

Onder moeders paraplu?!

grijpen - begrijpen - ingrijpen



Praktijkonderzoek



**Afstudeerproject
Maatschappelijk Werk en Dienstverlening
Christelijke Hogeschool Ede**

*Annemiek Schuurman - van der Kamp
Nel Tanger - Kruijff
december 2008*



Voorwoord

Nog voordat we op zoek waren naar een afstudeerproject, om op af te kunnen studeren in het kader van de deeltijdopleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan de Christelijke Hogeschool te Ede, kwam er een mogelijk onderzoeksonderwerp op ons pad. We zijn beiden werkzaam op vrouwenopvang de Rosaburgh, van het Leger des Heils in Amsterdam. Van onze teamleider kwam het bericht dat de afdeling met moeder en kinderen zou gaan veranderen. Van een afdeling voor moeders met psychosociale problematiek, wordt de Rosaburgh een plek voor moeders met een licht verstandelijke beperking en hun kinderen. Naar aanleiding van deze verandering heeft de teamleider, Brenda Berkhout ons gevraagd om onderzoek te doen naar de huidige werkwijze en doelgroep, met als doel om te komen tot een nieuwe werkwijze die geschikt is voor het begeleiden van moeders met LVB problematiek. Specifiek is ons gevraagd om onderzoek te doen naar een methodiek die door mentoren en groepsleiding gebruikt kan worden in de begeleiding van LVB moeders.

Van de examencommissie van de CHE kregen we toestemming om vervroegd met ons afstudeerproject te beginnen. Dit hebben we met veel enthousiasme gedaan. Door de maanden heen hebben we kennis opgedaan over deze nieuwe doelgroep, over het uitvoeren van onderzoek, over het doen van literatuurstudie. We hebben geleerd van de samenwerking met elkaar. We waren aan elkaar gewaagd en hebben er van genoten om steeds weer een stapje verder te komen met dit project. Het ware drukke maanden, maar ook heel leuke en uitdagende maanden.

Al deze stapjes samen vormen het verslag dat voor u ligt. In dit verslag kunt u lezen hoe we aan dit project hebben gewerkt. Daarnaast treft u informatie aan over de licht verstandelijk beperkte moeder, haar kind(en) en de werkwijze die het meest geschikt lijkt voor het werken met deze moeders en hun kind(en).

We willen onze opdrachtgever, Brenda Berkhout, teamleider van de Rosaburgh, bedanken voor de mogelijkheid om dit project uit te voeren, voor haar begeleiding tijdens het schrijven, voor de gesprekken die we gevoerd hebben en de achtergrondinformatie die we nodig hadden voor dit onderzoek. Deze ondersteuning heeft er voor gezorgd dat we tot het laatst konden bijsturen om zo te komen tot dit eindresultaat. We zijn Esther Hamoen, onze afstudeerbegeleider vanuit de CHE, dankbaar voor haar eerlijke en opbouwende feedback en meedenkende houding. Mede hierdoor zijn we al in een vroeg stadium van ons onderzoek de juiste richting opgestuurd met betrekking tot inhoud, verantwoording en verwachtingen. Hartelijk dank aan onze meelezers voor de eerlijke en heldere feedback, zowel inhoudelijk als grammaticaal. Bedankt voor jullie tijd, kritische blik én complimenten.

We willen de instellingen O.C Middelveld, Alleen Samen en Talita bedanken voor het kijkje in hun keuken. Bedankt dat jullie ons de mogelijkheid gaven om te ontdekken hoe jullie te werk gaan met jullie specifieke doelgroepen. Hartelijk dank ook aan de deskundige hulpverleners die we geïnterviewd hebben. Dank dat jullie meedachten en jullie ervaringen met ons wilden delen. Tot slot dank aan onze zorgcoördinator en collega's van de Rosaburgh. Jullie hebben bijgedragen aan dit onderzoek door al in een vroeg stadium jullie ervaringen en wensen bespreekbaar te maken met ons, in de vorm van een enquête en een gesprek. We zien er naar uit om samen met jullie het handboek dat we hebben gemaakt in praktijk te gaan brengen.

Het onderzoek is afgerond. Voor de Rosaburgh begint het nu pas. Deze verslaglegging en het handboek zien we als een startpunt om de moeders met LVB problematiek te begeleiden. We hopen op de Rosaburgh nog veel plezier te hebben van dit onderzoek en het eindresultaat. We hopen ook dat deze basis zich zal ontwikkelen naar een werkwijze waarin LVB moeders en hun kinderen optimaal ondersteund zullen worden om te groeien in vaardigheid en zelfvertrouwen.

We wensen u veel leesplezier!

Annemiek Schuurman-van der Kamp en Nel Tanger-Kruijff
Amsterdam, december 2008

INHOUDSOPGAVE

Onderzoeksopzet	1
Hoofdstuk 1 – Onderzoeksopzet	2
1.1 – Korte inleiding	2
1.2 – Aanleiding onderzoek	2
1.3 – Onderzoeksvragen	2
1.4 – Doelstelling onderzoek	3
1.5 – Onderzoeksmethoden	3
1.7 – Toelichting inhoudsopgave	4
Deel 1 – De instelling	5
Hoofdstuk 2 – Leger des Heils, de Rosaburgh	6
2.1 – Korte inleiding	6
2.2 – Externe organisatiestructuur	6
2.3 – Interne organisatiestructuur	7
2.4 – Samenvattend	7
Deel 2 – De doelgroep	8
Hoofdstuk 3 – Huidige doelgroep	9
3.1 – Korte inleiding	9
3.2 – Hulpvraag huidige doelgroep	9
3.3 – Samenvattend	10
Hoofdstuk 4 – Licht verstandelijk beperkt	11
4.1 – Korte inleiding	11
4.2 – Oorsprong begrip LVB	11
4.3 – Uiteenzetting definitie	11
4.4 – Intelligentie en sociale redzaamheid	12
4.5 – Samenvattend	13
Hoofdstuk 5 – Moeder met LVB problematiek	14
5.1 – Korte inleiding	14
5.2 – Kenmerkende eigenschappen	14
5.3 – Drie keer 'D'	15
5.4 – Opvoeding	15
5.5 – Ontwikkeling van kinderen	17
5.6 – Samenvattend	18
Deel 3 – De werkwijze/methodiek	19
Hoofdstuk 6 – Huidige werkwijze	20
6.1 – Korte inleiding	20
6.2 – Huidige mentortraject	20
6.3 – Huidige dagroutine	21
6.4 – Samenvattend	21
Hoofdstuk 7 – Het competentiemodel	22
7.1 – Korte inleiding	22
7.2 – Het competentiemodel	22
7.3 – Drie theorieën	22
7.4 – Competentie en vaardigheid	24
7.5 – Methodische interventies	24
7.6 – Samenvattend	25
Hoofdstuk 8 – Het competentiemodel toegepast	26
8.1 – Korte inleiding	26

8.2 – 8-fasen model en competentiemodel	26
8.3 – Handboek	26
8.4 – Samenvattend	27
Hoofdstuk 9 – Andere methodieken	28
9.1 – Korte inleiding	28
9.2 – Methodische insteek	28
9.3 – Doel van de interventies	28
9.4 – Oplossingsgerichte benadering	29
9.5 – Contextuele Hulpverlening	30
9.6 – Taakgericht Hulpverleners	31
9.7 – Video Interactie Begeleiding	31
9.8 – Overige methodische interventies	32
9.9 – Samenvattend	32
Deel 4 – Conclusie en aanbeveling	33
Hoofdstuk 10 – Conclusies	34
10.1 – Korte inleiding	34
10.2 – Totstandkoming conclusies	34
10.3 – Conclusies	34
10.4 – Samenvattend	36
Hoofdstuk 11 – Aanbevelingen	37
11.1 – Korte inleiding	37
11.2 – Aanbevelingen	37
11.3 – Samenvattend	38
Literatuurlijst	39
Bijlagen	42
Bijlage 1 – Organogram	43
Bijlage 2 – Huidige taakomschrijving	45
Bijlage 3 – Huidige huisregels	49
Bijlage 4 – Het 8-fasenmodel	55
Bijlage 5 – De tien leefgebieden	57
Bijlage 6 – Uittreksel	59
Bijlage 7 – Uittreksel	62
Bijlage 8 – Vragen enquête	65

Onderzoeksopzet

Hoofdstuk 1 – Onderzoeksopzet

1.1 – Korte inleiding

In dit hoofdstuk zetten we uiteen wat de aanleiding is voor dit praktijkgerichte onderzoek, welk doel we hiermee willen bereiken en vanuit welke onderzoeksvraag we aan de slag zijn gegaan. Ook wordt beschreven hoe het onderzoek uitgevoerd is en welke onderzoeksmethoden we gebruikt hebben.

1.2 – Aanleiding onderzoek

In het kader van het afronden van onze opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan de Christelijke Hogeschool te Ede wilden op zoek gaan naar een geschikt en passend onderzoek om mee af te studeren. Op de afdeling waar we beiden werkzaam zijn, diende zich een leuk project aan dat ons beiden aansprak. Na toestemming van de hogeschool zijn we, eerder dan gepland, enthousiast begonnen aan deze opdracht.

Een opdracht die tot stand is gekomen door een voortdurend samenspel aan veranderingen die de welzijnszorg en daarmee ook de maatschappelijke opvang van het Leger des Heils kenmerkt. Veranderingen als bijvoorbeeld woonservice ontwikkeling, vraagstukken rondom de vergrijzing in onze samenleving, de komst van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) in januari 2007. Een andere verandering is er binnen de zorg en hulpverlening die vanuit de AWBZ gefinancierd wordt. De verandering betreft hier vergoeding op basis van psychosociale problematiek die komt te vervallen verandert er veel binnen de maatschappelijke opvang en zo ook in de opvang voor (jonge) dak- en/of thuisloze moeders en hun kinderen. Deze verandering vraagt om strategische beslissingen, door een management team te nemen.

Door bovengenoemde veranderingen zal de doelgroep van de afdeling Crisisopvang (vanaf nu aangeduid als C.O.) van de Rosaburgh veranderen. Op dit moment wonen op deze afdeling dak en/of thuisloze moeders, met hoofdzakelijk psychosociale problematiek. De nieuwe doelgroep zal gaan bestaan uit moeders, bij wie sprake is van een licht verstandelijke beperking (vanaf nu aangeduid als LVB), samen met hun kinderen. Deze verandering in doelgroep vraagt om inventarisatie naar de huidige werkwijze van de groepsleiding/mentoren. We onderzoeken dan ook op welke manier de huidige werkwijze verandert of aangepast moet worden om de nieuwe doelgroep te kunnen begeleiden. Specifiek aan deze nieuwe doelgroep is namelijk dat het moeders uit Amsterdam betreft waarbij het IQ tussen de 50 en 85 is én waarbij sprake is van een beperkt sociaal aanpassingsvermogen.

1.3 – Onderzoeksvragen

Om antwoord te kunnen geven op de vraag op welke manier het huidige werkbeleid zal moet worden aangepast, hebben we voor dit onderzoek de volgende vraag geformuleerd:

"Welke methodiek zou geschikt kunnen zijn voor hulpverlening door mentoren aan licht verstandelijk beperkte moeders, die verblijven op de Rosaburgh, Leger des Heils?"

Deze onderzoeksvraag is opgedeeld in een aantal concrete en ondersteunende deelvragen:

1. Wat zijn de karakteristieke eigenschappen van moeders met LVB problematiek;
2. Welke methodieken worden gebruikt binnen andere instellingen waar men werkt met cliënten met LVB problematiek en wat is kenmerkend voor het werken met deze methodiek;
3. Zijn er aanpassingen nodig en zo ja, welke aanpassingen zijn nodig om de aanbevolen methodieken te gebruiken op de C.O. van de Rosaburgh;
4. Wat is er voor nodig om de door ons aanbevolen methodiek in het 8-fasenmodel¹ te implementeren;
5. Welke ondersteuning hebben de mentoren op C.O. van de Rosaburgh nodig om de nieuwe methodiek te gebruiken in contact met hun cliënt.

¹ Zie bijlage 4 – 8-fasenmodel

De deelvragen worden in de verslaglegging van het onderzoek uitgebreid behandeld en geven in zijn totaliteit een antwoord op de centrale onderzoeksvraag. Bij de onderzoeksvraag is er bewust voor gekozen om te spreken van een methodiek die "geschikt zou kunnen zijn" in de hulpverlening aan LVB moeders, omdat tijdens de voorbereiding op dit onderzoek naar voren kwam dat er in Nederland slechts één plek is waar men werkt met de doelgroep die op de Rosaburgh te Amsterdam zal komen wonen. Wanneer in de onderzoeksvraag gesteld zou worden dát een bepaalde methodiek geschikt is, dan zou dit impliceren dat er al resultaten beschikbaar zijn, terwijl dit nog niet het geval is.

1.4 – Doelstelling onderzoek

De doelstelling die centraal staat bij dit onderzoek is tweeledig, namelijk:

1. Het samenstellen van een handboek voor mentoren van Crisisopvang de Rosaburgh, aan de hand van de aanbevolen methodiek, met informatie over de doelgroep en een concrete en praktisch bruikbare uitleg over de door ons aanbevolen werkwijze;
2. De aanbevolen methodiek integreren in het 8-fasenmodel.²

Het eindresultaat van het onderzoek is van nut voor onze opdrachtgever, tevens teamleider. Het is ook van nut voor de mentoren op de afdeling, omdat met dit onderzoek een methodiek aangereikt wordt die het meest geschikt lijkt te zijn voor het werken met LVB moeders op de Rosaburgh.

Doordat de doelgroep van moeders met LVB problematiek zeer specifiek is, zal deze verslaglegging ook aan andere hulpverleners nieuwe inzichten kunnen verschaffen. De verslaglegging haalt namelijk specifieke kenmerken van de LVB moeder aan en legt hier een bruikbare werkwijze naast. De bevindingen en de uitwerking hiervan kunnen zo van nut zijn voor andere afdelingen en/of instellingen.

1.5 – Onderzoeksmethoden

Het onderzoek is een niet wetenschappelijk, praktijkgericht onderzoek (PO) en in eerste instantie gericht is op een praktijkprobleem binnen het Leger des Heils, afdeling de Rosaburgh. De volgende methoden stonden hierbij centraal; literatuurstudie, interviews en enquêtes. De aanbevelingen die uit dit onderzoek naar voren komen, zijn in ieder geval specifiek toepasbaar voor Leger des Heils, Crisisopvang de Rosaburgh en kunnen niet zonder meer gegeneraliseerd worden.

Bevindingen vanuit de literatuurstudie vormen de basis van de verslaglegging en hebben betrekking op de doelgroep en haar specifieke kenmerken, maar ook op de methodieken en de bruikbaarheid ervan in het begeleiden en ondersteunen van deze doelgroep. De bevindingen zijn getoetst door het houden van interviews met deskundigen. Deze deskundigen werken met cliënten bij wie sprake is van LVB problematiek of zijn deskundig in het werken met moeders. Vooral de specifieke kenmerken van deze doelgroep stonden centraal. Daarnaast zijn de interviews als belangrijk instrument gebruikt om tot een geschikte methodiek te komen en om te horen welke methodieken er al gebruikt worden bij het werken met LVB cliënten. Als laatste is er een enquête afgenomen. Het afnemen van een enquête onder de mentoren/groepsleiding van de Rosaburgh is gebruikt om aan te sluiten bij de wensen die leven bij de mentoren. De centrale vraag in deze enquête is het omschrijven waar zij graag verandering zouden zien.³

Bij het onderzoek is gewerkt vanuit het handelingsperspectief. Hierin staan de veranderingen voor de mentoren op de afdeling met de komst van deze nieuwe doelgroep centraal. Voor de mentoren is het belangrijk om helder te krijgen wat de mogelijkheden en beperkingen zijn van moeders met LVB problematiek. In dit handelingsperspectief wordt dus duidelijk:

- Over welke sociale, relationele en opvoedingsvaardigheden beschikt de moeder met LVB problematiek;
- Kunnen moeders met LVB problematiek hun wensen en gevoelens uiten, onderhandelen, voor zichzelf en hun rechten opkomen en zo nee, hoe kunnen ze

² Zie bijlage 4 – 8-fasenmodel

³ Zie bijlage 8 – Enquête onder mentoren

- hierin groeien;
- Welke verwachtingen hebben de moeders met LVB problematiek zelf van de hulpverlening en komt dit overeen met de werkelijkheid.

1.7 – Toelichting inhoudsopgave

De verslaglegging van dit onderzoek is opgedeeld in verschillende delen. In deel één staat de Rosaburgh centraal. In deel twee spitst het onderzoek zich toe op de doelgroepanalyse en de specifieke kenmerken van de doelgroep. In deel drie komt aan de orde komen welke methodiek het meest geschikt lijkt te zijn en hoe we hier toe gekomen zijn. Deel vier, tot slot, betreft een uiteindelijke conclusie met concrete aanbevelingen voor de opdrachtgever.

Deze verslaglegging wordt afgesloten met een aantal bijlagen, waarnaar in de tekst wordt verwezen.

Deel 1 – De instelling

Hoofdstuk 2 – Leger des Heils, de Rosaburgh

2.1 – Korte inleiding

In dit hoofdstuk wordt de rol van het Leger des Heils in Nederland uiteengezet met speciale aandacht voor de vrouwenopvang 'de Rosaburgh' in Amsterdam. Deze afdeling is het kader waar binnen dit onderzoek is uitgevoerd.

2.2 – Externe organisatiestructuur

Macroniveau

Organisatie Leger des Heils

De Stichting Leger des Heils Welzijns- en Gezondheidszorg bestaat uit 14 werkeenheden met circa 180 vestigingen. De stichting is onder andere verantwoordelijk voor de professionele gezondheidszorg en het welzijnswerk van het Leger des Heils in Nederland. De stichting is op uiteenlopende gebieden actief: maatschappelijke opvang, verslavingszorg, reclassering, gezondheids- en ouderenzorg, jeugdbescherming, jeugdhulpverlening, preventie en maatschappelijk herstel.⁴

Doel van het Leger des Heils is om "*mensen zonder helper te ondersteunen*".⁵

De hulpverlening van Stichting Leger des Heils Welzijns- en Gezondheidszorg is op veel punten vergelijkbaar met de hulp die andere professionele organisaties bieden. De hulpverlening verschilt echter ook. De zorg, behandeling en steun worden georganiseerd vanuit een veelvoud aan uiteenlopende werksoorten waarin het Leger des Heils actief is, zoals hierboven beschreven en richt zich vooral op mensen die nergens anders terecht kunnen, mensen zonder helper.⁶

Subdoel van de stichting is om "*Door de bundeling van de werkvelden mensen met een combinatie van problemen effectiever te helpen*".⁴

Het uitgangspunt van het Leger des Heils is dat ze zich wil richten op de meest kwetsbaren in deze samenleving met een complexe problematiek. Het Leger des Heils wil daarom hulpverlening bieden met een laagdrempelig karakter.

In de praktijk heeft het Leger des Heils vooral te maken met de volgende problematiek:

- Huishoudens met problematische schulden, vooral éénoudergezinnen, huishoudens met lage inkomens, jongeren, alleenstaande mannen en allochtonen. Deze huishoudens hebben een verhoogd risico voor complexe problematiek;
- Langdurig werklozen en arbeidsongeschikten met een lage en/of niet afgemaakte schoolopleiding;
- (Ex-)drugs- of alcoholverslaafden, psychiatrische patiënten; ex-gedetineerden en dak- en thuislozen;
- Ouderen. Alleenstaande, maatschappelijk geïsoleerde (en hoogbejaarde) ouderen zijn toenemend afhankelijk van institutionele zorg- en hulpverlening;
- Jongeren. Voortijdige schoolverlaters met onvoldoende thuisbinding, die het risico lopen op een criminele carrière;
- Zwerfjongeren in de leeftijd van 12 tot 23 jaar.

Mesoniveau

Maatschappelijke Opvang

Op het gebied van de maatschappelijke opvang is het Leger des Heils ook actief. De maatschappelijke opvang is het vangnet voor mensen die buiten de samenleving vallen, mensen die niet meer mee kunnen met de rest, kortom buitengesloten zijn. Een andere functie van het Leger des Heils is, om deze problematiek onder de aandacht van de samenleving te brengen. Het Leger des Heils vervult hier mee een signaleringsfunctie. In het kader van deze signaleringsfunctie is in oktober van dit jaar een rapport gepubliceerd.⁷ Dit rapport met de titel 'Geloof jij dat je betrokken bent' noemt dat het

⁴ www.legerdesheils.nl (12 okt.2008)

⁵ www.legerdesheils.nl (12 okt.2008)

⁶ Leger des Heils, verkorte weergave van het Algemeen Jaarverslag 2007, blz. 6

⁷ Motivaction Internationaal B.V. (2008), blz. 7-9

aantal daklozen in Nederland is afgenomen en de aandacht voor deze groep is toegenomen. Dit rapport is een voorbeeld van de manier waarop het Leger des Heils de problematiek rond dergelijke sociale kwesties onder de aandacht brengen van de politiek en samenleving.

Microniveau

Sociaal geografische situatie

Vrouwenopvang de Rosaburgh valt onder de sector maatschappelijke opvang en is onderdeel van de Unit wonen Binnenstad van de Goodwillcentra Amsterdam (GWCA). De GWCA behoren tot de stichting Leger Des Heils Welzijns- en Gezondheidszorg. De Rosaburgh is een residentiële instelling en heeft drie afdelingen die met elkaar op één locatie zijn gevestigd:

- Crisisopvang voor dak- en/of thuisloze moeders met kinderen;
- RIBW afdeling (voorheen het Sociaal Pension) voor (ex-)psychiatrische, verslaafde vrouwen;
- Tweede Fase voor (ex-)psychiatrische, verslaafde vrouwen die gemotiveerd zijn om een hulpverleningstraject aan te gaan en daarnaast wordt er ook meer een beroep gedaan op hun zelfstandigheid.

2.3 – Interne organisatiestructuur⁸

Het huidige team van de Rosaburgh is verdeeld in een team voor de Crisisopvang, voor de RIBW afdeling (voorheen het Sociaal Pension) en voor de Tweede Fase. Ieder team bestaat uit groepsleiders/mentoren, stagiaires en maatschappelijk werkers. Zij worden aangestuurd door de zorgcoördinator van hun eigen afdeling.⁹ Op de Rosaburgh zijn twee zorgcoördinatoren werkzaam, één voor de Crisisopvang, één voor de RIBW afdeling en de Tweede Fase. Zij worden aangestuurd door de teamleider, die onder supervisie staat van de sectormanager van de maatschappelijke opvang van het Leger des Heils in Amsterdam.

De huidige doelstelling van de Rosaburgh is het verlenen van onderdak en ondersteuning op psychosociaal gebied aan elke cliënt. Daarnaast wordt in samenspraak tussen de cliënt, mentor en maatschappelijk werker gewerkt aan persoonlijke doelen en actiepunten welke worden opgenomen in een begeleidingsplan (BP).

Op dit moment is de Crisisopvang bedoeld voor moeders met kinderen die dakloos zijn geraakt door huurschulden, mishandelingen, scheiding of andere oorzaken. In hoofdstuk 4 wordt nader ingegaan op deze huidige doelgroep.

2.4 – Samenvattend

De Rosaburgh is een maatschappelijke opvang voor vrouwen. De afdeling valt onder de GWCA van het Leger des Heils. Een belangrijk uitgangspunt van het Leger des Heils is dat de stichting er wil zijn voor mensen zonder helper.

⁸ Tanger, N. (2006/2007)

⁹ Zie bijlage 2 - Huidige taakomschrijving werknemers

Deel 2 – De doelgroep

Hoofdstuk 3 – Huidige doelgroep

3.1 – Korte inleiding

Dit hoofdstuk is bedoeld als leidraad, waarin de belangrijkste kenmerken van de huidige doelgroep beschreven staan, om zo inzicht te krijgen welke verandering de komst van een nieuwe doelgroep met zich meebrengt.

3.2 – Hulpvraag huidige doelgroep

Op dit moment is de Crisisopvang bedoeld voor moeders met kinderen die dak en/of thuisloos zijn geraakt door huurschulden, mishandelingen, scheiding en/of andere oorzaken. De moeder moet in staat zijn de dagelijkse zorg voor zichzelf en haar kinderen op zich te nemen. Er wordt van haar verwacht dat ze zich aan de huisregels¹⁰ houdt en dat ze zal mee werken aan de geboden hulpverlening op psychosociaal en financieel terrein. De huidige doelgroep bestaat voornamelijk uit dak en/of thuisloze moeders van Creoolse afkomst. De vrouwen kennen elkaar vaak al vanuit de Creoolse gemeenschap. Het netwerk lijkt dan weliswaar groot, maar in de praktijk lijkt dit netwerk geen daadwerkelijke steun te bieden als de vrouw dak en/of thuisloos raakt. Bij aanmelding weet de moeder wel een hulpvraag te formuleren. Als zij langer in de opvang verblijft, raakt deze hulpvraag vaak meer naar de achtergrond en komt de vraag om een zelfstandige woonruimte voorop te staan. In Amsterdam is de gebruikelijke wachttijd voor een woning acht jaar. Via de maatschappelijke opvang is het mogelijk om binnen een periode van twee jaar een zelfstandige woonruimte te krijgen. Het blijft dus zaak voor de hulpverleners om goed te onderzoeken of het verkrijgen van woonruimte niet de enige hulpvraag is, omdat de maatschappelijke opvang daar niet voor bedoelt is.

Een contra-indicatie voor opname is acute bedreiging door de (ex-) partner of familie. In dat geval wordt de hulpvrager doorverwezen naar een Blijf van mijn Lijf huis. Een andere contra-indicatie voor opname is wanneer er sprake is van een psychiatrische diagnose. Op dit moment worden moeders niet aangenomen als er sprake is van een persoonlijkheidsproblematiek dan wel psychiatrische problematiek. In de praktijk is het echter zo dat er geen diagnose gesteld is, terwijl er in veel gevallen wel sprake lijkt te zijn van problematiek op betreffende gebieden.

Huidig hulpverleningsaanbod

Er wordt gestreefd naar een maximale verblijfsduur van negen maanden tot één jaar. In de praktijk blijkt de uiteindelijke verblijfsduur langer te zijn in verband met stagnerend woningaanbod in Amsterdam. In deze periode wordt de moeder en haar kinderen ondersteuning aangeboden. Deze ondersteuning betreft voornamelijk:

- Het bieden van voorlopig onderdak en noodzakelijke hulp bij het vinden van nieuwe woonruimte. Het inventariseren en (laten) saneren van financiële schulden is daarvoor in de meeste gevallen een voorwaarde;
- Het bevorderen van zelfstandigheid en sociaal functioneren van de moeder;
- Door middel van het aanbieden van opvoedingsondersteuning bijdragen aan het verbeteren van de moeder kind relatie.

De problematiek van de huidige doelgroep is zichtbaar op verschillende niveaus en uit zich op verschillende manieren, namelijk:

Microniveau

Financiële problemen (o.a. huurschulden) zijn op dit moment (voornamelijk) één van de oorzaken waardoor de moeders met de kinderen op straat komen te staan. Geweld binnen de gezinsrelatie kan ook een reden zijn voor opname in de maatschappelijke opvang, een combinatie van bovenstaande problemen is ook mogelijk. Verder worden ook vrouwen, die onbedoeld zwanger raken, opgenomen in de maatschappelijke opvang omdat zij door omstandigheden in het sociale netwerk dakloos raken.

¹⁰ Zie bijlage 3 - Huidige huisregels de Rosaburgh

Op de Rosaburgh wordt regelmatig gesignaleerd dat de niet beschikt over voldoende vaardigheden om het kind regelmaat en structuur te bieden. Terpstra¹¹ schrijft in zijn boek dat ouders dit aan kinderen meegeven van uit de opvoeding. Ze ontwikkelen zo een beeld op de wereld, zichzelf, hoe ze omgaan met anderen. De vrouwen die op de Rosaburgh komen wonen, ontbreekt het vaak aan een goed voorbeeld, onder andere op het gebied van opvoedingsvaardigheden. Ze hebben verschillende vaardigheden niet meegekregen van huis uit, om zeer uiteenlopende, redenen. Ook is te zien dat de moeders op de Rosaburgh een beperkt of geen sociaal netwerk hebben van wie ze steun ontvangen.

Mesoniveau

Bij de huidige doelgroep is er vaak sprake van een huurschuld. Doordat Amsterdam strakke regels hanteert in geval van huurschuld kunnen de moeders niet gemakkelijk zelfstandige woonruimte vinden. De moeder dient in ieder geval een aflossingsregeling voor de huurschuld te hebben, om in aanmerking te komen voor een andere woning. Hiervoor is hulp van een schuldhelpverleningsorganisatie bijna altijd noodzakelijk. In Amsterdam zijn er vaak lange wachtlijsten bij deze organisaties, waardoor ook deze problematiek niet adequaat kan worden opgepakt. Ook hierbij is een ondersteunende organisatie onontbeerlijk. Leger des Heils Amsterdam werkt hierbij samen met het Fibu, het financiële bureau van Dienst Werk en Inkomen (DWI), waarbij de cliënten verplicht in inkomensbeheer komen, zodra ze binnen de Maatschappelijke Opvang van het Leger des Heils wonen. Het Fibu ontvangt het inkomen van de cliënt en stelt samen met de cliënt een budgetplan op waarbij gekeken wordt naar de schulden van de cliënt. Doordat het Fibu geen wachtlijsten heeft, is ze toegankelijk en laagdrempelig voor deze doelgroep.

Macroniveau

De grootste financiële schulden, waardoor ook veel vrouwen op straat komen, ontstaan door mobiele abonnementen en niet betalen van de zorgverzekering. Het gemak waarmee abonnementen worden afgesloten lijkt hier mede de oorzaak van te zijn. Voor de zorgverzekering geldt dat deze kosten de laatste jaren sterk zijn gestegen. Verder blijkt in de praktijk dat de weg naar overheidsinstellingen en subsidies voor deze doelgroep vaak onbekend is. Middels het hulpverleningsaanbod van de Rosaburgh worden de moeders op deze verschillende niveaus ondersteund en begeleidt.

Het bieden van opvoedingsondersteuning is tegenwoordig ook een actueel onderwerp. In de politiek is aandacht voor opvoeding, mede dankzij dhr. Rouvoet, minister voor Jeugd en Gezin. De laatste tijd verschijnen er diverse krantenartikelen die betrekking hebben op de opvoeding en de overheidsbemoeienis. Een voorbeeld hiervan is het krantenartikel in het Nederlands Dagblad van 12 juli 2008 met de titel *"Kind beter beschermd tegen 'slechte' ouders."* In dit artikel wordt vermeld dat het kabinet de mogelijkheden wil verruimen om kinderen onder toezicht te plaatsen. Mede door deze aandacht van de overheid komen er steeds meer projecten en cursussen waar de moeder terecht kan met vragen over de opvoeding. Op de Rosaburgh zoekt de mentor zoekt, samen met de cliënt, welk traject passend kan zijn.

3.3 – Samenvattend

In dit hoofdstuk is aan de hand van voorbeelden op micro-, meso- en macroniveau uiteengezet welke problematiek voornamelijk aan de orde is bij de huidige doelgroep. Dit willen we gebruiken als uitgangspunt, om te oordelen welke verschillen er zullen zijn met LVB moeders en welke problematiek juist overeen komt met de huidige situatie.

¹¹ Terpstra, J. (2008), blz.89

Hoofdstuk 4 – Licht verstandelijk beperkt

4.1 – Korte inleiding

Naast mensen met een normale ontwikkeling, dus een gezonde ontwikkeling zoals deze hoort te verlopen volgens theoretici, zijn er ook mensen bij wie de ontwikkeling niet (geheel) normaal verloopt. Mensen met een licht verstandelijke beperking (afgekort als LVB) vallen onder de laatste categorie.

Doordat deze mensen een verstandelijke beperking hebben, kunnen zij niet functioneren zoals iemand met een gezonde ontwikkeling dat zal doen. Zij hebben een handicap, die ze beperkt in verschillende aspecten. De maatschappij streeft er wel naar, om mensen met een beperking te laten participeren en integreren in de maatschappij. Er worden projecten en andere initiatieven opgezet, waardoor deze groep ook in de maatschappij betrokken en niet gedistantieerd wordt. Binnen de maatschappij bestaat toch nog veel onduidelijkheid over wat een verstandelijke beperking eigenlijk is en wat het inhoudt. Dit wekt stereotype beelden op bij mensen en verkeerde opvattingen.

Want wat weten we nu eigenlijk over een verstandelijke beperking? In dit hoofdstuk wordt uitleg gegeven over wat een licht verstandelijke beperking is en hoe zowel intelligentie als niveau van sociale redzaamheid een rol spelen bij deze beperking.

4.2 – Oorsprong begrip LVB

Over het ontstaan van het begrip 'licht verstandelijke beperking' is en wordt veel gesproken. Kraijer en Plas (2006) schrijven hierover het volgende:

"Vroeger werd het woord *zwakzinnige* gebruikt. Hierna sprak men van de *geestelijk gehandicapte*, vervolgens over de *verstandelijk gehandicapte*. Het 'people first' principe leidde tot *mensen met een verstandelijke handicap* en zelfs tot *mensen met mogelijkheden*. Wij richten ons op het woord *beperking*. Deze is het meest objectief vast te stellen en dient als nimmer uit het oog te verliezen basis voor de hulpverlening, ofwel het werken met externe factoren om de participatie zo optimaal mogelijk te laten zijn." Het zou nog beter zijn, zo menen de auteurs Kraijer en Plas, om het woord *verstandelijke* te vervangen door *ontwikkelings*. Dit omdat het bij de doelgroep niet alleen gaat om een intelligentie of cognitieve beperking, maar evenzeer om een beperking in de sociale redzaamheid. Toch gaat het begrip ontwikkelingsbeperking een stap te ver, omdat dit suggereert dat er sprake is van een tekort in de ontwikkeling dat aangevuld kan worden. Dit is echter niet het geval bij een verstandelijke beperking.¹²

Om aan te sluiten bij de term die op dit moment de boventoon voert, zullen wij in onze scriptie spreken over een licht verstandelijke beperking dan wel LVB problematiek. Deze term wordt ook gebruikt, daar waar het cliënten betreft bij wie het IQ eigenlijk in de categorie van de lichte beperking of zwakbegaafdheid valt. De reden dat voor een eenduidige aanduiding gekozen is, is om eventuele misvattingen en onduidelijkheden te voorkomen.

4.3 – Uiteenzetting definitie

Om inzicht te geven in hoe LVB gedefinieerd en daarmee ook gediagnosticeerd wordt zullen we kort stil staan bij hoe een verstandelijke beperking wordt aangeduid door internationale classificatiesystemen. Internationale classificatiesystemen, zoals de ICD-10 en DSM-IV, hanteren de definitie van een verstandelijke handicap van de American Association of Mental Retardation (AAMR, 2002) als uitgangspunt. De AAMR geeft de volgende definitie voor een verstandelijke beperking: "Een verstandelijke beperking verwijst naar functioneringsproblemen die worden gekenmerkt door significante beperkingen in zowel het intellectuele functioneren als in het adaptieve gedrag zoals dat tot uitdrukking komt in conceptuele, sociale en praktische vaardigheden. De functioneringsproblemen ontstaan vóór de leeftijd van 18 jaar. Er wordt gesproken van een lichte verstandelijke beperking als

¹² Kraijer, D.W. & Plas, J. van der (2006), blz. 20

de persoon een IQ heeft dat tussen de 50-55 en de 70 ligt.”¹³ Kort samengevat kan gezegd worden dat mensen met een verstandelijke beperking een aangeboren of later optredende beperking in het intellectueel functioneren hebben, die gepaard gaat met beperkingen in de sociale (zelf)redzaamheid.

In de definitie van de AAMR wordt gesproken over het intelligentiequotiënt. Het intelligentiequotiënt (IQ) is een getal dat aangeeft hoe de testprestaties van iemand zich verhouden tot die van een veel grotere, qua leeftijd vergelijkbare groep mensen. Het gemiddelde IQ ligt tussen de 90 en 110 (Resing & Blok, 2002).¹⁴ Omdat afdeling de Rosaburgh te maken zal krijgen met moeders, bij wie het IQ en niveau van sociale redzaamheid beneden het gemiddelde ligt, maar soms wél boven de 70, kiezen we er voor om over licht verstandelijke beperkt te spreken daar waar het cliënten betreft met een IQ tussen de 50/55 en 85/90. Dit sluit aan bij Geus en Van Gennep (2004) die voorstellen om bij de groep mensen met een IQ globaal tussen 50/55 en 85/90 te spreken over mensen met een licht verstandelijke beperking. Zij concluderen dat het onmogelijk is een bovengrens te definiëren in precieze IQ termen, voornamelijk omdat “het sociale redzaamheidsniveau naast het intelligentieniveau het verplichte criterium is waar een verstandelijke beperking (in engere of ruimere zin) aan moet voldoen.” Daar waar het mensen betreft met een IQ hoger dan 70, maar beneden de 90 wordt ook wel over zwakbegaafdheid gesproken.

Concluderend kan gesteld worden dat een laag IQ dus wel een voorwaarde, maar niet voldoende is, voor de diagnose ‘verstandelijke handicap’ Luckasson, Coulter & Polloway, et al., (1992).¹⁵ De LVB problematiek uit zich voornamelijk in de mate waarin iemand sociaal redzaam is. Wat deze sociale redzaamheid inhoudt, en hoe de sociale redzaamheid en het IQ zich tot elkaar verhouden, komt aan de orde in de volgende paragraaf.

4.4 – Intelligentie en sociale redzaamheid

In bovenstaande paragrafen is aan de orde gekomen dat LVB niet alleen te maken heeft met de hoogte van de intelligentie, maar samenhangt met het sociale redzaamheidsniveau. In deze paragraaf wordt uiteengezet wat verstaan wordt onder intelligentie en sociale redzaamheid en hoe beiden zich tot elkaar verhouden als er sprake is van een LVB. Dit is van belang om te laten zien hoe zowel het IQ als het niveau van sociale redzaamheid een rol spelen bij cliënten met LVB problematiek.

Allereerst het begrip intelligentie. Wanneer wordt gesproken over intelligentie hanteren we de volgende samenvatting aan opvattingen:

- Intelligentie is het vermogen tot leren;
- Intelligentie is de som van wat geleerd is;
- Intelligentie is het vermogen tot aanpassen aan de omgeving, in het bijzonder in nieuwe situaties;
- Intelligentie is het vermogen om abstract te denken.¹⁶

Toch zal, welke uiteenzetting voor het begrip intelligentie ook gebruikt wordt, het niet voldoende zijn om het begrip helemaal te vatten en te omvatten. Wel is duidelijk dat mensen met een verstandelijke beperking in mindere mate beschikken over de ‘ability to’ dan mensen zonder verstandelijke beperking.¹⁷ Kraijer en Plas (2006) schrijven hierover: “Intelligentie is te zien als een eenheid óf als een begrip dat staat voor verschillende vaardigheden. Zij is een aangeboren vermogen óf een verworven vaardigheid.”

Daar waar gesproken wordt over verworven vaardigheid sluit het begrip ‘sociale redzaamheid aan’. Over sociale redzaamheid is veel geschreven. En er zijn dan ook verschillende definities in de omloop. De definitie die op ons het meest volledig over kwam, komt van Gunzberg (1987). Hij omschrijft sociale redzaamheid als ‘skills of independence’ op de volgende vier gebieden:

1. Self help (ability to dress oneself, table manners);
2. Communication (to read and to count, to make oneself understood and to understand other people);

¹³ Kraijer, D.W. & Plas, J.J. van der (2006), blz. 21

¹⁴ Kraijer, D.W. & Plas, J.J. van der (2006), blz. 21

¹⁵ Kraijer, D.W. & Plas, J.J. van der (2006), blz. 131

¹⁶ Kraijer, D.W. & Plas, J.J. van der (2006), blz. 83

¹⁷ Kraijer, D.W. & Plas, J.J. van der (2006), blz. 131

3. Socialization (the ability to use public services and to handle money matters);
4. Occupation (to work and to occupy oneself during leisure time).¹⁸

Uit bovenstaand genoemde kan opgemaakt worden dat sociale redzaamheid een scala aan vaardigheden betreft die onder vier gebieden, namelijk self help, communication, socialization en occupation ingedeeld kunnen worden.

In de jaren tachtig is er goed gefundeerd onderzoek gedaan naar de samenhang, maar ook naar het verschil tussen intelligentie en sociale redzaamheid. De conclusie luidt steeds: sociale redzaamheid en intelligentie zijn afzonderlijke, maar wel in zekere zin samenhangende constructen. Doll en Gunzberg (1987) stellen twee belangrijke zaken, namelijk: dat er wel een zeker verband bestaat tussen intelligentie en sociale aanpassing, maar dat steeds weer blijkt dat deze samenhang toch beperkt is. Daarnaast stellen zij dat een goede peiling van het sociaal redzaam functioneren bij mensen met een verstandelijke beperking een veel beter aanknopingspunt vormt voor het orthopedagogisch handelen dan een intelligentieonderzoek.¹⁹

Door bovenstaande uiteenzettingen van de definities blijkt dat, voor de moeders op de Rosaburgh, het aansluiten bij het sociale redzaamheidsniveau een belangrijk aanknopingspunt zal zijn voor het hulpverleningsproces. Wat betreft de problematiek betekent dit, dat deze per persoon kan verschillen en op verschillende gebieden tot uiting kan komen. Hieruit wordt duidelijk dat goede diagnostiek, intake en observatie van groot belang is, om zo goed mogelijk aan te sluiten bij dat wat de individuele cliënt nodig heeft.

4.5 – Samenvattend

In dit hoofdstuk zijn een aantal heel specifieke zaken aan de orde geweest over LVB problematiek. LVB problematiek is meer dan alleen een IQ beneden het gemiddelde, het komt juist ook tot uiting in het niveau van sociale redzaamheid. Wij zien dit dan ook als een belangrijk aanknopingspunt voor eventuele begeleiding die geboden wordt. Ieder persoon is anders, dat wordt extra benadrukt door de verschillende kenmerken die samenhangen met intelligentie en sociale redzaamheid. De hulpverlener zal zich dit bewust moeten zijn.

¹⁸ Kraijer, D.W. & Plas, J.J. van der (2006), blz. 145

¹⁹ Kraijer, D.W. & Plas, J.J. van der (2006), blz. 160

Hoofdstuk 5 – Moeder met LVB problematiek

5.1 – Korte inleiding

Op de Rosaburgh zullen LVB moeders de nieuwe doelgroep vormen. Het is daarom van belang om nader in te gaan op de eigenschappen, die karakteristiek zijn voor deze specifieke doelgroep. In dit hoofdstuk staan deze kenmerken centraal. Ook is er aandacht voor de ontwikkeling van kinderen en hoe deze dient te verlopen.

5.2 – Kenmerkende eigenschappen

De diagnose LVB problematiek, zegt nog niets over de individuele mogelijkheden en beperkingen. De hulpverlening zal altijd individueel toegespitst moeten zijn. Toch wordt in dit hoofdstuk een poging gedaan om een concreet beeld te schetsen van wat het betekent als er sprake is van LVB problematiek. In een publicatie van het Landelijk Kennisnetwerk Gehandicaptenzorg (LKNG, 2006) wordt gesteld dat een medewerker voldoende kennis moet hebben van de leefwereld en (denk)kaders van de cliënt om goed in te spelen op dat wat een cliënt nodig heeft. Dit is de kerncompetentie die een hulpverlener nodig heeft om professionele ondersteuning te kunnen bieden aan cliënt en diens netwerk.²⁰

De Rosaburgh, zal in de toekomst nauw samenwerken met Orthopedagogisch Centrum (O.C.) Middelveld. Dit centrum, dat ook onderdeel uitmaakt van het Leger des Heils Amsterdam, werkt met jongeren bij wie sprake is van LVB problematiek. Vanwege dit samenwerkingsverband kiezen we ervoor de kenmerken te hanteren die ook O.C. Middelveld hanteert.

In de *Basistraining competentievergroterend werken*, een uitgave van O.C. Middelveld, komt naar voren dat kenmerkend voor deze doelgroep is, de wens om zo normaal mogelijk te lijken. Dit maakt hen extra beïnvloedbaar.

Overige kenmerken voor iemand met LVB problematiek zijn:

- *Moeite met het begrijpen van gesproken taal;*
- *Moeite met het uiten van de eigen emoties of het herkennen van emoties bij anderen;*
- *Moeite met het begrijpen van spreekwoorden of grappige opmerkingen;*
- *Niet in staat om abstract te denken;*
- *Starheid: iets dat is aangeleerd op een bepaalde manier in die specifieke situatie op de geleerde manier herhalen;*
- *Moeite met het aangaan en onderhouden van sociale contacten;*
- *Moeite om zich te verplaatsen in de ander;*
- *Faalangstig en zichzelf onderschatten óf overschreeuwen en overschatten;*
- *Moeite om oorzaak en gevolg van eigen gedag of dat van anderen te overzien (S-R-C²¹);*
- *Neiging om impulsief, vanuit gevoel, te reageren;*
- *Moeite om te generaliseren;*
- *Moeilijk in staat om initiatief te nemen en vooruit te plannen.²²*

Wat in bovenstaande punten voornamelijk opvalt, is dat de problematiek zich vooral uit, daar waar het gaat om contact met anderen mensen. LVB problematiek zal zich dan ook voornamelijk uiten binnen sociale kaders. Het stil staan bij bovenstaande kenmerken kan helpend zijn om te ontdekken waar iemand met LVB problematiek moeite mee heeft. Dit maakt het vervolgens gemakkelijker om de begeleiding aan te passen op de specifieke cliënt.

²⁰ Joha, D., Gerards, G., Nas, M., Gendt J. van, Kersten, M. (2006), blz. 9

²¹ Slot, N.W., Spanjaard, H.J.M. (2003), blz. 54

²² Heijting & van der Werf (2004)

5.3 – Drie keer 'D'

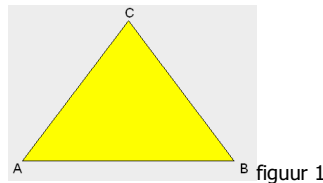
MEE Rotterdam Rijnmond heeft in 2008 een folder uitgegeven over LVB'ers met een kinderwens. In deze folder komen beschermende factoren en risicofactoren aan de orde die de ontwikkeling van een individu versterken of bedreigen.²³

Drie keer 'D' betekent in dit geval draagkracht (A), draagvlak (B) en draaglast (C) (zie figuur 1).

(A) Bij draagkracht gaat het om de eigenschappen, de karakterkenmerken die iemand heeft. LVB problematiek valt onder draagkracht omdat de problematiek medebepalend is voor dat wat iemand dragen kan en hoe iemand dit doet;

(B) Het draagvlak is het sociale netwerk waar iemand steun van ontvangen kan;

(C) De draaglast is de last die iemand te dragen krijgt.



In de analyse, van de moeders met LVB problematiek, waarin deze drie 'D's worden mee genomen is te zien dat:

- De moeder zorg draagt voor (de opvoeding van) één of meerdere kinderen/de moeder is in verwachting van een kind;
- Er sprake is van LVB problematiek, dit bepaalt mede wat iemand wel of niet kan dragen;
- De moeder geen plek heeft waar ze terecht kan. Ze is dak en/of thuisloos of heeft voordat ze bij de Rosaburgh kwam in een andere instelling gewoond. Om uiteenlopende redenen kan de moeder niet terecht bij het sociaal netwerk.

Daar komt bij dat er bij deze moeders vaak sprake is van problematiek op meerdere gebieden. Zo zijn er bijvoorbeeld financiële schulden, de moeder heeft geen dagbesteding (meer), er is een gebrek aan woon- en sociale vaardigheden. Deze problematiek valt in dit geval onder het niveau van sociale redzaamheid dat bij LVB moeders lager is dan gemiddeld (zie hoofdstuk 5). Deze punten in ogenschouw nemend, kan gesteld worden dat er sprake is van een situationele crisis als een moeder op de Rosaburgh binnenkomt. Hier is namelijk sprake als een persoon er niet in slaagt veranderingen in de externe omstandigheden het hoofd te bieden.²⁴ Door samenloop van omstandigheden kan de (toekomstige) moeder niet blijven op de plek waar ze eerder verbleef en zij is niet in staat om deze verandering met behulp van een sociaal netwerk het hoofd te bieden.

In een dergelijk geval is de balans in de driehoek van draagkracht, draaglast en draagvlak uit balans. De draaglast overheerst. Het draagvlak is relatief klein of nauwelijks aanwezig en de draagkracht is niet toereikend genoeg.

Bovenstaand stuk is van belang, omdat, in de interviews die we gevoerd hebben, herhaaldelijk het belang naar voren kwam om oog te hebben voor de situatie waarin iemand binnenkomt. Dit sluit aan bij de visie van het Leger des Heils om de cliënt centraal te stellen.²⁵ Oog hebben voor de individuele moeder en haar kind(eren) is dan ook een belangrijk uitgangspunt voor de te starten hulpverlening.

5.4 – Opvoeding

De moeders die op de Rosaburgh wonen hebben één of twee kinderen. MEE Rotterdam Rijnmond heeft aandacht besteed aan onderzoek over ouders met een verstandelijke beperking die zorg dragen voor kinderen. Zij schrijven hierover het volgende:

²³ MEE Rotterdam Rijnmond (Leijnse, I., Doodkorte, J. & Kruijt, M., 2008).

²⁴ Brinkman & van den Berg (2003), blz. 15

²⁵ www.legerdesheils.nl/missie (12 oktober 2008)

"Ouders met een verstandelijke beperking voelen net zo veel liefde voor hun kind als elke andere ouder, maar om hun kind groot te brengen is dat niet genoeg. Daarvoor moet iemand ook kunnen plannen en organiseren, problemen kunnen oplossen, zich in kunnen leven in zijn of haar kind en nog veel meer. Ouders met een verstandelijke beperking kunnen dat niet vanzelf. Zolang ze dat niet geleerd hebben, kunnen ze tegen problemen aanlopen, zoals:

- Onvoorspelbaarheid naar het kind;
- Moeite met het bieden van houvast en structuur en het hanteren van grenzen;
- Moeite met het op een positieve manier omgaan met hun kind;
- Moeite om met de emoties van hun kind(eren) om te gaan;
- Moeite om hun kind(eren) goed te verzorgen;
- Moeite met het nemen van beslissingen;
- Moeite om der ontwikkeling van het kind te stimuleren;
- Moeite om contacten met school, arts en andere instanties te onderhouden."

Ouders met LVB problematiek zijn niet de enige met dit soort problemen. Wel is het zo dat bovenstaand genoemde problematiek bij LVB – ouders vaker voorkomt.²⁶

Terpstra begint in zijn boek 'Duidelijke ouders' met het feit dat opvoeden een gebied is waarover misschien wel de meeste onzekerheid en zorg bestaat.²⁷ De maatschappij verandert, sociale netwerken zijn niet of nauwelijks meer aanwezig, informatie via televisie en het internet zijn legio evenals het aantal gebroken gezinnen. Terpstra stelt dan ook dat "gezien deze verwarring en de toename van het aantal risicofactoren waar een opgroeiend kind in ons land mee te maken heeft, de vraag naar boven komt hoe de ontwikkeling van een kind in positieve zin te beïnvloeden is."²⁸

Naar ons idee zitten we hier bij de kern van dit onderzoek: de moeder heeft een licht verstandelijke beperking en de kinderen hebben behoefte aan basiszorg zodat ze zich goed kunnen ontwikkelen. Wij signaleren dat op de Rosaburgh het merendeel van de moeders geen relatie en/of contact meer met de biologische vader van het (de) kind(eren) heeft. Dit betekent dat zij in veel gevallen alleen zorg draagt voor de kinderen en de vele beslissingen die hier bij komen kijken.

Het kind gaat door vele stadia voordat het de volwassen leeftijd heeft bereikt. Iedere fase vraagt om specifieke vaardigheden van de ouder. De kans dat het kind tot de groep 'jonge risico kinderen'²⁹ gaat behoren is groot. Niet alleen de moeder, maar ook het kind moet centraal staan, in dit onderzoek naar een adequate methodiek. Het uitgangspunt hierbij is de ontwikkeling van het kind, zo veel als mogelijk, te waarborgen en veilig te stellen.

In Nederland is wel een toename van belangstelling in het opvoeden van kinderen zichtbaar. Zo heeft het kabinet de mogelijkheden verruimd om kinderen onder toezicht te stellen en kan zo het gezag van 'slechte ouders' ingeperkt worden. Deze aanpassing moet het eenvoudiger maken toezicht aan te passen aan de persoonlijke situatie van het kind.³⁰ De term 'slechte ouders' willen we vertalen als een ouder niet kan en/of wil voldoen aan de eisen die een adequate opvoeding aan de ouder stelt.

Verder kan geconcludeerd worden dat ook de politiek steeds meer vat wil krijgen op de opvoeding van kinderen. Het is wetenschappelijk bewezen dat opvoeding essentieel is in de ontwikkeling van het kind. Sterker nog, het wordt als verwaarlozing gezien wanneer ouders niet kunnen aanvoelen welke behoeften het kind nodig heeft en daar dus niet adequaat op (kunnen) reageren. Wanneer hier niet aan wordt voldaan dan zal het kind niet in staat zijn zich aan de verzorgers te hechten (Verhulst, 1991). Lichamelijke of psychische ontoegankelijkheid van de opvoeder en instabiele opvoedingsarrangementen (tekort durende relaties met teveel verschillende opvoeders) zullen dit hechtingsproces in de weg staan. Hier kan gesproken worden van pedagogische en emotionele verwaarlozing. Ze hebben effect op zowel het lichamelijk als het emotioneel functioneren van het kind.³¹ In meerdere interviews met deskundigen kwam naar voren dat de hechting van het kind aan de moeder, in de eerste paar jaar, als belangrijkste argument gebruikt wordt, om de hulpverlening te starten. Het voorkomt zogeheten 'bodemloze kinderen'.³² Deze gedachte sluit aan bij het contextuele

²⁶ MEE Rotterdam Rijnmond (Leijnse, I., Doodkorte, J. & Kruijt, M., 2008), blz. 10

²⁷ Terpstra, J. (2008), blz. 9

²⁸ Terpstra, J. (2008), blz. 10

²⁹ Aalsvoort, G.M. van de & Ruijsenaars, A.J.J.M. (red.) (2000), blz. 17

³⁰ Nederlands Dagblad (12 juli 2008)

³¹ Verhulst, F.C. (1997 & 2002), blz. 167

³² <http://home.scarlet.be/watnu/borderl.html> (24-10-2008)

gedachtegoed, waarbij de verticale familiebanden gezien worden als een existentiële werkelijkheid die van groot belang is voor zowel ouder als kind. Nagy, grondlegger van dit gedachtegoed, schrijft daar het volgende over: "Naar onze mening is de familie de ontstaansplek van fundamentele hulpbronnen en relationele keuzemogelijkheden, zelfs wanneer er sprake is van ernstige, schokkende tekortkomingen bij enkele gezinsleden en zelfs wanneer de familie als sociale institutie de plaats is geweest van flagrant onrecht, aan vrouwen, kinderen en ook mannen aangedaan. Ook al kregen moeders op onrechtvaardige wijze de verantwoordelijkheid voor de opvoeding in de schoenen geschoven en kregen zij weinig erkenning voor hun opvoedende rol (Grunebaum 1987), toch blijven op zorg gebaseerde relaties waardevol en van cruciaal belang."³³ Dit gedachtegoed in ogenschouw nemend betekent het dat intensieve begeleiding van moeder en kind, tijdens de eerste paar jaar, kan bijdragen aan een positieve start waarin hechting mogelijk is. In het zoeken naar een geschikte methodiek voor het begeleiden van LVB moeders achten we het dan ook van groot belang om het gegeven van bovenstaand beschreven zijnsloyaliteit mee te laten wegen in het handelen als hulpverlener.

5.5 – Ontwikkeling van kinderen

In deze paragraaf wordt beschreven hoe, en binnen welke kaders, de ontwikkeling van kinderen behoort te verlopen.

In het boek *Jonge risicokinderen*³⁴ wordt de ontwikkeling van kinderen uitvoerig beschreven. Er worden 4 ontwikkelingsgebieden beschreven, namelijk;

- De cognitieve ontwikkeling
- De taalontwikkeling
- De emotionele ontwikkeling
- De sociale ontwikkeling

Voor een uitgebreide toelichting verwijzen we naar de bijlage, waar een uittreksel van dit boek is opgenomen.³⁵

Wat opvalt, is dat ouders vooral in de eerste paar jaren een zeer belangrijke rol spelen in de ontwikkeling van het kind, de ouders hebben een voorbeeldfunctie. Voor de emotionele ontwikkeling wordt het als zeer belangrijk gezien dat er bekende verzorgers voor het kind zijn. Tegelijkertijd heeft onderzoek aangetoond dat voor het hechten op zich het vooral belangrijk is dat het kind een binding aan kan gaan met 'een' volwassene. In een kindertehuis werden weeskinderen noodgedwongen in een groep geplaatst met verstandelijk beperkte vrouwen en meisjes. De ontwikkeling van deze kinderen was beter dan bij de kinderen die alleen verzorgd werden door het personeel van de instelling. Psychiater dr. Skeels ontdekte dat deze kinderen min op meer geadopteerd werden door de bewoonsters van de groep.³⁶

Hierin lijkt sprake te zijn van een discrepantie. Aan de ene kant zien we dat het noodzakelijk is dat ouders beschikken over kennis en vaardigheden om het kind goed te laten ontwikkelen. Aan de andere kant zien we dat aandacht en verzorging, zeker in de eerste maanden nog belangrijker zijn voor de ontwikkeling en hechting van het kind.

Ook communicatie is daarnaast zeer belangrijk. Een treffende omschrijving van de noodzaak om te communiceren werd ooit opgesteld door de psychotherapeut Hora: "Om zichzelf te begrijpen heeft een mens het nodig om door een ander begrepen te worden. Om door een ander begrepen te worden heeft de mens het nodig om die ander te begrijpen" (Hora, 1959).

Bij LVB is er sprake van een vertraagde ontwikkeling. Dit maakt dat cliënten met LVB problematiek vaak ook op communicatie niveau niet optimaal kunnen communiceren. Het streven is dat de cliënt op het eigen communicatie niveau, naar beste vermogen leert communiceren.³⁷

Wat betekent dit alles voor de ontwikkeling van het kind? In de praktijk blijkt dat het verzorgen van het kind vaak nog wel goed gaat, maar dat overgangsmomenten in de ontwikkeling van een kind

³³ Nagy, I.B.(2000). blz. 31,32

³⁴ Aalsvoort, G.M. van de & Ruijsenaars, A.J.J.M. (red.) (2000)

³⁵ Zie bijlage 6 – Uittreksel 'Jonge risicokinderen'

³⁶ Terpstra, J. (2008), blz. 12

³⁷ Oskam, E. & Scheres, W. (2005), blz. 2

nieuwe eisen stelt aan het ouderschap. Iedere keer zal onderzocht moeten worden of de ouder(s) de nieuwe situatie aankunnen.³⁸

5.6 – Samenvattend

In dit hoofdstuk zijn niet alleen kenmerkende eigenschappen van de LVB moeder aan de orde geweest, ook stond centraal hoe de situatie van de moeder en haar kind(eren) is als zij bij de Rosaburgh komen wonen. Hier uit kan opgemaakt worden dat het voornamelijk een combinatie aan factoren is die de situatie, waarin een LVB moeder verkeerd, moeilijk maakt. Enerzijds is er de LVB problematiek dat een IQ beneden gemiddeld en een laag niveau van sociale redzaamheid met zich meebrengt, anderzijds is er de zorg voor de kinderen. Ook valt op dat deze doelgroep niet of nauwelijks aanspraak lijkt te kunnen maken op hulpbronnen in het sociale netwerk. Daar komt bij dat het opvoeden van kinderen veel vraagt van de moeder terwijl de moeder de zorg voor haar kind(eren) veelal alleen moet dragen. De behoeften van zowel de LVB moeder als het kind vormen daarom een belangrijk uitgangspunt in de begeleiding.

³⁸ Verwey-Jonker Instituut (Goderie, M., Steketee, M. & Plemper, E. 2005). blz. 61

Deel 3 – De werkwijze/methodiek

Hoofdstuk 6 – Huidige werkwijze

6.1 – Korte inleiding

Op de crisisopvang van de Rosaburgh verblijven op dit moment dak- en of thuisloze moeders met hun kind(eren). In hoofdstuk 3 is over deze doelgroep meer te lezen. Deze cliënten ontvangen vooral ondersteuning op psychosociaal gebied vanuit het team van de medewerkers van de Rosaburgh.

Het huidige mentortraject dient als uitgangspunt voor de nieuw te implementeren methodiek. In dit hoofdstuk wordt uiteengezet hoe de huidige werkwijze er uit ziet en hoe aan het huidige mentortraject vorm wordt gegeven door mentor en cliënt.

6.2 – Huidige mentortraject

Op dit moment werken zowel groepsleiding/mentoren als maatschappelijk werkers op de afdeling vanuit het zogeheten mentortraject. Dit traject wordt vorm gegeven vanuit het 8-fasenmodel.³⁹ Het 8-fasenmodel is een model dat binnen de Goodwill Centra Amsterdam (GWCA) gebruikt wordt. Het model brengt, aan de hand van acht fasen, structuur en overzicht aan in het traject dat elke cliënt doorloopt. Als er met de nieuwe doelgroep gewerkt wordt, zal het 8-fasenmodel opnieuw het uitgangspunt zijn, waar binnen het begeleidingstraject vorm krijgt.

In de huidige situatie wordt niet gewerkt vanuit een specifieke methodiek. De mentoren maken gebruik van verschillende methodieken, de zo genaamde eclectische werkwijze, waarbij per cliënt en situatie gekeken wordt, welke interventie, met welke methode het best vormgegeven kan worden. Het mentortraject is een traject dat elke cliënt vanaf de start op de afdeling doorloopt. Binnen het mentortraject heeft elke cliënt een vaste mentor met wie ze inventariseert op welke gebieden er een hulpvraag ligt. De maatschappelijk werker houdt zich vooral bezig met de gebieden die vallen onder huisvesting en financiën. De mentor draagt zorg voor de overige gebieden. Aan de hand van deze inventarisatie gaan cliënt, mentor en maatschappelijk werker aan de slag met de doelen die voor elk gebied, in overleg met de cliënt, gesteld zijn. De daadwerkelijke hulpverlening vindt plaats binnen de kaders die in het 8-fasenmodel beschreven staan.

De mentor voert in ieder geval tweewekelijks een mentorgesprek met de cliënt. In dit mentorgesprek bespreekt de mentor, aan de hand van het begeleidingsplan, met welke doelen de cliënt bezig is en of bijstelling en/of ondersteuning van de mentor en/of maatschappelijk werker noodzakelijk is. In de gesprekken komen ook de overige dagelijkse bezigheden en gebeurtenissen van de afdeling aan bod.

De werkzaamheden worden in eerste aanleg op de Rosaburgh verricht, de moeders verblijven hier intern. De moeders kunnen, indien noodzakelijk, begeleid worden door hun mentor of de maatschappelijk werker naar een instantie, dit kan de uitkeringsinstantie, Dienst Werk en Inkomen (DWI), zijn of een intakegesprek bij een schuldhulpverleningsinstantie. In de meeste gevallen wordt er ook naar een externe hulpverlener gezocht met specifieke deskundigheid. Bijvoorbeeld begeleiding en/of ondersteuning bij de opvoeding of een externe hulpverleningsinstantie voor ondersteuning bij het verwerken van traumatische gebeurtenissen.

In het 8-fasenmodel worden tien leefgebieden onderscheiden. Deze leefgebieden komen in bijna elke fase van de begeleiding weer terug en geven het model daarmee structuur. Voor de verschillende leefgebieden verwijzen we naar de bijlage 4.⁴⁰ Naast de mentorgesprekken met de individuele cliënt vinden er op de afdeling ook groepsgesprekken plaats, onder andere tijdens de bewonersvergadering die twee keer per maand gehouden wordt.

Eens in de drie maanden wordt een begeleidingsplan bespreking gehouden waarbij de cliënt, de mentor en de maatschappelijk werker evalueren of en hoe de cliënt aan gestelde doelen heeft gewerkt. Aan de hand van deze evaluatie wordt een nieuw begeleidingsplan geschreven waarin opnieuw wordt beschreven met welke doelen de cliënt in de komende periode aan de slag wil en hoe de cliënt dit, in overleg met de mentor, vorm wil geven.

³⁹ Zie bijlage 4 – 8-fasenmodel

⁴⁰ Zie bijlage 5 – De tien leefgebieden

6.3 – Huidige dagroutine

De Rosaburgh is een instelling met 24-uurs begeleiding. Dit betekent dat er elk moment van de dag groepsleiding aanwezig is ter ondersteuning van de cliënten. De groepsleiding is verantwoordelijk voor dat wat zich afspeelt op de groep en bij de individuele cliënten. Elke groepsleider is mentor van een paar cliënten en voert de taken uit zoals hierboven aan de orde zijn gekomen. In de huidige werkwijze is er geen vaste dagroutine die elke dag terugkomt. Wel zijn er dagelijkse contactmomenten. De groepsleiding drinkt twee keer per dag koffie met de cliënten. Dit is op vrijwillige basis. Daarnaast is er wekelijks cursus of een bewonersvergadering waarbij aanwezigheid verplicht is. Elke moeder beschikt over een woonunit met daarin een eigen keuken en badkamer. De moeder wordt geacht om zelf te koken en te eten op de unit. Er is een schoonmaakrooster waar elke moeder ingeroosterd staat om schoonmaaktaken uit te voeren in de gemeenschappelijke ruimten, zoals de gang en de huiskamer. Deze taken maken niet alleen dat de leefomgeving schoon is, maar bieden de groepsleiding de mogelijkheid om met de moeder mee te kijken hoe haar vaardigheden zijn op het gebied van schoonmaken.

De cursus, die een paar keer per maand gegeven wordt, gaat over uiteenlopende onderwerpen en wordt gegeven door de groepsleiding. De moeders zijn vrij om aan te geven wat zij graag aan de orde willen laten komen tijdens een cursus. Zo worden er cursussen gegeven over solliciteren, over opvoeding, over relaties en seksualiteit en dergelijke.

In de huidige situatie zijn, naast bovenstaand beschreven momenten, weinig structurele momenten ingebouwd waarop de groepsleiding contact heeft met de moeders. Dit kan tot gevolg hebben dat er weinig zicht is op de vaardigheden waar een moeder over beschikt of de vaardigheden waar de moeder nog in zou kunnen of moeten groeien.

6.4 – Samenvattend

Op de Rosaburgh is 24 uur per dag begeleiding, in de vorm van groepsleiding, aanwezig die ondersteuning biedt daar waar gewenst. Deze groepsleiders zijn tevens mentor van een aantal cliënten. Op de afdeling zijn weinig structurele contactmomenten. De contactmomenten die er zijn vinden voornamelijk plaats tijdens mentorgesprekken, cursus/bewonersvergadering. Centraal tijdens de begeleiding van de huidige doelgroep staat het 8-fasenmodel. De verschillende fasen in dit model zijn bedoeld als leidraad voor zowel cliënt als mentor bij het individuele traject dat elke cliënt doorloopt.

Hoofdstuk 7 – Het competentiemodel

7.1 – Korte inleiding

Door dit onderzoek is steeds duidelijker geworden dat het competentiemodel het meeste geschikte begeleidingsmodel lijkt voor de LVB moeders op de Rosaburgh. Deze bevinding wordt ondersteund door de literatuurstudie en de interviews die we gevoerd hebben. Het tot stand komen van deze conclusie wordt in hoofdstuk 10 toegelicht. In dit hoofdstuk is te lezen wat het competentiemodel inhoudt en welke verschillende interventies dit model kent.

7.2 – Het competentiemodel

Het competentiemodel gaat er van uit dat ondersteuning, die gericht is op het leren van vaardigheden en het vergroten van mogelijkheden, de beste uitgangspunten biedt om de problematische ontwikkeling van een LVB'er stop te zetten en om te buigen in een meer gewenste richting.⁴¹ In de praktijk zien we dat mensen met LVB problematiek al snel te horen krijgen wat niet goed gaat, of ze lopen zelf al tegen hun beperkingen op, omdat ze niet mee kunnen komen op school en/of in de maatschappij. Dit is een belangrijke reden om te kiezen voor het competentiemodel. Het motto van het competentiegericht werken is namelijk dat het nooit te laat is om ondersteuning te bieden aan een cliënt. Het model staat niet stil bij dat wat de cliënt niet moet doen, maar bij dat wat de cliënt wel kan doen.⁴² Competentiegericht hulpverlening richt zich dan ook op het versterken van (potentiële) krachten in de cliënt zelf en/of in zijn directe omgeving en het afzwakken van stressoren. De nadruk ligt op een positieve benadering, waarbij het in eerste instantie gaat om het leren van nieuw gedrag, zodat de cliënt voor zichzelf een nuttige en betekenisvolle plek in de samenleving kan verwerven. Het ontwikkelen van vaardigheden staat centraal. Het competentiemodel is een methodiek die de cliënt en diens potenties centraal stelt. Dit sluit aan bij de missie van het Leger des Heils om de cliënt telkens opnieuw centraal te stellen.⁴³ Het model helpt om te kijken naar de mogelijkheden die iemand heeft, in plaats van de onmogelijkheden.

7.3 – Drie theorieën

Het competentiemodel is gebaseerd op een drietal theorieën, namelijk: de Operante leertheorie, de Sociale leertheorie en het Self-management model. Van deze drie theorieën wordt gebruik gemaakt bij het analyseren van problemen en het aanleren van vaardigheden bij de cliënt.

De Operante leertheorie gaat er van uit dat iemand gedrag leert onder invloed van omgevingsfactoren. Dat wil zeggen dat het gedrag van mensen wordt beïnvloed door de situatie die aan het gedrag voorafgaat en de consequenties die volgen op dit gedrag. Bij deze theorie gaat men uit van het S-R-C schema om het gedrag van mensen te analyseren:

De S staat voor Situatie – het betreft de *gebeurtenissen* die aan het gedrag van de cliënt voorafgaan en de *fysieke omgeving*, die van invloed is op het gedrag van de cliënt;

De R staat voor Respons – met respons wordt het *gedrag* van de cliënt bedoeld. Onder gedrag verstaan we alles wat iemand doet, denkt en voelt;

En de C staat voor Consequentie – de consequentie geeft de *gevolgen van het gedrag* aan. Alles wat volgt op het gedrag, wordt beschouwd als consequentie van het gedrag. Een aangename consequentie wordt een *versterker* (C+) genoemd, omdat deze het voorafgaande gedrag versterkt. Een onaangename consequentie wordt een *afzwakker* (C-) genoemd, omdat dit leidt tot afzwakking van het vertoonde gedrag.

Bij de Operante leertheorie gaat het om het versterken van gewenst gedrag en het afzwakken van ongewenst gedrag. Hierbij staat de cliënt en diens gedrag centraal, omdat gewenst gedrag positieve

⁴¹ Spanjaard, H. Lange, M. d. & Haspels, M. (2003), blz. 21

⁴² Heijting, A. & Werf, L. van de (2004)

⁴³ www.legerdesheils.nl/missie (10 november 2008)

consequenties heeft voor de cliënt, terwijl er steeds minder negatieve consequenties zullen zijn wanneer het negatieve gedrag afzwakt.

De tweede theorie is de Sociale leertheorie. Binnen deze theorie wordt benadrukt dat gedrag wordt geleerd op basis van gedrag van andere belangrijke personen (modellen) in de omgeving. De functie van rolmodel kan vervuld worden door verschillende mensen in de nabije omgeving van de cliënt. De functie van rolmodel is er niet alleen als bewust nieuw gedrag wordt voorgedaan aan de cliënt, maar ook in de manier waarop mensen laten zien dat ze met elkaar en de cliënten omgaan.

Kort gezegd hanteert de Sociale leertheorie het principe van 'ik doe iets voor en jij doet iets na'.⁴⁴ In de praktijk is deze leertheorie bijzonder helpend voor mensen met LVB problematiek, omdat juist het vanzelf aanleren van vaardigheden vaak niet tot hun mogelijkheden behoort. Als hulpverlener kun je de functie van rolmodel goed inzetten bij het aanleren van nieuwe vaardigheden. Bovendien helpt dit uitgangspunt om je als hulpverlener bewust te zijn van je eigen rol en voorbeeldgedrag.

Het Self-management model, ook wel Zelfregulatie theorie genoemd, benadrukt de invloed die iemand zelf heeft op zijn eigen gedrag. Mensen kunnen hun eigen gedrag sturen, dat wil zeggen versterken of afzwakken. Dit wordt binnen het Self-management model *zelfsturing* genoemd.

Voor zelfsturing zijn drie stadia te onderscheiden:

1. Zelfobservatie: je moet je eigen gedrag en eigen emoties kunnen observeren voordat je iets aan je gedrag kunt veranderen;
2. Zelfevaluatie: vergelijken van het gedrag waar je op dat moment mee bezig bent of wat je wilt gaan doen met de standaardnorm en je stelt vast of je hier al dan niet aan voldoet;
3. Zelf-versterken of zelf-afzwakken: Als uit het vorige stadium, het stadium van de zelfevaluatie, blijkt dat iets goed gedaan is dan geeft dit een goed gevoel. Als het gedrag minder is dan de standaardnorm geeft dit een vervelend gevoel.⁴⁵

Zelfsturing helpt om de kracht van de cliënt te vergroten.

(ontleend aan Spanjaard, de Lange, Haspels, 2003)

Kenmerkend bij LVB'ers is dat de mogelijkheid om tot zelfsturing te komen in mindere mate of niet aanwezig is. Wat vanuit de praktijk wel genoemd wordt, is dat wanneer een cliënt tot zelfsturing komt dit leidt tot groeiend zelfvertrouwen. Om tot zelfsturing te komen is het belangrijk dat de cliënt gedrag als het ware af kan kijken bij een ander: het rolmodel zijn waar binnen de sociale leertheorie over gesproken wordt. Wanneer er sprake is van zelfsturing levert dit "succeservaringen" op voor de cliënt. Een succeservaring kan gezien worden als belangrijke drijfveer om gedrag opnieuw toe te passen. Je kunt dan ook stellen dat zelfsturing groeit door ervaring opdoen binnen verschillende situaties. Wel is het goed om ook hierbij te realiseren dat het opdoen van een ervaring kan gelden voor een bepaalde situatie, maar dat dit niet betekent dat de cliënt dit kan vertalen naar een andere situatie omdat een LVB'er moeite heeft om te generaliseren.

Deze drie theorieën kunnen gezien worden als de staanders waarop het competentiemodel rust.

De benadering vanuit de drie theorieën is positief. Dit is belangrijk voor de moeder, maar ook voor het kind, die automatisch in deze manier van werken betrokken is. Bij een LVB moeder zal haar IQ niet meer veranderen. Wel kan het niveau van sociale redzaamheid vergroot worden. Bij deze mogelijkheid tot groei sluit het competentiemodel aan. Als je moeder wordt of bent, is er veel dat je moet leren en ontdekken. Wanneer de hulpverlening het aanleren van vaardigheden centraal zet, kan de moeder in haar eigen tempo ondersteund worden bij het aanleren van nieuwe vaardigheden en uiteindelijk tot groei in sociale redzaamheid.

Met het S-R-C schema kan goed ingespeeld worden op de behoeftes van zowel moeder als kind. Als ondersteuning hierbij kan gebruik worden gemaakt van Video Interactie Begeleiding (VIB) waarbij het visueel maken van de interacties tussen moeder en kind kan bijdragen aan de ontwikkeling van de moeder in haar moederrol en de moeder door het zien van haar eigen gedrag bewust gemaakt kan worden van haar reacties en de consequenties die haar gedrag heeft.

⁴⁴ Uit het interview met C.Baas, teamleider Orthopedagogisch Centrum Middelveld

⁴⁵ Heijting, A. & Werf, L.v.d. (2004)

Doordat de hulpverlener als rolmodel fungeert, kan de hulpverlening op heel praktische wijze worden ingevuld. LVB moeders leren gemakkelijker wanneer iets visueel gemaakt wordt. Ook herhaling van je gedrag als rolmodel draagt bij aan het leerproces. Als hulpverlener is het belangrijk om hiervan je bewust te zijn. In combinatie met de mentor als rolmodel en VIB, ontstaat er een krachtige combinatie voor de cliënt om te werken aan zelfregulatie en groei in sociale redzaamheid. Beiden methoden hebben een positieve insteek, waardoor het positieve gedrag van de cliënt versterkt wordt.

Kortom, het competentiemodel is een zeer praktisch toepasbaar model gericht op groei van vaardigheden. Dit maakt het model uitermate geschikt voor hulpverlening aan LVB moeders op de Rosaburgh. Aangezien de mentor een cruciale rol speelt binnen dit model is het van belang om de mentor hierin goed te trainen. Wanneer het personeel beschikt over voldoende kennis en vaardigheden op gebied van competentiegericht werken, zal het competentiemodel tot zijn recht komen en daadwerkelijk tot positieve resultaten kunnen leiden in het leerproces van de cliënt.

7.4 – Competentie en vaardigheid

Uitgangspunt van het competentiemodel is het aanleren van competent gedrag en de samenhang die hierbij nodig is met betrekking tot verschillende vaardigheden.

Het woordenboek geeft de volgende omschrijving van het woord competent:

*com'pe'tent bn bevoegd, bekwaam: niet ~ om te oordelen*⁴⁶

Spanjaard, de Lange & Haspels (2003) beschrijven dat iemand competent is wanneer hij over voldoende vaardigheden beschikt om de taken waarmee hij in het dagelijkse leven geconfronteerd wordt, op adequate wijze kan vervullen. Zij vullen aan dat competentie gezien kan worden als een evenwichtstoestand tussen taken en vaardigheden. "Taken worden dan ook gezien als ook opgaven waar ieder mens voor komt te staan in zijn alledaagse contact met de samenleving. Vaardigheden zijn zogenaamde taak specifieke gedragsrepertoires. Met een vaardigheid ben je in staat om bepaalde taken te vervullen. Een volledig repertoire aan vaardigheden noemen we gedrag."⁴⁷ Vaardigheden worden vervolgens weer opgedeeld in verschillende soorten vaardigheden op praktisch, sociaal, emotioneel en cognitief gebied.

De kracht van het competentie model is het uitgangspunt van waaruit gewerkt wordt, namelijk stil staan bij de vaardigheden waar de cliënt al over beschikt, onderzoeken voor welke taken de cliënt staat in haar specifieke levenssituatie en wat er nog nodig lijkt te zijn om tot een goede uitvoering van deze taken te komen.

7.5 – Methodische interventies

De begeleiding van cliënten op basis van het competentiemodel richt zich op (een combinatie van):

- a. het vergroten van vaardigheden (wanneer incompetent gedrag het gevolg is van een tekort aan vaardigheden);
- b. het verlichten van taken (wanneer incompetent gedrag het gevolg is van een te zware taak);
- c. het introduceren van extra taken (wanneer incompetent gedrag het gevolg is van taken die voor de cliënt onvoldoende prikkelend zijn);
- d. het verlichten/reducen van stress, het wegnemen/verminderen van (de invloed van) stressoren;
- e. het activeren of vergroten van protectieve (beschermende) factoren;
- f. het verminderen van de invloed van psychopathologie.

(ontleend aan Spanjaard, de Lange & Haspels, 2003)

Deze combinatie van factoren betekent dat de groepsleiding, wanneer een cliënt nieuw binnen komt, tijd moet nemen om met de cliënt te onderzoeken welke factoren een rol spelen in de huidige situatie van een cliënt. Wanneer men zich bijvoorbeeld alleen richt op het vergroten van vaardigheden, kan het zijn dat de begeleiding niet optimaal is. De cliënt wordt dan niet voldoende gekend in dat wat er nog meer speelt. Bovendien kan blijken dat bijvoorbeeld het reduceren van stress of het wegnemen

⁴⁶ www.vandale.nl (3 november 2008),

⁴⁷ Spanjaard, H. Lange, M. de & Haspels, M. (2003), blz. 22

van stressoren al leidt tot groei in vaardigheid. Het is van belang dat mentor en groepsleiding de eerste weken besteedt aan observatie en interpretatie om van daaruit de cliënt optimale ondersteuning te bieden. Wanneer er een orthopedagoog aan de afdeling verbonden is, kan deze mentor en overige groepsleiding hier bij ondersteunen door samen met de mentor en het team observaties te bespreken en deze te interpreteren.

Voor het leren van (nieuwe) vaardigheden (a) of het introduceren van nieuwe taken (c) kunnen verschillende technieken worden gebruikt:

1. Feedback geven: feedback op adequaat gedrag versterkt het gedrag waarover de feedback wordt gegeven;
2. Geven van (gedrag)instructies: bij een instructie leert de mentor/groepsleider de cliënt hoe een vaardigheid uitgevoerd moet worden door de verschillende stappen van de vaardigheid en de situatie waarin de vaardigheid gebruikt dient te worden, te benoemen;
3. Voordoen: het aanleren van een vaardigheid door de vaardigheid voor te doen;
4. Oefenen: als mentor of groepsleider weet je pas zeker dat de cliënt een vaardigheid heeft begrepen wanneer het haar lukt de vaardigheid uit te voeren. Het oefenen van een vaardigheid kan zowel in een rollenspel als in werkelijke situaties plaatsvinden.

(ontleend aan Spanjaard, de Lange & Haspels, 2003)

Wanneer blijkt dat een taak te zwaar is of de cliënt incompetent is de taak uit te voeren zal de interventie gericht zijn op het verlichten van de taak (b). Het introduceren van een nieuwe taak of extra taken kan bijdragen aan de competentie van de cliënt. Er is dan sprake van taakverrijking. Wel is het belangrijk dat deze taakverrijking in kleine, concrete, stapjes plaatsvindt zodat er ook echt sprake is van groei en de cliënt zich de taak eigen kan maken.

Om de acties uit bovenstaand beschreven punten toe te passen in het uiteindelijke handelen wordt de mentor geadviseerd om de cliënt actief te observeren gedurende een individueel te bepalen periode. Het handboek bevat verschillende observatielijsten (met dank aan Alleen Samen te Hilversum) die als leidraad voor observatie gebruikt kunnen worden. Spanjaard, de Lange & Haspels (2003) schrijven dat "observaties de basis vormen voor het handelen van mentoren/groepsleiders. Het observeren van gedrag geeft namelijk de mogelijkheid om cliënten feedback te geven op dat wat ze goed doen of hen tot alternatief gedrag te instrueren."

Observeren als uitgangspunt voor het handelen. Dit sluit aan bij het 8-fasenmodel. Het 8-fasenmodel biedt in de fase na opname, de analyse fase, tijd en gelegenheid om te observeren en zo tot een uiteindelijke persoonsbeschrijving te komen. De persoonsbeschrijving van een cliënt kan opgesteld worden aan de hand van de observaties. Door middel van de observatielijsten is het bovendien mogelijk om samen met de cliënt te kijken naar wat goed gaat en wat beter kan.

7.6 – Samenvattend

Uitgangspunt van het competentiemodel is het aanleren van competent gedrag en de samenhang die hierbij nodig is met betrekking tot verschillende vaardigheden. Dit uitgangspunt wordt uiteengezet aan de hand van drie theorieën, de standers waar het competentiemodel op rust: de Operante leertheorie, de Sociale leertheorie en het Self-management model. Het competentiemodel richt zich op het versterken van positieve krachten en het verkleinen van negatieve krachten (stressoren). De positieve insteek die dit met zich meebrengt werkt bevorderend in het leerproces voor zowel cliënt als mentor.

Het competentiemodel lijkt geschikt te zijn voor de begeleiding aan LVB moeders op de Rosaburgh doordat het model gericht is op het aanleren van vaardigheden vanuit een concrete en positieve benadering. Door de LVB moeder te ondersteunen in het aanleren van vaardigheden zal het niveau van sociale redzaamheid vergroot worden. Belangrijk middel om tot het aanleren van vaardigheden te komen is observatie en interpretatie. Van groepsleiding/mentoren wordt verwacht dat zij gedurende een individueel te bepalen periode actief observeren, om zo aan te kunnen sluiten bij de behoeften van de cliënt. Dit is het uitgangspunt voor het verdere traject.

Hoofdstuk 8 – Het competentiemodel toegepast

8.1 – Korte inleiding

Op de Rosaburgh wordt vanuit het 8-fasenmodel het begeleidingstraject aan moeder en kind vorm gegeven.⁴⁸ In dit hoofdstuk gaan we nader in op de praktische uitvoering van competentiegericht werken binnen de kaders van het 8-fasenmodel.

8.2 – 8-fasen model en competentiemodel

In het 8-fasenmodel kan het competentiemodel voornamelijk tijdens de fases vier tot en met zeven, de fases van analyse, planning, uitvoering en evaluatie, door de groepsleiding en/of mentoren toegepast worden. Deze fases vormen de zogeheten begeleidingscyclus.

De begeleidingscyclus komt in het begeleidingstraject van de cliënt herhaaldelijk terug. Gedurende de analyse fase wordt gewerkt met observatielijsten. Samen met de informatie van de externe behandelaar is het mogelijk een concrete persoonsbeschrijving op te stellen, van waaruit het begeleidingstraject opgestart kan worden. Bij de afdeling Alleen Samen van het Leger des Heils werkt men ook met een orthopedagoog. De orthopedagoog kan samen met de maatschappelijk werker, kinderwerker en mentor komen tot een concrete persoonsbeschrijving die aansluit bij de cliënt.

In de fase van planning zal, aan de hand van de ingevulde observatielijsten, samen met de cliënt gekeken moeten worden naar de leerpunten van de cliënt. Wanneer dit op een competentie gerichte wijze gebeurt, betekent dit dat de doelen voor de cliënt duidelijk zijn en dat er niet te grote stappen van de cliënt verwacht wordt, zodat de doelen haalbaar zijn. De volgende fase is de fase van de uitvoering. In deze fase is het belangrijk om de cliënt te motiveren om tot actie te komen en tot daadwerkelijke oefening. Herhalen, herhalen en herhalen van handelingen is van groot belang in deze fase. Door met de cliënt duidelijk te evalueren (fase zeven) en tijdens de evaluatie stil te staan bij groei in competentie bij de cliënt, zal de cliënt zien wat goed gaat. Hieruit kunnen weer nieuwe leerdoelen gehaald worden, waarna de begeleidingscyclus opnieuw start vanaf fase vier.

Bij het doorlopen van al deze fases geldt dat nauwe samenwerking in het team van belang is. Samenwerking tussen mentor, groepsleiding, maatschappelijk werk, kinderwerker en orthopedagoog heeft als doel om het traject van de cliënt zo nauwkeurig mogelijk vorm te geven en een zo volledig mogelijk zicht te krijgen op de vaardigheden waar de cliënt al dan niet over beschikt.

8.3 – Handboek

Het competentiemodel is een praktisch model, dat vorm gegeven wordt met behulp van verschillende lijsten en vaststaande structuren. Het huidige handboek 8-fasenmodel zal samen met de volgende onderdelen een handboek vormen waarmee groepsleiding/mentoren competentiegericht kunnen werken:

- Algemene dagelijkse routine;
- Schema 8-fasenmodel en competentiegericht werken;
- Handleiding bij observatielijsten;
- Observatielijsten.

Werken vanuit het competentie model betekent werken vanuit een persoongerichte insteek. In het handboek is een algemene dagelijkse routine opgenomen. Deze dagelijkse routine vormt de basis van waaruit voor iedere cliënt een individueel traject zal worden uitgezet, toegespitst op de kwaliteiten en leerpunten van de individuele cliënt. Bovendien geeft de dagelijkse routine zowel groepsleiding als moeders structuur en duidelijkheid. Over de huisregels doen we in hoofdstuk 11 een aanbeveling. Doordat we het belangrijk vinden om het sociale netwerk te betrekken bij begeleiding van de moeders willen we voorstellen om de huisregels met betrekking tot bezoek aan te passen.

Tot slot bevat het handboek een groot aantal observatielijsten. Deze observatielijsten zijn opgesteld vanuit lijsten die we van Alleen Samen te Hilversum ontvingen. De observatielijsten zijn te verdelen in twee categorieën: opvoeding en dagelijkse routine. Wanneer een eerste gesprek

⁴⁸ Zie bijlage 4 – 8-fasenmodel

plaatsvindt met een cliënt dient te worden gekeken welke observatielijsten direct de eerste periode gebruikt worden. De lijsten kunnen telkens opnieuw gekopieerd worden vanuit het handboek. Het handboek bevat, naast de specifieke observatielijsten, ook een korte uitleg over het gebruik van de lijsten en een tweetal lijsten waarin de mentor een samenvattend verslag kan maken na een observatieperiode.

Door documenten over zowel het competentiemodel als het 8-fasenmodel samen te voegen vormt het handboek een praktische en richtinggevende handleiding als mede naslagwerk voor mentor/groepsleiding.

8.4 – Samenvattend

Het 8-fasenmodel is de richtlijn van waaruit gewerkt wordt binnen de GWCA en zo ook bij de Rosaburgh. Het 8-fasenmodel kent een viertal fasen waar de groepsleiding/mentoren op de Rosaburgh voornamelijk mee te maken krijgt, de zogeheten begeleidingscyclus. Voornamelijk binnen deze fasen kunnen groepsleiding/mentoren competentiegericht werken. Samenwerking met alle disciplines in het team is hierin van groot belang.

In het handboek is op concrete wijze beschreven worden hoe groepsleiding/mentor binnen het 8-fasenmodel competentiegericht kan werken. Dit wordt aan de hand van verschillende lijsten, schema's en documenten gedaan.

Hoofdstuk 9 – Andere methodieken

9.1 – Korte inleiding

Tijdens het onderzoek werd al snel duidelijk dat het competentiemodel een goede en veel gebruikte werkwijze is om te gebruiken bij het begeleiden van cliënten met LVB problematiek. Voor het belang van het onderzoek is er voor gekozen om ook andere methodieken te onderzoeken, ook omdat tijdens de interviews duidelijk werd dat het competentiemodel gezien wordt als een benaderingswijze van waaruit eclecticisch werken mogelijk blijft. Aangezien eclecticisch werken een toevoeging kan zijn om het traject van een cliënt vorm te geven, binnen de kaders van het competentiemodel, wordt in hoofdstuk stil gestaan bij andere methodieken die geschikt lijken te zijn in de begeleiding van LVB moeders. Verschillende methodische interventies uit verschillende methodieken die de mentoren mee kunnen nemen in begeleiding aan LVB moeders worden beschreven en toegelicht.

9.2 – Methodische insteek

Het Landelijk KennisNetwerk Gehandicaptenzorg (LKNG) heeft als een van de weinige organisaties onderzoek gedaan naar LVB ouders.⁴⁹ Methodiek is volgens LKNG "een door de hulpverleners gezamenlijk te dragen flexibel geheel van sturende praktijktheoretische inzichten en ethische en normatieve stellingnames over een omschreven gebied van de hulpverlening (Bassant, 2000)."

De methodieken zijn door LKNG in de volgende categorieën ingedeeld:

- Methodieken gericht op het verhogen van de opvoedingsvaardigheden;
- Methodieken gericht op het verhogen van de (sociale) vaardigheden van ouders;
- Methodieken ontwikkeld of toegepast omdat in de gezinnen of bij de kinderen sprake is van complexe problematiek.⁵⁰

Ook het LKNG gaat bij dit onderzoek uit van het belang van het kind, men stelt dat het belang van het kind niet ondergeschikt gemaakt mag worden aan de wens van de ouders. Als gevolg hier van wordt samenwerking met de gezinsvoogd als essentieel gezien. Begeleiders en de gezinsvoogd zullen door goed overleg tot een werkbare oplossing moeten komen.

LKNG komt tot de volgende gebruikte methodieken wanneer sprake is van begeleiding van moeder met LVB problematiek met kind:

- Systeemgericht werken;
- Principes uit het competentiegericht werken;
- Empowerment;
- Draagkracht/draaglast principe;
- Community care.⁵¹

9.3 – Doel van de interventies

Doelen van de interventies die in dit hoofdstuk beschreven worden, zijn als volgt onder te verdelen:

1. Het zodanig verbeteren van het gezinsklimaat dat het kind er veilig kan opgroeien en zich kan ontwikkelen;
2. Het aanleren en vergroten van vaardigheden bij moeder zodat zij (meer) in staat is zelfstandig te wonen;
3. Het vergroten van vaardigheden bij de verschillende gezinsleden zodat zij in staat om gebruik te maken van hun sociale netwerk.⁵²

Bij het onderzoeken naar onderdelen uit andere methodieken, die geschikt lijken voor de begeleiding van LVB moeders, is gekeken naar de mogelijkheden om te komen tot bovenstaande interventies. Uitgangspunt bij het zoeken naar andere werkwijzen, naast het competentiemodel, is de

⁴⁹ Joha, D., Gerards, G., Nas, M., Gendt J.van & Kersten, M. (Landelijk Kennisnetwerk Gehandicaptenzorg, 2006)

⁵⁰ Joha, D., Gerards, G., Nas, M., Gendt J.van & Kersten, M. (Landelijk Kennisnetwerk Gehandicaptenzorg, 2006), blz.97

⁵¹ Bijlage 7 – Publicatie LKNG

⁵² Heijting, A. & Werf, L.v.d. (2004)

doelgroepanalyse (hoofdstuk 4 en hoofdstuk 5) en de verschillende werkwijzen die in de interviews naar voren kwamen. Zo maken de methodieken die in dit hoofdstuk beschreven staan het mogelijk om te werken aan het vergroten van vaardigheden, een belangrijk uitgangspunt in de hulpverlening aan LVB cliënten. Ook bieden de beschreven methodieken de mogelijkheid om oog te hebben voor de individuele cliënt en haar sociale netwerk. De cliënt centraal stellen past binnen de visie van het Leger des Heils.⁵³

Specifiek betekent dit dat de oplossingsgerichte benadering, evenals het taakgericht hulpverleners, kunnen bijdragen aan het vergroten van vaardigheden bij de moeder of anderen uit het sociale netwerk. Dat de contextuele benadering ingezet kan worden om zicht te krijgen op het klimaat waarin een kind opgroeit. Video Interactie Begeleiding, tot slot, kan er aan bijdragen om een totaalbeeld te krijgen bij de drie beschreven elementen en om dit beeld door middel van visualisatie aan de moeder te demonstreren. Een eclectische werkwijze verdient de voorkeur, omdat het helpt in de volle breedte zicht te krijgen op de situatie van een cliënt.

Voor alle interventies die worden beschreven geldt dat, om aan te sluiten bij de cliënt, de methodiek laagdrempelig en concreet dient te zijn, hier is bij het zoeken van andere, passende methodieken naar gekeken. Dit betekent onder andere:

- Het vergroten van het niveau van sociale redzaamheid van de moeder staat centraal;⁵⁴
- Het versterken en uitbreiden van aanwezige krachten bij de moeder en het sociale netwerk;
- Het aanbieden van concrete ondersteuning, waarbij het opdoen van positieve ervaringen centraal staat;
- Zowel probleembepaling als doelbepaling dienen in kleine en concrete stappen te worden opgedeeld.

9.4 – Oplossingsgerichte benadering

Bij werken vanuit de oplossingsgerichte benadering staat centraal dat de cliënt zijn eigen kracht en mogelijkheden leert kennen en ontdekken. Het doel van deze benadering is dan ook om hoop en kracht los te maken bij cliënten, om zelfvertrouwen te doen toenemen en om uitbreiding van het eigen oplossend vermogen te stimuleren.⁵⁵ Volgens de oplossingsgerichte benadering is het niet nodig om precies te weten hoe problemen zijn ontstaan, maar is het van belang de cliënt vanaf het begin te concentreren op de situatie waarin problemen zijn opgelost.

Grondlegger van deze benadering is Steve de Shazer, een gezinstherapeut in Amerika.⁵⁶ Uitgangspunt van de oplossingsgerichte benadering is dat er bij de mens, in potentie, positieve krachten aanwezig zijn, maar dat deze krachten geactualiseerd moeten worden.⁵⁷ Dit sluit aan bij het competentiemodel, wat ook stelt dat ieder individu bepaalde krachten en potenties in zich heeft. De mentor kan een belangrijke functie vervullen in het aanboren en actualiseren van deze positieve krachten bij de LVB moeder. Dit uitgangspunt is opgedeeld in drie vuistregels, namelijk:⁵⁸ Als iets werkt, doe daar dan meer van, ook al gaat het tegen de verwachting van de hulpverlener in. Herhaal (meerdere malen) een vorige werkwijze;

1. Als iets niet werkt, doe dan wat anders. Het liefst iets onverwachts en totaal anders. Meer van hetzelfde leidt tot niets. Maak normaliserende opmerkingen over de situatie;
2. Wat niet stuk is moet je niet maken. Blijf af van wat goed gaat in de beleving van de cliënt.

Deze drie vuistregels dienen als richtlijn voor de gesprekken met een cliënt. Wel is het zo dat binnen de oplossingsgerichte benadering het generaliseren van positieve ervaringen centraal staat. De mentor/groepsleiding zal er alert op moeten zijn dat een moeder met LVB problematiek moeite heeft om te generaliseren en te leren door ervaring. Herhaling van dat wat goed gaat is dan ook een groot aandachtspunt. Naast deze herhaling van dat wat de cliënt leert en doet, zijn er een aantal andere interventies vanuit de oplossingsgerichte benadering bruikbaar voor groepsleiding/mentor.

⁵³ www.legerdesheils.nl (12 okt.2008)

⁵⁴ Kraijer, D.W. & Plas, J. van der (2006), blz. 21

⁵⁵ Pauw, R. de, Teekman, J., Driel, I. van & Lenkhoff, M. (2008), blz. 3-8

⁵⁶ MWD Gezinsbehandeling – Reader CHE, MWD dto schooljaar (2006-2007), blz. 9-21

⁵⁷ MWD Gezinsbehandeling – Reader CHE, MWD dto schooljaar (2006-2007), blz. 9-21

⁵⁸ MWD Gezinsbehandeling – Reader CHE, MWD dto schooljaar (2006-2007), blz. 9-21

In de eerste plaats neemt het luisteren naar een cliënt een belangrijke plaats in binnen dit gedachtegoed, omdat luisteren de kans biedt om de leefwereld van de cliënt zo goed mogelijk te leren kennen. Ook kan de wondervraag gesteld worden. De wondervraag geeft cliënten de vrijheid om over alle mogelijke alternatieven na te denken, zonder daarbij drempels te ervaren. De vraag luidt als volgt: "Stel dat er 's nachts, terwijl je slaapt, een wonder gebeurt waardoor je probleem, waarmee je hier kwam, is opgelost. Je weet niet dat het wonder heeft plaatsgevonden. Wat zal er 's morgens bij het wakker worden anders zijn en waardoor kun je dit zien?".⁵⁹ De vraag geeft niet alleen de hulpverlener inzicht in dat wat dan verandert is, maar kan ook inzichtgevend zijn voor de cliënt in haar eigen situatie. Nadeel van deze vraag is wel dat er aanspraak wordt gemaakt op het voorstellingsvermogen van de cliënt. Bij LVB'ers kan dit voorstellingsvermogen beperkt zijn. Het is dan ook belangrijk dat de groepsleiding/mentor deze vraag gebruikt op het moment dat de vraag helpend lijkt voor de cliënt.

Een interventie die wel gemakkelijk toegepast kan worden is om, tijdens een gesprek met de cliënt, te zoeken naar een uitzondering op de situatie. Samen met de cliënt zoeken naar ervaringen waarbij het probleem zich niet voordeed terwijl dit wel had gekund. Door met de cliënt stil te staan bij uitzonderingen kan de cliënt haar perspectief op de situatie verbreden.

Tot slot is het volgens de oplossingsgerichte benadering belangrijk om doelen concreet en helder te formuleren, omdat dit de cliënt perspectief en hoop voor de toekomst geeft.⁶⁰ Bovendien geeft het de mentor/groepsleiding ruimte om complimenten of concrete feedback te geven op dat wat een cliënt goed doet.

De oplossingsgerichte benadering sluit goed aan op het competentiegericht werken. Een nadeel aan deze methodiek is wel dat het zich in contact met de cliënt vaak richt op de toekomst. Het vooruit kijken en denken is iets wat voor sommige LVB'ers moeilijk is. Een ander nadeel komt voort uit de derde vuistregel die genoemd werd, "Wat niet stuk is moet je niet maken". Hoewel we ons persoonlijk in deze vuistregel kunnen vinden, zal bij het werken met LVB moeders wel centraal staan dat ze eerst moeten laten zien wat wel of niet stuk is. Dit betekent dat er soms ingegrepen zal worden daar waar de moeder wel denkt dat dingen goed lopen, maar dit niet het geval lijkt te zijn.

9.5 – Contextuele Hulpverlening

De contextuele benadering, ontwikkeld door de psychiater Ivan Boszormenyi-Nagy, verwijst met het woord 'context' naar de dynamische verbondenheid van de mens met zijn betekenisvolle relaties over verschillende generaties.⁶¹ "Ieder mens maakt deel uit van een familiaal netwerk van verhoudingen, waarin iedereen verbonden is in een dynamische balans van geven en nemen." (Michielsen, Mulligen & Hermkens, 2005).

De contextuele benadering kent vier dimensies: de dimensie van de feiten, de dimensie van de psychologie, de dimensie van de interacties en de dimensie van de relationele ethiek. Deze vierde dimensie, de dimensie van de relationele ethiek, kan gezien worden als een overkoepelende dimensie waarin gekeken wordt hoe de balans tussen geven en ontvangen is geweest in de huidige en eerdere generaties.

Het contextueel gedachtegoed besteedt uitgebreid aandacht aan existentiële en verworven loyaliteit. Existentiële loyaliteit is geen gevoel, maar een zijnsgegeven. Het is de band tussen ouders en kinderen, die onverbreekbaar is. Verworven loyaliteit is meer de gevoelsloyaliteit. Deze vorm van loyaliteit is gebaseerd op diensten.⁶² Hier bewust van zijn kan groepsleiding/mentoren helpen om aandacht te besteden aan de rol die loyaliteit speelt in het leven van de cliënt. Ook helpt kijken vanuit dit gedachtegoed om een beeld te vormen over hoe bepaald gedrag, door generaties heen, tot stand is gekomen en op welke manier de cliënt geeft en ontvangt.

Een ander onderdeel vanuit het contextueel gedachtegoed is het begrip parentificatie. Bij LVB moeders en daarnaast ook bij hun kinderen kan het belangrijk zijn om te onderzoeken of er sprake is van parentificatie en welke vorm hierin centraal staat. Nagy en Krasner zien in parentificatie het natuurlijke vermogen van het kind om te geven. Als dat erkend wordt ontwikkeld iemand echt

⁵⁹ MWD Gezinsbehandeling – Reader CHE, MWD dto schooljaar (2006-2007), blz. 9-21

⁶⁰ MWD Gezinsbehandeling – Reader CHE, MWD dto schooljaar (2006-2007), blz. 9-21

⁶¹ Hermkens, L. (red), Michielsen, M & Mulligen, W. van (2005), blz. 19

⁶² Hermkens, L. (red), Michielsen, M & Mulligen, W. van (2005), blz. 23 en 286

vermogen om verantwoordelijkheid op zich te nemen en ontstaat er zelfwaarde. Daar waar een kind te veel geeft of geen erkenning krijgt voor het geven, kan dit leiden tot destructieve parentificatie.⁶³ Wanneer er in het leven van een LVB moeder sprake is geweest van parentificatie, dan is de kans groot dat ze dit ook in de opvoeding van haar eigen kind(eren) meeneemt. Groepsleiding en mentor kunnen door middel van observatie en gesprekken met de cliënt ontdekken of en in hoeverre er sprake is van parentificatie.

Binnen het contextuele gedachtegoed staat de meerzijdig partijdige houding van de hulpverlener centraal. Hierover schreef Nagy zelf: "Alles draait om het verdienen van gerechtigde aanspraak door zorg te dragen voor de mensen met wie ik in relatie sta. Ik verdien gerechtigde aanspraak door mensen feitelijk te helpen of me om hen te bekommeren. Als ik mensen tot die houding kan aanzetten, is dat het "genezende" moment in de contextuele therapie dat zij kunnen aannemen dat het de moeite waard is zich in te zetten om te geven in relatie, omdat zij op hun beurt zullen ontvangen, maar ook omdat het geven op zichzelf een waardevol doel voor hen wordt. Wanneer dat punt wordt bereikt, wordt herstel mogelijk."⁶⁴ Meerzijdige partijdigheid betekent dat de hulpverlener ten allen tijde partijdig is met alle betrokkenen in het systeem van de cliënt. Of ze nu aanwezig zijn bij een gesprek of niet.⁶⁵

9.6 – Taakgericht Hulpverleners

Taakgerichte Hulpverlening (TGH) komt voort uit de methodiek over social casework. Social Casework wordt gezien als één van de eerste methodieken in het maatschappelijk werk. Een verschil dat TGH heel duidelijk onderscheidt van social casework is, dat het probleem dat de cliënt zelf aandraagt centraal staat, en niet zozeer de cliënt als persoon. De werkrelatie tussen hulpverlener en cliënt is gericht op oplossing of verlichting van het probleem en niet op het bouwen aan een relatie.⁶⁶ Dit kan enerzijds gezien worden als nadeel, maar anderzijds ook als kracht. Hoewel de werkrelatie tussen cliënt en hulpverlener een belangrijk middel kan zijn in het traject van de cliënt, kan juist deze relatie ook belastend werken voor de cliënt. Bijvoorbeeld wanneer een cliënt wegens traumatische ervaringen niet of nauwelijks in staat is een relatie aan te gaan met een ander. De duidelijke kaders die TGH dan geeft kunnen de cliënt een gevoel van veiligheid geven.

Een heel praktisch voordeel van TGH is dat de methodiek als werkwijze gemakkelijk uit te leggen is aan de cliënt.¹⁰ Je handelen uitleggen en begrijpelijk maken voor de LVB cliënt kan van grote meerwaarde zijn voor de werkrelatie en het verloop van het hulpverleningsproces. Een ander bruikbaar onderdeel voor de LVB moeders lijkt het werken met taken en opdrachten. De opdracht of taak dient aan te sluiten bij het niveau van de cliënt. Op de Rosaburgh kan het geven van opdrachten of taken helpend zijn. Als de taak of opdracht aansluit bij de cliënt, kan ze haar vaardigheden en hiermee haar niveau van sociale redzaamheid vergroten. Hierbij past ook dat, zowel cliënt als hulpverlener, een taak of opdracht uitvoeren. De taken worden als het ware verdeeld. Dit kan motiverend werken, ook voor de LVB cliënt, omdat ze ziet dat ze niet alleen opdrachten uitvoert, maar dat haar mentor zelf ook verantwoordelijkheid draagt voor een taak of opdracht.

Er zijn meer onderdelen en interventies van TGH bruikbaar voor het werken met LVB moeders. We kiezen er voor daar in dit hoofdstuk niet nader op in te gaan. In de literatuurlijst is terug te vinden welk boek praktische ondersteuning kan geven bij het werken van uit TGH principes.

9.7 – Video Interactie Begeleiding

Bij Video Interactie Begeleiding (VIB) is de basiscommunicatie het uitgangspunt voor opvoedingsondersteuning. Met basiscommunicatie wordt het interactiepatroon dat is opgebouwd uit elementen die kenmerkend zijn voor geslaagde interacties bedoeld. VIB wordt onder andere ook gebruikt in gezinnen waar sprake is van problematiek op meerdere gebieden. In de praktijk blijkt dat deze methodiek namelijk niet alleen positief werkt bij opvoedingsondersteuning, maar dat deze ook gebruikt kan worden voor de communicatie tussen volwassen onderling. Dit maakt deze methodiek uitermate geschikt voor LVB'ers. De VIB kan gebruikt worden voor de opvoedingsondersteuning en

⁶³ Hermkens, L. (red), Michielsen, M & Mulligen, W. van (2005), blz. 84

⁶⁴ Nagy, I.B. (2000), blz. 10

⁶⁵ Hermkens, L. (red), Michielsen, M & Mulligen, W. van (2005), blz. 283

⁶⁶ Jagt, N. & Jagt, L. (2004), blz. 39

voor verbetering van communicatievaardigheid van de LVB moeder. De aandachtsvelden van VIB zijn dan ook; 1. de basiscommunicatie; 2. het dagelijks leven; 3. de ontwikkeling van het kind; 4. de ontwikkeling van de ouder(s); 5. het maatschappelijk functioneren van het gezin.⁶⁷

Het spreekt voor zich dat de VIB zeer zorgvuldig aangeboden dient te worden aan de LVB moeder, omdat er voor gewaakt moet worden dat moeder niet overvraagd wordt.

VIB kan heel helpend zijn om de moeder bewust te maken van haar gedrag en verschillende vaardigheden. VIB zet positieve momenten centraal en probeert, door hier op in te zoomen, deze momenten uit te breiden naar andere momenten toe.

9.8 – Overige methodische interventies

Van groot belang is dat de hulpverlening aan LVB moeders in kleine, concrete stapjes wordt opgedeeld. De LVB moeder vindt vooruitplannen meestal lastig. Als gestelde doelen te ver in de toekomst reiken, zal zij het overzicht kwijt raken. Daarnaast is er behoefte aan een vaststaande structuur van waaruit gewerkt wordt. Een LVB'er heeft behoefte aan duidelijkheid en een vast ritme. Wanneer er een vaste dagelijkse routine wordt gehanteerd zal dit het gevoel van veiligheid vergroten. Bovendien geeft een vaste dagelijkse routine groepsleiding en mentoren volop mogelijkheid om de cliënt en het kind te observeren en de begeleiding hierop aan te laten sluiten.

9.9 – Samenvattend

Naast het competentiegericht werken zijn ook andere methodische interventies bruikbaar in de hulpverlening aan LVB moeders. De oplossingsgerichte benadering streeft naar kijken wat mogelijk is en wat goed gaat, in plaats van de focus te leggen op dat wat er niet goed loopt. Dit sluit aan bij het competentiemodel. Het contextuele gedachtegoed kijkt naar de betekenis van gedrag, door generaties heen. Het kan zowel cliënt als mentor helpen om te begrijpen hoe bepaald gedrag ontstaan is. Het is belangrijk dat de groepsleiding/mentor oog heeft voor de existentiële loyaliteit die altijd een rol speelt in het leven van de cliënt. Het taakgerichte hulpverleners (TGH) brengt duidelijke kaders met zich mee. Bovendien kan het motiverend werken wanneer zowel cliënt als mentor met een taak of opdracht aan de slag gaat. Video Interactie Begeleiding (VIB) helpt om inzicht in het gedrag van de LVB moeder te vergroten. Het visualiseren maakt het concreet en grijpbaar voor de moeder. Ook geeft het de mentor/groepsleiding aangrijpingspunten om in te zoomen op dat wat positief verloopt tussen moeder en kind.

Dit hoofdstuk laat zien welke andere methodische interventies gebruikt kunnen worden door mentor en groepsleiding, naast de interventies die het competentiemodel kent. Eclectisch werken geeft de mogelijkheid om de cliënt centraal te stellen en aan de slag te gaan met dat wat de individuele cliënt nodig heeft. De methodieken die in dit hoofdstuk aan de orde kwamen zijn uitgekozen door dat ze bruikbaar zijn binnen de kaders van het competentiemodel.

⁶⁷ Reader Intervisie/SLB (CHE, 2008), blz. 27

Deel 4 – Conclusie en aanbeveling

Hoofdstuk 10 – Conclusies

10.1 – Korte inleiding

In dit hoofdstuk staan onze conclusies centraal die we getrokken hebben, naar aanleiding van ons onderzoek. De verschillende conclusies worden beschreven aan de hand van de verschillende delen die dit verslag bevat.

10.2 – Totstandkoming conclusies

Het blijkt dat er tot nu toe weinig onderzoek is gedaan naar ouders met LVB problematiek. Het Landelijk KennisNetwerk Gehandicaptenzorg (LKNG) heeft als één van de weinigen een belangrijk onderzoek uitgevoerd in 2006.⁶⁸ Dit onderzoek heeft ons bevestigd in de bevindingen die we gaandeweg hebben opgedaan.

We zijn op zoek gegaan naar een methodiek die het meest geschikt lijkt voor mentoren om te werken in de hulpverlening aan LVB moeders. Dit was de onderzoeksvraag. We hebben dit gedaan door allereerst te beschrijven wat LVB problematiek is, waarmee we antwoord hebben gegeven op de deelvraag over de karakteristieke eigenschappen van LVB moeders en hoe deze problematiek een rol speelt bij een moeder die op de Rosaburgh verblijft.

Om te ontdekken welke methodieken gebruikt worden binnen instellingen waar men werkt met de LVB doelgroep, hebben we verschillende interviews gevoerd bij andere instellingen. Ook hebben we ons een beeld gevormd door te lezen over verschillende methodieken en hierover te spreken met andere hulpverleners. Onze opdrachtgever is ook richtinggevend geweest voor de uiteindelijke conclusie, omdat vanuit het managementteam van het Leger des Heils besloten is dat de Rosaburgh samen gaat werken met O.C. Middelveld en eenzelfde niveau van kwaliteit moet kunnen waarborgen als deze afdeling. Door al deze elementen bij elkaar, hebben we uiteindelijk een methodiek gekozen. Hieronder wordt beschreven welke conclusies mee hebben gespeeld om tot de gekozen methodische werkwijze te komen. Ook behandelen we in de conclusies en aanbevelingen de overige deelvragen, namelijk hoe de aanbevolen methodiek geïmplementeerd kan worden in het 8-fasenmodel en welke ondersteuning de mentoren nodig hebben om vanuit de nieuwe methodiek aan het werk te kunnen. De antwoorden op de deelvragen komen terug in voorgaande hoofdstukken over de instelling, de doelgroep en de werkwijze/methodiek.

10.3 – Conclusies

Onze verslaglegging is opgedeeld in verschillende delen. Per onderdeel wordt beschreven welke conclusies getrokken zijn en hoe deze conclusie tot stand gekomen is.

Conclusies bij deel 1 – De instelling

1. Een eerste conclusie die we trekken is, dat de huidige functieomschrijvingen van medewerkers bij de Rosaburgh niet aansluiten bij de nieuwe situatie. De huidige functieomschrijvingen zijn nu al gedateerd en bevatten niet alle werkzaamheden waar de mentor/groepsleiding zich in de nieuwe situatie, met de nieuwe doelgroep, mee bezig zal houden. Zo omvat de huidige functieomschrijving niet de structurele contactmomenten die er in de nieuwe situatie wel zullen zijn. Tijdens de afronding van ons onderzoek hebben we van onze opdrachtgever te horen gekregen, dat er in de toekomst waarschijnlijk een orthopedagoog zal worden aangenomen om het team te versterken. Ondersteuning van een (extern) hulpverlener met deze kwaliteiten zien we als waardevolle aanvulling voor het team.
2. Om competentiegericht te werken en om voldoende zicht te hebben op de cliënt en haar kinderen is het belangrijk dat er voldoende gemeenschappelijke ruimte is. Een conclusie die we trekken is dat de grootte en inrichting van de huidige woonkamer te klein is om gezamenlijk te eten of te zitten.

⁶⁸ Joha, D., Gerards, G., Nas, M., Gendt J.van & Kersten, M. (Landelijk Kennisnetwerk Gehandicaptenzorg, 2006).

Conclusies bij deel 2 – De doelgroep

1. LVB problematiek wordt niet alleen bepaald door de hoogte van het IQ, maar ook door het niveau van sociale redzaamheid. Hoewel het IQ niet hoger zal worden, het niveau van sociale redzaamheid kan wel veranderen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het inspelen op het niveau van sociale redzaamheid een belangrijk uitgangspunt is bij hulpverlening aan cliënten met LVB problematiek.
2. In de praktijk blijkt dat het verzorgen van het kind door LVB ouders in de eerste paar maanden nog wel goed gaat, maar dat de overgangsmomenten in de ontwikkeling van een kind dusdanige eisen aan het ouderschap stelt dat iedere keer onderzocht zal moeten worden of de ouder(s) de nieuwe situatie aankunnen.⁶⁹ Een conclusie die we hieruit trekken is, dat een LVB moeder langdurig ondersteuning nodig zal hebben. Ook als zij doorstroomt vanuit de Rosaburgh naar een andere plek.
3. We zien in Nederland een toename aan belangstelling voor het opvoeden van kinderen. Zo heeft het kabinet de mogelijkheden verruimd om kinderen onder toezicht te stellen en kan zo het gezag van 'slechte ouders' ingeperkt worden. Deze aanpassing moet het eenvoudiger maken toezicht aan te passen aan de persoonlijke situatie van het kind.⁷⁰ De term 'slechte ouders' willen we vertalen als een ouder niet kan en/of wil voldoen aan de eisen die een adequate opvoeding aan de ouder stelt. We zijn het met de overheid eens dat het belangrijk is dat ook de belangen van het kind verdedigd worden. Hieruit concluderen wij dat het belangrijk is dat, in de hulpverlening die geboden wordt aan LVB moeder en kind(eren), de belangen van het kind centraal staan.
4. Uit het onderzoek is duidelijk naar voren gekomen dat ouders een zeer belangrijke rol spelen, voornamelijk de eerst paar jaren, in de ontwikkeling van het kind. De ouders hebben een voorbeeldfunctie. Voor de emotionele ontwikkeling wordt het als zeer belangrijk gezien dat er bekende verzorgers voor het kind zijn. Dit is een belangrijke reden om hulpverlening te bieden aan moeder en kind. Als er ruimte is voor het kind om zich te hechten in zijn eerste levensjaar voorkomt dit de zogenaamde 'bodemloze kinderen'.

Conclusies bij deel 3 – De werkwijze/methodiek

1. Door de huidige werkwijze van de Rosaburgh te bekijken, zijn we tot de conclusie gekomen dat de huidige manier van werken onvoldoende structurele contactmomenten biedt om LVB moeders te kunnen begeleiden. Er zijn meerdere, vaststaande contactmomenten per dag nodig om de moeder te kunnen observeren en ondersteunen.
2. Een belangrijke conclusie die we trekken is dat hulpverlening aan LVB moeders volgens kleine, concrete stappen moet verlopen wil de moeder de hulpverlening kunnen gebruiken om het niveau van sociale redzaamheid te vergroten.
3. We concluderen dat de huidige huisregels, zoals deze zijn opgenomen in de bijlage, niet aansluiten bij de nieuwe doelgroep. De huisregels zijn opgesteld met veel tekst en woorden en hierdoor niet gemakkelijk leesbaar voor de LVB moeder. Bovendien sluiten de huisregels, naar ons idee, niet volledig aan bij de nieuwe situatie en nieuwe werkwijze.
4. Door ons te verdiepen in de problematiek van de LVB moeder zijn we tot de conclusie gekomen dat het belangrijk is om in de hulpverlening aan de cliënt het sociale netwerk van de cliënt te verkennen en, indien mogelijk, in te zetten. Het sociale netwerk kan een belangrijk steunpunt zijn om op terug te vallen. Hierbij moet men wel alert zijn op een sociaal zwak netwerk, dat geen adequate ondersteuning kan bieden.
5. Uit de gesprekken en interviews die we gehouden hebben is ons opgevallen dat vrijwel elke instelling, die met LVB problematiek te maken heeft, werkt vanuit het competentiemodel.

⁶⁹ Verwey-Jonker Instituut (Goderie, M., Steketee, M. & Plemper, E. 2005), blz 61

⁷⁰ Nederlands Dagblad (12 juli 2008)

Concluderend durven wij dan ook te stellen dat deze methodiek het meest geschikt lijkt te zijn voor hulpverlening aan LVB moeders op de Rosaburgh. Niet alleen doordat het zich richt op het vergroten van vaardigheden, maar ook doordat het uit gaat van positieve krachten bij de cliënt en haar netwerk.

10.4 – Samenvattend

In dit hoofdstuk is uiteengezet hoe de conclusie tot stand is gekomen dat het methodisch werken vanuit het competentiemodel het meest geschikt lijkt te zijn voor hulpverlening aan de moeders, met LVB problematiek, die verblijven bij de Rosaburgh. Werken vanuit dit model biedt ruimte voor de ontwikkeling van vaardigheden en het vergroten van zelfvertrouwen van de cliënt. Bovendien sluit het werken vanuit dit model, het werken met andere methodieken niet uit en biedt het model ruimte om, vanuit een persoonsgerichte insteek, te werken en zo de cliënt centraal te stellen.

Hoofdstuk 11 – Aanbevelingen

11.1 – Korte inleiding

Deze aanbevelingen zijn opgesteld aan de hand van de conclusies die we trekken naar aanleiding van ons onderzoek. De aanbevelingen hebben als doel de LVB moeder op de Rosaburgh op een dusdanige wijze te begeleiden, dat de ontwikkeling van het kind geen gevaar zal lopen en de moeder de kans krijgt om, door begeleiding van mentor en groepsleiding, te groeien in haar niveau van sociale redzaamheid. De aanbevelingen zijn concrete richtlijnen waarmee de opdrachtgever geadviseerd wordt over stappen die, naar ons idee, ondernomen moeten worden om het werken met een nieuwe doelgroep en methodiek succesvol te laten zijn. De aanbevelingen vormen tevens het uitgangspunt van waaruit het handboek voor groepsleiding/mentoren is samengesteld.

11.2 – Aanbevelingen

Evenals bij de conclusies zijn de verschillende aanbevelingen onderverdeeld per onderdeel. De aanbevelingen sluiten nauw aan bij de verschillende conclusies die in het vorige hoofdstuk beschreven staan.

Algemeen

Zoals in het vorige hoofdstuk, bij de samenvattende conclusie, naar voren komt bevelen we het competentiemodel aan als werkwijze die het meest geschikt lijkt voor de mentoren en groepsleiding om LVB moeders op de Rosaburgh mee te begeleiden.

Aanbevelingen bij deel 1 – De instelling

1. We adviseren de opdrachtgever om de functieomschrijvingen van werknemers te herschrijven en aan te passen aan de nieuwe situatie. Herschrijving zal, naar ons idee, voor meer duidelijkheid zorgen over de verschillende functies, voor zowel werknemers als cliënten. In de nieuwe functieomschrijvingen dient rekening gehouden te worden met de (nieuwe) functie van orthopedagoog en kinderwerker.
2. We adviseren de opdrachtgever om, naast invoeren van een nieuwe werkwijze, ook te onderzoeken hoe de verschillende gemeenschappelijke ruimten in het gebouw geschikt gemaakt kunnen worden voor de structurele contactmomenten die dagelijks terug zullen keren zoals het gezamenlijke eten of koffie drinken.

Aanbevelingen bij deel 2 – De doelgroep

1. De kenmerkende eigenschappen van de LVB moeder en de conclusies die we trekken over het belang van zorg voor het kind samen, maken dat we een nauwe samenwerking met externe instanties aanbevelen. Deze samenwerking dient er toe bij te dragen dat de cliënt en haar kind(eren) optimaal ondersteund worden. Dit samenwerkingsverband zal er aan bijdragen dat de veiligheid van het (ongeboren) kind beter gewaarborgd kan worden. Deze veiligheid kan meer gewaarborgd worden door in de begeleiding van de moeder intensief gebruik te maken van Video Interactie Begeleiding door de kinderwerker. We bevelen deze werkwijze dan ook aan, daar waar het gaat om de veiligheid van het kind in relatie tot de moeder.
2. We adviseren dat, bij cliënten die aangemeld worden bij de Rosaburgh, de diagnose LVB problematiek gesteld moet zijn om in aanmerking te komen voor opname. Een goed beeld bij de hoogte van het IQ en het niveau van sociale redzaamheid kan groepsleiding en mentoren helpen om zorg op maat te leveren. Hierop aansluitend bevelen we aan dat de cliënt bij binnenkomst al een externe hulpverlener moet hebben, waar intensief mee samengewerkt kan worden (zie ook aanbeveling deel 2.1).
3. We adviseren de Rosaburgh om in de hulpverlening aan LVB moeders nauw samen te werken met O.C. Middelveld. De medewerkers bij O.C. Middelveld hebben kennis over LVB problematiek, die de mentoren op de Rosaburgh kunnen gebruiken bij hulpverlening aan de

LVB moeders. Zo kan ondersteuning, die door een orthopedagoog wordt geboden, het team op weg helpen. Ook adviseren we onze opdrachtgever om gebruik te maken van de kennis die men heeft van werken met LVB moeders bij Alleen Samen te Hilversum.

4. Bij LVB ouders is een melding bij Bureau Jeugdzorg nodig, indien blijkt dat de kinderen geen adequate opvoeding ontvangen of wanneer de moeder niet in staat is de veiligheid van het kind te waarborgen. Het Landelijk KennisNetwerk Gehandicaptenzorg (LKNG) stelt dat samenwerking met de gezinsvoogd belangrijk is. Voor zover het mogelijk is, adviseren wij dan ook samenwerking met Bureau Jeugdzorg, zodat dit een positieve bijdrage kan leveren voor de ontwikkeling van de LVB moeders. Wanneer de gezinsvoogd vooral geënt is op de kwaliteiten van de moeder sluit dat goed aan bij het competentiemodel. Wat gaat er goed, wat kan er beter. Tegelijkertijd realiseren we ons dat een reële verwachting op zijn plaats is, omdat ook de belangen van het kind sterk meewegen in dit proces.

Aanbevelingen bij deel 3 – De werkwijze/methodiek

1. We adviseren de opdrachtgever om mentoren en overige medewerkers een training aan te bieden over competentiegericht werken. Deze training draagt bij aan de kwaliteit van hulpverlening, omdat het de mentoren helpt de methodiek te integreren in het handelen van alledag.
2. We bevelen een zogeheten methodiekuur aan. Werken vanuit het competentiemodel is niet ingewikkeld, maar vereist wel oefening. Door het team, in ieder geval eens per maand, een moment aan te bieden waarop structureel stil gestaan wordt bij praktische elementen uit de werkwijze zal deze onder ieders aandacht blijven.
3. De huidige huisregels dienen aangepast te worden aan de nieuwe doelgroep en de nieuwe werkwijze. We adviseren onze opdrachtgever aan om, eventueel in overleg met O.C. Middelveld en Alleen Samen, nieuwe huisregels op te stellen die voldoen aan het werken met het competentiemodel en toegespitst is op de nieuwe doelgroep. Om de huisregels begrijpelijk te maken voor de LVB moeder zullen ze op concrete en praktische manier geformuleerd moeten worden, eventueel met ondersteuning van pictogrammen.
4. Als onderdeel van het handboek hebben we een document gemaakt met daarin een vaste dagelijkse routine. Wij achten het van groot belang om dit document als uitgangspunt van de hulpverlening te gebruiken. Werken vanuit het competentiemodel is mogelijk wanneer er structurele momenten zijn waarop groepsleiding/mentor de cliënt treft. Met de beschreven dagelijkse routine worden deze momenten veilig gesteld, zodat er een optimale leersituatie gecreëerd wordt.
5. De observatielijsten, overgenomen van Alleen Samen, bevelen we aan bij groepsleiding/mentoren. De lijsten kunnen gebruikt worden om een cliënt op gestructureerde wijze te observeren en deze observaties te bespreken met de cliënt. In het handboek zijn deze lijsten en een handleiding te vinden.
6. Vanuit het contextuele gedachtegoed bekeken achten we het wenselijk dat, indien mogelijk, de biologische vader en/of huidige partner zoveel mogelijk in het proces van begeleiding betrokken wordt. Dit zal de ontwikkeling van zowel moeder als kind positief kunnen beïnvloeden. Bovendien geeft het de vader en moeder samen de mogelijkheid om een stabiele plek voor het kind te zijn.

11.3 – Samenvattend

Verschillende concrete adviezen en aanbevelingen staan in dit hoofdstuk beschreven. De aanbevelingen sluiten aan bij de conclusies uit voorgaand hoofdstuk. De aanbevelingen stellen zowel werknemer als cliënt centraal. Door in de aanbevelingen aandacht te hebben voor de veiligheid van moeder en kind, komt tegelijkertijd ook de veiligheid van de werknemer aan bod.

De verschillende aanbevelingen vormen het uiteindelijke uitgangspunt van waaruit het handboek is samengesteld. Het bestaande handboek van het 8-fasenmodel maakt onderdeel uit van dit handboek.

Literatuurlijst

Literatuurlijst

- Aalsvoort, G.M. van der & Ruijsenaars, A.J.J.M. (red.) (2000). *Jonge Risicokinderen*. Amstelveen: c/o Beeldrecht
- Brinkman, F. & Berg, R. van den (2003, blz.15). *Crisishulpverlening*. Houten/Mechelen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Engbersen, G., Vrooman, J.C. & E.Snel, E. (1997) *Arm Nederland, de Kwetsbare. Tweede jaarrapport armoede en sociale uitsluiting*. Amsterdam: University Press,
- Heijting, A. & Werf, L. van der, (2004). *Basistraining competentievergroterend werken, Orthopedagogisch Centrum Middelveld*. Stichting Welzijn en Gezondheidszorg, Leger des Heils.
- Hermkens, L. (red), Michielsen, M & Mulligen, W. van (2005). *Leren over leven in loyaliteit*. Leuven: Uitgeverij Acco.
- Jagt, N. & Jagt, L. (2004). *Taakgerichte hulpverlening in social work*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Joha, D., Gerards, G., Nas, M., Gendt J.van & Kersten, M. (Landelijk Kennisnetwerk Gehandicaptenzorg, 2006). *Ondersteuning van ouders met verstandelijke beperking*. Den Haag: Lemma
- Kraijer, D. W. & Plas, J. J. van der (2006). *Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid*. Steenwijk: Grafisch Productiebedrijf Gorter
- Leger des Heils, (2008). Verkorte weergave van het Algemeen Jaarverslag 2007
- MEE Rotterdam Rijnmond (Leijnse, I., Doodkorte, J. & Kruijt, M., 2008). *Huisje, boompje... en dan?*
- Motivaction Internationaal B.V., (2008) *Geloof jij dat je betrokken bent?* Projectnummer: M1606, Onderzoek i.o.v. Leger des Heils.
- MWD Gezinsbehandeling – Reader CHE, MWD dto schooljaar 2006-2007. Artikel *Oplossingsgerichte benadering II*. Uit de scriptie “je kunt meer dan je denkt” van Mieke Admiraal (mei 2003). Ede: CHE
- Nagy, I.B.(2000). *Grondbeginselen van de contextuele benadering*. Haarlem: Toorts
- Nederlands Dagblad (12-7-2008). *Kind beter beschermd tegen 'slechte' ouders*. schrijver onbekend
- Oskam, E. & Scheres, W. (2005). *Totale communicatie*, Elsevier gezondheidszorg
- Pauw. R. de, Teekman.J. , Driel I.van & Lenkhoff M. (2008). *Geweld in het gezin – ingrijpen of niet?* Maatwerk 3
- Reader CHE (2008). *Intervisie in combinatie met studieloopbaanbegeleiding*. Ede: CHE
- Slot, N.W., & Spanjaard, H.J.M. (2003). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg*, Baarn: HBuitgevers.
- Spanjaard, H. Lange, M. de & Haspels, M. (2003). *Competentievergroting in een jeugdinrichting – handleiding voor groepsleiders, gedragswetenschappers en unitleiders*. Baarn: Uitgeverij Intro
- Tanger, N. (2007) *Instellingsverslag Rosaburgh 2006/2007*, niet gepubliceerd.

- Terpstra, J. (2008). *Duidelijke ouders Ouderschap in een verwarrende tijd*. Zoetermeer: Uitgeverij Boekencentrum.
- Verhulst, F.C. (1997 (& 2002 via Internet)). *Inleiding in de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Assen: Van Gorcum & Comp.
- Verwey-Jonker Instituut (Goderie, M., Steketee, M. & Plemper, E. 2005). *Kinderen van ouders met een verstandelijke beperking. pilotstudie preventie voor de Raad voor de kindbescherming*. Utrecht: i.o.v. Ministerie van Justitie.

Internet

- www.altra.nl/; (5 december 2008)
- www.home.scarlet.be/watnu/borderl.htm (24 oktober 2008);
- www.legerdesheils.nl (12 oktober 2008);
- www.legerdesheils.nl/missie (10 november 2008);
- www.vandale.nl (03 november 2008);
- www.hbo-kennisbank.nl (17 september 2008).

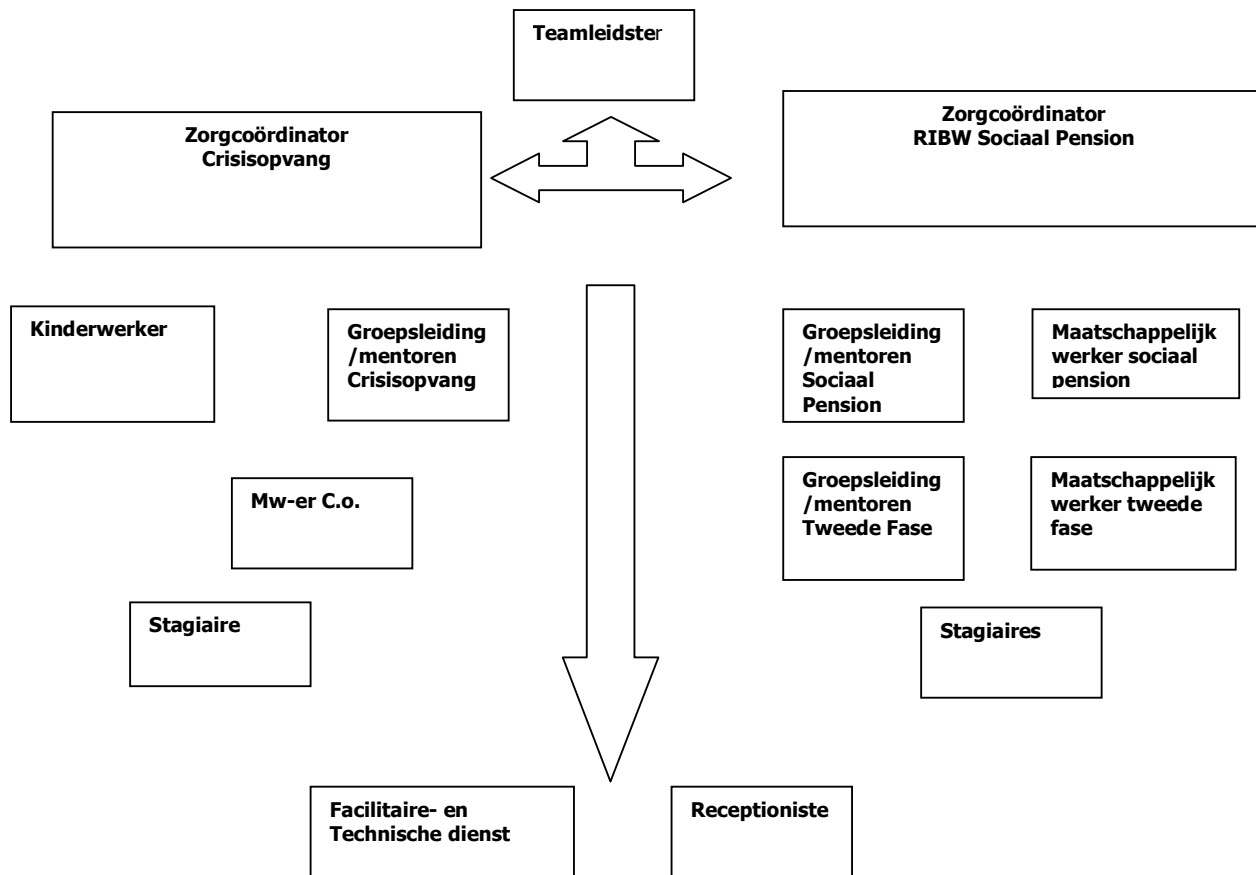
Bronnen voorpagina

- Engbersen, G Vrooman, J.C. Snel, E *Arm Nederland, de kwetsbare. Tweede jaarrapport armoede en sociale uitsluiting*, ©Amsterdam University Press, 1997 ISBN 9053562745, blz. 103
- [http://images.google.co.uk/images?ndsp=20&um=1&hl=en&rlz=1I7GPEA_nINL290&q="+site:www.sevensheaven.nl+paraplu+plaatje](http://images.google.co.uk/images?ndsp=20&um=1&hl=en&rlz=1I7GPEA_nINL290&q=). (18-05-2008)
www.sevensheaven.nl, Pensioen paraplu
- Kraijer. D. W. & Plas, J. J. van der (2006).

Bijlagen

Bijlage 1 – Organogram

Organogram de Rosaburgh



Bijlage 2 – Huidige taakomschrijving

Huidige taakomschrijving werknemers

Binnen de C.O. op de Rosaburgh zijn de werkzaamheden onderverdeeld in verschillende functies. In het kwaliteitshandboek van de Rosaburgh vonden we de meest recente omschrijving van de taken binnen elke functiegroep. Deze functieomschrijvingen zijn niet actueel en sluiten dan ook vrijwel niet aan bij de huidige taken die iedere werkgever uitvoert. De taakomschrijving is opgenomen in een bijlage om een indruk te geven van verschillende functies die worden uitgevoerd binnen de C.O.

Taakomschrijving mentor/groepsleiding

Behalve het meewerken aan het samenstellen van een persoonsbeschrijving en een hulpverleningsplan, heeft de mentor de volgende taken:

Kennismaking

- De mentor legt in het kennismakingsgesprek uit wat het mentorschap inhoudt;
- Neemt cliëntinformatie goed door;
- Informeert hoe het verblijf bevalt;
- Maakt direct min. 1 volgende afspraak met de cliënt;
- Checkt of borgrekening is getekend en in mentormap aanwezig is;
- Geeft nieuwe bewoner het wegwijsboekje voor Amsterdam Noord.

Bieden van psychosociale hulp

- Ondersteunen bij en/of aanspreken op zelfzorg, kleding en kamer;
- Motiveren tot/aanspreken over corveetaak;
- Regelmatig (minimaal tweewekelijks) voeren van gesprekken;
- Opvoedingsondersteuning bieden;
- Voorstellen bedenken voor (alternatieve) sancties wanneer overtreding van de huisregels plaatsvindt. Deze altijd eerst bespreken met zorgcoördinator en evt. maatschappelijk werker, voordat ze kunnen worden doorgevoerd;
- Indien gewenst, overleg met kinderwerker houden.

Externe contacten

- In de gaten houden of de cliënt belangrijke afspraken nakomt;
- Het onderhouden van externe contacten is tot aan het hulpverleningsplan de verantwoordelijkheid van de maatschappelijk werker. In het hulpverleningsplan kan zo nodig hierover een specifieke taakverdeling worden gemaakt;
- Externe uitgaande post dient altijd eerst te worden geaccordeerd door de zorgcoördinator.

Rapportage

- Indien er geen gesprek of mentorrapportage heeft plaatsgevonden in een maand, dient de mentor een maandevaluatie te schrijven in de mentormap. Hierin wordt kort en krachtig vastgelegd hoe het de afgelopen maand gegaan is met de bewoner;
- Aantal officiële waarschuwingen bijhouden in mentormap;
- Algemeen geldende afspraken m.b.t. de bewoner noteren op de afsprakenlijst;
- Bij vertrek kort evaluatieverslag schrijven met daarin aandachtspunten voor evt. volgende opname en het nieuwe adres;

Overig

- Evt. helpen bij inrichten/bijhouden van kamer;
- Bij verblijf in het ziekenhuis de bewoner regelmatig bezoeken/telefoneren;
- Cadeau verzorgen voor verjaardag (max. f10,-);
- Controleren of de bewoner zich aan de huisregels houdt;
- Toestemming verlenen aan de bewoner om extra dagen per week van de Rosaburgh weg te zijn. Als een bewoner langer dan een week weg wil blijven, dient dit met de zorgcoördinator te worden overlegd;
- In overleg met de zorgcoördinator, het regelen van een vervangende mentor (incl. overdracht) bij afwezigheid langer dan een week. De mentor neemt hierin het initiatief. De vervangende mentor dient

een groepsleider van dezelfde afdeling te zijn;

De mentor is tevens groepsleiding op de afdeling. Dit zijn aanvullende taken die de mentor naast de specifieke mentortaken uitvoert:

Bij opname nieuwe cliënt

- Cliënt ontvangen en rondleiden;
- Welkomstpakketje overhandigen (shampoo, zeep, deodorant, tandenborstel, tandpasta, kammetje);
- Controleren of er een blauw, viertalig nieuw testament op de kamer ligt;
- Linnengoedset overhandigen en kamersleutel overhandigen. Medelen dat bij verlies resp. f25,= en f10,= betaald moet worden;
- Formulieren geven volgens checklist in- en uitstroom.

Overig

- Tijdens de bewonersbesprekingen meedenken over het hulpverleningsplan;
- Op de hoogte zijn van de inhoud van de hulpverleningsplannen en daar naar handelen.

Taakomschrijving maatschappelijk werker

Behalve het meewerken aan het samenstellen van een persoonsbeschrijving en een hulpverleningsplan, heeft de maatschappelijk werker de volgende taken:

Materiële hulpverlening

- Zorgdragen voor inschrijving in het bevolkingsregister op het adres van de Rosaburgh.
- ziektekostenverzekering:
- Verzekering & -nummer, huidige huisarts en apotheek doorgeven aan de collega met verpleegkundige taken. Indien de bewoner niet verzekerd is, dit eerst regelen;
- In samenwerking met de cliënt regelen van alle financiële zaken, zoals het aanvragen of laten overschrijven van een uitkering, aanvraag bijzondere bijstand, schuldhulpverlening, budgettering;
- In overleg met de cliënt de hoogte van het wekelijkse leefgeld vaststellen. Aanvragen van de cliënt voor extra zakgeld met haar bespreken;
- Wekelijks op woensdag zakgeldwijzigingen doorgeven aan de verantwoordelijke medewerker.

Doorstroom/uitstroom

- Doorstroom naar andere woonvorm/eigen woning:
indien mogelijk/relevant zoeken naar mogelijkheden om de cliënt door te laten stromen naar de meest geschikte woonvorm. In verband hiermee het opzetten en onderhouden van een netwerk met instellingen op het gebied van begeleid/beschermd wonen, woningbouw e.d.

Bieden van psychosociale hulp

- In samenwerking met de mentor, zoals uitgewerkt in hulpverleningsplan.

Externe contacten

- Het onderhouden van alle externe contacten tot aan het hulpverleningsplan. In het hulpverleningsplan kan zo nodig hierover een specifieke taakverdeling worden gemaakt.

Rapportage

- Bijhouden van eigen rapportage in Clever
- Groepsleiding via overdrachtsmap op de hoogte houden van de voortgang van bijvoorbeeld woningtoewijzing.

Overig

- Tweemaal per week een spreekuur houden voor de cliënten. Dagen en tijden zijn te vinden op de deur van het maatschappelijk werk kantoor.

Taakomschrijving zorgcoördinator

- Het hulpverleningsplan checken en evt. suggesties aandragen;
- Evt. ondersteuning bieden bij de evaluatiemomenten;

- Checken externe post van groepsleiding;
- Op verzoek van en evt. i.s.m. mentor/groepsleiding zo nodig aanspreken op excessief gedrag;
- Bij overtreding van de huisregels in overleg met mentor/maatschappelijk werker zo nodig individuele sanctiemaatregelen vaststellen. Cliënt en teamleden hiervan (evt. schriftelijk) op de hoogte stellen;
- Zo nodig officiële schriftelijke waarschuwing geven. De zorgcoördinator geeft hiervan een kopie aan de cliënt en doet een kopie in de p.r. Drie officiële waarschuwingen betekent een week schorsing of einde verblijf.
- Cliënten toestemming geven als ze langer dan een week weg willen blijven.

N.B. Als er zich taken/werkzaamheden voordoen, waarvoor geen vaste taakverdeling is, stellen mentor, maatschappelijk werker en zorgcoördinator in overleg vast, wie deze gaat verrichten.

Samenvattend

Crisisopgang de Rosaburgh kent drie verschillende functies: de functie van mentor/groepsleiding, de functie van maatschappelijk werker en de functie van zorgcoördinator. De zorgcoördinator stuurt groepsleiding/mentor en maatschappelijk werker aan. De taakomschrijvingen in deze bijlage zijn niet recent en sluiten vrijwel niet aan bij de taken die elke functiegroep op dit moment uitvoert.

Bijlage 3 – Huidige huisregels

Huidige huisregels C.O. de Rosaburgh

1. Inleiding

Het huishoudelijk reglement is opgesteld als een waarborg voor het veilig en in een goede sfeer kunnen samenleven en het is in het belang van een ieder dat iedereen zich hieraan houdt. Alleen zo kan een plek gecreëerd worden waarin rust, ruimte, geborgenheid, veiligheid en persoonlijke groei mogelijk is. Bij binnenkomst zal de groepsleiding dit huishoudelijk reglement met u doornemen en is er mogelijkheid tot het stellen van vragen.

2. Basisregels

Persoonlijk verkeer tussen hulpvrager, hulpverlener en overige gasten, vindt plaats op basis van wederzijds respect en algemeen geldende omgangsvormen. Voor de volledigheid geldt dat onderstaande zaken niet zijn toegestaan zowel in het gebouw als ook op het terrein:

- a. vloeken, agressie en discriminerende opmerkingen t.a.v. ras, sekse, geaardheid of godsdienst
- b. Het in bezit/ gebruik hebben van slag-, steek-, of schietwapens;
- c. mondelinge en non-verbale agressie naar medewerkers of medebewoners/bezoekers
- d. het verhandelen van goederen
- e. het gebruik van alcohol en/of drugs
- f. activiteiten die naar algemeen heersende opvattingen controversieel zijn, dit naar beoordeling van dienstdoende medewerker
- g. In de gang en huiskamer mag niet worden gerookt.
- h. Naast deze regels is onderstaand huishoudelijk reglement van toepassing

3. Huishoudelijk reglement

Mentor

Om ervoor te zorgen dat alle bewoners waar nodig voldoende aandacht en begeleiding krijgen, wordt iedere bewoner een mentor toegewezen. Bij uw mentor kunt u terecht met uw vragen en problemen, deze is uw eerste aanspreekpunt. Uw mentor zal wekelijks op uw unit een begeleidingsgesprek met u houden. De medewerkers zijn bevoegd regelmatig uw unit te controleren op orde, netheid en de aanwezigheid van alcohol en drugs.

Hulpverleningsplan

Er vinden regelmatig begeleidingsgesprekken plaats met uw mentor en maatschappelijk werker. De eerste 8 weken van uw verblijf op de Rosaburgh, volgt u samen met uw mentor het eerste mentorbegeleidingstraject. Hierna wordt samen met mentor en maatschappelijk werker het hulpverleningsplan opgesteld. In dit hulpverleningsplan wordt vastgelegd aan welke punten in de volgende periode gewerkt gaat worden, bijvoorbeeld op het gebied van financiën, praktische vaardigheden of dagbesteding. Dit plan zal daarna regelmatig met u worden besproken en bijgesteld.

Dossiervoering

Om een goede begeleiding te waarborgen wordt een dossier van uw gegevens bijgehouden. U heeft het recht om uw eigen dossier in te zien, in het bijzijn van uw maatschappelijk werker of mentor. Hiervoor dient u een afspraak te maken met uw mentor en of maatschappelijk werker; deze afspraak zal dan binnen 2 weken plaatsvinden. Uw dossier wordt strikt vertrouwelijk behandeld. Het is mogelijk om een kopie van uw dossier aan te vragen, de kopieerkosten zijn voor uw rekening.

Cursus en activiteit

Drie maal in de maand op donderdag wordt er cursus gegeven in de huiskamer voor de moeders. De kinderen gaan dan naar hun kinderactiviteit.

Elke woensdagavond wordt er een moeder en kindactiviteit georganiseerd. Dit begint om 18.45 en duurt tot 19.30 in de huiskamer. Kinderen kunnen alleen dan meedoen, wanneer hun moeder er ook bij is.

Kinderactiviteiten

Elke week worden er diverse activiteiten voor de kinderen georganiseerd door kinderwerker en of groepsleiding. Daarnaast zijn er activiteiten als woensdagmiddagclub, peuteruurtje en moeder & kindactiviteit. Alle activiteiten worden aangekondigd op de klapdeuren in de gang.

Corvee

Om het huis schoon en netjes te houden, krijgt iedere bewoner een huishoudelijke taak, deze taken staan vermeld op een rooster wat u zult ontvangen. Er wordt van u verwacht dat u deze taak vóór 12.30 uur uitvoert. Als u klaar bent met de corveetaak moet u altijd zelf aan de groepsleiding vragen of zij de taak wil aftekenen na controle. Aan het eind van de ochtend tekent de groepsleiding alle taken af. Wanneer u uw corveetaak niet kunt verrichten, wordt verwacht dat u dit meedeelt aan de groepsleiding en de corveetaak op een ander tijdstip uitvoert. Indien u niet van te voren met reden uitstel heeft aangevraagd en uw taak is niet gedaan, wordt hij als "niet-gedaan" afgetekend. Voor iedere verzuimde taak krijgt u een extra taak in de daarop volgende week.

Was

Voor het gebruik maken van de wasmachine en de droger in de wasruimte is er een wasrooster waarop de tijden per unit zijn verdeeld. Voor iedereen is ruimte voor meerdere dagdelen. Dit rooster kunt u vinden elders in deze map en hangt ook in de wasruimte. Wasmachine en droger moeten netjes en binnen de gegeven tijd achtergelaten worden, waarbij er geen was in het washok mag blijven liggen. **De filter van de droger moet u na iedere beurt stofvrij maken**

Televisie

Wanneer de huiskamer open is kan er televisie gekeken worden, echter niet naar horror-, porno en gewelddadige films. Wanneer er een andere activiteit wordt georganiseerd in de huiskamer, is het mogelijk dat de televisie zolang uit gaat.

Telefoon

Het centrale telefoonnummer van 'de Rosaburgh' is 020-4350670.

Weekopening, samenkomst en pastoraal spreekuur

Iedere zondagmiddag om 14.00 uur wordt in de huiskamer een weekopening verzorgd door een groepsleidster. Op de eerste zondag van de maand wordt om 16.00 een samenkomst gehouden in de huiskamer op de eerste etage. Op deze zondag is er geen weekopening.

Ook wordt er regelmatig een pastoraal spreekuur gehouden, waar u terecht kunt met levens- en zingevingsvragen en voor gebed. Informatie over plaats en tijd van al deze activiteiten vindt u op de klapdeuren in de gang. U bent van harte welkom!

Bedtijden kinderen

Voor de rust van de kinderen en andere bewoners moeten alle kinderen om 20.30 op hun unit zijn. Behalve op vrijdagavond en zaterdagavond (en schoolvakanties), dan moeten zij om 21.30 uur op hun unit zijn. (dit geldt dus ook voor baby's).

Kinderen van 13 tot 15 jaar moeten om 21.30 op hun unit zijn; zij moeten na 20.30 wel rustig zijn op de gang, vanwege de jongere kinderen. Op vrijdagavond en zaterdagavond (en tijdens schoolvakanties) moeten zij om 22.30 uur op hun unit zijn. Vanaf 16 jaar gelden dezelfde regels als voor de moeders. Om 23.00 uur moet het stil zijn in de gang en hoort iedereen in de eigen unit te zijn.

Huisregels kinderen

Uitgangspunt is dat iedere moeder verantwoordelijk is voor haar eigen kind(eren). Voor eventuele schade in en om het gebouw door toedoen van uw kind(eren), bent u financieel aansprakelijk (met name de glas

in lood ramen zijn erg kostbaar en kwetsbaar) Bij conflicten tussen/met de kinderen e.d., zal de groepsleiding u inschakelen.

De kinderen mogen op de gang spelen, maar niet op de trap en bij de receptie of op de eerste of tweede verdieping. Spelen met een harde bal en fietsen (v.a. 4 jaar) is op de gang niet toegestaan. De kinderen mogen in de tuin spelen, peuters en kleuters alleen onder toezicht van hun moeder.

Wanneer u weggaat zonder kind(eren) dient u een oppasmoeder te regelen en een oppascontract achter te laten bij de groepsleiding. Als u voor een nacht uw kinderen achterlaat bij een oppasmoeder, dient u op het oppascontract ook het telefoonnummer te vermelden waaronder u bereikbaar bent zodat u gebeld kan worden wanneer er iets is met uw kind(eren). Kinderen en oppasmoeder dienen op dezelfde unit te verblijven. Voorbeeld van een oppascontract vindt u elders in deze map.

Klachtregeling

Wanneer u een klacht hebt over een medewerker, dient u deze altijd eerst te bespreken met de betreffende medewerker. Komt u er samen niet uit, dan kunt u hiermee terecht bij de zorg- coördinator. Wanneer u een klacht hebt over de instelling, dan kunt u die schriftelijk melden bij de teamleider. Wanneer dit niet voldoende is, kunt u alsnog een klacht indienen bij de directie. Kan de klacht intern niet worden opgelost, dan kan deze worden voorgelegd aan de landelijke geschillencommissie voor de vrouwenopvangvoorzieningen. De volledige klachtregeling ligt ter inzage bij de teamleider.

Brandinstructie

Het brandalarm gaat nog te vaak onnodig af. Dit brengt onrust en kost de brandweer veel tijd. U kunt een valse brandmelding voorkomen, door niet te roken onder de brandmelder en alleen kaarsen te branden in een stevige standaard steen of glas. Wanneer u het brandalarm hoort is het volgende van belang:

- blijf kalm;
- sluit ramen en deuren;
- verlaat uw kamer en ga naar de parkeerplaats aan de straatkant van de Rosaburgh.
- volg instructies van de groepsleiding en de brandweer op;
- laat het blussen over aan de brandweer en de leiding

4. Afspraken crisisopvang

Financieel

1. Uw uitkering/inkomen wordt door het ondertekenen van een machtiging gestort op rekening van het Leger des Heils. Uw inkomen wordt beheerd. In overleg met de maatschappelijke werker wordt afhankelijk van uw financiële positie, een leefgeld afgeschreven. Als u geen inkomen hebt wordt aan u wekelijks €34,00 leefgeld voorgeschooten. U dient dit, wanneer uw inkomen geregeld is, terug te betalen.
2. Indien u geen inkomen heeft werkt u eraan mee om dit zo spoedig mogelijk te realiseren
3. De pensionprijs van uw verblijf in de Rosaburgh is afhankelijk van uw leeftijd en het aantal kinderen. Indien u om wat voor reden dan ook tijdelijk niet op de Rosaburgh verblijft, moet deze pensionprijs worden doorbetaald. De unit kan namelijk in die periode niet door een ander worden bewoond.
4. Op de eerste dag van de maand wordt de pensionprijs vooruit betaald. Dit loopt automatisch via de administratie.
5. Het is niet mogelijk rood te staan.
6. Wanneer u schulden hebt, bent u verplicht akkoord te gaan met en mee te werken aan schuldsanering.

7. Wanneer u vertrekt uit 'de Rosaburgh' neemt de totaalafrekening drie werkdagen in beslag. Dit om de nog lopende rekeningen en de herberekening van het aantal verblijfsdagen te kunnen laten plaatsvinden. Het eventuele restant wordt z.s.m. overgemaakt.
8. Als u zonder overleg wegblijft, wordt u na 12 dagen automatisch uitgeschreven. Deze dagen dient u echter alsnog te betalen.

Algemeen

1. Wanneer u nog geen ziektekostenverzekering hebt, dient u bij opname een aanvraag hiervoor te ondertekenen. In overleg met uw mentor moet u een dokter en apotheek in Amsterdam-Noord regelen. Adressen en telefoonnummers kunt u vinden in deze map.
2. Indien dit noodzakelijk is voor uw zorg dient u een verklaring te ondertekenen waarmee u zich akkoord verklaart dat relevante informatie kan worden ingewonnen bij andere instanties.
3. U dient zich zo spoedig mogelijk bij het bevolkingsregister op het adres van de Rosaburgh in te schrijven.
4. Voor de sleutels die u gedurende uw verblijf in bruikleen krijgt, moet u bij wijze van borg bij binnenkomst een rekening tekenen. Wanneer u bij vertrek de set compleet en in goede staat inlevert, wordt de rekening in uw bijzijn vernietigd. Zo niet, dan wordt het ontbrekende in rekening gebracht. Voor een kwijtgeraakte sleutel rekenen wij € 25,00.

Huisregels

1. U bent bereid mee te werken aan de begeleiding die u wordt aangeboden.
2. U mag bezoek ontvangen van 12.30 tot 21.30. Bezoek moet zich zowel aan- als afmelden op een lijst bij de receptie. Bezoekers die onder invloed zijn van alcohol of drugs worden geweigerd. Als een bezoeker agressief is of anderszins de huisregels overtreedt kan hij/zij onmiddellijk verzocht worden het pand te verlaten. Bij weigering of andere moeilijkheden kan de politie worden ingeschakeld en kan een totaal bezoekverbod voor deze bezoeker volgen.
3. Voor mannenbezoek gelden verder de volgende beperkingen:
Iedere bewoner kan via de mentor één vaste mannelijke bezoeker opgeven die zij wil ontvangen. Andere mannen worden niet toegestaan. Wijzigingen kunnen alleen via de mentor.
4. Het is niet mogelijk bezoekers te laten overnachten.
5. U dient om half elf binnen zijn. De voordeur is dan gesloten tot 7.00 uur 's ochtends.
Op zaterdag en zondag gaat de voordeur pas om 7.30 uur open.
6. U dient 5 nachten per week op de Rosaburgh te slapen. Dit betekent dat u 2 nachten per week weg mag blijven, wel wordt u verzocht voor half elf 's avonds aan de groepsleiding door te geven dat u weggaat.
Als u meerdere dagen wilt wegblijven kan dit incidenteel, maar alleen na overleg en toestemming van uw eigen mentor. Bespreek dit dus tijdig.
7. Het spreekt voor zich dat u verantwoordelijk bent voor het schoon en netjes houden van uw eigen unit.
8. Alleen na toestemming van uw mentor is het toegestaan veranderingen in de unit aan te brengen en dingen op te hangen aan de muur.
9. Om andere bewoners en medewerkers niet tot last te zijn, mogen radio, televisie en dergelijke niet hoorbaar zijn op de gang. **TV, radio en lichten uitdoen als u weggaat!**
10. Het houden van huisdieren is in de Rosaburgh niet toegestaan.

11. Bij vertrek verdient het de voorkeur al uw spullen meteen mee te nemen. Is dit niet mogelijk, dan kunt u een afspraak maken om de spullen binnen 7 dagen op te halen. Na 3 maanden worden uw spullen weggegooid.
Bij het verlaten van de Rosaburgh moet de unit schoon en in de oorspronkelijke staat worden achtergelaten. Vernielingen en/of het ontbreken van inventaris worden in rekening gebracht. Zo ook € 50 schoonmaakkosten als de unit niet schoon is achtergelaten
12. Na vertrek uit de Rosaburgh wordt aan u geadresseerde post 3 maanden doorgestuurd, mits u uw adres achterlaat. Na 3 maanden wordt post teruggezonden aan de afzender.

Bewoners die zich niet houden aan de huisregels, kunnen worden geschorst, ook kan het verblijf direct worden beëindigd. Een andere mogelijkheid is dat u eerst een schriftelijke waarschuwing ontvangt. De derde schriftelijke waarschuwing binnen 3 maanden betekent een langdurige schorsing of beëindiging van het verblijf. Eén en ander is afhankelijk van de ernst van de overtreding, uw houding daarin en de voorgeschiedenis.

Indien u geschorst wordt voor een bepaalde periode blijft uw eigen bijdrage gewoon doorlopen.

Hierbij verklaar ik mij akkoord met deze afspraken:

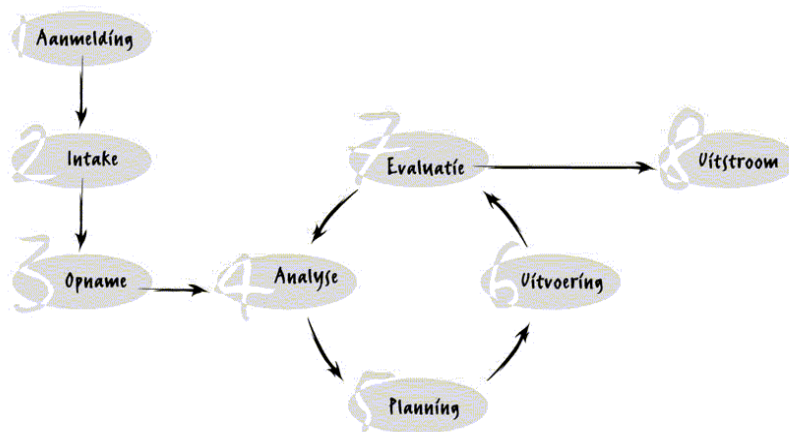
Naam :

Datum :

Handtekening :

Bijlage 4 – Het 8-fasenmodel

Het 8-fasenmodel



Binnen de GWCA en zo ook op de Rosaburgh wordt gewerkt volgens het 8-fasenmodel (zie bovenstaande afbeelding), dit model gaat er vanuit dat elke cliënt 8 fasen doorloopt, vanaf het moment van aanmelding tot de uitstroom. Deze acht fasen zien er als volgt uit:

1. Aanmelding - het eerste contact tussen de cliënt en GWCA Leger des Heils;
2. Intake - een nadere kennismaking;
3. Opname - het begin van het verblijf van de cliënt bij GWCA Leger des Heils;
4. Analyse - het in kaart brengen van het functioneren van de cliënt en het opstellen van een persoonsbeschrijving samen met de mentor;
5. Planning - het opstellen van een begeleidingsplan samen met de mentor en MW
6. Uitvoering - het uitvoeren van het begeleidingsplan;
7. Evaluatie - een terugblik op de uitvoering;
8. Uitstroom - de afronding van de begeleiding.

Fase vier tot en met zeven vormt samen de begeleidingscyclus. Met deze cyclus hebben groepsleiding/mentoren op de Rosaburgh voornamelijk te maken.

Bijlage 5 – De tien leefgebieden

De tien leefgebieden

Het 8-fasenmodel kent tien leefgebieden (zie onderstaand schema). Deze tien leefgebieden komen terug in de persoonsbeschrijving en het begeleidingsplan.⁷¹

Leefgebieden	Toepassing
1. huisvesting	hoe de cliënt woont;
2. woonvaardigheden	de vaardigheden van de cliënt met betrekking tot het wonen;
3. lichamelijke gesteldheid	de fysieke gesteldheid, gezondheid, hoe de cliënt voor zichzelf zorgt;
4. psychische gesteldheid	het welbevinden van de cliënt, inclusief eventueel psychiatrisch ziektebeeld;
5. verslaving	hoe de cliënt met haar (eventuele) verslaving omgaat;
6. sociale vaardigheden	de relatie van de cliënt met het sociale netwerk en de sociale vaardigheden waarover cliënt beschikt;
7. relatie met justitie	de contacten en afspraken die de cliënt (eventueel) heeft met justitie;
8. financiën	de inkomsten van de cliënt, haar uitgaven en bestedingspatroon;
9. dagbesteding	invulling van de dag door de cliënt, bijv. werk, studie;
10. zingeving	datgene wat de cliënt motiveert en wat zin geeft aan haar leven.

⁷¹ Instellingverslag Rosaburgh door N. Tanger (2006/2007)

Bijlage 6 – Uittreksel

Uitreksel 'Jonge risicokinderen'⁷²

Deze bijlage bevat een paar belangrijke stukken, waarbij de tekst letterlijk is overgenomen uit het boek.

Pagina 17

Jonge risicokinderen: een voorlopige begripsafbakening.

Jonge risicokinderen worden gekenschetst als kinderen met een niet-specifieke ontwikkelingsachterstand en een algeheel traag cognitief ontwikkelingstempo. Ze nemen, bij wijze van spreken, verminderd actief deel aan hun eigen ontwikkeling. Stevens (1992) noemt de volgende kenmerken als opvallend voor deze groep;

- Ontwikkelingsachterstanden op vrijwel alle domeinen
- Begeleidende gedragsproblemen, zonder duidelijke samenhang met andere kenmerken
- Een bedreigde persoonlijkheidsontwikkeling
- Een aantoonbare samenhang tussen de ontwikkelingsachterstand en de gezinsomgeving.

Pagina 23

De afzonderlijke ontwikkelingsgebieden;

1. Cognitieve ontwikkeling volgens Piaget

- Het stadium van sensomotorische intelligentie – Vanaf geboorte tot ongeveer twee jaar.
Waarin de denkontwikkeling zich voltrekt middels het steeds beter kunnen handelen met concreet materiaal.
- Het pre – operationele stadium – Tussen twee en zeven jaar.
In dit stadium zijn flexibele denkoperaties nog niet mogelijk. Het kind leert praten en kan de werkelijkheid, dus ook voorwerpen en mensen, 'van een afstand' waarnemen. Het 'denken aan' en 'denken over' ontwikkelen zich, zonder dat daadwerkelijk met materiaal hoeft te worden gemanipuleerd.
- Het stadium van de concrete operaties – Tussen zeven en elf a twaalf jaar.
In dit stadium gaat het kind denkoperaties verrichten die omkeerbaar zijn ('als ik dit weer terugdoe, dan...'). Het slaagt er ook steeds beter in om meerdere gezichtspunten tegelijk te overzien en die kennis te benutten.
- Het stadium van de formele operaties – Vanaf ongeveer elf jaar.
Waarin het kind steeds beter het eigen denken kan overzien, voorspellen en bijstellen. Ook het kunnen redeneren aan de hand van veronderstellingen en hypothesen en daarmee abstract denken worden mogelijk.

Pagina 29

2. Ontwikkeling van de taalvaardigheid

- Woordenschat (het aantal benamingen of labels waarover men beschikt voor het begrijpen en gebruiken van taal)
- Auditief geheugen (uit geheugenonderzoek is bekend dat structurering van informatie de geheugencapaciteit sterk vergroot)
- Taalontwikkeling (taalverwerving is een creatief verlopend proces. Een belangrijke drijfveer daartoe bij kinderen is het uitbreiden van kennis van de wereld.)

Pagina 32

3. Emotionele ontwikkeling

Theorievorming over de emotionele ontwikkeling als leerproces kreeg een sterke impuls onder invloed van het behaviorisme. De emotionele ontwikkeling wordt uitgelokt door een proces van sociaal leren. Emoties hebben op hun beurt weer een regulerende invloed op leersituaties. Zo is uit onderzoek van Lisina (1982)

⁷² Aalsvoort, G.M. van der & Ruijsenaars, A.J.J.M. (red.) (2000).

bekend dat baby's in weeshuizen niet gedijen als er weinig interactie is met de omgeving. Dit uit zich in achterblijvende lichamelijke groei en in emotionele passiviteit. De verdere ontwikkeling wordt hiermee negatief belast en het blijkt moeilijk om een bestaand patroon van emoties te veranderen.

In de theorievorming over emotionele ontwikkeling spelen de begrippen hechting, temperatuur en zelfbeeld een belangrijke rol.

Hechting

- Tot de leeftijd van drie maanden is er sprake van ongerichte responsiviteit.
- Tussen drie en zes maanden raakt de baby gericht op bekende verzorgers.
- Tussen zes maanden en drie jaar ontwikkelt het kind zich in de richting van autonomie: er ontstaat een relatieve onafhankelijkheid van de opvoeder.
- Na het derde jaar gaat het kind ook relaties met anderen aan.

Pagina 36

Zelfbeeld

Vanaf de geboorte komt bij het kind een bewustzijn van zichzelf tot stand onder invloed van de omgeving (aanvankelijk de opvoeders) en in samenhang met de cognitieve ontwikkeling.

Stipek (1996) onderzocht de relatie tussen de ontwikkeling van het zelfbeeld en het toeschrijven van oorzaken van falen en succes (ook wel attributie genoemd). Volgens hem zijn er 3 stadia in de ontwikkeling van een zelfbeeld in relatie tot geleverde prestaties;

1. Tot ongeveer 22 maanden; er is nog geen betrokkenheid bij de beoordeling van de zelf geleverde prestatie, ook niet van die van andere kinderen.
2. Rond het tweede levensjaar; het kind heeft geleerd dat gedrag en prestaties waardering of afkeuring opleveren.
3. Na het derde levensjaar; het kind gaat onafhankelijk van de prestatie reageren. Er lijkt sprake van een internalisatie van sociale oordelen en maatstaven.

Kortom, de emotionele ontwikkeling van kinderen is een dynamisch proces dat verandert door de interactie van omgevingsinvloeden en disposities in het kind.

Pagina 38

4. Sociale ontwikkeling

Het tot standkomen van het zelfbeeld voltrekt zich grotendeels in samenhang met de sociale ontwikkeling. Zo is de vaardigheid van sociaal refereren (het kunnen terugvallen op andermans reactie om een situatie van onzekerheid te kunnen plaatsen) afhankelijk van de sociale en de emotionele ontwikkeling. Volgens de sociale leertheorie voltrekt de sociale ontwikkeling zich door het omgaan met geschikte modellen. Schaffer (1996) beschrijft hoe het kijken van het kind naar anderen in eerste instantie gebaseerd is op biologische regulatie.

Tot ongeveer 2 maanden is er sprake van kijken van aangezicht tot aangezicht. Daarna ontstaat er sociaal gedrag met gezamenlijke aandacht voor een object (5 maanden), een wisselwerking tussen kind en volwassene (8 maanden) en symbolische representatie (18 maanden). Het kunnen gebruiken van taal vergroot de kans op communicatie, omdat taal ook aandacht voor anderen uitlokt.

Bijlage 7 – Uitreksel

Uitreksel 'Ondersteuning van ouders met verstandelijke beperking'⁷³

Deze publicatie is gemaakt door het Landelijk KennisNetwerk Gehandicaptenzorg (LKNG). Het LKNG bundelt bestaande (wetenschappelijke) kennis en verspreidt deze ten behoeve van mensen met een beperking en hun ondersteuners. Onderstaand een uittreksel van een aantal belangrijke onderdelen uit deze publicatie. De tekst is letterlijk overgenomen.

Pagina 21-23

Theorieën van waaruit wordt gewerkt

Theorieën waarvan bij verscheidene ondersteuningsvormen gebruik wordt gemaakt zijn:

- Systeemgericht werken,
- Principes uit het competentiegericht werken,
- Empowerment,
- Draagkracht/draaglast principe en
- Community care.

Deze lichten we kort toe.

Systeemgericht werken

Er wordt systeemgericht gewerkt met het gezin en zijn omgeving, dat wil zeggen met de familie, buurtgenoten, vrienden enzovoort. Uitgangspunten zijn dat er respect is voor ieder die deel uit maakt van de familie, en dat mensen altijd bepaalde krachten hebben die je kunt gebruiken in de hulpverlening. Naar die krachten ga je op zoek.

Samen wordt gekeken naar zaken als: Wie zijn er belangrijk voor je? Wie staan dicht bij je, wie verder weg? Van wie kun je steun krijgen? Van welke mensen heb je last? Wie zorgt ervoor dat het niet zo goed met je gaat? Wie zijn stoorzenders als het gaat om de veiligheid van je kind? Door deze zaken te bespreken krijgen ouders meer grip op de situatie.

Competentiegericht werken

Uitgaan van de beperkingen én de mogelijkheden van de cliënt en van zijn omgeving is het onderliggende principe van competentiegericht werken. Het is belangrijk om niet te snel in te steken op probleemgedrag en om niet alleen aan te sluiten op vaardigheden van ouders, maar om ook te zoeken naar hun interesses en naar beschermende factoren. Daarnaast is het essentieel dat ervoor gezorgd wordt dat ouders 'succeservaringen' opdoen, bijvoorbeeld door haalbare doelen te stellen. Videogebruik maakt het mogelijk om (kleine) stapjes vooruitgang zichtbaar te maken en om positieve beelden te tonen. Er kunnen opnames worden gemaakt van situaties waarin ouders succesvol zijn. Het werkt goed om zaken voor te doen, in plaats van enkel te praten en uit te leggen. Dit past binnen de visie mensen invloed te laten uitoefenen op hun eigen leven.

Empowerment

De kern van de empowerment methodiek is dat cliënten steeds meer zelf gaan bepalen hoe zij hun leven invullen. De hulpverlener is eropuit niet alleen de problemen in het gezin te verhelpen en te compenseren, maar vooral om reeds aanwezige sterke kanten of krachten te benutten of uit te breiden.

Draagkracht/draaglast principe

Men streeft ernaar om een evenwicht te vinden tussen de draagkracht en de draaglast, en om dit evenwicht te behouden. Vertrekpunt zijn de vaardigheden waarover de cliënt beschikt. Er wordt gewerkt aan het verhogen van de draagkracht door het aanleren van vaardigheden (algemene vaardigheden om het huishouden te voeren, en opvoedingsvaardigheden). De draaglast wordt verlaagd door taken over te nemen, maar ook door het regelen van dagopvang voor de kinderen, en logeer- en weekendopvang. Indien mogelijk, wordt gebruikgemaakt van reguliere voorzieningen in de buurt. Ook wordt gezocht naar personen binnen de familie, vrienden of buurt die iets kunnen betekenen, zoals een buurvrouw die oppast of die een boodschap kan doen.

⁷³ Joha, D., Gerards, G., Nas, M., Gendt J. van & Kersten, M. (Landelijk Kennisnetwerk Gehandicaptenzorg, 2006).

Community care

Community care betekent: als ieder ander kunnen leven in de samenleving. Ofwel ook mensen met een beperking kunnen leven, werken en onderwijs volgen in de samenleving, en kunnen gebruikmaken van voorzieningen in wijk of buurt. Hierdoor participeren zij in de (lokale) samenleving. Als mensen bij die participatie belemmeringen ondervinden, krijgen zij ondersteuning.

Bijlage 8 – Vragen enquête

Vragen enquête onder groepsleiding/mentoren

Enquête aangaande het functioneren van het huidige mentortraject.

Beste collega,

Als bijlage bij deze mail hebben we een vragenlijst toegevoegd. Niet zomaar een vragenlijst, maar een vragenlijst waarmee we het huidige mentortraject dat wij onze cliënten op Crisisopvang de Rosaburgh bieden willen evalueren.

Zoals je misschien al gehoord, hebt zullen wij de komende maanden het huidige mentortraject gaan onderzoeken. Aan de hand van de resultaten uit dit onderzoek zullen we een voorstel schrijven voor een nieuw mentortraject en methodiek. Een traject dat past bij de nieuwe doelgroep waar we over een tijdje mee zullen gaan werken.

Bij dit hele traject vinden we jouw mening van groot belang. Daarom deze enquête. De enquête bestaat uit vijf pagina's en bevat een aantal gesloten vragen waar je, mocht je dit willen, een toelichting bij kunt geven en tot slot uit een aantal open vragen over het mentortraject. We willen je vragen de enquête in te vullen en uiterlijk 25 april, liefst digitaal, te mailen naar ons mailadres: afstuderensaburgh@gmail.com.

Naar aanleiding van de uitkomst van de enquête willen we graag nog een mondeling interview afnemen bij een paar collega's. We zullen jullie hiervoor persoonlijk benaderen.

We zien de ingevulde enquête graag tegemoet!

Nel Tanger en Annemiek Schuurman

Algemene vragen:

- Wat is je functie?

- Wat is je vooropleiding?

- Ken je het begeleidingstraject Afdeling crisisopvang in het kwaliteitshandboek van het Leger des Heils?

<u>Vragen</u>	<u>Ja</u>	<u>Nee</u>	<u>geen mening</u>
1. Ken je het 8 – Fasenmodel			

<u>Fase 1 – Aanmelding</u>			
2. Ken je de procedure van opname			
3. Is de informatie van de verwijzer voldoende			
<u>Kennismaking-/observatiefase</u>			
4. Is de tijdsduur van deze fase bekend			
5. Gebruik je deze periode bewust voor de observatie en het opstellen van de persoonsbeschrijving			
6. Werk je vanuit een checklist			
7. Maak je gebruik van een schema om de gesprekken te plannen			
<i>Opstellen persoonsbeschrijving / behandelplan</i> <i>Is bij jou bekend dat:</i>			
8. De maatschappelijk werker is verantwoordelijk voor het op tijd opstellen van de persoonsbeschrijving en <i>behandelplan</i> .			
9. De persoonsbeschrijving maak je volgens het protocol in overleg met de cliënt en de maatschappelijk werker.			
10. Cliënt krijgt <i>geen</i> kopie van de persoonsbeschrijving.			
11. Bij nieuwe opname wordt de persoonbeschrijving in de eerst volgende teamvergadering besproken.			

12. BP moet ondertekend worden door cliënt, MWD en mentor			
<u>Rapportage</u>			
13. Rapporteer je na elk gesprek			
14. Houd je er rekening mee dat de rapportage objectief moet gebeuren			
16. Gebruik je de rapportage van je collega's			
<u>Evaluatie</u>			
17. Evalueer je één keer per 3 maanden			

* Op een vraag kan antwoord gegeven worden door een X in het hokje van je antwoord te zetten.

Toelichting

Graag nodigen wij je uit om een toelichting op bovenstaande vragen en/of antwoorden te geven. Wat vind je goed gaan, wat kan er beter wat mis je in het traject en ten slotte wat mis je in bovenstaande vragen lijst?

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.
16.

Open vragen over de fase van *uitvoering* binnen het mentortraject

1. *Wordt de uitvoering volgens jou gezamenlijk opgepakt door mentor, maatschappelijk werker en evt. externe hulpverlener?*

Antwoord:

2. *Hoe gebruik je het 8-fasenmodel in de begeleiding aan je cliënten?*

Antwoord:

3. *Maak je bij het hulpverlenen gebruik van verschillende methodieken en zo ja, welke methodieken en hoe gebruik je deze. Zo nee, waarom maak je geen gebruik van methodieken.*

Antwoord:

4. *Wat vindt je prettig aan het huidige mentortraject en waarin uit zich dit?*

Antwoord:

5. *Wat vindt je niet prettig aan het huidige mentortraject en waarin uit zich dit?*

Antwoord:

6. *Wat zou je graag terug willen zien in het nieuwe mentortraject?*

Antwoord: