



## Bijlage

# HouVast, stut en steun voor gezinnen van ouders met een LVB

---

Deze bijlage hoort bij de beschrijving van de interventie HouVast, zoals die is opgenomen in de databank Effectieve Jeugdinterventies.

Meer informatie: [www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies)

---

Juli 2015

**Erkenning**

Erkend door Deelcommissie jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie d.d 11- 12- 2015

Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: Marcia Lever (Juli 201). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'HouVast'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van [www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies).

# Inhoud

Uitgebreide beschrijving .....	
1. Probleemomschrijving .....	4
2. Beschrijving interventie .....	8
3. Overeenkomsten en verschillen.....	16
4. Toegevoegde waarde.....	17
5. Onderbouwing .....	18
6. Uitvoering .....	27
7. Onderzoek naar praktijkervaringen .....	30
8. Onderzoek naar de effectiviteit .....	30
9. Aangehaalde literatuur .....	31

### 1. Probleemomschrijving

---

#### Probleem

Het hebben van een licht verstandelijke beperking (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 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. 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), is het hulpaanbod zeer beperkt.

Vaak is een ondertoezichtstelling of Raadsbemoeyenis nodig omdat de opvoedsituatie niet 'goed genoeg' is. Als sprake is van acute risico's lukt het om door middel van 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, omdat ondersteuning nodig blijft en de verwachting bestaat dat zonder die (professionele en informele) steun in combinatie met de vinger aan de pols door de jeugdzorgwerker-gezinsvoogd, opnieuw ernstige problemen 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 de 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. Er is onvoldoende zorgaanbod beschikbaar om de ondersteunende taak van de jeugdzorgwerker-gezinsvoogd, binnen het vrijwillige kader, over te nemen (Buysse, Hilhorst & Broeders, 2010; Vink & Matthaei, 2009). Dit maakt dat ondertoezichtstellingen steeds opnieuw worden verlengd, wat eigenlijk niet de bedoeling is van de dure, gedwongen en in principe tijdelijke maatregel.

Om het bestaande hiaat in het zorgaanbod te vullen is HouVast ontwikkeld. HouVast is een interventie die zich richt op het intensief ondersteunen van gezinnen waarbij een of beide ouders een LVB heeft of hebben, en wordt ingezet vanuit, en als vervolg op een ondertoezichtstelling (dwang) of in drang kader. HouVast wordt niet ingezet in crisissituaties als uithuisplaatsing dreigt en/of het gezin hulpverlening weigert. Dan is eerst bemoeienis vanuit de Raad voor de Kinderbescherming en eventueel de gecertificeerde instelling geïndiceerd. HouVast wordt ingezet als de zorgen ernstig en meervoudig zijn, maar basisveiligheid en basisverzorging op orde zijn, en wanneer er sprake is van (ten minste minimale) bereidheid tot medewerking.

De interventie HouVast is ingebed in een breder HouVast programma. Het totale HouVast programma omvat de interventie én een waakvlamfunctie. Nadat door middel van de interventie de opvoedsituatie verbeterd is tot een acceptabel niveau ('goed genoeg'), wordt, als dat nodig is, hulp voortgezet in een minder intensieve variant. Focus van deze waakvlamhulp is het bewaken van 'goed genoeg', het voorkomen van terugval, het stimuleren van gezin en netwerk om op peil te houden wat bereikt is, het coördineren van steun en het bijsprijngen wanneer het evenwicht wordt verstoord. Vanuit de waakvlamhulp kan, als dat geïndiceerd is, opnieuw de HouVast interventie worden opgestart. De interventie HouVast en de aansluitende waakvlamhulp vanuit het brede HouVast programma zorgen gezamenlijk voor langdurige en continue ondersteuning van het gezin.

Deze beschrijving focust op de *interventie* HouVast.

---

## **Spreiding**

Een goede raming maken van de omvang van de doelgroep van HouVast is complex. Binnen de jeugdzorg wordt niet gescreend op een LVB bij ouders. Het IQ van ouders is vaak onbekend. Bovendien lopen internationaal de definities van een LVB en de hantering van IQ grenzen uiteen. Statistisch gezien heeft 16% van de bevolking een IQ van 55-85 (De Beer, 2011). Niet ieder van hen heeft problemen. Niet ieder van hen is ouder. Niet alle ouders hebben thuiswonende kinderen. 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. 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 en bijkomende problematiek).

Nederlands onderzoek 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 (De Vries et al., 2005). Ook 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 biedt het kijken naar het aantal risico- of multiprobleemgezinnen, en het aantal gezinnen van ouders met een LVB daarbinnen. Bij het merendeel van deze gezinnen spelen problemen rondom de basisveiligheid, verzorging en opvoeding van de kinderen en dreigt (of bestaat) een OTS. 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 MPG gezinnen (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 waar zij tegenaan lopen 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 WSG-cliënten (op ruim 6500 kinderen met een OTS of VOTS in 2012) het vermoeden dat er ook sprake is van een verstandelijke beperking (Teeuwen, 2012).

---

## **Gevolgen**

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 overlast in de buurt of het vertonen van crimineel gedrag. Tevens kan het gebrek aan passende 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 kunnen ontvangen (Vink & Matthaei, 2009; McConnell & Sigursjónsdóttir, 2010). Soms worden ondertoezichtstellingen steeds verlengd. Met het verlengen van de ondertoezichtstelling ontstaat feitelijk oneigenlijk gebruik van de dure, en in principe tijdelijke maatregel. Ook worden ouders en kinderen belast met de bijbehorende juridische procedures. In veel gezinnen van ouders met een LVB zijn problemen al generaties lang aan

de orde. Wanneer er op de juiste wijze ondersteuning geboden wordt kan dit preventief werken ten aanzien van de intergenerationele overdracht van problemen.

---

## 2. Beschrijving interventie

---

### 2.1 Doelgroep

---

#### **Uiteindelijke doelgroep**

HouVast is bedoeld voor thuiswonende kinderen in de leeftijd van 0 tot 23 jaar (al dan niet met een beperking) in gezinnen van (een) ouder(s) met een LVB waarbij sprake is van (dreigende) opvoed- en opgroei-problematiek. De gezinnen kenmerken zich door tekortschietende opvoedvaardigheden van de ouder(s). Daarnaast is bij veel gezinnen sprake van een wisselende of beperkte bereidheid om steun te accepteren, en/of de afwezigheid van een sterk sociaal netwerk.

---

#### **Intermediaire doelgroep**

Zij

HouVast is een gezinsinterventie die zich richt op de ouder(s) met een LVB. Onder een LVB bij (een van) de ouder(s) wordt verstaan:

- een IQ score tussen 50/55 en 70
- een beperkt sociaal aanpassingsvermogen en
- bijkomende problematiek (zoals leerproblemen, een psychiatrische stoornis, medisch -en organische problemen en of problemen in gezin en sociale context).

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 deze werkdefinitie, om te bepalen of de ouder profijt heeft van de speciale HouVast aanpak:

*De ouder heeft een IQ tussen de 50 en de 85, een beperkt sociaal aanpassingsvermogen en bijkomende problematiek, of: er is een onderbouwd vermoeden van een LVB (de ouder heeft speciaal onderwijs gevolgd, of de ouder is cliënt (geweest) van MEE), 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

Selectie van de doelgroep vindt plaats aan de hand van de rapportage door de jeugdzorgwerker. In de aanmeldinformatie worden de onderstaande (contra-)indicatiecriteria uitgevraagd middels een vragenlijst. De LVB van de ouder wordt bepaald aan de hand van de bovengenoemde werkdefinitie.

Indicaties voor HouVast zijn:

- tenminste een van de opvoedende ouders heeft een LVB;
- er is sprake van dreigende opvoed- en opgroei-problematiek;
- er is sprake van beperkte of wisselende bereidheid om steun te accepteren;
- het gezin heeft minder netwerk dan het nodig heeft, of kan onvoldoende op het netwerk rekenen;
- er is sprake van beperkte opvoedvaardigheden van de ouders (zoals tekortschieten in verzorgingstaken, onvoldoende structuur bieden, niet in staat zijn om adequaat te corrigeren en dergelijke)
- zonder aanvullende hulp wordt achteruitgang voorzien (verwachting dat de risicotaxatie zal terugvallen naar onvoldoende);
- de ouders hebben minimale bereidheid tot medewerking;
- er is ten minste een thuiswonend kind (0-18 jaar, of 0-23 jaar wanneer er bij het kind sprake is van een beperking).

HouVast kent de volgende contra-indicaties:

- er is sprake van een acuut onveilige situatie voor het kind;
- er is geen of niet meer sprake van een dagelijkse opvoedsituatie (kinderen wonen zelfstandig of zijn uit huis geplaatst zonder zicht op terugplaatsing);
- 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 noodzakelijk is;
- ouders hebben geen LVB conform de bovengenoemde werkdefinitie;
- ouders zijn op geen enkele manier bereid tot samenwerking.

---

## 2.2 Doel

---

### Hoofddoel

De ouders zijn in staat om, met hulp van het netwerk en/of professionals, hun kinderen zelf veilig en 'goed genoeg' op te voeden.

#### *'Goed genoeg' opvoeden*

'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. Ouders kunnen (met of zonder steun vanuit hun netwerk) het kind een fijn thuis bieden. Dit betekent dat aan basisbehoeften zoals hygiëne, gezondheid, onderdak en

voeding wordt voldaan (zoals: kinderen hebben schone kleren, gezond eten, een schoon en warm huis).

2. Ouders kunnen (met of zonder steun vanuit hun netwerk) een voedingsbodem bieden voor het ontwikkelen van emotionele veerkracht: vertrouwen en controle, veiligheid en zelfontplooiing. Dit betekent bijvoorbeeld: kinderen krijgen affectie en steun (kinderen worden getroost bij verdriet, gekalmeerd bij boosheid, gerustgesteld bij angst, er wordt samen met hen gelachen).
3. Ouders bieden (zelf of samen met hun netwerk) steun bij het aangaan en onderhouden van sociale relaties binnen en buiten het gezin in termen van liefde, vertrouwen, burgerschap. Dit houdt bijvoorbeeld in dat kinderen steun krijgen bij hun ontwikkeling (kinderen hebben vriendjes / vriendinnetjes en andere volwassenen om zich heen, krijgen de ruimte om nieuwe dingen te leren, kunnen veilig naar buiten gaan).
4. Het gezin kan omgaan met de buitenwereld (het gezin is uitvalsbasis voor het leren zich aan te passen aan de samenleving: educatie, gedrag, werk, levensvaardigheden). Concretisering is bijvoorbeeld: kinderen zien het goede voorbeeld (kinderen leren wat mag en niet mag, ouders houden zich aan de wet, ouders leven veilig en gezond).

---

## Subdoelen

De functies van het gezin worden geoptimaliseerd door de volgende subdoelen te realiseren:

1. Ouders weten wanneer ze hulp nodig hebben en accepteren hulp in de toekomst.
2. Het gezin ontvangt meer steun vanuit hun netwerk.
3. De opvoedvaardigheden van de ouders zijn zodanig vergroot dat, waar nodig met aanvullende ondersteuning vanuit het netwerk, de kinderen de zorg en aandacht krijgen die zij nodig hebben (bijvoorbeeld: ouders stimuleren - met hulp van oma - het kind met het schoolwerk / geven duidelijke grenzen / bieden de lichamelijke verzorging die het kind nodig heeft, et cetera).

Doelen worden specifiek voor elk gezin geselecteerd en geconcretiseerd. Daarmee ontstaat een aanpak op maat, aansluitend bij de zorgen en krachten van het specifieke gezin. De doelen van het gezin worden omgezet in schaalvragen. Gedurende de uitvoering van de interventie wordt de voortgang aan de hand van de schaalvragen samen met alle betrokkenen beoordeeld.

---

## 2.3 Aanpak

---

### Opzet van de interventie

HouVast is een praktische en oplossingsgerichte interventie. Er zijn drie fases binnen HouVast.

De drie fases zijn:

1. Opstartfase  
De opstartfase staat in het teken van kennismaking en een gedegen overdracht van het gezin, het opbouwen van een vertrouwensband met het gezin, het ontdekken van de manier waarop deze ouder(s) het beste leren en het gezamenlijk opstellen van een

plan. De opstartfase duurt 4 weken. De HouVast werker bezoekt het gezin in deze fase zo vaak als nodig is, maar ten minste twee maal per week.

2. Werkfase

In deze fase wordt structureel gewerkt aan het concreet en praktisch verbeteren van de opvoedvaardigheden van de ouders en het functioneren van het gezin en de individuele leden daarvan, en de ondersteuning vanuit het netwerk. De werkfase duurt minimaal 4 maanden en maximaal 9 maanden. In deze fase is er minimaal elke week face-to-face contact met het gezin en ten minste een keer per week telefonisch of mailcontact. Daarnaast heeft de HouVast werker wekelijks contact met iemand uit het netwerk van het gezin. Gemiddeld is er twee uur per week contacttijd met het gezin en het netwerk. Indien er door omstandigheden meer tijd nodig is kan dit oplopen tot circa acht contacturen per week.

3. Afrondingsfase

In deze fase wordt de betrokkenheid van de HouVast werker bij het gezin afgebouwd. Vanuit de weging van de resultaten wordt besloten of verdere stut en steun / waakvlamfunctie nodig is om de ouders te blijven stimuleren, de ondersteuning vanuit het netwerk te blijven coördineren en een oog te houden op de veiligheid en ontwikkeling van de kinderen. In dat geval wordt HouVast voortgezet als programma. In de periode van afsluiten nemen de contacten met het gezin en het netwerk af van gemiddeld twee uur per week naar twee uur per twee weken en uiteindelijk twee uur per maand. Ook mail en telefonische contacten worden afgebouwd. De duur van de afrondingsfase is minimaal 1 maand en maximaal 2 maanden.

De duur van HouVast (interventie-deel zonder waakvlam-deel) is een half jaar en kan één keer verlengd worden met een half jaar. Als HouVast wordt opgestart vanuit een OTS blijft de jeugdzorgwerker-gezinsvoogd de eerste drie tot maximaal zes maanden (tot het afsluiten van de ondertoezichtstelling) op de achtergrond aanwezig om voortgang te monitoren en in te grijpen als ouders toch niet meewerken.

---

### **Locatie en uitvoerders**

De interventie wordt in de directe leefomgeving van het gezin uitgevoerd door de ‘HouVast werker’, een pedagogisch geschoolde medewerker met kennis van en ervaring met ouders met een LVB. De HouVast werker zorgt voor afstemming tussen alle betrokkenen (zowel formele als informele contacten) bij het gezin. De HouVast werker houdt de betrokkenen op één lijn en voert hierover de regie. HouVast kent een 24-uurs bereikbaarheid, 7 dagen per week.

---

### **Inhoud van de interventie**

Geen uitputtende beschrijving van activiteiten; het is voldoende als de lezer zich een beeld kan vormen van wat er gedaan wordt en hoe.

Kort gezegd kunnen de volgende activiteiten onderscheiden worden:

- Het in kaart brengen van wat ouders maximaal zelf kunnen in de opvoeding en waar steun bij nodig is;
- Het op gang brengen van die steun;
- Het vergroten van de opvoedvaardigheden van de ouders;
- Het coördineren van steun;
- Het daartoe opstellen, (laten) uitvoeren van een plan en het monitoren van de resultaten;
- Het zo nodig opschalen (bijvoorbeeld: de Raad) of afschalen (meestal: de HouVast waakvlamfunctie) van zorg.

#### Opstartfase:

HouVast wordt ingezet als er grote zorgen zijn rondom de opvoeding, maar geen sprake (meer) is van een acuut onveilige situatie voor kinderen. Als er naar de bevindingen van de gezinsvoogd of andere jeugdzorgwerker een voldoende mate van stabiliteit en motivatie voor vervolghulp is gerealiseerd, kan HouVast worden opgestart. De overdracht door de gezinsvoogd of andere jeugdzorgwerker begint met een aanmelding bij HouVast. Zodra een HouVast werker is aangewezen voor het gezin ligt het initiatief tot kennismaken bij de HouVast werker. De kennismaking vindt thuis bij het gezin plaats. Er wordt gelijktijdig kennisgemaakt met het gezin en met de gezinsvoogd / jeugdzorgwerker. In het kennismakingsgesprek wordt uitleg gegeven over HouVast en de redenen voor aanmelding bij HouVast. Er wordt een begin gemaakt met het tot stand brengen van een samenwerkingsrelatie. Na het kennismakingsgesprek wordt er direct gestart met het intensief samenwerken met het gezin om een goed plan van aanpak te realiseren. Samen met het gezin en belangrijke personen in het netwerk wordt in een aantal gesprekken, verspreid over ongeveer twee weken, aan de hand van een concretisering van ‘goed genoeg’ opvoeden, in kaart gebracht: Wat gaat er goed? Wat zijn de zorgen? en Wat moet er gebeuren? Ook is aandacht voor de vraag: Wat heeft eerder geholpen? Door alle aspecten van ‘goed genoeg’ opvoeden tegen het licht te houden wordt zicht verkregen op de concrete doelen waaraan met het gezin gewerkt moet worden. Doelen worden geprioriteerd aan de hand van de interventiepiramide van Greenspan (Rexwinkel & 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 zijn bepaald wordt er 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*

De HouVast werker complimenteert het gezin met wat ze kan, 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*

De HouVast werker oefent actief met het gezin om de vaardigheden onder de knie te krijgen. Voordoen, samen doen, oefenen en herhalen zijn de kernpunten van 'Hand in Hand'. De werkpunten worden SMART geformuleerd. Er worden maximaal drie of vier vaardigheden tegelijkertijd geoefend met ouders.

*Handje Helpen – wat (tijdelijk) door anderen wordt overgenomen*

De HouVast werker maakt afspraken met de personen die het gezin kunnen helpen en volgt nauwkeurig of de afspraken goed lopen, of bijstelling nodig is en of het (sociale en professionele) netwerk passende ondersteuning biedt.

De HouVast werker zorgt dat het aantal werkpunten binnen 'Hand in Hand' beperkt blijft, dat zoveel mogelijk punten terecht komen in 'In Eigen Hand' en bekijkt kritisch of de punten die in 'Handje Helpen' staan daar daadwerkelijk moeten blijven. De HouVast werker zet de verschillende strategieën altijd naast elkaar in. Tijdens de werkfase is er voortdurend contact met het (professionele) netwerk. De HouVast werker zorgt voor onderlinge afstemming en voert de regie. Voortdurend is aandacht voor het bewaken en zo nodig herstellen van een positieve samenwerkingsrelatie.

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

1. *Doel: Hulp wordt geaccepteerd.*
  - a. De HouVast werker geeft structureel aandacht aan wat goed gaat en wat lukt (In Eigen Hand);
  - b. De HouVast werker sluit aan bij de krachten, wensen en ervaringen van het gezin;
  - c. De HouVast werker concretiseert voor en met het gezin wat 'goed genoeg' is en hanteert oplossingsgerichte gesprekstechnieken om 'goed genoeg' te bewaken.
2. *Doel: Er is meer steun uit het netwerk.*
  - a. De HouVast werker organiseert regelmatig netwerkbijeenkomsten (Handje Helpen);
  - b. De HouVast werker maximaliseert, coacht en steunt het netwerk;
  - c. De HouVast werker verzorgt de zorgcoördinatie van alle betrokkenen rondom het gezin en houdt ieder op een gezamenlijk spoor (één gezin, één plan).
3. *Doel: Opvoedvaardigheden zijn vergroot.*
  - a. De HouVast werker overziet de opvoedsituatie van de kinderen (wat gaat goed, wat zijn de zorgen, wat moet er gebeuren);
  - b. De HouVast werker oefent opvoedvaardigheden met de ouders (Hand In Hand) en hanteert daarbij leerstrategieën die specifiek gericht zijn op ouders met een LVB;
  - c. De HouVast werker organiseert compensatie voor die opvoedvaardigheden waarover de ouders (nu) niet beschikken (Handje Helpen).

Twee voorbeelden illustreren de werkwijze van HouVast. Eerst een voorbeeld van een situatie waarin het moeder niet lukt om Melody 's morgens op tijd op school te krijgen:

- Moeder legt 's avonds de kleren en de ontbijtpullen voor Melody klaar (In Eigen Hand). De HouVast werker checkt steekproefsgewijs of dit lukt en geeft moeder complimenten als het lukt.
- De HouVast werker gaat 12 keer het ontbijtritueel met moeder en Melody oefenen (Hand In Hand). De HouVast werker en het gezin werken hierbij aan SMART geformuleerde doelen. De HouVast werker maakt een taakanalyse van de stappen die

's ochtends gezet moeten worden, maakt er een visuele ondersteuning bij, doet voor, oefent en herhaalt het oefenen en geeft positieve feedback op alles wat goed gaat.

- De HouVast werker maakt afspraken met de buurvrouw; zij belt 's morgens om 07:45 uur bij moeder aan als ze nog geen licht in de badkamer ziet (Handje Helpen). De HouVast werker houdt zicht op de inzet van de buurvrouw door geregeld contact met haar te hebben.

Een tweede voorbeeld: een gezin met twee jongens van 15 en 17, Wesley en Jeremy, die troep in huis maken, hun huiswerk niet doen, teveel computeren en te laat opstaan. De ouders dreigen en commanderen veel, de sfeer is voortdurend negatief:

- De ouders zuchten drie keer diep voordat ze gaan dreigen of commanderen (In Eigen Hand). De HouVast werker bespreekt wekelijks in welke situaties het gelukt is en wat het resultaat was.
- De HouVast werker oefent met de ouders hoe zij een gesprek met Wesley en Jeremy kunnen voeren in een rollenspel en herhaalt deze oefening vier keer. De HouVast werker tekent met de ouders geheugensteuntjes voor het gesprek (duidelijk zeggen wat jij zelf belangrijk vindt, luisteren naar de gevoelens en argumenten van de jongens, vragen aan de jongens wat zij denken dat een oplossing is). De HouVast werker voert samen met het gezin zes keer een gesprek en verschuift daarbij van voordoen naar samen doen en ten slotte zelf doen. De HouVast werker maakt video opnames van een gesprek en kijkt de beelden met ouders en de jongens terug en focust op de momenten dat het goed ging (Hand in Hand).
- Het gezin voert onder leiding van oom Theo elke drie maanden een familiegesprek over de regels en afspraken in huis en wat er moet gebeuren om te zorgen dat het prettiger wordt voor iedereen (Handje Helpen). De HouVast werker heeft contact met oom Theo voor en na elk familiegesprek.

Omdat bij gezinnen van ouders met een LVB in veel gevallen hulp nodig is op meerdere gebieden, wordt vanuit HouVast vaak aanvullende hulp ingezet. De HouVast werker schakelt deze specialisten en/of aanvullende professionele ondersteuners in nauwe samenspraak met het gezin in en organiseert de hulp vanuit de uitgangspunten van wraparound care. De HouVast werker is de centrale coördinerende persoon die alle betrokkenen uit het professionele en sociale netwerk op een gemeenschappelijk spoor houdt. In de voorbeelden hierboven kan het bijvoorbeeld nodig zijn dat Melody psychomotore therapie krijgt of dat Wesley en Jeffrey aangemeld worden voor een SoVa training. Andere vormen van professionele hulp en steun die in combinatie met HouVast ingezet worden zijn bijvoorbeeld schuldhelpverlening, bewindvoering, huishoudelijke ondersteuning en dergelijke.

Voortgang wordt gemonitord. Geregelde evaluatie van de doelen en weging van de resultaten van HouVast vindt plaats door 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 weging. Doelen zijn bereikt wanneer voldoende wordt geoordeeld op de schaal (6 of hoger).

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

Wanneer de met het gezin geformuleerde subdoelen zijn gerealiseerd werkt de HouVast werker toe naar afronding van de interventie. De beslissing om de HouVast-interventie af te ronden wordt intercollegiaal getoetst. Ook intercollegiaal wordt besloten om het gezin al dan niet te adviseren om hulpverlening voort te zetten vanuit het HouVast-programma (waakvlamfunctie). Besluit en advies worden besproken met het gezin en belangrijke betrokkenen. De HouVast werker rondt het oefenen van vaardigheden af. Meestal zal aanvullend professionele stut en steun nodig blijven. De HouVast werker kan deze steun in het kader van het HouVast programma (de waakvlam) blijven uitvoeren. Zo wordt continuïteit gerealiseerd.

Voorafgaand aan de voorgenomen afronding wordt een bijeenkomst 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 leerkracht, huisarts of wijkagent) betrokken. Als de waakvlamfunctie van HouVast niet aansluitend wordt ingezet is aandacht voor het overdragen van de coördinerende rol aan iemand vanuit het netwerk 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.

Indien blijkt dat tijdens de uitvoering van de waakvlamfunctie van HouVast de zorgen toch weer in zo'n mate toenemen dat intensievere ondersteuning nodig is, kan de HouVast interventie opnieuw worden opgestart. Er wordt dan een nieuw plan gemaakt en er wordt aan nieuwe doelen gewerkt.

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

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

kan worden gebracht, dan wordt HouVast 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 de Raad voor de Kinderbescherming of bij de gecertificeerde instelling. Dit wordt open besproken met de ouders. Het streven is de melding samen met ouders te doen, indien mogelijk.
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.

---

## **2.4 Ontwikkelgeschiedenis**

---

### **Betrokkenheid doelgroep**

De doelgroep is tot nu toe nog niet betrokken geweest bij de ontwikkeling van de interventie.

---

### **Buitenlandse interventie**

De interventie is in Nederland ontwikkeld.

---

## **2.5 Vergelijkbare interventies**

---

### **In Nederland uitgevoerd**

Vergelijkbare interventies zijn Voorwaardelijke Interventie in Gezinnen (VIG), Directieve Thuisbehandeling, Families First, Intensieve Orthopedagogische Gezinsbegeleiding (IOG), Jeugdhulp Thuis, Orthopedagogische Video Gezinsbehandeling (OVG) en Praktische Pedagogische Gezinsbegeleiding (PPG). Deze interventies behoren tot de zogenaamde Intensieve Pedagogische Thuishulp Interventies, kortweg IPT-interventies (Van der Steege, 2007) en zijn opgenomen in de databank Effectieve Jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut.

---

## **3. Overeenkomsten en verschillen**

---

### *Overeenkomsten*

Alle interventies richten zich, net als HouVast, op gezinnen met opvoedproblemen en kinderen in de leeftijd van 0 tot 18 jaar, met uitzondering van VIG, waarbij de maximum leeftijd 16 jaar is. VIG, IOG en Jeugdhulp Thuis richten zich net als HouVast specifiek op multiprobleemgezinnen (Van der Steege, 2007). Families First, IOG, Jeugdhulp Thuis en OVG richten zich net als HouVast expliciet op het bij elkaar houden van het gezin en het



voorkomen van uithuisplaatsing. Praktisch Pedagogische Gezinsbegeleiding heeft een variant specifiek gericht op ouders met een LVB. De IPT-interventies hebben net als HouVast tot doel om de opvoedvaardigheden van ouders te versterken, het sociale netwerk rond het gezin te versterken (in het bijzonder IOG en Jeugdhulp Thuis), de gedrags- en ontwikkelingsproblemen van de kinderen te verminderen en de veiligheid van het kind te waarborgen (Families First). De IPT- interventies zijn net als HouVast gebaseerd op het principe van *empowerment* (Van der Steege, 2007). Net als HouVast kennen de interventies een intensieve contactfrequentie en een ‘gereedschapskist’ van technieken en handelwijzen die, afhankelijk van de doelen waaraan gewerkt wordt, kan worden ingezet (Van der Steege, 2007). HouVast kent, net als Families First en VIG, een bereikbaarheid van 24 uur per dag, 7 dagen per week.

### *Verschillen*

Het belangrijkste verschil tussen HouVast en reeds bestaande interventies is dat geen van de bovengenoemde interventies, uitgezonderd een variant van Praktische Pedagogische Gezinsbegeleiding, zich specifiek richt op de doelgroep gezinnen van ouders met een LVB. Het doel om het accepteren van hulp te bevorderen en de werkwijze om te differentiëren tussen wat het gezin zelf kan, wat het kan leren, en wat (tijdelijk) door anderen wordt overgenomen komt in geen van de bestaande interventies terug. Onderscheidend is ook dat de interventie HouVast deel uitmaakt van een breder HouVast programma, waardoor enerzijds in een afgebakende periode aan SMART doelen gewerkt wordt, maar anderzijds ook continuïteit in de ondersteuning kan worden geboden, die noodzakelijk is bij gezinnen met dergelijke chronische problematiek. De hierboven beschreven interventies hebben een beperkte duur, variërend van enkele weken (Families First) tot maximaal 24 maanden, waarna de betrokkenheid stopt. Daarnaast is het tot stand brengen van een duurzaam steunend netwerk, waarbij professionals en sociaal netwerk samen werken, onderscheidend in HouVast. De leeftijdsgrens van HouVast kent een uitloop naar 23 jaar in plaats van 18 jaar.

---

## **4. Toegevoegde waarde**

HouVast vult de leemte die bestaat omdat er nog nauwelijks interventies specifiek gericht zijn op gezinnen van ouders met een LVB. HouVast is speciaal voor deze groep ontwikkeld, zowel wat betreft doel en inhoud van de interventie, als qua werkwijze. Daarnaast kan HouVast gezien worden als een vervolg of aanvulling op de al bestaande interventies, bijvoorbeeld in aansluiting op VIG. De mogelijkheid om langdurig en vasthoudend steun op maat te bieden (door de naadloze aansluiting van de HouVast interventie op de HouVast waakvlamfunctie) en de voortdurende aandacht voor het tot stand brengen en in stand houden van een positieve samenwerkingsrelatie (vanuit kennis en ervaring rondom ouderschap en LVB) maakt dat deze interventie van toegevoegde waarde is ten opzichte van het bestaande aanbod. Met de combinatie van de HouVast interventie en de HouVast waakvlam wordt voorzien in een unieke combinatie van een basis van *slow care* aangevuld met periodes van een (relatieve) *quick fix*. Waar andere interventies voornamelijk focussen op het vergroten van vaardigheden, reageert HouVast ook op het feit dat de LVB van de ouders maakt dat taken langdurig ondersteund of gecompenseerd moeten worden (door het op orde krijgen van een ondersteunend netwerk en de inbedding in het bredere HouVast programma). Met deze ingrediënten voorziet HouVast in een antwoord op het gegeven dat de LVB van de ouder

chronisch is, en dat die beperking voor de HouVast gezinnen betekent dat langdurige steun noodzakelijk is.

---

## 5. Onderbouwing

---

### Oorzaken

#### *Kenmerken van een LVB*

Een LVB heeft invloed op het leren en denken. Ouders met een LVB kunnen minder onthouden en slecht ordenen. Zij hebben moeite zich sociaal staande te houden en adequaat te reageren in sociale situaties. Ook is hun inlevingsvermogen minder goed ontwikkeld. De communicatieve vaardigheden zijn beperkt, ouders met een LVB kunnen vaak niet of slecht lezen. Ouders met een LVB 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).

#### *Invloed van de LVB op opvoeding en verzorging*

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 blootgesteld worden aan risico's (Faureholm, 2010).

Het ontbreekt ouders met een LVB aan kennis op het gebied van opvoeding en verzorging. Ouders kunnen risico's en gevaar soms niet goed inschatten. Door het slecht kunnen plannen, organiseren en problemen oplossen komen praktische en basale opvoedvaardigheden in het gedrang, zoals 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 soms weinig met hun schoolwerk en met leren. Er is 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).

### *Andere factoren*

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 geen beroep doen op een ondersteunend netwerk en schiet professionele hulpverlening tekort. 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 er toe 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 versteviging 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).

De samenwerking tussen professionele hulpverlening en ouders met een LVB wordt vaak 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. Ouders met een LVB die geen professionele hulp of hulp vanuit hun netwerk accepteren raken eerder in de problemen. Het erkennen van de eigen beperking hangt vaak samen met het accepteren van hulp (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 werrelatie het vragen van hulp kan bevorderen (Meppelder-de Jong, 2014; Meppelder, Kef, Hodes & Schuengel, 2012).

Tot slot speelt de maatschappelijke situatie en de sociaal economische 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 & Sigurjónsdóttir, 2010). 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.

---

### **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 kunnen vragen en accepteren van hulp, het kunnen rekenen op een steunend netwerk en het ontvangen van goede methodische opvoedondersteuning. In HouVast zijn deze drie beïnvloedbare factoren vertaald in de drie subdoelen.

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, 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.

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 waar ouders vanwege hun beperking (tijdelijk) tekort schieten. 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.

Goede opvoedondersteuning is de derde beïnvloedbare factor. Tekortschietende opvoedvaardigheden van ouders met een LVB kunnen positief beïnvloed worden wanneer ouderschapsondersteuning is toegesneden op de specifieke (leer)behoeften van ouders met een LVB. HouVast werkt met de ouders met een LVB aan het verbeteren van hun opvoedvaardigheden door die te trainen en te oefenen op een manier die aansluit bij hun mogelijkheden en beperkingen. Waar precies aan gewerkt gaat worden wordt geconcretiseerd in het plan dat met elk gezin gemaakt wordt.

Wanneer ouders met een LVB erkennen wat zij zelf niet kunnen bieden in de opvoeding, wanneer op maat gewerkt wordt aan het vergroten van hun opvoedvaardigheden en wanneer voorzien wordt in adequate ondersteuning vanuit het netwerk van het gezin is de kans het grootst dat sprake is van ‘goed genoeg’ opvoeden.

Een groot aantal niet (of in mindere mate) beïnvloedbare factoren, of factoren die niet door een sociaal-agogische hulpverlener te beïnvloeden zijn, spelen een rol bij het al dan niet tot stand komen van ‘goed genoeg’ opvoeden. Voorbeelden van dergelijke risicofactoren zijn een verwaarlozende eigen jeugd van de ouder, een laag IQ, een laag inkomen en schulden. HouVast houdt rekening met deze niet-beïnvloedbare risicofactoren door alle krachten en alle zorgen die er in en rondom het gezin bestaan in kaart te brengen. Het plan dat vervolgens opgesteld wordt is altijd ‘op maat’ en neemt de niet-beïnvloedbare risico- en beschermende factoren in acht.

---

## **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*

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 wat ze leren in de ene situatie, ze ook 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 ondersteund worden (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).

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 ondersteunen bij het aanleren van vaardigheden. Kern binnen BOL is dat iemand ruimte krijgt om zijn eigen leerweg te vinden (De Ruiters, Flikweert & Ruigrok, 2007; Van Vulpen & Den Besten, 2013). In HouVast wordt steeds opnieuw met het gezin bepaald waar aan gewerkt wordt, 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 worden daarmee tegengegaan zonder concessies te doen aan 'goed genoeg' voor de kinderen.

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 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. De combinatie van de HouVast interventie en de HouVast waakvlam sluit aan bij de noodzaak om enerzijds tijd en intensiteit te bieden aan ouders met een LVB om daadwerkelijk te leren, en anderzijds om continuïteit en zorg op maat te bieden, die niet te zwaar én niet te incidenteel is.

#### *Subdoel 1: Het accepteren van hulp*

Aan dit subdoel wordt gewerkt door nauw aan te sluiten bij de motivatie van de ouders en het gezin, door te werken aan het opbouwen en in stand houden van een constructieve werkrelatie, oplossingsgerichte technieken te hanteren en aandacht te besteden aan het accepteren van de 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 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 zichzelf aan kijken, maar ook van hoe de omgeving tegen mensen met een beperking aankijkt. De HouVast werker ondersteunt en bevordert dit vaak

langdurige en voortdurende proces van erkenning en acceptatie door nauw en subtiel aan te sluiten. De HouVast werker praat op een open, vanzelfsprekende, niet dwingende manier over de beperking. De HouVast werker is sensitief voor de signalen van verdriet of pijn die de ouders afgeven wanneer zij beseffen 'anders' te zijn, en sluit aan bij die signalen (bijvoorbeeld door te herkennen wanneer de ouders gefrustreerd worden in hun wens om 'gewoon' te zijn, daar begrip voor te tonen en steun bij te bieden). De HouVast werker heeft voortdurend oog voor de mogelijkheden van de ouders en stimuleert, complimenteert en waardeert hen expliciet. De HouVast werker treedt op als belangenbehartiger van de ouders ten opzichte van de buitenwereld en bevordert het begrip voor de beperking van de ouders bij de mensen in hun omgeving.

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' (ZTD). Deze theorie gaat er vanuit 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.

Een belangrijk element in de bereidheid om ondersteuning te aanvaarden is vertrouwen in de hulpverlening. Er is vaak angst en argwaan ten aanzien van de hulpverlening. Ouders zijn bang dat ze regels opgelegd krijgen waaraan ze niet kunnen of willen voldoen en 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 et al., 2007). In de meeste multiprobleemgezinnen bestaat een lange - intergenerationele - geschiedenis met hulpverlening, waardoor deze gezinnen zich erg wantrouwend *opstellen* 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, bijstaan (Baart, 2001). De HouVast werker weet waar weerstand en wantrouwen ten opzichte van hulpverlening vandaan komt bij ouders met een LVB. De HouVast werker benut die kennis om participatie te vergroten en de eigen kracht van gezinnen beter te benutten.

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).

Geloof in de mogelijkheden van ouders met een LVB om te leren is één van de elementen van 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, dat krachtig is, dat 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 de uitgangspunten van wraparound care te hanteren, het netwerk te versterken, netwerkbijeenkomsten te houden en zorgcoördinatie te bieden.

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 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 (in de vorm van Eigen Kracht-conferenties of zelf georganiseerde 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 zorg dragen voor het duurzaam ondersteunen en versterken van het netwerk.

Een geschikte vorm van hulpverlening aan multiprobleemgezinnen biedt het wraparound care-model. De kracht van wraparound care zit volgens verschillende onderzoekers in de combinatie van gezinsondersteuning en coördinatie van zorg gericht op het vergroten van de regie van het gezin over de eigen situatie. Hoewel kwantitatief onderzoek naar wraparound 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. Wraparound care wordt over het algemeen gezien als een veelbelovende aanpak (Zoon & Berg-le Clercq, 2013). HouVast hanteert daarom het wraparound care model en benut voortdurend mogelijkheden om de juiste ondersteuning naar het gezin toe te brengen. De HouVast werker is daarbij de centrale coördinerende persoon die alle betrokkenen op het gemeenschappelijke spoor houdt. Uitvoerige communicatie met alle betrokkenen, het erkennen van ieders positie en belang, het helder verdelen van taken, het benutten van ieders krachten en het planmatig uitzetten van lijnen zijn een aantal van de middelen die de HouVast werker, steeds in samenspraak met de ouders, hiertoe inzet.



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. Bij Eigen Kracht-conferenties (uitgezonderd het besloten deel) spelen professionals en leden uit het sociale netwerk een vergelijkbare rol. 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: Opvoedvaardigheden zijn vergroot*

Aan dit subdoel wordt gewerkt door praktische opvoedvaardigheden met ouders te trainen. Uitgangspunt voor het aanleren van opvoedvaardigheden aan ouders vormen de basisprincipes van positief opvoeden (het bieden van een veilige en stimulerende omgeving, laten leren door positieve ondersteuning, aansprekende discipline hanteren, realistische verwachtingen hebben van het kind en goed voor jezelf als ouder zorgen). Positief opvoeden, zoals uitgevoerd in het programma Triple P, 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 opvoedingskwesties tussen ouders onderling en tussen ouders en kind en minder opvoedingsstress. In divers (inter)nationaal onderzoek is positief opvoeden middels Triple P effectief gebleken (De Vries, 2005). Van Triple P is geen variant beschikbaar voor ouders met een LVB. Ouders met een LVB trekken bij probleemgedrag van hun kinderen in het algemeen hun eigen opvoedvaardigheden niet in twijfel (Meppeleider-De Jong, 2014). De HouVast werker is zich hiervan bewust en kiest bij het aanleren van vaardigheden altijd de zorgen van de ouders over het gedrag van hun kind als primair vertrekpunt. Dat maakt dat ook bij het aanleren van meer complexe opvoedvaardigheden als sensitiviteit altijd een praktische insteek gekozen wordt, en gefocust wordt op de gewenste veranderingen in het gedrag van het kind, in plaats van het handelen van de ouder. Bij het trainen van vaardigheden hanteren HouVast werkers een scala aan leerstrategieën, zoals concrete instructie, taakanalyse, oefenen in verschillende situaties, oefenen met behulp van visuele ondersteuning, modeling, feedback en bekrachtiging, oefenen in een rollenspel en zelfmonitoring.

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 netwerkoverleg).

Onderzoek laat zien dat ouders met een LVB kunnen profiteren van opvoedondersteuning en dat ze belangrijke opvoedvaardigheden kunnen aanleren waarmee de veiligheid, gezondheid, de cognitieve ontwikkeling en het welzijn van hun kinderen kunnen worden gewaarborgd (Hodes, Kef, Schuengel & Meppelder, 2012). Het gaat om vaardigheden rondom basale verzorging en veiligheid, voeding, problemen oplossen, positieve ouder-kind interactie en het hanteren van het gedrag van het kind (Feldman, 2010). Fysieke verwaarlozing en onderstimulatie kunnen daarmee voorkomen worden, voor emotionele verwaarlozing en mishandeling is dat minder duidelijk. Uit onderzoek is nog weinig bekend van de mogelijkheden om sensitiviteit en responsiviteit van ouders met een LVB te vergroten.

Het aanleren van vaardigheden is wat werkt om opvoedvaardigheden van ouders met een LVB te vergroten; het geven van psycho-educatie is niet effectief (Feldman, 1994; 2010). Verschillende onderzoeken tonen aan dat wanneer leer- en oefenmethodes aangepast worden aan, en aansluiten bij de leerbehoefte van ouders met een LVB, de ouders in staat zijn om te leren, de kennis vast te houden en te generaliseren (Aunos & Feldman, 2007; Feldman, 1994; 2010). Het gaat om gedragsmatige technieken zoals: taakanalyse, het bieden van visuele ondersteuning, modeling (voordoen), oefenen, rollenspel en het geven van feedback. Oefenen van de taak dient plaats te vinden in de eigen leefomgeving van de ouders. Tevens is het van belang het oefenen van de taak te verspreiden over meerdere sessies (Aunos & Feldman, 2007). Een dergelijke manier van werken zorgt voor een toename, generalisatie en behoud van de opvoedvaardigheden van ouders met een LVB (Mildon et al., 2003; Feldman, 2010). HouVast hanteert deze technieken om de opvoedvaardigheden van de ouders te vergroten. Dat betekent dat de HouVast werker - bijvoorbeeld als het nodig is dat een kind meer structuur krijgt als het uit school thuis komt - voor de ouder de stapjes benoemt die gezet moeten worden (thee zetten en bekers klaarzetten voordat het kind thuis komt, bij binnenkomst gedag zeggen, jas ophangen, spullen opruimen, aan tafel zitten en thee drinken, vragen hoe het op school was, afspraken maken voor de middag). De HouVast werker maakt voor ouder en kind een visuele ondersteuning van de stapjes bijvoorbeeld in de vorm van een stripverhaal. De HouVast werker oefent de stapjes met de ouder en het kind en doet als het nodig is iets voor, bijvoorbeeld hoe de ouder het kind het beste kan helpen zijn jas op te hangen en spullen op te ruimen. De HouVast werker complimenteert de ouder en het kind met wat goed gaat. Dit ritueel oefent de HouVast werker herhaaldelijk.

Soms gaat het om eenvoudige en enkelvoudige vaardigheden, zoals een flesvoeding klaarmaken. Soms betreft het complexere vaardigheden, zoals een kind adequaat begrenzen of troosten bij verdriet. Insteek is om ook deze complexere opvoedvaardigheden zoveel mogelijk te ontrafelen tot concrete kleine stapjes en deelvaardigheden. In HouVast wordt maximaal ingezet op het aanleren van die (deel)vaardigheden 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 (bijvoorbeeld psychomotore therapie of een sociale vaardigheidstraining voor het kind, bewindvoering voor de ouder, mediation bij conflicten tussen ex-partners en dergelijke). 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.

---

## **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).

---

## **6. Uitvoering**

---

### **Materialen**

1. Handboek met bijlagen. Het handboek omvat:
  - a. Beschrijving van doel, doelgroep, fasering.
  - b. 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.
  - c. Handvatten voor het bewaken van ‘goed genoeg’.
  - d. Voorbeelden van rapportage formats.
  - e. Enkele communicatie tools.
  - f. Beschrijving van de waakvlamfunctie van HouVast.
2. Wervingsmateriaal: een brochure, een website ([www.houvast.nu](http://www.houvast.nu)).
3. Een docentenhandleiding voor de training.

Het Handboek wordt kosteloos (digitaal) ter beschikking gesteld aan organisaties die de HouVast training inkopen. De HouVast brochure is beschikbaar via de website. De docentenhandleiding is niet vrij beschikbaar.

---

### **Type organisatie**

HouVast kan worden uitgevoerd door zorgaanbieders en professionals in wijkteams die:  
- kennis/ervaring hebben in het werken met gezinnen van ouders met een LVB;

- een degelijke ondersteuningsstructuur voor ambulant werkende professionals kunnen realiseren;
- 24/7 bereikbaarheid kunnen organiseren.

HouVast kan landelijk, door zorgaanbieders of wijkteams, worden uitgevoerd. Op [www.houvast.nu](http://www.houvast.nu) is een actueel overzicht te vinden van gemeenten en organisaties die HouVast aanbieden.

---

### **Opleiding en competenties**

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). De HouVast werker heeft kennis van en ervaring met ouders met een LVB. De HouVast werker werkt vanuit een team, maar handelt individueel in het gezin. Hij of 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.

Om HouVast te kunnen aanbieden dienen uitvoerders een specifieke HouVast training van tien dagdelen te volgen. In de training wordt de opzet en onderbouwing van HouVast toegelicht, wordt aandacht besteed aan LVB en ouderschap, aan oplossingsgericht werken en aan 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). Naast deze initiële training is aanvullende bijscholing en casuïstiekbespreking nodig.

Beslissingen over het vaststellen van het plan en het bewaken van 'goed genoeg' worden door de HouVast werker in multidisciplinair teamverband genomen. Een gedragswetenschapper (geregistreerd kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog) maakt deel uit van het team.

---

### **Kwaliteitsbewaking**

Om ervoor te zorgen dat de interventie uitgevoerd wordt zoals deze bedoeld is en om ervoor te zorgen dat er intercollegiaal overleg plaatsvindt, worden tweewekelijkse casuïstiekbesprekingen georganiseerd. Ook het delen van kennis en het gebruik maken van expertise van collega's wordt bevorderd door de casuïstiekbesprekingen. De casuïstiekbesprekingen dragen er toe bij dat de HouVast werkers de interventie goed leren uitvoeren en goed blijven uitvoeren.

Richttijd voor de casuïstiekbespreking is twee uur in de twee weken bij een team van maximaal 8 HouVast werkers. De casuïstiekbespreking wordt voorgezeten door een leidinggevende met een gedragswetenschappelijke achtergrond. Deze leidinggevende draagt de eindverantwoordelijkheid, maar zal erop koersen dat de HouVast werkers hun eigen

keuzes maken. De leidinggevende leest alle rapportages en beoordeelt op hoofdlijnen of de HouVast werker handelt in lijn met het methodisch kader van HouVast.

Behandelintegriteit wordt bewaakt doordat in 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. Er is supervisie op de uitvoering door de gedragswetenschapper. Middels 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.

---

## **Randvoorwaarden**

### *Caseload*

Een fulltime HouVast werker heeft een caseload van 1:8 (HouVast interventie – de waakvlam-functie is minder intensief) en werkt outreachend. Een HouVast werker is 70% van de tijd in de gezinnen aanwezig (inclusief contacten met het netwerk) en heeft 30% van de tijd beschikbaar voor administratie, reistijd en overige taken.

### *Bereikbaarheid*

HouVast kent een 24-uurs bereikbaarheid. Deze bereikbaarheid is niet gekoppeld aan een bureaudienst, maar aan individuele HouVast werkers.

### *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](http://www.1gezin1plan.nl) handig.

---

## **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. Er wordt verondersteld dat er basiskennis is van de doelgroep van mensen met een LVB, en van positief opvoeden. Indien nodig kan een aanvullende training verzorgd worden.

Naast de training is er voor iedere HouVast werker een individueel trajectplan voor verdere coaching, supervisie en aanvullende bijscholing. Uitgangspunt is dat er een maal per drie maanden thematisch een dagdeel bijscholing wordt georganiseerd.

---

## **Kosten**

De kosten voor HouVast zijn niet exact bekend. HouVast vergt een inzet van circa 100 uur per traject (zonder verlenging) en een uurloon van 55 tot 80 euro (exclusief overige kosten zoals laptop, mobiele telefoon, organisatiekosten en aansturing).

De kosten voor de training bedragen vanaf 9000 euro (prijspeil 2015, training is vrijgesteld van BTW) per op te leiden groep. Deze kosten zijn exclusief reis- en materiaalkosten, kosten voor locatie en catering en kosten voor het op maat maken van het trainingsprogramma. Ook niet inbegrepen zijn de kosten voor nascholing en supervisie.

---

### ***7. Onderzoek naar praktijkervaringen***

---

#### **Onderzoek praktijkervaringen**

Er is geen onderzoek gedaan naar de praktijkervaringen met de interventie.

---

### ***8. Onderzoek naar de effectiviteit***

---

#### **Onderzoek in Nederland**

Er is geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de interventie.

---

#### **Onderzoek naar vergelijkbare interventies**

Onderzoek naar vergelijkbare (IPT) interventies laat zien dat een aantal daarvan alleen in theorie effectief is en een aantal deels effectief. Voor de deels effectieve interventies geldt dat een middelgroot effect op de opvoedingsbelasting van de ouders gevonden kan worden en een klein tot middelgroot effect op de gedragsproblemen van de jeugdigen. Of het gemeten effect werkelijk toe te schrijven is aan de interventie kan het onderzoek niet aantonen (Van der Steege, 2007).

## 9. Aangehaalde literatuur

---

- 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. (2012). *Wat werkt bij het versterken van het sociale netwerk van gezinnen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Beer, Y. de (2011). *De kleine gids: Mensen met een licht verstandelijke beperking*. Deventer: Kluwer.
- 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.
- Burik, A.E. van, Persoon, A.M. & Boeser, A.J.H. (2012). *Rapportage MPG monitor Stadsregio Amsterdam. Tweede afname*. Woerden: Van Montfoort.
- Buysse, W., Hilhorst, N., & Broeders, A. (2010). *Gezinsbegeleiding in vrijwillig en gedwongen kader*. Amsterdam: DSP-groep BV.
- 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.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2008). *Self-Determination Theory: A macrotheory of human motivation, development, and health*. *Canadian psychology*, 49(3), 182-185.
- Embregts, P. (2013). *Professional blijft belangrijk in netwerkgericht werken met LVB-clienten*. Download van <http://www.dewijk.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.
- 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., 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](http://www.watwerktvoorouders.nl/docs/WAW/IASSID_juli2012/iassid5.pdf) op 09-12-2014.
- 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](http://www.watwerktvoorouders.nl/docs/WAW/iassid3.pdf)
- 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 advise “De bomen en het bos: de patiënt, zijn vraag en het landschap”*. Den Haag: RVZ.
- 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.
- 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.
- Meppelder-de Jong, M. (2014). *Formal and informal support for parents with mild intellectual disabilities or borderline intellectual functioning*. Dissertation. Amsterdam: VU University.
- 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.
- 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. & Verdonschot, M. (2013). *Armoede bij mensen met een beperking. Resutataten 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.

Teeuwen, M. (2012). *Verraderlijk gewoon. Licht verstandelijk gehandicapte jongeren, hun wereld en hun plaats in het strafrecht*. Amsterdam: SWP.

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](http://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.

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. & Berg-le Clercq, T., (2013). *Wat werkt in multi-probleemgezinnen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

## Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Kenniscentrum Sport, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

