

Unieke kinderen,
Unieke zorg,

Trias *uniek!*



Door Lotte Bruining en Lieke Meijerink
Juni 2011

Christelijke Hogeschool Windesheim
Sociaal Pedagogische Hulpverlening (SPH)

Unieke kinderen, unieke zorg, Trias Uniek!

Onderzoek naar trainingen voor kinderen van 6 tot 12 jaar bij Trias Jeugdhulp

Door:	Lotte Bruining (S1013236) Lieke Meijerink (S1010118)
Datum:	9 juni 2011
School:	Christelijke Hogeschool Windesheim
Begeleidende docente:	Suzan Huijbers
Opdrachtgever:	Trias Jeugdhulp
Vestigingsplaats:	Zwolle
Contactpersoon instelling:	Rianne Hutten

*Als ik hoor dan vergeet ik
Als ik zie dan onthoud ik
Als ik doe dan begrijp ik*

Voorwoord

Op 1 februari 2011 was het dan eindelijk zo ver, het laatste half jaar van onze studie brak aan. Na een succesvolle jaarstage met ongeveer dezelfde doelgroep konden we beginnen aan ons onderzoeksproject op de stage van Lotte, namelijk in opdracht van Trias Jeugdhulp.

Vanaf het eerste jaar zitten we al bij elkaar in de klas, samen met nog twee meiden hebben we met z'n vieren elkaar door het eerste jaar heen gesleept. Na het tweede jaar stopte een van de vier meiden, we bleven met z'n drieën over. In het derde jaar zijn wij beiden niet gelijk op jaarstage gegaan maar hebben we eerst een minor gevolgd. We zaten dus nu nog maar met z'n tweeën in hetzelfde traject. Ondertussen hadden we al heel wat tripjes samen gemaakt naar bijvoorbeeld Antwerpen, Stockholm, Concert at Sea en ga zo maar door. Het was dus al vrij snel duidelijk dat wij samen zouden afstuderen, hoe dan ook. Vol goede moed zijn we gestart met Major 6, door ons ook wel gewoon 'afstuderen' genoemd.

Omdat we beiden met ongeveer dezelfde doelgroep hebben gewerkt in onze jaarstage, was het vanzelfsprekend om of op Lotte haar stage of op Lieke haar stage een project te zoeken. Lieke liep stage in Arnhem, dit was qua vervoer niet erg handig. Daarentegen had Lotte haar stage in Zwolle, dus daarin was de keuze ook snel gemaakt. De teamleidster van het team waarin Lotte heeft gewerkt, had twee vragen voor ons liggen, we konden dus ook nog kiezen! Het onderwerp 'trainingen' sprak ons beiden gelijk het meeste aan. En wat bleek, onze 3^e spil uit het 2^e jaar nam samen met een ander studiegenootje het andere project. Zo waren we toch nog met z'n drieën op dezelfde instelling aan het afstuderen!

Op 1 februari zijn we dus maar gewoon van start gegaan met het onderzoek. Vanaf dat moment hadden we ook vrijwel altijd dezelfde werkplek, namelijk de studieruimte op school. Vooral in de laatste weken van het project waren we daar iedere dag te vinden, aan dezelfde tafel. Ondertussen haalden we kopjes thee, Mars, Snickers en typten we door totdat het etenstijd was. Dan vonden we het wel welletjes. Ondertussen waren we nog druk met het controleren van onze cijfers, het halen van de laatste toetsen en het maken van allerlei andere verslagen.

Tijdens het neuzen in allerlei boeken, met als onderwerp 'trainingen', vonden we een mooi Chinees spreekwoord, die u bovenaan dit voorwoord heeft kunnen lezen. We vonden dit spreekwoord erg passend bij het onderwerp en het effect dat wij, en vooral Trias Jeugdhulp graag willen bereiken met het geven van trainingen. Kinderen kunnen wel horen, kinderen kunnen ook wel onthouden, maar wanneer kinderen daadwerkelijk 'doen', dan begrijpen ze het pas en onthouden ze het ook. Al doende leert men het meest!

Uiteindelijk is het allemaal gelukt. Er ligt een onderzoeksverslag met een adviesrapport. Na 4 jaar, ploeteren, uitstellen, tegenslagen maar vooral veel lol, hebben we ons afstudeerproject afgerond.

Samenvatting

In dit onderzoeksverslag vindt u resultaten naar aanleiding van de volgende onderzoeksvraag:

Welke zorgvragen komen er binnen bij Trias Jeugdhulp, waar zij op kunnen inspelen door het ontwikkelen van nieuwe unieke trainingen voor kinderen van 6 tot 12 jaar?

We hebben, voor het beantwoorden van deze onderzoeksvraag verschillende instellingen voor Jeugdhulp benaderd om informatie te verkrijgen over hoe zij werken met het geven van trainingen. We hebben hierin onderscheid gemaakt tussen 'reguliere' trainingen en trainingen voor specifieke doelgroepen. Over beide soorten trainingen hebben we geprobeerd om zo veel mogelijk informatie in te winnen door middel van het houden van interviews en het zoeken van literatuur bij trainingen. Om er achter te komen waar de zorgvragen liggen bij kinderen die zorg hebben of hebben gehad bij Trias Jeugdhulp, hebben wij alle dossiers van alle kinderen in de leeftijd van 6-12 jaar die de laatste 2 jaar zorg hebben gehad bij Trias, doorgenomen. We hebben alle informatie verwerkt door middel van het invullen van vragenlijsten, per kind. Vervolgens hebben wij alle problematieken ingevoerd in het programma SPSS. Met dit programma hebben wij uit kunnen rekenen hoe vaak bepaalde stoornissen voor zijn gekomen en hoe vaak bepaalde problematieken bij kinderen in verschillende combinaties voorkwam.

De belangrijkste onderzoeksresultaten van dit onderzoek gaan over (echt)scheiding van ouders, sociale vaardigheden van kinderen en agressief gedrag bij kinderen. Wat betreft het geven van trainingen, zijn de vaardigheden van trainers en de ruimte waarin de training gegeven wordt, belangrijke aspecten waar Trias aan moet denken bij het geven van nieuwe, unieke trainingen voor een specifieke doelgroep.

Inleiding

Aanleiding en relevantie

In het kader van ons afstudeerproject aan de Christelijke Hogeschool Windesheim, zijn wij, Lotte Bruining en Lieke Meijerink op zoek gegaan naar een onderzoeksproject bij één van de instellingen waar wij hebben stage gelopen. Al snel bleek dat er bij Trias Jeugdhulp, op de dagbehandeling waar Lotte haar jaarstage heeft gelopen een onderzoeksvraag lag.

In het jaar dat Lotte daar haar stage liep, heeft er een grote verhuizing plaatsgevonden. Het Boddeart centrum veranderde in een KET-centrum (Kennis En Trainingscentrum). Deze verandering had tot gevolg dat ze op de nieuwe locatie meer trainingen hebben ontwikkeld voor kinderen. Toen de eerste trainingen van start waren gegaan (bijv. psycho-educatie training en training voor kinderen met gescheiden ouders), kwamen er veel positieve reacties van ouders en groepsleiders. Ouders gaven terug, te zien dat hun kinderen in positieve zin zijn veranderd, zij waren bijvoorbeeld weerbaarder geworden of konden makkelijker praten over de scheiding van hun ouders. Trias zag dus dat de trainingen een meerwaarde waren voor de kinderen en daarom wilden zij zich hierin nog verder ontwikkelen. En zo is dit onderzoek ontstaan. De teamleidster van het team van 6 tot 12 jaar van Trias Jeugdhulp, was, naar aanleiding van deze ontwikkeling, benieuwd hoe zij zich als team nog meer kunnen ontwikkelen op het gebied van trainingen. Zij dachten daarbij bijvoorbeeld aan sociale vaardigheidstrainingen (SOVA-training) voor kinderen met autisme of een agressieregulatie training voor kinderen met ADHD.

Omdat Lotte de effecten van de trainingen heeft ondervonden, werd zij enthousiast om zich hierin te gaan verdiepen. Lieke heeft tijdens haar jaarstage ook gewerkt met vergelijkbare kinderen als op de dagbehandeling van Trias, en was onder de indruk van de positieve verhalen over de effecten van de trainingen. Dat gaf haar de motivatie om samen dit onderzoek te starten.

Onze motivatie voor de samenwerking is ontstaan doordat we in de afgelopen 4 jaar veel hebben samengewerkt in de opleiding en dit ons beide goed is bevallen. We hebben allebei onze jaarstage gelopen met dezelfde doelgroep, namelijk kinderen in de leeftijd van 6 tot 12 jaar die door verschillende problemen in aanraking zijn gekomen met jeugdhulpverlening.

Doelgroep

Zoals we hierboven al zeiden richten we ons onderzoek op kinderen in de basisschoolleeftijd. Niet alleen omdat we beide ervaring hebben met deze doelgroep maar ook omdat we vinden dat het voor deze kinderen erg effectief is wanneer er meer trainingen zijn voor kinderen met een specifieke zorgvraag. Bij het KET-centrum is men er achter gekomen welke positieve effecten een training allemaal kan hebben voor kinderen. Het team dat werkt met kinderen van 6 tot 12 jaar, werd hierdoor ook gemotiveerd om zich hierin te gaan ontwikkelen. Kinderen behalen door het volgen van trainingen voor specifieke doelgroepen, sneller de voor hen opgestelde doelen. Het zorgtraject van kinderen kan hierdoor worden verkort, wat tot gevolg heeft dat kinderen sneller zijn uitbehandeld en dat de wachtlijsten bij Trias voor een plek op de dagbehandeling of 24uurs zorg voorzieningen, korter worden.

Trias Jeugdhulp biedt hulp in een veel groter gebied dan Zwolle, maar omdat wij gekozen hebben voor een kwalitatief onderzoek hebben we de keuze gemaakt om alle jeugdhulpverlening voor kinderen van 6-12 jaar binnen Zwolle, door Trias geboden, mee te nemen in ons onderzoek. De reden waarom wij voor kwalitatief onderzoek hebben gekozen is omdat wij het belangrijk vonden dat wij heel specifiek op alle problemen die het kind heeft, konden ingaan. We hebben de doelgroep daarom kleiner gemaakt, maar de informatie per kind groter. We hebben zo veel mogelijk specifieke informatie per kind uit de dossiers meegenomen zoals de huidige gezinssamenstelling, eventuele diagnose, hulpvorm die geboden is en ook het gedrag wat het kind vertoont. Trias kan met behulp van de uitkomsten van het onderzoek bekijken welke trainingen zij moeten ontwikkelen die specifiek zijn gemaakt voor een bepaalde doelgroep en uniek is in de regio.

De onderzoeksvraag

Welke zorgvragen komen er binnen bij Trias Jeugdhulp, waar zij op kunnen inspelen door het ontwikkelen van nieuwe unieke trainingen voor kinderen van 6 tot 12 jaar.

Doelstelling: een advies geven aan Trias jeugdhulp over welke trainingen aansluiten bij de behoefte van de binnenkomende zorgvragen van kinderen van 6

tot 12 jaar. Daarbij geven we adviezen over belangrijke factoren waar Trias rekening mee moet houden bij het opzetten van een 'unieke' training.

Ons onderzoek hebben we opgedeeld in de volgende deelvragen om op die manier antwoord te geven op de onderzoeksvraag:

1. Wat is Trias Jeugdhulp en wat doet Trias jeugdhulp voor welke doelgroep? (hoofdstuk 1)
2. Hoe zien bestaande trainingen voor kinderen in de jeugdhulpverlening van 6 tot 12 jaar eruit? (hoofdstuk 2)
3. Wat verstaat Trias Jeugdhulp onder een unieke training? (hoofdstuk 3)
4. Welke zorgvragen komen er binnen bij de voordeur van Trias? (hoofdstuk 4)
5. Welke zorgvragen en verbanden binnen de zorgvragen zijn opvallend? (hoofdstuk 5)
6. Met welke aspecten moet Trias Jeugdhulp specifiek rekening houden als het gaat om het ontwikkelen van een unieke training? (hoofdstuk 6)

In hoofdstuk 7 vindt u het rapport met daarin de adviezen die wij Trias Jeugdhulp geven op het gebied van het ontwikkelen van unieke trainingen.

Onderzoeksmethoden

Voor het beantwoorden van onze deelvragen hebben we twee onderzoeksmethoden gebruikt, namelijk: interview en vragenlijst. We hebben interviews gehouden met professionals uit het werkveld die ervaring hebben met het ontwikkelen en geven van trainingen aan kinderen. Om een beeld te krijgen welke problematieken er allemaal spelen bij onze doelgroep hebben we een vragenlijst opgesteld. Deze vragenlijst kunt u vinden in de bijlage (pagina 62). U zult daarbij zien dat wij niet alle gegevens hebben gebruikt voor de onderzoeksresultaten. Deze hebben we per kind ingevuld, naar aanleiding van het doornemen van indicaties van onderzochte kinderen. Als laatste hebben we voor het analyseren en combineren van alle binnengekomen zorgvragen het computerprogramma IBM SPSS Statistics 18 (Statistical Package for the Social Sciences) gebruikt. In dit programma hebben wij de gegevens die wij belangrijk achten voor ons onderzoek, van alle kinderen in de leeftijd van 6 tot 12 jaar die de afgelopen twee jaar hulp hebben gehad van Trias Jeugdhulp, verwerkt. Met dit programma konden wij gemakkelijk verbanden zoeken tussen verschillende problemen. We konden bijvoorbeeld gemakkelijk bekijken hoe vaak ADHD voorkwam naast bijvoorbeeld 'het kind heeft moeite met sociale vaardigheden'.

Daarbij zijn we op zoek gegaan naar literatuur die nuttig is voor ons onderzoek. Allereerst hebben we gekeken naar welke stoornissen veel voorkomen bij de kinderen die zorg krijgen van Trias. Op deze manier geven wij u een beeld van welke stoornissen er zijn en wat deze inhouden en op welke stoornissen wij ons richten. Ten tweede hebben wij ons verdiept in de organisatie Trias Jeugdhulp. We hebben gekeken op welke doelgroep zij zich richten en welke zorgvormen zij bieden. We hebben onderzocht wat zij willen bereiken als het gaat om unieke trainingen. Wij achten het erg belangrijk om de wens van Trias hierin mee te nemen, om een zo passend mogelijk adviesrapport te maken.

Opbouw van het verslag

De informatie die wij hebben gegeven rondom de stoornissen en de organisatie staat beschreven in hoofdstuk 1. Hierin beantwoorden wij onze eerste deelvraag.

Trias wil unieke trainingen ontwikkelen, daarvoor is het van belang om te kijken wat een training is, hoe een training wordt opgebouwd en waar rekening mee gehouden moet worden. Daarvoor hebben wij vier bestaande trainingen bekeken en uitgewerkt op belangrijke punten die men moet weten wanneer er een training ontwikkeld gaat worden. De uitgewerkte trainingen kunt u vinden in hoofdstuk 2. In hoofdstuk 3 kunt u lezen wat Trias Jeugdhulp verstaat onder een 'unieke' training en hoe andere instellingen werken met trainingen voor kinderen. Onze derde deelvragen hopen wij hiermee te beantwoorden. Een overzicht van alle problematieken die wij hebben verzameld van alle onderzochte kinderen kunt u vinden in hoofdstuk 4. Dit hebben we weergegeven in tabellen met daarin aantallen en percentages. In hoofdstuk 5 hebben wij verbanden onderzocht tussen verschillende, naast elkaar voorkomende stoornissen bij kinderen. We hebben daarbij alleen de gegevens meegenomen waarvan de organisatie graag cijfers wilde weten. In het laatste hoofdstuk vindt u het antwoord op onze onderzoeksvraag. In dit hoofdstuk staat het advies dat wij Trias Jeugdhulp geven als het gaat om het ontwikkelen van 'unieke' trainingen, passend bij de binnenkomende zorgvragen en een advies over de vormgeving van de trainingen.

Veel lees plezier!

Lieke Meijerink en Lotte Bruining

Inhoudsopgave

Voorblad	
Voorwoord	
Samenvatting	Blz. 4
Inleiding	Blz. 5
Inhoudsopgave	Blz. 7
H1. Trias Jeugdhulp	
▪ 1.1 Wat is Trias Jeugdhulp?	Blz. 9
▪ 1.2 Zorgvormen	Blz. 9
▪ 1.3 Welke methodieken hanteert Trias Jeugdhulp?	Blz. 11
▪ 1.4 Het proces van Bureau Jeugdzorg Zwolle naar Trias Jeugdhulp	Blz. 12
▪ 1.5 Veel voorkomende stoornissen bij kinderen en jeugdigen	Blz. 13
▪ 1.6 Samenvatting	Blz. 17
H2. Trainingen	
▪ 2.1 Verantwoording van de gekozen trainingen	Blz. 18
▪ 2.2 Literatuur over de training, bang zijn voor andere kinderen	Blz. 18
▪ 2.3 Literatuur over de training, Ho! Tot hier en niet verder	Blz. 21
▪ 2.4 Literatuur over de training, STOP 4-7	Blz. 24
▪ 2.5 Literatuur over de training, minder boos en opstandig	Blz. 26
▪ 2.6 Samenvatting	Blz. 28
H3. Unieke trainingen	
▪ 3.1 Wat verstaat Trias jeugdhulp onder unieke trainingen?	Blz. 29
▪ 3.2 Verantwoording van de benaderde instellingen.	Blz. 30
▪ 3.3 Hoe werken de benaderde instellingen met trainingen?	Blz. 31
▪ 3.4 Samenvatting	Blz. 37
H4. Verantwoording en cijfers	
▪ 4.1 Verantwoording en cijfers	Blz. 39
▪ 4.2 Samenvatting	Blz. 46
H5. Vergelijkingen	
▪ 5.1 Verantwoording van de onderzochte vergelijkingen	Blz. 48
▪ 5.2 Uitleg bij de weergegeven tabellen	Blz. 49
▪ 5.3 Opvallende cijfers	Blz. 52
▪ 5.4 Samenvatting	Blz. 52
H6. Conclusie	
▪ 6.1 Op welke problematieken bij kinderen kan Trias inspelen?	Blz. 53
▪ 6.2 Waar moet Trias rekening mee houden bij het ontwikkelen van een unieke training?	Blz. 55

H7. Adviesrapport	
▪ 7.1 Adviezen omtrent de binnenkomende zorgvragen	Blz. 58
▪ 7.2 Adviezen omtrent de opbouw van een training	Blz. 59
▪ 7.3 Suggesties voor vervolgonderzoek	Blz. 61
Dankwoord	Blz. 62
Bibliografie	Blz. 63
Bijlagen	
▪ Vragenlijst	Blz. 64
▪ Interviewvragen	Blz. 66
▪ Interviews uit het vooronderzoek	Blz. 68
▪ Werkinstructie werkwijze "8 van Kaiser"	Blz. 70
▪ Uitgewerkte bijeenkomst van een training	Blz. 73
▪ Ephorus rapport	Blz. 75

Inleiding:

In dit hoofdstuk laten wij u kennismaken met de instelling Trias Jeugdhulp, zodat het voor iedereen helder is binnen welke organisatie wij ons onderzoek hebben verricht. We vertellen over de instelling, de verschillende zorgvormen en hoe jeugdigen terecht komen bij Trias Jeugdhulp in Zwolle. Daarnaast kunt u in dit hoofdstuk lezen over veel voorkomende stoornissen bij kinderen. De doelgroep waarna wij onderzoek doen wordt op deze manier verduidelijkt. Onze eerste deelvraag proberen wij hiermee te beantwoorden, namelijk: Wat is Trias Jeugdhulp en wat doet Trias Jeugdhulp voor welke doelgroep?

1.1 Wat is Trias Jeugdhulp

Trias Jeugdhulp is een organisatie die zich inzet voor ouders en kinderen, zij bieden jeugd en opvoedhulp. Trias biedt hulp in vele steden binnen Overijssel. Hieronder staat de doelgroep beschreven waaraan Trias hulp verleent en welke hulpvormen er mogelijk zijn binnen Trias. Trias biedt hulp aan kinderen en jongeren in de leeftijd van 0-18 jaar met eventueel uitloop naar ongeveer 23 jaar. De leeftijden zijn opgedeeld in:

- 0-6 jaar
- 6-12 jaar
- 12-18 jaar

Bovengenoemde doelgroepen zijn veelal kinderen met een stoornis, gedragsproblemen, problemen in de thuissituatie, ontwikkelingsachterstand, etc. Voor verdere informatie over problematieken verwijzen we naar paragraaf 1.6 (pagina 17).

1.2 Zorgvormen

· Dagbehandeling

Dagbehandeling is er voor zowel het jonge kind als voor de schoolgaande jeugd. Het gaat hier om kinderen in de leeftijd van vijf tot achttien jaar en hun gezin. Tijdens deze behandeling staat het hele gezin centraal. Dagbehandeling is er voor kinderen en jongeren bij wie de ontwikkeling verstoord is of achterblijft. Enkele voorbeelden zijn: het hebben van een stoornis, ingrijpende gebeurtenissen in het gezin, moeilijkheden op school, moeite met sociale vaardigheden, ouders hebben ondersteuning nodig bij de opvoeding.

De kinderen komen hier na schooltijd en gaan na het eten weer naar huis. De dagbehandeling biedt structuur en afhankelijk van de opgestelde doelen biedt de dagbehandeling trainingen aan kinderen. Veel voorkomende trainingen zijn; eigen identiteit, sociale vaardigheden, echtscheidingstraining voor kinderen die moeite hebben met de echtscheiding van hun ouders, psycho-educatie en een weerbaarheidstraining. Elk kind krijgt een mentor. Deze mentor is verantwoordelijk voor het overzicht van de begeleiding van het kind en stelt de verslagen op, maakt leerdoelen met het kind, maakt afspraken met ouders en school en zorgt dat het traject zo goed mogelijk verloopt.

· Ambulante hulpverlening

Er zijn meerdere vormen van ambulante hulpverlening die Trias biedt.

o Ouder-kind groep

Dit is een ambulante hulpvorm voor ouders en hun baby of kind tot 1,5 jaar. Deze hulp kan gaan over kinderen die veel huilen, niet willen eten of drinken maar de hulp richt zich ook op onzekere ouders of problemen rondom de zwangerschap. Er wordt samen met de ouders naar de situatie gekeken en er wordt ook samen gekeken naar eventuele oplossingen om de situatie weer prettiger te maken.

o Spoedgroep

De spoedgroep is een hulpvorm die ingezet kan worden bij acute gezinsproblemen. De hulp richt zich op het creëren van rust en overzicht in een gespannen gezinsklimaat. De ambulante hulpverlener kijkt samen met het gezin wat er speelt en wat er nodig is om weer tot een prettig gezinsklimaat te laten komen.

De duur van Spoedzorg hangt af van de situatie, maar is nooit langer dan 28 dagen

o PPG

PPG (praktische pedagogische gezinsbegeleiding) is een vorm van praktische begeleiding voor ouders. De PPG'er zoekt samen met het gezin naar oplossingen van problemen in alledaagse situatie. De PPG'er helpt hierbij door er bijvoorbeeld over te praten,

bepaalde situaties uit te spelen, en het observeren zodat bepaalde situaties of problemen verbeterd kunnen worden. Het kan gaan om vragen als, hoe ga ik om met mijn kind met ADHD, hoe zorg ik ervoor dat mijn kind fijn kan spelen met andere kinderen, etc. Het doel is om de ouders weer zelfvertrouwen te geven en handvatten om verder te kunnen in de opvoeding.

- o IOG

IOG biedt uitkomst als er meer aan de hand is dan alleen opvoedingsproblemen. De hulp richt zich op de wensen van de ouders om hun kind thuis op te voeden en die van het kind om thuis op te groeien. Ze zoeken met het gehele gezin naar een oplossing voor de problemen die zich voor doen.

De hulp richt zich ook op de andere problemen in het gezin die invloed hebben op de situatie met de kind(eren). Het kan gaan om ziekte, verslaving of bijvoorbeeld schulden.

Het doel is dat ouders weer vooruit kunnen met de opvoeding en als gezin in staat zijn om gebruik te maken van hulpbronnen in de omgeving.

De duur van IOG is vier tot zes maanden; de IOG'er heeft in principe twee keer in de week contact met het gezin.

- o Extern begeleid wonen en vertrektraining.

Extern Begeleid Wonen helpt jongeren tot achttien jaar die ambulante begeleiding nodig hebben om de laatste stap naar zelfstandigheid – zelfstandig wonen - te kunnen maken. Voor jongeren die achttien-plus zijn, geldt dat ze voor hun achttiende levensjaar al contact hebben gehad met Bureau Jeugdzorg. Het betreft zowel jongeren die vallen binnen het vrijwillige kader als jongeren die binnenkomen met een ondertoezichtstelling (OTS), met eventueel daaraan gekoppeld Jeugdreclassering. Trias Jeugdhulp biedt door middel van gesprekken en ondersteuning hulp op de volgende terreinen: sociaal/emotioneel, financieel, het krijgen van een goed en verantwoord dagritme, het aanleren van vaardigheden die zelfstandig wonen tot doel hebben (zoals: het invullen van formulieren, runnen van een huishouden).

Jongeren tot achttien jaar die binnen het vrijwillige kader vallen, moeten zelf zorg dragen voor eigen inkomsten. Mogelijkheden kunnen zijn: ouders, een tegemoetkoming studiekosten of een werk/leertraject.

Een jongere tot achttien jaar die met OTS binnenkomt, kan mogelijk gebruik maken van een financiële regeling via Bureau Jeugdzorg.

Jongeren van achttien-plus in het Extern Begeleid Wonen-traject, moeten zelf voorzien in hun kosten voor levensonderhoud. Trias Jeugdhulp kan niet financieel bijdragen aan het zelfstandig kunnen wonen van de jongeren.

Het doel is dat jongeren na maximaal zes maanden in staat zijn om zelfstandig een huishouden te voeren. Als mocht blijken dat een jongere een zwaardere hulpvraag heeft die meer/intensievere en mogelijk een langdurige hulpverlening vraagt, dan zullen wij samen met de jongere en de plaatser/voogd zorg dragen voor een vervolgentraject

- o Vertrektraining

Vertrektraining (VT) is een korte, maar zeer intensieve vorm van hulp die zich richt op jongeren van 15 tot 23 jaar. De individuele training van tien weken staat voor het samen werken aan een stabiele leefomgeving.

24-uurszorg

Hieronder vallen 4 hulpvormen:

- o Behandelgroep

Op een behandelgroep wordt het gezinsleven zoveel mogelijk nagebootst. Overdag gaan de kinderen naar school, dit kan ook bijzonder onderwijs zijn. Elk kind heeft een begeleider, die samen met het kind werkt aan de opgestelde doelen. De duur hangt af van hoe snel het kind de opgestelde doelen behaalt. Trias jeugdhulp heeft ook gespecialiseerde behandelgroepen voor bijvoorbeeld kinderen met autisme.

- o Gezinshuis

In een gezinshuis wonen gezinshouders met een aantal kinderen. Ieder kind heeft een eigen kamer en het lijkt zoveel mogelijk op een gewone thuissituatie. In het weekend kan het kind wanneer mogelijk naar huis of naar een weekendgezin.

- o Training zelfstandigheid

Jongeren vanaf zestien jaar kunnen zich bij het kamertrainingscentrum voorbereiden op het zelfstandig wonen, hierbij kun je denken aan: koken, wassen, leren hoe met geld om te gaan. In de loop der tijd krijgt de jongere steeds meer verantwoordelijkheden om de stap naar het zelfstandig wonen steeds kleiner te maken. De jongere heeft een eigen kamer en een mentor. Er is 24 uur per dag een begeleider aanwezig.

- o **Spoedzorg**

Als er acute nood is, biedt Trias Jeugdhulp de mogelijkheid van spoedzorg. Spoedzorg is een intensieve, kortdurende vorm van ambulante hulpverlening bij u thuis, eventueel in combinatie met een kortdurende opname binnen de crisisopvanggroep.

Deze hulp is bedoeld voor gezinnen met kinderen in de leeftijd tot achttien jaar. De duur hangt af van de situatie, maar is nooit langer dan 28 dagen. Als het nodig is, stroomt het kind door naar een andere hulpverleningsvorm

Pleegzorg

Onder pleegzorg vallen de volgende hulpbronnen:

- o **Spoedzorg**

Wanneer een kind door een crisissituatie niet meer thuis kan wonen, wordt spoedzorg in een pleeggezin ingezet. Het kind verblijft dan maximaal 28 dagen in een pleeggezin, mogelijk met een verlenging. In deze periode moet er duidelijk worden wat de volgende stappen worden.

Bij een justitiële plaatsing komt er een gezinsvoogd in het gezin. Wanneer de situatie uit de hand loopt kan de Raad van de Kinderbescherming besluiten om snel in te grijpen.

- o **Kortdurende pleegzorg**

Deze plaatsing is voor kortere tijd, tot maximaal een jaar. Deze zorg wordt ingezet ter overbrugging. Tijdens deze plaatsing wordt er onderzocht of het kind weer naar huis kan of dat er anders stappen gezet moeten worden.

- o **Langdurende pleegzorg**

Bij deze hulpvorm kunnen kinderen langere tijd verblijven in een pleeggezin. Trias vindt hierbij nauw contact met de ouders erg belangrijk. Hierover worden afspraken gemaakt, bijvoorbeeld mailafspraken, belafspraken en een bezoeksregeling.

- o **Weekend- en vakantie pleegzorg**

Wanneer ouders behoefte hebben ontlast te worden, kunnen kinderen gebruik maken van weekend- en vakantiepleegzorg. Kinderen kunnen dan een weekend verblijven in een pleeggezin. Er kan met de ouders gekeken worden wat wenselijk is, hoeveel weekenden etc.

- o **Netwerk pleegzorg**

In eerste instantie wordt er altijd gekeken of kinderen ook tijdelijk bij hun familie kunnen wonen. Oom, tante, opa, oma etc. Voor een netwerkgezin moet er ook een verklaring van 'geen bezwaar' komen en een medische verklaring.

Wanneer netwerkpleegzorg niet mogelijk is, wordt er gekeken naar een pleeggezin.

- **Zorgboerderijen**

Op een jeugdzorgboerderij biedt Trias Jeugdhulp op indicatie hulp aan kinderen en jongeren tussen de vijf en achttien jaar.

Binnen de structuur en ruimte van de jeugdzorgboerderij krijgen zij op een natuurlijke manier de mogelijkheid zich te ontwikkelen en vaardigheden te oefenen. Het verzorgen van dieren, tuinieren in een moestuin en contact maken met andere kinderen zijn activiteiten die wij inzetten om te werken aan doelen als: het leren samenspelen met anderen en leren vertrouwen op jezelf. Trias biedt dagopvang en logeeropvang op de zorgboerderijen.

(www.triasjeugdhulp.nl)

1.3 Welke methodieken hanteert Trias Jeugdhulp?

Trias jeugdhulp werkt met verschillende methodieken. De methodieken die hieronder benoemd worden zijn geïntegreerd in het dagelijks handelen met de cliënt. Er wordt dus met elke cliënt op een oplossingsgerichte, systeemgerichte en competentiegerichte manier gewerkt. (Malschaert, 2010)

- o **Oplossingsgericht werken**

In deze methodiek wordt de waarneming van de cliënt centraal gesteld en niet die van de hulpverlener. Hierbij gaat de hulpverlener ervan uit dat zijn waarneming niet altijd de juiste is en daardoor gaat luisteren naar de cliënt. Belangrijke uitgangspunten zijn:

-In de hulp ligt de focus op de oplossingen en niet op problemen van de cliënt.

-De cliënt is in staat om zijn eigen oplossingen te vormen.

-Er is altijd sprake van veranderingen en deze kunnen benut worden als kansen.

-Herhaling van geslaagde gedragingen, hoe klein ook, vormt de basis voor positieve veranderingen.

- o **Systeem gericht werken**

Hierbij staat het hele systeem van de cliënt centraal dus niet alleen de cliënt de zelf. De omgeving van de cliënt heeft ook invloed op de cliënt, daarom is bij het behandeling van de cliënt van belang ook de omgeving hierbij te betrekken, zover als het kan en nodig

is. Hierbij wordt wel gekeken naar die personen die het meeste invloed hebben op het gedrag van de cliënt

- Competentiegericht werken

Binnen het competentiemodel wordt de term ontwikkelingstaken gebruikt. Iemand is competent als de vaardigheden in evenwicht zijn met de taken. Als de ontwikkelingstaken te zwaar zijn of wanneer er teveel taken zijn, kan het evenwicht verstoord raken. Of andersom als iemand over te weinig vaardigheden beschikt. Voorbeelden van vaardigheden zijn luisteren, praten of reageren. De omstandigheden die een taak verzwaren zijn de stressoren (stress factoren in de opvoeding, bijvoorbeeld financiële problemen of relatieproblemen) en die taak versterken zijn de protectieve factoren. Competentiegericht benadering richt zich op de competenties die het kind al heeft en vanuit daar, verder te werken.

1.4 Het proces van Bureau Jeugdzorg Zwolle naar Trias Jeugdhulp

Wat zijn indicaties en hoe gaat dat in zijn werk?

Een indicatie wordt (in het geval van Trias Jeugdhulp) opgesteld door Bureau Jeugdzorg Zwolle (BJZO), hierin in staat de casus van de cliënt (het verhaal van de cliënt, opgesteld door een medewerker van BJZO) en de doelen waaraan de gekoppelde instelling met de jongere en ouders gaan werken. Een indicatie gaat ook om geld, wanneer een jongere zijn traject positief heeft afgerond, krijgt de instelling waar het kind zijn zorg heeft gekregen, geld. De doelen moeten aan het eind van het zorgtraject behaald zijn. Dit kan een paar maanden zijn afgerond, maar het kan ook zijn dat kinderen jaren bij Trias hulp krijgen.

Wanneer een gezin aangemeld wordt bij Bureau Jeugdzorg, begint de onderzoeksmolen. Dit zijn de stappen die gemaakt worden:

Stap 1: besluit of een klant cliënt is voor Bureau Jeugdzorg

Stap 2: toets of de cliënt eerder hulp ontvangen heeft

Stap 3: verken de aard en de ernst van de problematiek

Stap 4: schat de veiligheid en risico's van kindermishandeling in

Stap 5: beoordeel de problematiek

Stap 6: bepaald het geëigende indicatietraject

Kort gezegd, inventariseert BJZO de problematiek van de cliënt, koppelt hier doelen aan en verwijst de cliënt door naar een passende zorginstelling. BJZO werkt met 3 grote zorgaanbieders waarvan Trias Jeugdhulp er één is. Trias werkt, grof gezegd in de regio Zwolle, Steenwijk, Kampen. De andere twee zorgaanbieders zijn Jarabee (omgeving Enschede) en Pactum Jeugdzorg (omgeving Gelderland, Achterhoek).

Door de zorgaanbieder wordt op basis van de indicatie en de hulpverleningsdoelen, een verdere uitwerking gegeven van de concrete zorg die aan de cliënt geleverd gaat worden, waaronder de omvang en de duur van die zorg. Dit wordt vastgelegd in het hulpverleningsplan waarin gespecificeerd is 'wie wanneer welke hulp levert en met welk doel', in overleg en na toestemming van de cliënt. Indien voor nieuwe doelen een andere zorgvorm nodig is en een andere functie, moet BJZO een nieuw indicatiebesluit afgeven.

Het indicatietraject wordt bepaald aan de hand van de 8 Kaiser normen die hieronder zijn beschreven. Deze normen zijn in 2011 opgesteld door Bureau Jeugdzorg en worden sindsdien gehanteerd door alle jeugdzorgmedewerkers in Overijssel. In de bijlage (pagina 70) vindt u het complete verslag van BJZO over de richtlijnen bij het indiceren voor jeugdzorg in Overijssel.

Schema Kaiser, 8 normen

Functie (3 mogelijkheden)	Zorgvorm (8 mogelijkheden)
Jeugdhulp	Jeugdhulp thuis, individueel
	Jeugdhulp op accommodatie zorgaanbieder, individueel
	Jeugdhulp op accommodatie zorgaanbieder, groep

Verblijf	Verblijf pleegouder 24-uurs
	Verblijf pleegouder deeltijd
	Verblijf accommodatie zorgaanbieder 24-uurs
	Verblijf accommodatie zorgaanbieder deeltijd
Observatiediagnostiek	Observatiediagnostiek

Een indicatie op 'verblijf' gaat altijd in combinatie met een vorm van jeugdhulp. Dit komt omdat, wanneer een jongere ergens word ondergebracht (dagbehandeling of 24uurs zorg), hij sowieso een mentor krijgt en deze ook bijvoorbeeld in het gezin hulp gaat bieden. De jongere maakt dus automatisch gebruik van de jeugdhulp.

Het schema hierboven is gebaseerd op het bestand "Werkinstructie Kaiser" van Bureau jeugdzorg. (Jeugdzorg, 2010)

Trajectfinanciering

Sinds 1 januari 2011 wordt het zorgaanbod in de jeugdzorg bekostigd door middel van trajectfinanciering. De provincie heeft hiermee gecreëerd dat alle zorgaanbieders in een regio passende zorg (vraaggerichte) aan een kind kunnen leveren. Overijssel loopt voorop in Nederland met deze regeling. Het werken met trajectfinanciering is als volgt geregeld:

Ieder kind die in de jeugdhulpverlening terecht komt (dus met een indicatie van Bureau Jeugdzorg) krijgt een vast bedrag met zich mee. Dit is voor alle kinderen en alle soorten jeugdhulp hetzelfde bedrag. Ongeacht of deze zorg nu 4 maanden of 4 jaar duurt. De zorgaanbieder is hierdoor niet meer gebonden aan het moeten leveren van de vooraf door Bureau Jeugdzorg ingeschatte duur en vorm van de hulpverlening. De zorgaanbieder kan, in samenwerking met de cliënt, zo zorg op maat bieden. Dit geldbedrag (de subsidie) wordt afgerekend wanneer de doelen zijn behaald en het traject dus is afgesloten.

Deze nieuwe regeling is een belangrijke ontwikkeling in de jeugdhulpverlening. Het betekent namelijk dat Trias Jeugdhulp pas geld krijgt wanneer het kind klaar is met de hulpverlening. Trias hoopt dat trainingen bij kunnen dragen aan het versnellen van trajecten. Versnellen van trajecten betekend dat de geleverde zorg goedkoper is, maar de prijs die zij hiervoor krijgen blijft door de trajectfinanciering hetzelfde. Trias Jeugdhulp wil en moet kwaliteit leveren, maar moet ook letten op de kosten. Trainingen kunnen bijdragen om doelen sneller te behalen, zonder dat dit afdoet aan de kwaliteit. (www.overijssel.nl)

1.5 Veel voorkomende stoornissen bij kinderen en jeugdigen

Waarom deze literatuurstudie?

Ons onderzoek gaat over trainingen voor kinderen in de leeftijd van 6 tot 12 jaar. Het is daarom van belang dat u bekend wordt met de meest voorkomende stoornissen bij kinderen in de jeugdhulpverlening in Nederland. Er is ontzettend veel literatuur geschreven over uiteenlopende stoornissen bij kinderen. Toch worden er in de handboeken (Rigter, 2008) en (Grietens, 2005) over stoornissen, een selectie gemaakt van een aantal stoornissen die veel voorkomen bij kinderen. Trias Jeugdhulp wil door middel van het ontwikkelen van nieuwe trainingen, inspelen op deze veel voorkomende stoornissen en daarom is het van belang dat ook u ook wordt geïnformeerd over de problematieken.

Hieronder, in volgorde van meest voorkomende tot minst voorkomende stoornissen bij kinderen tussen 6 en 12 jaar, een opsomming van verschillende stoornissen.

Na het bestuderen van een tweetal handboeken op het gebied van ontwikkelings-psychopathologie en orthopedagogische hulpverlening, kwam we op de volgende selectie:

- ADHD
- ASS
- Gedragsstoornissen
- Stemningsstoornissen

- Problemen met de echtscheiding van ouders
- Angststoornissen
- ADD
- Hechtingsstoornissen
- Eetstoornissen
- Slaapstoornissen

Deze stoornissen kwamen in beide boeken voor, daarom hebben we er voor gekozen om deze te beschrijven.

Ten tweede hebben we gekeken voor welke kinderen met de bovenstaande stoornissen al trainingen bestaan. Hier komen we aan het eind van het hoofdstuk, in de conclusie op terug.

In de hierna volgende uitleg over stoornissen, gaan we slechts in op de gedragsproblemen van kinderen van 6 tot 12 jaar.

De stoornissen komen uit de DSM-IV (association, 2009), dit is een Amerikaans handboek voor diagnose en statistiek voor psychische aandoeningen. DSM staat voor Diagnostic en Statistic Manual of Mental Disorders.

ADHD

‘ADHD’ staat voor Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Deze kinderen hebben moeite om hun aandacht langdurig op een taak te richten (ze zijn snel afgeleid), ze zijn motorisch erg beweeglijk (druktmakers) en zijn impulsief (wat ze in hun hoofd halen, willen ze ook gelijk waarmaken). Ze hebben meer moeite om te voldoen aan bepaalde ontwikkelingsopgaven dan andere kinderen. Op school uit zich dit vaak doordat ze moeilijk de aandacht op een (saai) taak kunnen richten. Ze halen veel dingen tegelijk aan, willen overal aan meedoen maar kunnen zich niet lang concentreren op één en dezelfde handeling. Een ADHD’er reageert sterk op prikkels van buitenaf. Het is belangrijk voor ADHD’ers dat zij taken hebben die boeiend blijven en constant veranderen, zodat de uitdaging er blijft. ADHD’ers kunnen zich bijvoorbeeld heel lang concentreren op een computerspel (constant interactie) maar moeilijk aan tafel gaan zitten om sommen te maken.

ASS

ASS staat voor Autisme Spectrum Stoornis. Het is een soort van ‘verzamelnaam’ voor alle mensen met vormen van autisme. Geen enkele autist is hetzelfde. In de DSM-IV (association, 2009) wordt ASS aangeduid als pervasieve ontwikkelingsstoornis. Dat wil zeggen dat een autist op alle ontwikkelingsgebieden wordt beïnvloed door zijn stoornis. Echter, een autist heeft voornamelijk problemen op het gebied van sociale interactie en communicatie. ASS wordt gezien als de meest complexe en meest ernstige psychische stoornissen bij kinderen.

Zoals u ziet in de illustratie hier rechts wordt ASS onderverdeeld in 5 verschillende stoornissen: klassiek autisme, syndroom van Asperger, PDD-NOS, Syndroom van Rett en desintegratiestoornis in de kinderleeftijd. Deze onderverdeling is voor psychologen moeilijk te maken. In dit onderzoek hebben wij slechts een onderverdeling gemaakt tussen klassiek autisme en PDD-NOS. De verdeling wordt door psychologen in twijfel getrokken omdat er veel overeenkomsten zijn in het gedrag, tussen de verschillende stoornissen.

Gedragsstoornissen

Gedragsstoornissen zijn stoornissen waarin ruzie en dwarsheid de boventoon voeren. Ze kunnen gepaard gaan met delinquent gedrag en komen vaak voor in combinatie met andere stoornissen.

Gedragsstoornissen zijn externaliserend (net als ADHD), dit betekent dat de omgeving van de cliënt voornamelijk problemen ervaart met het gedrag. In de DSM-IV (association, 2009) worden twee gedragsstoornissen onderscheiden, namelijk de oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (Oppositional Defiant Disorder, ODD) en de antisociale gedragsstoornis (Conduct Disorder, CD). Een kind met CD of ODD kan vele verschillende kenmerken hebben. Het is bijvoorbeeld een kind dat anderen pest, intimideert, mishandelt of bedreigt, of het kind loopt van huis weg, spijbelt veel en gebruikt drugs. Al deze kenmerken en problemen, worden beiden gediagnosticeerd met CD of ODD. Kinderen met een gedragsstoornis kunnen hun gedrag slecht remmen. De emoties schuld en schaamte zijn bij deze kinderen minder ontwikkeld. Spijt tonen na een incident is dus moeilijk voor deze kinderen. Het interpreteren van gedrag van andere kunnen kinderen met een gedragsstoornis ook slecht. Een kind met een gedragsstoornis interpreteert het gedrag van bijvoorbeeld een leraar vaak als negatief en wordt hierdoor sneller boos. Ze

kunnen moeilijk opschieten met ouders, leerkrachten of leeftijdsgenoten, en zich niet in hen verplaatsen. Ze kiezen vaker voor een strategie waarbij ze door middel van chantage of agressie hun zin krijgen. Tot slot hebben kinderen met gedragsproblemen minder moreel besef. De stoornis ODD wordt als minder erg ervaren dan de stoornis CD. CD kan wel een gevolg zijn van ODD, dit hoeft niet altijd in elkaar over te lopen. ODD kan al blijken op een leeftijd van 6 jaar, CD wordt vaak pas op het 9^e levensjaar geconstateerd.

Stemmingsstoornissen

Stemmingstoornissen kunnen worden onderverdeeld in éénpolige of unipolaire stoornissen, of tweepolige of bipolaire stoornissen. Wij zullen alleen depressie en manische depressie beschrijven, omdat dit het meest voorkomt bij kinderen.

Depressie

Depressie en de manisch-depressieve stoornis zijn de meest voorkomende stemmingsstoornissen. Een depressief kind kan je herkennen aan het matig presteren op school, prikkelbaarheid, verdriet of angst. Het kind reageert niet op prikkels van buitenaf, het ontbreekt hen aan plezier wanneer het actief is. Ook legt het moeilijk contacten en kan moeilijk gedijen in een nieuwe omgeving (failure to thrive). De wil om dood te gaan komt voor het 9^e levensjaar eigenlijk nauwelijks voor. Depressieve kinderen maskeren hun depressieve gevoelens soms door juist stoer of clownesk gedrag te gaan vertonen. Hierdoor wordt het signaleren van een depressie extra lastig. Er zijn nog een hoop symptomen die samen kunnen gaan met een depressie, namelijk verwaarlozing van zichzelf, dwangsymptomen, woede, agitatie, onzekerheid, schuchterheid, snel uitgeput zijn concentratieproblemen etc.

Manische depressie

Manische depressies zijn vaak moeilijk te herkennen bij kinderen. Men denkt al gauw aan ADHD. Deze stoornis uit zich bij jonge kinderen zelden door middel van duidelijk te onderscheiden perioden. Kenmerkend aan het kind zijn de zeer snelle stemmingswisselingen. Deze stoornis wordt vaak pas vastgesteld aan het eind van de adolescentie of het begin van de volwassenheid. Een manisch-depressieve stoornis kenmerkt zich door perioden van overdreven veel energie, groothedenideën, weinig behoefte aan slaap, veel praten, veel gedachten en snel afgeleid. In de depressieve periode reageert het kind niet op prikkels van buitenaf, legt geen contact met de buitenwereld en kan moeilijk gedijen in een nieuwe omgeving. Een periode van manie of depressie is minimaal een week.

Problemen met echtscheiding van ouders

Echtscheiding is tegenwoordig een veel besproken onderwerp. Kinderen zijn tegenwoordig vaak de 'dupe' van de scheiding van hun ouders. Sommige kinderen hebben veel moeite met de scheiding van hun ouders en uiten dit door 'vervelend' gedrag te vertonen. Het is belangrijk dat kinderen goed worden begeleid wanneer hun ouders gaan scheiden of al gescheiden zijn. Het leven het kind wordt totaal anders wanneer er niet meer samen in één huis wordt geleefd. Het kind wordt van hot naar her geslingerd en het kind heeft er eigenlijk weinig over te zeggen.

Na een echtscheiding presteren kinderen vaak minder op school, ze hebben een lager zelfbeeld, vinden het moeilijk om sociale contacten te onderhouden en psychische en emotioneel zijn ze beschadigd en voelen zich minder goed. De gevolgen voor kinderen zijn dus zeer groot en het is daarom ook erg belangrijk dat kinderen worden geholpen met het verwerken van de scheiding van hun ouders.

Hieronder een theoretische onderbouwing over echtscheiding:

'In Nederland is het aantal kinderen dat een ouderlijke echtscheiding meemaakt in de afgelopen decennia sterk gestegen. Schattingen laten zien dat vijf procent van de kinderen van wie de ouders in 1950 trouwend, vóór hun 21^e levensjaar met een echtscheiding van hun ouders te maken kregen. Voor kinderen van wie de ouders in 1970 trouwende, was dit percentage toegenomen tot 17. Vaak wordt verondersteld dat deze kinderen negatieve gevolgen ondervinden van de echtscheiding. Zo is er een verband gevonden tussen echtscheiding van de ouders en gedragsproblemen bij kinderen. Daarnaast is een negatieve relatie gevonden tussen echtscheiding en onderwijsresultaten van kinderen. Onderzoek heeft evens laten zien dat kinderen die een ouderlijke echtscheiding hebben meegemaakt zich demografisch anders gedragen dan kinderen uit twee-oudergezinnen. Zij verlaten het ouderlijk huis op jongere leeftijd; zij gaan op jongeren leeftijd ongehuwd of gehuwd samenwonen en zij hebben daarbij een grotere kans om ongehuwd te gaan samenwonen en zij hebben een grotere kans op echtscheiding of verbreking van een samenwoonrelatie. Deze atypische demografische gedragingen worden over het algemeen als ongunstig gezien. De

toename van het aantal kinderen dat een echtscheiding van ouders meemaakt word daarom over het algemeen als een zorgwekkende ontwikkeling gezien.' (Bosman, 2006)

ADD

ADD is een subtype van ADHD. De H van hyperactiviteit mist in deze stoornis. ADD is een aangeboren aandoening. Mensen met ADD hebben een afwijking in de werking van hun neurotransmitters in de hersenen. ADD wordt vaker dan ADHD in verband gebracht met een depressie, angststoornissen en slechte schoolprestaties. De gedragsproblemen staan minder op de voorgrond. ADD'ers hebben moeite met concentreren en de aandacht ergens op vestigen. De hersenen van mensen met ADD werken anders dan hersenen van mensen zonder ADD. ADD'ers hebben een grote gedachtestroom en kunnen dit moeilijk filteren. Ze lijken hierdoor vaak dromerig of afwezig. Kenmerken van ADD zijn de stemmingsschommelingen, slaapproblemen, vergeetachtigheid en moeite hebben met het onderhouden van sociale contacten. Voor de behandeling van ADD wordt naast psycho-educatie ook vaak gedragstherapie ingezet. Deze laatste is niet altijd even succesvol op de langere termijn. Medicatie, bijvoorbeeld Ritalin wordt ook vaak voorgeschreven bij ADD'ers.

Angststoornissen

Een angststoornis is een internaliserende stoornis. Dat wil zeggen dat vooral het kind zelf veel problemen ervaart met deze stoornis. Angststoornissen zijn de meest frequent voorkomende stoornissen bij kinderen en adolescenten. Ook komen ze vaak voor in samenhang met andere stoornissen (ze hebben een hoge comorbiditeit). Een kind met hechtingsproblematiek heeft bijvoorbeeld meer kans op een angststoornis dan een veilig gehecht kind. Angststoornissen bezorgen het kind veel leed en kunnen het kind ernstig in zijn ontwikkeling beperken. Angstige kinderen hebben bijvoorbeeld moeite met het omgaan met leeftijdsgenoten, acceptatie door leeftijdsgenoten, het volbrengen van schoolse taken en het omgaan met de eigen en de andere sekse.

Angst is voor een kind een heel passende emotie. Alleen wanneer een kind deze angst 'overdrijft' kan het een probleem worden voor het kind.

In de behandeling van angststoornissen bij jonge kinderen wordt vaak gebruik gemaakt van cognitieve gedragstherapie. Hierbij is het doel om de gedachten over de angst te veranderen, dus te relativiseren. Bij jongere kinderen is het ook belangrijk om de ouders te betrekken in de behandeling. Dit verhoogt de slagingskans van de behandeling, omdat ouders dan ook goed weten hoe ze er mee om moeten gaan. Deze therapie werkt voornamelijk goed bij kinderen tussen de 9 en 13 jaar.

Hechtingsstoornissen

Een kind met een hechtingsstoornis heeft moeite met het leggen en onderhouden van contacten. Het kind heeft in het verleden vaak verschillende opvoeders gehad en heeft dus geen 'bodem' gelegd in het aangaan van contacten. Het kind is gewend om in de steek gelaten te worden.

Hechtingsproblemen uiten zich op latere leeftijd op veel verschillende manieren. Aantrekken en afstoten van mensen in de directe omgeving is een belangrijk kenmerk van kinderen met hechtingsproblematiek. De kinderen hebben de behoefte om grip op de relatie te hebben, dit komt doordat zij in het verleden niet hebben geleerd om relaties te onderhouden. Hechting wordt onderverdeeld in 4 categorieën. A; onveilig vermijndend gehecht, B; veilig gehecht, C; onveilig ambivalent gehecht en D; gedesorganiseerd gehecht. Kinderen die de vormen A, C of D vertonen, hebben een hechtingsstoornis.

Eetstoornissen

Eetstoornissen komen voornamelijk voor bij vrouwen/meisjes. De meest bekende eetstoornissen zijn: obesitas (vetzucht), eetbuienstoornis, anorexia nervosa en boulimia nervosa. Obesitas ontstaat eerder dan een eetbuienstoornis en anorexia komt eerder voor dan boulimia. Bij alle genoemde vormen komen dezelfde kenmerken naar voren, namelijk: abnormaal eetgedrag, negatief lichaamsbeeld en al dan niet succesvolle pogingen om gewicht te verliezen. Obesitas en eetbuienstoornis worden niet in de DSM-IV (association, 2009) beschreven. Anorexia en boulimia daarentegen wel. Bij kinderen met obesitas die zich aanmelden voor hulpverlening, gaat het voornamelijk om psychische problemen, niet eens zo zeer om overgewicht. Men spreekt van een eetbuienstoornis bij kinderen wanneer zij minimaal 1x per week een (vr)eetbui heeft. Bij een eetbui is er geen sprake van laxeren of overgeven na het overmatig te hebben gegeten. Dit is bij boulimia wel het geval.

Kinderen met anorexia onderdrukken hun eetlust. Gelukkig komt anorexia maar

zelden voor onder basisschoolkinderen. Toch is het moeilijk om in kaart te brengen hoe vaak de stoornissen voorkomen omdat ouders en kinderen er niet mee 'te koop' lopen en soms in stilte hun stoornis in stand houden.

Slaapstoornissen

Het leren reguleren van de slaap is onderdeel van de eerst ontwikkelingsopgave van een kind: de fysiologische zelfregulatie. Aan de ouders van een kind met slaapproblemen of een slaapstoornis wordt altijd gevraagd of de stoornis op zichzelf staat (primaire stoornis) of dat er een verband is met een andere psychische stoornis, bijvoorbeeld een depressie. Er zijn 2 vormen van primaire slaapstoornissen, namelijk dissomnie en parasomnie. Dissomnie staat voor slecht slapen en parasomnie is een vreemde slaap. Dissomnie kan worden onderverdeeld in insomnie (tekort aan slaap) of hypersomnie (teveel aan slaap). Er zijn veel stoornissen in de slaap te herkennen, niet doorslapen, nachtmerries, moeite met ontwaken of moeite met inslapen, slaapwandelen, noem maar op. Slaapstoornissen zijn voor het kind vervelend maar ook voor de ouders. Behandeling bij slaapproblemen bij jonge kinderen zijn voor al gestoeld op gedragstherapeutische technieken. Medicatie heeft over het algemeen weinig nut.

1.6 Samenvatting

In dit hoofdstuk hebben wij u een beeld kunnen geven van onze opdrachtgever Trias Jeugdhulp en haar behandelvormen en de verschillende stoornissen die voorkomen bij kinderen in de basisschoolleeftijd. We hebben alle zorgvormen beschreven en alle veel voorkomende stoornissen uitgelegd. Wij hebben hiermee deelvraag 1 beantwoord. Deelvraag 1 is een belangrijk deel van het onderzoek, omdat hierin naar voren komt met welke kinderen met welke stoornissen wij te maken hebben. Dit is ook voor u belangrijk om te weten, zodat u tijdens het lezen van dit onderzoeksverslag duidelijk heeft, met welke doelgroepen wij hier te maken hebben en op welke manier Trias te werk gaat.

Voor alle bovenstaande stoornissen zijn al verschillende behandelingsmethoden ontwikkeld, zo zijn er psycho- educatie trainingen, waarin er samen met kinderen gekeken wordt naar hun stoornis en wat dit voor het kind betekent in het dagelijks leven. Ook leren veel kinderen van het aanbod dat een groep biedt, kinderen spelen met elkaar en leren hierdoor, hoe om te gaan met andere kinderen. De PAD methode wordt gebruikt op de dagbehandeling. Deze methode houdt in dat kinderen bij binnenkomst aangeven hoe zij zich voelen, zij doen dit door middel van PAD kaarten, ook wel emotiekaarten genoemd.

Trainingen

Inleiding

In dit hoofdstuk beantwoorden wij deelvraag 2, deze luidt: Hoe zien bestaande trainingen voor kinderen in de jeugdhulpverlening van 6 tot 12 jaar eruit? Om deze deelvraag te kunnen beantwoorden, zoomen we in op trainingen die landelijk bekend zijn en landelijk gegeven worden. Hiermee willen wij u een beeld geven van hoe trainingen opgebouwd zijn, waar rekening mee gehouden moet worden tijdens het ontwikkelen van een training en wat de effecten zijn van een training.

Wij hebben ervoor gekozen om vier trainingen te kiezen die veel worden gebruikt binnen de jeugdzorg. De gekozen trainingen vindt u hieronder.

2.1 Verantwoording van de gekozen trainingen

Om u een beeld te kunnen geven over hoe trainingen in de jeugdzorg in elkaar steken, werken wij er vier uit.

Hierin zal de opbouw van de training naar voren komen maar ook de verantwoording qua leeftijd en geslacht. We hebben ervoor gekozen om vier bekende trainingen uit te werken, namelijk, de weerbaarheidstraining, sociale vaardigheidstraining, training voor kinderen met gedragsproblemen en een agressieregulatie training. We hebben voor deze trainingen gekozen omdat deze trainingen erkend zijn door het Nederlands Jeugd instituut, en door vele verschillende instellingen voor jeugdhulp in Nederland gebruikt worden. Wij gebruiken hiervoor de volgende literatuur. De eerste training die we uitwerken is de sociale vaardigheden training, ook wel SOVA training genoemd, hierbij gebruiken wij het boek, bang zijn voor kinderen. (Nijenhuis, 1986). De tweede training die wij uitwerken is de weerbaarheidstraining, Ho! tot hier en niet verder! (Kool, Ho, tot hier en niet verder!, 2010) De derde training is Minder boos en opstandig (Leonieke Boendermaker, 2010). Dit is een landelijk bekende training, die onder andere gebruikt wordt door Stichting Lindenhout (meer over Lindenhout vindt u op pagina 34). De laatste training die wij beschrijven is STOP 4-7. Ook deze wordt gebruikt door Stichting Lindenhout. STOP 4-7 en 'minder boos en opstandig' (Leonieke Boendermaker, 2010) zijn beide gebaseerd op de beschrijvingen van effectieve interventies van het Nederlands Jeugdinstituut. (Leonieke Boendermaker, 2010)

Begripsbepaling sociale incompetentie

Sociale incompetentie bestaat hieruit dat een kind verwacht dat het niet of onvoldoende in staat zal zijn om te beantwoorden aan de eisen die een sociale situatie met andere kinderen naar zijn oordeel stelt aan zijn sociale, fysieke of intellectuele vaardigheden, uiterlijke verschijning of sociale positie. Dit verwachte tekort kan leiden tot angstresponsen, zowel op het niveau van denken en voelen, als op fysiologisch niveau en het niveau van het daadwerkelijk gestelde gedrag. (Nijenhuis, 1986)

2.2 Literatuur over de training, bang zijn voor andere kinderen

Bang zijn voor andere kinderen, Drs.H.J Ringrose & Drs. E.H Nijenhuis
Sociale vaardigheidstraining (Nijenhuis, 1986)

Doelgroep

Sociale vaardigheidstraining (SOVA) is geschikt voor verschillende leeftijden. Dit boek is in de eerste plaats ontwikkeld aan de hand van ervaringen met kinderen in de leeftijd van 8 tot 12 jaar. Met het maken van eventuele aanpassingen in de trainingsvorm, is deze training ook geschikt voor oudere kinderen.

Deze SOVA training is ontwikkeld voor de kinderen die in het dagelijks leven problemen ondervinden rondom de sociale interactie met leeftijdsgenootjes. Deze kinderen voelen zich vaak slecht op hun gemak bij anderen, zij spelen vaak alleen en durven geen vriendjes uit te nodigen om te spelen. Deze kinderen zijn vaak verlegen en weten geen raad met hun zelf en zijn vaak onhandig in het contact met anderen. Het kunnen ook juist de luidruchtige kinderen zijn, die vaak in ruzies verzeild raken doordat ze andere kinderen hinderen in hun spelen.

Doelstelling

Centraal in een effectieve behandeling van sociale incompetentie staat dat de interventies zich richten op een verhoging van de persoonlijke competentieverwachting. Hieruit volgen de volgende subdoelen:

1 Het aanleren van vereiste sociale vaardigheden:

- non verbale communicatie
- het kind kan contact leggen met anderen
- het kind kan gesprekken gaan voeren
- het kind kan positieve aandacht aan andere kinderen schenken
- het kind kan desgewenst vragen stellen
- het kind komt voor zijn eigen rechten op
- het kind kan uiting geven aan zijn gevoelens van vreugde, teleurstelling, boosheid, etc.
- het kind durft het oneens te zijn met anderen
- het kind durft onredelijke verzoeken af te wijzen
- het kind kan omgaan met het krijgen of geven van kritiek

2 Het afleren van niet sociaal effectief gedrag

3 Het opheffen of verminderen van subjectief beleefde en/of fysiologische angstresponsen

4 Het vervangen van negatieve gedachten die zullen stimuleren tot effectief sociaal gedrag

5 Het lijkt wenselijk om het gedrag van bijvoorbeeld ouders en leerkrachten te beïnvloeden.

6 Niet voor elk kind zullen alle bovengenoemde even belangrijk zijn. Voorafgaande analyse geeft uitsluitsel over hoe het plan er uit gaan zien.

De effectiviteit

De effecten van sociale vaardigheidstrainingen zijn vooral dat ze goed in staat zijn om gedragsveranderingen bij kinderen te bewerkstelligen. Dit komt omdat er bij sociale vaardigheidstrainingen gebruik gemaakt wordt van verschillende principes. Er wordt veelal gebruik gemaakt van een combinatie van interventietechnieken, zoals wij hieronder zullen beschrijven. Er wordt tijdens deze trainingen vaak gebruik gemaakt van rollenspelen of het oefenen van gedrag in lastige sociale situaties die kinderen zelf beleefd hebben of kunnen hebben. Hierbij wordt gebruik gemaakt van het feedback geven op elkaar, vooral de positieve punten. De kinderen kunnen huiswerk meekrijgen naar huis, op die manier blijven de kinderen actief bezig met het geleerde en kunnen ze dit uitproberen in de praktijk.

Methodiek

Verschillende leertheoretische principes

- Operant conditioneren

Ongewenst gedrag blijft onbekrachtigd of wordt bestraft. Gewenst gedrag wordt stelselmatig beloond door middel van bijvoorbeeld positieve bekrachtiging.

- Observational learning of modelling

Het leren van sociaal vaardig gedrag van andere kinderen.

- Sociale vaardigheidstraining

Het aanleren van gewenst sociaal gedrag. Deze training bestaat uit een combinatie van operante, modeling en andere gedragstherapeutische interventieprocedures

Cognitieve gedragsmodificatieprogramma's

Trainingen die als doel hebben om de inhoud van het denken en de manier van denken van kinderen te wijzigen.

Tot slot zijn er therapieën die elementen van cognitieve interventiemethodieken en vaardigheidstrainingen in zich verenigen.

De houding van de trainer

Een training staat of valt bij de manier waarop een trainer de bijeenkomst leidt en invult.

De trainer moet deskundig zijn op het gebied van de problemen van ouders en kind.

Een trainer moet vertrouwen uit kunnen stralen. Wanneer er vertrouwen is, ontstaat er vaak ook veiligheid voor het kind om mee te kunnen doen aan de training. Vaak werkt het als de trainer vertelt wat de kinderen van de vorige groepen deden in bepaalde moeilijke situaties die aansluiten bij de moeilijkheden die de ouder of het kind heeft genoemd. Hierdoor werk je aan het vertrouwen met de ouder en het kind. Ook juist het vertellen van positieve verhalen van andere kinderen met soortgelijke problemen werkt motiverend en zorgt voor vertrouwen bij zowel het kind als de ouders.

Wel is het belangrijk om te vertellen dat de training alleen werkend is wanneer ouder en kind zich voor 100% inzetten en dat het kind alle trainingen aanwezig is.

Samenstelling van de groep

De samenstelling van de groep is erg belangrijk. Net als een goede trainer, valt of staat een training met een groep die zich veilig voelen bij elkaar. Bij het samenstellen van de groep wordt met vele punten rekening gehouden; grootte van de groep, leeftijd, geslacht en de problematiek. De ideale grootte voor een groep bedraagt zes kinderen en twee trainers. Met zes kinderen kan er voldoende geoefend worden en kan iedereen aan bod komen, met meerdere kinderen kan het te druk worden of het kan ervoor zorgen dat niet alle kinderen evenveel aan bod zullen komen. De doelgroep waar het boek, "Bang zijn voor andere kinderen" zich op richt is kinderen in de leeftijd van 8 tot 12 jaar. Bij het samenstellen van de groep is het belangrijk dat elk kind een partner heeft van zoveel mogelijk dezelfde leeftijd. Een kind van 8 zal het lastig vinden om zich te uiten, wanneer er verder alleen kinderen van 11 of 12 jaar zijn.

Bij deze training is het wenselijk om gemengde groepen te creëren. Op deze manier worden de leerervaringen voor de kinderen meer gevarieerd. Ook het schetst dit beter de natuurlijke situatie dan wanneer er alleen jongens en aparte meisjesgroepen zouden zijn.

In het boek wordt onderscheid gemaakt tussen drie soorten kinderen: het sociaal agressieve kind, het sociaal teruggetrokken kind en het kind dat beide trekken in zich heeft. Bij de samenstelling is het wenselijk om kinderen van alle groepen bij elkaar te doen, omdat zij kunnen leren van elkaar. Wel is het hierbij van belang om in een groep van 6 kinderen, niet meer dan 2 sociaal agressieve kinderen te hebben omdat deze kinderen anders te veel overheersen en dit doe de zorg aan de andere kinderen in de groep niet ten goede.

Structuur van de training

Voor een sociale vaardigheidstraining is het fijn om een grote ruimte te hebben, die opgedeeld is in twee delen. Een deel om te zitten en een deel om rollenspellen uit te kunnen voeren. Dit creëert een ruimtelijke scheiding tussen het praten en het oefenen. Het kan wenselijk zijn om een aparte kamer achter de hand te hebben, zodat bij splitsing van de groep, de kinderen ongestoord verder kunnen oefenen.

Om de bijeenkomst te laten slagen is het belangrijk om de bijeenkomsten goed voor te bereiden. Het is belangrijk om de uitleg goed in je hoofd te hebben, zodat het ook duidelijk over gebracht kan worden naar de kinderen maar ook zodat er op die manier oogcontact gehouden kan worden met de kinderen. Het is wenselijk om als trainer de rollenspellen zelf te oefenen, zo kom je als trainer niet voor verrassingen te staan. In de voorbereiding wordt ook besproken, wie welke taken op zich neemt tijdens de bijeenkomst, zodat de bijeenkomst soepel verloopt.

Structuur van de behandeling

Hierbij wordt er gekeken naar hoeveel bijeenkomsten er moeten plaatsvinden, welke onderwerpen er aan bod moeten komen, hoe lang de bijeenkomsten duren, is er sprake van een vaste structuur of juist niet.

De behandeling is opgebouwd in drie fasen: de opbouwfase, de middenfase en de afbouwfase.

De opbouwfase houdt in dat de training een veilige sfeer en vertrouwen creëert binnen de groep, het snel opbouwen van een fijne werkrelatie tussen trainer en kind.

In de middenfase wordt er ingegaan op de rollenspellen, er wordt geoefend. De afbouwfase staat in het teken van herhalen en afscheid te nemen. Er wordt ruimte gecreëerd om te oefenen waar het kind nog aan wil werken omdat het zich daar nog onzeker over voelt.

Ouders en school zijn een belangrijk onderdeel binnen de training en de ontwikkelen van het kind. Het is van belang om de ouder en school te betrekken bij het proces van het kind. Hierdoor wordt zowel school als ouders in staat gesteld om het kind te stimuleren om naar de groep te gaan en te oefenen.

Aanpak van eventuele moeilijkheden

Moeilijkheden die op kunnen treden bij de bijeenkomsten zijn: dat een kind weigert te praten, dat een kind te veel praat, dat een kind herhaaldelijk door andere kinderen heen praat, ander storend gedrag wanneer er iets uitgelegd wordt.

Sommige kinderen zijn zo angstig dat ze niks durven zeggen. De therapeut kan eenvoudige vragen gaan stellen als, "Wat heb je vanmorgen op school gedaan of waar ben je op vakantie geweest?"

Vaak komt het kind dan wel met een verhaal. Andere kinderen hebben de neiging om veel en uitgebreid te gaan vertellen, zodat er weinig tijd overblijft voor de andere kinderen. De volgende interventie kan dan toegepast worden: "We vinden het fijn dat je zoveel kan vertellen maar wil jij je verhaal nu afronden, zodat een ander kind zijn verhaal ook kan vertellen?"

Sommige kinderen vinden het moeilijk om beurten te nemen maar ook om te geven. Vooral bij het laatste hebben de kinderen de neiging om door andere kinderen heen te praten, dit kan opgelost worden met het volgende: “ Het is fijn dat je zo enthousiast bent maar het stoort een beetje dat je door de andere kinderen heen praat, nu gaat de beurt weer terug naar het andere kind.”

Voor sommige kinderen is het lastig om lang stil te zijn, wanneer er bijvoorbeeld uitleg wordt gegeven aan de groep. Het is dan vaak effectief om het kind dat niet lang stil kan zitten een andere taak te geven, bijvoorbeeld om met een stopwatch de spreektijd van elk kind bij te houden.

Huiswerk en waarom huiswerk

Huiswerk zorgt er vaak voor dat er nieuw oefenmateriaal verzamelt wordt. Door het opgeven van huiswerk wordt het kind aangespoord naar zijn eigen gedrag te kijken en te kijken of het geleerde gedrag al op de juiste manier wordt toegepast.

2.3 Literatuur over de training, Ho! Tot hier en niet verder

Ho, tot hier en niet verder

Een training in sociale weerbaarheid voor kinderen van 7 tot 12 jaar en hun ouders. (Kool, Ho, tot hier en niet verder!, 2010)

Doelgroep

Ho, tot hier en niet verder (Kool, Ho, tot hier en niet verder!, 2010) is een training in sociale weerbaarheid. Uitgangspunt van deze training is om kwetsbare kinderen weerbaarder te maken. Het doel is om kinderen en hun ouders ondersteuning te bieden. Het kind moet zichzelf respecteren maar ook de ander. Zelfstandigheid en zelfvertrouwen moet groeien, en daar helpt deze training bij. Het gaat om het bevorderen van de handelingsbekwaamheid in sociale situaties voor kinderen en hun ouders. Er wordt in deze training ook speciale aandacht besteed aan de preventie van seksueel misbruik. De training richt zich, zoals al vermeld staat in de ondertitel van de training, op kinderen tussen de 7 en 12 jaar en hun ouders. In de training worden de kinderen verdeeld in 2 subgroepen, namelijk kinderen van 7 tot 9 jaar en 9 tot 12 jaar. In de oorsprong is deze training preventief bedoeld, alleen blijkt deze training bijzonder geschikt voor kinderen met problemen. Hierbij kan je denken aan gepeste kinderen, kinderen met sociale angst of bewegingsangst. Ook kinderen met psychosomatische klachten of kenmerken van ADHD of NLD (kinderen met een non-verbale leerstoornis). De training kan gebruikt worden in een eigen praktijk maar ook in het (speciaal) onderwijs of in de kinderveerbaarheid. Aanpassingen in de training zijn noodzakelijk wanneer je het in verschillende situaties gebruikt.

Training is geschikt voor:

- Kinderen die verlegen en teruggetrokken zijn
- Kinderen met een negatief zelfbeeld of laag gevoel van eigenwaarde
- Kinderen met speciale problemen in de sociale omgang
- Kinderen die moeite hebben met het omgaan met grenzen.

Een kind mag pas deelnemen aan de training wanneer minimaal één ouder deelneemt aan de oudercursus. Ouders stellen het vaak op prijs om betrekkelijk anoniem gebruik te kunnen maken van bijvoorbeeld een privé praktijk. Voor ouders heet het ook een ‘cursus’ en geen ‘therapie’. Tijdens de kindertraining wachten de ouders vaak gezamenlijk in een andere ruimte. Deze ongedwongen ontmoetingen worden als bijzonder waardevol ervaren: ouders vinden herkenning, steun, adviezen en vriendschap bij elkaar.

De effectiviteit

De effecten van de training zijn gemeten bij ouders, door middel van de volgende vragen:

- Zag of ervoer u veranderingen bij uw kind ten tijde en aan het eind van de cursus?
- Ziet u na langere termijn nog effecten van de cursus?
 - 2% van de ouders zag na langere termijn geen of nauwelijks positieve veranderingen.
 - 1% van de ouders zag aan het eind van de cursus en na langere tijd geen positieve veranderingen bij zichzelf.
 - 25% van de ouders vonden de positieve veranderingen vergeleken met het eind van de cursus afgezwakt.

- 30% van de ouders zag na langere tijd, vergeleken met het einde van de cursus, een enigszins afgenomen positieve verandering.
- 50% van de ouders vonden dat de positieve veranderingen op het einde van de cursus gelijk waren gebleven.
- 50% van de ouders zag na langere tijd, vergeleken met het einde van de cursus, een gelijk gebleven positieve verandering.
- 23% van de ouders vonden dat de positieve veranderingen zijn toegenomen.

Ook werd er de vraag gesteld; Op welk gebied ziet of ervaart u na langere tijd nog veranderingen bij uw kind?

- 9% van de ouders zag na langere tijd, vergeleken met het einde van de cursus, een toegenomen positieve verandering.

Dit zijn enkele antwoorden die zij gaven over zowel hun kinderen als zichzelf:

Positievere houding en opstelling, meer zelfvertrouwen, komt beter voor zichzelf op, makkelijker is sociaal contact, zelfkennis, gelukkiger geworden, positief zelfbeeld en nog veel meer positieve punten.

Methodiek

De training bestaat uit kinderbijeenkomst en een viertal ouderbijeenkomsten in de avond. Er is gekozen voor het werken met kleine groepen (zes tot 8 kinderen) in het kader van weerbaarheid en sociale vaardigheden. In deze samenstelling zijn er optimale voorwaarden aanwezig om te leren. Groepservaring met leeftijdsgenootjes speelt een belangrijke rol in de psychologische en sociale ontwikkeling van het kind. Kinderen hebben over het algemeen een sterke behoefte om aansluiting, contact en vriendschap te vinden bij leeftijdsgenoten. Vanuit deze behoefte zijn ze te motiveren om naar zichzelf te kijken en zo nodig hun gedrag te veranderen.

In de groep vinden kinderen herkenning en ondersteuning, ze weten dat ze niet alleen staan. Kinderen kunnen vrij oefenen in de groep, hierdoor bouwen ze zelfvertrouwen op.

Het is belangrijk dat een training goed wordt voorbereid door een trainer. Ook de samenstelling van de groep is daarbij van groot belang. Zorg dragen voor een veilig klimaat draagt ook bij aan de resultaten van een training.

In deze training is er gekozen voor een cursorische aanpak, vanuit een leertheoretische achtergrond, waarbij het ervaringsgerichte leren een belangrijke plaats inneemt.

Kinderen wordt een leerervaring aangereikt waarbij de trainer begeleidt, structureert en mediërend aanwezig is. Vanuit de theorie van Feuerstein (Feuerstein centrum Nederland, 1993) spreken we van een gemedieerde leerervaring. Dit wil zeggen, een mentaliteitsverandering in de methode die het kind hanteert om te leren.

Er wordt gebruik gemaakt van de 4 invalshoeken van Jackson (Jackson, 1994)

- Aandacht voor de wijze waarop het kind of de ouder zichzelf en betekenisvolle elementen in zijn/haar sociale wereld ervaart.
- Aandacht voor vaardigheden die co-regulatieve activiteit mogelijk maken ('theory of mind')
- De noodzaak het kind altijd te beschouwen binnen de context van zijn/haar omgeving, naast het begrijpen van het kind en de ouders met zijn/ haar specifieke problemen. Problemen in de omgeving moeten hierin ook herkend worden. Er moet dus ook aandacht zijn voor interventies in de omgeving van het kind.
- Aandacht voor het verleden van het kind.

Methodische invalshoeken in de kindertraining zijn bewegen, sociale cognitie, NLP, imaginatie en focussen.

Met beweging wordt niet alleen daadwerkelijk bewegen bedoeld, maar ook de houding van het kind. bewegingstherapie is de belangrijkste invalshoek in de training voor kinderen. Het daadwerkelijk 'doen' leidt ertoe dat kinderen het ook begrijpen en onthouden.

Onder sociale cognitie wordt 'taal' verstaan. Kinderen moeten leren om te denken over de sociale werkelijkheid ('theory of mind').

Methodische invalshoeken in de oudertraining zijn gedragstherapeutische vaardigheden, de 5 basisbehoeften (hieronder beschreven) en de negatieve spiraal om te buigen naar de positieve.

De opbouw van de training is gebaseerd op 'de theorie van de basisbehoeften' van de lichaamsgerichte psychotherapeut Albert Pesso (Kool, "Ho, tot hier en niet verder...!", 2003). Deze 5 basisbehoeften zijn: een plaats, voeding, steun, bescherming en begrenzing. In de vroege jeugd is de vervulling van deze behoeften essentieel. Deze basisbehoeften zijn op te delen in 3 stadia:

- 1: letterlijk en lijfelijk aan deze behoefte tegemoetkomen
- 2: de basisbehoeften krijgen een symbolisch karakter
- 3: de basisbehoeften leiden tot zelfstandigheid.

Houding van de trainer

Net als bij alle trainingen valt of staat een goed werkende training bij een goede trainer.

Hierbij is het van belang dat de trainer veiligheid creëert een voor vertrouwen zorgt bij zowel ouders als kinderen. De trainer moet ervaren zijn op het gebied van weerbaarheid, omdat er 100% uit de training gehaald moet worden.

De trainer houdt rekening met het kind maar ook met de ouders, door middel van het teruggeven van het feedback over de kinderen.

Structuur van de training

Het is van belang dat de trainer zo goed is voorbereid dat hij/zij zich tijdens de training volledig kan concentreren op de kinderen en het proces. Een trainer moet zich tijdens de bijeenkomst niet meer druk hoeven maken over niet voorbereide punten.

Als trainer moet je weten wat je in de bijeenkomst wil gaan doen, wat de doelen van de bijeenkomst zijn en hoe dit het beste bereikt kan worden. Als de trainer een rollenspel wil gebruiken in de training, is het verstandig dat hij/zij dit van tevoren zelf doorneemt en oefent. De volgorde van oefeningen van de bijeenkomst moeten helder zijn bij de trainer, zodat dit goed wordt over gebracht naar de kinderen.

Het programma van de training is opgebouwd vanuit een aantal sociale thema's. De inhoud van de thema's zijn gebaseerd op de theorie van de basisbehoeften, zoals Albert Pesso (Kool, "Ho, tot hier en niet verder...!", 2003) die gebruikt in zijn lichaamsgerichte psychotherapie.

- Een plaats, een eigen plek (ieder kind moet over een eigen plek, een eigen ruimte beschikken om zich te kunnen ontwikkelen)
- Voeding, ook geestelijke voeding (ieder kind heeft recht op eten, en ook op psychische voeding, leermomenten.)
- Steun (kinderen hebben steun nodig, in moeilijke en in voorspoedige tijden)
- Bescherming (een kind heeft recht op bescherming, bescherming voor gevaren (fysiek) maar ook bescherming tegen psychische druk)
- Begrenzing (kinderen moeten worden begrenst, een kind moet leren wat wel en wat niet mag)

Het programma volgt een bijna natuurlijk ontwikkelingsverloop van activiteiten gericht op het naast elkaar staan, tegen elkaar en samen met elkaar spelen. Tot de kinderen uiteindelijk zoveel mogelijk zelfstandig zijn.

Een bijeenkomst bestaat uit de volgende kopjes: Algemeen thema, bewegingsthema, vaardigheden en oefenmomenten. Deze worden per thema van de bijeenkomst apart ingevuld.

Huiswerk

Ook bij deze training geldt dat het huiswerk de kinderen aanzet tot oefenen en nadenken over hun eigen gedrag en nieuw geleerde gedrag. Het is dus van belang dat kinderen hun huiswerk maken, om zoveel mogelijk positieve ervaringen uit de training te halen.

2.4 Literatuur over de training STOP 4-7 (Leonieke Boendermaker, 2010)

Doelgroep

De training STOP 4-7 is, zoals de naam al zegt, bedoeld voor kinderen van 4 tot 7 jaar. Het is bedoeld voor dezelfde doelgroep als de training 'Minder boos en opstandig' (Leonieke Boendermaker, 2010), namelijk kinderen met ernstige gedragsproblemen. Alleen de leeftijd van de doelgroep is bij deze training anders, en daarmee ook (deels) de gedragsproblemen. Bij deze doelgroep hebben we het over problemen als, liegen, stelen, vechten, driftig gedrag tegen andere kinderen en het domineren van andere kinderen. De ontwikkelaars noemen de doelgroep het liefst 'kinderen met antisociaal gedrag'.

Doelstelling

Doelstelling van de training is dat de gedragsproblemen effectief worden aangepakt, op meerdere fronten tegelijk. Dit om zo te voorkomen dat de betreffende kinderen gedragsmatig verder ontsporen en daarmee zichzelf en de maatschappelijke omgeving in de toekomst veel last zal gaan bezorgen. Deze doelen worden gesteld voorafgaand aan de training:

- Ouders hebben grip op de opvoeding
- Het kind heeft voldoende sociale vaardigheden
- De probleemoplossende vaardigheden van het kind zijn vergroot
- Het probleemgedrag van het kind is afgenomen.
- Het kind heeft een positiever zelfbeeld
- Het pedagogische klimaat op de school is weer geoptimaliseerd/verbeterd
- Het kind profiteert van het onderwijs dat het op school krijgt aangeboden
- Het negatieve interactiepatroon tussen het kind en zijn omgeving is doorbroken

Visie

Het is belangrijk voor een optimaal effect van de training dat ouders actief en gemotiveerd meedoen aan de training. Van de trainer wordt verwacht dat hij meegaat in de ouderlijke perceptie die ouders op de opvoeding hebben. Dit motiveert ouders om mee te doen. Ook de leerkrachten worden betrokken bij de training. Het is belangrijk dat iedereen die veel met het kind te maken heeft, weet welke aanpak werkt bij het kind, zodat er in iedere situatie hetzelfde wordt gehandeld.

De training vereist dat trainers een sociaalagogische of menswetenschappelijke opleiding hebben afgerond, hetzij op HBO-, hetzij op universitair niveau. Scholing in de beschreven methoden en technieken strekt zeker tot aanbeveling

Methodiek

De STOP4-7 (Leonieke Boendermaker, 2010) training bestaat uit 3 componenten. Namelijk de oudertraining, kindertraining en de training voor leerkrachten.

In de training voor kinderen wordt voornamelijk aandacht besteed aan de sociaal cognitieve vaardigheden van het kind. Een belangrijk plaats in de training heeft het herkennen van de basisemoties: blij, boos, verdriet en angst. Aan de orde komen de volgende thema's:

- Rolneming vaardigheden: het kind leert dat verschillende mensen in dezelfde situatie, allemaal een andere rol kunnen hebben. Ze leren om zich te verplaatsen in de verschillende rollen. Het leren verplaatsen in de ander is het doel van dit thema
- Zelfcontrole vaardigheden: de kinderen leren zich aan groepsregels en afspraken te houden, ze leren op hun beurt te wachten, leren op een aanvaardbare manier om te gaan met woede en frustratie, leren weerstand te bieden aan verleiding en groepsdruk en leren zich te ontspannen.
- Probleemoplossende vaardigheden: kinderen leren de stappen hoe zij om moeten gaan met problemen die zich voordoen in het dagelijks leven. Ze leren het probleem te definiëren en te verwoorden. Vervolgens leren ze om verschillende oplossingen te bedenken en er één te kiezen. Als laatste leren ze om na te gaan of de gekozen oplossing de juiste is geweest, of dat de volgende keer voor een andere oplossing gekozen moet worden.
- Vaardigheden voor samenspelen en samenwerken: de kinderen leren naar elkaar luisteren, zich aan spelregels houden, leren spullen te delen, leren rekening houden met elkaar en leren zich op een effectieve en positieve manier bij een groep aan te sluiten.
- Werkhoudingvaardigheden: kinderen leren om een tijdje stil te zitten, te luisteren en om zelfstandig een opdracht te begrijpen en uit te voeren.

De oudertraining, de Parent Management Training, is in eerste instantie een training in opvoedingsvaardigheden. De ontwikkelaar heeft zich daarbij

grotendeels gebaseerd op Patterson en zijn collega's (Bartelink, 2008) van het Oregon Social Learning Center. Patterson en zijn collega's onderscheiden vijf opvoedingsvaardigheden waar gezinnen, waarin kinderen zich positief ontwikkelen, verschillen van gezinnen waarin sprake is van een verhoogd risico op een antisociale ontwikkeling. Deze vijf opvoedingsvaardigheden zijn de basis voor de oudertraining. Zij worden hier kort benoemd.

1. Het tonen van positieve betrokkenheid. Dit gaat over het geven van tijd, aandacht en liefde aan het kind, ongeacht of het kind nu vervelend gedrag vertoont of niet.
2. Het realiseren van positieve bekrachtiging. Doordat ouders vaak in een negatieve spiraal zitten als het gaat om reageren op hun kind, is het belangrijk dat ouders zich bewust zijn van hun handelen, vooral als het gaat om positief bekrachtigen. Wanneer het kind gewenst gedrag vertoont moet hier een beloning voor zijn, zodat het kind weet dat het positief is.
3. Het beschikken over de vaardigheid om interpersoonlijke problemen op te lossen. Effectief oplossen van problemen is belangrijk voor ouders om zo hun kinderen te kunnen laten uitgroeien tot sociaal competente mensen.
4. Disciplineren. Deze vaardigheid gaat over het stellen van grenzen en hanteren van regels. Ook het bieden van structuur valt hieronder.
5. Monitoring ofwel toezicht houden. Bij jonge kinderen houdt dit in dat ouders weten wat hun kinderen doen en dat kinderen weten dat zij niet zonder toezicht zijn. Bij oudere kinderen impliceert het gesprekjes voeren met het oogmerk zicht te krijgen op hun functioneren buitenshuis en interesse te tonen voor hun bezigheden, zonder dat het wordt gezien als het uitoefenen van controle.

De hoofdmoot van het programma voor ouders bestaat uit het versterken van de competentie van ouders, het verrijken van de relatie tussen ouders en kind en het vergroten van sociale steun voor de gezinnen. Dit laatste gebeurt doordat ouders bijeen worden gebracht tijdens de bijeenkomsten. Hier kunnen ze hun zorgen en problemen delen met anderen.

In de training voor leerkrachten wordt in de eerste bijeenkomst aandacht besteed aan de theorie die behoort bij het antisociale gedrag wat de kinderen vertonen. Ten tweede leren ze om positief gedrag te belonen en negatief gedrag te negeren. In bijeenkomst 3 leren ze hoe zij aangeleerde vaardigheden van kinderen kunnen versterken. In bijeenkomst 4 is er aandacht voor de (soms moeilijke en/of problematische) communicatie tussen ouders en leerkrachten. Leerkrachten mogen ook aanwezig zijn en actief deelnemen aan de kindertrainingen.

Voor het overbrengen van informatie tussen ouders, kinderen en leerkrachten wordt er gebruik gemaakt van een heen-en-weer schriftje. Hierin kan door alle betrokken partijen geschreven worden. De trainingen worden gegeven in een speciaal trainingscentrum. De gezinsbegeleider behoort op bezoek te gaan bij de gezinnen thuis en de schoolbegeleiding zoekt het kind op school op.

De kindtraining in de STOP4-7-interventie (Leonieke Boendermaker, 2010) is een combinatie van elementen uit sociale vaardigheidstrainingen, de sociaal cognitieve benadering en de benadering waarbij zelfcontrole wordt aangeleerd. De elementen uit de sociale vaardigheidstraining gaan over het contact maken en het opkomen voor jezelf. Elementen uit de sociale cognitieve benadering, trainen en veranderen de denkwijze van kinderen in sociale situaties. Bij de bevordering van zelfcontrole leren de kinderen hun boosheid in situaties van frustratie onder controle krijgen. Ook leren zij zich te verplaatsen in het perspectief van anderen. Daarbij wordt uiteraard rekening gehouden met wat men in dit verband van kinderen van vier tot en met zeven jaar kan verwachten.

De oudertraining is erop gericht de opvoedingsvaardigheden van de ouders te versterken. De ouders wordt geleerd dat hun opvoedingsgedrag er wat toe doet en dat zij bij de kinderen positief sociaal gedrag kunnen versterken en antisociaal gedrag kunnen verminderen. Concreet wordt er in de training aandacht besteed aan de vijf opvoedingsvaardigheden waarvan gebleken is dat zij van doorslaggevende betekenis zijn bij het vóórkomen en voorkómen van antisociaal gedrag. In de gevallen waarin deze vaardigheden in mindere mate aanwezig zijn, is het risico op een antisociale ontwikkeling van de kinderen sterker aanwezig (Bartelink, 2008)

Duur en frequentie

- De kindertraining bestaat uit tien bijeenkomsten die duren van 9.30 tot 15.00 uur welke zijn verspreid over tien achtereenvolgende weken.
- De oudertraining bestaat uit tien namiddagen van telkens twee uur; deze bijeenkomsten worden gespreid over een periode van vier maanden; de eerste drie bijeenkomsten zijn

wekelijks, de overige bijeenkomsten zijn om de week. Wanneer de kindertraining aan de gang is, worden de oudertrainingen gegeven op dezelfde dagen als de kindertraining.

- De leerkrachttraining bestaat uit vier bijeenkomsten gedurende telkens één voormiddag, gespreid over de duur van de kindertraining; dit komt neer op één bijeenkomst in de drie weken

2.5 Literatuur over de training 'Minder boos en opstandig'

'Minder boos en opstandig' (Leonieke Boendermaker, 2010)

Doelgroep

Deze training is ontwikkeld voor kinderen van 8 tot 12 jaar met een vorm van disruptief gedrag, en hun ouders. Onder disruptief wordt het volgende verstaan: kinderen met een oppositionele gedragsstoornis (ODD) en/of een antisociale gedragsstoornis (CD). Deze kinderen zijn veelal openlijk ongehoorzaam, vijandig en negatief ten opzichte van gezagspersonen (bijv. ouders en leerkrachten). Het kind vertoont een gedragspatroon waarbij de grondrechten van anderen worden geschonden. Regels en normen (bijvoorbeeld luisteren naar je ouders, voeten vegen voor je naar binnen loopt) horend bij de leeftijd worden vaak overtreden door het kind.

Omgevingsfactoren lijken leidend te zijn bij deze (gedrags)problematiek. De training is alleen bedoeld voor kinderen met ODD of CD, of kinderen die een groot risico lopen om deze stoornis te ontwikkelen. ADHD komt vaak in combinatie met deze stoornis voor.

Doelstelling

Deze training heeft twee doelen, voor twee doelgroepen. Namelijk, het verbeteren van opvoedingsvaardigheden van ouders en het verbeteren van oplossingsvaardigheden bij kinderen in sociale situaties. Beiden moet het leiden tot vermindering van het disruptieve gedrag. Allereerst was de maker van deze interventie er vanuit gegaan dat het prosociale gedrag van het kind zou verhogen. Echter blijkt dit in de praktijk te hoog gegrepen. De doelstellingen zijn nu als volgt:

- Opvoedingsstress bij ouders is afgenomen
- Gedragsproblemen bij het kind is afgenomen
- Het kind heeft een positiever zelfbeeld
- Het kind profiteert op positieve wijze van onderwijs
- Het negatieve interactiepatroon tussen het kind en zijn omgeving is doorbroken.

Visie

Minder boos en opstandig (Leonieke Boendermaker, 2010) is een gedragstherapeutisch programma, ontwikkeld door het UMC Utrecht. Interactie tussen ouder en kind is belangrijk in de training. Er wordt gebruik gemaakt van cognitieve gedragstherapie. De training kan door groepsleiders gegeven worden, mits zij kennis hebben van de normale en problematische ontwikkeling van kinderen. Het principe gedragstherapie en het werken in groepen moet bekend zijn bij de trainer. Ervaring als therapeut is niet nodig, supervisie met andere trainers wordt wel aanbevolen.

Vooral de samenwerking met ouders is erg belangrijk, omdat zij een belangrijk rol innemen in de ontwikkeling van hun kind. De trainer moet kunnen motiveren om ouders actief te laten meedenken en te zorgen dat ouders nieuwe vaardigheden aanleren.

Methodiek

In dit programma werkt men met een geprotocolleerde aanpak. Hiermee wil men bereiken dat het programma goed gestructureerd is maar dit zorgt er ook voor dat alle werkzame bestanddelen uit het programma, juist worden ingezet.

Volgens de operante conditioneren worden ouders getraind in het omgaan met hun kind. Met hierin als doel om het negatieve interactiepatroon te doorbreken door middel van het aanleren van nieuwe vaardigheden om zo anders te leren reageren op het gedrag van het kind. Ouders leren bijvoorbeeld om positief gedrag dat het kind vertoont, te belonen en negatief gedrag te negeren. Deze aanpak volgens de principes van de 'Parent Management Training' en geldt in de literatuur als een van de best onderzochte en gevalideerde methoden voor de behandeling van oppositioneel en agressief gedrag bij jeugdigen (Van Yperen, 2004). Kinderen reageren namelijk beter op positieve feedback, omdat dit hen vaak iets oplevert in de vorm van een beloning.

Ten tweede is de interventie op de veronderstelling gebaseerd dat kinderen met gedragsproblemen vaak kenmerkende percepties hebben van hun omgeving en hun probleemoplossende vaardigheden. Het idee is dat deze percepties en de daarop volgende respons voor een belangrijk deel automatisch verlopen. De kinderen herkennen hun mate van

boosheid daardoor minder dan hun niet-problematische leeftijdgenoten, voelen zich minder in staat om hun reacties te controleren en zijn meer geneigd om hun gevoelens te negeren. Deze processen zijn door diverse onderzoekers beschreven (voor een overzicht zie Van de Wiel, 2002; zie ook bijvoorbeeld Orobio de Castro, 2001). Het doel van de interventie is daarom de oplossingsvaardigheden van de kinderen in sociale situaties te vergroten door ze een meer reflectieve manier van reageren aan te leren.

In de training staan ze stil bij het herkennen en benoemen van hun gevoelens van boosheid. Daarnaast leren de kinderen via de zogeheten Stop&Denk-methode om op een expliciete, bewuste manier sociale situaties te analyseren en om oplossingsstrategieën af te wegen. Het idee is dat deze bewuste denkwijze op termijn meer geautomatiseerd en geïnternaliseerd (in de gedachtegang van het kind wordt opgenomen) wordt. Het kind moet leren de situatie even STOP te zetten en vervolgens te denken over mogelijk oplossingen voor het probleem. Deze zogeheten cognitieve probleemoplossingsvaardigheden training ('cognitive problem-solving skills training' of PSST) is in veel onderzoek effectief gebleken bij de behandeling van oppositioneel en agressief gedrag, hoewel veel vragen omtrent de veronderstelde onderliggende cognitieve processen nog niet goed zijn beantwoord (Van Yperen, 2004). Met andere woorden: de aanpak werkt, maar waarom is nog niet helder. In de training is het belangrijk dat er rekening wordt gehouden met de korte aandachtsspanne van de kinderen. De training moet dus erg gevarieerd zijn om zo de aandacht van de kinderen erbij te houden. Ten tweede is het belangrijk dat ouders intensief betrokken worden om zo het effect van de training te vergroten. Als laatste moet er genoeg aandacht zijn voor het praktisch toepassen van nieuw aangeleerde vaardigheden.

Minder boos en opstandig (Leonieke Boendermaker, 2010) is in principe geschikt voor toepassing bij kinderen die zijn opgenomen in een vorm van ambulante zorg, dagbehandeling of dag en nachtbehandeling. De interventie is door de makers ontwikkeld in een dagklinische en klinische kinder- en jeugdpsychiatrische behandelsetting. Het effect werd onderzocht in ambulant verband (poliklinieken kinderpsychiatrie en ambulante instellingen voor geestelijke gezondheidszorg). Het wordt nu als ambulant programma aangeboden, maar het kan ook uitgevoerd worden in een residentiële setting of op school.

Duur en frequentie van een training

De oudercomponent in deze training bestaat uit 18 sessies, in groepen van vier tot acht ouders. Elke sessie bestaat uit een terugblik op de vorige keer, bespreking van huiswerkopdrachten, bespreking van een specifiek thema (middels theorie, modelleren via video, bespreking van ervaringen, rollenspel), bespreking van de nieuwe huiswerkopdracht van de sessie en een samenvatting. Elke bijeenkomst duurt ongeveer anderhalf uur en vindt om de twee à drie weken plaats. De sessies verlopen volgens een vaste volgorde en zijn onder meer gewijd aan het consistent regels hanteren en orde en regelmaat creëren, het hanteren van observatie vaardigheden, het kind prijzen en belonen, hoe om te gaan met het overtreden van regels en ander disruptief gedrag, omgaan met stress en voor jezelf zorgen en het creëren van een positief gezinsklimaat.

De training voor kinderen bestaat uit 18 sessies in een groep van vier kinderen. De trainingen zijn verspreid over 26 weken en duren elk een uur en een kwartier. De opbouw van één sessie komen overeen met de oudercomponent, alleen dan toegespitst op kinderen. Extra onderwerpen voor kinderen zijn: de herkenning van gevoelens, in het bijzonder boosheid, aanleren van de STOP en denk-methode en gebruik van deze methode in alledaagse situaties.

2.6 Samenvatting

In dit hoofdstuk hebben we de opzet van 4 landelijk bekende trainingen beschreven.

Hierboven heeft u kunnen lezen dat alle kinderen die moeite hebben met sociale vaardigheden, weerbaarheid, agressieregulatie en/of gedragsproblemen gebruik kunnen maken van deze trainingen. Het zijn breed inzetbare trainingen, dat wil zeggen dat de trainingen zo ontwikkeld zijn dat een grote doelgroep in aanmerking kan komen voor deze trainingen.

Om het verschil aan te geven met de huidige trainingen en de trainingen die Trias Jeugdhulp wil gaan ontwikkelen schrijven wij in hoofdstuk 3 wat de meerwaarde is van het volgen van een unieke training.

Unieke trainingen

Inleiding:

In dit hoofdstuk beantwoorden wij deelvraag 3: Wat verstaat Trias Jeugdhulp onder een unieke training? Met het beantwoorden van deze deelvraag hopen we u een beeld te kunnen geven van wat wij en Trias jeugdhulp verstaan onder een unieke training. In hoofdstuk 2 heeft u 4 voorbeelden kunnen zien van bekende trainingen die in de jeugdzorg in Nederland gegeven worden. Wij willen u laten zien welke trainingen er al geboden worden bij vergelijkbare instellingen, wat de meerwaarde is van een unieke training en waar aan gedacht moet worden bij het ontwikkelen van een unieke training.

Binnen de jeugdzorg wordt er al veel gedaan op het gebied van trainingen. Wij willen laten zien hoe belangrijk juist deze unieke trainingen voor kinderen kunnen zijn. We hebben instellingen benaderd om te kijken wat er al aan deze zogenoemde “unieke trainingen” aangeboden wordt, om meer informatie te verkrijgen over hoe zij invulling geven aan trainingen. De vragenlijst van het interview kunt u vinden in de bijlagen (pagina 66)

3.1 Wat verstaat Trias jeugdhulp onder unieke trainingen?

Trias Jeugdhulp (Hutten, 2011)

Interview met Rianne Hutten

Werkgebied: Zwolle

Om deze vraag te beantwoorden hebben wij Rianne Hutten geïnterviewd. Alle onderstaande informatie is gebaseerd op het interview.

Rianne is werkzaam binnen Trias, als pedagogisch medewerker en PPG'er (Praktisch Pedagogisch Gezinsbegeleider). Zij geeft trainingen aan kinderen die op de dagbehandeling komen. Er worden al jaren trainingen aangeboden aan kinderen die zorg ontvangen van Trias Jeugdhulp. In het begin werden er alleen trainingen aangeboden voor de kinderen die intern bij Trias zijn. Hierbij moet u denken aan een sociale vaardigheidstraining of een weerbaarheidstraining. Extern, werden er geen trainingen aangeboden. Trias is steeds meer bezig met het ontwikkelen van unieke trainingen. Er worden nu ook trainingen aangeboden voor de losse trajecten. Dat wil zeggen dat kinderen ook slechts een training kunnen volgen en niet een volledig traject op een dagbehandeling hoeven te volgen. De trainingen die er vroeger veel gegeven werden zoals sociale vaardigheidstraining, echtscheidingsprogramma, psycho-educatie etc. worden nu nog steeds gegeven. Deze trainingen kunnen inmiddels aangepast zijn, wanneer door bijvoorbeeld ervaring met de training is gebleken dat er een ander onderdeel bij in moet, wat meer aansluit bij de doelgroep

Er zijn ook al trainingen ontwikkeld door de pedagogisch medewerkers van Trias. Zij gebruiken hiervoor bestaande theorieën, die al zijn ontwikkeld. Bijvoorbeeld de theorie uit het boek ‘Ho, tot hier en niet verder’ (Kool, Ho, tot hier en niet verder!, 2010). Wanneer pedagogische medewerkers zagen dat een kind behoefte had aan een nog niet bestaande training, ontwikkelden zij deze voor het kind. Een voorbeeld hiervan is de training “Ik ben ik en ik ben speciaal” Deze training is in eerste instantie ontwikkeld voor een meisje, om haar zelfvertrouwen te vergroten en kan ook ingezet worden voor andere kinderen.

Zij houden hierin rekening met de wensen van de ouders en het kind, voorafgaand aan de training zijn er gesprekken met de ouders over de manier van training geven, wat er aan bod komt tijdens de training etc. De trainingen die zijn ontwikkeld worden door de orthopedagoog gekeurd. De meerwaarde van de gegeven trainingen is dat kinderen heel doelgericht aan de slag gaan. Er worden doelen opgesteld voor het kind maar er wordt ook samen met het kind gekeken naar wat hij/zij zelf graag zou willen leren. Het beeld wat Trias jeugdhulp bij unieke training heeft is dat ieder kind individueel aan zijn doelen kan werken, doordat er persoonlijke doelen zijn opgesteld voor elk kind wat aan een training deel neemt. Een kind wil bijvoorbeeld leren samenspelen, of zijn agressie onder controle houden. Aan wat het kind al kan hoeft niet gewerkt te worden, en wat juist leerzaam is voor het kind, wordt aan gewerkt. De doelen worden zo realistisch mogelijk opgesteld zodat het kind aan het einde van de training, de doelen heeft behaald met het hulpaanbod wat zij hebben gekregen. Wat de trainingen zo uniek maken is dat er echt per kind wordt gekeken wat hij/zij nodig heeft in de training maar ook dat het opgeleide mensen zijn die de trainingen geven, deze mensen hebben ervaring met het geven van trainingen. Hiermee gaan zij kindgericht (dat wil zeggen dat het kind centraal staat, en alles in de training gericht is op de ontwikkeling van het

kind) mee aan het werk, zodat het geen standaard programma wordt. Wanneer er naar voren komt dat een kind met bijvoorbeeld PDD-NOS niet goed mee komt met de training, en er zijn meerdere kinderen die hier moeite mee hebben, dan kan er gekeken worden naar een aanpassing in de training. De meerwaarde van de unieke training ten opzichte van de nu gegeven trainingen is dat het veel gespecialiseerdere trainingen zijn. Tussen de bijeenkomsten van de training zijn er ook evaluatiegesprekken met de ouders en het kind, wat is er al besproken, hoe gaat het, wat zouden ouders graag nog meer willen zien, wat wil het kind graag nog leren. Al deze punten worden daarin besproken om zoveel mogelijk uit de training te halen. Wat Trias wil bereiken met deze unieke trainingen is dat de zorg van kinderen door de training veel kortdurender kan worden, waardoor zij sneller weer zelfstandig kunnen zijn en Trias weer hulp kan bieden aan een ander kind met een hulpvraag. Vroeger kwam een kind bijvoorbeeld drie dagen in de week naar de dagbehandeling om aan de sociale vaardigheden te werken, nu zou het kind een keer in de week een sociale vaardigheid (SOVA) training kunnen volgen. Door het hulpaanbod van trainingen te vergroten kun je trajecten korter maken, dan is het kind sneller klaar met hulp. Het plan rondom deze trainingen staat nog in de kinderschoenen en daardoor kost het meer tijd om het trainingsaanbod goed te ontwikkelen, daarom gaat Trias eerst op dagbehandeling aan de Beukenstraat beginnen met de trainingen. Als blijkt dat deze training wel degelijk voor een meerwaarde zorgen (bijvoorbeeld als het gevolg van de training is dat een kind korter dagbehandeling nodig heeft), dan kan er Trias breed gekeken worden naar de mogelijkheden tot het uitbreiden van de trainingen. Dit zou Trias aan kunnen pakken door met meerdere professionals om de tafel te gaan en te kijken naar wat een training moet bieden aan kinderen. Ook zou er hier aandacht besteed moeten worden aan de PR, dit houdt in dat de trainingen binnen Trias bekend gemaakt moeten worden, bijvoorbeeld door middel van een wekelijks of maandelijks folder. In deze folder zal te zien zijn welke trainingen waar en voor wie gehouden wordt, zodat alle medewerkers binnen Trias zicht hebben op de gegeven trainingen. Er wordt nu ook gewerkt met trajectfinanciering, waarbij elk kind hetzelfde bedrag krijgt, ongeacht of het naar een dagbehandeling gaat of naar een leefgroep.

Trias moet hierin een weg vinden, dit kan door middel van de unieke trainingen, waardoor de zorg (misschien wel) korter wordt. In Zwolle is het in de leeftijd van vijf tot achttien jaar al mogelijk om een training te volgen bij Trias. Trend is een dagbehandeling voor de jeugd van twaalf tot achttien jaar. Zij zijn al bezig met het ontwikkelen en geven van de trainingen. Dit loopt goed, hier wordt al veel gebruik van gemaakt.

3.2: Verantwoording van de benaderde instellingen

Om informatie over de lopende trainingen in de regio te krijgen, hebben we een aantal grote organisaties voor jeugdhulp benaderd. Van deze organisatie willen wij te weten komen met welke trainingen zij werken, welke theorieën zij hiervoor gebruiken, wat belangrijke punten zijn bij het ontwikkelen van een nieuwe training en nog veel meer. We hebben gekozen voor de volgende organisaties:

- Pactum Jeugdzorg
- Jarabee
- Stichting Lindenhout

We hebben gekozen voor deze instellingen om dat deze niet (kunnen) concurreren met Trias Jeugdhulp. Jarabee en Pactum zijn namelijk (zoals in hoofdstuk 2 beschreven) mede-hoofdaanemers van Bureau Jeugdzorg Zwolle en werken dus in een andere regio. Stichting Lindenhout valt helemaal buiten de regio waarin Bureau Jeugdzorg Zwolle werkt, dus kan deze organisatie ook niet concurreren met Trias Jeugdhulp. Omdat de informatie betrouwbaar moet zijn, is het dus belangrijk dat er geen concurrentiestrijd bestaat.

We zijn er al gauw achter gekomen dat Pactum Jeugdzorg maar een klein aantal trainingen biedt voor kinderen van 6 tot 12 jaar. Trias loopt ver voor op deze instelling als het gaat om trainingen. We hebben er daarom voor gekozen om deze instelling niet verder te benaderen voor meer informatie. Jarabee echter, biedt veel algemene trainingen maar biedt ook trainingen voor specifieke doelgroepen, zoals de doelgroep, seksueel misbruikte kinderen. In dit hoofdstuk vindt u dan ook een verslag van een interview met een medewerkster van Jarabee.

Met stichting Lindenhout hebben we helaas geen interview meer kunnen houden, omdat er van beide kanten moeite was met de communicatie. Wel hebben wij telefonisch contact gehad met een medewerkster en zij heeft ons op deze manier kort uitgelegd wat zij allemaal doen op het gebied van trainingen. Over de e-mail heeft zij beschrijvingen van trainingen gestuurd. Over de landelijke trainingen heeft u al kunnen lezen in hoofdstuk 2. In dit hoofdstuk zullen we ingaan op de training die zij zelf hebben ontwikkeld, namelijk de praat en speelgroep.

Ook particuliere instellingen voor jeugdhulp bieden trainingen aan. Via Trias zijn wij in contact gekomen met de Cognito Praktijk in Zwolle. Dit is een praktijk voor psychotherapie en gezinsbegeleiding. Met de eigenaresse van deze instelling hebben wij een interview gehouden. Een verslag van dit interview vindt u in dit hoofdstuk.

3.3 Hoe werken de benaderde instellingen met trainingen voor kinderen?

Jarabee (Jarabee, 2011)

Interview met ambulant hulpverlener

Werkgebied: Twente

Trainingen en verwerkingsgroepen van Jarabee

Maandag 18 april hebben wij een interview gehouden met een ambulant hulpverleener van Jarabee. Zij werkt al jaren als ambulant hulpverlener en richt zich in haar werk op het ontwikkelen en geven van trainingen en verwerkingsgroepen. Jarabee biedt uitsluitend hulpverlening aan gezinnen waarin er sprake is van een meervoudige problematiek.

Trainingen en verwerkingsgroepen

Jarabee maakt duidelijk onderscheid in trainingen en verwerkingsgroepen. Jarabee heeft het volgende aanbod:

-Verwerkingsgroep echtscheiding.	4-5, 6-8, 9-12 jaar
-Verwerkingsgroep seksueel misbruik.	6-18 jaar
-Zelfcontrole training	9-13 jaar
-SOVA training,	Vanaf 9 jaar
- Spelgroep SOVA	6-8 jaar
-Speltherapie.	4-12 jaar.
-Sovatraining (Gekoppeld aan verblijf.)	8-12, 12-18 jaar
-Weerbaarheidstraining. Gekoppeld aan verblijf.	8-18 jaar
-Horizonmethode seksueel misbruik.	4-6, 6-8, 8-10, 10-12 jaar,

Jarabee vindt dit onderscheid tussen trainingen en verwerkingsgroepen erg belangrijk. Een verwerkingsgroep vraagt namelijk totaal andere capaciteiten van een hulpverlener dan het geven van een training. Bij een training, zoals het woord al zegt, train je iets in. Je leert een kind nieuwe vaardigheden. Bij een verwerkingsgroep gaat het om verwerken van, praten over, accepteren van, bewust worden van etc. Je bent meer aan het 'plakken en knippen' in de gedachtegangen van de kinderen. Je maakt gebruik van heel uiteenlopende creatieve werkvormen, zoals ontspanningsoefeningen met de kinderen. Een soort yoga voor kinderen. Bij verwerking rondom seksueel misbruik wordt er veelal gebruik gemaakt van kleine pittenzakjes, die de kinderen naar de denkbeeldige dader kunnen gooien.

Een training wordt door Jarabee gezien als een ondersteunende vorm van hulpverlening. Het is dus ondersteunend aan de hulp die al geboden wordt, bijvoorbeeld dagbehandeling of 24uurs zorg. Toch komt ongeveer de helft van de kinderen die een verwerkingsgroep of training volgen, slechts hiervoor bij Jarabee. Bij deze kinderen is een training dus voldoende om de doelen die het kind heeft, te behalen.

Als hulpverlener

Trainingen of verwerkingsgroepen leiden vraagt specifieke vaardigheden van een hulpverlener. Je moet het maximale uit een groep kunnen halen. Een reguliere opleiding (SPH, MWD) is niet genoeg. Een training geven en/of ontwikkelen kan je er niet 'zomaar bij doen'. Ervaring met het werken met de doelgroep is een vereiste. Het vergt veel voorbereidingstijd, tijd om tijd om de bijeenkomst te bespreken en te evalueren. Ook is het belangrijk dat er 1 of 2 hulpverleners de trainingen geven, zodat er altijd vaste leiding op de groepen staat en zij ook kunnen doorontwikkelen in het geven van de trainingen of de verwerkingsgroepen. Je moet er specifiek voor kiezen om trainingen of verwerkingsgroepen te begeleiden. Je moet genoeg tijd krijgen om je te kunnen verdiepen verschillende methodieken die kunnen worden toegepast in een training. Daarbij moet er tijd zijn om te evalueren, nieuwe dingen uit te proberen om zo de kwaliteit van de training altijd te blijven optimaliseren. Het moet serieus worden aangepakt, want vooral de verwerkingsgroepen vergen veel energie, tijd en aandacht van een hulpverlener.

Ook is het geven van een training of leiden van een verwerkingsgroep een vak apart. Je moet weten hoe jij voor de groep staat als trainer of begeleider. Een

cursus hierover is een pre voor een hulpverlener die slechts een reguliere opleiding heeft afgerond. Ervaring met het werken met de doelgroep is hierbij ook erg belangrijk. Trainingen en verwerkingsgroepen geef je altijd met z'n tweeën. Er moet altijd genoeg aandacht zijn voor het groepsproces en voor de individuele processen van de deelnemers. Soms komen er heftige emoties bij een kind los, hier moet dan speciaal aandacht aan gegeven worden. De anderen kinderen kunnen dan doorgaan onder begeleiding van de andere trainer. Ook voor een hulpverlener is het fijn dat zij ervaringen kan delen en dat je elkaar kan overnemen tijdens een training. Ook wordt de kwaliteit van een training beter wanneer er twee hulpverleners zijn.

Vormgeving en effect van de trainingen en verwerkingsgroepen.

De eerste stap van een zorgtraject is de stap naar Bureau Jeugdzorg. Alle kinderen die worden aangemeld voor een training of verwerkingsgroep, hebben een indicatie van Bureau Jeugdzorg. Jarabee weet niet hoe het komt dat deze kinderen niet naar Jarabee komen. Zij denken dat ouders waarschijnlijk jeugdzorg te zware zorg vinden voor de problematiek van hun kind.

Ook wordt er in de voorliggende voorzieningen ook een hoop geboden voor kinderen met problemen. Jarabee werkt alleen met gezinnen die kampen met meervoudige problemen.

Wanneer een kind is aangemeld voor een training volgt er een startgesprek met de deelnemer. Hierin worden de leerdoelen van de cliënt in kaart gebracht. Daarbij wordt er contact gelegd met de ouders van het kind voor een startbijeenkomst. Deze voorbereidingstijd neemt zo'n 3 weken in beslag. De trainingen bevatten vaak ongeveer 10 bijeenkomsten, elke week. De verwerkingsgroepen zijn vaak wat intensiever en hebben vaak 10 tot 15 bijeenkomsten. De verwerkingsgroep bestaat uit maximaal 6 kinderen. De trainingen hebben maximaal 8 kinderen per groep. Tijdens elke bijeenkomst krijgen de kinderen een huiswerkopdracht mee, aansluitend bij wat er die keer behandeld is. Ouders krijgen ook huiswerkopdrachten mee, zij hebben hier ongeveer 4 weken de tijd voor, tot er weer een ouder-bijeenkomst is. Aan het eind van het traject is er een afsluiting met ouders en kinderen.

Jarabee heeft in het verleden (jaren terug) wel gemeten wat het effect van de trainingen en verwerkingsgroepen zijn. Deze informatie is alleen lang niet meer relevant. De trainingen en verwerkingsgroepen moeten tegenwoordig 'evidence-based' (hulpverlening bieden dat gebaseerd is op onderzoeken en waarvan dus mag worden aangenomen dat het werkt) zijn, daarom zijn evaluaties en onderzoeken naar de effecten van trainingen belangrijk. Er wordt dus ook flink gehamerd op het evalueren van trainingen met ouders en kinderen. Ze maken bij het evalueren van de trainingen gebruik van de CBCL (Child Behavior Checklist). Dit is een vragenlijst om vaardigheden van de deelnemers op een gestandaardiseerde wijze vast te stellen. Door vragen over het kind kan vastgesteld worden welke problemen zij ervaren: internaliserende problemen, externaliserende problemen of aandachtsproblemen. De score van de lijsten levert een profiel op waarin aangegeven staat of de beleving van de invuller boven de 'klinische norm' uitkomt of tot de normale populatie behoort.

Animo voor trainingen

De ambulant hulpverlenster geeft aan dat er altijd voldoende aanmeldingen zijn voor alle trainingen die worden aangeboden bij Jarabee. Er zijn 2 trainingsperiodes per jaar, na de zomervakantie en na de kerstvakantie. Ze merkt wel dat voor de aanmelding van een verwerkingsgroep, vooral voor seksueel misbruik, een lang traject vooraf gaat. Het is dus nog niet zo toegankelijk. Ook omdat er natuurlijk een taboe op dit onderwerp rust. In de groepen voor seksueel misbruik, zijn de deelnemers voornamelijk meiden. Toch weten we dat seksueel misbruik ook bij jongens voorkomt. Tegenwoordig is er veel in het nieuws over het seksueel misbruik met jongens in de katholieke kerk, wat zich jaren geleden heeft afgespeeld en nu uitgesproken wordt. Hierin zien we dat er nu meer over gepraat kan en mag worden. De slachtoffers van dit seksueel misbruik zijn alleen nu al ruim volwassen en je ziet dat zij hier tot op heden nog problemen mee ervaren. De hulp komt dus te laat. Door de beweging en de ophef over de katholieke kerk hoopt Jarabee dat hiermee het kenbaar maken van seksueel misbruik een minder grote stap wordt. Het is een vervelend onderwerp, maar hoe eerder er hulp is voor deze kinderen en jongeren, hoe beter. Bij meiden was de schaamte hoog, dat is nu min of meer doorbroken, nu hopen we dat er een beweging op gang komt dat ook jongens zich aanmelden wanneer er sprake is van seksueel misbruik.

Waar moet je aan denken bij het geven van trainingen of een verwerkingsgroep?

Er komt veel kijken bij het geven van trainingen of het leiden van verwerkingsgroepen. Dat doe je niet zomaar.

Ruimte: Allereerst moet je beschikking hebben over een geschikte trainingsruimte. Dit moet een ruimte zijn waarin kinderen zich veilig kunnen en

mogen voelen. Er moet voldoende ruimte kunnen zijn om te liggen en actief te zijn. Daarbij moeten ze ook veilig de ruimte kunnen verlaten. Wanneer ze letterlijk even 'uit de situatie' willen stappen moeten ze daarvoor de mogelijkheid hebben. Naar buiten kunnen is dat een optimale plek, alleen moet dit wel veilig zijn (als je kijkt naar verkeer, buurt etc.) Ook moeten de kinderen ongeremd hun emoties kunnen uiten in de trainingsruimte. Het moet dus mogelijk zijn dat kinderen kunnen schreeuwen, huilen of schoppen zonder dat buitenstaanders hier last van hebben of op kunnen reageren. Ten tweede moet er een toilet in de buurt van de ruimte aanwezig zijn. Soms lopen de emoties zo hoog op dat kinderen bijvoorbeeld moeten overgeven.

Als laatste moeten er voldoende materialen aanwezig zijn, denk daarbij aan matjes om op te liggen, dekens om onder te liggen, balletjes om mee te gooien, tekenmateriaal etc. hiervoor moet een goede opslag plek zijn in de ruimte.

Doelgroep: trainers moeten goed weten wat ze kunnen verwachten van een doelgroep. De jongste kinderen (4-6 jaar) hebben bijvoorbeeld nog veel moeite met schrijven, dan moet er in een training bijvoorbeeld meer gebruik worden gemaakt van pictogrammen. Ook moet er ruimte zijn voor het jonge kind om bijvoorbeeld een knuffel mee te nemen, zodat het zich veiliger voelt.

Trainer/begeleider: als trainer moet je heel wat eelt op je ziel hebben. Er komen schokkende verhalen boven, vooral bij de verwerkingsgroepen. Hier moet je 'vlak' op kunnen reageren zodat de kinderen goed hun verhaal kunnen doen. Achteraf moet je als hulpverlener wel de tijd krijgen om al die verhalen te kunnen verwerken. Hierbij is het fijn wanneer er iemand is die naar je luistert, bijvoorbeeld een orthopedagoog of een collega. Er moet dus tijd en ruimte zijn voor de hulpverlener om bij te komen van de training en om bijvoorbeeld even boos of verdrietig te kunnen en mogen zijn.

De hulpverleners zijn ook aanwezig bij casuïstiek-besprekingen van de kinderen uit de groepen. Hierin kunnen zij aangeven wat hen is opgevallen in de bijeenkomsten. Het kan bijvoorbeeld voorkomen dat iemand op een SOVA-training zich zo uit of gedraagt dat dit vermoedens van seksueel misbruik of huiselijk geweld opwekt bij een hulpverlener. Dit kunnen de hulpverleners dan delen met hun team en kan er om advies gevraagd worden om eventuele stappen naar het Algemeen Meldpunt Kindermishandeling te nemen.

Tijd: trainingen worden altijd gegeven wanneer er ook school is. In de vakanties is er geen bijeenkomst omdat kinderen dan bijvoorbeeld op vakantie zijn, of, in geval van gescheiden ouders, bij hun andere ouder zijn. Trainingen van Jarabee starten altijd in september en ze proberen voor de kerstvakantie de training of verwerkingsgroep af te sluiten. Na de kerstvakantie begint er dan een nieuwe groep. Het is belangrijk dat alle kinderen altijd aanwezig kunnen zijn, om zo het groepsproces in stand te houden en zo zorg je ervoor dat alle kinderen alle werkvormen die gebruikt worden in een training, meekrijgen.

Jarabee biedt niet direct vervoltrainingen aan. Wanneer kinderen meer hulp nodig hebben, wordt er na afloop van een training of verwerkingsgroep gekeken welke hulp het kind nog meer nodig heeft. Een kind dat seksueel misbruikt is wordt dan soms naar bijvoorbeeld een seksuoloog doorgestuurd. De bijeenkomsten van ouders worden altijd 's avonds gepland, zodat beide ouders in de gelegenheid zijn om te komen.

Ouders van de kinderen

In de jeugdhulpverlening worden ouders tegenwoordig zo veel als mogelijk betrokken bij de hulpverlening die aan hun kind(eren) geboden wordt. Zo ook bij de trainingen en verwerkingsgroepen van Jarabee. Zoals eerder al vermeld staat, komt ongeveer de helft van de kinderen die een training of verwerkingsgroep volgt, van 'buiten'. De andere helft krijgt ook andere vormen van jeugdhulp aangeboden. In beide gevallen worden ouders nauw betrokken bij de hulpverlening. Bij aanmelding van een kind voor een training of verwerkingsgroep, worden ouders uitgenodigd voor een startbespreking. Alle ouders komen dan bijeen voor informatie over de inhoud van de training en aan iedere ouder wordt gevraagd wat zijn of haar verwachtingen zijn van de training of de verwerkingsgroep. Ieder kind wordt dus openlijk behandeld in de groep van ouders. Na ongeveer 4 weken komen de ouders weer bij elkaar en wordt de voortgang van ieder kind besproken. Ouders krijgen ook huiswerkopdrachten mee die aansluiten bij de inhoud van de training in die periode. Na 4 weken is er weer een bespreking, met dezelfde inhoud. Aan het eind van de training is er nog één afsluitende bijeenkomst met een feestelijk tintje. Aan de ouders wordt dan ook gevraagd wat zij er van hebben gevonden en waarin zij hun kind hebben zien groeien. Bij de verwerkingsgroepen is er ook altijd nog een follow-up contact na 2 maanden. Er wordt dan met de deelnemers geëvalueerd hoe het nu met hen gaat en wat zij aan de training hebben gehad. Vaak blijkt hieruit dat nog lang niet alle 'wonden zijn geheeld'. Dit is echter ook niet mogelijk. Verwerking heeft veel tijd nodig. Wanneer er mijlpalen in het leven worden bereikt komt het ook vaak voor dat traumatische gebeurtenissen weer bovenkomen. Ouders zijn ook verplicht om te komen naar

deze bijeenkomsten, anders wordt de hulpverlening stopgezet. Het is heel belangrijk dat ouders nauw worden betrokken omdat zij verder moeten met hun kind. Ze moeten samen werken aan de verwerking van een trauma of bijvoorbeeld het trainen van sociale vaardigheden.

Bovengenoemde ouderbegeleiding is bij iedere training en verwerkingsgroep anders opgebouwd. Dit was een voorbeeld van de SOVA-training. Ondanks het vrij intensieve contact vindt Jarabee het nog niet voldoende. Ouders zouden intensiever moeten worden begeleid bij het proces dat zij en hun kind doormaken. Jarabee is hierover aan het brainstormen hoe zij dit kunnen vormgeven.

Methoden en visie

Jarabee werkt met een vraaggerichte methodiek. Dit betekent dat zij dus niet actief kinderen werven om een training bij hen te volgen. Ze proberen zo goed als mogelijk aan te sluiten bij de vraag van de cliënten die binnenkomen met zorgvragen.

De inhoud van alle trainingen en verwerkingsgroepen zijn gebaseerd op bestaande literatuur. (Nijenhuis, 1986)

De uitwerking van de training "Bang zijn voor andere kinderen" (Nijenhuis, 1986) vindt u in hoofdstuk 2. Zij hebben zijn theorie en trainingsinhoud aangepast op hun doelgroep. Ook kijken ze 'af' bij andere instellingen en kopen trainingen of verwerkingsprogramma's over. Vervolgens kijken ze hoe ze deze het beste kunnen aanpassen aan de doelgroep van Jarabee.

Alle trainingen zijn gebaseerd op de sociale leertheorie. Op grond van ervaring zijn ze opgezet door de ambulant hulpverleenster en een collega. Ook aspecten van de operante conditionering en het modelleren komt terug in de methoden.

Pas wanneer de trainingen zijn getest, herschreven, geoefend en het besluit genomen is dat het voldoende kwaliteit bevat, komt Jarabee er mee naar buiten. Jarabee ontwikkelt folders met daarin informatie over de gegeven trainingen en verspreid deze folders op scholen en naar ouders.

Stichting Lindenhout

Interview met medewerkster van Lindenhout (Lindenhout, 2011)

Werkgebied Regio Gelderland/Achterhoek/Veluwe.

We hebben telefonisch contact gehad met een medewerkster van stichting Lindenhout. Zij vertelde ons over de trainingen voor kinderen die zij hebben ontwikkeld en over trainingen waarmee zij werken. Lindenhout geeft niet alleen trainingen aan kinderen en ouders, maar ook alleen aan ouders.

Een training die zij zelf hebben ontwikkeld is de 'Praat en speelgroep voor kinderen van gescheiden ouders'. De training is speciaal gemaakt voor kinderen waarvan hun ouders in scheiding liggen of al gescheiden zijn. Bij de kinderen zijn sociaal-emotionele blokkades of gedragsproblemen waargenomen, die gerelateerd zijn aan de scheiding. De kinderen hebben bijvoorbeeld last van slaapproblemen, een sombere gemoedstoestand en regelmatig ruzie met (één van de) ouders of andere volwassenen. In dit stadium zijn deze klachten nog niet chronisch, maar wanneer er geen aandacht aan wordt besteed, kan het zijn dat het kind in zijn verdere ontwikkeling hiervan last gaan ondervinden. Het doel van de training, voor deze specifieke doelgroep, is om te voorkomen dat kinderen niet belemmerd raakt in zijn ontwikkeling en/of ontwikkelingsachterstanden oploopt.

Specifieke doelen zijn:

- Het kind is zich bewust van zijn gevoelens rond de echtscheiding en kan deze uiten
- Schuldgevoelens bij het kind ten aanzien van de scheiding zijn verminderd/weggenomen
- Het zelfbeeld van het kind is versterkt
- Het kind voelt zich niet verantwoordelijk voor zijn/haar ouders te zorgen.
- Het kind kan met zijn/haar ouders praten over de echtscheiding
- Het kind heeft grip op de situatie na de scheiding
- De ouder is in staat het kind adequaat te ondersteunen bij het verwerkingsproces van de scheiding (rekening houdend met zowel de persoon van het kind als met de ontwikkelingsfase waarin het kind zich bevindt)

De training is specifiek bedoeld voor kinderen van 7 tot 12 jaar, waarvan de ouders in scheiding liggen of al zijn gescheiden. De kinderen moeten gemotiveerd zijn om mee te doen en er is enige ruimte bij het kind om over de scheiding te praten. De training is niet bedoeld voor kinderen die naast deze hulp nog andere hulp hebben rondom het onderwerp 'scheiding'.

Bij de praat en speelgroep vindt Lindenhout het belangrijk dat er een klimaat wordt geboden waarbinnen kinderen zich veilig en vrij voelen om zich te uiten.

Continuïteit en de integriteit van de hulpverlener moeten goed gewaarborgd worden. Kinderen moeten (h)erkenning kunnen vinden in de groep en steun kunnen vinden. Er is gekozen voor een groep met een gesloten karakter. De kinderen moeten de ruimte kunnen voelen om alles te zeggen wat ze willen, zonder ze daarbij met loyaliteitsproblemen kampen. Om ouders te betrekken bij de training, worden er ouderbijeenkomsten georganiseerd.

De begeleiders van de praat en speelgroep moeten goed aansluiten bij de belevingswereld van de kinderen. Het kind moet zich veilig kunnen voelen, en moet het gevoel hebben dat het gehoord en gezien wordt. Veiligheid wordt ook geboden in de vorm van consequent handelen, regels en grenzen stellen en een voorspelbare houding van de hulpverlener. De hulpverlener dient als voorbeeldfunctie voor de kinderen.

In de training wordt gewerkt volgens een (ortho)pedagogische, systeemgerichte benadering. Dat wil zeggen dat het onderwerp 'chtscheiding' en het onderwerp 'opgroeien in een eenoudergezin' of in een 'opnieuw samengesteld gezin' aan de orde komt in relatie tot de ontwikkeling en de mogelijkheden van de deelnemende kinderen. De hulpverlening die wordt geboden heeft een preventief karakter, in die zin dat de hulp wordt ingezet op het moment dat de problemen (nog) niet chronisch van aard zijn en hiermee voorkomen wordt dat een kind later in zijn ontwikkeling alsnog vastloopt omdat hij/zij de echtscheiding onvoldoende heeft verwerkt.

Thema's die aan de orde kunnen komen zijn: bezoekenregeling, relatie met de ouder(s) waar het kind woont, relatie met de ouders waar het kind niet woont, omgaan met gevoelens, omgaan met loyaliteit. De kinderen mogen altijd zelf aangeven welke thema's zij aan bod willen laten komen, om zo de betrokkenheid van de deelnemers te verhogen.

Middelen die bij de thema's kunnen worden ingezet zijn tekenen, knutselen, groepsgesprekken, video-opnamen maken, drama/toneel, groepsgesprekken en spel. Het werken vanuit spelsituaties sluit aan bij de ontwikkelingsfase van de kinderen in de groep, en stelt hen bovendien in staat om spelenderwijs emoties bij elkaar te herkennen en te leren omgaan met hun eigen specifieke situatie en emoties. Tijdens de activiteiten kunnen de begeleiders van de praat en speelgroep onder andere gebruik maken van technieken als directief vragen stellen, kinderen elkaar laten bevragen om op die wijze onderling informatie uit te wisselen, en het direct confronteren van het kind met diens gedrag en emoties. Beoogd wordt het zelfbeeld van het kind te versterken, schuldgevoelens van het kind te verminderen, de relatie tussen kind en ouder (indirect) te versterken en het kind bewust te laten worden van zijn gevoelens rond de echtscheiding.

Tijdens de ouderavonden worden de ouders in contact gebracht met elkaar en wordt er aan de hand van videomateriaal uit de praat en speelgroep gepraat over hoe de kinderen omgaan met de scheiding.

Loyaliteit speelt een heel belangrijke rol in de training. Een kind is onlosmakelijk verbonden met de ouder(s). Ouders kiezen er zelf voor om uit elkaar te gaan, een kind kan hierin niet kiezen.

Lindhout vindt het belangrijk om het kind centraal te stellen, maar daarbij nooit de context te vergeten, om het kind heen. Het netwerk van het kind moet altijd intensief betrokken worden in de hulpverlening voor het kind.

Cognito Praktijk

Interview met gezondheidspsycholoog (Cognito, 2011)

Werkgebied: Zwolle

Particuliere instelling Cognito

Maandag 16 mei hebben wij een gesprek gehad met de gezondheidszorgpsycholoog van de Cognito Praktijk in Zwolle. Cognito biedt psychotherapie in de vorm van cognitieve en gedragstherapie en oplossingsgerichte therapie en is een eerst- en tweedelijns vrijgevestigde praktijk.

Doelgroep

Bij de kinderen die binnenkomen worden verschillende problematieken gezien, veel kindproblematieken. In sommige gevallen hebben ouders last van heftige angsten en hebben kinderen dit overgenomen, of dat het kind een trauma heeft meegemaakt en er komen ook veel problemen binnen rondom problematische opvoedingssituaties, waarin sprake is van financiële problemen, huisvestingproblemen, kindproblematieke etc. In dat geval is er een samenwerkingsrelatie met Trias, waarbij Trias ambulante hulp kan bieden aan de gezinnen met meerdere problemen in het gezin en opvoeding.

Soms is de thuissituatie zo complex dat Cognito niet voldoende hulp kan bieden, dan moet er gekeken worden naar wat wel bij het kind past qua zorg. De mensen die voor Cognito werken zijn opgeleid tot gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog of cognitief gedragstherapeut in opleiding.

Cognito richt zich vooral op kinderen en adolescenten in de leeftijd van 4-22 jaar. Ouders en gezinnen kunnen bij Cognito terecht voor ouderbegeleiding en gezinsbegeleiding. Het uitgangspunt van Cognito is dat iedere cliënt zelf over geschikte bronnen beschikt om het probleem aan te pakken. Samen met de cliënt wordt er gekeken naar 'wat er werkt' in een bepaalde situatie.

De duur van de behandeling is afhankelijk van de ernst van de problematiek. Na vijf en tien zittingen wordt er met de cliënt en ouders gekeken naar wat er al bereikt is. Doorgaans geven cliënten na tien zittingen aan, tevreden te zijn over het resultaat. Wanneer nodig, kunnen er vervolgafspraken gemaakt worden.

De therapeuten behandelen kinderen met angstklachten, dwang, stemmingsproblemen, depressiviteit, kinderen met eetstoornissen, opvoedingsproblemen, kinderen onverklaarbaar gedrag vertonen. Dat wil zeggen dat kinderen lichamelijk of geestelijke klachten hebben zonder dat daar een medische oorzaak aan ten grondslag ligt of deze nog niet gevonden is.

Kinderen worden aangemeld door de huisarts, kinderarts, bureau jeugdzorg, kind en jeugd psychiater en door Dimence, Dimence valt onder de geestelijke gezondheidszorg. De kinderen komen binnen met een indicatie maar het kan ook zonder indicatie van Bureau Jeugdzorg.

Zij bieden cognitieve gedragstherapie, waar de gedachte het uitgangspunt is. Gedachten beïnvloeden het gedrag en ook het gevoel. Zij willen via de cognitieve benadering het gedrag beïnvloeden en veranderen. Het is een bewezen effectieve methode, er is veel onderzoek naar gedaan. De Rijksuniversiteit van Groningen heeft hier ook onderzoek naar gedaan, er is niet bekend of Cognito gebruik heeft gemaakt van dit onderzoek.

Als kinderen onder de 7 jaar zijn, wordt er vooral met ouders gewerkt. Kinderen van 7 jaar en ouder komen vaak zelfstandig en kunnen individuele therapieën volgen. Ouders worden geïnformeerd over hoe het gaat met het kind en over de therapie maar er worden geen ouderavonden georganiseerd.

De therapieën

Er worden ook groepstherapieën aangeboden. Hierbij worden wel ouderavonden georganiseerd.

Zij bieden ook sociale vaardigheidstraining maar er wordt vooral met individuele therapieën gewerkt, hierbij wordt ook gewerkt met video-opnamen, zodat kinderen direct feedback kunnen krijgen op hun handelen.

Daarnaast bieden zij ook een training voor meiden in de leeftijd van 16 tot 18 jaar. Zij noemen dat de therapie voor 'het repareren van hun zelfbeeld' bij deze therapie gaat er om dat de meiden leren om een realistisch zelfbeeld kunnen ontwikkelen.

De effecten van een sociale vaardigheden training die ouders terug hebben gegeven aan Cognito.

Enkele effecten zijn, het meer om durven gaan met andere kinderen, zekerder zijn en voor zichzelf op durven komen.

Cognito werkt vanuit de leertheoretische principes. Waarbij het gewenste gedrag beloond wordt en het ongewenste genegeerd wordt. Grensoverschrijdend gedrag wordt bestraft. Je hebt de leertheoretische principes, daarop is de gedragstherapie ontwikkeld, binnen de gedragstherapie wordt het problematische gedrag van de cliënt in kaart gebracht. Vervolgens

wordt de cliënt met behulp van oefeningen en huiswerk geholpen, om met beter passende gedragspatronen te reageren op die omstandigheden. Daarboven is de cognitieve therapie ontwikkeld, waarmee gezegd wordt dat onze cognities ons erg beïnvloeden. De derde generatie gedragstherapie die daarop ontwikkeld is, is mindfulness. Mindfulness richt zich op acceptatie over alle situaties die zich aandienen in het dagelijkse leven. Bij de groeplessen wordt er een ruimte gebruikt waarbij er genoeg ruimte is voor rollenspellen en waar een aangrenzende kamer aanzit, zodat er ook apart in tweetallen gewerkt kan worden.

Houding als therapeut/trainer

Het is belangrijk om als therapeut te investeren in de therapeutische relatie met de cliënt, als therapeut kijk je samen met de cliënt naar wat helpend zou zijn voor hem/haar. Empathie tonen naar de cliënt is een belangrijk onderdeel, een therapeut hoeft daarentegen niet alles te begrijpen van wat de cliënt zegt. Ik zie dat je verdrietig bent, ik kan het nog niet begrijpen maar ik zie je verdriet wel. Dit kan naast elkaar bestaan.

Protocollen en methodieken

Voor het geven van therapieën voor bepaalde angsten, stoornissen, fobieën, etc. zijn protocollen opgesteld vanuit de GGZ richtlijnen, waarin staat hoe er te werk gegaan moet worden. Als jij je als therapeut of trainer goed aan deze protocollen houdt, is het effect van de therapie op het kind ook groter dan wanneer men zich niet aan de protocollen houdt. De gezondheidszorgpsycholoog van Cognito geeft aan, dat welke therapievorm je ook kiest, dat die therapievorm maar voor 15% bijdraagt aan het uiteindelijke therapie proces. 10 a 15% is het placebo effect, een placebo is een als geneesmiddel voorgeschreven of aangeprezen middel dat geen werkzame bestanddelen bevat. 10 a 15% is het vertrouwen wat je als therapeut uitstraalt en de relatie met de cliënt, ongeveer de helft zijn variabelen die je als therapeut niet in de hand hebt. Een voorbeeld hiervan is dat een kind binnen komt met een verhaal dat zijn huisdier is overleden of dat hij/zij net ruzie heeft gehad met de moeder. Dit alles kan invloed hebben op de therapie. De 50% die je wel in de hand hebt is het therapeutisch contact met de cliënt. Als therapeut heb je de taak om bij de cliënt te checken of het gesprek naar wens is voor de cliënt. Dit kun je niet alleen zien, dit moet je als therapeut ook vragen. Doen we het goed, stel ik goede vragen, voel jij je op je gemak hier, luister in voldoende?

Individueel of groepstherapie?

Op het moment worden er alleen individuele therapieën gedaan en worden de trainingen wel in groepen gedaan. Cognito is wel aan het uitzoeken of ze ook groepstherapieën moeten gaan ontwikkelen omdat zij zich er van bewust zijn dat kinderen onderling veel van elkaar kunnen leren. Dit mis je in een individuele training. Ze vinden daarbij niet dat een groepstherapie een meerwaarde heeft op de individuele therapie. Er zijn situaties waarin ze wel met groepjes werken. Dit is bijvoorbeeld wanneer er jongeren zijn met een sociale fobie. Zij kunnen dan bijvoorbeeld in tweetallen de stad ingaan. Ook zijn er combinaties mogelijk tussen het krijgen van individuele therapie en het bijwonen van een sociale vaardigheidstraining.

Huiswerk

Er wordt bij Cognito gebruik gemaakt van huiswerkopdrachten, waar de kinderen thuis aan kunnen werken, op die manier herhalen zij de materie die is besproken tijdens de therapie en kunnen zij dit in de praktijk leren toepassen. Ook ouders krijgen huiswerkopdrachten, een voorbeeld is dat ouders hun kind moeten observeren tijdens een bepaalde situatie en daarbij kijken naar wat werkt in de aanpak naar het kind en wat niet. Bij het geven van het huiswerk voor de kinderen, wordt ongeveer tien minuten voordat de therapie is afgelopen de ouders erbij gevraagd en wordt aan de kinderen gevraagd om te vertellen wat ze tijdens de bijeenkomst hebben gedaan. Op die manier worden de ouders erbij betrokken en herhaalt het kind de besproken materie. Er wordt heel kindgericht gekeken, wanneer het kind moeite heeft met het maken van huiswerk en dit waarschijnlijk niet past bij de manier van werken van het kind, wordt er gekeken naar een andere vorm van oefenen met de besproken thema's uit de therapie.

3.4 Samenvatting

Met dit hoofdstuk hopen wij dat u een duidelijker beeld heeft gekregen van hoe vergelijkbare instellingen zoals Jarabee, trainingen geven aan kinderen in de leeftijd van 6 tot 12 jaar. Zij gaven allemaal aan dat het belangrijk is dat ouders betrokken worden bij de hulpverlening van het kind en dat het belangrijk is waar en hoe een training gegeven wordt. Straalt de ruimte genoeg rust uit, is er ruimte voor een kind om zich even terug te trekken wanneer

het kind hier heeft aan heeft, straalt de trainer vertrouwen uit en kan de trainer de lesstof duidelijk overbrengen naar het kind. Bovenstaand genoemde punten, zijn belangrijke punten waar rekening mee gehouden moet worden tijdens een training en waar Trias op moet letten tijdens het ontwikkelen van nieuwe trainingen. In hoofdstuk 4 willen we de kant belichten van de unieke trainingen, die Trias uiteindelijk wil ontwikkelen en welk beeld Trias heeft bij unieke trainingen. Dit wordt verteld door een pedagogisch medewerker van Trias. In hoofdstuk 4 vertellen wij overigens niet hoe Trias deze unieke trainingen wil ontwikkelen.

Verantwoording en cijfers

Inleiding

In dit hoofdstuk beantwoorden we deelvraag 4: Welke zorgvragen komen er binnen bij de voordeur van Trias? Met deze deelvraag zullen we verantwoorden, door middel van theorie, wat bij elk kopje staat beschreven, welke gegevens we uit de hulpverleningsplannen en/of evaluatieverslagen van de kinderen hebben gehaald, en waarom. Onder iedere verantwoording staat een tabel met daarin het aantal kinderen wat te maken heeft met een bepaalde problematiek of bepaald gedrag.

Voor het bekijken van de gegevens van de binnenkomende zorgvragen van Trias, hebben we een vragenlijst gebruikt. Wij hebben per kind de vragenlijst ingevuld. De vragenlijst kunt u vinden in de bijlage.

Aan het eind van het hoofdstuk vindt u een samenvatting van de belangrijkste gegevens waar we in het volgende hoofdstuk verder op ingaan.

4.1 Verantwoording en cijfers

Indicaties

In overleg met Laura Gerritsen (orthopedagoog doelgroep 6-12 jaar Trias) hebben wij 58 indicaties doorgenomen van jeugdigen die de afgelopen 2 jaar zorg hebben ontvangen van Trias Jeugdhulp. Voor sommigen van de jeugdigen was het traject al afgesloten, anderen zaten nog in het zorgtraject. De kinderen hadden bij de start van de hulpverlening (bijna) allemaal een leeftijd tussen de 6 en 12 jaar.

Wij hadden allereerst een inschatting gemaakt van 100 dossiers. Laura gaf echter aan dat je het dan over kinderen hebt van misschien wel 5 jaren terug. Voor de kwaliteit van ons onderzoek was het belangrijk dat we de kinderen die het meest recent hulp hadden gehad of hebben van Trias, meenamen in het onderzoek. Wij vinden dit belangrijk omdat er nu misschien hele andere problemen spelen bij kinderen en gezinnen dan vijf jaar geleden. Wij willen het zo recent mogelijk houden, om zoveel mogelijk in te spelen op de hedendaagse problematiek.

Vandaar dat we de laatste, bijna 60 indicaties hebben doorgenomen.

De indicaties hebben we doorgenomen op de computer, in het rapportageprogramma IJZA. Echter niet alle kinderen hadden dezelfde hulpverleningstukken onder hun naam staan. We hebben dus verschillende hulpverleningsplannen en evaluatieverslagen gelezen om zo de vragenlijst die we vooraf hadden opgesteld, te beantwoorden. Voor de vragenlijst zie pagina 64.

In totaal hebben wij dus 58 indicaties doorgenomen, waarvan:

- 19 meisjes (32,8%)
- 39 jongens (67,2%)

DSM-IV diagnosen:

In de statistische gegevens hebben we 'vermoeden van' stoornissen en daadwerkelijke diagnosen samengevoegd. Dit omdat kinderen nog niet altijd gediagnosticeerd kunnen en mogen worden (vanwege leeftijd), maar wel gedrag vertonen, passend bij bepaalde stoornissen. Wij zijn er van uit gegaan dat deze kinderen dezelfde zorg nodig hebben, ondanks dat sommigen wel gediagnosticeerd zijn en anderen niet. De diagnosen die we mee hebben genomen in het onderzoek zijn:

ADHD, ADD, PDD-NOS, ASS, angststoornissen, gedragsstoornissen, zindelijkheidsstoornissen, stemmingsstoornissen en hechtingsstoornissen. Overige stoornissen hebben we vermeld onder 'anders namelijk:'. Bij kinderen bij wie vermeld staat dat er geen sprake is van een DSM-IV (association, 2009) diagnose, wil niet zeggen dat dit niet zo is. We hebben het alleen niet in de gegevens van het kind terug kunnen vinden. Ook kan het zijn dat er onderzoeken gaande waren naar de problematiek van het kind.

Uitleg bij de grafiek:

De gegevens die in de grafiek hieronder staan, zijn gebaseerd op de gegevens die wij uit de vragenlijst hebben gehaald. Een voorbeeld van deze vragenlijst, kunt u vinden op pagina 64. In deze grafiek staat alleen hoe vaak een stoornis voorkomt bij de 58 kinderen die wij door middel van de vragenlijst onderzocht hebben. Bij sommige kinderen is er sprake van 1 of meerdere stoornissen. Om deze reden komt het aantal kinderen in de onderstaande grafiek op meer dan 58 uit.

Aantal kinderen - DSM-IV diagnosen

	Kinderen %	
	Aantal	Percent
Geen sprake van een DSM-IV diagnose	16	27,6%
ADHD	20	34,5%
PDD-NOS	9	15,5%
Hechtingsproblematiek	11	19,0%
ADD	3	5,2%
Gedragsstoornis	5	8,6%
ASS	6	10,3%
Angststoornis	2	3,4%
Stemmingsstoornis	0	0,0%
Zindelijkheidstoornis	0	0,0%

Gedrag:

Het gedrag berust op verslaglegging van de hulpverlener. Gedragingen als 'druk, beïnvloedbaar etc.' zijn overgenomen uit de hulpverleningsplannen die geschreven zijn door de hulpverlener in het gezin. In het onderzoek willen we hiermee aangeven welk gedragingen vaak voorkomen.

Gedrag

	Gedrag					
	Count / Total		Count/ Total		Total	
	Jongen	Percent	Meisje	Percent	N	Percent
Laat veel/vaak druk gedrag zien * Geslacht	16	27,6%	5	8,6%	21	36,2%
Slechte sociale vaardigheden * Geslacht	20	34,5%	5	8,6%	25	43,2%
Toont(soms)agressief gedrag * Geslacht	17	29,3%	2	3,4%	19	32,8%
Zoekt vaak/veel ruzie * Geslacht	7	12,1%	2	3,4%	9	15,5%
Veel teruggetrokken * Geslacht	1	1,7%	5	8,6%	6	10,3%
Heeft weinig vriendjes/vriendinnetjes * Geslacht	4	6,9%	1	1,7%	5	8,6%
Beïnvloedbaar * Geslacht	6	10,3%	1	1,7%	7	12,1%
Weinig zelfvertrouwen * Geslacht	8	13,8%	8	13,8%	16	27,6%
Is veel/vaak angstig * Geslacht	8	13,8%	3	5,2%	11	19,0%
Laat vaak/veel grenzeloos gedrag zien * Geslacht	8	13,8%	1	1,7%	9	15,5%

Loyaliteitsproblematiek

Bij een aantal kinderen (11) was de loyaliteitsproblematiek expliciet vermeld in de hulpverleningsplannen of in de evaluatieverslagen. Dit wil echter niet zeggen dat de overige kinderen hier niet mee kampen. Zoals uit de theorie blijkt (zie hoofdstuk 1, pagina 14.), heeft echtscheiding vrijwel altijd invloed op het gedrag en de ontwikkeling van kinderen. Echtscheiding komt vaak voor (77,6% van alle doorgenomen indicaties), het is dus altijd belangrijk om hier rekening mee te houden. We hebben de gegevens van 58 kinderen onderzocht. 45 van deze kinderen hebben gescheiden ouders en 13 kinderen hebben geen gescheiden ouders.

			Geslacht		Total
			Jongen	Meisje	
Zijn de ouders van het kind gescheiden?	Gescheiden	Count	32	13	45
		% within Geslacht	82,1%	68,4%	77,6%
		% of Total	55,2%	22,4%	77,6%
	Niet gescheiden	Count	7	6	13
		% within Geslacht	17,9%	31,6%	22,4%
		% of Total	12,1%	10,3%	22,4%

Hechtingsproblematiek

11 kinderen hebben volgens onze gegevens, hechtingsproblematiek. Hechtingsproblematiek werd in de hulpverleningsplannen vaak expliciet vermeld. Hechtingsproblemen ontstaan vaak doordat kinderen in hun vroege jeugd geen vaste vertrouwde opvoeder hebben gehad. Voor meer theorie over hechtingsproblematiek verwijzen wij u terug naar hoofdstuk 1 (pagina 14), waarin wij deze problematiek hebben uitgelegd.

Hechtingsproblematiek			
	Frequency	Percent	Valid Percent
Is er sprake van ja	11	19,0	19,0
hechtingsproble nee	47	81,0	81,0
matiek?			
Total	58	100,0	100,0

Seksueel misbruik en huiselijk geweld

Wanneer we cijfers over seksueel misbruik en huiselijk geweld weergeven, gaat dit om kinderen die:

- Getuige en/of slachtoffer zijn geweest van huiselijk geweld
- Getuige en/of slachtoffer zijn geweest van seksueel misbruik
- Er een vermoeden is van seksueel misbruik
- Er een vermoeden is van huiselijk geweld

Vermoeden, getuige of slachtoffer van misbruik of huiselijk geweld hebben we bij elkaar gevoegd omdat de problemen die hieruit voortkomen belangrijk zijn. Seksueel misbruik en huiselijk geweld zijn erg traumatisch voor kinderen. 'Mishandeling, verwaarlozing en seksueel misbruik van het kind verstoren de normale vorming van het netwerk van zenuwen in een deel van de hersenen. Op latere leeftijd kan het leiden tot een posttraumatische stressstoornis.' (Berge, 2008)

Sprake van seksueel misbruik

	Frequency	Percent
Is er sprake van ja	5	8,6
seksueel misbruik?		
nee	53	91,4
Total	58	100,0

Sprake van huiselijk geweld

	Frequency	Percent
Is er sprake van ja	12	20,7
huiselijk geweld?		
nee	46	79,3
Total	58	100,0

Beneden gemiddeld of laag IQ van ouders

Wanneer er sprake is van ouders met een laag IQ, moet hier rekening mee worden gehouden door de hulpverlener. Ook kan een laag IQ van ouders van invloed zijn op de opvoeding van de kinderen. Er kan sprake zijn dat het kind zelf ook een laag IQ heeft, of het kind heeft een normaal IQ en groeit zijn ouders voorbij als het gaat om geestelijke ontwikkeling. Ouders met een laag IQ kampen gemiddeld vaker met psychische problemen dan ouders met een normaal IQ. Daarbij is er vaker sprake van een problematische opvoedingssituatie bij ouders met een laag IQ dan ouders met een normaal IQ. Dit blijkt uit verschillende onderzoeken, onder andere van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI, 2005). Zij noemen een laag IQ een 'risicofactor' voor het ontwikkelen van problemen. Dit wil niet per definitie zeggen dat ouder met een laag IQ geen kind op kunnen voeden!

Sprake van een beneden gemiddeld of laag IQ van ouders

		Frequency	Percent
Is er sprake van een beneden gemiddeld of laag IQ bij ouders?	ja	4	6,9
	nee	54	93,1
	Total	58	100,0

Lage sociale economische omstandigheden

Uit een ander onderzoek van het Nederlands Jeugdinstituut blijkt dat ook lage sociaal economische omstandigheden een risicofactor kan zijn voor het ontwikkelen van problemen in de opvoeding. Economische problemen als werkloosheid en schulden brengen een hoop stress met zich mee bij ouders. Hier kan de opvoeding van de kinderen onder lijden. Voor onze gegevens is het belangrijk om dit te weten, omdat deze problemen buiten het kind liggen. Problemen die het kind veroorzaakt in het gezin zullen in vele gevallen niet kunnen worden opgelost door hulp aan het kind, maar effectiever is dan om hulp aan ouders te bieden.

Sprake van lage sociale economische omstandigheden

		Frequency	Percent
Is er sprake van lage sociale economische omstandigheden?	ja	9	15,5
	nee	49	84,5
	Total	58	100,0

Psychiatrische of psychische problemen bij (één van de) ouder(s)

Wanneer ouders zelf (ook) kampen met psychische of psychiatrische problematiek kan dit van invloed zijn op de opvoeding van het kind. Kinderen merken feilloos wanneer er iets aan de hand is met (één van) hun ouders. Het is dus ook belangrijk voor ons om dit mee te nemen in onze onderzoeksgegevens. Dit doen wij door de gegevens in tabellen te laten zien. Zie tabel hieronder. Uit onderzoek van het Trimbos instituut is gebleken dat kinderen met ouders met een psychiatrische problematiek (ook wel KOPP kinderen genoemd: kinderen van ouders met psychiatrische problemen) meer kans hebben op psychische problemen dan kinderen met 'gezonde' ouders.

Sprake van psychische en/of psychiatrische problematiek bij ouders

		Frequency	Percent
Is er sprake van een psychische of psychiatrische problematiek bij ouders?	ja	17	29,3
	nee	41	70,7
	Total	58	100,0

Anders, namelijk

Onze vragenlijst was opgedeeld met punten, zoals gedrag, DSM-IV (association, 2009) diagnose, gescheiden ouders etc. Alle punten die wij bij langs zijn geweest uit de vragenlijst, kunt u vinden in de bijlage.

Bij sommige kinderen was er sprake van problemen of gedragingen die wij niet op hadden genomen in onze vragenlijst, een voorbeeld hiervan is dyslexie, PTTS. Om deze gegevens niet verloren laten te gaan hebben we ook deze problemen in tabellen gezet. Deze tabel vindt u hieronder:

Anders, namelijk

		Frequency	Percent
Valid	Dyslexie	3	5,2
	Geen	51	88,0
	KISS-syndroom	1	1,7
	Ouder-kindrelatie problematiek	2	3,4
	PTSS	1	1,7
	Total	58	100,0

Overige problemen

		Frequency	Percent
Valid	Geen overige problemen	13	22,4
	bedplassen	1	1,7
	bijzonder eetgedrag	1	1,7
	chaotisch	1	1,7
	emotieregulatie	2	3,4
	Veel fantasiespel	2	3,4
	Hoofdbonken	2	3,4
	Hoog IQ	1	1,7
	In de knel met gevoelens	1	1,7
	Laag IQ	9	15,5
	Obsessief	1	1,7
	Opstandig	1	1,7
	Parentificatie	6	10,3
	Slaapproblemen	5	8,6
	Slechte motoriek	1	1,7
	Bedreiging in sociaal. emotionele ontwikkeling	8	13,8
	Vaak ziek	1	1,7
	Waterhoofdje	1	1,7
	Weinig emotie	1	1,7
	Total	58	100,0

Ingezette hulp

De hulp die is ingezet voor kinderen hebben we ook meegenomen in het onderzoek. Hierin hebben we onderscheid gemaakt tussen:

- Dagbehandeling
- 24uurs zorg
- Ambulante hulp
- Pleegzorg
- Weekendzorg

Wanneer er sprake is van dagbehandeling, gaat dit altijd gepaard met ambulante hulp thuis. Wanneer er dagbehandeling en ambulante hulp is vermeld in de gegevens, betekent dit dat er:

- Voordat de hulp op de dagbehandeling gestart is, al ambulante hulp is geweest, maar dit niet voldoende was
- Er ambulante hulp is geweest in een andere vorm dan de ambulante hulp die wordt geboden in combinatie met dagbehandeling. Dan hebben we het over IOG (intensieve orthopedagogische gezinsbegeleiding) VHT (video-hometraining) PPG (praktisch, pedagogische gezinshulp) VIB (video-interactie begeleiding), ouder-kind groep en de spoedgroep.
- Als laatste kan het zijn dat er ambulante hulp is geweest, of nog gaande is vanuit een andere instelling.

24uurs zorg en pleegzorg kunnen ook gezamenlijk voorkomen. Dit betekent vaak dat kinderen eerst op een leefgroep hebben gewoond, vervolgens zijn deze kinderen geplaatst in een pleeggezin. Onder pleegzorg valt in onze gegevens ook crisispleegzorg.

Bij weekendzorg kan gedacht worden aan weekendpleeggezinnen en zorgboerderijen.

Ambulante hulp

		Frequency	Percent
Is er ambulante hulp ingezet?	ja	9	15,5
	nee	49	84,5
	Total	58	100,0

24uurs zorg

		Frequency	Percent
Is er 24uurs zorg ingezet?	ja	9	15,5
	nee	49	84,5
	Total	58	100,0

Dagbehandeling

		Frequency	Percent
Is er dagbehandeling ingezet?	ja	42	72,4
	nee	16	27,6
	Total	58	100,0

Pleegzorg

	Frequency	Percent
Is er pleegzorg ingezet? ja	16	27,6
nee	42	72,4
Total	58	100,0

Weekendhulp

	Frequency	Percent
Is er weekendzorg ingezet? ja	5	8,6
nee	53	91,4
Total	58	100,0

4.2 Samenvatting:

In de eerste tabel van dit hoofdstuk (pagina 39) heeft u de aantallen en percentages kunnen aflezen over het aantal DSM-IV (association, 2009) gediagnosticeerde kinderen. Hierin kwamen de volgende cijfers sterk naar voren:

- Geen sprake van een DSM-IV (association, 2009) diagnose → 27,6%
- ADHD → 34,5%
- PDD-NOS → 15,5%
- Hechtingsproblematiek → 19,0%
- ASS → 10,3%

In de tabel over scheiding van ouders, komt naar voren dat meer dan $\frac{3}{4}$ van de kinderen te maken heeft met gescheiden ouders, namelijk:

32 jongens en 13 meisjes. Dat is 77,6 procent van het totaal aantal kinderen!

In de tabel op pagina 41, waarin staat weergegeven welke (problematische) gedragingen kinderen voornamelijk vertonen, springen er ook een aantal cijfers duidelijk naar voren, namelijk:

- Laat veel/vaak druk gedrag zien → 36,2 %
- Moeite met sociale vaardigheden → 43,2 %
- Laat agressief gedrag zien → 32,8 %
- Heeft weinig zelfvertrouwen → 27,6 %
- In de tabellen waar overige informatie staat, valt het volgende op:
- Sprake van een laag IQ bij het kind → 15,5 %
- Bedreiging van de sociaal emotionele ontwikkeling → 13,8

De cijfers die opvallen in de tabellen op pagina 42 over problemen die zich afspelen in de directe leefsituatie van het kind zijn de volgende:

- Sprake van seksueel misbruik → 8,6%*
- Sprake van huiselijk geweld → 20,7 %
- Sprake van een laag sociaal economische omstandigheden → 15,5%
- Sprake van psychische en/of psychiatrische problematiek bij (één van de) ouder(s) → 29,3%

*Procentueel is dit een laag aantal, maar omdat deze gebeurtenissen zo heftig zijn voor een kind, nemen we deze gegevens wel mee in het verder onderzoek. De tabel waar deze gegevens in staan, staat op pagina 42.

Als laatste heeft u kunnen lezen op pagina 45 dat er vooral veel kinderen worden geholpen door middel van het inzetten van dagbehandeling, namelijk bij 72,4% van alle kinderen.

In dit hoofdstuk hebben wij de belangrijkste informatie van ons onderzoek weergegeven, naar aanleiding van deze gegevens en de gegevens in hoofdstuk 5

zullen wij antwoord geven op onze onderzoeksvraag: *“Welke zorgvragen komen er binnen bij Trias Jeugdhulp, waar zij op kunnen inspelen door het ontwikkelen van nieuwe unieke trainingen voor kinderen van 6 tot 12 jaar.”*

Wij zullen hiervoor het adviesrapport voor Trias opstellen, het adviesrapport vindt u in hoofdstuk 7 (pagina 58).

Vergelijkingen

Inleiding

In hoofdstuk 4 (pagina 39) heeft u alle cijfers kunnen zien, behorend bij de voorkomende problemen. Bij voorkomende problemen moet u denken aan verschillende DSM-IV (association, 2009) diagnoses zoals autisme spectrum stoornis, verschillende gedragingen van kinderen zoals opstandig of juist terug getrokken gedrag, problemen die buiten het kind liggen zoals financiële problemen in het gezin, laag IQ bij ouders of kind, psychiatrische problemen bij ouders of lage sociale omstandigheden.

Onze volgende stap is om u te laten zien welke bovengenoemde problemen er vaak in combinatie voorkomen. Hierbij vergelijken wij alleen de percentages die in de samenvatting van het vorige hoofdstuk vermeld staan. De andere cijfers en percentages nemen we verder niet mee in onze conclusie omdat deze te minimaal zijn.

5.1 Verantwoording van de onderzochte vergelijkingen

Trias Jeugdhulp wil unieke trainingen gaan aanbieden. Zij moeten dus een doelgroep vinden waar nog geen hulp voor is gemaakt in de vorm van een training. Het is dus goed om te weten welke problemen er veel in combinatie voorkomen zodat Trias hierop kan inspelen. Comorbiditeit komt vaak voor, vooral bij kinderen. Comorbiditeit is het tegelijkertijd aanwezig zijn van verschillende aandoeningen bij een cliënt. Dit komt omdat probleemgedrag van kinderen heel moeilijk eenduidig te classificeren is. Kinderen vertonen vaker kenmerken van verschillende stoornissen dan dat zij in één categorie zijn in te delen. (Rigter, 2008)

We hebben gekozen voor de volgende combinaties omdat wij vermoedden dat wij met deze combinaties de grootste doelgroepen gaan ontdekken. Dit is gebaseerd op eigen ervaring met het werken met de doelgroep die wij hebben onderzocht, in combinatie met de literatuur die beschreven staat in hoofdstuk (pagina 18). We hebben dit ook overlegd met onze opdrachtgever.

Met SPSS hebben wij door middel van kruistabellen, overeenkomsten gezocht tussen de onderstaande combinaties van problemen:

ADHD met PDD-NOS ADHD met 'moeite met sociale vaardigheden' ADHD met 'agressief gedrag' ADHD met 'weinig zelfvertrouwen' ADHD met huiselijk geweld
PDD-NOS met 'moeite met sociale vaardigheden' PDD-NOS met huiselijk geweld PDD-NOS met 'agressief gedrag' PDD-NOS met 'psychiatrische problematiek van ouders'
Hechtingsproblemen met laag zelfvertrouwen Hechtingsproblemen met 'moeite met sociale vaardigheden' Hechtingsproblemen met 'lage sociaal economische omstandigheden' Hechtingsproblemen met huiselijk geweld Hechtingsproblemen met 'agressief gedrag'
ASS met 'moeite met sociale vaardigheden' ASS met huiselijk geweld ASS met 'agressief gedrag'
'Seksueel misbruik' met 'weinig zelfvertrouwen' 'Seksueel misbruik' met 'agressief gedrag'

Huiselijk geweld met 'moeite met sociale vaardigheden'
Huiselijk geweld met 'zoekt veel/vaak ruzie'
Huiselijk geweld met 'agressief gedrag'
Geen sprake van een DSM-IV diagnose 'agressief gedrag'
Geen sprake van een DSM-IV diagnose met 'weinig zelfvertrouwen'
Geen sprake van een DSM-IV diagnose met 'moeite met sociale vaardigheden'
Gescheiden ouders met 'vertoont veel/vaak druk gedrag'
Gescheiden ouders met 'moeite met sociale vaardigheden'
Gescheiden ouders met 'agressief gedrag'
Gescheiden ouders met 'weinig zelfvertrouwen'

5.2 Uitleg bij de tabellen

In de eerste verticale rij staan in de tabellen de twee problematieken of DSM-IV (association, 2009) diagnoses die we met elkaar vergeleken hebben. Achter de 2^e problematiek of DSM-IV (association, 2009) diagnose staat het totaal aantal kinderen waarbij het ene probleem voorkomt. In de tweede rij staan het aantal kinderen die een combinatie hebben van die twee problematieken of DSM-IV (association, 2009) diagnoses. In de 3^e rij staat procentueel aangegeven hoeveel procent dat is van het totaal aantal kinderen die de eerste genoemde problematiek of DSM-IV (association, 2009) diagnose hebben. In de 4^e rij staat procentueel aangegeven hoeveel kinderen van het totaal aantal kinderen de combinatie van de twee vergeleken problematieken of DSM-IV (association, 2009) diagnoses hebben. Een voorbeeld: PDD-NOS staat als tweede beschreven in de grafiek, zie het schuin gedrukte woord. In de rij daarnaast staat dat vier kinderen de combinatie ADHD en PDD-NOS hebben, zie ook schuin gedrukte 4. In de 3^e rij staat 20% schuin gedrukt, dit percentage geeft aan dat 20% van de alle kinderen met ADHD ook PDD-NOS heeft. In de 4^e rij staat dat 6,9% van alle kinderen (alle 58) een combinatie van ADHD met PDD-NOS hebben.

ADHD vergelijkingen:

Vergelijking:	Aantal kinderen met de combinatie:	% van alle kinderen met ADHD (20)	% van het totaal aantal kinderen (58)
ADHD – PDD-NOS (9)	4	20,0%	6,9%
ADHD – Moeite met sociale vaardigheden (25)	8	40,0%	13,8%
ADHD – agressief gedrag (19)	6	30,0%	10,3%
ADHD – weinig zelfvertrouwen(16)	1	5,0%	1,7%
ADHD – huiselijk geweld (12)	3	15,0%	5,2%

PDD-NOS vergelijkingen

Vergelijking	Aantal kinderen met de combinatie	% van alle kinderen met PDD-NOS (9)	% van het totaal aantal kinderen (58)
PDD-NOS – Moeite met sociale vaardigheden(25)	5	55,6%	8,6%
PDD-NOS- huiselijk geweld (12)	1	11,1%	1,7%
PDD-NOS – agressief gedrag(19)	7	77,8%	12,1%
PDD-NOS – psychische/psychiatrische problemen bij ouders(17)	4	44,4	6,9%

Hechtingsproblematiek vergelijkingen

Vergelijking	Aantal kinderen met de combinatie	% van het aantal kinderen met hechtingsproblemen (11)	% van het totaal aantal kinderen (58)
Hechtingsproblemen – agressief gedrag(19)	2	18,2%	3,4%
Hechtingsproblemen – weinig zelfvertrouwen(16)	5	45,5%	8,6%
Hechtingsproblemen – moeite met sociale vaardigheden(25)	2	18,2%	3,4%
Hechtingsproblemen – lage sociaal-economische omstandigheden(9)	1	9,1%	1,7%
Hechtingsproblemen – huiselijk geweld (12)	2	18,2%	3,4%

ASS vergelijkingen

Vergelijking	Aantal kinderen met de combinatie	% van het aantal kinderen met ASS (6)	% van het totaal aantal kinderen (58)
ASS- moeite met sociale vaardigheden(25)	3	50%	5,2%
ASS – huiselijk geweld(12)	1	16,7%	1,7%
ASS – agressief gedrag(19)	3	50%	5,2%

Seksueel misbruik vergelijkingen

Vergelijking	Aantal kinderen met de combinatie	% van het aantal kinderen dat te maken heeft (gehad) met seksueel misbruik (5)	% van het totaal aantal kinderen (58)
Seksueel misbruik – weinig zelfvertrouwen (16)	3	60%	5,2
Seksueel misbruik – agressief gedrag(19)	1	20%	1,7%

Huiselijk geweld vergelijkingen

Vergelijkingen	Aantal kinderen met de combinatie	% van het aantal kinderen dat te maken (heeft) gehad met huiselijk geweld (12)	% van het totaal aantal kinderen (58)
Huiselijk geweld – moeite met sociale vaardigheden(25)	6	50,0%	10,3%
Huiselijk geweld – zoekt veel/vaak ruzie(9)	3	25,0%	5,2%
Huiselijk geweld – agressief gedrag(19)	5	41,7%	8,6%

Geen sprake van een DSM-IV diagnose

Vergelijkingen	Aantal kinderen met de combinatie	% van het aantal kinderen dat geen DSM-IV diagnose heeft (16)	% van het totaal aantal kinderen (58)
Geen sprake van DSM-IV diagnose – agressief gedrag(19)	4	25%	6,9%
Geen sprake van DSM-IV diagnose – weinig zelfvertrouwen (16)	8	50,0%	13,8%
Geen sprake van DSM-IV diagnose – ‘moeite met sociale vaardigheden’ (25)	7	43,8%	12,1%

Sprake van gescheiden ouders in vergelijking met:

Vergelijking:	Aantal kinderen met de combinatie:	% van alle kinderen met gescheiden ouders (45)	% van het totaal aantal kinderen (58)
Gescheiden ouders – laat veel/vaak druk gedrag zien	16	35,6%	27,6%
Gescheiden ouders – Moeite met sociale vaardigheden (25)	19	42,2%	32,8%
Gescheiden ouders – agressief gedrag (19)	15	33,3%	25,9%
Gescheiden ouders – weinig zelfvertrouwen(16)	14	31,1%	24,1%

5.3 Opvallende cijfers

De meest opvallende cijfers zijn:

Combinatie van:	ADHD – PDD-NOS	20,0%	6,9%
	ADHD – agressief gedrag	30,0%	10,3
	ADHD – moeite met sociale vaardigheden	40,0%	13,8%
Combinatie van:	PDD-NOS – moeite met sociale vaardigheden	55,6%	8,6%
	PDD-NOS – agressief gedrag	77,6%	12,1%
Combinatie van:	Hechtingsproblematiek – weinig zelfvertrouwen	45,5%	8,6%
Combinatie van:	ASS – agressief gedrag	50,0%	5,2%
	ASS – moeite met sociale vaardigheden	50,0%	5,2%
Combinatie van:	Seksueel misbruik – weinig zelfvertrouwen	60,0%	5,2%
Combinatie van:	Huiselijk geweld – ‘moeite met sociale vaardigheden’	50,0%	10,3%
	Huiselijk geweld – ‘agressief gedrag’	41,7%	8,6%
Combinatie van: zelfvertrouwen vaardigheden	Geen sprake van een DSM-IV diagnose – weinig	50,0%	13,8%
	Geen sprake van een DSM-IV diagnose – moeite met sociale	43,8%	12,1%
Combinatie van:	Gescheiden ouders – laat veel/vaak druk gedrag zien	35,6%	27,6%
	Gescheiden ouders – ‘moeite met sociale vaardigheden’	42,2%	32,8%
	Gescheiden ouders – agressief gedrag	33,3%	25,9%
	Gescheiden ouders – weinig zelfvertrouwen	31,1%	24,1%

5.4 Samenvatting

Hieronder een samenvatting van de hierboven vermeldde gegevens:

- 77,6 procent van alle kinderen heeft te maken met (echt)scheiding van hun ouders, hier moet dus in de behandeling van het kind altijd rekening mee worden gehouden. Daarbij heeft u in de tabel kunnen zien dat echtscheiding relatief vaak in combinatie voorkomt met agressie, moeite met sociale vaardigheden, druk gedrag en weinig zelfvertrouwen. (pagina 51)
- Autisme (ASS en PDD-NOS) komt veel voor in combinatie met agressie. In de gevallen van ASS komt het 50% voor en bij kinderen met PDD-NOS zelfs 77,6%! (pagina 49)
- ADHD en PDD-NOS komt vaak voor, ook in combinatie met ‘moeite met sociale vaardigheden’. (pagina 49)
- Kinderen waarbij geen sprake is van een DSM-IV (association, 2009) diagnose, hebben wel vaak moeite met sociale vaardigheden en weinig zelfvertrouwen. (pagina 51)
- Bijna de helft van de kinderen met een hechtingsprobleem hebben weinig zelfvertrouwen. (pagina 50)
- Getuigen of slachtoffers van huiselijk geweld zijn volgens de cijfers ook vaak agressief en hebben moeite met sociale vaardigheden. (pagina 51)

Inleiding

In dit hoofdstuk trekken wij conclusies uit de door ons verzamelde gegevens. We herhalen alle belangrijk gegevens die wij hebben gevonden tijdens het onderzoek. Het gaat hier niet alleen om de cijfers die wij hebben gevonden en hebben weergegeven in de vorige twee hoofdstukken, maar ook de informatie die wij hebben ingewonnen door middel van onze interviews. In hoofdstuk 7 geven wij een advies aan Trias Jeugdhulp.

6.1 Op welke problematieken bij kinderen kan Trias inspelen?

In hoofdstuk 4 (pagina 39) en 5 (pagina 48) heeft u kunnen lezen welke problematieken er allemaal voorkomen bij de kinderen van wie wij informatie hebben gelezen. Deze informatie is gebaseerd op hulpverleningsplannen die zijn geschreven over kinderen die de afgelopen 2 jaar hulp hebben gehad bij Trias Jeugdhulp. De kinderen zaten dus niet allemaal tegelijkertijd op bijvoorbeeld dezelfde dagbehandeling. Met onze cijfers willen we aangeven dat een aantal problematieken vaak in combinatie voorkomt.

De meest opvallende cijfers zijn:

Combinatie van:	ADHD – PDD-NOS	20,0%	6,9%
	ADHD – agressief gedrag	30,0%	10,3
	ADHD – moeite met sociale vaardigheden	40,0%	13,8%
Combinatie van:	PDD-NOS – moeite met sociale vaardigheden	55,6%	8,6%
	PDD-NOS – agressief gedrag	77,6%	12,1%
Combinatie van:	Hechttingsproblematiek – weinig zelfvertrouwen	45,5%	8,6%
Combinatie van:	ASS – agressief gedrag	50,0%	5,2%
	ASS – moeite met sociale vaardigheden	50,0%	5,2%
Combinatie van:	Seksueel misbruik – weinig zelfvertrouwen	60,0%	5,2%
Combinatie van:	Huiselijk geweld – ‘moeite met sociale vaardigheden’	50,0%	10,3%
	Huiselijk geweld – ‘agressief gedrag’	41,7%	8,6%
Combinatie van:	Geen sprake van een DSM-IV diagnose – weinig	50,0%	13,8%
zelfvertrouwen	Geen sprake van een DSM-IV diagnose – moeite met sociale	43,8%	12,1%
vaardigheden			
Combinatie van:	Gescheiden ouders – laat veel/vaak druk gedrag zien	35,6%	27,6%
	Gescheiden ouders – ‘moeite met sociale vaardigheden’	42,2%	32,8%
	Gescheiden ouders – agressief gedrag	33,3%	25,9%
	Gescheiden ouders – weinig zelfvertrouwen	31,1%	24,1%

Het eerst vermeldde percentage geeft aan hoeveel procent van de kinderen van de eerst genoemde problematiek, ook de problematiek heeft die als tweede staat vermeld. Het percentage daarnaast, zegt hoeveel dit aantal is, van het totaal aantal onderzochte kinderen.

Een voorbeeld: PDD-NOS staat als tweede beschreven in de grafiek, zie het schuin en dik gedrukte woord in de tabel hierboven. In de 2^e rij staat 20% schuin gedrukt, dit percentage geeft aan dat 20% van de alle kinderen met ADHD, ook PDD-NOS heeft. In de 3^e rij staat dat 6,9% van alle kinderen (alle 58) een combinatie van ADHD met PDD-NOS hebben.

Toelichtingen**ADHD**

40% van alle kinderen met ADHD heeft moeite met sociale vaardigheden (zie pagina 49)

Een bestaande sociale vaardigheidstraining is bedoeld voor alle kinderen binnen de jeugdhulpverlening die moeite hebben met sociale vaardigheden. Van de 20 kinderen met ADHD hebben er 8 moeite met sociale vaardigheden. Zij zouden mee kunnen doen met de reguliere sociale vaardigheidstraining, alleen spelen er bij ADHD meer factoren mee waardoor bijvoorbeeld sociale omgang met leeftijdsgenootjes niet lukt. In hoofdstuk 1 (pagina 13) heeft u kunnen lezen wat ADHD is en met welke problemen een kind met ADHD kampt.

30% van alle kinderen met ADHD vertoont veel/vaak agressief gedrag (zie pagina 49)
19 van de 58 kinderen vertonen agressief gedrag. Van de 20 kinderen met ADHD, vertonen 6 kinderen ook vormen van agressie. Agressief gedrag bij kinderen heeft vaak tot gevolg dat het kind weinig vriendjes heeft. Kinderen op een agressie regulatie training kampen niet allemaal met de problemen waar kinderen met ADHD wel mee kampen. Het is dus belangrijk om aandacht te hebben voor de bijkomende problematiek, in dit geval ADHD, voordat er gewerkt wordt aan agressie regulatie.

20% van alle kinderen met ADHD heeft ook PDD-NOS (zie pagina 49)
ADHD komt in combinatie met PDD-NOS 4 keer voor, van de 58 kinderen. Daarbij vertoont 77,6% van alle kinderen met PDD-NOS agressief gedrag. Iets meer dan de helft (55,6%) van alle kinderen met PDD-NOS heeft moeite met sociale vaardigheden. Bij een sociale vaardigheidstraining voor kinderen met PDD-NOS met ADHD moet dus ook rekening worden gehouden met agressief gedrag. Bij kinderen met agressief gedrag moet dus altijd worden gekeken of deze kinderen bijvoorbeeld een vorm van autisme hebben of kampen met ADHD.

Hechtingsproblematiek

11 kinderen van de 58 hebben de diagnose 'hechtingsproblematiek'. Trias Jeugdhulp heeft nog geen enkele training ontwikkeld voor kinderen die moeite hebben met hechten. Dit bedraagt 19% van alle kinderen.

45,5% van alle kinderen met hechtingproblemen, hebben een laag zelfbeeld (weinig zelfvertrouwen). Hechtingproblematiek is een ingewikkelde problematiek, die zich bij iedere individu op een andere manier uit. Trias Jeugdhulp is wel bekend met trainingen voor kinderen met een laag zelfbeeld. Het zou een optie kunnen zijn om deze trainingen ook te specialiseren op kinderen met hechtingsproblematiek. Hierbij is het belangrijk dat ieder kind genoeg aandacht krijgt in de training om zo de oorzaak die ten grondslag ligt aan de problemen, te achterhalen, zodat de hulpverlener hierop kan inspelen. Zie de tabel over hechtingsproblematiek op bladzijde 50.

In onderzoeken komt naar voren dat hechtingsproblematiek gevolgen hebben voor het kind maar ook voor de ouders. Hechtingsproblemen zijn van invloed op de vorming van de persoonlijkheid van het kind. (Mateman, 2001)

Seksueel misbruik

Seksueel misbruik is een heel heftige gebeurtenis in het leven van een kind. Ondanks dat 'slechts' 5 kinderen uit ons onderzoek hiermee te maken heeft gehad, vonden wij het toch erg belangrijk dat hiervoor specifieke hulpverlening ontwikkeld wordt. 60 procent van deze 5 kinderen, hebben een laag zelfbeeld. De gevolgen van seksueel misbruik, zo blijkt in hoofdstuk 4 (zie pagina 46), gaan veel verder dan alleen een laag zelfbeeld. Deze kinderen hebben later vaak zelf ook moeite met het omgaan met seksuele gevoelens. De gevolgen op latere leeftijd zijn groot, daarom is het belangrijk dat deze trauma's zo jong mogelijk worden verwerkt. Zie de tabel over seksueel misbruik op pagina 51.

Huiselijk geweld

12 kinderen zijn getuige of zelf slachtoffer geweest van huiselijk geweld. Dit is 20,7% van het totaal. 6 kinderen van de 12 hebben moeite met sociale vaardigheden. In hoofdstuk 4 heeft u het volgende kunnen lezen: 'Mishandeling, verwaarlozing en seksueel misbruik van het kind verstoren de normale vorming van het netwerk van zenuwen in een deel van de hersenen. Op latere leeftijd kan het leiden tot een posttraumatische stressstoornis.' Of huiselijk geweld ook samenhangt met het moeite hebben met sociale vaardigheden, is bij ons niet bekend. PTSS echter, verdient wel de aandacht in de jeugdhulpverlening.

41,7% van de 12 kinderen vertoont veel/vaak agressief gedrag. Het lijkt er dus op dat kinderen zelf ook eerder geweld gebruiken wanneer zij hier in hun thuissituatie ook (regelmatig) mee geconfronteerd zijn. Zie de tabel over huiselijk geweld op pagina 51.

Scheiding van de ouders van het kind

Kinderen met gescheiden ouders hebben laten relatief vaak agressief gedrag zien (33,3% van alle kinderen met gescheiden ouders). Ook druk gedrag (35,6%) en 'weinig zelfvertrouwen' (31,1%) komt voor. Relatief veel kinderen met gescheiden ouders hebben moeite met sociale vaardigheden (42,2%). Omdat scheiding van ouders veel voorkomt (77,6%) is het belangrijk dat er rekening mee wordt gehouden, ondanks dat het kind misschien op het eerste gezicht geen loyaliteitsproblemen heeft, kan het wel voorkomen dat kinderen hier wel mee zitten en dit op een andere manier uiten. Zie de tabel op pagina 51.

Geen DSM-IV diagnose

Tot slot heeft 50% van alle kinderen zonder diagnose, weinig zelfvertrouwen. Zie de tabel op bladzijde 51. Deze kinderen zouden een training kunnen volgen voor het verhogen van hun zelfbeeld. Er moet dan wel rekening gehouden worden met andere factoren waarmee het kind eventueel te maken zou kunnen hebben, bijvoorbeeld huiselijk geweld, scheiding van hun ouders of seksueel misbruik. 43,8% van deze groep heeft moeite met sociale vaardigheden. Ook voor hen geldt dat zij een reguliere SOVA-training zouden kunnen volgen, maar er moet bij deze groep ook rekening worden gehouden met de overige factoren die kunnen spelen in het gezin. Voorbeelden van factoren zijn, ouders met een laag IQ, ouders met lage sociale omstandigheden.

Bij kinderen bij wie vermeld staat dat er geen sprake is van een DSM-IV (association, 2009) diagnose, wil niet zeggen dat dit niet zo is. We hebben het alleen niet in de gegevens van het kind terug kunnen vinden. Ook kan het zijn dat er onderzoeken gaande waren naar de problematiek van het kind.

Overig

We hebben met het statistiekprogramma SPSS, door middel van een kruistabel ook nog vergeleken hoe vaak scheiding, of juist geen scheiding voorkwam in combinatie met een DSM-IV (association, 2009) diagnose, of juist geen DSM-IV diagnose. Slechts 13 kinderen wonen nog samen met beide biologische ouders. Daarvan hebben 10 kinderen een DSM-IV diagnose. De 3 die dan nog over zijn, vertonen dus wel probleemgedrag maar is dit (nog) niet gediagnosticeerd. Van de kinderen die wel gescheiden ouders hebben, dat zijn er 45, hebben er 32 wel een DSM-IV diagnose. 13 kinderen hebben geen DSM-IV diagnose maar wel gescheiden ouders. Vooral bij deze groep kinderen moet goed in acht worden genomen of het probleem gedrag wat het kind veroorzaakt, niet als oorzaak heeft dat zijn of haar ouders gescheiden zijn. Hiermee wordt bedoeld, dat er niet klakkeloos vanuit gegaan mag worden dat het gedrag van het kind veroorzaakt wordt door de scheiding. Het kind kan ook bepaald gedrag vertonen, wat veroorzaakt wordt door de stoornis die het kind heeft. En andersom geldt dit hetzelfde.

Zie tabel over overige problematieken op bladzijde 44.

6.2 Waar moet Trias rekening mee houden bij het ontwikkelen van een unieke training?

In hoofdstuk 2 (pagina 18) en 3 (pagina 29) van dit verslag heeft u informatie kunnen lezen over reguliere trainingen, en uitgewerkte interviews met personen die trainingen geven en/of ontwikkelen. Uit deze interviews en informatie hebben wij informatie gehaald die mogelijk relevant is voor Trias Jeugdhulp, wanneer zij unieke trainingen willen ontwikkelen. De informatie hieronder is dus gebaseerd op alle interviews en literatuur die u heeft kunnen lezen in hoofdstuk 2 en 3.

▪ Inhoudelijk

Wat veel naar voren kwam uit de interviews met pedagogisch medewerkers uit het werkveld binnen de Jeugdzorg was dat een training of verwerkingsgroep goed opgebouwd moet zijn en dat het belangrijk is om een goede trainer voor de groep te hebben. Over de rol van de trainer gaan we later verder op in, bij het kopje 'trainer' op bladzijde 56.

Een voorbeeld van een opbouw, vindt u in de bijlage. Hierin staat onder anderen dat het bij de eerste bijeenkomst erg belangrijk is, aandacht te besteden aan "kennismaking." Kennismaking met de trainer, met de groepsleden maar ook met het proces wat de kinderen aan gaan tijdens de training. Het is belangrijk om de kinderen op de hoogte te stellen van hoeveel trainingsbijeenkomsten er zijn, wat er van de kinderen verwacht wordt en dat wat ze bespreken niet doorverteld wordt aan andere mensen, wel weten de kinderen dat hun ouders in de meeste gevallen op de hoogte worden gesteld van de vorderingen van de training. Op deze manier weten de kinderen waar ze aan toe zijn en wordt er de mogelijkheid voor de kinderen gecreëerd om vrij te kunnen praten.

Het is van belang dat de trainer zelf goed op de hoogte is van wat hij/zij tijdens de training aan bod wil laten komen. De trainer moet goed voorbereid zijn zodat hij/zij de uitleg makkelijk over kan brengen

naar de kinderen, zodat de training gestructureerd zal verlopen. De trainer zorgt hiervoor door zich goed in te lezen in de theorie van de bijeenkomst en eventuele rollenspelen zelf te oefenen. De zorg die geboden wordt aan de kinderen, in dit geval in de vorm van trainingen of verwerkingsgroepen is geen standaard zorg. Juist om deze reden is het belangrijk dat de trainingen of verwerkingsgroepen goed en logisch in elkaar steken, zodat er voor de kinderen het meest uit de training gehaald kan worden.

Evalueren na iedere training is belangrijk. Er moet elke keer weer gekeken worden wat er eventueel nog mist in een training of dat er aspecten misschien moeten worden weggelaten. Er moet kindgericht gewerkt worden. De hulpverlener moet anticiperen op de behoeften van het kind. Voorafgaand aan een training moeten er doelen per kind worden opgesteld. Na iedere sessie moet goed gekeken worden of er voldoende gewerkt is aan de persoonlijke doelen.

Trainingen worden vaak gezien als een ondersteunende vorm van hulpverlening, ondersteunend aan de hulp die al geboden wordt aan het kind, dagbehandeling is hier een voorbeeld van. Dit wil niet zeggen dat een training niet los kan staan van bijvoorbeeld dagbehandeling. In het gesprek met Jarabee kwam naar voren dat de helft van de kinderen aan wie zij trainingen bieden, enkel een training volgen.

▪ **Betrokkenen**

Bij alle instellingen die wij hebben benaderd kwam naar voren dat het erg belangrijk is om ouders te betrekken bij de hulpverlening van het kind. Het kind woont vaak nog thuis, ouders blijven de opvoeders en daardoor is het belangrijk voor ouders om te weten waar hun kind aan werkt en wat ouders hier in de thuissituatie voor hun kinderen kunnen betekenen. De taak van de trainer is om ook de ouders een vertrouwd gevoel te geven. Dit kunnen zij doen door de ouders op de hoogte te stellen van hoe het met hun kind gaat op de training maar ook het vertellen van positieve verhalen van andere kinderen met vergelijkende problemen. Ook oudertrainingen is belangrijk. Ouders komen bij elkaar en ervaren op deze manier steun aan elkaar. De trainer werkt samen met ouders en kan per ouder individuele opdrachten geven wat zij kunnen oefenen thuis, samen met hun kind. Ook school kan betrokken worden bij het proces van het kind tijdens de training. Een kind zit een groot deel van zijn kindertijd op school. Wanneer het kind een sociale vaardigheidstraining volgt, en de juf of meester is hier van op de hoogte, dan kan de juf of meester het kind ook stimuleren om sociaal vaardig te werk te gaan ten aanzien van zijn/haar leeftijdsgenootjes.

▪ **Ruimte waar de training gegeven wordt.**

Per training verschilt het welke ruimte er nodig is. Dit heeft ook te maken aan welke doelgroep de training gegeven wordt. Bij een training waar veel gewerkt wordt met rollenspellen, is het belangrijk om een ruimte te hebben waarin kinderen zich vrij kunnen bewegen. Soms vraagt een training om een ruimte waar aan de ene kant geïsoleerd wordt maar waar het ook een plek heeft waar kinderen rustig kunnen zitten. Ook is het prettig voor kinderen dat zij de mogelijkheid hebben om even naar buiten te kunnen, zonder dat zij daar last hebben van voorbijgangers. Als laatste kan het zijn dat een training zo (emotioneel) heftig voor kinderen is, dat zij hierdoor misselijk worden. In dit geval is het belangrijk dat er een toilet dicht bij de ruimte aanwezig is, waar de kinderen naar toe kunnen.

Trias moet er ook rekening mee houden dat het geven van meerdere trainingen er voor zorgt dat er ook meer materialen nodig zijn. Deze moeten wel een plek hebben in een ruimte die gemakkelijk toegankelijk is. Hierbij kan je denken aan matjes om op te liggen, dekens, tekenmateriaal of bijvoorbeeld pittenzakjes om mee te gooien.

▪ **De trainer**

Het leiden van een training of een verwerkingsgroep vraagt specifieke vaardigheden van de trainer. Een training of verwerkingsgroep valt of staat bij een goede trainer. Uit de interviews is naar voren gekomen dat het belangrijk is dat een trainer een duidelijk beeld heeft van wat er tijdens de trainingen aan bod moet komen en wat de doelen zijn van het geven van deze training. De trainer moet het groepsproces duidelijk in de gaten houden. Komen alle kinderen aan bod, kunnen alle kinderen evenveel werken aan hun persoonlijk opgestelde doelen. Het is belangrijk dat elk kind even veel uit de training haalt en dat dit ervoor zorgt dat het kind meer vaardigheden heeft die het voor de training nog niet had. Een trainer moet deskundig zijn op het gebied van de problemen van ouders en kind, de trainer moet vertrouwen uitstralen naar zowel ouders als kind. Wanneer het kind vertrouwen ervaart bij de trainer, zal het zich veiliger voelen in de groep dan wanneer het kind geen vertrouwen ervaart bij de trainer. Doordat het kind deze veiligheid in de groep ervaart, zal het zich beter kunnen ontwikkelen in de training. De trainer zal dus eerst tijd moeten steken om het vertrouwen van de kinderen en ouders te winnen.

Bij het leiden van een verwerkingsgroep worden hele andere vaardigheden van de trainer gevraagd. Hier staat niet het trainen van vaardigheden centraal, maar het verwerken, 'praten over', 'accepteren van' en het 'bewust worden van' centraal. Ook hier is het juist van belang dat er een fijn leefklimaat heerst in de ruimte. Voor de kwaliteit van deze verwerkingsgroepen is het beter om met twee trainers te werken. In verwerkingsgroepen komen vaak heftige verhalen naar boven, ook de trainer moet dit kunnen verwerken. Het is fijn wanneer je hier met z'n tweeën over kan praten. Een extern persoon, bijvoorbeeld een teamleidster of een orthopedagoog moet ook paraat kunnen staan wanneer trainers behoefte hebben aan praten.

Als laatste is het bevorderlijk voor de kwaliteit van de trainingen wanneer één of twee trainers zich richten op een bepaalde training. Zij kunnen dan samen evalueren hoe een training is gegaan. Ze doen dan keer op keer weer ervaring op met het geven van de training.

- **Overige tips**

Een tip die wij hebben meegekregen vanuit Jarabee is, noem de groepen waar je niet bezig bent om vaardigheden te trainen maar echt aan het verwerken bent zoals bij echtscheiding, een verwerkingsgroep en geen training. Het woord zegt het al, verwerkingsgroep, een groep waarin je problemen uit je leven kunt leren verwerken.

Inleiding

Naar aanleiding van alle informatie die wij hebben ingewonnen in ons onderzoek, schrijven wij in dit laatste hoofdstuk een advies aan Trias Jeugdhulp over het ontwikkelen van nieuwe unieke trainingen. In paragraaf 7.1 schrijven we een advies naar aanleiding van de binnengekomen zorgvragen die wij hebben onderzocht. In paragraaf 7.2 schrijven wij een advies aan Trias over de opbouw en de invulling van een training. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk geven wij suggesties voor een vervolgonderzoek weer.

7.1 Adviezen omtrent de binnenkomende zorgvragen**Agressiviteit bij kinderen**

Agressiviteit komt 19 keer voor bij de kinderen die wij hebben onderzocht. Vaak kwam het voor in combinatie met de stoornissen PDD-NOS (12,2% van het totaal aantal kinderen), ASS (5,2%) en ADHD (10,3%). 77,6 % van alle kinderen met PDD-NOS vertonen ook agressief gedrag. Bij kinderen met ASS is dit 50% en 30% van alle kinderen met ADHD zijn ook agressief.

Kinderen met gescheiden ouders laten ook relatief vaak agressie zien (25,9%). Een agressieregulatie training voor autistische kinderen (ASS en PDD-NOS) zou een optie zijn voor Trias om te ontwikkelen. Kinderen met autisme verwerken binnenkomende informatie namelijk op een andere manier dan kinderen zonder autisme. Trias zou hierin nog onderscheid kunnen maken tussen kinderen met PDD-NOS en kinderen met klassiek autisme.

Het kan zijn, dat kinderen met gescheiden ouders agressief gedrag laten zien, als gevolg van de scheiding. Wanneer dit het geval is (dit kan met testen door te kijken of er nog sprake is van een andere stoornis) kan er Trias een verwerkingsgroep starten voor kinderen van gescheiden ouders.

Gescheiden ouders

Scheiding van ouders is een groot aandachtspunt voor Trias. Zij hebben hier zelf ook al een echtscheidingsprogramma voor ontwikkeld. Echter, kinderen met een stoornis in het autistische spectrum, hebben een ander verwerkingsmechanisme dan 'gewone' kinderen. Zij kunnen het vaak nog moeilijker begrijpen waarom hun ouders zijn gescheiden. Extra aandacht in de vorm van bijvoorbeeld pictogrammen of spelvormen voor autisten in deze doelgroep is een belangrijk aandachtspunt in de behandeling van autisten bij Trias Jeugdhulp.

Hoge comorbiditeit van bepaalde stoornissen

Kinderen met ADHD en met PDD-NOS hebben vaak moeite met sociale vaardigheden, namelijk 40% van alle kinderen met ADHD heeft moeite met sociale vaardigheden en 55,6% van alle kinderen met PDD-NOS heeft moeite met sociale vaardigheden. Daarbij komt ADHD ook een aantal keer (4) voor in combinatie met PDD-NOS. Het lijkt ons echter verstandig deze twee doelgroepen van elkaar te scheiden wanneer er een SOVA training wordt ontwikkeld. Kinderen met ADHD lopen tegen andere problemen aan in de sociale omgang dan kinderen met PDD-NOS. SOVA voor PDD-NOS'ers en SOVA voor ADHD'ers zou een goede optie zijn voor Trias om te ontwikkelen. Hierbij moeten zij voornamelijk rekening houden met de relatief korte aandachtsboog van de ADHD'ers en het verwerkingsmechanisme van autistische kinderen.

Huiselijk geweld en seksueel misbruik

Huiselijk geweld komt 12 keer voor en seksueel misbruik komt 5 keer voor bij de doelgroep die wij hebben onderzocht. In sommige gevallen zijn de kinderen zelf slachtoffer en in andere gevallen zijn ze getuige van deze gebeurtenissen in huis. Het is belangrijk dat kinderen deze gebeurtenissen verwerken. Dit gaat het beste in een groep van maximaal 6 kinderen, zodat kinderen weten dat ze niet alleen staan en dat ze begrepen worden. Hierbij moet rekening worden gehouden met de loyaliteit van de kinderen naar hun ouders. Daarbij moet de groep waarin de trauma's worden verwerkt, vertrouwd zijn voor een kind, om zo op een veilige manier met elkaar te praten over wat hen is aangedaan. Veiligheid, vertrouwen en loyaliteit zijn dus heel belangrijk in de verwerking van deze gebeurtenissen. Ook deze kinderen zijn (vaak) ernstig beschadigd door hun verleden, ook in hun sociale vaardigheden lopen ze veelal achter, blijkt uit ons onderzoek. Een reguliere sociale vaardigheidstraining zal bij deze kinderen niet het gewenste effect bereiken. Er moet worden ingegaan op het verwerken van de traumatische gebeurtenissen.

Hechtingsproblematiek

Kinderen met hechtingsproblemen hebben veelal een laag zelfbeeld. 45% van alle kinderen met hechtingsproblematiek hebben ook een laag zelfbeeld.

Het is een vereiste dat Trias zich goed verdiept in deze problematiek omdat het een ingewikkelde stoornis is, en best vaak voorkomt. Het verhogen van het zelfbeeld vergt bij kinderen met hechtingsproblemen een andere aanpak dan bij andere kinderen. Deze kinderen zijn zodanig beschadigt in hun vertrouwen en het aangaan van relaties dat zij hier een heel andere kijk op ontwikkeld hebben dan een gezond kind.

Kinderen zonder DSM-IV diagnose

Het is een idee voor Trias om de groep kinderen zonder DMS-IV diagnose apart te houden van de kinderen die wel een diagnose hebben, zodat ze zich in de training volledig op bijvoorbeeld de sociale vaardigheden of het zelfvertrouwen kunnen richten, zonder dat ze daarbij rekening hoeven te houden met een stoornis. Dit verhoogt volgens ons de kwaliteit en de slagingskans van een training.

7.2 Adviezen omtrent de opbouw van een training

Naar aanleiding van de verschillende gesprekken met pedagogisch medewerkers binnen de jeugdzorg geven wij een advies over hoe Trias Jeugdhulp een training op zou moeten stellen en waar zij bij het geven van een training rekening mee moeten houden.

Naam van de training

De naam van een training is belangrijk voor kinderen en hun ouders. Daarbij is een training totaal iets anders dan een verwerkingsgroep. Het is dus goed om hier onderscheid in te maken. Het moet voor kinderen aanspreken om mee te doen aan een training. Door een leuke, actieve naam te verzinnen voor een training, motiveert dit kinderen om hieraan deel te nemen. Ook voor ouders moet de naam van de training aanspreken. Ouders zijn over het algemeen 'allergisch' als de hulpverlening voor hun kind iets wegheeft van een therapie. Een training klinkt al veel actiever en prettiger dan een therapie.

Kennismaking met kinderen en trainers

Kinderen die een training volgen voor iets waar ze moeite mee hebben, roept veel emoties op bij kinderen. Een kind met bijvoorbeeld moeite met sociale vaardigheden zal het hoogwaarschijnlijk spannend vinden om een training hiervoor te volgen. Er zullen andere kinderen zijn en dit vraagt juist om sociale vaardigheden die het kind moet hebben om met de andere kinderen om te gaan. Het is aan de trainer om te zorgen voor een goede kennismaking. Een advies wat wij daarbij willen geven is dat er voldoende aandacht besteed moet worden aan de kennismaking, de kennismaking van de kinderen onderling maar ook de kennismaking tussen kinderen en trainers. Hier moet een hele bijeenkomst voor uit getrokken worden. Kennismakingspelletjes zijn daarbij erg effectief, kinderen leren elkaar op een laagdrempelige en speelse manier kennen. Kennis maken met elkaar moet ervoor zorgen dat er een veilige sfeer binnen de training hangt, waardoor kinderen zich optimaal kunnen concentreren op de oefeningen en uiteindelijk een grotere ontwikkeling doormaken.

Doelen

Wat de trainingen van Trias mede uniek moet maken, zijn de persoonlijk opgestelde doelen voor de kinderen tijdens de training. Ook al zitten er zes kinderen op de SOVA training, al deze zes kinderen moeten zich op hun eigen manier kunnen ontplooiën. Ze hebben wellicht veel dezelfde doelen maar dit kan ook afwijken. Er moet echt per kind gekeken worden naar waar het kind tijdens de training aan moet gaan werken. Deze doelen worden opgesteld en moeten in een persoonlijke map of schrift van de kinderen komen te staan. Aan het einde van elke trainingsbijeenkomst worden de leerdoelen besproken met de kinderen. Er kan hierbij gekozen worden om de doelen te belonen door middel van stickers. Het is van belang dat de doelen positief zijn opgesteld en dat de doelen klein zijn. Kleine doelen zijn makkelijker voor het kind om te halen, zo zal het kind eerder een succeservaring hebben. Succeservaringen maken dat het kind gemotiveerd door kan met de volgende trainingsbijeenkomsten. Een voorbeeld van een klein en positief geformuleerd doel is: "Tijdens het vertelrondje vertel ik iets uit mezelf over wat ik vandaag heb gedaan."

Veiligheid en vertrouwen

De basis van een veilige sfeer en vertrouwen binnen de groep wordt gelegd bij de kennismaking. De trainer heeft hier een enorm belangrijke rol in. Wanneer de trainer te weinig stil staat bij het creëren

van veiligheid en vertrouwen, zal dit gevolgen hebben voor de ontwikkeling van de kinderen tijdens de training. Veiligheid creëer je door structuur te bieden tijdens de trainingsbijeenkomst, elke bijeenkomst heeft een vaste opbouw.

Duidelijke structuur

Vooraf kinderen met autisme en ADHD hechten veel waarde aan structuur en voorspelbaarheid. Een vaste opbouw kan zijn dat de kinderen bij binnenkomst gaan zitten op vaste plekken in een kring. Zij zullen wat te drinken krijgen en er wordt een vertelrondje gedaan, waarin kinderen mogen vertellen wat ze gedaan hebben vandaag. Daarna zal de trainer gaan uitleggen hoe de trainingsbijeenkomst eruit gaat zien. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van pictogrammen

Ruimte

De ruimte waarin de training wordt gegeven is heel belangrijk. Kinderen moeten zich veilig maar ook vrij kunnen voelen in de ruimte waarin zij een training krijgen of meedoen aan een verwerkingsgroep. Vooral bij het verwerken van huiselijk geweld of seksueel misbruik moet rekening gehouden worden met eventuele emoties die dit los kan maken bij kinderen. Kinderen kunnen misschien heel boos worden, of heel verdrietig. Het is prettig wanneer er een plekje in de ruimte wordt gecreëerd voor deze kinderen wanneer er zich zo'n situatie voordoet. Dit kan bijvoorbeeld een hoekje zijn in de ruimte, maar het is soms ook prettig voor een kind wanneer het even naar buiten kan lopen, zonder dat iemand hier last van ondervindt. Ook kan het zijn dat de gesprekstof er voor zorgt dat het kind misselijk wordt en misschien wel moet overgeven. Een toilet in de buurt van de ruimte is daarom een voorziening waar rekening mee moet worden gehouden.

Samenstelling van de groep

Het is bij het samenstellen van de groep belangrijk om te letten op de volgende punten:

- De leeftijd van de kinderen moet niet teveel uit elkaar liggen, kinderen van 6 hebben een hele andere ontwikkelingstaken dan kinderen van 10 jaar. Per training moet er gekeken worden hoeveel de leeftijd maximaal van elkaar mag af liggen.
- Het is wenselijk om een beeld te hebben van het karakter van de kinderen. Wanneer er bijvoorbeeld veel zeer agressieve kinderen in een groep zitten, zal dit niet voordelig zijn voor de andere kinderen. Bij een agressie regulatietraining kan er voor gekozen worden om kleinere groepjes te maken.
- Geslacht hoeft bij de meeste trainingen niet voor problemen te zorgen. Bij een verwerkingsgroep rondom seksueel misbruik moet dit goed afgewogen worden. Kinderen kunnen zich onprettig voelen wanneer het andere geslacht in dezelfde verwerkingsgroep zit. Wanneer dit het geval is, kies er dan voor om een verwerkingsgroep apart voor meisjes en apart voor jongens te creëren.
- Met dit onderzoek proberen wij zoveel mogelijk te kijken naar mogelijkheden voor unieke trainingen. Dus bijvoorbeeld een SOVA training voor kinderen met autisme. Dit betekent niet dat alle stoornissen gesorteerd moeten worden. Bijvoorbeeld bij een weerbaarheidstraining kan er gekozen worden om kinderen met bijvoorbeeld autisme en ADHD samen te voegen. Zij kunnen elkaar misschien juist versterken en leren van elkaar. Het is hier wel van belang om per kind te kijken of het geschikt is om met andere kinderen met anders stoornissen samen in een groep te zitten.

Houding van de trainer

Een training of verwerkingsgroep kan het beste geleid worden door 2 pedagogisch medewerkers. De pedagogisch medewerkers die de training geven kunnen onderling afspreken wie tijdens de training meer de leiding neemt en wie de kinderen observeert. Door het observeren kun je gedragskenmerken oppikken van de kinderen en dit bespreken met een gedragswetenschapper. Ten eerste moeten de trainers vertrouwen uitstralen. Zij moeten de kinderen kunnen activeren en aanzetten tot praten over bepaalde gevoelens en het meedoen aan spelletjes en oefeningen in de training. Per training of verwerkingsgroep is het belangrijk om te kijken welke kwaliteiten een trainer moet hebben om aan een bepaalde doelgroep training te kunnen geven. Bij een verwerkingsgroep is

het bijvoorbeeld belangrijk dat de trainer een neutrale houding heeft en niet mee gaat in de emoties van de kinderen. Een trainer moet rustig blijven en kan op die manier het kind verder helpen tijdens de training.

Ten tweede is het belangrijk bij het geven van een training dat iedere keer dezelfde persoon dezelfde training geeft. Zo kan die trainer zich goed ontwikkelen in het geven van een training en krijgt op deze manier veel ervaring en kan zich hierdoor gemakkelijk aanpassen aan de wensen en doelen van de kinderen in de groep. Ten derde moet de trainer altijd goed oppassen hoe hij omgaat met de loyaliteit bij de kinderen. De trainer moet begrip kunnen tonen en een luisterend oor kunnen bieden (vooral bij verwerkingsgroepen) maar nooit veroordelend zijn over de ouders van het kind.

Betrokkenheid van ouders en school

Kinderen verblijven een groot deel van hun kindertijd op school en krijgen hier veel te maken met andere kinderen. Bij trainingen als SOVA, weerbaarheid, agressie regulatietrainingen is het belangrijk dat de kinderen buiten de trainingen om ook gestimuleerd worden om te werken aan hun persoonlijke leerdoelen. Wanneer scholen op de hoogte zijn van de doelen van de kinderen, kunnen zij hierop inspelen door de kinderen tijdens bijvoorbeeld de pauze te stimuleren om het geleerde tijdens de trainingen toe te passen in de praktijk.

Ouders moeten ook betrokken worden bij de doelen. Ouders kunnen het kind stimuleren om ook thuis met vriendjes te werken aan bijvoorbeeld de sociale vaardigheden.

Huiswerk

Zoals ook is beschreven bij het kopje hierboven, is het geven van huiswerk na elke training erg effectief en belangrijk. Het kind gaat dat het geleerde tijdens de trainingen toe passen in de praktijk. De praktijk is school, thuis spelen met vriendjes, omgang met ouders/volwassenen etc. Door middel van huiswerk op te geven zorg je ervoor dat het kind de geleerde stof nog een keer toepast, zo wordt het geleerde steeds meer eigen gemaakt en zal het kind een positieve ontwikkeling doormaken.

7.3 Suggesties voor vervolgonderzoek

Tijdens ons onderzoek zijn wij interessante onderwerpen tegen gekomen, die een onderzoek waard zijn. Hieronder zullen wij puntsgewijs vertellen welke suggesties wij Trias Jeugdhulp willen geven voor eventuele vervolgonderzoeken.

- Onderzoek naar welke hulpverleningsvormen er nog meer gebruikt of ontwikkeld kunnen worden voor het verkorten van een zorgtraject.
- Onderzoek naar de werking van trainingen op de hersenen van kinderen in verschillende leeftijden met verschillende stoornissen.
- Een unieke training ontwikkelen, geven en evalueren
- Onderzoek naar welke unieke trainingen er ontwikkeld zouden moeten worden voor kinderen in de leeftijd van 4 tot 6 jaar.
- Onderzoek naar hoe ouders nog meer betrokken kunnen worden bij de hulpverlening, door middel van specifieke trainingen voor ouders.
- Onderzoek naar de werking van een training voor ouders en kinderen gezamenlijk.
- Onderzoek naar hoe je de trainingen het beste bekendheid kunt geven binnen een organisatie en of binnen de regio.
- Onderzoek naar een samenwerkingsverband tussen Centrum voor Jeugd en Gezin en Trias Jeugdhulp, om de laagdrempeligheid van de zorg meer naar voren te laten komen.

Dankwoord

Tijdens het doen van dit onderzoek, zijn wij met veel verschillende mensen in contact gekomen. Allereerst zijn wij, tijdens ons vooronderzoek in contact gekomen met de zorgtoeleider van Bureau Jeugdzorg. Hij heeft ons informatie gegeven over het traject van Bureau Jeugdzorg naar Trias Jeugdhulp. Door hem zijn wij terugverwezen naar Trias Jeugdhulp, om toch juist daar te kijken waar de binnenkomende zorgvragen liggen.

We hebben in ons vooronderzoek ook contact gehad met het Centrum voor Jeugd en Gezin. De coördinator van alle CJG's in Zwolle heeft ons te woord gestaan. We zijn er door haar achter gekomen het CJG een voorliggende voorziening is die niet werkt met indicaties. Trias Jeugdhulp echter, heeft indicaties nodig om zo de zorg voor de kinderen financieel mogelijk te maken.

Informatie van verschillende instelling hebben we gekregen van een medewerkster van Jarabee, Stichting Lindenhout en de oprichtster van de Cognito praktijk. Deze mensen willen wij allemaal hartelijk bedanken voor het meewerken aan ons onderzoek.

Uiteraard willen wij onze dank uitspreken naar Annie Terwisscha, zij is onze hoofd-opdrachtgever geweest voor dit onderzoek. Laura Gerritsen, die ons geholpen heeft met het formuleren van de vragenlijsten.

Als laatst willen wij Rianne Hutten en Suzan Huijbers heel erg bedanken voor de begeleiding die zij ons hebben gegeven dit afgelopen half jaar. Hun kritische blik en hun feedback heeft ons geholpen om de rode draad van het onderzoek niet kwijt te raken en om iedere keer weer vol energie door te gaan met het onderzoek.

Iedereen, hartelijke bedankt!

Lotte Bruining & Lieke Meijerink.

Bibliografie

- association, A. p. (2009). *DSM-IV patientenzorg diagnostiek en classificatie van psychische stoornissen voor de geneeskunde*. Amerika: Pearson Assessment and Information .
- Bartelink, C. (2008). *Opstandige kinderen, een compleet oudertrainingsprogramma*. Opgeroepen op maart 22-03-11, 2011, van www.nji.nl:
<http://www.stapprogramma.nl/smartsite.dws?id=37990&recordnr=382&adlibtitel=Opstandige%20kinderen:%20een%20compleet%20oudertrainingsprogramma&setembed=1>
- Berge, A. W. (2008). *Gevolgen van kindermishandeling*. Opgeroepen op april 11-04-11, 2011, van www.nji.nl: http://www.nji.nl/DossierDownloads/GEVOLGEN_KINDERMISHANDELING.PDF
- Bosman, R. (2006). Opgeroepen op april 8-04-11, 2011, van www.pedagogiek-online.nl:
<http://www.pedagogiek-online.nl/index.php/pedagogiek/article/viewFile/292/291>
- Cognito. (2011, mei 16-05-11). Interview rondom trainingen. (L. Meijerink, Interviewer)
- Feuerstein centrum Nederland. (1993). Opgeroepen op maart 17-03-11, 2011, van www.feuerstein.nl:
<http://www.feuerstein.nl/brochure.html>
- Grietens, H. (2005). *handboek orthopedagogische hulpverlening, een orthopedagogisch perspectief op kinderen en jongeren met problemen*. Leuven: Acco.
- Hutten, R. (2011, april 14-04-11). Interview rondom trainingen. (L. Bruining, Interviewer)
- Jackson, T. (1994). *4 invalshoeken van Jackson*.
- Jarabee. (2011, april 18-04-11). Interview rondom trainingen. (L. Meijerink, Interviewer)
- Jeugdzorg, B. (2010). *Werkinstructie Kaisernorm*. Zwolle: Bureau Jeugdzorg.
- Kool, J. (2003). *"Ho, tot hier en niet verder...!"*. Opgeroepen op maart 21-03-11, 2011, van www.praktijkdansendhart.nl: <http://www.praktijkdansendhart.nl/Toelichting-Methode%20en%20Cursus%20Ho%20tot%20hier%20en%20niet%20verder'.pdf>
- Kool, J. (2010). *Ho, tot hier en niet verder!* Amsterdam: Acco.
- Leonieke Boendermaker, D. I. (2010). *Wat werkt bij jeugdigen met*. Opgeroepen op maart 8-03-11, 2011, van www.nji.nl:
http://www.nji.nl/DossierDownloads/WATWERKT_GEDRAGSSTOORNISSEN.PDF
- Lindhout. (2011, april 9-04-11). Interview rondom trainingen. (L. Bruining, Interviewer)
- Malschaert, H. (2010). *Basisboek opvoedingsvraagstukken*. Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.
- Mateman, M. (2001, juni 24-06-01). www.deknoop.org. Opgeroepen op april 8-04-11, 2011, van Hechttingsproblematiek, effectieve hulpverlening voor hechttingsproblemen bij biologische kinderen van 0-12 jaar: <http://www.deknoop.org/documenten/scriptie-mari-mateman.pdf>
- Nijenhuis, H. R. (1986). *Bang zijn voor andere kinderen*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- NJI. (2005). *Kinderen en gezinnen in risicosituaties*. Opgeroepen op april 8-04-11, 2011, van [nji.nl](http://www.nji.nl):
<http://www.nji.nl/eCache/DEF/7/513.html>
- Rigter, J. (2008). *Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen*. Bussum: Coutinho.
- Van Yperen, T. (2004). *Minder boos en opstandig*. Opgeroepen op maart 22-03-11, 2011, van www.nji.nl:
<http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=37990&recordnr=2&adlibtitel=Minder%20boos%20en%20opstandig&setembed=>
- www.overijssel.nl. (sd). Opgeroepen op maart 8-03-11, 2011, van <http://www.overijssel.nl/@152320/kinderen-helpen/>
- www.triasjeugdhulp.nl. (sd). Opgeroepen op maart 2-03-11, 2011, van <http://www.triasjeugdhulp.nl/>

Bijlagen

Vragenlijst

KINDNUMMER:

1. Leeftijd (bij start v/d hulp): 5 / 6 7 8 9 10 11 12 / 13

2. Met welk kader is het kind geplaatst?

- a. Juridisch
- b. Vrijwillig

3. Hoe is de gezinssamenstelling? Met wie woont het kind?

- a. Vader, moeder, kind
- b. Stiefvader, moeder, kind
- c. Vader, stiefmoeder, kind
- d. Moeder, kind
- e. Moeder, kind + bezoeksregeling vader
- f. Opa/Oma, Moeder, kind
- g. Opa/ Oma, Vader, kind
- h. Vader, kind
- i. Pleegouders

4. Heeft het kind broertjes zusjes:

- a. 1 zusje/broertje
 - i. Toelichting:
- b. 2 zusjes/broertjes
 - i. Toelichting:
- c. 3 zusjes/broertjes
 - i. Toelichting
- d. Cliënt is enig kind

5. Is er een DSM IV diagnose gediagnosticeerd?

- a. Zo ja, wat is de diagnose?
- b. Nee? Wat is het vermoeden?
- c. Er is geen sprake van een DSM-IV diagnose bij het kind

6. In welke categorie is de problematiek in te delen?

- a. Internaliserende problematiek
- b. Externaliserende problematiek
- c. Pervasieve problematiek
- d. Combinatie van: A / B / C

7. Is er sprake van problemen (die invloed hebben op de problematiek) die buiten het kind liggen?

- a. Loyaliteitsproblematiek vanwege scheiding ouders.
- b. Sexueel misbruik
- c. Getuige van (Huiselijk) geweld
- d. Beneden gemiddeld en lager IQ van ouders
- e. Lage sociale economische omstandigheden
- f. Psychiatrische problematiek bij (een van) de ouder(s)
- g. Anders namelijk:

8. De doelen van het kind zijn gebaseerd op:

- a. Alleen het kind
- b. Alleen het gezin
- c. Een combinatie van gezin en kind
- d. Anders namelijk:

9. Welke hulp is er ingezet?

- a. Ambulante hulp
- b. Dagbehandeling
- c. 24uurs zorg
- d. Weekendzorg. (Pleegzorg/zorgboerderij)

10. Wat was de frequentie en duur van deze zorg?

- a. Dagbehandeling duur (tot heden):
- b. 24uurs zorg → Duur: maanden.
- c. Ambulante hulp : uur per week / maand
- d. Pleegzorg:
- e. Weekendzorg

11. Is er al eerder hulp in het gezin geweest? Ja / Nee

12. Is er extra hulp ingezet naast de in vraag 10 geboden hulp?

- a. Hulp aan huis, namelijk:
- b. Onderzoek (naar opvoedingsvaardigheden van ouders bijv.)
- c. Praktische hulp
- d. Psychologische hulp voor ouders
- e. Geen extra hulp

13. Is het traject succesvol afgesloten?

- a. Ja
- b. Nee het kind is doorverwezen naar andere hulp, namelijk:
- c. Nee het kind werd te oud voor deze hulp en is doorgestroomd naar 12-18
- d. Nee ouders hebben de hulp voortijdig stopgezet
- e. Nee, het traject is nog gaande

Interviewvragen voor Cognito praktijk- zwolle

1. Wie bent u?
2. Wat voor effect zien jullie bij kinderen na de trainingen?
3. In hoeverre worden ouders betrokken bij trainingen? En hoe gaat dit in zijn werk.
4. Welke trainingen worden er veel gegeven en bevallen dus goed?
5. Vanuit welke visie/theorie ontwikkelen jullie trainingen en door wie worden deze ontwikkeld?
6. Werken jullie vanuit PGB?
7. Hoe geven jullie bekendheid aan de trainingen? (PR)
8. Jullie geven ook trainingen voor specifieke doelgroepen, zoals seksueel misbruik. Van waar deze specifieke training, wat heeft jullie bewogen om deze training te ontwikkelen?
9. Welke ontwikkelingen maken jullie op dit moment door op het gebied van trainingen?
10. Kunnen pedagogische medewerkers deze trainingen ook geven, of moet je hier therapeut voor zijn?

Interviewvragen voor Jarabee

1. Wie bent u?
2. Wat is uw functie? En wat heeft u te maken met trainingen?
3. Wij doen onderzoek over trainingen voor kinderen in de leeftijd van 6-12 jaar. Jullie geven de volgende trainingen:
 - Verwerkingsgroep echtscheiding. 4-5, 6-8, 9-12 jaar
 - Verwerkingsgroep seksueel misbruik. 6-18 jaar
 - Zelfcontrole training Jarabee. 9-13 jaar
 - Sova training, vanaf 9 jaar. 6-8 spelgroep sova
 - Speltherapie. 4-12 jaar.
 - Sovatraining Commujon. 8-12, 12-18 Gekoppeld aan verblijf.
 - Weerbaarheidstraining. 8-18 Gekoppeld aan verblijf.
 - Horizonmethode, seks. misbruik. 4-12 jaar, in verschillende groepen. In samenwerking met Traverse.
4. Wat is het effect van de trainingen als je kijkt naar het verkorten van een traject, groei bij kinderen etc.
5. Wat is de inhoud over het algemeen van een training, hoe is de opbouw?
6. In hoeverre worden ouders betrokken bij trainingen? En hoe gaat dit in zijn werk.
7. We zien een dat er een paar trainingen worden gekoppeld aan verblijf, hoe zit dit met de doelgroep van de andere trainingen? Volgen deze kinderen slechts een training?
8. Welke trainingen worden er veel gegeven en bevallen dus goed?
9. Vanuit welke visie/theorie ontwikkelen jullie trainingen en door wie worden deze ontwikkeld?
10. Hoe komen kinderen bij jullie, hebben alle kinderen een indicatie van BJZ of wordt het ook gefinancierd vanuit een PGB?

11. En hoe werkt dat dan met PGB?
12. Hoe geven jullie bekendheid aan de trainingen? (PR)
13. Jullie geven ook trainingen voor specifieke doelgroepen, zoals seksueel misbruik. Van waar deze specifieke training, wat heeft jullie bewogen om deze training te ontwikkelen?
14. Welke ontwikkelingen maken jullie op dit moment door op het gebied van trainingen?

Verslag van het gesprek met coördinator van CJG Zwolle

Datum: 23 februari – 11.30 uur.

Functie: Coördinator Centra voor Jeugd en Gezin in Zwolle.

Plaats: Democratenlaan 86 in Zwolle

Na aanleiding van ons bezoek aan het Centrum voor Jeugd en Gezin in Assendorp (Zwolle) zijn wij door een medewerkster van daar in contact gekomen met de coördinator van alle locaties van het CJG in Zwolle. In het telefoongesprek gaf zij al aan dat zij cijfers heeft van alle binnenkomende zorgvragen van het afgelopen jaar.

Tijdens het gesprek kwamen wij er achter dat het CJG vooral telefonisch vragen binnenkrijgen. De klanten die werden doorverwezen naar Bureau Jeugdzorg Overijssel waren vaak al aangemeld bij BJZO maar zochten via deze weg nog andere hulp.

CJG Zwolle heeft orthopedagogen 'in dienst' (vanuit het maatschappelijk werk of GGD). Deze worden ingeschakeld wanneer er een hulpvraag binnenkomt. Ook kan het voorkomen dat een kind bijvoorbeeld een SOVA training nodig heeft, of dat ouders praktische vragen hebben over het omgaan met een echtscheiding. Deze hulp wordt dan direct geboden door de orthopedagogen. Dit betreft allemaal niet-geïndiceerde zorg. CJG Zwolle werkt nauw samen met Iccare. Zij leveren orthopedagogen en bieden trainingen voor kinderen. Iccare biedt trainingen aan kinderen en ouders die lid zijn van Iccare. Dit kost 17 euro per jaar, een heel minimaal bedrag dus.

Soms worden ouders doorverwezen naar bijvoorbeeld creatieve therapie, ouders moeten dan uitzoeken of dit vergoed wordt door hun zorgverzekering.

De hulpverleners van het CJG leggen vaak ook contact met de school waar het kind op zit, als zich daar ook problemen voordoen. Het CJG mist eigenlijk weinig als het gaat om het aanbod van trainingen. Omdat er al veel wordt aangeboden en omdat de zorgvragen die binnenkomen vaak beantwoord kunnen worden door de medewerkers van CJG (orthopedagogen). Er worden weinig vragen doorgespeeld naar BJZO en daardoor zijn er dus ook geen indicaties.

Voor ons onderzoek moeten we ons dus richten op BJZO, omdat indicaties afgeven voor zorg.

Gebruikte bronnen: jaaroverzicht/verslag CJG Zwolle

Verslag gesprek met zorgtoeleider en bemiddelaar – BJZO – 2 maart 2011

- **Wat zijn de werkzaamheden van een zorgtoeleider binnen BJZO en wat zijn zijn werkzaamheden?**

We hebben een interview gehouden met een zorgtoeleider-bemiddelaar. Hij zit tussen de voorzorg en de daadwerkelijke zorg in. De zorgvragen die binnenkomen bij BJZO worden bekeken en hier wordt een indicatie voor geschreven. De taak van Erik is om de cliënt door te verwijzen naar een passende voorziening binnen de regio. Hij is op de hoogte van welke zorg er in de regio wordt geboden en waar en hoelang de wachtlijsten zijn. Wanneer zorgtrajecten niet lopen zoals ze zouden moeten lopen, wordt Erik Clappers ingeschakeld, hij kan dan met een andere blik kijken wat er nodig is voor de cliënt. Hij krijgt het dossier, zal dit inkijken en opnieuw bekijken welke zorg hier nog meer mogelijk en passend is. Hij heeft hierbij geen contact met de cliënt.

- **Wat gebeurt er binnen BJZO met de indicatie's.**

Er wordt gekeken naar welke vragen er binnenkomen, bij de vraag die er binnenkomt wordt er aan de hand van verschillende checklisten gekeken waar het probleem ligt. Een belangrijk punt waar naar gekeken wordt is of er sprake is van kindermishandeling. BJZO bekijkt per binnenkomende zorgvraag welke zorg er aangeboden moet worden. Zij verwijzen casemanager en cliënt dan door naar de desbetreffende zorginstelling.

- **Vrije invulling Trias.**

Wanneer BJZO de cliënt doorverwezen heeft naar Trias, wordt er eerst gekeken of dit een zorgvraag is waar Trias op kan inspelen, dit moet Trias binnen twee weken laten weten om zo goed mogelijk passende zorg te kunnen bieden. BJZO geeft bij het geven van een indicatie niet specifiek aan via welke methodiek de cliënt zorg moet krijgen, dit is een taak van de desbetreffende instelling. In dit geval Trias, Trias moet zelf kijken welke zorg er gegeven wordt binnen de instelling aan de cliënt. Hierbij moet wel gekeken worden of de doelen behaald kunnen worden binnen de hulpverleningsvorm.

- **Welke indicaties geeft BJZO af?**

Er zijn drie indicatievormen:

1. Verblijf
2. Jeugdhulpverlening (ambulant)

3. Observatie

Wanneer de indicatie, verblijf wordt afgegeven, zit hier ook altijd een vorm van jeugdhulp bij in.

- **Toekomst van de indicatiestellingen**

In de toekomst staat er te gebeuren dat de indicatiestelling er van af gaat, dit zijn op het moment alleen nog speculaties.

- **Gemeente of provincie?**

De huidige taken van de provincies op het gebied van de jeugdzorg worden overgedragen aan gemeenten. Het aantal financieringsstromen in de jeugdzorg wordt vergaand teruggebracht en gebundeld onder verantwoordelijkheid van de gemeenten. Ook de uitvoering van vrijwillige en gedwongen zorg voor jeugd valt op termijn onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten.

Feitelijk gaat het hier om het doortrekken van het uitgangspunt dat de huidige taken van de provincies op het gebied van de jeugdzorg worden overgedragen aan gemeenten.

Ministerie voor Jeugd en Gezin wil dat de gemeente de taken overneemt van de provincie, omdat de gemeente dichterbij de mensen staat dan de provincie. De lijn is korter.

- **Wanneer wordt er een nieuwe indicatie afgegeven?**

Er wordt door BJZO een nieuwe indicatie afgegeven wanneer er een nieuwe zorgvorm nodig is of wanneer er nieuwe doelen worden opgesteld.

- **(Bijna) geen indicaties voor ambulante zorg bij 0-12 jaar, waarom?**

Voor de doelgroep 0-12 worden bijna geen indicaties afgegeven op ambulante zorg. Dit omdat deze zorg gaat over de thuissituatie, er wordt thuis geholpen (de ouders) de hulpvraag ligt hierbij dan niet bij de kinderen, terwijl BJZO indicaties stelt voor kinderen en niet voor de ouders.

- **Welke personen op het moment belangrijk zijn voor ons onderzoek vanuit Trias.**

- Frans Bouma, gedragswetenschapper
- Mieke Steenwijk, gedragswetenschapper
- Laura Gerritsen, gedragswetenschapper.

- **ASS problematiek**

Trias is ook bekend op ASS gebied. Trias jeugdhulp en het Leo Kannerhuis hebben hun krachten op het gebied van behandeling van de ASS problematiek gebundeld.

Wellicht ligt hier een grote markt voor Trias en kunnen zij zich specialiseren en verder ontwikkelen in de ASS problematiek.

Werkinstructie werkwijze '8 van Kaiser'

Wat gaat er veranderen?

-BJzO gaat de jeugdhulpverlening indiceren in termen van 8 zorgvormen zonder aanduiding van omvang en duur van de zorg. Voor de ZVW en AWBZ verandert er niets.

-er is sprake van een scheiding tussen verblijf en jeugdhulp, vergelijkbaar met de AWBZ. Aangezien er bij provinciale jeugdzorg altijd sprake is van een pedagogisch klimaat, moeten wij naast een verblijfsindicatie altijd een vorm van jeugdhulp indiceren.

Met ingang van de wet op de jeugdzorg wordt geïndiceerd in drie functies: jeugdhulp, verblijf en observatiediagnostiek (die weer onderverdeeld zijn in 8 zorgvormen, zie document Zorgvormen JHV functies en klassen awbz¹).

BJzO moet aangeven welke zorgvormen noodzakelijk zijn, waardoor er maatwerk geleverd kan worden aan de cliënt. De zorgaanbieder is er vervolgens verantwoordelijk voor dat de verschillende geïndiceerde zorgvormen geleverd worden en kan daar, binnen de bandbreedte van de zorgequivalenten, verschillende concrete vormen van zorg voor inzetten. De zorgaanbieder wordt zo gestimuleerd om voor elke cliënt een passend zorgaanbod te realiseren.

Schema Kaiser

Functie (3 mogelijkheden)	Zorgvorm (8 mogelijkheden)
Jeugdhulp	Jeugdhulp thuis, individueel
	Jeugdhulp op accommodatie zorgaanbieder, individueel
	Jeugdhulp op accommodatie zorgaanbieder, groep
Verblijf	Verblijf pleegouder 24-uurs
	Verblijf pleegouder deeltijd
	Verblijf accommodatie zorgaanbieder 24-uurs
	Verblijf accommodatie zorgaanbieder deeltijd
Observatiediagnostiek	Observatiediagnostiek

De verplichting ook bij de indicatie ook de omvang vast te stellen is inmiddels geschrapt. De duur nog niet, maar er is een schrijven van het ministerie van Jeugd en Gezin waarin wordt aangegeven dat er door de BJz's gewerkt mag worden 'als zijnde de duur uit de wet', zolang die duur dan maar in het hulpverleningsplan van de zorgaanbieder vermeld wordt. Wij vermelden daarom vanaf 1 september 2010 geen duur meer in het indicatiebesluit. Het schrappen van de omvang en de duur heeft geen gevolgen voor de wettelijke taken binnen het casemanagement. Er is contact met de zorgaanbieder tijdens het afstemmingsgesprek waarbij er afspraken gemaakt worden over de wijze waarop en in welke situatie informatieoverdracht en afstemming plaatsvindt over het verloop van de zorg, de eventuele bijstelling van het hulpverleningsplan en de evaluatie van de zorg.

Bij de Jeugdbescherming zal de duur ook niet meer in het indicatiebesluit worden aangegeven, maar wel in het verzoekschrift bestemd voor de Kinderrechter. Bij een gedragsmaatregel, gesloten jeugdzorg en een uithuisplaatsing in een justitieel kader stelt de Kinderrechter vast wat de omvang van de zorg is en hoe lang die zorg mag duren. Met de Raad worden afspraken gemaakt dat ook zij voortaan in hun verzoekschriften de gewenste duur aangeven.

Door de zorgaanbieder wordt op basis van de indicatie en de hulpverleningsdoelen, een verdere uitwerking gegeven van de concrete zorg die aan de cliënt geleverd gaat worden, waaronder de omvang en de duur van die zorg. Dit wordt vastgelegd in het hulpverleningsplan waarin gespecificeerd is 'wie wanneer welke hulp levert met welk doel', in overleg en na toestemming van de cliënt. Indien voor nieuwe doelen een andere zorgvorm nodig is en een andere functie, moet BJzO een nieuw indicatiebesluit afgeven.

Consequenties voor BJzO:

-BJzO indiceert op basis van 8 zorgvormen

-duur en omvang van deze zorg wordt niet meer door BJzO bepaald maar door de zorgaanbieder na overleg en met instemming van de cliënt en met BJzO in geval van gedwongen kader.

-de zorgaanbieder specificeert in het hulpverleningsplan welke vormen van hulp, door wie met welke duur/omvang geleverd wordt.

- Er is één hoofdaannemer. De andere zorgaanbieders zijn onderaannemer van de hoofdaannemer.

BJzO wisselt gegevens (indicatie, mutaties over start en einde, etc.) uit met en via de hoofdaannemer. De hoofdaannemers zijn Trias, Jarabee/Commujon en Pactum.

¹ Zie intranet: werkprocessen, overige pagina's

-Als er een wisseling plaats vindt van hoofdaannemer, maar de zorgvorm wijzigt niet, dan hoeft er geen nieuw indicatiebesluit te worden afgegeven. De hoofdaannemer zorgt voor een overdracht naar de nieuwe hoofdaannemer.

- Als BzJ naast een jeugdzorgindicatie ook een indicatie 'zorgaanspraak in het kader van de zorgverzekeringswet' afgeeft, ligt het hoofdaannemerschap bij de jeugdzorgaanbieder, maar is het zeer wenselijk dat er afgestemd en samengewerkt wordt door de jeugdzorgaanbieder met de GGZ-aanbieder. Deze samenwerking is niet in het Plan van Formaat geregeld.

-bij het indiceren in zorgvormen gelden de volgende hoofdregels:

- Als een jeugdige is aangewezen op een vorm van verblijf is daarnaast altijd een vorm van jeugdhulp (individueel thuis of een equivalent ervan) nodig.
- Binnen 1 indicatiebesluit kunnen de 8 zorgvormen maar één keer voorkomen
- Observatiediagnostiek wordt altijd geïndiceerd in combinatie met een vorm van verblijf (accommodatie/pleegzorg, deeltijd/24-uurs)

Hoe indiceren:

Verblijf houdt in dat er uitsluitend sprake is van inzet van pedagogische medewerkers, leidinggevend, gezinshuisouders, pleegzorgbegeleiders en de gastvrouwen. Deze personen zorgen dat er bij het verblijf sprake is van een **pedagogisch klimaat**. Voor alle overige hulpverleners die ingezet (kunnen) worden zoals een gedragswetenschapper of een arts moet aanvullend geïndiceerd worden middels de zorgvorm 'jeugdhulp thuis individueel of een equivalent daarvan'.

Provinciale afspraken:

1: BzJO indiceert voor het provinciaal gefinancierde zorgaanbod in termen van 8 zorgvormen

2: als er naast provinciaal gefinancierde jeugdzorg ook andere vormen van zorg nodig zijn (ZVW of AWBZ of gesloten jeugdzorg), dan wordt dat in 1 indicatiebesluit opgenomen.

3: elke zorgvorm kan maar een keer voorkomen in het indicatiebesluit. Eventueel kan in de toelichting worden aangegeven op welke doelen en personen de zorgvorm zich kan richten

4: BzJO indiceert in termen van zorgvormen zonder bepaling van omvang en duur. Door de zorgaanbieder wordt in hulpverleningsplan, op basis van de zorgvormen en doelen uit het indicatiebesluit, concreet aangegeven welke zorg er moet komen, in verzoekschrift aan de kinderrechter moet wel duur en omvang aangegeven worden.

5: er is een nieuw indicatiebesluit nodig als de nieuwe zorg niet meer onder een van de functies (jeugdhulp, verblijf of observatie) van het indicatiebesluit valt.

6: binnen een indicatiebesluit kan er sprake zijn van aanspraken die door verschillende zorgaanbieders kunnen worden uitgevoerd. Als er meerdere zorgaanbieders betrokken zijn is er altijd één de hoofdaannemer. De andere zorgaanbieders zijn onderaannemer van de hoofdaannemer. BzJO wisselt gegevens uit met en via de hoofdaannemer. De verschillende zorgaanbieders kunnen allen op dezelfde aanspraak een beroep doen als het gaat om de door hen uitgevoerde zorg. Dat er meerdere zorgaanbieders uitvoering geven aan de zorg kan in het indicatiebesluit worden aangegeven. Als dezelfde zorg door een andere zorgaanbieder of hoofdaannemer wordt overgenomen, is hiervoor geen nieuw indicatiebesluit nodig.

7: vreemdelingen onder de 18 jaar die niet rechtmatig in Nederland verblijven, kunnen wel aanspraak maken op jeugdzorg. Ouders en andere verzorgers die niet rechtmatig in Nederland verblijven, hebben geen recht op jeugdzorg. Bij pleegzorg geldt dat een jeugdige ten hoogste 6 maanden in een pleeggezin mag verblijven.²

8: in situatie waarin onmiddellijk hulp moet worden verleend: spoedhulp, bestaat aanspraak op jeugdzorg zonder dat daar een indicatiebesluit aan ten grondslag ligt. BzJO moet binnen vier weken een indicatiebesluit afgeven voor vervolghulp.

9. door het werken met zorgequivalenten is het over het algemeen niet nodig om vervangende zorg te indiceren (de kans dat er binnen de bandbreedte van de zorgequivalenten geen zorg beschikbaar zou zijn is uiterst klein). Maar het kan wel wanneer gebruik gemaakt moet worden van zorg buiten Overijssel³. Het kan wel degelijk zinvol zijn om aan te geven welke zorg ingezet moet worden als de eerst aangewezen zorg niet (meteen) beschikbaar is.

² Deze tekst is niet volledig, kijk op intranet voor volledige tekst (document Zorgvorm JHV, functies en klassen awbz)

³ Voor zorgaanbieders buiten Overijssel kunnen er meerdere jeugdzorg-aanspraken geïndiceerd moeten worden, omdat voor hen de toevoeging 'of een Jeugdhulp-equivalent' (resp. verblijfsequivalent) niet voldoende is.

Verkorte werkinstructie:

belangrijkste aandachtspunten:

1. BJZO geeft in het indicatiebesluit aan welk van de 8 zorgvormen de jeugdige nodig heeft.
2. Een indicatiebesluit kan bestaan uit meerdere zorgvormen. Per indicatiebesluit kan een zorgvorm maar 1 keer worden afgegeven. **De zorgaanbieder bepaalt welke zorg wordt ingezet, binnen de bandbreedte van de geïndiceerde functies verblijf en/of jeugdhulp.** Door de indicatie in termen van zorgvormen in plaats van zorgvarianten (modules) op te stellen wordt voorkomen dat er bij een wijziging van het concrete aanbod (bijvoorbeeld: van behandelgroep naar gezinshuis) altijd een nieuwe indicatie nodig is. De zorg die wordt ingezet of gewijzigd moet uiteraard vallen binnen de aanspraak die is afgegeven en zijn afgeleid van de in het indicatiebesluit vermelde doelen.
3. In de bekostigingssystematiek zijn de *verblijfsvormen* gescheiden van de ***jeugdhulpvormen***. **De medewerkers van de zorgaanbieder die bijdragen aan het realiseren van een pedagogisch klimaat, vallen onder *verblijf*.** Denk hierbij aan basale (pedagogische) zorg. Alle overige hulpverleners verrichten hun werkzaamheden uitsluitend onder de functie *jeugdhulp*. **Dit betekent dat bij een zorgvorm *verblijf* altijd een of meerdere zorgvormen *jeugdhulp* nodig is/zijn.**
4. ***Observatiediagnostiek in combinatie met verblijf of een equivalent daarvan*** (accommodatie/pleegzorg, deeltijd/24-uurs): Een aanspraak *observatiediagnostiek* is aan de orde als er nog onvoldoende zicht is op de aard en de oorzaak van de problemen, terwijl inzet van specialistische diagnostiek niet voldoende is/likt. De aanspraak *observatiediagnostiek* omvat (een combinatie van) activiteiten als gedragsobservatie, toetsen vaardigheidsniveau, oudergesprekken/diagnostisch rapport, functie/intelligentieonderzoek en medisch psychiatrisch onderzoek.
5. Bij indicaties voor buiten de provincie Overijssel gelden specifieke afspraken, waarbij de formulering in zorgequivalenten meestal niet van toepassing is. Zie daarvoor het document zorgvorm of vraag één van de zorgtoeleiders om advies.

Versie oktober 2010

Een uitgewerkte bijeenkomst:
(Nijenhuis, 1986)

Bijeenkomst 1

Duur

2 uur

Doelen

Elkaar leren kennen
Jezelf voorstellen
Uitleg geven van de bedoeling van de groep
Praktische regels geven
Oefenen van luistervaardigheden

Benodigdheden

Vragenlijsten voor kinderen
Vragenlijsten voor de ouders
Pennen
Namenkaartjes
Kladpapier
Potloden
Materiaal voor creatief bezig zijn
Werkbladen
Map voor werkbladen
Werkschrift
Schrijfbord

Programma

Vragenlijst invullen (30 minuten)

Bij dit punt wordt er door de kinderen drie vragenlijsten ingevuld, deze worden gebruikt voor de evaluatie van de effecten van de groepsbehandeling. Belangrijk hierbij is om de kinderen zo ver uit elkaar te zetten dat ze de antwoorden niet van elkaar over kunnen nemen. De trainers kunnen de kinderen helpen met invullen wanneer dit de kinderen niet zelfstandig lukt.

Kennismaking (5 minuten)

Tijdens dit deel van de bijeenkomst, stellen de groepsleiding en kinderen zich aan elkaar voor. Dit kan vormgegeven worden in bijvoorbeeld een laagdrempelig kennismakingsspel.

Uitleg geven van de bedoeling van de groep (10 minuten)

Een van de trainers legt uit waarom de kinderen hier zijn, wat ze gaan doen en wat ze er van kunnen verwachten. Vervolgens wordt er aan de kinderen gevraagd om zelf vragen te stellen en al eventueel te vertellen over hun eigen problemen.

Het geven van praktische regels (1 minuut)

De praktische regels worden verteld in de groep maar komen ook in de schriftjes van de kinderen te staan die ze na deze bijeenkomst mee naar huis nemen. Praktische regels zijn:
Hoelang duurt een bijeenkomst, hoeveel bijeenkomsten komen er nog, hoe ze moeten afzeggen en dat ze hun werkschrift en huiswerkschrift elke bijeenkomst mee moeten nemen. De trainers leggen er de nadruk op dat het belangrijk is dat ze altijd komen. Wanneer de kinderen niet kunnen, wordt er verwacht dat de kinderen zelf afbellen. Er kunnen afspraken gemaakt worden of de bijeenkomsten in de vakantie ook doorgaat, daarbij is het belangrijk dat alle kinderen ook daadwerkelijk die bijeenkomst in de vakantie komen.

Een naam bedenken voor de groep (10 minuten)

De trainer vertelt dat elke groep een naam heeft en dat er voor deze groep ook een naam moet komen. Elk kind krijgt een blaadje, waarop de kinderen zelf namen mogen schrijven. Dit duurt 1 a 2

minuten. Hierna lopen de kinderen om en om naar het bord om de bedachte namen op te schrijven. Als alle namen op het bord staat wordt er gestemd welke naam het moet worden. Dit zou zelf vormgegeven kunnen worden door de trainer.

Pauze (10 minuten)

De pauze is een rustpunt in de bijeenkomst. Ook staat een pauze als een lijn tussen de informatie die al is besproken voor de pauze en nieuwe informatie die nog wordt besproken na de pauze. Wanneer kinderen hiervoor open staan, kan er een spelletje gespeeld worden.

Elkaar beter leren kennen, luisteroefening. (5 minuten)

De groep wordt opgedeeld in drie groepjes van 2, ze gaan tegen over elkaar zitten en mogen elkaar vragen stellen om elkaar beter te leren kennen. Van tevoren worden er met de groep vragen bedacht die het kind straks aan het andere kind kan vragen, deze worden op het bord geschreven.

De trainers wijzen de kinderen aan die beginnen met vragenstellen, na ongeveer twee minuten mag het andere kind vragen stellen.

Elkaar introduceren in de grote groep (10 minuten)

Na aanleiding van het vorige punt, gaan alle kinderen weer in een grote kring zitten en krijgen de instructie om elkaar aan de groep voor te stellen, ze kunnen hierbij zoveel mogelijk vertellen van wat ze hebben onthouden van de vorige activiteit. Elk kind mag 1 minuut vertellen over het andere kind.

Vrij tijd (30 minuten)

De kinderen krijgen de opdracht om een sticker of een ander knutselwerkje te maken over de gekozen naam. Samenwerking wordt aangemoedigd.

Uitdelen van de losbladige werkschriften en huiswerkschriften (10 minuten)

Elk kind krijgt een map met bladen met zijn/haar naam erop en een werkschrift. In de map zit het blad wat bij de bijeenkomst hoort. Er wordt benadrukt dat het erg belangrijk is dat de kinderen deze map meenemen.

Ephorus rapport

Totale Score 2%

Score	Gevonden bron
☒ 1%	Eindverslag afstudeeronderzoek zonder bijlage.doc van L Tempelman (s1010560)
☒ 1%	onderzoeksrapport.doc van RJ Woerde (s1006134)
☒ 1%	www.triasjeugdhulp.nl/pages/hulpvormen-gezinsbegeleiding2.html
☒ 1%	www.pmtinfosite.nl/gast-aut/00061koo.php
☒ 1%	www.pm-therapie.nl/files/pmtherapie.nl weerbaarheidstraining.pdf
☒ 1%	www.triasjeugdhulp.nl/pages/VertrekTraining.html
☒ 1%	www.triasjeugdhulp.nl/pages/Jongeren-Ambulante-Hulp-Extern-Begeleid-Wonen.html
☒ 0%	bij Ephorus ingeleverd door IR Cramer (s1020036)
☒ 0%	HD in de sova.doc van M van Gijzen (s1019709)