

Interventie

HouVast-w Stut en steun voor gezinnen van ouders met een LVB (waakvlamvariant)

Samenvatting

Doelgroep

HouVast-w is bedoeld voor kinderen in de leeftijd van 0 tot 23 jaar en hun ouders, waarbij sprake is van een licht verstandelijke beperking (LVB) bij één ouder of bij beide ouders. Daarnaast is er sprake van (dreigende) opvoed- en opgroei-problematiek en een 'goed genoeg' opvoedsituatie die onder spanning staat of dreigt te staan. Gezinnen wonen zelfstandig of (tijdelijk) in een instelling, zoals een ouder-en-kind-project.

Doel

Doel van HouVast-w is dat ouders hun kinderen duurzame veiligheid bieden en een 'goed genoeg' opvoedingsniveau kunnen handhaven met behulp van het sociale netwerk en/of professionals. 'Goed genoeg' opvoeden wordt gedefinieerd als een gezinssituatie waarbij in voldoende mate aan vier functies van het gezin tegemoet wordt gekomen: het bieden van een fijn thuis én het omgaan met tegenslag, anderen en de buitenwereld.

Subdoelen:

1. Ouders accepteren blijvend steun.
2. Het gezin maakt gebruik van een stevig steunend en duurzaam netwerk.
3. Ouders voelen zich competent in 'goed genoeg' opvoeden zodat de kinderen de zorg en aandacht krijgen die zij nodig hebben, waar nodig met aanvullende steun van het netwerk.

Aanpak

HouVast-w is een langdurige gezinsgerichte ambulante vorm van waakvlamondersteuning en bestaat uit drie fasen: de opstart-, werk- en afrondingsfase. Na kennismaking met het gezin wordt de opvoedsituatie in kaart gebracht. Met het gezin en het netwerk wordt gewerkt aan de gestelde doelen om te zorgen dat de opvoeding op het niveau van 'goed genoeg' gehandhaafd blijft. Ook wordt ervoor gezorgd dat hulp en steun (zowel vanuit het sociaal als professioneel netwerk) continu is en voortdurend op elkaar afgestemd blijft. De HouVast-werker werkt praktisch, oplossingsgericht en met effectieve leerstrategieën aan de gestelde doelen. Het realiseren van een goede werkrelatie en het motiveren tot het blijvend aanvaarden van hulp kenmerken HouVast-w. De HouVast-werker bewaakt de ondergrens van 'goed genoeg' en is gemiddeld 1 tot 1,5 uur per week bij het gezin thuis of in contact met het netwerk. Als op transitie momenten (het kind komt in een andere ontwikkelingsfase, een steunend familielid valt weg) meer ondersteuning nodig is, kan HouVast door dezelfde HouVast-werker tijdelijk vanuit een intensievere variant worden uitgevoerd (HouVast-interventie). Op deze wijze wordt (personele en inhoudelijke) continuïteit en ondersteuning op maat gerealiseerd.

Materiaal

Het materiaal bestaat uit een handleiding voor HouVast-werkers met de beschrijving van de interventie, de theoretische onderbouwing ervan en hulpmiddelen voor de uitvoering. In de handleiding is tevens een beschrijving van de interventievariant opgenomen.

Onderbouwing

Kinderen van ouders met een LVB lopen risico op ontwikkelingsbedreigingen en een onveilige opvoedsituatie. Belangrijkste factoren om deze risico's tegen te gaan en een opvoeding te realiseren die

‘goed genoeg’ is, zijn het accepteren van hulp door de ouders, de aanwezigheid van een steunend netwerk en professionele opvoedondersteuning. HouVast-w bevordert het accepteren van hulp door te investeren in een goede werkrelatie met het gezin en een oplossingsgerichte benadering te hanteren. Vanuit de determinatietheorie wordt gewerkt aan het versterken van motivatie. Netwerkversterkende strategieën en de uitgangspunten van wraparound care worden ingezet om het netwerk te verstevigen. Kennis over responsiviteit van ouders met een LVB wordt benut bij het verstevigen van opvoedvaardigheden. Langdurige flexibele hulp in de thuissituatie, die aangepast is aan mensen met een LVB, is daarbij het meest effectief.

Onderzoek

Een gedeeltelijke procesevaluatie bij een kleine groep ouders en HouVast-werkers middels een gemengde methode aanpak laat zien dat HouVast-werkers de kernelementen van HouVast in grote mate opnemen in hun werkwijze en aanpak. De ervaringen van ouders bevestigen dit beeld. De oplossingsgerichte attitude en het werken vanuit partnerschap zijn herkenbaar voor ouders en HouVast-werkers. De positieve insteek gaat hand in hand met het werken aan zorgen.

Erkenning

Erkend door:

Deelcommissie Gehandicaptenzorg d.d. 12 maart 2019.

Oordeel: Goed onderbouwd.

Referentie

De referentie naar dit document is:

Marcia Lever (2019), Databank interventies langdurende zorg: beschrijving *HouVast-w*, *Stut en steun voor gezinnen van ouders met een LVB (waakvlamvariant)*. Utrecht: Vilans.

Uitgebreide beschrijving

1. Beschrijving interventie

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

HouVast-w is bedoeld voor kinderen in de leeftijd van 0 tot 23 jaar en hun ouders, waarbij sprake is van een licht verstandelijke beperking (LVB) bij één ouder of bij beide ouders. Daarnaast is er sprake van (dreigende) opvoed- en opgroeiproblematiek en een 'goed genoeg' opvoedsituatie die onder spanning staat of dreigt te staan. Gezinnen wonen zelfstandig of (tijdelijk) in een instelling, zoals een ouder-en-kind-project.

Intermediaire doelgroep

HouVast-w is een gezinsinterventie die zich richt op ouders met een LVB of ouders die moeilijk lerend zwakbegaafd zijn. Onder een LVB wordt verstaan: een IQ-score tussen 50/55 en 70 en significante beperkingen in het sociaal aanpassingsvermogen

Een IQ-score tussen de 70 en 85 wordt zwakbegaafdheid genoemd. Strikt genomen is bij deze doelgroep geen sprake van een verstandelijke beperking. In de praktijk blijkt het echter nauwelijks mogelijk te zijn een zinvol onderscheid te maken tussen ouders met een LVB en zwakbegaafde ouders / ouders die moeilijk leren. Vaak is het exacte niveau van functioneren van ouders niet bekend. In veel gevallen zijn onderzoeksgegevens niet aanwezig of zo verouderd dat ze niet meer bruikbaar zijn.

Voor het bepalen of er sprake is van een LVB wordt daarom binnen HouVast uitgegaan van de volgende werkdefinitie om in te kunnen schatten of de ouder profijt heeft van de speciale HouVast-aanpak:

De ouder heeft een IQ tussen de 50 en de 85 en significante beperkingen in het sociaal aanpassingsvermogen, of: er is een onderbouwd vermoeden van een LVB (de ouder heeft speciaal onderwijs gevolgd, of de ouder is cliënt (geweest) van MEE wegens een verstandelijke beperking), of de ouder maakt gebruik van de sociale werkvoorziening wegens een verstandelijke beperking; dit vermoeden is bevestigd door de afname van de SCIL (Screener voor Intelligentie en Licht verstandelijke beperking; Kaal, Nijman & Moonen, 2013).

Selectie van doelgroepen

HouVast-w wordt uitgevoerd door zorgaanbieders (vaak vanuit de VG-sector) op verzoek van een wijk- of jeugdteam, of op verzoek van een gecertificeerde instelling. HouVast wordt niet uitgevoerd door gecertificeerde instellingen omdat zij conform de Wet op de jeugdzorg (art. 3.2 lid 2) zelf geen (jeugd)hulp kunnen aanbieden. HouVast-w wordt soms in het kader van drang ingezet wanneer het wijk- of jeugdteam zorgen heeft over de veiligheid van het kind en met de inzet van HouVast-w intensiever ingrijpen wil voorkomen. HouVast-w kan ook op verzoek van een jeugdzorgwerker vanuit een gecertificeerde instelling in het kader van een kindbeschermingsmaatregel (dwang) worden ingezet. In alle gevallen is de uitvoering van HouVast zélf vrijwillig, hoewel niet vrijblijvend. Als ouders niet willen, dan kan HouVast niet worden opgelegd en de HouVast-werker zal deze vrijwilligheid steeds benadrukken. De eventuele drang of dwang waarvan sprake is, blijft verbonden aan de betrokken jeugdzorgwerker of het wijk- of jeugdteam en wordt nooit overgenomen door de HouVast-werker. Het niet-vrijblijvende karakter van HouVast komt tot uiting in de vasthoudendheid waarmee de HouVast-werker zoekt naar mogelijkheden tot samenwerking en bewaking van het 'goed genoeg' van de opvoedsituatie. HouVast-w sluit daarmee aan bij wat van professionals verwacht wordt in het kader van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (zie <https://www.augeo.nl/nl-nl/meldcode>), De HouVast-werker is hier altijd transparant over.

Het samenwerkingsverband effectieve interventies bestaat uit NJi, CGL, NISB, NCJ, Movisie, Trimbos en Vilans. HouVast-w is erkend als Goed onderbouwd door deelcommissie Gehandicaptenzorg d.d. 12/03/2019 onder begeleiding van Vilans.

De exacte aanmeldroute verschilt van gemeente tot gemeente. Selectie van de doelgroep vindt plaats aan de hand van aangeleverde rapportage door de betrokken hulpverlener (vanuit zorgaanbieder, wijk- of jeugdteam of gecertificeerde instelling). In de aanmeldinformatie worden de (contra-)indicatiecriteria uitgevraagd (zie bijlage 4 van het handboek). De LVB van de ouder wordt bepaald aan de hand van de bovengenoemde werkdefinitie.

Indicaties voor HouVast-w zijn:

- Tenminste een van de opvoedende ouders heeft een LVB (zie werkdefinitie).
- Er is ten minste één thuiswonend kind (0-18 jaar, met een uitloop naar 23 jaar wanneer er bij het kind sprake is van een beperking).
- De primaire veiligheid van de kinderen is gerealiseerd en de basisverzorging is op orde.
- Zonder (voortzetting van de) ondersteuning dreigen (opnieuw) opvoed- en opgroei problemen.
- Er is bereidheid tot medewerking bij het gezin.

Afweging van wenselijkheid van voortzetting van de ondersteuning luistert nauw, evenals het assessment van dreigende opvoed- en opgroei problemen. Juist voor gezinnen van ouders met een LVB is het van belang om objectief de krachten en zorgen te wegen. Een gevalideerd instrument waarmee 'goed genoeg' objectief kan worden vastgesteld en risico's adequaat kunnen worden voorspeld is er echter niet. Geen van de in Nederland gebruikte en onderzochte instrumenten (CARE-NL, ARIJ, LIRIK, CFRA) biedt een goede voorspellende waarde. De recent ontwikkelde ARIJ, die in onderzoeken iets beter presteert dan de LIRIK, is geen betrouwbare voorspeller van kindermishandeling. De instrumenten zijn onvoldoende genormeerd en geobjectiveerd, en de betrouwbaarheid en validiteit zijn laag. De verwachting is niet dat dit in de nabije toekomst zal veranderen (zie onder meer Ten Berge, 2008; Van der Put, Assink en Stams, 2015). Het inzetten op de versterking van het kritisch denken van de HouVast-werker is om deze redenen van belang. Dit naast het gebruik van een risicotaxatie-instrument als hulpmiddel om het professionele oordeel te onderbouwen en geen belangrijke factoren over het hoofd te zien (zie verder).

HouVast-w kent de volgende contra-indicaties:

- Er is geen of niet meer sprake van een dagelijkse opvoedsituatie (kinderen wonen zelfstandig of zijn uit huis geplaatst zonder zicht op terugplaatsing).
- Er is sprake van een acuut onveilige situatie voor het kind waardoor een vorm van crisisinterventie ingezet moet worden.
- Psychiatrische of verslavingsproblematiek (bij ouder en/of kind) of ernstige gedragsproblemen (bij het kind) hebben zulke impact op het functioneren van de ouders en/of het kind dat specialistische hulp moet worden ingezet.
- Ouders hebben geen LVB conform de bovengenoemde werkdefinitie waardoor reguliere opvoedondersteuning ingezet kan worden.
- Ouders zijn op geen enkele manier bereid tot samenwerking.

Betrokkenheid doelgroep

De doelgroep is in directe zin niet betrokken geweest bij de ontwikkeling van de interventie. Wel is bij de ontwikkeling gebruik gemaakt van eerder onderzoek naar de manier waarop ouders met een LVB de begeleiding van gezinsvoogden ervaren (Lever, 2006; Lever & Boertjes, 2006) en wetenschappelijk onderzoek naar 'Wat werkt voor ouders met verstandelijke beperking?', waar ouders met een verstandelijke beperking bij betrokken zijn geweest (zie www.watwerktvoorouders.nl). Ook zijn ouders (en HouVast-werkers) betrokken bij onderzoek naar de uitvoering van, en ervaringen met HouVast-w (zie verder). Daarnaast zal de doorontwikkeling en borging van HouVast belegd worden in een nieuw op te zetten 'Samenwerkingsverband HouVast' (werktitel). Een van de uitgangspunten hierbij is dat er wordt samengewerkt met de gezinnen en dat gezinnen op een passende manier betrokken worden.

1.2 Doel

Hoofddoel

Doel van HouVast-w is dat ouders hun kinderen duurzame veiligheid bieden en een 'goed genoeg' opvoedingsniveau kunnen handhaven met behulp van het sociale netwerk en/of professionals.

'Goed genoeg' opvoeden wordt binnen HouVast gedefinieerd als een gezinssituatie waarbij in voldoende mate aan vier functies van het gezin (Green & Parker, 2006 in: Cardol, 2012) tegemoet gekomen wordt:

1. Het bieden van een fijn thuis (basisbehoeften zoals hygiëne, gezondheid, onderdak, voeding).
2. Het omgaan met tegenslag (het bieden van een voedingsbodem voor het ontwikkelen van emotionele veerkracht: vertrouwen en controle, veiligheid en zelfontplooiing).
3. Het omgaan met anderen (steun bieden bij het aangaan en onderhouden van sociale relaties binnen en buiten het gezin: liefde, vertrouwen, burgerschap).
4. Het omgaan met de buitenwereld (uitvalsbasis zijn voor het leren zich aan te passen aan de samenleving: educatie, gedrag, werk, levensvaardigheden).

In HouVast-w zijn deze gezinstaken in begrijpelijke taal verwoord zodat ze helder en concreet met het gezin en het netwerk besproken en geëvalueerd kunnen worden.

Subdoelen

De subdoelen hebben het karakter van procesdoelen die aansluiten bij de aard van HouVast-w: zorgen dat het goed blijft gaan. Wel worden de doelen voor elk gezin concreet gemaakt en op SMART-niveau uitgewerkt, zodat met het gezin overeenstemming is over waar binnen HouVast-w aan gewerkt wordt. Daarmee ontstaat een aanpak op maat, aansluitend bij de zorgen en krachten van het specifieke gezin.

De functies van het gezin worden in HouVast-w geoptimaliseerd door de volgende subdoelen te realiseren:

1. Ouders accepteren blijvend steun.
2. Het gezin maakt gebruik van een stevig steunend en duurzaam netwerk.
3. Ouders voelen zich competent in 'goed genoeg' opvoeden zodat de kinderen, waar nodig met aanvullende steun vanuit het netwerk, de zorg en aandacht krijgen die zij nodig hebben.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

HouVast-w (w staat voor waakvlam) is een vorm van langdurige gezinsondersteuning gericht op het duurzaam verbeteren en stimuleren van een ‘goed genoeg’ gezinssituatie. HouVast-w is onderdeel van een breed HouVast-programma, waarvan ook HouVast-i (i staat voor interventie) deel uitmaakt. HouVast-i is beschreven en erkend door de Erkenningcommissie Interventies als Goed onderbouwd in december 2015. HouVast wordt uitgevoerd door HouVast getrainde medewerkers van zorgaanbieders.

HouVast-w kan los van, of aansluitend aan HouVast-i worden ingezet: HouVast-w als manier om ‘goed genoeg’ langdurig te borgen en veilig te stellen en HouVast-i als intensieve vorm van ambulante gezinsbegeleiding als de grens van ‘goed genoeg’ overschreden wordt. HouVast-w kan starten wanneer, bijvoorbeeld door het wijk- of jeugdteam, geconstateerd wordt dat langdurige stut en steun nodig is, maar kan ook een vervolg zijn op HouVast-i.

Kern in HouVast-w is het ontwikkelen en ondersteunen van het netwerk, het coördineren van zorg waar dat nodig is en het stimuleren van het gezin om te blijven doen wat goed gaat en wat ze mogelijk vanuit eerdere hulpverlening geleerd hebben. Bovendien wordt met HouVast-w een vinger aan de pols gehouden rondom veiligheid en ‘goed genoeg’ van de opvoedsituatie. Als de zorgen toenemen en intensievere hulp noodzakelijk is, vaak bij belangrijke transitie momenten in het gezin, kan de hulp tijdelijk geïntensiveerd worden door HouVast-i in te zetten. Belangrijke transitie momenten zijn bijvoorbeeld wanneer een kind in een nieuwe ontwikkelingsfase komt, wanneer een belangrijke steunfiguur wegvalt, als er een nieuwe partner in het gezin komt of bij ingrijpende gebeurtenissen (life events).

Op deze manier kan HouVast-w, eventueel in afwisseling met HouVast-i, maken dat continuïteit van hulp geboden wordt zolang dat nodig is en er voortdurend flexibel op- en afgeschaald wordt als de situatie van het gezin daarom vraagt. Op- en afschalen vindt plaats op basis van intercollegiaal overleg, gebruik makend van een risicotaxatie-instrument (zoals de lijst Veilig Thuis van het NJi, 2013) en in samenspraak met het gezin en het netwerk. In de tabel hierna wordt toegelicht wanneer HouVast-w kan worden ingezet, wanneer tijdelijk opschalen naar HouVast-i aan de orde is, wanneer HouVast-w niet (meer) geïndiceerd is en wanneer hulp in gedwongen kader (eerst of tijdelijk aanvullend) nodig is.

| Interventie > | <i>Raad / Veilig Thuis / dwang</i> | <i>HouVast-i (interventie)</i> | <i>HouVast-w (waakvlam)</i> | <i>Geen (structurele) hulp</i> |
|-------------------|---|---|---|-------------------------------------|
| Domein v | | | | |
| Veiligheid | (Vermoedens van) Kindermishandeling, acute bedreiging | Primaire veiligheid is gerealiseerd | Primaire veiligheid is gerealiseerd | Primaire veiligheid is gerealiseerd |
| Verzorging | (signalen van) verwaarlozing | Basisverzorging op orde | Basisverzorging op orde | Basisverzorging op orde |
| Bereidheid | Niet bereid om hulp te accepteren | Minimale bereidheid om hulp te accepteren | Bereid om hulp te accepteren | Accepteren van hulp is duurzaam |
| Opvoeding | Niet ‘goed genoeg’ | Niet ‘goed genoeg’ | Wel ‘goed genoeg’, maar minimaal en kwetsbaar | ‘Goed genoeg’ |
| Netwerk | Onvoldoende steun of | Onvoldoende steun of | Netwerk is aanwezig, maar | Steun vanuit netwerk is |

Het samenwerkingsverband effectieve interventies bestaat uit NJi, CGL, NISB, NCJ, Movisie, Trimbos en Vilans. HouVast-w is erkend als Goed onderbouwd door deelcommissie Gehandicaptenzorg d.d. 12/03/2019 onder begeleiding van Vilans.

| | | | | |
|--|----------------------|----------------------|---|---|
| | tegenwerkend netwerk | tegenwerkend netwerk | coördinatie en ondersteuning van het netwerk is nodig | structureel, netwerk opereert zelfstandig |
|--|----------------------|----------------------|---|---|

Tabel 1: HouVast-w in relatie tot zwaardere en geen / minder hulp.

Gerelateerd aan de subdoelen van HouVast-w ziet de aanpak er op hoofdlijnen als volgt uit:

1. Subdoel: ouders accepteren blijvend steun.
 - De HouVast-werker geeft structureel aandacht aan wat goed gaat en wat lukt, zodat het gezin zich versterkt voelt in wat zij wél kunnen.
 - De HouVast-werker sluit aan bij de krachten, wensen en ervaringen van het gezin.
 - De HouVast-werker concretiseert voor en met het gezin wat ‘goed genoeg’ is en hanteert oplossingsgerichte gesprekstechnieken om ‘goed genoeg’ te bewaken.
2. Subdoel: het gezin maakt gebruik van een stevig steunend netwerk.
 - De HouVast-werker organiseert regelmatig netwerkbijeenkomsten die zo zijn ingericht dat het gezin er steun aan ervaart.
 - De HouVast-werker coacht en steunt het netwerk en houdt de omvang op peil.
 - De HouVast-werker verzorgt de zorgcoördinatie van alle betrokkenen rondom het gezin en houdt ieder op een gezamenlijk spoor (één gezin, één plan).
3. Subdoel: ouders voelen zich competent in ‘goed genoeg’ opvoeden.
 - De HouVast-werker overziet de opvoedsituatie van de kinderen (wat gaat goed, wat zijn de zorgen, wat moet er gebeuren).
 - De HouVast-werker geeft het aanleren van opvoedvaardigheden zo vorm, dat ouders succeservaringen opdoen.
 - De HouVast-werker organiseert compensatie voor die opvoedvaardigheden waarover de ouders (nu) niet beschikken.

Opstartfase

De opstartfase staat in het teken van kennismaking en een gedegen overdracht van het gezin (van de betrokken hulpverlener vanuit bijvoorbeeld wijkteam of gecertificeerde instelling), het opbouwen van een vertrouwensband met het gezin, het gezamenlijk bespreken en ontdekken van de manier waarop deze ouder(s) het beste leren en het gezamenlijk opstellen van een plan.

HouVast-w na HouVast-i

Soms wordt HouVast-w als vervolg op HouVast-i ingezet. In die situaties is de opstartfase van HouVast-w geen echt nieuw begin, zeker wanneer de HouVast-i werker ook HouVast-w gaat uitvoeren. Omdat de bemoeienis nu minder intensief is worden de krachten en de zorgen opnieuw in kaart gebracht. Op basis daarvan worden gezamenlijk doelen voor HouVast-w geformuleerd en wordt er, met het gezin en het netwerk, een nieuw plan opgesteld.

De opstartfase duurt 2 maanden (en korter wanneer HouVast-w volgt op HouVast-i). Het gezin en de HouVast-werker hebben in deze fase ongeveer twee keer per week contact en de HouVast-werker maakt kennis met leden uit het sociale en professionele netwerk. Daarnaast organiseert de HouVast-werker met de ouders een netwerkbijeenkomst.

Werkfase

In deze fase wordt samen met het gezin structureel en planmatig gewerkt aan het ‘goed genoeg’ functioneren van het gezin en aan het op orde houden van de ondersteuning vanuit het netwerk. De werkfase in HouVast-w kan duren zo lang als nodig is, in sommige situaties jarenlang. Elk half jaar en tussendoor, wanneer daar aanleiding toe is, worden samen met het gezin en het netwerk de krachten en zorgen rondom de gezinstaken in kaart gebracht en worden de doelen geëvalueerd.

In de werkfase heeft het gezin, gedurende periodes dat de situatie stabiel is, wekelijks tenminste één keer (telefonisch of mail-) contact met de HouVast-werker, en in elk geval elke twee weken een (kort) face-to-face-contact, zodat zicht gehouden kan worden op ‘goed genoeg’. Daarnaast heeft de HouVast-werker 1 x per 2 weken een contact met een sleutelpersoon uit het netwerk. Door dit geregelde contact kan zicht gehouden worden op de veiligheid van de kinderen. Als het nodig is kan de frequentie worden opgeschroefd of kan worden opgeschaald naar HouVast-i.

Afrondingsfase

In deze fase wordt de betrokkenheid van de HouVast-werker bij het gezin afgebouwd. HouVast-w wordt beëindigd als:

- Het gezin zonder hulp vanuit HouVast verder kan.
- De opvoeding in het gezin is beëindigd.
- De zorgen toenemen en de ondergrens van ‘goed genoeg’ is bereikt waardoor er intensievere hulp nodig is (bijvoorbeeld HouVast-i of bemoeienis van de Raad voor de Kinderbescherming).

De beslissing om HouVast-w af te ronden (omdat hulp niet meer nodig is of omdat ‘goed genoeg’ niet gewaarborgd kan worden) komt multidisciplinair en zoveel mogelijk in samenspraak met gezin en netwerk tot stand.

De afrondingsfase neemt maximaal zes maanden in beslag. In deze periode nemen de contacten met het gezin en het netwerk af; eerst tot één contact per twee weken (waarvan één keer per maand face-to-face), later tot één kort contactmoment per maand. Er worden zes en drie maanden voor de geplande einddatum afsluitende netwerkbijeenkomsten gehouden. Als HouVast-w wordt afgesloten omdat het gezin zonder hulp verder kan, of omdat de opvoeding is beëindigd, vindt twee maanden en zes maanden na afsluiting van HouVast-w een face-to-face follow-up-contact plaats met het kind, de ouders en met de belangrijkste mensen in het netwerk.

Besluiten over opstarten, opschalen, afschalen en afsluiten van HouVast

Overwegingen om HouVast op te starten, te intensiveren, af te schalen of af te sluiten worden na zorgvuldig assessment (middels het gebruik van een risicotaxatie-instrument) aan de verantwoordelijke verwijzer (wijk- of jeugdteam of gecertificeerde instelling) voorgelegd en in samenspraak met alle betrokkenen genomen. De stem van de verwijzer is doorslaggevend bij het bepalen of HouVast-w in het kader van ‘drang’ of ‘dwang’ noodzakelijk wordt geacht. De stem van het wijk- of jeugdteam is bepalend om akkoord te krijgen voor financiering van HouVast door de gemeente. De ouders bepalen uiteindelijk of zij bereid zijn tot medewerking of niet. De zorgaanbieder die HouVast uitvoert heeft een eigenstandige beslissingsbevoegdheid om dit gezin voor deze interventie te accepteren of niet.

Zorgvuldige aandacht voor triage en nauwkeurig assessment van krachten en zorgen is voorwaarde om HouVast op maat te kunnen inzetten. Er moet balans zijn tussen enerzijds niet te snel afschalen of afsluiten, en anderzijds niet te lang doorgaan of te intensieve hulp inzetten. Oneigenlijke argumenten die weinig met ‘goed genoeg’ te maken hebben dreigen soms een rol te spelen. Bijvoorbeeld de wens om kosten te drukken vanuit de gemeente, hulpverleningsmoeieheid van ouders en/of hulpverleners enerzijds, en anderzijds bijvoorbeeld de angst om los te laten of aangeleerde hulpeloosheid van het gezin. In dat krachtenveld richt de HouVast werker-zich op het gezamenlijk (met ouders, collega’s en ketenpartners) inschatten van de huidige kwaliteit van de opvoeding én de mogelijke risico’s in te toekomst (als HouVast zou worden afgeschaald of stopgezet). Daarbij worden de aanbevelingen gevolgd die voortkomen uit recent onderzoek (Bartelink, 2018):

Het samenwerkingsverband effectieve interventies bestaat uit NJi, CGL, NISB, NCJ, Movisie, Trimbos en Vilans. HouVast-w is erkend als Goed onderbouwd door deelcommissie Gehandicaptenzorg d.d. 12/03/2019 onder begeleiding van Vilans.

1. Het gebruik van een risicotaxatie-instrument als hulpmiddel.
2. Het je bewust zijn van de beperkingen van dat instrument.
3. Het kritisch zijn op je eigen bevindingen en het betrekken van collega's, ouders, kinderen en ketenpartners om tot een weloverwogen besluit te komen.

In de HouVast-training is aandacht voor het versterken van het 'kritisch denken' van HouVast-werkers en HouVast-gedragswetenschappers (zoals het stellen van oplossingsgerichte vragen in casuïstiek en het beseffen dat je het mis kunt hebben). Daarnaast worden in de training en in het handboek handvatten geboden om zorgvuldige besluitvorming tot stand te brengen met gezinnen (zoals het werken met de drie kolommen/ drie huizen) en in teams (bijvoorbeeld het hanteren van ieders persoonlijke beslisdrempel).

Inhoud van de interventie

Kort gezegd kunnen de volgende activiteiten onderscheiden worden:

- Het regulier in kaart brengen van wat ouders maximaal zelf kunnen in de opvoeding en waar steun bij nodig is.
- Het op gang brengen en houden van die steun.
- Het zicht houden op de opvoedvaardigheden van de ouders en de opvoedsituatie van de kinderen.
- Het coördineren van steun.
- Het daartoe opstellen, (laten) uitvoeren van een plan en het monitoren van de resultaten.
- Het zo nodig opschalen (bijvoorbeeld naar HouVast-i) of afschalen van zorg.

Alle activiteiten worden in nauwe samenspraak met de ouders uitgevoerd.

Opstartfase

In het kennismakingsgesprek wordt uitleg gegeven over HouVast-w en de redenen voor aanmelding bij HouVast en wordt aan de ouders gevraagd welke wensen zij hebben met betrekking tot de begeleiding. Er wordt een begin gemaakt met het tot stand brengen van een samenwerkingsrelatie. Na het kennismakingsgesprek wordt er direct gestart met het in samenwerking met het gezin voorbereiden van een goed plan van aanpak. Samen met het gezin en de personen in het netwerk die voor het gezin het meest belangrijk zijn wordt in een aantal gesprekken, verspreid over twee maanden, aan de hand van een concretisering van 'goed genoeg' opvoeden (uitgewerkt in bijlage 5 van het handboek), in kaart gebracht: Wat gaat er goed?; Wat zijn de zorgen?; en 'Wat moet er gebeuren?' Ook is er aandacht voor de vraag: 'Wat heeft eerder geholpen?' Door alle aspecten van 'goed genoeg' opvoeden tegen het licht te houden (vanuit het perspectief van het gezin, het netwerk én betrokken professionals) wordt zicht verkregen op de concrete doelen waaraan met het gezin gewerkt moet worden. Verschillende perspectieven worden daarbij naast elkaar gezet en oplossingsgerichte gesprekstechnieken worden ingezet om tot een gezamenlijk beeld van de situatie te komen. De HouVast-werker stelt alles in het werk om ouders in dit proces volwaardige gesprekspartners te laten zijn, onder meer door in taal en tempo aan te sluiten. Doelen worden geprioriteerd aan de hand van de interventiepiramide van Greenspan (Rexwinkel en Vliegen, 2011), waarbij het garanderen van basisvoorwaarden (zoals veiligheid, verzorging en bescherming) en het realiseren van continue veilige gehechtheidsrelaties voorop worden gesteld.

Als de doelen in gezamenlijkheid zijn bepaald, wordt samen met de ouders een bijeenkomst georganiseerd met het netwerk om een plan te maken en te bekijken op welke wijze het netwerk kan bijdragen aan de uitvoering hiervan. De HouVast-werker creëert in de opstartfase 'quick wins': snelle acties (bijvoorbeeld het direct regelen van zorgtoeslag) waarmee het gezin direct ervaart daadwerkelijk iets aan HouVast te hebben. Het tot stand brengen van een positieve werkrelatie en het winnen van het vertrouwen van het gezin krijgt veel aandacht in deze eerste fase.

Werkfase

In de werkfase hanteert de HouVast-werker drie hoofdstrategieën van ondersteunen van het gezin. Dit zijn 'In Eigen Hand', 'Hand in Hand' en 'Handje Helpen'. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen dat wat

het gezin zelf kan, dat wat het gezin aan het leren is en dat wat het gezin (nog) niet kan en daarom (tijdelijk of blijvend) door anderen overgenomen moet worden.

In Eigen Hand - wat het gezin zelf kan

Het gezin kan en doet heel veel zelf. De HouVast-werker complimenteert het gezin met wat ze kunnen, stimuleert het gezin om de vaardigheid te blijven inzetten en volgt of dat wat het gezin zelf kan ook daadwerkelijk gebeurt.

Hand in Hand - wat het gezin oefent

Het gezin oefent actief met de HouVast-werker om vaardigheden onder de knie te krijgen. Voordoen, samendoen, oefenen en herhalen zijn de kernpunten van 'Hand in Hand'. De werkpunten worden SMART geformuleerd.

Handje Helpen - wat (tijdelijk) door anderen wordt overgenomen

Het gezin krijgt steun van mensen om hen heen. De HouVast-werker maakt samen met de ouders afspraken met de personen die het gezin kunnen helpen. Gezamenlijk wordt nauwkeurig gevolgd of de afspraken goed lopen, of bijstelling nodig is en of het (sociale en professionele) netwerk passende ondersteuning biedt.

De verschillende strategieën worden naast elkaar ingezet. Accent ligt bij het versterken van 'In Eigen Hand' en het organiseren en op peil houden van 'Handje Helpen'. Een beperkt aantal vaardigheden worden 'Hand in Hand' met het gezin door de HouVast-werker geoefend. De HouVast-werker gaat overigens uit van het netwerk zoals dat bestaat, en zoals ouders dat kiezen. Ook als professionals misschien denken dat personen niet helpend zijn, ze zijn er wél en dus is het zaak inspanning te leveren om hun positieve invloed maximaal te benutten. De HouVast-werker zal deze leden van het netwerk niet negeren (vanuit de opvatting dat dat geen zin heeft en zelfs averechts kan werken) maar - als ze belangrijk zijn voor het gezin - uitnodigen om mee te denken en mee te helpen om het 'goed genoeg' van de opvoedsituatie te versterken.

Tijdens de werkfase is er tweewekelijks contact met sleutelfiguren uit het (professionele) netwerk. De HouVast-werker ondersteunt bij goede onderlinge afstemming tussen gezin, netwerk en betrokken professionals en voert samen met de ouders de regie. Voortdurend is aandacht voor het bewaken en zo nodig herstellen van een positieve samenwerkingsrelatie.

Omdat bij gezinnen van ouders met een LVB in veel gevallen hulp nodig is op meerdere gebieden, wordt vaak vanuit HouVast-w hulp ingezet, aanvullend op de steun vanuit het sociale netwerk. De HouVast-werker schakelt deze aanvullende professionele ondersteuners in nauwe samenspraak met het gezin in en organiseert de hulp vanuit de uitgangspunten van wraparound care (de juiste ondersteuning wordt naar het gezin toegebracht; het perspectief van het gezin en het netwerk op wat nodig is telt zwaar; gezin, netwerk en ondersteunende professionals werken samen als een team). De HouVast-werker is de centrale coördinerende persoon die alle betrokkenen uit het professionele en sociale netwerk op een gemeenschappelijk spoor houdt. Het ontwikkelen, versterken en ondersteunen van dit ondersteunende team, het voorzien in zorgcoördinatie en het verzorgen van belangenbehartiging (bijvoorbeeld door ondersteuning van het gezin in contacten met instanties) zijn centrale taken van de HouVast-werker.

Voortgang wordt gemonitord. Halfjaarlijkse evaluatie van de doelen en wegging van de resultaten van HouVast vindt plaats door eerst met het gezin en daarna met alle belangrijke betrokkenen (familie, netwerk, professionals) met behulp van schaalvragen te beoordelen in hoeverre de doelen gerealiseerd zijn. De HouVast-werker brengt de bevindingen terug naar het team en de gedragswetenschapper voor uiteindelijke wegging. Doelen zijn bereikt wanneer voldoende wordt geoordeeld op de schaal (6 of hoger). De HouVast-werker hanteert de oplossingsgerichte uitgangspunten: wat niet stuk is moet je niet maken;

als iets werkt, ga ermee door; als iets beter werkt, doe er meer van; als iets niet werkt, doe dan iets anders.

Een voorbeeld van een uitgewerkt doel en bijbehorende schaalvragen is:

Er zijn duidelijke huisregels voor Michelle en zij houdt zich eraan.

Vader en moeder schrijven (zelf of met hulp van anderen) de huisregels.

Vader en moeder bespreken (met of zonder hulp van anderen) de huisregels met Michelle.

Het is voor iedereen duidelijk wat de gevolgen zijn als Michelle zich niet aan de regels houdt.

Het lukt vader en moeder en Michelle (zelf of met hulp van anderen) om zich aan de regels te houden.

10 = Michelle weet precies wat de regels zijn en wat er gebeurt als ze zich er niet aan houdt.

0 = Michelle heeft geen idee waar ze zich aan moet houden.

10 = Michelle houdt zich meestal aan de regels. Als Michelle zich niet aan de regels houdt dan gebeurt wat is afgesproken.

0 = Michelle houdt zich niet aan de regels. Het lukt vader en moeder niet om Michelle zo aan te pakken, dat zij zich ook echt aan de regels houdt.

Afrondingsfase

Er zijn meerdere redenen waarom HouVast-w wordt afgesloten (intensievere hulp blijkt toch noodzakelijk; het gezin kan zonder hulp verder; de opvoeding in het gezin wordt beëindigd omdat de kinderen volwassen zijn, of omdat de kinderen duurzaam uit huis geplaatst worden; HouVast-w volstaat niet of niet meer). De beslissing om HouVast-w te stoppen wordt zoveel mogelijk samen met het gezin genomen en altijd ook multidisciplinair getoetst. De verwijzer (wijk- of jeugdteam of gecertificeerde instelling) heeft in de regel de beslissende stem.

Wanneer HouVast-w afgesloten wordt omdat geen hulp meer nodig is, of de opvoeding afgerond wordt omdat de kinderen zelfstandig worden, werkt de HouVast-werker toe naar afronding van de interventie. Zes en drie maanden voorafgaand aan de voorgenomen afronding worden bijeenkomsten belegd met het gezin en de betrokken steunfiguren om successen te vieren en afspraken te maken rondom toekomstige ondersteuning. Bij deze bijeenkomsten worden, naast sociale contacten, ook nadrukkelijk professionals (zoals wijk- of jeugdteam, leerkracht, huisarts of wijkagent) betrokken. Er is aandacht voor het overdragen van de coördinerende rol aan iemand vanuit het netwerk of het wijk- of jeugdteam en het creëren van voorwaarden om ook op termijn een sluitend netwerk te blijven vormen. In de afrondingsfase nemen de contacten met het gezin geleidelijk af.

In een aantal situaties is professionele ondersteuning van het gezin na afsluiting van HouVast-w niet langer nodig (bijvoorbeeld: moeder heeft een nieuwe partner en een nieuwe steunende schoonfamilie waardoor er voldoende ondersteuning is voor een 'goed genoeg' opvoedsituatie ook op langere termijn). In die situaties is er twee en zes maanden na afsluiting een follow-up-contact met het gezin en het netwerk. De HouVast-werker complimenteert het gezin met alles wat goed gaat en adviseert rondom eventuele zorgen.

Als tijdens de uitvoering van HouVast-w de zorgen toch weer in zodanige mate toenemen dat intensievere ondersteuning nodig is, kan (na zorgvuldig assessment, overleg met de ouders en intercollegiaal overleg) de intensieve variant van HouVast (HouVast-i) opnieuw worden opgestart. Er wordt dan een nieuw plan gemaakt en aan nieuwe doelen gewerkt.

Wanneer blijkt dat de doelen van HouVast niet kunnen worden gerealiseerd, de ondergrens van 'goed genoeg' ouderschap is overschreden, daar op geen enkele manier verandering in kan worden gebracht en

ook HouVast-i niet ingezet kan worden (bijvoorbeeld omdat de ouders verdere bemoeienis afwijzen) dan wordt HouVast-w afgesloten. De HouVast-werker gaat op twee sporen aan de slag:

1. De HouVast-werker besluit intercollegiaal en met de gedragswetenschapper dat er een melding van de ontstane situatie gedaan moet worden bij het wijk- of jeugdteam, de Raad voor de Kinderbescherming of bij een gecertificeerde instelling. Dit wordt openlijk besproken met de ouders. Het streven is de melding samen met ouders te doen. Alleen als ouders daar niet toe te bewegen zijn zal de HouVast-werker dit zonder de ouders doen.
2. De HouVast-werker blijft met de ouders en het netwerk in gesprek over de ontstane situatie en wat er gedaan kan worden om het gevaar af te wenden.

De HouVast-werker trekt zich pas (eventueel tijdelijk) terug nadat er een warme overdracht heeft plaatsgevonden met een jeugdzorgwerker die de coördinerende rol over kan nemen.

2. Uitvoering

2.1 Materialen

1. Een handboek met bijlagen, waarin HouVast-w en HouVast-i in samenhang beschreven zijn. Het handboek omvat:
 - Beschrijving van doel, doelgroep, fasering.
 - Uitleg over oplossingsgericht werken, de manier waarop bij de uitvoering van HouVast rekening wordt gehouden met de LVB van de ouder, manieren waarop aan netwerkversterking wordt gewerkt en met behulp van welke technieken opvoedvaardigheden worden versterkt en dergelijke.
 - Handvatten voor het bewaken van 'goed genoeg'.
 - Voorbeelden van rapportageformats.
 - Enkele communicatietools.
2. Wervingsmateriaal: een brochure, een website (www.houvast.nu).
3. Een docentenhandleiding voor de training. HouVast wordt uitgevoerd door ervaren, hbo-opgeleide professionals (vanuit zorgaanbieders of vanuit wijk- of jeugdteams) die een aanvullende HouVast-training van 10 dagdelen hebben gevolgd. De training is gericht op het uitvoeren van zowel HouVast-w als HouVast-i. De training wordt vanuit het Expertisecentrum William Schrikker aangeboden (informatie op www.wsg.nu of www.houvast.nu).

Het handboek wordt kosteloos (digitaal) ter beschikking gesteld aan deelnemers van de HouVast-training. Het wervingsmateriaal is beschikbaar via de website. De docentenhandleiding is niet vrij beschikbaar.

2.2 Locatie en type organisatie

De interventie wordt in de directe leefomgeving van het gezin uitgevoerd door een HouVast-werker. Dat wil zeggen: de HouVast-werker is daar waar het gezin is. Dus in huis, in de speeltuin, bij de huisarts: de HouVast-werker sluit aan bij de natuurlijke context van het gezin.

De professionals werken vanuit zorgaanbieders (of soms vanuit wijk- of jeugdteams) die:

- Kennis/ervaring hebben in het werken met gezinnen van ouders met een LVB.
- Een degelijke ondersteuningsstructuur voor ambulante werkende professionals kunnen realiseren.
- 24/7 bereikbaarheid kunnen organiseren.

HouVast wordt landelijk uitgevoerd door een groeiend aantal organisaties. Veelal maken HouVast-werkers deel uit van ambulante teams en zijn zij werkzaam bij zorgaanbieders binnen de VG-sector. Soms wordt de uitvoering van HouVast vanuit gemeenten geïnitieerd en zijn HouVast-werkers gepositioneerd binnen gemeentelijke wijk- of jeugdteams.

2.3 Opleiding en competenties van de uitvoerders

De werkgever is verantwoordelijk voor de werving en selectie van HouVast-werkers, de ondersteuning in de dagelijkse praktijk en de invulling van bij- en nascholing.

Van de HouVast-werker wordt minimaal een hbo-werk- en denkniveau gevraagd. Geëigende opleidingen zijn Maatschappelijk Werk en Dienstverlening (MWD), Sociaal Pedagogische Hulpverlening (SPH) en Pedagogiek (PED). HouVast-werkers zijn bij het beroepsregister Stichting Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ) geregistreerd. De HouVast-werker heeft kennis van en ervaring met ouders met een LVB. Hij/ zij werkt vanuit een team, maar handelt individueel in het gezin. Hij/ zij moet dus in staat zijn tot zelfstandig en solistisch werken. Daarnaast beschikt de HouVast-werker over een grote mate van werk- en levenservaring en is emotioneel stabiel, empathisch en sensitief. Dit in verband met de veelheid en de ernst van de

problemen waarmee de HouVast-werker te maken kan krijgen binnen de gezinnen, en het feit dat de HouVast-werker de langdurige intensieve relatie met het gezin moet kunnen hanteren.

In sommige organisaties wordt HouVast-w deels uitgevoerd door een mbo-opgeleide ambulant werker, maar altijd onder verantwoordelijkheid van een hbo-geschoolde HouVast-werker. De hbo-geschoolde HouVast-werker stelt met de ouders het plan op, zet de grote lijnen uit en onderhoudt contacten met het netwerk. De mbo-geschoolde HouVast-werker voert de praktische ondersteuningswerkzaamheden in het gezin uit.

Om HouVast te kunnen aanbieden dienen toekomstige HouVast-werkers een specifieke HouVast-training van tien dagdelen te volgen. In de training wordt de opzet en onderbouwing van HouVast toegelicht en wordt er aandacht besteed aan LVB en ouderschap, oplossingsgericht werken en systeemversterkend werken met gezinnen van ouders met een LVB (4 dagdelen basis). De uitvoering van de verschillende fasen en strategieën wordt geanalyseerd en geoefend in thematische bijeenkomsten vanuit eigen casuïstiek (6 dagdelen thema). Om HouVast-gecertificeerd te worden, leveren deelnemers na de HouVast-training een portfolio in dat uit een viertal proeven van bekwaamheid bestaat. Deze zijn gericht op het oplossingsgericht praten over 'goed genoeg', het voeren van een familienetwerkberaad, het opstellen van een HouVast-plan en reflectie op het eigen leerproces middels een persoonlijk leerplan. De volledige HouVast-training levert 1090 SKJ-registerpunten op.

Voor ondersteunende mbo-opgeleide HouVast-werkers bestaat er een aangepast driedaags opleidingsprogramma. Hier zijn geen registerpunten aan verbonden. Voor gedragswetenschappers is een tweedaagse geaccrediteerde training 'Wetenschappelijke onderbouwing en borging HouVast' beschikbaar, inclusief proeven van bekwaamheid.

2.4 Kwaliteitsbewaking

Behandelintegriteit wordt bewaakt doordat in de training en in casuïstiekbespreking het handboek HouVast gebruikt wordt als leidraad voor de uitvoering. In de training is aandacht voor kennisoverdracht en het oefenen van vaardigheden. Naast de initiële training is er aanvullende bijscholing (bijvoorbeeld rondom oplossingsgerichte gespreksvaardigheden, praten met kinderen, ondersteunen bij geldzaken etcetera) en casuïstiekbespreking. Er is supervisie op de uitvoering door de gedragswetenschapper. Met de plannen en evaluaties die in het gezin gemaakt worden is sprake van indirecte monitoring van de uitvoering. Daarmee is een basis gerealiseerd voor het monitoren van behandelintegriteit op basaal niveau (Boendermaker, 2012). Naarmate HouVast zich in de praktijk verder ontwikkelt zal het niveau van monitoren van behandelintegriteit verdiepen. Het formuleren van kwaliteitseisen voor de uitvoering van HouVast in samenwerking met de praktijk is in voorbereiding. Periodieke hercertificering zal aan de hand van toetsing van deze kwaliteitseisen gaan plaatsvinden.

Kwaliteitsbewaking wordt daarnaast gestimuleerd tijdens tweewekelijkse casuïstiekbesprekingen, waar ook het delen van kennis en het gebruik maken van elkaars expertise wordt bevorderd. De casuïstiekbesprekingen dragen ertoe bij dat de HouVast-werkers de interventie goed blijven uitvoeren. Dit doordat zij elkaar oplossingsgericht verder helpen met hun casus (Leren van casuïstiek) door een parallel proces van vragen stellen dat zij tijdens de HouVast-training hebben aangeleerd. Richttijd voor de casuïstiekbespreking is twee uur eens in de twee weken, bij een team van maximaal acht HouVast-werkers. Een HouVast getrainde gedragswetenschapper (geregistreerd kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog) maakt deel uit van het team en zit de casuïstiekbesprekingen voor. De gedragswetenschapper draagt de eindverantwoordelijkheid, maar zal erop koersen dat de HouVast-werkers hun eigen keuzes maken. De gedragswetenschapper leest alle rapportages en beoordeelt op hoofdlijnen of de HouVast-werker handelt in lijn met het methodisch kader van HouVast. Gedragswetenschappers hebben de HouVast-training met een specifiek op hun functie gericht portfolio afgesloten, waarvan het leiden van een sessie 'leren van casuïstiek' deel uitmaakt, evenals het geven van feedback op een HouVast-plan.

Het eerdergenoemde Samenwerkingsverband HouVast (in oprichting) stelt zich onder meer ten doel om de kwaliteit van HouVast te verbeteren, te bewaken en te bevorderen. In het jaarplan 2019 van het samenwerkingsverband is opgenomen dat een systeem van kwaliteitsgesprekken (visitatie, intercollegiale kwaliteitstoetsing op basis van peerreview) wordt opgezet en uitgevoerd waarbij organisaties die HouVast uitvoeren onderling in gesprek gaan over de kwaliteit van de uitvoering.

Vanuit het samenwerkingsverband (in oprichting) wordt het structureel inventariseren van cliëntervaringen gestimuleerd. Hiertoe is instrumentarium ontwikkeld. In een tweetal organisaties is inmiddels een start gemaakt met het bevragen van ouders op hun ervaringen middels een (jaarlijkse) feedbackbijeenkomst.

2.5 Randvoorwaarden

Caseload

Een fulltime HouVast-werker heeft een caseload van 1:20 als alleen HouVast-w zaken worden uitgevoerd. Wanneer ook HouVast-i zaken in de caseload zitten wordt deze lager (gemiddelde caseload HouVast-i en -w is circa 1:16). Een HouVast-werker werkt outreachend. Hij of zij is 70% van de tijd in de gezinnen aanwezig (inclusief contacten met het netwerk en telefonische contacten) en heeft 30% van de tijd beschikbaar voor administratie, reistijd en overige taken.

Bereikbaarheid

HouVast regelt 24-uurs bereikbaarheid bij noodgevallen met als doel het voorkomen van escalatie van problemen. Primair wordt gezocht naar iemand in het netwerk die deze taak op zich kan nemen. Als er in het netwerk niemand voorhanden is, wordt dit vanuit de organisatie geregeld. Deze organisatorische bereikbaarheid (via telefoon, mail en/of whatsapp) is niet gekoppeld aan een bureaudienst, maar aan de uitvoering van het HouVast-programma.

Organisatorische randvoorwaarden

Om 24-uurs bereikbaarheid te garanderen is een mobiele telefoon en een laptop met internettoegang een voorwaarde. Daarnaast is een account bij een digitaal samenwerkingsplatform als www.1gezin1plan.nl handig om soepele samenwerking en afstemming te bevorderen.

2.6 Implementatie

Om HouVast te kunnen uitvoeren is er een training nodig. Deze training wordt aangeboden door de ontwikkelaars van HouVast: het Expertisecentrum William Schrikker. De training is modulair opgebouwd en sluit aan bij de reeds aanwezige kennis van de op te leiden medewerkers. Implementatie wordt vanuit het Expertisecentrum ondersteund door uitwisseling te organiseren tussen gedragswetenschappers van de verschillende uitvoerende organisaties. Daarnaast denkt het Expertisecentrum op verzoek van uitvoerende organisaties mee over implementatievraagstukken en biedt aanvullende scholing aan voor bijvoorbeeld lijnmanagement.

2.7 Kosten

Een fulltime HouVast-werker heeft een caseload van 1:20 HouVast-w-gezinnen. Gemiddeld besteedt een HouVast-werker 1,25 uur per week aan een HouVast-gezin. Materiele kosten zijn beperkt tot reguliere overheadkosten zoals een telefoon, laptop, reiskosten en dergelijke. De kosten voor de training zijn op te vragen bij het Expertisecentrum.

3. Onderbouwing

3.1 Probleem

Ouderschap bij mensen met een LVB

Het hebben van een LVB brengt een zeker risico met zich mee als het gaat om 'goed genoeg' opvoeden. Vaak spelen er binnen de gezinnen van ouders met een LVB een groot aantal factoren die maken dat de opvoeding tekort schiet, zoals armoede, slechte huisvesting, schulden, werkloosheid en sociaal isolement (De Vries, Willems, Isarin & Reinders, 2005). De kwaliteit van ouderschap van ouders met een LVB is heel wisselend. In veel gevallen kan gesproken worden van een handicap op het gebied van ouderschap (Jelsma et al., 2016). De LVB brengt met zich mee dat ouders bepaalde vaardigheden missen. Er zijn risico's als het gaat om opvoeden (van Montfoort & Slot, 2009; Faureholm, 2010). Zo kan het zijn dat de ouders niet in staat zijn de praktische en basale behoeften van het kind (zoals de juiste voeding, structuur of normen en waarden) te vervullen. Ook kunnen de ouders minder sensitief en responsief zijn naar hun kind, zijn zij minder goed in staat het kind te ondersteunen met schoolwerk en leren of kan het kind in een isolement leven (wegens gebrek aan contacten in de buurt of het ontbreken van lidmaatschap van een vereniging). Soms neemt het kind boven zijn of haar macht zorgtaken en verantwoordelijkheden over van de ouder (parentificatie) en dreigt overvraging en overbelasting (Faureholm, 2010). Een LVB bij ouders kan invloed hebben op de fysieke, emotionele, sociale en cognitieve ontwikkeling van het kind. Hoewel uit onderzoek blijkt dat ouders met een LVB daadwerkelijk opvoedvaardigheden kunnen aanleren, en ook bekend is op welke manier zij leren (Feldman, 2010; Feldman & Tahir, 2016), is het hulpaanbod zeer beperkt.

Knelpunten in de hulpverlening

Vaak is bemoeienis van de Raad voor de Kinderbescherming of Veilig Thuis nodig omdat de opvoedsituatie niet 'goed genoeg' is. Als er sprake is van acute risico's lukt het vaak om door een ondertoezichtstelling een redelijk stabiele opvoedingssituatie tot stand te brengen, waarbij de kinderen thuis wonen en ouders ondersteund worden in hun opvoedrol. In veel gevallen duren de ondertoezichtstellingen vervolgens lang of ontstaat een patroon van hermeldingen, omdat ondersteuning nodig blijft en zonder steun opnieuw ernstige problemen (dreigen te) ontstaan. Bijvoorbeeld doordat een hulpbron wegvalt, waardoor er gaten vallen in het steunend netwerk. Of doordat het kind zich ontwikkelt en in een nieuwe leeftijdsfase terecht komt, waar de ouder met een LVB niet op kan inspelen. Of doordat belangrijke gebeurtenissen in het leven van het gezin plaatsvinden (de hond gaat dood, vader raakt zijn baan kwijt) waardoor het zorgvuldig opgebouwde evenwicht verstoord wordt en de kinderen opnieuw in de knel komen. In de praktijk wordt bij hulp aan gezinnen van chronisch kwetsbare ouders vaak een patroon gezien van een lange hulpverleningsgeschiedenis die bestaat uit een opeenstapeling van losse, kortdurende en slecht samenhangende interventies (Jelsma et al., 2016). Steeds zijn interventies gericht op het stabiliseren van een crisis. Zodra de crisis gestabiliseerd is dooft de hulpverlening uit. Na verloop van tijd lopen de stress en de chaos opnieuw op en begint het circus (melding, onderzoek, hulp) weer van vooraf aan. Er is onvoldoende zorgaanbod beschikbaar binnen het vrijwillig kader na of in plaats van een ondertoezichtstelling (Buisse, Hilhorst & Broeders, 2010; Vink & Matthaai, 2009; Jelsma et al., 2016).

Spreiding

Het is complex om een goede raming te maken van de omvang van de doelgroep van HouVast. Onderzoek laat zien dat het aantal mensen met verstandelijke beperkingen dat ouder is toeneemt (Coren, Ramsbotham & Gschwandtner, 2018). In Nederland wordt binnen de jeugdzorg niet gescreend op een LVB bij ouders. Het IQ van ouders is vaak ook onbekend. Internationaal lopen de definities van een LVB en de hantering van IQ-grenzen uiteen waardoor vergelijking met het buitenland wordt bemoeilijkt. Statistisch gezien heeft 16% van de bevolking een IQ van 55-85 (De Beer, 2011). Niet ieder van hen heeft problemen en/of heeft thuiswonende kinderen. En bovendien is het IQ niet bepalend voor maladaptief ouderschap (Willems et al., 2007). Onderzoek uit 2005 (De Vries et al.) raamt dat minder dan 5% van het aantal mensen met een verstandelijke beperking kinderen heeft, en schat het aantal Nederlandse gezinnen met

ten minste één ouder met een LVB op 1500 tot 3000. Hierbij gaat het om de groep ouders die al ergens in aanraking is gekomen met hulpverlening. De groep ouders die het zonder hulpverlening redt, is hierin niet meegenomen. Die raming lijkt conservatief vergeleken met een Australische raming, waarin het aantal gezinnen van ouders met een IQ < 80 wordt geschat op 1 tot 2% van alle gezinnen (Lamont & Bromfield, 2009). Vertaald naar de Nederlandse situatie, met ruim 2.3 miljoen huishoudens met kinderen tussen 0 en 25 jaar (CBS, 2013) zou het aantal gezinnen met ten minste één ouder met een IQ < 80 uitkomen op 23 000 tot 46 000. Een IQ < 80 is echter niet hetzelfde als een LVB (gedefinieerd als een IQ tussen 50 en 85 met een beperkt sociaal aanpassingsvermogen). Hodes (2017) concludeert dat door verschillen in methodes en criteria het moeilijk te achterhalen is of mensen met een LVB vaker of minder vaak ouder zijn en in hoeverre prevalentie varieert in verschillende landen en door de tijd heen.

Nederlands onderzoek uit 2005 heeft aangetoond dat het ouderschap bij ouders met een beperking in 51% van de gevallen als problematisch ouderschap kan worden aangeduid (ouderschap waarbij er sprake is van bemoeienis door de Raad voor de Kinderbescherming en er dus een ondertoezichtstelling is of dreigt). Bij 16% van de gezinnen bestaan twijfels over de ouderschapskwaliteiten. In 33% van de gevallen is er sprake van 'goed genoeg' ouderschap. In de meeste cases is sprake van een LVB bij beide ouders of van alleenstaand ouderschap van één ouder met een LVB. Heel soms wordt de beperking van de ene ouder gecompenseerd door een sterke partner zonder beperking (in 0,7 % van de onderzochte cases gerapporteerd als een beschermende factor) (De Vries et al., 2005; Willems et al., 2007). Buitenlands onderzoek laat zien dat 40-60% van de ouders met een LVB op enig moment het gezag over hun kinderen verliest (Traustadóttir & Sigursjónsdóttir, 2010).

Een andere invalshoek om zicht te krijgen op de spreiding biedt het kijken naar het aantal risico- of multiprobleemgezinnen en het aantal gezinnen van ouders met een LVB daarbinnen. Het aantal multiprobleemgezinnen in Nederland wordt geschat op 70.000 (Klerk et al., 2012). Als daarvan bij 1 tot 2% (Australische raming) sprake is van een laag IQ bij (een van) de ouders dan zou het gaan om 700 tot 1400 gezinnen. Oververtegenwoordiging van gezinnen van ouders met een laag IQ of LVB is, vanwege bijkomende problematiek zoals armoede, psychiatrische problematiek en dergelijke, echter zeer aannemelijk. In de kinderbescherming is oververtegenwoordiging van ouders met een LVB aangetoond (Booth & Booth, 2005; Mildon, Matthews & Gavidia-Payne, 2003; McConnell, Llewellyn & Ferronato, 2000). De mate waarin van oververtegenwoordiging sprake is loopt in diverse onderzoeken uiteen van 2 tot meer dan 10 keer zo veel. In welke mate oververtegenwoordiging aan de orde is bij risicogezinnen in Nederland kan opnieuw alleen geraamd worden. Een Amsterdamse monitor van multiprobleemgezinnen (Burik, Persoon & Boeser, 2012) laat in een kleine peiling zien dat bij 10 van de 28 onderzochte gezinnen sprake is van een (vermoeden van een) LVB bij ten minste één van de ouders. Een Groningse monitor laat zien dat het in 4 van de 11 onderzochte multiprobleemgezinnen bij de ouders aan inzicht ontbreekt en dat zij het vermogen missen om oplossingen voor problemen in de opvoedsituatie te veralgemeniseren (Nijkamp, Boendermaker, Snippe & Bieleman, 2013). In beide gevallen lijkt in bijna een derde van de gezinnen sprake te zijn van problemen bij de ouders om datgene dat binnen de MPG-aanpak wordt aangeboden goed te bevatten. Een onderbouwde schatting maken van het aantal gezinnen van ouders met een LVB en een (dreigende) OTS is zeer moeilijk te maken. Cijfers zijn naast alle bovengenoemde beperkingen niet voorhanden omdat cases worden geregistreerd op basis van de problematiek van de kinderen, en niet op basis van de eventuele problemen van de ouders. Bij de William Schrikker Groep bestaat bij ongeveer de helft van de ouders van de cliënten (op ruim 6500 kinderen met een ondertoezichtstelling of voorlopige ondertoezichtstelling in 2012) het vermoeden dat er ook sprake is van een verstandelijke beperking (Teeuwen, 2012).

Gevolgen voor het kind

Voor het kind van ouders met een LVB zijn de gevolgen van onvoldoende ondersteuning allereerst dat de opvoedsituatie mogelijk niet veilig is, met als risico dat de ontwikkeling van het kind bedreigd wordt. Een bedreigde ontwikkeling uit zich in leer- en gedragsproblemen van het kind, maar ook in overlast in de buurt of het vertonen van crimineel gedrag. Tevens kan het gebrek aan praktische en langdurige

ondersteuning in de opvoedsituatie ervoor zorgen dat ouders niet (langer) in staat zijn om ‘goed genoeg’ ouderschap te realiseren. Dit kan tot gevolg hebben dat kinderen mogelijk uit huis geplaatst moeten worden, terwijl dit voorkomen had kunnen worden als ouders de juiste hulp en steun binnen het gezin hadden ontvangen (Vink & Matthaei, 2009; McConnell & Sigurjónsdóttir, 2010). De kortdurende hulp is vaak wel effectief, maar niet duurzaam. Gevolg ervan kan zijn dat de hulp op termijn zeer kostbaar is, zeker wanneer uithuisplaatsing volgt vanuit de constatering dat de ouders niet in staat zijn hun kinderen de veiligheid te bieden die zij nodig hebben (Jelsma et al., 2016).

3.2 Oorzaken

Een LVB

Volgens de ‘Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition’ (DSM-V) is een intellectuele beperking, zoals een LVB, een neuro-ontwikkelingsstoornis die zich openbaart in de vroege levensjaren. Het betreft niet alleen beperkingen in het intellectuele vermogen, maar geeft ook adaptieve problemen in het conceptuele, sociale en praktische domein. Daarnaast geven de beperkingen in het intellectuele vermogen problemen met redeneren, het probleemoplossend vermogen, planning, abstract denken, oordelen, leervermogen en het begripsvermogen (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Deze intellectuele beperkingen hebben tot gevolg dat het leren, zowel door ervaring als academisch, beperkt is en meer tijd kost. Er is sprake van een langzamere verwerking van informatie, een korte concentratieboog en moeite met het houden van overzicht. Daarnaast kunnen geleerde vaardigheden moeilijk gegeneraliseerd worden (De Wit, Moonen & Douma, 2011; Zoon, 2015). Bovendien leiden beperkingen in het adaptief vermogen tot het niet kunnen voldoen aan ontwikkelingsstandaarden waardoor eisen uit de omgeving voor persoonlijke onafhankelijkheid en sociale verantwoordelijkheid niet worden behaald (Kok, van der Waa, Klip & Staal, 2015). Tot slot leiden bovenstaande beperkingen tot terugkerende problemen, omdat ontwikkeling en opvoeding dynamisch zijn. Dit houdt in dat problematiek vaak continu is, omdat wisselingen in de omgeving, ontwikkelingseisen en opvoedfasen zorgen voor nieuw opkomende uitdagingen (Carulla et al., 2011).

Naast biologisch bepaalde defecten die leiden tot problematiek in het dagelijks functioneren, hebben gezinnen van ouders met een LVB vaak ook andere problemen. Zo hebben deze gezinnen verhoudingsgewijs vaker een lage sociaaleconomische status en zijn zij vaker een multiprobleemgezin (Dekker, 2012). Een LVB is dus een levenslange beperking met invloed op alle levensgebieden en vaak voorkomende complexe problematiek (Moonen & Verstegen, 2006). De chronische problematiek vereist een langdurige vorm van ondersteuning (Kok et al., 2015; Moonen & Verstegen, 2006; Zoon, 2015).

Uit onderzoek is gebleken dat er veranderingen plaatsvinden in de eisen die aan personen gesteld worden door de omgeving en maatschappij (Thompson et al., 2009). Er ligt tegenwoordig meer druk op mensen om deel te zijn van de maatschappij en daarbinnen succesvol te functioneren. Dit heeft tot gevolg dat ook de ondersteuningsbehoefte verandert. Recent Nederlands onderzoek laat zien dat er sprake is van een toenemende zorgvraag onder mensen met een IQ < 85 en problemen in de sociale redzaamheid (Woittiez, Putman, Eggink & Ras, 2014). Maatschappelijke ontwikkelingen worden als reden gezien voor deze toename. De samenleving wordt ingewikkelder. Eisen rondom werk zijn hoger geworden (zelfstandigheid, flexibiliteit) en ook in het onderwijs ligt de lat steeds hoger (onder meer door grootschaligheid). Praktische bezigheden (zoals reizen met het openbaar vervoer en het regelen van bankzaken via internet) zijn voor mensen met beperkte cognitieve vermogens tegenwoordig minder eenvoudig zelfstandig uit te voeren. Tegelijkertijd is de geldende opvatting dat mensen met een verstandelijke beperking zoveel mogelijk als volwaardig burger mee moeten doen. Zonder steun lukt dat steeds minder goed, en een steunstructuur vanuit het informele netwerk ontbreekt vaak, omdat dat netwerk ‘zwak’ is.

Invloed van een LVB op ouderschap

Generaliserend spreken over de invloed van een LVB op ouderschap doet geen recht aan de grote verscheidenheid: ouders met een LVB zijn primair ouders. Een aantal problemen komt echter uit de literatuur en in de praktijk naar voren. Ouders met een LVB kunnen minder onthouden en minder goed ordenen. Zij hebben moeite zich sociaal staande te houden en adequaat te reageren in sociale situaties. Ook is hun inlevingsvermogen zwakker ontwikkeld. De communicatieve vaardigheden zijn beperkt. Ouders met een LVB kunnen vaak niet of slecht lezen. Ze zijn vaak slecht in staat om te generaliseren en kunnen iets dat ze geleerd hebben slecht toepassen als de situatie veranderd is. De vertraagde ontwikkeling van geweten, emoties en impulscontrole maakt dat ouders met een LVB vaak primair reageren. Tot slot zijn zelfsturing en autonomie beperkt, waardoor ouders met een LVB veel faalervaringen opdoen. Door gebrekkige zelfreflectie overschatten ouders met een LVB vaak hun mogelijkheden (De Beer, 2011). Deze kenmerken hebben invloed op hun opvoedvaardigheden, en brengen risico's met zich mee. Opvoeden kan goed gaan, maar is vaak problematisch (Willems, de Vries, Isarin & Reinders, 2007). Onderzoek laat zien dat de opvoedsituatie negatief wordt beïnvloed door de LVB van de ouder en dat de kinderen kunnen worden blootgesteld aan risico's (Faureholm, 2010).

Het ontbreekt ouders met een LVB vaak aan kennis op het gebied van opvoeding en verzorging. Risico's en gevaar kunnen ze soms niet goed inschatten. Door het slechter kunnen plannen, organiseren en oplossen van problemen, komen praktische en basale opvoedvaardigheden in het gedrang. Denk hierbij bijvoorbeeld aan niet de juiste voeding geven, onvoldoende structuur bieden, regels, normen en waarden die niet duidelijk zijn, een vervuild huis, geen bij de omstandigheden passende kleding en dergelijke. Door de moeite met generaliseren is het anticiperen op nieuwe risico's moeilijk voor ouders met een LVB. Ouders met een LVB hebben moeite om hun kinderen te leren leren. Ze stimuleren hun kinderen hierin soms weinig, ook bij schoolwerk. Er is soms weinig speelgoed dat tot exploratie prikkelt of tot samenspelen met andere kinderen. De sensitiviteit en responsiviteit van ouders met een LVB schiet soms tekort doordat ouders zich slecht in kunnen leven in wat hun kind ziet, voelt en denkt (bijvoorbeeld: de ouder heeft niet in de gaten dat de baby zo hard huilt omdat het een vieze luier heeft). Een LVB is niet automatisch een risicofactor voor de hechting van kinderen (Granqvist, Forslund, Fransson, Springer & Lindberg, 2014). Ouders met een LVB zijn sneller geneigd impulsief en soms ook agressief te reageren. Het ontbreekt hen aan een breed scala aan probleemoplossingsvaardigheden. Het hanteren van positieve opvoedvaardigheden zoals complimenteren, gedoseerd negeren en afleiden is voor hen ingewikkeld. De wijze van corrigeren is vaak te zwaar, te streng, te impulsief, te laat of te weinig consequent (Van Montfoort et al., 2009; Faureholm, 2010; De Beer, 2011).

Invloed van een LVB op sociale steun

Ouders met een LVB hebben moeite met het aangaan en onderhouden van sociale contacten. Er is vaak sprake van geïsoleerde gezinnen met weinig contacten en veel conflicten. Verschillende kwalitatieve onderzoeken naar het 'type' sociale netwerk van ouders met een verstandelijke beperking (voornamelijk alleenstaande moeders) tonen aan dat deze zich sociaal geïsoleerd voelen en problemen ervaren in het onderhouden van sociale relaties (Mildon et al., 2003). Soms worden gezinnen gestigmatiseerd en gepest.

In veel gevallen kunnen de ouders onvoldoende beroep doen op een ondersteunend netwerk. Steun uit het sociale netwerk draagt bij aan het succes van de opvoeding van ouders met een LVB en is een belangrijke beschermende factor (Llewellyn & Gustavsson, 2010; De Kimpe, Kef & Schuengel, 2012). Voorkomen van overbelasting, het verlagen van draaglast en het versterken van het sociale netwerk zijn belangrijke succesfactoren voor ouders met een LVB (Joha, 2004). Ook multiprobleemgezinnen in het algemeen kunnen meer aan als er mensen zijn die hen praktisch en emotioneel ondersteunen. In gezinnen die over ondersteuning uit hun sociaal netwerk beschikken escaleren problemen minder snel, waardoor voorkomen kan worden dat zwaardere professionele hulp nodig is (Bartelink, 2012). Een betrokken en stimulerende sociale omgeving komt de ontwikkeling van kinderen ten goede en leidt ertoe dat een gezin minder afhankelijk is van professionals. Gezinnen die sociaal zijn ingebed zijn minder kwetsbaar (De Winter, Manshanden, Van San, Graas & De Ruiters, 2012).

Bijna 25% van het sociale netwerk van personen met een LVB bestaat uit hulpverleners van verschillende maatschappelijke diensten. Cliënten met een LVB hebben vaak een vergelijkbare affectieve relatie met hun hulpverleners als met hun familie en vrienden (Embregts, 2013). Voor gezinnen in kwetsbare situaties zijn beroepskrachten en professionals extra van belang. Het kost kwetsbare gezinnen moeite om informele ondersteuning vanuit hun sociale netwerk aan te boren en het ontbreekt ze vaak aan sociale inbedding (De Winter et al., 2012). Professionals spelen daarmee een belangrijke rol in de totstandkoming, uitbreiding en versterking van de sociale netwerken van mensen met LVB (Embregts, 2013). Omdat bij de ondersteuning van ouders met een verstandelijke beperking vaak verschillende hulpverleners betrokken zijn is afstemming tussen de hulpverleners van cruciaal belang (De Vries et al., 2005; Willems et al., 2007). Een multidisciplinaire en gezamenlijke aanpak met een duidelijke regierol is daarom noodzakelijk (Joha, 2004).

Hulpverlening aan gezinnen van ouders met een LVB

De samenwerking tussen professionele hulpverlening en ouders met een LVB wordt niet zelden gekenmerkt door weerstand en wantrouwen. Ouders met een LVB ervaren hulpverlening vaak als vijandig en machtig. Steunende en empowerende hulpverlening is, in elk geval in de ogen van ouders met een LVB, eerder uitzondering dan regel (Traustadóttir & Sigursjónsdóttir, 2010). Het accepteren van hulp speelt echter ook een rol. Dit hangt vaak samen met het erkennen van de eigen beperking (De Vries et al., 2005). Veel literatuur benadrukt de noodzaak van het realiseren van een goede samenwerkingsrelatie in het algemeen (Van Yperen, Van der Steege, Addink & Boendermaker, 2010) en specifiek voor ouders met een LVB (onder andere Joha, 2004; Mildon et al., 2003). Ook voor ouders met een LVB geldt dat een positieve werkrelatie het vragen van hulp kan bevorderen (Meppelder-de Jong, 2014; Meppelder, Kef, Hodes & Schuengel, 2012).

Invloed van een LVB op maatschappelijke factoren

Tot slot speelt de maatschappelijke situatie en de sociaaleconomische status van gezinnen van ouders met een LVB een niet te onderschatten rol. Mensen met een beperking zijn financieel kwetsbaar (Schuurman, Kröber & Verdonschot, 2013). Ouders met een LVB hebben vaak geen of slecht betaald werk en financiële problemen. De inkomensproblematiek heeft daarbij een grote impact op de kwaliteit van bestaan, en zet het lichamelijk en psychisch welbevinden, de interpersoonlijke relaties, de deelname aan de samenleving, het materieel welzijn en de zelfbepaling onder druk (Schuurman et al., 2013). De zwakke economische positie draagt bij aan de kwetsbaarheid van de gezinssituatie (De Vries et al., 2005; McConnell & Sigursjónsdóttir, 2010).

3.3 Aan te pakken factoren

Uit onderzoek (De Vries et al., 2005) zijn drie beïnvloedbare beschermende factoren bekend die bijdragen aan 'goed genoeg' opvoeden door ouders met een LVB. Het:

1. Kunnen vragen en accepteren van hulp.
2. Kunnen rekenen op een steunend netwerk.
3. Het ontvangen van goede methodische opvoedondersteuning.

In HouVast-w zijn deze drie beïnvloedbare factoren vertaald in de drie subdoelen. Daarnaast wordt rekening gehouden met een aantal niet- of minder beïnvloedbare factoren.

Het kunnen vragen en accepteren van hulp (subdoel 'Ouders accepteren blijvend steun')

De bereidheid om steun te vragen en adviezen te accepteren is een cruciale beschermende factor. Het kunnen vragen en accepteren van (informele en formele) hulp en ondersteuning draagt in belangrijke mate bij aan het functioneren van het gezin. Een realistisch beeld van de eigen (on)mogelijkheden in de opvoeding is uiterst belangrijk. Als ouders weten en onderkennen wat ze wel, en vooral ook niet zelf kunnen, ontstaat ruimte om te leren en om (opvoed)taken (tijdelijk of deels) over te laten aan anderen. Een positieve relatie tussen ouders met een LVB en de hulpverlener is een voorwaarde voor goede hulpverlening. Ouders met een LVB zijn eerder geneigd om hulp te vragen bij een hulpverlener wanneer de relatie goed is, én wanneer de hulpverlener ervan overtuigd is dat de ouders in staat zijn om hun

opvoedkwaliteiten te verbeteren (Meppelder-de Jong et al., 2014). In HouVast zijn manieren beschreven om de samenwerkingsrelatie met ouders te optimaliseren, waardoor de mogelijkheden en beperkingen van ouders onderwerp van gesprek kunnen zijn en het vragen van steun niet wordt belemmerd.

Het kunnen rekenen op een steunend netwerk (subdoel ‘Het gezin maakt gebruik van een stevig steunend netwerk’)

Doorslaggevend voor de kans op ‘goed genoeg’ opvoeden is de aanwezigheid van een steunend sociaal netwerk. Sociaal isolement is een grote risicofactor voor gezinnen van ouders met een LVB. De aanwezigheid van steunende burens, grootouders en andere steunende personen vanuit het informele netwerk kan zorgen voor compensatie en aanvulling van die gebieden waar ouders vanwege hun beperking (tijdelijk) in tekortschieten. HouVast richt zich op het opbouwen en ondersteunen van een duurzaam steunend netwerk. Kenmerkend voor HouVast is dat ‘goed genoeg’ opvoeden wordt gezien vanuit de optelsom van wat ouders zelf kunnen, aangevuld met wat er aan steun rondom het gezin georganiseerd is.

Het ontvangen van goede methodische opvoedondersteuning (subdoel: “Ouders voelen zich competent in ‘goed genoeg’ opvoeden”)

Goede opvoedondersteuning is de derde beïnvloedbare factor. In HouVast-w richt de ondersteuning zich op het versterken van het gevoel van competentie bij ouders in het ‘goed genoeg’ opvoeden. Ondersteuning bij de opvoeding vanuit het professionele en sociale netwerk wordt georganiseerd op gebieden waar dat nodig is. Daarnaast biedt de HouVast-werker opvoedkundige adviezen en houdt een vinger aan de pols met betrekking tot ‘goed genoeg’.

De kans op ‘goed genoeg’ opvoeden is het grootst wanneer:

- Ouders met een LVB erkennen wat zij zelf niet kunnen bieden in de opvoeding.
- Er op maat steun geboden wordt bij het opvoeden.
- Voorzien wordt in adequate ondersteuning vanuit het netwerk.

Niet- of minder beïnvloedbare factoren

Een groot aantal (of in mindere mate) niet-beïnvloedbare factoren, of factoren die niet door een sociaal-agogische hulpverlener en/of door de HouVast werker te beïnvloeden zijn, spelen een rol bij het al dan niet tot stand komen van ‘goed genoeg’ opvoeden. Voorbeelden van dergelijke risicofactoren zijn:

- een verwaarloosde eigen jeugd van de ouder
- een laag IQ
- een laag inkomen
- schulden

HouVast houdt rekening met deze niet-beïnvloedbare risicofactoren door alle krachten en zorgen die er in en rondom het gezin bestaan in kaart te brengen. Het plan dat vervolgens wordt opgesteld, is altijd ‘op maat’ en neemt de niet-beïnvloedbare risico- en beschermende factoren in acht.

3.4 Verantwoording

HouVast is gebaseerd op kennis over multiprobleemgezinnen in het algemeen én kennis die specifiek gericht is op ouderschap bij mensen met een LVB. Voor de gezinnen waar HouVast zich op richt geldt immers dat er sprake is van een chronisch complex van socio-economische en psychosociale problemen, waarvan de beperking bij de ouder(s) er één is.

| Hoofddoel | | |
|--|---|---|
| De ouders zijn in staat om, met hulp, hun kinderen zelf veilig en 'goed genoeg' op te voeden | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • In de thuissituatie • Flexibel: de drie hoofdstrategieën • Langdurige ondersteuning met wisselende intensiteit • Aangepast aan mensen met een LVB | | |
| Subdoel 1 Het accepteren van hulp | Subdoel 2 Een steunend netwerk | Subdoel 3 Ouders voelen zich competent in 'goed genoeg' opvoeden |
| <ul style="list-style-type: none"> • Erkennen eigen beperking • Motivatie • Constructieve werkrelatie • Oplossingsgerichte werkwijze • Hoop | <ul style="list-style-type: none"> • Samenwerken met het systeem • Netwerk versterken • Wrap around care • Netwerkbijeenkomsten | <ul style="list-style-type: none"> • Praktische opvoedvaardigheden • Versterken van ondersteuning van de opvoeding • Stem van het kind |

Tabel 2: Verantwoording hoofddoel en subdoelen.

Hoofddoel: de ouders zijn in staat om, met hulp, hun kinderen zelf veilig en 'goed genoeg' op te voeden.

Ondersteuning van mensen met een LVB kan leiden tot het 'goed genoeg' opvoeden en het aanleren van benodigde vaardigheden (Carulla et al., 2011). Veel ouders met een LVB kunnen adequaat zorgen voor hun kinderen, mits er voldoende effectieve hulp wordt geboden (Wade, Llewellyn & Matthews, 2015). Effectieve hulp vindt plaats in de thuissituatie en moet flexibel zijn (wat binnen HouVast uitgewerkt is in de zogenaamde 'drie hoofdstrategieën'). Daarnaast moet effectieve hulp langdurig en wisselend intensief zijn en aangepast aan mensen met een LVB.

In de thuissituatie

Diverse onderzoeken naar gezinsinterventies hebben tot de algemene conclusie geleid dat in multiprobleemgezinnen het meeste bereikt kan worden met intensieve hulp in de thuissituatie van het gezin (o.a. Kalsbeek, 2008; Van der Steege, 2009; Veerman, Janssens & Delicat, 2004). Het in de thuissituatie aanbieden van een interventie is specifiek voor ouders met een LVB belangrijk met het oog op generalisatie (Coren, Thomae & Hutchfield, 2011; Wade, Llewellyn & Matthews, 2008; Feldman, 1994; 2010). Voor ouders met een LVB is het niet-vanzelfsprekend dat als ze iets leren in de ene situatie, ze dat ook gelijk kunnen toepassen in een andere situatie. Ook voor multiprobleemgezinnen geldt dat door hulp in de leefomgeving te bieden, de gezinsleden het geleerde direct thuis in de praktijk kunnen brengen en bij de uitvoering kunnen worden ondersteund (Zoon & Berg-le Clercq, 2013). De HouVast-werker komt daarom ook bij het gezin thuis en oefent met ouders in hun natuurlijke leefomgeving. Vaardigheden worden in de gezinssituatie geoefend en aangeleerd (of zo nodig door anderen gecompenseerd).

Flexibel: de drie hoofdstrategieën

Het is nodig om bij ouders met een LVB steeds flexibel te zijn en voortdurend te zoeken naar alternatieven als iets niet werkt. Daarnaast zijn het voorkomen van overbelasting en het verhogen van de draagkracht kenmerken van werkzame elementen van interventies gericht op ouders met een LVB (Joha, 2004; Joha, Gerards, Nas, Van Gendt & Kersten, 2006). Dit sluit aan bij de drie hoofdstrategieën die gebruikt worden in HouVast (In Eigen Hand, Hand In Hand, Handje Helpen). De drie hoofdstrategieën zijn geënt op Begeleid Ontdekkend Leren (BOL), een werkwijze om mensen met een beperking te

Het samenwerkingsverband effectieve interventies bestaat uit NJi, CGL, NISB, NCJ, Movisie, Trimbos en Vilans. HouVast-w is erkend als Goed onderbouwd door deelcommissie Gehandicaptenzorg d.d. 12/03/2019 onder begeleiding van Vilans.

ondersteunen bij het aanleren van vaardigheden. Kern binnen BOL is dat iemand ruimte krijgt om zijn eigen leerweg te vinden (De Ruiter, Flikweert & Ruigrok, 2007; Van Vulpen & Den Besten, 2013). In HouVast wordt steeds opnieuw met het gezin bepaald waaraan wordt gewerkt, wat het gezin zelf doet en wat door anderen (tijdelijk) wordt overgenomen. HouVast erkent dat ouders met een LVB niet alles kunnen leren. Door de strategie 'Handje Helpen' in te zetten wordt gecompenseerd wat ouders (op dit moment) niet zelf kunnen. Onnodige frustratie en overvragen wordt daarmee tegengegaan zonder concessies te doen aan 'goed genoeg' voor de kinderen.

Langdurige ondersteuning met wisselende intensiteit

Mensen met een LVB hebben meer tijd en oefening nodig om te kunnen leren (De Beer, 2011). Gezinnen waarin sprake is van een chronische, hardnekkige en problematische situatie, waardoor ze moeite hebben met het organiseren van het dagelijks leven en waardoor het oplossen van praktische problemen vaak tijdrovend is, hebben langdurige en intensieve begeleiding nodig (Zoon & Berg - le Clercq, 2013). Begeleiding van ouders met een LVB is gebaat bij continuïteit (Joha, 2004). Voor gezinnen waarbij draagkracht en draaglast uit balans zijn hoeft dat niet altijd zware zorg te zijn, maar moet zorg op maat en op tijd beschikbaar zijn (De Winter et al., 2012). Volgens De Winter en collega's wordt deze vorm van zorg nauwelijks geboden en krijgen gezinnen vaak te zware en te incidentele zorg. Deze gezinnen hebben echter baat bij langdurige, laagfrequente basishulp (waakvlambegeleiding), die goed aansluit bij de vermogens van het gezin zelf en waarbij de kracht van de eigen sociale omgeving wordt benut. Een dergelijke waakvlambegeleiding leidt tot het indammen van het bovenmatig beroep doen op zware hulpverlening. Langdurige zorg in plaats van een crisisgerichte aanpak is naar verwachting niet alleen effectiever maar op de lange termijn ook goedkoper (Jelsma et al., 2016). Effectiviteit-verhogende kenmerken van interventies gericht op multiprobleemgezinnen zijn onder meer een hogere intensiteit, een langere duur, gerichtheid op empowerment en voorzien in de basisbehoeften van het gezin (Holwerda, Jansen & Reijneveld, 2014). HouVast-w sluit aan bij de noodzaak om continuïteit en zorg op maat te bieden, die niet te zwaar én niet te incidenteel is.

Aangepast aan mensen met een LVB

Interventies die gericht zijn op mensen met een LVB vereisen een aantal specifieke eigenschappen om effectief te kunnen zijn. De Wit, Moonen en Douma (2011) beschrijven een zestal mogelijke werkzame factoren in de behandeling van jongeren met een LVB, die ook relevant zijn voor ouders met een LVB en die verweven zijn in HouVast:

- Uitgebreide diagnostiek (in HouVast vertaalt zich dit in het zorgvuldig in kaart brengen van wat goed gaat en wat de zorgen zijn).
- Afstemmen van de communicatie (onder meer taal, tempo, concrete inhoud).
- Concreet maken van de oefenstof (onder meer door visuele ondersteuning en modeling).
- Voorstructureren en vereenvoudigen (onder meer door taakanalyse).
- Zorgen voor een veilige en positieve leeromgeving (door middel van de samenwerkingsrelatie).
- Gebruik maken van het netwerk (door netwerkoeverleg).

Subdoel 1: het accepteren van hulp

Aan dit subdoel wordt gewerkt door:

- De ouder te ondersteunen bij de erkenning van de eigen beperking.
- Nauw aan te sluiten bij de motivatie van de ouders en het gezin.
- Te werken aan het opbouwen en in stand houden van een constructieve werkrelatie.
- Een oplossingsgerichte werkwijze te hanteren en te werken vanuit hoop.

Erkennen eigen beperking

Ondersteuning aanvaarden wordt bevorderd als ouders met een LVB erkennen en accepteren dat ze een beperking hebben. Ze zijn zich dan meer bewust van wat zij (wel en) niet kunnen en zijn beter in staat om ondersteuning te aanvaarden als er problemen ontstaan. Ook ervaren ze hulpverlening dan daadwerkelijk als een bron van steun. Of ouders hun beperking accepteren hangt af van hoe ze tegen

Het samenwerkingsverband effectieve interventies bestaat uit NJi, CGL, NISB, NCJ, Movisie, Trimbos en Vilans. HouVast-w is erkend als Goed onderbouwd door deelcommissie Gehandicaptenzorg d.d. 12/03/2019 onder begeleiding van Vilans.

zichzelf aan kijken, maar ook hoe hun omgeving tegen hen aankijkt. De HouVast-werker ondersteunt en bevordert dit vaak langdurige en voortdurende proces van erkenning en acceptatie door nauw en subtiel aan te sluiten (bijvoorbeeld door ruimte te geven aan de beleving van de ouders, door open en vanzelfsprekend over de beperking te praten, door ouders te complimenteren met hun inspanningen om zich staande te houden of door praktisch te steunen als ouders vanwege hun beperking iets niet snappen of niet kunnen).

Motivatie

Acceptatie draagt bij aan het aanvaarden van hulp, maar ook motivatie speelt een rol. HouVast bekijkt motivatie en het werken aan motivatie vanuit de 'zelfdeterminatietheorie' (ZDT). Deze theorie gaat ervan uit dat er verschillende vormen van motivatie bestaan (Ryan & Deci, 2000). Motivatie wordt bevorderd door te voorzien in een aantal basisbehoeften, namelijk gevoel van autonomie, competentie en sociale verbondenheid. Wanneer er binnen de relatie, de activiteiten en de mogelijkheden rekening gehouden wordt met de vervulling van deze drie basisbehoeften, zullen mensen van nature actief worden om deze behoeften te vervullen en een hogere mate van motivatie te bereiken (Deci & Ryan, 2008). De HouVast-werker reflecteert op het vervullen van de basisbehoeften op elk moment dat de motivatie van het gezin afneemt en onderneemt actie om het gevoel van autonomie, competentie en/of sociale verbondenheid (opnieuw) te vergroten.

Constructieve werkrelatie

Een belangrijk element in de bereidheid om ondersteuning te aanvaarden, is vertrouwen in de hulpverlening. Vaak bestaat er angst en argwaan ten aanzien van de hulpverlening. Ouders zijn bang dat hun kinderen uit huis geplaatst zullen worden. Teleurstelling over de kwaliteit van eerder ontvangen hulp staat het vertrouwen van ouders in nieuw hulpaanbod soms in de weg (Willems, de Vries, Isarin & Reinders, 2007). In de meeste multiprobleemgezinnen bestaat een lange - intergenerationele - geschiedenis met hulpverlening, waardoor deze gezinnen wantrouwend zijn tegenover de hulpverleners (Zoon & Berg-le Clercq, 2013). HouVast werkt aan vertrouwen door elementen vanuit de presentiebenadering en het oplossingsgericht werken te hanteren, en door een praktische aanpak te hanteren. De HouVast-werker heeft een 'presente' basishouding. Kernbegrippen daarbij zijn: aandacht, nabijheid, aansluiten bij wat voor het gezin van belang is, de leef- en belevingswereld van het gezin als uitgangspunt nemen, aansluiten bij hun ritme, steunen, luisteren en bijstaan (Baart, 2001).

Oplossingsgerichte werkwijze

HouVast is zowel methodisch als in attitude oplossingsgericht. Oplossingsgericht werken wordt in HouVast vormgegeven door het hanteren van oplossingsgerichte gesprekstechnieken zoals schaalvragen, de wondervraag, het vragen naar uitzonderingen en dergelijke. Het gezin wordt bevraagd op eerdere successen, eigen competenties en wensen en verlangens. Uit onderzoek is gebleken dat hoe langer en gedetailleerder mensen spreken over een hoopvolle toekomst, des te levendiger en creatiever ze worden (Roeden & Bannink, 2007). Oplossingsgerichte therapie bij mensen met een LVB is effectief gebleken in gecontroleerd onderzoek, met zichtbare effecten op verbetering van de kwaliteit van leven, reductie van probleemgedrag en toename van sociaal optimisme en autonomie (Roeden, 2012). Oplossingsgericht werken sluit goed aan bij cliënten uit lagere sociaaleconomische milieus, waartoe gezinnen van ouders met een LVB vaak behoren. Dit kan worden gezien als een positieve indicatie voor de werkwijze (Roeden & Bannink, 2007).

Hoop

Geloof in de mogelijkheden van ouders met een LVB om te leren (een groei-mindset; Meppelder, Hodes, Kef & Schuengel, 2014) is een belangrijk aspect in de basishouding van de HouVast-werker. Het belang van het bieden van perspectief, het scherp in beeld hebben van de zorgen en de krachten en het positief benutten van de mogelijkheden wordt breed erkend, zowel voor multiprobleemgezinnen als voor de gezinnen van ouders met een LVB (zie onder meer Joha, 2004; Llewellyn & Gustavsson, 2010; Mildon et al., 2003; Bartelink, 2012). In HouVast krijgt elk detail dat goed gaat, krachtig is en wél lukt aandacht en

wordt benut als aanknopingspunt voor groei en verandering. Voorbeeld: als het huis een bende is, wordt gezocht naar wat wél schoon, opgeruimd of geordend is; hoe heeft het gezin dat voor elkaar gekregen?

Subdoel 2: Een steunend netwerk

Aan dit subdoel wordt gewerkt door: samen te werken met het systeem rondom het gezin, het netwerk te versterken, uitgangspunten van wrap around care te hanteren en netwerkbijeenkomsten te houden.

Samenwerken met het systeem

Interventies die effectief blijken te zijn in de (langdurige) ondersteuning van mensen met een LVB hebben allemaal één kenmerk gemeen: het betrekken van het systeem. Volgens de ecologische systeemtheorie van Bronfenbrenner (1989) is de opvoeding in het algemeen, en daarin het welzijn van kinderen, afhankelijk van een reeks interacterende factoren uit de omgeving van het gezin. Door de omgeving te betrekken bij de ondersteuning, is er meer kans op bekliving en wordt de motivatie vergroot (Crnic et al., 2017; Wade et al., 2015). Het betrekken van het systeem vergroot bij gezinnen van ouders met een LVB de mogelijkheid om het geleerde te generaliseren en de geleerde vaardigheden in andere contexten toe te passen (Kok et al., 2015; De Wit, Moonen & Douma, 2011; Zoon, 2015).

Netwerk versterken

Onderzoekers raden aan om te investeren in strategieën om ouders met een LVB toegang te geven tot niet-professionele sociale netwerken (Mildon et al., 2003). Binnen HouVast-w is veel aandacht voor het tot stand brengen van een duurzaam steunend netwerk. De HouVast-werker brengt met het gezin het netwerk in kaart en onderzoekt met hen wie betrokken kunnen worden. Het netwerk wordt nauw betrokken bij de ondersteuning van het gezin door middel van geregelde netwerkbijeenkomsten. Ook onderhoudt de HouVast-werker contacten met belangrijke (professionele) personen rondom het gezin, en biedt ondersteuning bij het (blijvend, langdurig) ondersteunen van het gezin. De HouVast-werker bewaakt de afstemming en realiseert gezamenlijkheid in de aanpak en de benadering door zorgcoördinatie te bieden en de regierol op zich te nemen. Doordat de HouVast-werker langdurig betrokken is bij het gezin kan hij zorgdragen voor het duurzaam ondersteunen en versterken van het netwerk.

Recent onderzoek naar de stand van de transitie van de zorg, waaronder de jeugdzorg, (Bredewold, Duyvendak, Kampen, Tonkens & Verplanke, 2018) laat zien dat de verwachtingen over de inzet van het netwerk bij het ontwikkelen van beleid mogelijk te hoog gespannen zijn geweest. Het sociaal netwerk heeft minder mogelijkheden dan verwacht en hulpvragers willen hun naasten vaak niet vragen om (nog meer) hulp te verlenen, omdat dat de relatie uit evenwicht zou kunnen brengen. Een emotioneel appel op het inzetten van het sociale netwerk door professionals riep emoties op van schuld, schaamte en trots. In HouVast-w wordt de inzet van het netwerk altijd gezien als aanvullend en wordt gezocht naar mogelijkheden zonder daarin voorbij te gaan aan de wensen van ouders.

Wrap around care

Door de juiste ondersteuning naar het gezin toe te brengen (in plaats van problemen te 'exporteren'), het perspectief van het gezin en het netwerk op wat nodig is zwaar te laten tellen en als team samen te werken met gezin, netwerk en ondersteunende professionals (het wrap-around-care-model) wordt het steunend vermogen van het netwerk vergroot. De kracht van wrap around care zit volgens verschillende onderzoekers in de combinatie van gezinsondersteuning en zorgcoördinatie dat zich richt op het vergroten van de regie van het gezin over de eigen situatie. Hoewel kwantitatief onderzoek naar wrap around care lastig is doordat elementen niet geïsoleerd onderzocht kunnen worden, zijn er wel aanwijzingen die een duidelijke afname van problemen op korte termijn laten zien en zijn er vele positieve praktijkbeschrijvingen. Wrap around care wordt over het algemeen gezien als een veelbelovende aanpak (Zoon & Berg-le Clercq, 2013).

Netwerkbijeenkomsten

In HouVast is de samenwerking tussen het natuurlijke sociale netwerk van het gezin en professionals een speerpunt. In netwerkbijeenkomsten zorgt de HouVast-werker ervoor dat professionals en mensen uit het sociale netwerk gelijkwaardige gesprekspartners kunnen zijn. De HouVast-werker vormt samen met de ouders de verbindende schakel. In de hoofdstrategie 'Handje Helpen' wordt het aandeel van het professionele en het sociale netwerk in de uitvoering van het HouVast-plan geformaliseerd.

Subdoel 3: Ouders voelen zich competent in 'goed genoeg' opvoeden

Aan dit subdoel wordt gewerkt door de ouders te ondersteunen bij praktische opvoedvaardigheden, de ondersteuning van de ouders in de opvoeding te versterken en door de stem van het kind en diens kijk op de gezinssituatie te horen.

Praktische opvoedvaardigheden

Goede opvoedvaardigheden worden gekenmerkt door het bieden van een veilige en stimulerende omgeving, laten leren door positieve ondersteuning, aansprekende discipline hanteren, realistische verwachtingen van het kind hebben en goed voor jezelf als ouder zorgen. Positief opvoeden draagt bij aan de preventie van (ernstige) emotionele- en gedragsproblemen bij kinderen door het bevorderen van competent ouderschap en zelfvertrouwen van ouders. Positief opvoeden is gericht op competentere opvoedingsgedrag van ouders bij het omgaan met gedrags- en faseproblemen, minder gebruik van dwingende en negatieve disciplinevormen, betere communicatie over opvoedingskwesaties tussen ouders onderling en tussen ouders en kind en minder opvoedingsstress. Diverse (inter)nationale onderzoeken laten positieve resultaten zien van positief opvoeden zoals uitgevoerd in het programma Triple P (De Vries, 2005). Ouders met een LVB trekken bij probleemgedrag van hun kinderen in het algemeen hun eigen opvoedvaardigheden niet in twijfel. Zij blijken vaak impliciete behoefte aan ondersteuning te hebben die met name gericht is op het gedrag van hun kinderen (Meppelder et al., 2014). De HouVast-werker is zich hiervan bewust en kiest bij het ondersteunen van opvoedvaardigheden altijd de zorgen van de ouders over het gedrag van hun kind als primair vertrekpunt. In HouVast-w wordt ingezet op het ondersteunen van de opvoedvaardigheden en het doen toenemen van het zelfvertrouwen van ouders vanuit het verbeterde gedrag van het kind. Wanneer de grenzen worden bereikt van wat ouders (op dit moment) kunnen leren, wordt gezocht naar compensatie vanuit het netwerk, of wordt aanvullende hulp ingezet. Denk hierbij bijvoorbeeld aan psychomotore therapie, sociale vaardigheidstraining voor het kind, bewindvoering voor de ouder of mediation bij conflicten tussen ex-partners. Steeds is het uitgangspunt dat 'goed genoeg' opvoeden wordt gezien vanuit de optelsom van wat ouders zelf kunnen, aangevuld met wat er aan steun rondom het gezin georganiseerd kan worden.

Onderzoek laat zien dat ouders met een LVB kunnen profiteren van opvoedondersteuning en dat hun opvoedvaardigheden vergroot kunnen worden, waarmee de veiligheid, gezondheid, de cognitieve ontwikkeling en het welzijn van hun kinderen kunnen worden gestimuleerd (Hodes, Kef, Schuengel & Meppelder, 2012). Een recent review concludeert dat er zwak wetenschappelijk bewijs is dat vooral moeders met een LVB in staat zijn tot adequaat ouderschap als ze de juiste ondersteuning en training krijgen om ouderschapsvaardigheden aan te leren (onder meer middels het in Nederland ontwikkelde en onderzochte VIPP-LD). Er is aangetoond dat ouderlijke stress kan afnemen door een goed programma, en dat goede interactie tussen moeder en kind tot stand kan komen door een goede interventie (Coren, Ramsbotham & Gschwandtner, 2018). Onderzoek laat zien dat ouders vooral vaardigheden laten zien rondom basale verzorging en veiligheid, voeding en 'problemen oplossen' en dat een positieve ouder-kind-interactie het hanteren van het gedrag van het kind verbetert (Feldman, 2010). Fysieke verwaarlozing en onderstimulatie kunnen daarmee voorkomen worden. Dat is minder duidelijk voor emotionele verwaarlozing en mishandeling. Uit onderzoek is nog weinig bekend over de mogelijkheden om sensitiviteit en responsiviteit van ouders met een LVB te vergroten.

Versterken van ondersteuning van de opvoeding

Ouders met een LVB hebben vaak weinig toegang tot ondersteuning bij de opvoeding vergeleken met ouders zonder beperking. In veel gevallen hebben ze zelf geen positief rolmodel aan hun eigen ouders,

zeker niet als ze als kind uit huis geplaatst zijn geweest. Ze hebben minder toegang tot populair educatief materiaal (tijdschriften, boeken, websites) over zwangerschap en ouderschap doordat ze moeite hebben deze informatie te begrijpen. Ook is het netwerk van ouders met een LVB kleiner, waardoor ze op minder bevestiging en praktische, informele steun kunnen rekenen (McConnell et al., 2010). De HouVast-werker zet HouVast-w in om de ondersteuning van de ouders in de opvoeding te versterken en is ondersteunend op de achtergrond aanwezig om de opvoedbelasting en -stress te verminderen. Zo ondersteunt en stimuleert de HouVast-werker de toegang tot voorzieningen in de wijk zoals voorschoolse activiteiten, het buurthuis, de speeltuinvereniging, bibliotheek of sportclub. Ook biedt de HouVast-werker eenvoudige opvoedadviezen en hulp bij de toegang tot opvoedinformatie. De HouVast-werker sluit hierbij aan bij de problemen in de opvoeding die de ouders ervaren.

Stem van het kind

De intermediaire doelgroep van HouVast is gedefinieerd als 'ouders met een LVB'. De HouVast-werker heeft echter ook een direct lijntje met de kinderen. Kinderen van ouders met een LVB lopen het risico om ongezien te blijven bij hulpverleners, zeker wanneer hun gedrag niet problematisch is. Veel van de kinderen zijn zeer loyaal ten opzichte van hun ouders (Kalthoff, 2015). HouVast-w is een gezinsinterventie. Er is directe aandacht voor de kinderen doordat elk halfjaar met het gezin en de belangrijke mensen rondom het gezin (dus bijvoorbeeld ook de leerkracht) in kaart wordt gebracht wat goed gaat, wat de zorgen zijn en wat er moet gebeuren. Ook met de kinderen wordt in kaart gebracht hoe zij de situatie beleven. Hiertoe wordt gebruik gemaakt van 'de drie huizen', een uit Signs of Safety afkomstig hulpmiddel.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Titel

Lever, M., Voortman, K. & Nieuwenhuijzen, M. van (2018). De ervaringen van werkers en ouders met de waakvlamvariant van de interventie HouVast.

Type onderzoek

Het betreft een gedeeltelijke procesevaluatie bij een kleine groep ouders (n=11) en werkers (n=11). Er is een gemengde methodeaanpak gebruikt waarbij data is verzameld via een zelfevaluatievragenlijst en een interview bij werkers, een semigestructureerd interview bij ouders, een focusgroepbijeenkomst met ouders en een focusgroepbijeenkomst met sleutelfiguren vanuit de betrokken organisaties.

Onderzoeksvragen waren:

1. Wordt de waakvlamfunctie van HouVast uitgevoerd zoals bedoeld?
2. Hoe wordt de inzet van HouVast-w door uitvoerders en gezinnen ervaren en gewaardeerd?

Samenvatting van de uitkomsten

Als antwoord op de eerste onderzoeksvraag kan gesteld worden dat de zelfevaluatie van de HouVast-werkers laat zien dat zij de kernelementen van HouVast in grote mate opnemen in hun werkwijze en aanpak. HouVast-werkers geven aan dat het ze lukt om partnerschap met de ouders tot stand te brengen. De insteek op wat goed gaat is duidelijk herkenbaar en lijkt met zich mee te brengen dat het gesprek over de zorgen beter kan worden gevoerd. Ook de focus op het concreet werken aan opvoedvaardigheden komt naar voren. De samenwerking met het netwerk blijkt iets moeilijker tot stand te komen. Mogelijk zijn de verwachtingen over de hulp en steun die door het netwerk geboden kunnen worden te hoog gespannen. Met betrekking tot de programma-integriteit kan de bevinding dat HouVast-werkers onderdelen van HouVast-w soms naar eigen inzicht wel of niet uitvoeren en aanvullen met werkwijzen en tools vanuit andere methodieken als aandachtspunt aangemerkt worden. Meer scherpheid en duidelijkheid hierin zal de programma-integriteit vergroten en meer richting geven aan het bieden van maatwerk dat in elk gezin noodzakelijk blijft.

Het onderzoek laat een positief beeld zien op de tweede onderzoeksvraag, zowel bij ouders als bij HouVast-werkers. HouVast-werkers vertellen baat te hebben bij de technieken die zij aangeleerd hebben. Zij zijn enthousiast over de positieve insteek van HouVast-w en merken in de praktijk hoe hen dat helpt in de uitvoering van hun werk. Meerdere HouVast-werkers geven er blijk van dat zij vanuit een verschoven basisattitude werken, waarbij zij meer regie aan het gezin en het netwerk laten. Het lukt hen in sterkere mate om vanuit partnerschap met ouders tot verandering te komen en tegelijkertijd helder te zijn over de zorgen. De mate waarin HouVast-werkers ook in moeilijkere situaties vanuit een vraaggerichte, oplossingsgerichte en op groei gerichte basisattitude kunnen werken en ook ingewikkelder vraagtechnieken kunnen hanteren, lijkt wisselend. Aandacht voor verdere implementatie en structurele scholing zijn noodzakelijk.

De ervaringen van ouders bevestigen dit positieve beeld dat HouVast-werkers schetsen. Uit het onderzoek komt naar voren dat ouders over het algemeen te spreken zijn over de begeleiding. Ouders zijn positief over de oplossingsgerichte attitude van de HouVast-werker en ze ervaren een vorm van partnerschap. Ze waarderen de focus van de HouVast-werker op de veiligheid en het welzijn van hun kinderen. Ze zien hem/haar als een deskundige meedenker die adviseert, hen bijstaat, tips geeft en praktische dingen kan regelen. Ze zijn tevreden over de manier waarop hun autonomie erkend wordt. De ouders herkennen dat de betrokkenheid van de HouVast-werker een planmatig karakter heeft, maar zijn niet altijd even bewust van de doelen waaraan gewerkt wordt. Opvallend is dat de ouders in de focusgroepbijeenkomst een duidelijke mening ventileren over de wijze waarop HouVast-werkers zich het beste met hen zou kunnen

‘bemoeien’, en hoe ook niet. In hun zienswijze geven de ouders een waardevolle aanvulling op wat daarover in HouVast-w beschreven is.

Vanuit het onderzoek zijn aanbevelingen gedaan met betrekking tot de uitvoering van HouVast-w door de uitvoeringsorganisaties, Deze richten zich onder meer op:

- Versteving van de implementatie.
- Het versterken van de parallelle processen.
- Het borgen en levendig houden van de interventie middels een blijvend scholingsplan.

Ook zijn aanbevelingen geformuleerd aan de ontwikkelaar in samenwerking met de veldpartners met betrekking tot de doorontwikkeling van de methodiek en de training. Deze richten zich onder meer op:

- Het voorzien in duidelijkheid in welke methodieken of interventies aanvullend op HouVast-w kunnen worden ingezet om tot maatwerk te komen.
- Het verkennen van de wenselijkheid om een aanvulling te schrijven voor de begeleiding van kinderen vanaf 12 jaar.
- Aanscherping van het portfolio met betrekking tot de mindset.
- Aanscherping van het handboek rondom het thema ‘bemoeien’.
- Aanpassing van de beschrijving van de 24-uurs bereikbaarheid.
- Het ontwikkelen van aanvulling op het trainingsaanbod.

De aanbevelingen voor de uitvoeringsorganisaties zijn intern voorgelegd en worden meegenomen in planvorming. De aanbevelingen met betrekking tot doorontwikkeling en training zijn deels verwerkt en worden deels opgenomen in de plannen van het samenwerkingsverband.

Vanuit de beperkingen van het onderzoek (onder andere de kleine N) zijn aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek. Plan is om in de nabije toekomst een volledige procesevaluatie uit te voeren bij een grotere steekproef, waarbij ook naar het bereik en de succes- en faalfactoren gekeken zal worden. Ook zal de uitvoering van specifieke elementen van HouVast-w worden gemonitord.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Niet van toepassing: er is geen effectonderzoek verricht naar HouVast-w.

4.3 Praktijkvoorbeeld

Dit is een voorbeeld van de uitvoering van HouVast-w. De casus is geanonimiseerd en feiten die het gezin herkenbaar maken zijn veranderd.

De familie B

De familie B staat te boek als een multiprobleem gezin. Het is het gezin van een Surinaamse alleenstaande moeder, Sharon. Moeder Sharon functioneert op het niveau van iemand met een LVB. Ze heeft vijf kinderen, variërend in de leeftijd van 15 tot 3 jaar. Tenminste drie kinderen functioneren ook op LVB-niveau. De twee vaders van de kinderen zijn beiden uit beeld. Moeder Sharon komt uit een grote familie: zes tantes zijn veel betrokken bij het gezin, de oma woont in Suriname. Het gezin is al langere tijd in beeld bij steeds wisselende hulpverleners. Vier jaar geleden nemen de zorgen toe. Moeder Sharon werkt steeds minder samen met de hulpverlening, ze komt afspraken niet na, doet de deur niet open en komt niet op gesprekken met school. Er zijn grote schulden. De tweede zoon geeft overlast op straat. Er is veel schoolverzuim, de verzorging van de kinderen laat te wensen over en de impulsiviteit van moeder leidt tot onveilige situaties. Meest zorgelijke incident: moeder Sharon vat het plan op om met de drie jongste kinderen en haar nieuwe vriend naar Suriname te verhuizen. Voor twee kinderen heeft ze onderdak gevonden bij een tante, haar oudste dochter van 16 wil ze onderbrengen bij een huisvriend van 19 jaar, die eerder vast had gezeten wegens drugs dealen. Hoewel moeder Sharon haar plan geheimhoudt voor school en hulpverlening lekt het op de valreep uit. De Raad doet onderzoek en de zorgen zijn zo groot dat overwogen wordt om de vijf kinderen uit huis te plaatsen. Er wordt een ondertoezichtstelling uitgesproken. Omdat moeder Sharon de rechter belooft om samen te

Het samenwerkingsverband effectieve interventies bestaat uit NJi, CGL, NISB, NCJ, Movisie, Trimbos en Vilans.

HouVast-w is erkend als Goed onderbouwd door deelcommissie Gehandicaptenzorg d.d. 12/03/2019 onder begeleiding van Vilans.

werken met de hulpverlening blijven de kinderen thuis wonen en wordt intensieve hulp in de vorm van HouVast-i ingezet. Na afsluiting van de OTS en twee keer een half jaar HouVast-i wordt afgeschaald naar HouVast-w. Vanuit HouVast-w wordt nu gemiddeld nog ruim een uur per week ondersteuning geboden (plus 2 tot 3 uur praktische ondersteuning bij onder andere administratie en huishouding). De kinderen gaan naar school, de samenwerking tussen moeder Sharon en de hulpverlening verloopt positief en de zorgen over het gezin zijn, hoewel niet verdwenen, te overzien.

Partnerschap

De werker die HouVast-w uitvoert, Annemarie, bewaakt het 'goed genoeg' van de opvoedsituatie door te werken vanuit partnerschap, niet te oordelen en aandacht te geven aan wat er goed gaat. Het wantrouwen dat moeder Sharon ten opzichte van hulpverlening had, verdwijnt langzaam maar zeker en er ontstaat vertrouwen tussen moeder Sharon en Annemarie. Dat maakt dat moeder Sharon over haar zorgen kan praten en dat alles open op tafel ligt. Doordat er vertrouwen is kunnen ook lastigere onderwerpen besproken worden, zoals anticonceptie en huiselijk geweld.

Moeder Sharon weet dat de HouVast-werker Annemarie open is over alle zorgen, ook de zorgen van mensen om het gezin heen. Die worden immers met het gezin en het netwerk op flaps geschreven in de drie kolommen. Moeder Sharon weet dat er geen andere dingen spelen en dat er niets besproken wordt waar zij geen weet van heeft: alles is transparant. Moeder Sharon ervaart dat Annemarie haar niet veroordeelt en ze weet precies hoe Annemarie tegen de situatie aankijkt. Ook als moeder Sharon onhandige beslissingen neemt. Annemarie kan die situaties best hard en confronterend met haar bespreken omdat de basis van vertrouwen daar stevig genoeg voor is. Als moeder Sharon ergens mee zit dan zoekt ze Annemarie op.

Accepteren van hulp

Annemarie bevestigt moeder Sharon in haar moederhart, dat goed voor de kinderen wil zorgen. En ze bespreekt heel duidelijk wanneer iets niet goed genoeg is. Annemarie heeft bijvoorbeeld in een gezamenlijk proces met moeder Sharon uitgezocht dat het moeder Sharon niet lukt om goed te zorgen voor de tweede zoon, die gedragsproblemen vertoont. Moeder Sharon kan hem niet genoeg de baas. Uiteindelijk is het de beslissing van moeder Sharon geweest om dit kind uit huis te plaatsen (Handje Helpen). Hij komt nu vaak thuis in de weekenden en vakanties en blijft deel uitmaken van het gezin. Annemarie biedt moeder Sharon de ruimte voor haar verdriet hierover.

Moeder Sharon vindt het goed als Annemarie of één van haar tantes meegaat naar afspraken met bijvoorbeeld de woningbouw of andere instanties. In het gesprek met de WMO-consulent, waar de indicatie voor de ondersteuning wordt besproken, legt Annemarie bijvoorbeeld uit dat ondersteuning van moeder Sharon bij het herinneren aan afspraken met school niet iets is wat moeder Sharon (op dit moment) kan leren. De WMO-consulent heeft deze toelichting van Annemarie nodig om de passende indicatie te stellen. Zo is Annemarie, met instemming van moeder, de vertaler tussen haarzelf en de ingewikkelde buitenwereld (Handje Helpen).

Versterken opvoedvaardigheden

Moeder Sharon heeft gewerkt aan het vergroten van haar opvoedvaardigheden. Zo heeft ze geleerd om de kinderen op tijd naar school te krijgen. Dit is intensief met haar geoefend door het eerst voor te doen, later samen te doen en uiteindelijk zelf te doen (Hand In Hand). Annemarie heeft nu samen met moeder Sharon een lijntje met de scholen van de kinderen om in de gaten te houden of dit goed blijft gaan (In Eigen Hand).

Annemarie bespreekt met moeder Sharon hoe ze haar dochter kan stimuleren om naar therapie te blijven gaan in verband met traumaverwerking, ook als de dochter eigenlijk niet meer wil gaan. Moeder Sharon is geneigd om het op te geven ('Laat maar, ze wil niet meer'). Annemarie komt erachter dat moeder eigenlijk niet weet niet wat ze kan doen om haar dochter te stimuleren om te blijven gaan. Annemarie

doordenkt met moeder Sharon wat haar dochter nodig heeft om toch naar therapie te gaan en zo lukt het moeder Sharon om haar dochter daartoe te bewegen (In Eigen Hand).

Opbouwen ondersteunend netwerk

De tantes ondersteunen het gezin in praktische zin door de kinderen geregeld op te vangen. Ook ondersteunen ze het gezin emotioneel, bijvoorbeeld wanneer moeder Sharon relatieproblemen heeft. Er is een bewindvoerder voor de financiën en er is wekelijks ondersteuning in de huishouding. De buurman helpt bij klusjes in huis (allemaal vormen van Handje Helpen). Annemarie bekijkt met moeder Sharon hoe alle ondersteuning loopt en wat er misschien anders kan of moet. Annemarie kent de familie en het netwerk, en zij kennen haar. Annemarie biedt als het nodig is steun aan het netwerk. Er is wederzijds vertrouwen. Alle contacten met het netwerk zijn open voor moeder Sharon en alle zorgen liggen transparant op tafel. De mensen om het gezin heen zorgen dat de problemen niet groter worden doordat moeder Sharon de situatie soms niet overziet. Als er bijvoorbeeld een bekeuring ligt die moeder Sharon wil negeren, dan bespreekt tante of de buurman met moeder Sharon wat er gebeurt als ze niet betaalt.

Resultaat van de inzet van HouVast-w bij de familie B op dit moment

- Vier van de kinderen wonen thuis.
- Moeder kan hulp iets beter accepteren en schakelt zelf vaker actief hulp in.
- Er is een stevig ondersteunend netwerk dat onderling goed samenwerkt.
- Moeder krijgt steun bij nieuwe opvoedvaardigheden.
- De gezinssituatie is 'goed genoeg'.
- Het gezin wordt niet langer aangemerkt als een multiprobleemgezin.
- Er is continuïteit van zorg, in plaats van een bonte stoet hulpverleners die vanuit allerlei verschillende interventies, ieder met hun eigen jargon en eigen aandachtsgebied, zich met het gezin bezighoudt.

5. Samenvatting Werkzame elementen

1. Uitvoering in de eigen leefomgeving.
2. Langdurig, continu houvast.
3. Gericht op partnerschap met ouders.
4. Aansluitend op de specifieke leerbehoefte van ouders met een LVB.
5. Oefenen van concrete vaardigheden.
6. Aandacht voor wat goed gaat, empowerment, positieve feedback.
7. Gericht op het benutten van sociale steun.
8. Verbindt het sociale met het professionele netwerk.
9. Ondersteuningsstructuur voor uitvoerders.

De werkzame elementen van HouVast sluiten aan bij de ‘gouden standaard’ die vanuit vergelijking van bestaande IPT-interventies is geformuleerd, te weten: in de directe leefomgeving, met een intensieve contactfrequentie, vanuit empowerment, met aandacht voor het opbouwen van een werkrelatie, gericht op het trainen van opvoedvaardigheden en het versterken van het sociale netwerk, met een specifieke opleiding en periodieke werkbegeleiding (Van der Steege, 2007). De werkzame elementen sluiten tevens aan bij literatuur over wat werkt bij multiprobleemgezinnen (Holwerda et al, 2014; Zoon & Van der Steege, 2015).

6. Aangehaalde literatuur

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Aunos, M., & Feldman, M. (2007). Parenting by people with intellectual disabilities. In: Brown, I. & Percy, M. (red.), *A Comprehensive Guide to Intellectual & Developmental Disabilities* (pp. 595 - 606). Baltimore / London / Sydney: Brookes.
- Baart, A. (2001). *Een theorie van de presentie*. Den Haag: Lemma.
- Bartelink, C. (2018). *Dilemmas in child protection. Methods and decision-maker factors influencing decision-making in child maltreatment cases*. Dissertation. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Bartelink, C. (2012). *Wat werkt bij het versterken van het sociale netwerk van gezinnen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Beer, Y. de (2016). *Kompas Licht Verstandelijke Beperking. Definitie, aspecten en ondersteuning*. Amsterdam: SWP.
- Berge, I. ten (2008). *Instrumenten voor risicotaxatie in situaties van (vermoedelijke) kindermishandeling. Notitie op verzoek van de MOgroep jeugdzorg*. Utrecht: NJi. Download van <https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Risicotaxatie-instrumenten-definitief-1dec08.pdf> op 21-01-2019.
- Besten, F. den (2016). *HouVast: vasthouden aan wat werkt. Goede praktijken van HouVast in beeld gebracht*. Onderzoeksverslag. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
- Booth, T., & Booth, W. (2005). Parents with learning difficulties in the child protection system. Experiences and perspectives. *Journal of Intellectual Disabilities*, 9(2), 109-129.
- Boendermaker, L. (2012). Richtlijnen voor behandelintegriteit. *Kind en adolescent*, 33(3), 160-163.
- Bredewold, F., Duyvendak, J. W., Kampen, T, Tonkens, E. & Verplanke, L. (2018). *De verhuizing van de verzorgingsstaat. Hoe de overheid nabij komt*. Amsterdam: Van Genneep.
- Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological systems theory. In R. Vasta (Ed.), *Annals of child development*, 6, 187-249, Greenwich, CT: JAI Press.
- Burik, A.E. van, Persoon, A.M. & Boeser, A.J.H. (2012). *Rapportage MPG monitor Stadsregio Amsterdam. Tweede afname*. Woerden: Van Montfoort.
- Buyse, W., Hilhorst, N., & Broeders, A. (2010). *Gezinsbegeleiding in vrijwillig en gedwongen kader*. Amsterdam: DSP-groep BV.
- Carulla, L. S., Reed, G. M., Vaez-Azizi, L. M., Cooper, S. A., Leal, R. M., Bertelli, M., et al. (2011). Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for 'mental retardation/intellectual disability' in ICD-11. *World Psychiatry*, 10(3), 175-180, doi: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00045.x
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2013). *StatLine: Grootte en samenstelling van, en positie in het huishouden*. Den Haag/Heerlen: CBS.

- Coren, E., Thomae, M., & Hutchfield, J. (2011). Parenting training for intellectually disabled parents: A cochrane systematic review. *Research on Social Work Practice*, 21(4), 432-441.
- Coren, E., Ramsbotham, K. & Gschwandtner, M. (2018). Parent training interventions for parents with intellectual disability. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018;(7).
- Crnic, K. A., Neece, C. L., McIntyre, L. L., Blacher, J., & Baker, B. L. (2017). Intellectual disability and developmental risk: Promoting intervention to improve child and family well-being. *Child development*, 1, doi: 10.1111/cdev.12740.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2008). *Self-Determination Theory: A macrotheory of human motivation, development, and health*. *Canadian psychology*, 49(3), 182-185.
- Dekker, M. D. (2014). *Een narratieve review en meta-analyse naar de meest effectieve cognitieve en/of gedragsinterventies of behandelmethoden voor LVB-jongeren met externaliserende gedrags- en/of psychiatrische problematiek*. Thesis. Utrecht: Universiteit Utrecht, Faculty of Social and Behavioral Sciences.
- Embregts, P. (2013). *Professional blijft belangrijk in netwerkgericht werken met LVB-clienten*. Download van <http://www.dewijkin.nl/tag/netwerkgericht-werken-2/> op 28-06-2013.
- Faureholm, J. (2010). Children and their life experiences. In: G. Llewellyn, R. Traustadóttir, D. McConnell & H.B. Sigurjónsdóttir (red.), *Parents with intellectual disabilities. Past, present and futures* (pp. 63-78). Chichester: Wiley - Blackwell.
- Feldman, M. A. (1994). Parenting education for parents with intellectual disabilities: A review of outcome studies. *Research in developmental disabilities*, 15(4), 299-332.
- Feldman, M. (2010). Parenting education programs. In: G. Llewellyn, R. Traustadóttir, D. McConnell & H.B. Sigurjónsdóttir (red.), *Parents with intellectual disabilities. Past, present and futures* (pp. 121 - 136). Chichester: Wiley - Blackwell.
- Feldman, M. A., & Tahir, M. (2016). Skills training for parents with intellectual disabilities. In N. N. Singh (Ed.), *Handbook of evidence-based practices in intellectual and developmental disabilities* (pp. 615 - 631). Cham: Springer International Publishing.
- Granqvist, P., Forslund, T., Fransson, M., Springer, L & Lindberg, L. (2014). *Mothers with intellectual disability, their experiences of maltreatment, and their children's attachment representations: a small-group matched comparison study*. Download van <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14616734.2014.926946> op 16-06-2014.
- Green, H., & Parker, S. (2006). The other glass ceiling. In: Cardol, G. (2012). *Eerst denken en dan doen. Over het versterken van de eigen kracht van gezinnen en het beter benutten van het sociale netwerk*. Heerlen: Zuyd Onderzoek.
- Hodes, M.W. (2017) *Testing the effect of parenting support for people with intellectual disabilities and borderline intellectual functioning*. Dissertation. Amsterdam / Sliedrecht: VU University / ASVZ.
- Hodes, M., Kef, S., Schuengel, C & Meppelder, M. (2012). *VIPP-LD: A promising video feedback intervention program for parents with an intellectual disability*. Download van http://www.watwerktvoorouders.nl/docs/WAW/IASSID_juli2012/iassid5.pdf op 09-12-2014.

- Holwerda, A., Jansen, D.E.M.C., & Reijneveld, S.A. (2014). *De effectiviteit van hulpverlening aan multiprobleemgezinnen: een overzicht*. Groningen: UMCG.
- Jelsma, A., Dijke, A. van, Nijland, J., Ruiter, E. de & Terpstra, L. (2016). Huidige aanpak kindermishandeling ontoereikend voor gezinnen met complexe problematiek. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 55 (3-4), 65-72.
- Joha, D. (2004). *Ouders met een verstandelijke beperking. Een praktijkstudie*. Utrecht: LKNG/NIZW.
- Joha, D., Gerards, G., Nas, M., Gendt, J. van, & Kersten, M. (2006). *Ondersteuning van ouders met een verstandelijke beperking. Een overzicht van methodieken*. Den Haag: Lemma.
- Kalsbeek, A. (2008). *Oorzaken van het ontstaan van multiprobleemgezinnen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Download van <http://nji.nl/eCache/DEF/1/09/642.html> op 30-07-2013
- Kalthoff, H. (2015). *Verstandelijk beperkte ouders. Wat betekent het voor een kind om verstandelijk beperkte ouders te hebben?* Utrecht: NJi.
- Kaal, H. L., Nijman, H. & Moonen, X. (2013). *SCIL; screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking; Handleiding*. Amsterdam: Hogreve Uitgevers.
- Kimpe, de, J., Kef, S. & Schuengel. C. (2012). *Experiences of social network members of mothers with intellectual disabilities. Presentatie IASSID congres*. Download van <http://www.watwerktvoorouders.nl/docs/WAW/iassid3.pdf> op 10-08-2014.
- Klerk, M. de et al. (2012). *“Zorgen voor meervoudige problemen. Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg ten behoeve van het advies “De bomen en het bos: de patiënt, zijn vraag en het landschap”*”. Den Haag: RVZ.
- Kok, L., van der Waa, A., Klip, H., & Staal, W. (2015). The effectiveness of psychosocial interventions for children with a psychiatric disorder and mild intellectual disability to borderline intellectual functioning: A systematic literature review and meta-analysis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 21(1), 156-171, doi: 10.1177/1359104514567579
- Lamont, A. & L. Bromfield (2009). Parental intellectual disability and child protection: Key issues. *NCPC Issues* No. 31, 2009. Download van <http://www.aifs.gov.au/nch/pubs/issues/issues31/issues31.html> op 28-07-2014.
- Lever, M. (2006). *Mee in de hel en voor de duivel niet bang*. Diemen: Expertisecentrum Jeugdzorg - Gehandicaptenzorg William Schrikker.
- Lever, M. & Boertjes, M. (2006). Zij zegt: ‘Je bent een goeie moeder’. De verstandelijk beperkte ouder en de gezinsvoogd in gesprek: een interculturele uitdaging. In: Nijnatten, C. van, Mildenberg, M. & Groot, R. de (red). *Communicatie. Fundament van de Orthopedagogiek*. Utrecht: Agiel.
- Llewellyn, G., & Gustavsson, M. (2010). Understanding community in the lives of parents with intellectual disabilities. In: G. Llewellyn, R. Traustadóttir, D. McConnell & H.B. Sigurjónsdóttir (red.), *Parents with intellectual disabilities. Past, present and futures* (pp. 79 - 94). Chichester: Wiley - Blackwell.
- McConnell, D., Llewellyn, G., & Ferronato, L. (2000). *Parents with a disability and the NSW Children’s Court*. Sydney: University of Sydney.

- McConnell, D., & Sigurjónsdóttir, H. B. (2010). Caught in the child protection net. In: G. Llewellyn, R. Traustadóttir, D. McConnell & H.B. Sigurjónsdóttir (red.), *Parents with intellectual disabilities. Past, present and futures* (pp. 172-187). Chichester: Wiley - Blackwell.
- McConnell, D., Llewellyn, G., Traustadóttir, D & Sigurjónsdóttir, H. B. (2010). Conclusion: Taking stock and looking to the future. In: G. Llewellyn, R. Traustadóttir, D., McConnell & H.B. Sigurjónsdóttir (red.), *Parents with intellectual disabilities. Past, present and futures* (pp. 241-262). Chichester: Wiley - Blackwell.
- Meppelder, M., Hodes, M.W., Kef, S. & Schuengel, C. (2014). Expecting change: mindset of staff supporting parents with mild intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 3260-3268. doi: 10.1016/j.ridd.2014.08.015.
- Meppelder, M., Kef, S., Hodes, M., & Schuengel, C. (2012). *Asking and accepting support in parents with intellectual disabilities*. Presentatie IASSID congres.
- Mildon, R., Matthews, J., & Gavidia-Payne, S. (2003). *Best practice in parenting education: Understanding and supporting parents with learning difficulties*. Victorian Parenting Centre, Melbourne, Australia.
- Montfoort, A. J. van, Slot, W., Perquin, N., & Lever, M. (2009). *Handboek Deltamethode gezinsvoogdij, methode voor de uitvoering van de ondertoezichtstelling van minderjarigen versie 3.0*. Utrecht: MOgroep Jeugdzorg.
- Nijkamp, R., Boendermaker, M., Snippe, J. & Bieleman, B. (2013). *Evaluatie pilot multiprobleemgezinnen Groningen. Derde meting gezinnen*. Groningen - Rotterdam: Intraval.
- Put, van der, C., Assink, M., & Stams, G J. (2015). *Actuarieel Risicotaxatie Instrument voor Jeugdbescherming (ARIJ). Eindrapport*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Rexwinkel, M. & Vliegen, N. (2011). Algemene en specifieke aspecten van ouder-kind behandeling. In: Rexwinkel, M., Schmeets, M., Pannevis, C. & Derkx, B. (Red). *Handboek infant mental health. Inleiding in de ouder-kindbehandeling*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Roeden, J.M. (2012). *Solution-focussed support of people with intellectual disabilities*. Dissertation. Schoorl: Pirola.
- Roeden, J.M., & Bannink, F. (2007). *Handboek oplossingsgericht werken met licht verstandelijk beperkte cliënten*. Amsterdam: Harcourt.
- Ruiter, W. de, Flikweert, D., & Ruigrok, H. (2007). *Kiezen delen*. Utrecht: Vilans.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Schuurman, M., Kröber, H. & Verdonshot, M. (2013). *Armoede bij mensen met een beperking. Resultaten van onderzoek naar oorzaken, gevolgen voor inclusie, preventie en benodigde ondersteuning*. Nieuwegein / Utrecht / Dordrecht: Kalliope Consult / Vilans / Inclusie.nu.
- Steege, M. van der (2007). *Intensieve Pedagogische Thuishulp komt tot wasdom*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

- Steege, M. van der (2009). Multiprobleemgezinnen. In: *Handboek kind en adolescent*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Steege, M. van der & Zoon, M. (2014). *Richtlijn multiprobleemgezinnen*. Utrecht: NJi.
- Teeuwen, M. (2012). *Verraderlijk gewoon. Licht verstandelijk gehandicapte jongeren, hun wereld en hun plaats in het strafrecht*. Amsterdam: SWP.
- Thompson, J. R., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. E., Schalock, R. L., Shogren, K. A., Snell, M. E., ... Yeager, M. H. (2009). Conceptualizing supports and the support needs of people with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47(2), 135-146, doi: 10.1352/1934-9556-47.2.135
- Traustadóttir, R. & Sigurjónsdóttir, H. B. (2010). Parenting and resistance: strategies in dealing with services and professionals. In: G. Llewellyn, R. Traustadóttir, D. McConnell & H.B. Sigurjónsdóttir (red.), *Parents with intellectual disabilities. Past, present and futures (pp. 172-187)*. Chichester: Wiley - Blackwell.
- Veerman, J. W., Janssens, J. M. A. M., & Delicat, J. W. (2004). *Opvoeden in onmacht, of...? Een meta-analyse van 17 methodieken voor intensieve pedagogische thuishulp bij normovertredend gedrag*. Nijmegen, KUN, ASCW/Praktikon.
- Vink, H., & Matthaei, H. (2009). *Adviesrapport LVG problematiek in de jeugdzorg van de stadsregio Amsterdam*. Amsterdam: Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling
- Vulpen, A. van, & Besten, C. den (2013). *Begeleid Ontdekkend Leren. Het Eigen Initiatiefmodel in zes stappen*. Amsterdam: Boom / Nelissen.
- Vries, J. N. de, Willems, D. L., Isarin, J., & Reinders, J. S. (2005). *Samenspel van factoren. Inventariserend onderzoek naar de ouderschapscompetenties van mensen met een verstandelijke handicap*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Vries, W. de, (juni 2005, update december 2008). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Triple P'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies op 08-08-2014.
- Wade, C., Llewellyn, G., & Matthews, J. (2008). Review of parent training interventions for parents with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(4), 351-366.
- Wade, C., Llewellyn, G., & Matthews, J. (2015). Parent mental health as a mediator of contextual effects on parents with intellectual disabilities and their children. *Clinical psychologist*, 19(1), 28-38, doi:10.1111/cp.12055
- Willems, D. L., Vries, J. N. de, Isarin, J., & Reinders, J. S. (2007). Parenting by persons with intellectual disability: An explorative study in the Netherlands. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(7), 537-544.
- Winter, M. de, Manshanden, J. G., San, M. R. J. R. S. van, Graas, T. A. M., & Ruiter, D. de (2012). *Ontzorgen en normaliseren. Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.

- Wit, M. de, Moonen, X., & Douma, J. (2011). *Richtlijn Effectieve Interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.
- Woittiez, I., Putman, L., Eggink, E. & Ras, M. (2014). *Zorg beter begrepen. Verklaringen voor de groeiende vraag naar zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Yperen, T. van, Steege, M. van der, Addink, A., & Boendermaker, L. (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg: Stand van discussie*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Zoon, M. & Steege, M. van der (2015). *Richtlijn multiprobleemgezinnen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Zoon, M. (2015) *Wat werkt bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking?* Geraadpleegd op 13 februari 2017, van http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/Watwerkt_LVB.pdf
- Zoon, M. & Berg-le Clercq, T., (2013). *Wat werkt in multi-probleemgezinnen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.