen; bij beide groepen effectief, maar een grotere verbetering in de groep met moeder		
Verschuur & Kramer (2018)	26	6 (30)	11,7 (8-18)		Ouder-kind relatieproblemen	PMGT	PMGT	OKIV-R, CBCL, (C)ORS, (C)SRS, TSS	↑ interactie vader-kind ↑ conflicthantering vader volgens kind ↑ acceptatie vader-kind volgens vader ↑ subjectief ervaren welzijn kind en ouder ↑ tevredenheid behandeling ↓ gedragsproblemen volgens vader		11x K+M, 6x K+M+V, 3x K+M+V+B en 0x K+V		
Weston (2012)	10	10 (100)	(1,5-8)		Emotionele gedragsproblemen of problemen in geestelijke gezondheid	Developmental Movement Play, gebaseerd op bewegings-pedagogiek van Sherborne	Developmental Movement Play, gebaseerd op bewegings-pedagogiek van Sherborne	Moeder: Checklist for evaluating adult/child play interaction, PDPVAS, CBI	↑ meer samenspel ouder-kind ↑ helpend ↓ gedragsproblemen				

PSPCSA: The Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance for Young Children; CBCL: Child Behavior Checklist; RSDQ: Relationship Questionnaire with Son/Daughter; BSI: The Brief Symptom Inventory; TSR: Therapy Session Report - therapist version; CBI: Child Behavior Inventory; OKIV-R: Ouder-Kind Interactie Vragenlijst; (C)ORS: (Child) Outcome Rating Scale; (C)SRS: (Child) Session Rating Scale; TSS: Therapist Satisfaction Scale; PCSC: Perceived Competence Scale for Children; PSEOC: Parenting Sense of Competence; IPA: Index of Parental Attitudes; RFMQ: Relations with Father/Mother Questionnaire; PDPVAS: Parent Defined Problem Visual Analogue Scale; \* 6 gezinnen vielen uit omdat het PMGT-traject niet werd afgerond. K: kind; M: moeder; V: vader; B: broer.

Tabel 3: Algemene gegevens gezinnen

Algemene gegevens	n*	%*
Aangemelde kind	9	
Meisje	4	44
Leeftijd, gemiddelde in jaren (SD), bereik	10 (2)	8-13 jaar
Gezinssamenstelling		
V+M+K+K+K	2	22
V+M+K	1	11
V+M+SV+K+K	1	11
M+SV+K	1	11
M+K+K	1	11
M+K	3	33
Hoogste opleidingsniveau ouders		
Moeder	9	
Praktijkonderwijs	1	11
VMBO	2	22
MBO	5	56
Geen informatie	1	11
Vader	6	
Basisschool	1	17
VMBO	1	17
MBO	2	33
Geen informatie	2	33
Andere betrokken hulpverlening		
Gezinshulpverlening	1	11
Gezinsbegeleiding	1	11
Gezinshulpverlening en gezinsbegeleiding	5	56
Geen	2	22

Opmerkingen: \*tenzij anders aangegeven; V = vader; M = moeder; SV = stiefvader; K = kind.

### Verwachtingen resultaat

Beide groepen gaven aan te verwachten dat de bewustwording in het gezin na het traject zou zijn vergroot.

*Vader 1: "Kijk ook, wij moeten ons er bewust van worden dat misschien ook onze manier van reageren niet altijd correct is, hè."*

*Behandelaar 1: "Dus ik hoopte dat dat traject ouders ook door de ervaring die ze op zouden doen, dat dat direct nieuwe inzichten zou geven in hoe ze bij hem aan zouden kunnen sluiten. Want als ik het ze zou vertellen, dan zou het niet beklijven."*

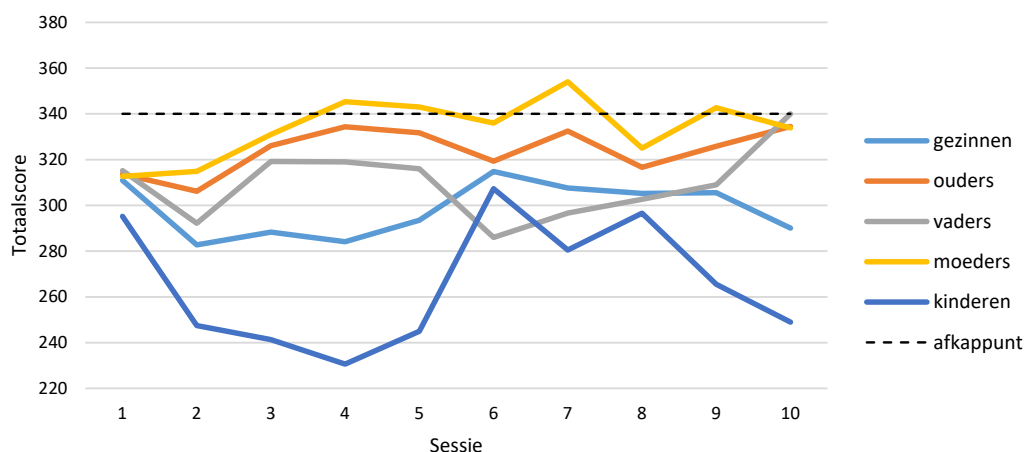
### Ervaringen PMGT

Na afloop bleek dat de gezinnen en behandelaars vooral de transfer naar huis hadden gemist en dit als belemmerend hadden ervaren.

*Moeder 1: "Dus dat is er ook niet beter op geworden. Op het moment dat we daar zijn wel, maar zodra we daar de deur weer verlieten, was het weer oorlog."*

Tabel 4: Resultaten OKIV-R interactie tussen ouder en kind

	Dimensie Acceptatie		Dimensie Conflicthantering		Totaalscore	
	Z	p	Z	p	Z	p
Ouder-kind (n=17)	-2,698	<b>0,004</b>	-0,521	0,309	-1,789	<b>0,039</b>
Kind-ouder (n=17)	-0,024	0,500	-0,740	0,236	-0,846	0,204
Moeder-kind (n=10)	-2,310	<b>0,012</b>	-0,968	0,178	-2,014	<b>0,025</b>
Kind-moeder (n=10)	0,051	0,541	0,000	0,518	-0,178	0,447
Vader-kind (n=7)	-1,363	0,101	0,507	0,724	0,000	0,542
Kind-vader (n=7)	-0,169	0,466	-0,930	0,199	-1,014	0,188



Figuur 3: Vergelijkende grafiek ervaringen (gemiddelde totaalscores CSRS) ouder en kind t.a.v. contact met therapeuten.

Tabel 5: Resultaten thematische analyse interviews

Thema's en subthema's	Gezinnen	Behandelaren
<b>Verwachtingen resultaat</b>		
Minder spanningen in het gezin	✓	
Betere communicatie	✓	
Betere samenwerking	✓	
Lagere opvoedbelasting	✓	
Verbeterde opvoedvaardigheden	✓	
Positieve gedragsverandering	✓	
Bewustwording	✓	✓
Betere band gezinsleden	✓	
Lage verwachtingen	✓	
<b>Verwachtingen over PMGT</b>		
Samen doen	✓	
Sport	✓	
Ontwikkelen als gezin	✓	
Geen verwachting	✓	
Ervaringsgericht		✓
Hele gezin		✓
<b>Verwachtingen over therapeuten</b>		
Respectvolle houding	✓	
Handvatten	✓	
Duidelijkheid	✓	
Geen verwachtingen	✓	
Ervaringen PMGT		
Positief	✓	
Plezier	✓	
Negatief	✓	
Verwachtingen niet uitgekomen	✓	
Confronterend	✓	
Leren door te doen	✓	✓
Belemmerende factoren	✓	✓
Verkeerde verwachtingen		✓
Lage draagkracht gezin		✓
Onvoldoende ervaring therapeuten		✓
Geen transfer naar huis	✓	✓
Bevorderende factoren	✓	✓
Dicht bij huis	✓	
Heldere communicatie	✓	
Motivatie gezin	✓	
Samen plezier	✓	✓
Afwezigheid prikkels	✓	
Gezien worden	✓	
Duidelijke verwachtingen		✓
Praktische voorbeelden		✓
Ouder(s) in hun kracht		✓
Ervaringsgericht		✓
Complimenten		✓
Nazorg		✓
Goede samenwerking		✓
Structuur binnen therapie		✓
<b>Ervaringen therapeuten</b>		
Aardig	✓	
Negatief	✓	
Fijne communicatie	✓	
Prettige werkhouding	✓	

Thema's en subthema's	Gezinnen	Behandelaren
<b>Effect PMGT</b>		
Verandering gedrag	✓	
Verbeterde emotieregulatievaardigheden kind	✓	
Positieve verandering bij kind	✓	
Kleine verandering	✓	
Geen verandering	✓	
Verandering in gezin	✓	
Gezelliger	✓	
Rust in gezin	✓	✓
Geen verandering	✓	
Acceptatie	✓	✓
Betere band ouder-kind	✓	
Meer onderling begrip	✓	
Meer vertrouwen	✓	
Geen verandering	✓	
Samenwerken	✓	
Beter samenwerken	✓	
Geen verandering	✓	
Betere opvoedvaardigheden ouders	✓	
Bewustwording	✓	✓
Conflicten	✓	✓
Minder conflicten	✓	
Geen verandering	✓	
Positie van ouder(s) verbeterd		✓
Inzicht gezinsdynamiek		✓
Positieve van elkaar zien		✓

*Behandelaar 2: "Nou ja, wat we nog niet helemaal zien, is dat het ook in de gezinssituaties zelf; dat het doorgetrokken wordt."*

Het ervaringsgericht werken en samen plezier hebben werd vooral gezien als positief; als een bevorderende factor van de therapie

*Kind 1: "Ik vond het leukste dat schommelen, want toen ging papa ook op een schommel (...) en dan moeten wij hem duwen, dat vond ik leuk."*

*Vader 2: "Ik vond het erg leuk om al die dingetjes te doen. Niet allemaal even leuk, maar de meeste dingen vond ik gewoon leuk. En vooral omdat je het met z'n allen moest doen."*

*Behandelaar 3: "Ze zagen het ook echt als een uitje, dus dat was ook heel leuk. Gewoon echt even dat moment voor elkaar. En ik denk dat ze daarvoor ook wel gegroeid zijn. Omdat ze echt even met elkaar dingen doen en er ook echt tijd voor iedereen was."*

### Effect PMGT

Beide groepen ervoeren dat er na het traject thuis, in het gezin, meer rust was.

*Behandelaar 4: “En wat ik heel erg mooi vond... de laatste paar keren is dat er door de benadering ook heel veel rust kwam in het gezin; waar ze anders elkaar helemaal kwijt raken en door deze oefeningen in de zaal helemaal in de ontspanning zaten.”*

*Moeder 2: “Ja, het is gezelliger thuis. Het is, ja, ik weet niet hoe ik het moet uitleggen. Ja, omdat je elkaar ook beter begrijpt nu (...). Het is sneller over, zeg maar dat je ruzie hebt. Je zegt sneller sorry en (...) Dan is het ook weer goed.”*

Ouders ervoeren ook veranderingen in het gedrag van het aangemelde kind en in de interactie met hun kinderen.

*Moeder 3: “Nou ja, het heeft mij een betere relatie met de kinderen opgeleverd en dat vind ik wel heel fijn.”*

*Moeder 4: “[aangemelde kind] heeft wel geleerd om sneller zijn grens aan te geven en zich te uiten als hij iets niet fijn vindt, dat wel.”*

### DISCUSSIE

Het eerste studiedeel, het systematische literatuuronderzoek, liet zien dat bij mensen met (L)VVB nog geen effectonderzoek is gedaan naar de inzet van bewegings- of lichaamsgerichte systemische interventies. In de reguliere jeugdzorg bleek dat de inzet van zo'n interventie kan leiden tot verbetering van de interactie tussen ouder(s) en kind. De resultaten van het tweede studiedeel, het praktijkonderzoek bij gezinnen met één kind met LVB, sluiten hierbij aan: ondanks de kleine studiegroep wijzen zowel de kwalitatieve interviewresultaten (n=9 gezinnen) als de kwantitatieve vragenlijst resultaten (n=6 gezinnen) er voorzichtig op dat PMGT de interactie en met name de acceptatie van de kinderen door hun ouder(s) verbetert. Hieronder worden de resultaten uit het praktijkonderzoek in de context van de literatuur geplaatst.

### Gedragsproblemen en interactieproblemen

Net als in de gepubliceerde onderzoeken van Devereaux (2008), Kedem & Regev (2021), Kedem et al. (2021),

Verschuur & Kramer (2018) en Weston (2012) binnen de jeugdzorg werd in ons praktijkonderzoek een verbetering in de interactie tussen ouder(s) en kind gevonden. In tegenstelling tot het onderzoek van Verschuur & Kramer (2018), waarin een significante verbetering in de interactie en conflicthantering tussen vader en kind werd gevonden, zagen we in dit onderzoek geen verbetering tussen vader en kind. Wel werd een verbetering gevonden in de interactie en acceptatie tussen moeder en kind. Deels kan dit worden verklaard door een kleinere onderzoeksgroep.

In tegenstelling tot de onderzoeken van Devereaux (2008), Kedem et al. (2021), Verschuur & Kramer (2018) en Weston (2012) vonden we in het praktijkonderzoek geen afname van de gedragsproblemen van het aangemelde kind. Dit verschil zou kunnen worden verklaard door de hogere leeftijd van de kinderen en de beperktere omvang van de studiegroep in ons onderzoek. Een andere mogelijke verklaring voor het niet meetbaar afnemen van de gedragsproblemen bij het aangemelde kind zou kunnen zijn dat, ondanks dat er wel een verbetering is gevonden in de interactie, de transfer vanuit therapie naar de thuis-situatie maar beperkt plaatsvond of helemaal uitbleef (zie ook aanbevelingen over transfers in 4.4 Aanbevelingen).

### Ervaringen

Uit de interviews met ouders, kinderen en behandelaren kwam naar voren dat ervaringsgericht werken en als gezin samen plezier beleven de belangrijke werkzame factoren zijn voor PMGT. Ook Armstrong et al. (2019) vonden in hun literatuuronderzoek naar speltherapiegroepen voor kinderen met LVB en hun ouders dat vooral de interactie binnen het gezin voordeel opleverde voor de gezinnen. PMGT biedt de mogelijkheid om als gezin samen weer positieve ervaringen op te doen.

Uit de resultaten van de CSRS kunnen we wel opmaken dat over het algemeen de gezinsleden niet altijd een positief gevoel hebben overgehouden aan het behandelcontact. In de interviews vonden we dat er wel degelijk positieve ervaringen waren gedurende het behandelcontact. Zo vonden ouders het fijn dat ze zich gezien voelden door de therapeuten en dat er op een fijne manier werd gecommuniceerd. Beide zijn elementen van de therapeutische alliantie, de relatie tussen de therapeut en cliënt, die wordt gezien als een belangrijke factor voor de efficiëntie en effectiviteit van de behandeling (Bordin, 1979). In de behandeling van een gezin zal een therapeut verschillende allianties tegelijk moeten aangaan en onderhouden. Dit

wordt beschouwd als een van de moeilijkste houdingen voor een therapeut (Van der Meiden, 2021). Juist daarom is het zo belangrijk om stil te staan bij de therapeutische alliantie tijdens een PMGT-behandeling, waarbij met alle gezinsleden (en breder ook met verwijzers, regiebehandelaren en andere betrokken professionals) naar hetzelfde doel wordt gestreefd. Dat dit niet altijd lukt, werd duidelijk doordat zowel gezinnen als behandelaars benoemden dat hun verwachtingen niet altijd werden waargemaakt.

Als belemmerende factor werd door de betrokken hulpverlening een lage draagkracht van het gezin genoemd. Dit zagen we terug bij een aantal gezinnen binnen het praktijkonderzoek. Het kwam frequent voor dat afspraken werden afgezegd, waardoor gaten in het behandeltraject ontstonden. Ook werden enkele trajecten vroegtijdig beëindigd vanwege de bovenliggende eigen problematiek van een ouder. PMGT was bij 78% van de gezinnen een aanvullende behandeling naast een andere vorm van gezinsbehandeling en/of -begeleiding.

Belangrijke elementen binnen PMGT waren volgens ouders de flexibiliteit van de therapeuten, de prettige ondersteuning door de therapeuten, de nabijheid van de therapiezaal en de prettige (prikkelarme) ruimte. Dit is in overeenstemming met de resultaten uit de review van Armstrong et al. (2019) over speltherapiegroepen met ouder-kindkoppels. Ook zij vonden dat elementen als de mate van flexibiliteit van de therapeuten, respectvolle communicatie, beperkte reistijd en een prettige ruimte een positieve invloed hadden op de behandeling. Verder vonden zij dat de routines en structuur die binnen de behandeling worden geboden een positieve bijdrage leveren. Dit werd in het onderzoek naar PMGT ook genoemd door de behandelaren.

Uit de interviews na afloop kwam naar voren dat ouders meer handvatten hebben voor het omgaan met conflicten binnen het gezin. Dit is voor ouders een belangrijke vaardigheid in de opvoeding van hun kinderen. Ook in het onderzoek van Devereaux (2008) en Regev et al. (2012) werd een verbetering van de opvoedvaardigheden van ouders gevonden. Verschuur & Kramer (2018) zagen een significante verbetering in de mening van kinderen over de omgang met conflicten door hun vader. Dit is in lijn met onderzoek naar de systemische inzet van andere non-verbale therapieën bij gezinnen met een kind met LVB. Zo zien we dat bij muziek- en speltherapie de ouder-kindrelatie wordt gefaciliteerd en versterkt (Wetherick, 2009; Armstrong et al., 2019, 2021; Yang, 2016). Hierin

blijkt vooral de responsiviteit van de ouder ten opzichte van het kind verbeterd (Yang, 2016).

### Sterktes en zwaktes van het onderzoek

Dit is het eerste onderzoek naar het effect van PMGT binnen de zorg voor mensen met LVB. De resultaten geven eerste richtingen voor het mogelijke effect van deze behandeling. Wel kent dit onderzoek enige beperkingen. Zo heeft het plaatsgevonden bij een kleine studiepopulatie, waardoor de resultaten met de nodige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd. Daarnaast was bij de meeste gezinnen naast PMGT sprake van een andere vorm van gezinsbehandeling en/of -begeleiding, die van ouders de nodige tijd kostte. Naast lage motivatie zou dit een reden kunnen zijn waarom het soms moeilijk was om voor de PMGT-sessies afspraken te maken met deze gezinnen, wat resulteerde in een langer dan wenselijke tijdsinterval tussen de meetmomenten. Door deze gaten werd de continuïteit van de behandeling doorbroken, wat van invloed kan zijn geweest op het resultaat.

Tijdens het onderzoek zagen we vooral bij de kinderen regelmatig weerstand bij het invullen van de vragenlijsten na de sessie, mogelijk doordat PMGT niet voldeed aan hun verwachtingen. Deze weerstand kan invloed hebben gehad op de scores van de vragenlijsten, omdat deze dan niet altijd serieus werden ingevuld. Daarnaast is naar het gebruik van de CSRS binnen de LVB-doelgroep geen onderzoek gedaan.

Ook de ervaring met het inzetten van PMGT binnen de behandeling door de deelnemende therapeuten verschilde, ondanks dat ze hierin allemaal waren geschoold. Dit zou van invloed kunnen zijn geweest op het behandeltraject en de gevonden resultaten.

### Aanbevelingen

Uit de resultaten kunnen lessen voor de toekomstige inzet van PMGT worden getrokken. Ten eerste komt uit de interviews na afloop naar voren dat de therapie niet heeft voldaan aan de verwachtingen van gezinnen. Dit bleek ook uit de scores op de CSRS. De tevredenheid werd als redelijk tot slecht beoordeeld. Mogelijk speelde de reden van aanmelding hierin een rol. Uit de interviews vooraf bleek dat een groot deel van de gezinnen niet een eigen reden zag om deel te nemen aan een PMGT-traject, maar dat de betrokken behandelaren het belangrijk voor hen vonden. Hierdoor kan sprake zijn geweest van een lagere motivatie en onvoldoende commitment voor het behandeldoel.



Het lijkt dus van belang om zowel voor als tijdens het traject de verwachtingen van de gezinsleden en betrokken behandelaren te monitoren en waar nodig bij te stellen. Hierin zou bijvoorbeeld gebruik kunnen worden gemaakt van de principes van gezamenlijke besluitvorming (Elwyn et al., 2012).

Ten tweede zal meer aandacht moeten worden besteed aan de transfer van de in de therapie verkregen inzichten en geleerde vaardigheden naar de situatie thuis. Deze werd zowel door de gezinnen als behandelaren gemist. In de zaal lukte het de gezinsleden om een positievere interactie te laten zien, maar thuis vervielen ze in de bekende inadequate patronen. Het is bekend dat mensen met LVB moeite hebben met de generalisatie van een geleerde vaardigheid in relatie tot andere personen, plaatsen en situaties (Kleinert et al., 2009). Bij het aangemelde kind was sprake van LVB, maar een deel van de ouders had ook een lagere intelligentie. Verschillende gezinsleden hadden dan ook meer moeite met het generaliseren van de geleerde vaardigheden. Uit de interviews met de betrokken hulpverlening kwam naar voren dat de gezinshulpverlener of -begeleider hierin een rol zou kunnen spelen.

Ten derde is het nuttig om te kijken naar het meest geschikte moment voor de inzet van PMGT. Tot op heden wordt PMGT vaak ingezet middenin of richting het einde van een behandeltraject. Ook de gezinnen binnen ons onderzoek hadden al verschillende andere behandelingen gevolgd. Mogelijk is de inzet van PMGT juist aan het begin van een behandeltraject van meerwaarde, omdat het gezin dan al vroeg inzicht krijgt in hun onderlinge dynamiek.

Ten vierde bleek in dit praktijkonderzoek dat praktische randvoorwaarden een belemmerende dan wel bevorderende factor kunnen zijn bij het volgen van PMGT door een gezin. Hierbij kan worden gedacht aan de nabijheid van de therapieruimte, de frequentie van afspraken en afstemming t.a.v. afspraken met de andere betrokken behandelaren. Met het oog op de beperkte draagkracht van de gezinnen is het voor het slagen van het PMGT-traject belangrijk dat praktische zaken goed geregeld zijn.

## CONCLUSIE

Door een gebrek aan onderzoek is er tot op heden nog geen wetenschappelijke onderbouwing gevonden voor effect van PMGT bij mensen met (L)VB. Ons kleinschalige, voor zover wij weten, allereerste praktijkonderzoek bij gezinnen met minimaal één kind met LVB wijst voorzichtig

op een positief effect van PMGT op de interactie tussen ouder(s) en kind en de ervaren rust in het gezin. Opvallend was wel dat de gedragsproblemen van het kind niet significant afnamen. De ervaringen van gezinnen en behandelaren suggereren dat ervaringsgericht werken, samen als gezin plezier hebben en een sterke therapeutische alliantie tussen de gezinsleden en behandelaren belangrijke werkzame factoren zijn. Hoewel vervolgonderzoek in een grotere studipopulatie noodzakelijk is, geeft dit praktijkonderzoek de eerste aanwijzingen dat PMGT een waardevolle behandeling kan zijn voor gezinnen met een kind met LVB waarin sprake is van disfunctionele interactiepatronen. De resultaten geven ook aanleiding voor verbeteringen bij de toekomstige inzet van PMGT, bijvoorbeeld ten aanzien van verwachtingen en de transfer naar huis.

## Dankbetuiging

Dit onderzoek werd mede mogelijk gemaakt door het Zorgondersteuningsfonds (KPO-64), de afdeling Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek (PWO) van Alliade en alle gezinnen die eraan hebben meegewerkt.

## LITERATUUR

- Armstrong, J., Girdler, S., Davidson, E., Mizen, J., Bear, N., Wray, J., & Elliott, C. (2021). Randomised controlled trial of a therapeutic playgroup for children with developmental delays. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(4), 1039-1053. <https://doi.org/10.1007/S10803-020-04580-7>
- Armstrong, J., Paskal, K., Elliott, C., Wray, J., Davidson, E., Mizen, J., & Girdler, S. (2019). What makes playgroups therapeutic? A scoping review to identify the active ingredients of therapeutic and supported playgroups. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 26(2), 81-102. <https://doi.org/10.1080/11038128.2018.1498919>
- De Beer, Y. (2011). *De kleine gids: Mensen met een licht verstandelijke beperking. Moeilijke zaken makkelijk uitgelegd*. Wolters Kluwer.
- Boezen-Hilberdink, L., Janse, P., Van Dijk, M., & Verbraak, M. (2014). De Outcome Rating Scale en de Session Rating Scale – de psychometrische eigenschappen van de Nederlandse versies. *Directieve Therapie*, 34(1), 15-33.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Carr, A. (2006). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach*. Routledge.
- Carr, A. (2019). Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: The current evidence base. *Journal of Family Therapy, 41*(2), 153-213. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12226>
- Crnic, K. A., Neece, C. L., McIntyre, L. L., Blacher, J., & Baker, B. L. (2017). Intellectual disability and developmental risk: Promoting intervention to improve child and family well-being. *Child Development, 88*(2), 436-445. <https://doi.org/10.1111/cdev.12740>
- Dekker, M. C., & Koot, H. M. (2003). DSM-IV Disorders in children with borderline to moderate intellectual disability. I: Prevalence and impact. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*(8), 915-922. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046892.27264.1A>
- Devereaux, C. (2008). Untying the knots: Dance/movement therapy with a family exposed to domestic violence. *American Journal of Dance Therapy, 30*(2), 58-70. <https://doi.org/10.1007/s10465-008-9055-x>
- Došen, A., Gardner, W. I., Griffiths, D. M., King, R., & Lapointe, A. (2008). *Richtlijnen en principes voor de praktijk: Beoordeling, diagnose, behandeling en bijbehorende ondersteuning voor personen met verstandelijke beperkingen en probleemgedrag*. Nederlandse bewerking: Ad van Gennep. Vilans / LKNG.
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine, 27*(10), 1361-1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
- Hogewind, H., & Collot d'Escury, A. (2010). Het steunogram: Een instrument voor interventie en risicotaxatie op basis van het sociale netwerk van licht verstandelijk beperkte zedendelinquente jongeren. *Onderzoek & Praktijk, 8*(1), 5-13.
- Kedem, D., & Regev, D. (2021). Parent-child dance and movement therapy (PCDMT): Mothers' subjective experiences. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy, 16*(2), 136-149. <https://doi.org/10.1080/17432979.2021.1883740>
- Kedem, D., Regev, D., & Guttman, J. (2021). Moving together: Assessing the effectiveness of group mother-child dance and movement therapy. *Arts in Psychotherapy, 74*. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2021.101803>
- Kleinert, H. L., Browder, M. D., & Towles-Reeves, E. A. (2009). Models of cognition for students with significant cognitive disabilities: Implications for assessment. *Review of Educational Research, 79*(1), 301-326. <https://doi.org/10.3102/0034654308326160>
- Krot, J., & Maurer, J. M. G. (1995). Gezinsbehandeling middels psychomotorische therapie. *Bewegen en Hulpverlening, 12*, 167-179.
- Lange, A. (2001). *De Ouder-Kind Interactie Vragenlijst – Revised (OKIV-R): Verantwoording en handleiding*. Bohn Stafleu van Loghum.
- De Lange, M., Matthys, W., De Veld, D., Foolen, N., Addink, A., Menting, A., & Bastiaanssen, I. (2020). *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Te verkrijgen via <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/ernstige-gedragsproblemen/>
- Van der Meiden, J. (2021). De toepasbaarheid van contextuele interventies in systeemtherapie. *Systeemtherapie, 33*(2), 171-185.
- Mercera, G., Mulder, A., Zomervrucht, I., & Rijk, M. (2023). Problematische gehechtheidsontwikkeling en LVB. Psychomotorische gezinstherapie onderzocht. *Kind en Adolescent Praktijk, 22*(3), 39-42. <https://doi.org/10.1007/s12454-023-1250-x>
- Regev, D., Kedem, D., & Guttman, J. (2012). The effects of mothers' participation in movement therapy on the emotional functioning of their school-age children in Israel. *Arts in Psychotherapy, 39*(5), 479-488. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.08.003>
- Savenije, A., Van Lawick, M. J., & Reijmers, E. (Red.) (2014). *Handboek systeemtherapie*. De Tijdstroom.
- Verhoeven, N. (2020). *Thematische analyse: Patronen vinden bij kwalitatief onderzoek*. Boom uitgevers.
- Verhulst, F. C., Koot, J. M., Akkerhuis, G. W., & Veerman, J. W. (1990). *Praktische handleiding voor de CBCL (Child Behavior Checklist)*. Uitgeverij Van Gorcum.
- Verschuur, A., & Kramer, M. (2018). Psychomotorische gezinstherapie: Een effectstudie. *Systeemtherapie, 30*(3), 91-105.

- Visser, M., Albrechts, B., Maurer, J., & Krot, H. (2010). Psychomotorische gezinstherapie. In J. de Lange (Red.), *Psychomotorische therapie. Lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de GGZ* (pp. 115-132). Boom uitgevers.
- Visser, M., Hillewaere, B., & Van der Veen, E. (2021). Psychomotor family therapy: A system-oriented approach. In C. Emck, J. de Lange, T. Scheewe, J. van Busschbach & T. van Damme (Red.), *Psychomotor interventions for mental health: Children & adolescents*. Boom uitgevers.
- Visser, M., Maurer, J., & Kramer, M. (2013). Psychomotorische gezinstherapie: Een eerste aanzet tot effectonderzoek. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 9(2), 11-16.
- Weston, C. (2012). Becoming bonded through Developmental Movement Play: Review of a parent and child movement group incorporating the theory, practice and philosophy of Sherborne Developmental Movement. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 7(4), 245-262. <https://doi.org/10.1080/17432979.2012.669795>
- Wetherick, D. (2009). Music in the family: Music making and music therapy with young children and their families. *Journal of Family Health Care*, 19(2), 56-58.
- Yang, Y. H. (2016). Parents and young children with disabilities: The effects of a home-based music therapy program on parent-child Interactions. *Journal of Music Therapy*, 53(1), 27-54. <https://doi.org/10.1093/JMT/THV018>

#### Bijlage 1: Zoekstring literatuuronderzoek

Zoektermen	
Verstandelijke beperking	"developmental abnormalit*" OR "developmental challenge*" OR "developmental defect*" OR "developmental deficienc*" OR "developmental difficult*" OR "developmental disabilit*" OR "developmental disorder" OR "developmental handicap*" OR "developmental retardation" OR "intellectual abnormalit*" OR "intellectual challenge*" OR "learning defect*" OR "intellectual deficienc*" OR "intellectual difficult*" OR "intellectual disabilit*" OR "intellectual disorder" OR "intellectual handicap*" OR "intellectual retardation" OR "learning abnormalit*" OR "learning challenge*" OR "learning defect*" OR "learning deficienc*" OR "learning difficult*" OR "learning disabilit*" OR "learning disorder" OR "learning handicap*" OR "learning retardation" OR "mental abnormalit*" OR "mental challenge*" OR "mental defect*" OR "mental deficienc*" OR "mental difficult*" OR "mental disabilit*" OR "mental disorder" OR "mental handicap*" OR "mental retardation" OR "neurodevelopmental abnormalit*" OR "neurodevelopmental challenge*" OR "neurodevelopmental defect*" OR "neurodevelopmental deficienc*" OR "neurodevelopmental difficult*" OR "neurodevelopmental disabilit*" OR "neurodevelopmental disorder" OR "neurodevelopmental handicap*" OR "neurodevelopmental retardation" OR "cognitive abnormalit*" OR "cognitive challenge*" OR "cognitive defect*" OR "cognitive deficienc*" OR "cognitive difficult*" OR "cognitive disabilit*" OR "cognitive disorder" OR "cognitive handicap" OR "cognitive retardation"
Systemische behandeling	systemic intervention OR family therapy OR family based OR systemic approach OR parent-child OR parent child OR parent-infant OR parent infant OR family counseling OR family intervention OR family systems therapy OR parent-child interactions
Psychomotorisch therapie	body oriented psychotherap* OR dance therap* OR movement therap*OR psychomotor therap* OR exercise OR exercise therap* OR mind body therap*

## PUBLICATIE

Hoekman, J., & Ponsioen, A. (2024). *N=1 onderzoek Deel 1: Een introductie*.

Landelijk Kenniscentrum LVB

Ponsioen, A., & Hoekman, J. (2024). *N=1 onderzoek Deel 2: Meten, meten en nog eens meten. Een handleiding voor het uitvoeren van kwantitatieve single-case studies*. Landelijk Kenniscentrum LVB



Meer en meer krijgt men in de zorg en in het praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek oog voor de waarde van  $N=1$  onderzoek, ook wel single-case design studies genoemd of single-case experimental design studies als er sprake is van experimentele manipulatie van de onafhankelijke variabele(n). Ook internationaal worden gevalsstudies steeds meer gewaardeerd en is er consensus over hoe daarover gerapporteerd moet worden (<https://www.science-direct.com/science/article/pii/S0895435616300920>). Kenmerkend voor  $N=1$  onderzoek is dat de toestand van één onderzoeksobject – bijvoorbeeld een cliënt, een begeleider, leerkracht, groep, school of wijk – op verschillende momenten wordt beschreven: vóór de interventie, tijdens de interventie en na de interventie. Het gaat hierbij om herhaalde metingen, zodat het verloop van de veranderingen als gevolg van de interventie goed is te zien. De single-case studies worden binnen de sociale wetenschappen als een noodzakelijke aanvulling beschouwd op groepsstudies (zoals de randomized control trials, RCT's) omdat het generaliseren van populatiegegevens naar het individu voor veel psychologische fenomenen (gevoelens, gedachten, gedrag) en zeker voor alle ontwikkelingsprocessen niet mogelijk is. De kennis over de werking van een interventie voor een groep betekent niet dat deze interventie voor een individuele persoon effectief zal zijn. Daarvoor zal men in de klinische praktijk de werking van de interventie bij die ene persoon en uitgevoerd door die ene behandelaar moeten monitoren. Door de werking van de interventie bij meerdere personen te volgen volgens de procedures van het zogenoemde multiple baseline design (MBD) is het mogelijk om een single-case studie te repliceren en vanuit het individu naar een (sub)groep te generaliseren.

In de afgelopen jaren hebben Albert Ponsioen en Joop Hoekman meerdere keren de cursus  $N=1$  onderzoek ver-

zorgd vanuit het Landelijk Kenniscentrum LVB. Daarin hebben zij de cursisten, veelal professionals uit zorgorganisaties zoals gedragskundigen, meegenomen in dit type onderzoek en hen kennis laten maken met hoe dit onderzoek uitgevoerd kan worden en hoe de resultaten geïnterpreteerd kunnen worden.

Hun kennis en expertise zijn nu voor iedereen beschikbaar in twee boeken. In het introducerende boek (Deel 1) schrijven Joop Hoekman en Albert Ponsioen laagdrempelig over de ins en outs van  $N=1$  onderzoek. Ze geven concrete handvatten om uiteindelijk zelfstandig  $N=1$  onderzoek op te zetten en uit te voeren. Professionals met minimaal een HBO-denkniveau moeten daarna in het eigen werk  $N=1$  onderzoek kunnen uitvoeren. Statistische voorkennis is niet (of nauwelijks) nodig.

Het tweede boek (Deel 2) is vooral bedoeld voor professionals die niet alleen een  $N=1$  onderzoek willen gaan opzetten, maar die vervolgens ook de data-analyses zelf willen kunnen vormgeven en uitvoeren. De auteurs geven een introductie in verschillende analysemethoden en in R Statistics, een gratis softwareomgeving voor het maken van statistische berekeningen en grafische afbeeldingen.

Beide boeken zijn vanaf nu te downloaden:

Deel 1:

<https://www.kenniscentrumlvb.nl/product/n1-onderzoek-deel-1>

Deel 2:

<https://www.kenniscentrumlvb.nl/product/n1-onderzoek-deel-2>

## PROMOTIENIEUWS



### JAAP OLT Hof

Jaap Olthof promoveerde 1 maart 2024 aan de Universiteit van Amsterdam op het proefschrift 'Hard werken om normaal te zijn – Praktijken en illusies van inclusie'. Hier een samenvatting. Het gehele proefschrift is te lezen via de digitale link:

<https://dare.uva.nl/search?identificer=b7a1d9c2-05bb-4eed-8cdf-492883a83b59>

Ooit waren er geen mensen met een licht verstandelijke beperking (lvb). Althans, dat lijken de geschiedenisboeken te suggereren. Mensen met een lvb waren maar weinig zichtbaar. Vandaag de dag is dat wel anders. Steeds vaker lijken mensen met een lvb te botsen met normen en verwachtingen. Komen deze botsingen voort uit het 'gebrekige aanpassingsvermogen' of 'beperkte redzaamheid' van mensen?

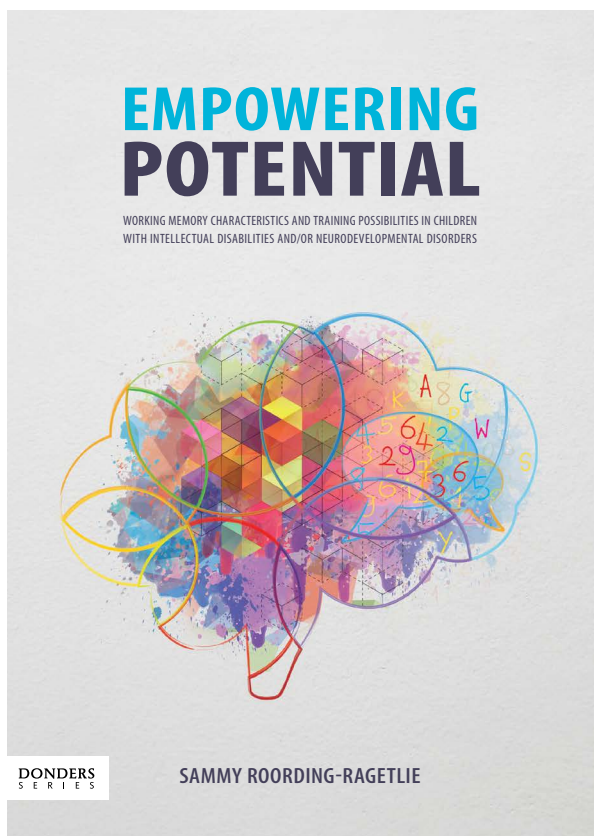
Een dergelijke pathologische verklaring zegt eigenlijk maar weinig en individualiseert het 'vraagstuk' vooral. In de analyse hanteerde ik nu eens niet een orthopedagogische maar een sociologische blik. Dit impliceert dat beperkingen gezien dienen te worden in relatie tot zowel persoonlijke geschiedenissen als de maatschappelijke context. Onderzoekers van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) deden een handreiking hiertoe door het afgelopen decennium meermaals te wijzen naar een 'complexere wordende samenleving' als verklaring voor het toenemende aantal mensen met een lvb dat moeilijkheden ervaart bij (maatschappelijk) meedoen. Mijn proefschrift volgde deze handreiking en richtte zich op het expliciteren van de grilligheid in praktijken van in- en exclusie, iets dat door een respondent treffend als een 'dagelijkse strijd' werd getypeerd.

Middels etnografisch onderzoek werden 33 mensen in Nederland en 9 mensen in Noorwegen langdurig gevolgd en kon hun strijd om inclusie in het alledaagse worden opgetekend. Het hart van het boek bestaat dan ook uit de ervaringen van mensen met een lvb zelf: over hoe zij relaties aangaan en pogen mee te doen. De lezer kijkt zo over de schouder van mensen met een lvb mee en krijgt inzicht in de weerbarstige werkelijkheid voor mensen met een lvb. Ook werden mensen uit het netwerk, professionals, coördinatoren, gedragsdeskundigen en beleidsmedewerkers geïnterviewd.

Hoewel inclusie in beleid wordt opgevat als een veelomvattend en vooral harmonisch ideaal, strookt dit niet met hoe mensen met een lvb zelf inclusie ervoeren en hier zelf vorm aan gaven tijdens het onderzoek. De inclusiepraktijk bleek ambivalent en nogal complex: mensen met een lvb ervoeren veel moeite maar lieten vooral botsingen en pogingen tot aansluiting zien. Daarbij moesten zij zich vaak schikken en aanpassen aan normen en verwachtingen en ontwikkelden een geheel eigen palet aan strategieën om toch mee te doen. Vaak bleek maar weinig ruimte te zijn voor 'andersheid'. Mensen met een lvb lieten zien dat de ervoeren problemen niet slechts aan gebrekkige adaptie te wijten zijn, maar een veel breder scala van aspecten raken: van sociale ongelijkheid tot eerder opgedane ervaringen en beperkende informele relaties.

Een centrale bevinding daarbij is dat het belangrijk is het perspectief van mensen zelf, van binnenuit, te leren begrijpen. Op basis van de conclusies werden vier praktijken van in- en exclusie onderscheiden: ingesloten worden, buitengesloten worden, aansluiting zoeken en je afsluiten. Deze praktijken waren trouwens niet strikt van elkaar gescheiden, maar wisselden elkaar af en kenden een zekere veranderlijkheid. Het begrijpen van inclusie als een praktijk, in plaats van een 'happy-clappy ideaal', biedt goede mogelijkheden voor toepassing door professionals. Tevens biedt het beleidsmakers een meer 'ontspannen' kijk op inclusie: 'gesegregeerde' voorzieningen blijken ook veilig en inclusief te kunnen zijn.

Omdat meedoen voor mensen met een lvb moeilijker lijkt te worden, is het aan te raden continue aandacht te hebben voor het behartigen van de belangen van mensen met een lvb. Dat vraagt om agendering en politisering van structurele botsingen, die verdienen uitversterking. Daarnaast is het raadzaam om 'tegen-publiekelijke plekken' te creëren, andere plekken te zoeken om mee te doen en ontmoetingen met anderen te arrangeren. Een coachende houding met inzet op eigen regie is daarbij raadzaam. En, het mag best een beetje botsen en schuren: dan pas nemen we de dagelijkse strijd van mensen met een lvb werkelijk serieus.



### SAMMY ROORDING-RAGETLIE

Sammy Roording-Ragetlie verdedigde op 3 september 2024 haar proefschrift 'Empowering potential: Working memory characteristics and training possibilities in children with intellectual and/or neurodevelopmental disorders' aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Hieronder een samenvatting. Op deze pagina staat meer informatie over dit onderzoek en een link naar het proefschrift van Sammy Roording-Ragetlie: <https://www.academischewerkplaatskajak.nl/promotieonderzoek-empowering-potential/>

Kinderen met een licht verstandelijke beperking (LVB) vertonen vaak een heterogeen beeld wat betreft gedragsproblemen en praktische en neurocognitieve vaardigheden. Dit wordt deels verklaard doordat de oorzaken van de verstandelijke beperking sterk verschillen tussen individuen. Sommige kinderen met een LVB hebben onderliggend genetische aandoeningen die invloed uitoefenen op hun neurocognitieve ontwikkeling, terwijl anderen hersenletsel hebben opgelopen of infecties tijdens hun ontwikkeling hebben doorgemaakt. Daarnaast worden omgevings- en psychosociale factoren beschouwd als significante risicofactoren voor een LVB. Gezien de complexiteit en variabi-

liteit van de factoren die bijdragen aan een LVB is het niet verrassend dat kinderen met een LVB, ondanks vergelijkbare IQ-scores, uiteenlopende neurocognitieve profielen vertonen en een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van bijkomende neurobiologische ontwikkelingsstoornissen.

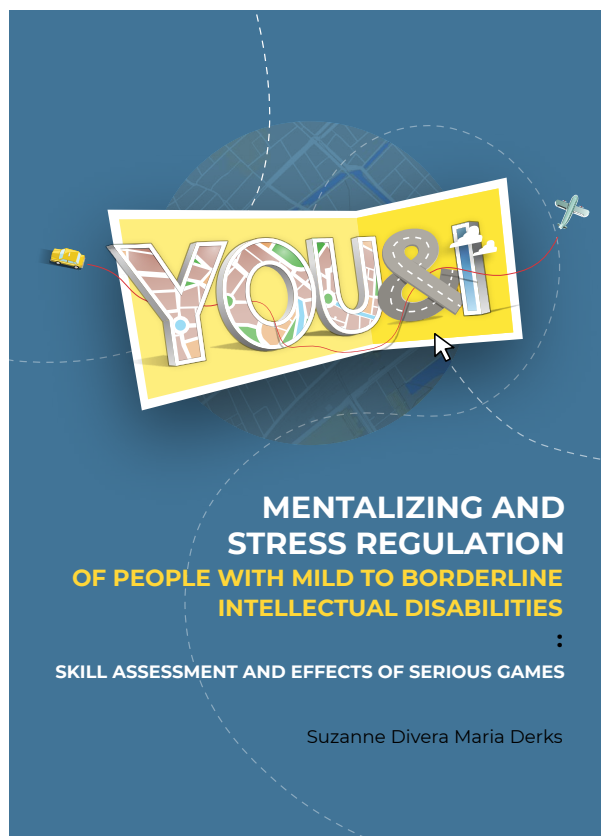
Dit proefschrift beschrijft een onderzoek naar neurocognitieve kenmerken van kinderen met een LVB, al dan niet in combinatie met een ontwikkelingsstoornis. Meer specifiek richt het onderzoek zich op werkgeheugencapaciteiten en de trainbaarheid hiervan bij kinderen met een LVB en aandachtstekortstoornissen met hyperactiviteit (ADHD), een autismespectrumstoornis (ASS) en/of leerstoornissen, zoals dyslexie. Hierbij is ook onderzocht hoe de neurocognitieve kenmerken zich verhouden tot gedrag en wat de invloed is van coaching tijdens werkgeheugentraining.

Op basis van literatuuronderzoek kan gesteld worden dat het visueel werkgeheugen een relatief sterke kant is bij kinderen met een LVB, terwijl het verbaal werkgeheugen vaak een kernprobleem vormt. Daarnaast blijkt vanuit een latente-profielanalyse dat binnen een heterogene klinische populatie kinderen met mengbeelden van LVB, ADHD en/of ASS, homogene subgroepen te onderscheiden zijn op basis van hun neurocognitieve profiel. Hierbij blijken verschillen in balans tussen snelheid en nauwkeurigheid van werken, samen met het vermogen (of onvermogen) om effectieve copingstrategieën toe te passen, bij te dragen aan variaties in werkgeheugenproblemen, maar niet aan de ernst van gedragsproblemen.

Hoewel het bewijs voor de effectiviteit van werkgeheugentraining bij kinderen met een LVB en/of neurobiologische ontwikkelingsstoornissen nog niet overtuigend is, tonen de interventiestudies aan dat deze kwetsbare kinderen in staat blijken te zijn om in relatief korte tijd hun werkgeheugencapaciteit te vergroten binnen een duidelijke en gestructureerde (laag intensieve) leeromgeving, waarbij intensieve coaching geen meerwaarde lijkt te hebben bovenop een regelmatig en gestructureerd contact met een coach tijdens werkgeheugentraining.

Tenslotte is het van belang te realiseren dat werkgeheugentraining niet snel als een geïsoleerde interventie zal worden ingezet bij deze doelgroep, maar het te zien als onderdeel van een bredere aanpak, geïntegreerd in het dagelijks leven en met voldoende ondersteuning vanuit de omgeving. Alleen op die manier krijgen deze kinderen de kans om hun potentieel te benutten en kunnen ze binnen

hun eigen mogelijkheden zoveel mogelijk tot bloei komen. suggest that The Growth Factory can be delivered widely across special education schools and care organizations at relatively low costs and in efficient ways.



### SUZANNE DERKS

Op 7 oktober 2024 promoveerde Suzanne Derks op haar proefschrift 'You & I. Mentalizing and stress regulation of people with mild to borderline intellectual disabilities: Skill assessment and effects of serious games'. De promotie vond plaats aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Hieronder haar samenvatting. Het proefschrift is via deze digitale link te lezen: [https://research.vu.nl/ws/portalfiles/portal/359931684/Definitief\\_proefschrift\\_-\\_kopie.pdf](https://research.vu.nl/ws/portalfiles/portal/359931684/Definitief_proefschrift_-_kopie.pdf)

Sociale en cognitieve vaardigheden zijn belangrijk voor het aangaan en onderhouden van sociale relaties. Voor mensen met een lichte verstandelijke beperking kan dit moeilijk zijn door hun atypische ontwikkeling van twee belangrijke vaardigheden: mentaliseren en stressregulatie. Om deze vaardigheden te verbeteren, is het essentieel de mate van aanwezigheid van deze vaardigheden eerst goed te meten. Bij de start van dit onderzoek waren er nog geen betrouwbare vragenlijsten voor deze doelgroep. Daarnaast is er behoefte aan effectieve en toegankelijke interventies, zoals serious games. Deze kunnen een veilige leeromgeving bieden, maar er ontbreekt nog een goed ontwerpmodel dat rekening houdt met de wensen van

gebruikers. Ook zijn er weinig bewezen effectieve serious games gericht op het verbeteren van sociaal-cognitieve vaardigheden bij deze groep. De onderzoeken in dit proefschrift hebben als doel meer inzicht te krijgen in het meten en verbeteren van sociaal-cognitieve vaardigheden, met speciale aandacht voor mentaliseren en stressregulatie bij mensen met een lichte verstandelijke beperking, van kinderen tot (jong)volwassenen.

Allereerst is de Reflective Functioning Questionnaire (RFQ) aangepast om mentaliseren bij volwassenen met een lichte verstandelijke beperking te meten. Vervolgens is onderzoek gedaan naar de psychometrische eigenschappen van deze lijst: meet de lijst wat hij moet meten? De studie laat zien dat de aangepaste RFQ vergelijkbare psychometrische eigenschappen heeft als bij volwassenen zonder verstandelijke beperking. Ook is de factorstructuur opnieuw onderzocht, wat resulteerde in twee subschalen: RFQ Self, die reflectie op eigen gevoelens en gedachten meet, en RFQ Other, die reflectie op de gevoelens en gedachten van zichzelf en anderen vertegenwoordigt.

Ten tweede zijn de belangrijkste elementen van een ontwerpmodel voor een serious game onderzocht en toegepast in de ontwikkeling van de serious game 'Jij & Ik', gericht op het verbeteren van mentaliseren en stressregulatie bij volwassenen met een lichte verstandelijke beperking. De effectiviteit en sociale validiteit van de game werden vervolgens geëvalueerd. De resultaten tonen aan dat 'Jij & Ik' positief wordt gewaardeerd en een gunstig effect heeft op het stressniveau bij negatieve sociale interacties (zoals pesten), maar geen invloed heeft op mentaliseren.

Tot slot werd er een eerste verkennende meta-analyse uitgevoerd naar de effecten van serious games die gericht zijn op het verbeteren van sociale en cognitieve vaardigheden bij kinderen met een verstandelijke beperking en/of autismespectrumstoornis. De resultaten laten zien dat serious games kleine, maar positieve effecten hebben op sociale adaptieve en cognitieve vaardigheden van deze kinderen.

De resultaten van de onderzoeken in dit proefschrift hebben enkele praktische implicaties. Het bestuderen van het meten van mentaliseren vormt een essentiële eerste stap in de ontwikkeling van bruikbare instrumenten voor de praktijk. Daarnaast biedt de gedetailleerde beschrijving van het ontwerpproces van de serious game 'Jij & Ik' waardevolle voorbeelden, inzichten en hulpmiddelen voor toekomstige onderzoekers en game-ontwikkelaars



die vergelijkbare games willen co-creëren voor deze doelgroep. Ten slotte kunnen de positieve effecten van het spel op stressregulatie en de positieve evaluaties van deelnemers erop wijzen dat het spel praktische meerwaarde heeft. Aanbevolen wordt om verder te onderzoeken hoe deze meerwaarde optimaal kan worden benut, met speciale aandacht voor het versterken van mentaliseren.



### KATRIEN POULS

Katrien Pouls verdedigde haar proefschrift 'Primary mental healthcare for people with mild intellectual disabilities. Opportunities upstream' op 9 oktober 2024 aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Hieronder een samenvatting. Dit is de digitale link naar haar proefschrift: <https://my-thesis.info/PDF/Pouls/pouls.html>

Eén op de drie volwassenen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) ervaart psychische problemen. Dat is twee keer zo vaak als mensen in de algemene bevolking. Echter, in de praktijk blijken ze vaak onvoldoende passende psychische zorg en ondersteuning te krijgen.

Ook in haar praktijk als arts verstandelijk gehandicapten (arts VG) kwam Katrien Pouls veel mensen tegen met een LVB die psychische en sociale problemen ervoeren. Vaak was er sprake van een lange voorgeschiedenis in de hulpverlening en waren er al veel professionals betrokken geweest. Daarnaast bleek de LVB laat herkend en waren de (psychische) zorg en ondersteuning onvoldoende afgestemd op de beperkingen en mogelijkheden van de patiënt. Mede hierdoor waren problemen groter en complexer geworden en moeilijker te behandelen. Katrien

vroeg zich af wat er gebeurd zou zijn als de LVB eerder herkend was en de psychische zorg en ondersteuning passender?

Deze ervaringen en overdenkingen hebben Katrien gemotiveerd om onderzoek te doen naar de psychische zorg die geboden wordt in de huisartsenpraktijk. De huisarts is immer het eerste aanspreekpunt voor mensen met een LVB die psychische problemen ervaren, biedt eerste-lijns psychische zorg en fungeert als poortwachter naar meer specialistische zorg.

Het doel van dit promotieonderzoek was het in kaart brengen van de psychische zorg die wordt geboden aan mensen met een LVB in de huisartsenpraktijk en het identificeren van kansen die deze zorg zouden kunnen verbeteren. In totaal zijn er 5 studies uitgevoerd: een literatuurstudie, twee dataonderzoeken met zowel huisartsen- als GGZ-data, een interviewstudie onder mensen met een LVB die psychische zorg hebben ontvangen van de huisarts en een focusgroepsstudie met huisartsen en POH's-GGZ die de zorg leveren.

De resultaten van deze studies laten zien dat patiënten met een LVB vaak al psychische problemen ervaren op jonge leeftijd, bij de huisarts komen met veel problemen tegelijkertijd die zowel medisch als niet-medisch van aard zijn, en extra ondersteuning nodig hebben van hun huisarts en mensen in hun netwerk. Deze patiënten doen dan ook relatief vaak een beroep op de huisarts, waarbij het opvalt dat in 80% van de gevallen de LVB mogelijk niet herkend wordt door de huisarts. Huisartsen vinden het lastig om de juiste zorg en ondersteuning te bieden en te organiseren. Daarnaast blijkt dat ook in de GGZ de LVB vaak niet herkend wordt en lijkt er zelfs sprake van onderbehandeling van deze groep.

De resultaten laten ook vijf kansen op verbetering zien in de huisartsenpraktijk. Deze worden hieronder kort langsgelopen.

1. **Zo vroeg mogelijk (h)erkennen van de LVB** in de huisartsenpraktijk, zodat de communicatie, zorg en ondersteuning hierop kunnen worden aangepast. Hiervoor is het noodzakelijk dat huisartsen en POH's-GGZ hun ervaring met en kennis over mensen met een LVB vergroten. Daarnaast moet het makkelijker worden een IQ-test aan te vragen en vergoed te krijgen door de zorgverzekering.
2. **Continuïteit van zorg** is extra van belang bij mensen met een LVB en psychische problemen,

maar de continuïteit staat onder druk. Taaksubstitutie, door bijvoorbeeld een praktijkondersteuner (L)VB, kan mogelijk de continuïteit in de huisartspraktijk voor deze patiëntengroep verbeteren.

3. **Het netwerk van de patiënt** met een LVB kan ondersteunend zijn voor zowel de patiënt als de huisarts of POH-GGZ. Het betrekken, versterken en samenwerken met het netwerk door de huisarts zijn daarom van belang. Helaas blijken mensen met een LVB niet altijd een steunend netwerk te hebben en zijn samenwerkingsafspraken met het sociale domein nodig om een professioneel netwerk rondom een patiënt efficiënt en effectief te organiseren.
4. Er is weinig wetenschappelijke en praktijkkennis over de psychische zorg aan mensen met een LVB in de huisartsenpraktijk. Hierdoor moeten huisartsen en POH's-GGZ meer vertrouwen op hun persoonlijke ervaringskennis. Het is daarom belangrijk dat beide groepen al vroeg in hun opleiding in contact komen met patiënten met een LVB. Bij gebrek aan kennis en ervaring is het waardevol om laagdrempelig te kunnen overleggen met een arts verstandelijk gehandicapt of psychiater.
5. **Samenwerking in de zorg** is bij deze patiëntengroep extra belangrijk vanwege hun complexe problemen en betrokkenheid van vaak verschillende professionals. Hiervoor is het belangrijk dat huisartsen overzicht hebben met welke professionals ze in hun regio kunnen samenwerken en deze laagdrempelig kunnen benaderen. Tenslotte moeten er heldere afspraken zijn over wie wat doet en hoe informatie gedeeld wordt binnen de samenwerking.

Katrien hoopt met dit promotieonderzoek bij te dragen aan een inclusief zorglandschap waarin mensen met een LVB de (psychische) zorg en ondersteuning kunnen krijgen die ze nodig hebben.



