

30 MAART 2020

LISA KLEINJAN



IN ÉÉN KLAP, ALLES ANDERS

BEHOEFTE VAN OUDERS VAN GETRAUMATISEERDE KINDEREN D.M.V.

HUISELIJK GEWELD

In één klap, alles anders

Onderzoek naar de behoeftes van ouders van getraumatiseerde kinderen
doormiddel van huiselijk geweld.

Naam student: Lisa Kleinjan

Studentnummer: 436347

Onderwijsstelling: Saxion Hogeschool, Deventer

Academie: Mens en Arbeid (AMA)

Opleiding: Toegepaste Psychologie

Specialisatie: Gezondheidspsychologie

Eerste begeleider: Frederieke Hermesen

Tweede begeleider: Janneke Jolij

Opdrachtgever: Kadera

Begeleider opdrachtgever: Margreet Knol

Datum: 30 maart 2020

Plaats: Deventer



Voorwoord

Voor u ligt mijn onderzoek voor de opleiding Toegepaste Psychologie, die gerealiseerd is in het kader van mijn afstuderen aan de Hogeschool Saxion te Deventer. Ik wil graag Stichting Kadera bedanken voor de kans die zij mij hebben geboden om mijn afstudeeronderzoek uit te voeren binnen hun organisatie. Ik heb daar waardevolle ervaringen en kennis op kunnen doen met het doen van onderzoek en met het ontwikkelen van professionele vaardigheden ten opzichte van cliënten. Door mijn praktijkjaar binnen Kadera uit te voeren is mijn bestaande interesse voor het werken met slachtoffers van huiselijk geweld nog groter geworden.

Er zijn een aantal personen die ik graag wil bedanken voor hun hulp bij de totstandkoming van mijn afstudeeronderzoek. De geïnterviewde hulpverleners, experts en cliënten wil ik bedanken voor hun openheid, ik heb veel geleerd van deze gesprekken. Ik wil graag Frederieke Hermesen bedanken voor haar begeleiding en adviezen tijdens het gehele onderzoeksproces. Ook wil ik Janneke Jolij bedanken voor haar opbouwende feedback en de ruimte om te overleggen. Dit heeft ervoor gezorgd dat ik kritisch kon kijken naar de keuzes die ik maakte, wat heeft geleid tot verdieping van mijn onderzoek. Daarnaast bedank ik Linda Bakker voor het vertrouwen dat ze in mij toonde en de motiverende gesprekken die ervoor zorgde dat ik doelgericht bleef werken. Margreet Knol bedank ik voor haar kritische blik en de begeleiding die zij mij bood vanuit Kadera. Maaïke in 't Veld wil ik bedanken voor haar gezelschap, hulp en de goede samenwerking die wij hebben gehad gedurende onze stage- en afstudeerperiode. Het was fijn om met haar problemen te kunnen bespreken en zo te zoeken naar een oplossing wanneer zich lastige situaties voordeden. Tenslotte wil ik mijn familie, partner en vrienden bedanken voor interesse die zij hebben getoond in mijn afstudeeronderzoek, voor het doorlezen van mijn stukken, de kritische vragen en steun tijdens mijn gehele afstudeerperiode.

Ik wil de lezer bedanken voor de interesse in mijn onderzoek en wens iedereen veel leesplezier toe.

Lisa Kleinjan
Deventer, 22 december 2019

Samenvatting

In dit onderzoek wordt gekeken naar de behoeftes van ouders en kinderen met PTSS-klachten die verblijven in de opvang van Stichting Kadera, aanpak huiselijk geweld. Er wordt onderzocht welk beroepsproduct ouders zou kunnen helpen bij het begeleiden van hun kinderen met PTSS-klachten.

Doormiddel van kwalitatief onderzoek is het probleem in kaart gebracht en is er gekeken naar de behoeftes van de hulpverleners en toekomstige gebruikers. Dit is gedaan middels het afnemen van semigestructureerde interviews met vijf hulpverleners, twee experts, twee toekomstige gebruikers en literatuuronderzoek. Deze informatie is geanalyseerd en omgezet in een conclusie met een daarbij passend adviesrapport. Het belangrijkste resultaat is dat hulpverleners denken dat ouders zich handelingsverlegen voelen en dat ouders aangeven dit niet zo te ervaren. Uitputting wordt door zowel hulpverleners als ouders gezien als een probleem dat ouders in de weg staat bij het ondersteunen van hun kind(eren). Wanneer er meer opvang voor de kinderen wordt aangeboden, worden ouders ontlast en zijn er momenten waarop zij kunnen uitrusten. Lotgenotencontact wordt door zowel hulpverleners, cliënten als experts benoemd; ouders krijgen de kans te leren van elkaar en kunnen onderlinge steun bieden. Educatie is daarnaast het meest benoemd. Hulpverleners geven aan dat ouders informatie missen over wat trauma's zijn en hoe ze hier het beste op kunnen inspelen. Echter ouders geven aan wel te weten hoe ze moeten handelen, voor hen zou een sticker of poster voor op de muur met een korte reminder en tips over hoe ze het beste kunnen handelen ten opzichte van hun getraumatiseerde kind(eren), voldoende zijn. De resultaten en bevindingen van het onderzoek zijn verwerkt in een adviesrapport voor Kadera.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Verklarende woordenlijst	6
Hoofdstuk 1	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Werkwijze en huidige situatie	9
1.5 Hoofd- en deelvragen	11
Hoofdvraag:	11
Deelvraag 1:	11
Deelvraag 2:	11
Deelvraag 3:	11
1.6 Doelstelling beroepsproduct	12
1.3 Maatschappelijke relevantie	13
Hoofdstuk 2	14
2.1 Onderzoeksmethode	14
2.2 Deelvraag 1	15
2.2.1 Methode	15
2.2.2 Resultaten	15
2.3 Deelvraag 2:	19
2.3.2 Methode	19
2.3.1 Literatuuronderzoek	20
2.3.3 Resultaten	22
Hoofdstuk 3	26
3.1 Onderzoeksmethode	26
3.2 Deelvraag 3:	27
3.2.2 Resultaten	28
Hoofdstuk 4	31
Conclusie	31
4.1 Symptomen	31
4.2 Reactie ouder	31
4.3 Behoeftes	32
Hoofdstuk 5	34
5.1 Discussie	34
Hoofdstuk 6	36
6.1 Aanbevelingen	36
Literatuurlijst	37
Bijlage A, Interviewvragen	40
Deelvraag 1:	40

Vragen cliënten:	40
<i>Deelvraag 2:</i>	40
Vragen hulpverleners:	40
<i>Deelvraag 3:</i>	40
Vragen experts:	40
Bijlage B, Informed Consent	41
Toestemmingsverklaring	41
Bijlage C, Eigen werkverklaring	42
Bijlage D, Ethische toetsing	43

Verklarende woordenlijst

- Casemanager	De casemanager is het vaste aanspreekpunt voor de cliënt en coördineert en organiseert vanaf het eerste moment de zorg en ondersteunt bij het nakomen van afspraken.
- Dissociëren	Geestelijke gesteldheid waarin bepaalde gedachten, emoties, waarnemingen of herinneringen tijdelijk niet 'oproepbaar' zijn of minder samenhang vertonen. Letterlijk betekent dit 'ontkoppeling' of 'uiteenvallen'.
- EMDR	Afkorting van Eye Movement Desensitization and Reprocessing, een therapie voor hen die een nare, traumatische gebeurtenis hebben meegemaakt en die last blijven houden van de emotionele gevolgen van deze ervaring.
- Herbeleving	Het lijkt alsof iemand een traumatische gebeurtenis weer (gedeeltelijk) opnieuw meemaakt.
- Immersion	Observatiemethode van het HCD.
- Introspectie	Het reflecteren op de processen die bewust en onbewust plaatsvinden binnen eigen psyche.
- Kind hulpverlener	Het vaste aanspreekpunt voor de kinderen en coördineert zaken rondom de kinderen.
- Parentificatie	Een gezinssituatie waarin het kind de ouderrol lijkt aan/over te nemen.
- Posttraumatische stressstoornis	PTSS is een stoornis die mensen kunnen ontwikkelen na het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis.
- Regressie verschijnselen	Het terugkeren naar een eerdere fase van levensontwikkeling.
- SEAC	De Saxion Ethisch Advies Commissie is erop gericht om laagdrempelig advies te geven over kwetsbare onderdelen en ethische dilemma's in de uitvoering van praktijkgericht onderzoek.
- TP'er	Toegepast psycholoog.

Hoofdstuk 1

Inleiding

1.1 Aanleiding

Huiselijk geweld komt onder alle lagen van de bevolking en in alle culturen voor en is een van de meest omvangrijke geweldsvormen in onze samenleving (Ferwerda, 2006). Jaarlijks verblijven er naar schatting 4300 kinderen in een vrouwenopvang vanwege huiselijk geweld (Donkers, 2015). Vaak zijn deze kinderen jarenlang slachtoffer geweest van huiselijk geweld of verwaarlozing, dit kan lijden tot chronische stress (Lenferink, 2018). Brilleslijper-Kater en Beijersbergen (2010) hebben geconcludeerd dat deze kinderen een kwetsbare groep vormen, gezien de ingrijpende en mogelijk traumatiserende gebeurtenissen die zij hebben meegemaakt. Het effect van huiselijk geweld, zoals partnergeweld, wordt door ouders vaak onderschat. Kinderen geven aan zich onveiliger te voelen dan dat ouders denken (Verwey & Jonker, 2018). In 80% van de gezinnen waar partnergeweld voorkomt zijn kinderen getuige. Naar schatting zijn kinderen in 30% tot 60% van deze gevallen zelf ook doelwit van het geweld (Klein Velderman en Pannebakker, 2008). Er zijn bij deze doelgroep aanwijzingen voor een verhoogde prevalentie van symptomen van posttraumatische stressstoornissen (Cummings, 1998). Door trauma's kunnen kinderen ander gedrag vertonen dan dat ouders van hen gewend zijn (Andrews, 2002).

Uit gesprekken met hulpverleners van Kadera komt naar voren dat zij zien dat ouders in de opvang niet altijd begrijpen wat er gebeurt met hun kind(eren) wanneer zij ander gedrag vertonen door trauma' en daardoor niet weten hoe ze het beste kunnen handelen. Er wordt aangegeven dat signalen bijvoorbeeld niet worden herkend, waardoor ouders niet weten dat er sprake is van eventuele PTSS bij hun kind. Wanneer dit wel het geval is, lijken ze zich handelingsverlegen te voelen waardoor ze de keuze maken helemaal niet handelen, waarschijnlijk uit angst om te falen. Een ervaren hulpverlener geeft aan dit bij verschillende cliënten gezien te hebben. Een andere hulpverlener vertelt: "Cliënten zeggen soms dat ze bang zijn iets fout te doen, waardoor ze het erger zouden kunnen maken". Een cliënte deed uitspraken als: "Ze doen rare dingen. Dingen die ik niet begrijp. Ik weet niet wat ik moet doen. Wat is er mis met mijn kinderen?" De hulpverleners denken dat ouders kennis en handelingsvaardigheden missen, om hun kind zo goed mogelijk te ondersteunen.

Een semigestructureerd interview met een cliënte met een kind dat lijdt aan PTSS, laat zien dat vermoeidheid een grote rol lijkt te spelen. Ze geeft aan dat vooral de nachtmerries van haar kind zorgden voor slaapgebrek, bij beide partijen. "Ik was 's nachts veel wakker, omdat er meerdere nachtmerries per nacht plaats vonden. Als ik sliep, sliep ik niet diep omdat ik waakzaam wou [*sic*] zijn. Verder was ik overdag altijd op mijn hoede, dit kostte ook veel energie" vertelde ze. Nadat haar kind traumabehandeling heeft gehad, namen de klachten snel af.

Uit de diagnostische rapporten, opgesteld door de psycholoog, komt naar voren dat meerdere cliënten hier last van hebben. Op basis van inzage van tien willekeurige diagnostische rapporten, kan worden gezegd dat meer dan de helft van de cliënten last heeft van vermoeidheid. De psycholoog stelt dat vermoeidheid een veelvoorkomend probleem is bij de vrouwen in de opvang: "Cliënten die in de opvang komen hebben vaak langere tijd in de overlevingstand gezeten, waardoor ze alleen maar bezig waren met overleven. Wanneer ze in de opvang zijn, is er meer ruimte om tot rust te komen."

Iets anders wat voorkomt is dat kinderen handelingen na doen die met hun trauma te maken hebben. Hulpverleners en moeder zijn getuige geweest van hoe een jongetje van drie jaar in de opvang, die getuige is geweest van de verhänging van zijn vader, uitbeelde wat hij zijn vader had zien doen door snoeren om zijn eigen nek te knopen en te doen alsof hij stikte. Moeder heeft in een gesprek aangegeven dat ze niet wist hoe ze moest handelen in deze situatie en dat dit haar onzeker maakte.

Binnen Kadera kunnen kinderen van alle mogelijke leeftijden worden opgevangen. Deze kinderen kunnen op verschillende manieren bloot zijn gesteld aan huiselijk geweld. Ze kunnen daadwerkelijk ooggetuige zijn, maar kunnen ook worden geconfronteerd met beangstigende geluiden zoals geschreeuw of gerinkel van glas. Ouders onderschatten vaak de gevolgen voor kinderen, wanneer ze het geweld alleen horen (Lemma, 2010). In beide gevallen kan dit leiden tot een posttraumatische stressstoornis. Een ervaringsdeskundige, die werkzaam is als trainer binnen Kadera, beaamt dit. Dit komt volgens deze ervaringsdeskundige doordat kinderen hun fantasie gebruiken om invulling te geven aan de situatie. Ze visualiseren het voor zichzelf. De hulpverleners van Kadera wijzen ouders erop dat alleen het horen van geweld ook traumatiserend kan werken. In een onderzoek van Tierolf (2010) wordt geconstateerd dat kinderen die getuige zijn geweest van huiselijk geweld relatief vaak traumaklachten hebben, waarbij angst en posttraumatische stress het meeste voorkomen. Getuige zijn van geweld wordt binnen dit onderzoek ook gezien als een vorm van kindermishandeling. Alle kinderen die verblijven in een opvang van Kadera zijn daarom in alle gevallen slachtoffer geweest van kindermishandeling.

Uit een eerder afstudeeronderzoek van Treur (2018) is gebleken dat ongeveer de helft van de kinderen binnen de opvang van Kadera een verhoogde kans op een posttraumatische stressstoornis (PTSS) lijkt te hebben. Hierbij is vermeld dat niet bij alle kinderen boven de acht jaar de vragenlijst Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES) is afgenomen, maar alleen bij de kinderen waar een vermoeden van PTSS was. Dit zou kunnen verklaren waarom de percentages hoger uit zijn gevallen dan die uit een eerder, soortgelijk onderzoek van Donkers (2015) waaruit bleek dat 31% van de kinderen in de opvang PTSS-klachten heeft ontwikkeld, in dit onderzoek werd de vragenlijst standaard afgenomen.

Om de PTSS-klachten bij de kinderen inzichtelijk te maken, wordt er bij kinderen die tussen de 8 tot 18 jaar oud zijn en die in de opvang van Kadera verblijven een CRIES afgenomen, een rapportagevragenlijst om vroegtijdig PTSS te signaleren. De uitslag van deze vragenlijst laat zien of kinderen wel of niet een verhoogde kans op PTSS hebben. In het kader van leesbaarheid van het verslag is er gekozen de doelgroep te benoemen als ouders van, en kinderen met PTSS-klachten.

Dit onderzoek richt zich op een oplossing vinden voor de ouders van kinderen met PTSS-klachten. Het doel is een beroepsproduct te ontwerpen voor deze doelgroep. Het beroepsproduct moet ervoor zorgen dat ouders worden ontlast en hun kinderen met PTSS-klachten beter kunnen ondersteunen bij het omgaan met de symptomen van PTSS. Zodat dit kan bijdragen aan de verwerking van hun trauma's.

1.2 Werkwijze en huidige situatie

Alle volwassen cliënten die bij Kadera binnenkomen worden gezien door de psycholoog voor een diagnostisch gesprek. Er wordt onder andere gekeken naar de reden van aanmelding, voorgeschiedenis, klachten, het huidige functioneren van de cliënt en of er sprake is van trauma's en zo ja welke. Op basis van deze informatie geeft de psycholoog een conclusie en advies. Dit is gericht op de hulpverlening, verdere diagnostiek en/of behandeling. Wanneer er sprake is van trauma, wordt interne traumabehandeling aangeboden voor zowel volwassenen als kinderen. Dit wordt uitgevoerd door een externe GZ-psycholoog. Deze samenwerking zorgt ervoor dat cliënten intern, zo snel mogelijk therapie kunnen krijgen voor hun trauma's. Kadera is hierin afhankelijk van de toestemming van het wijkteam en de gemeente, die hiervoor indicaties af moeten geven.

Zowel de psychologen als verschillende hulpverleners, hebben ervaren dat er sinds enige tijd alleen indicaties voor kinderen worden afgegeven voor behandelingen bij externe organisaties. Dit heeft als gevolg dat kinderen nauwelijks nog intern kunnen worden behandeld voor hun trauma's. Daarnaast zijn de wachttijden aanzienlijk langer dan voorheen. De wachttijd voor traumabehandeling in Zwolle, bij Dimence is 5 weken tot het intakegesprek en daarna nog 18 weken tot de eerste behandeling kan worden gestart, dit is in totaal 23 weken (zie figuur 1). Dit heeft als gevolg dat cliënten met PTSS-klachten langer dan voorheen of zelfs gedurende de gehele periode onbehandeld in de opvang verblijven. Een expert op het gebied van trauma's is de psycholoog van Kadera, zij vertelt hoe belangrijk behandeling bij kinderen op korte termijn is. Wanneer er op korte termijn behandeling wordt gegeven kunnen de behandelaars en kinderen makkelijker praten over de ingrijpende gebeurtenis(sen). Kinderen gaan hun gevoelens, als het te lang duurt, zelf onderdrukken waardoor er op lange termijn pathologie ontwikkeld kan worden, dit blijkt ook uit het onderzoek van Tierolf (2010). De psycholoog en verschillende hulpverleners van Kadera hebben actie ondernomen, door in gesprek te gaan met het wijkteam en het management van Kadera. Met als doel meer indicaties te krijgen voor interne behandeling, zodat kinderen sneller behandeld kunnen worden voor hun trauma's. Tot nu toe zonder succes. Het ziet er volgens de hulpverleners naar uit dat dit de komende tijd niet gaat veranderen. Gezien deze omstandigheden, zou het beroepsproduct er tevens voor kunnen zorgen dat ouders beter in staat zijn de tijd tot behandeling te overbruggen, door de kinderen op de juiste manier te ondersteunen.

Home ► Wachttijden			
Plaats ▲	Omschrijving	Aanmelding	Behandeling
Almelo	Angst en Stemming	3 weken	8 weken
Almelo	Ontwikkelingsstoornissen	12 weken	16 weken
Almelo	Ouderen	5 weken	0 weken
Almelo	Persoonlichheidsproblematiek	4 weken	16 weken
Almelo	Bipolaire en Psychotische stoornissen	4 weken	6 weken
Almelo	Stabilisatie Persoonlichheidsproblematiek (Stapp)	4 weken	2 weken
Almelo	Complex Trauma (CTT)	2 weken	8 weken
Deventer	Angst en Stemming	5 weken	16 weken
Deventer	Ontwikkelingsstoornissen	6 weken	6 weken
Deventer	Ouderen	6 weken	5 weken
Deventer	Persoonlichheidsproblematiek en complex trauma	4 weken	9 weken
Deventer	Psychotische stoornissen	5 weken	5 weken
Deventer	Specialistisch Centrum Bipolaire Stoornissen	4 weken	6 weken
Deventer	Specialistisch Centrum Ontwikkelingsstoornissen	14 weken	4 weken
Deventer	Verslavingspsychiatrie	4 weken	0 weken
Hardenberg	Zorgprogrammatisch team	5 weken	11 weken
Raalte	Zorgprogrammatisch team	11 weken	0 weken
Steenwijk	Zorgprogrammatisch team	0 weken	9 weken
Twello	Angst en Stemming	8 weken	0 weken
Zutphen	Angst en Stemming	2 weken	7 weken
Zwolle	Angst en stemming	5 weken	18 weken
Zwolle	Neuropsychiatrie	4 weken	0 weken
Zwolle	Ontwikkelingsstoornissen	17 weken	14 weken
Zwolle	Ouderen	4 weken	0 weken
Zwolle	Persoonlichheidsproblematiek	3 weken	14 weken
Zwolle	Bipolaire en Psychotische stoornissen	4 weken	6 weken
Zwolle	Verslavingspsychiatrie	8 weken	0 weken

Figuur 1, wachttijden Dimence

1.5 Hoofd- en deelvragen

Veel kinderen in de opvang van Kadera zijn mogelijk getraumatiseerd als gevolg van (zien van) huiselijk geweld. Hulpverleners geven aan handelingsverlegenheid te zien bij ouders. Voor kinderen is er momenteel geen mogelijkheid tot interne behandeling en voor externe behandeling is een lange wachttijd. Kadera wil weten hoe zij de ouders, gezien deze omstandigheden, het best kunnen ondersteunen en ontlasten.

Hoofdvraag:

Wat zou Kadera kunnen ontwikkelen voor ouders, zodat ouders hun kinderen met een verhoogde kans op PTSS beter kunnen ondersteunen bij het omgaan met symptomen van PTSS?

Deelvraag 1:

-Waar zouden ouders van met kinderen met een verhoogde kans op PTSS mee geholpen zijn volgens de hulpverleners van Kadera?

Deelvraag 2:

-Wat is volgens experts en wetenschappelijk onderzoek effectief gebleken voor het begeleiden van kinderen met een verhoogde kans op PTSS?

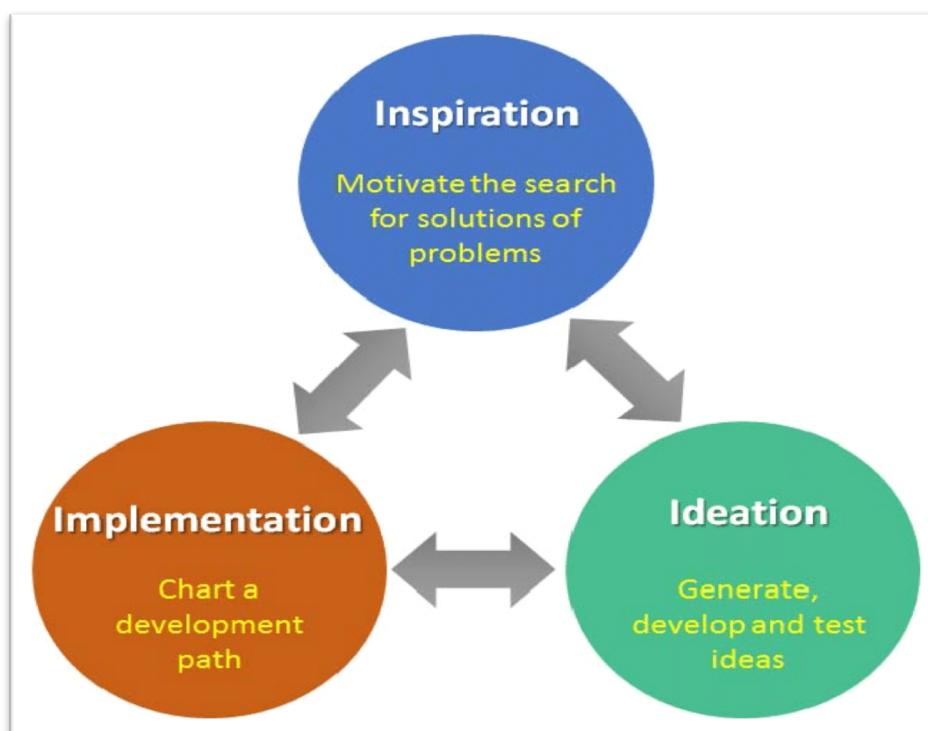
Deelvraag 3:

-Waar hebben ouders behoefte aan, om hun kinderen met een verhoogde kans op PTSS zo goed mogelijk te ondersteunen?

1.6 Doelstelling beroepsproduct

Het onderzoek moet leiden tot een beroepsproduct dat ouders en kinderen met PTSS-klachten kan ondersteunen en begeleiden. Het zou ook kunnen helpen om de tijd tot traumabehandeling voor de kinderen te overbruggen.

Om tot dit beroepsproduct te komen wordt gebruik gemaakt van het Human Centered Designmodel (HCD), bestaande uit drie fasen die zijn beschreven in figuur 2. De inspiratiefase van HCD gaat doorlopen worden om de problemen duidelijk in kaart te brengen. Dit is van essentieel belang, om het beroepsproduct zo goed mogelijk aan te laten sluiten bij de doelgroep. Daaropvolgend wordt een deel van de ideationfase uitgevoerd, waarin eventuele oplossingen aan toekomstige gebruikers worden voorgelegd en een prototype wordt ontworpen.



Figuur 2, Human Centered Design model

Ouders zouden gemakkelijker kunnen handelen wanneer ze kennis bezitten over hoe ze de signalen kunnen herkennen en weten hoe zij hier het beste op in kunnen spelen. Wanneer deze informatie is overgebracht kunnen ze zelfstandig leren door ervaring op te doen en zo zekerder te worden over hun manier van handelen. Een mogelijke oplossing zou zijn: een beroepsproduct die ouders deze informatie geeft. Dit kan in de vorm van psycho-educatie. Vanuit de organisatie is aangegeven dat er behoefte is aan een training voor de doelgroep of een folder met daarin de benodigde informatie zouden opties kunnen zijn. Een tastbaar product als een folder zou voor conditionering kunnen zorgen bij de ouder, door elke keer wanneer er onduidelijkheden zijn de folder erbij te pakken. Ze kunnen zelfstandig aan de slag met de informatie die ten alle tijden bereikbaar is.

Om zoveel mogelijk aan te sluiten bij toekomstige gebruikers is een adviesrapport, dat gebaseerd is op de interviews met cliënten, hulpverleners, experts en literatuuronderzoek ook een optie. Voorafgaand aan het onderzoek is niet duidelijk wat het beroepsproduct gaat worden. De duur van de inspirationfase is nog onbekend.

1.3 Maatschappelijke relevantie

Op microniveau is het onderzoek voor zowel de ouders als kind(eren) bij Kadera relevant. De ouder van het kind met een verhoogde kans op PTSS krijgt de kans zijn/haar handelingsvaardigheden uit te breiden. Op die manier kan de ouder zelf een bijdrage leveren aan het herstel van hun kind. Dit draagt daarnaast positief bij aan het verdere behandeltraject van het kind (Beer, de Roos, 2004).

Op mesoniveau kan Kadera ouders en kinderen effectiever en efficiënter ondersteunen, wanneer ouders meer informatie hebben over hoe om te gaan met hun kind(eren) met verhoogde kans op PTSS. Als ouders namelijk zelfstandig een crisis kunnen oplossen met betrekking tot het kind, geeft dit een gevoel van zekerheid en stimuleert dit zowel de eigen ontwikkeling, als die van het kind. Dit komt de eigenwaarde ten goede. Wanneer de ouder steun en stabiliteit kan bieden aan het getraumatiseerde kind, ontstaat er meer rust binnen het systeem. De ouder kan zich daarnaast beter focussen op zijn/haar eigen herstel en eventueel dat van de rest van het gezin. Het bevordert de effectiviteit van de behandeling van zowel ouder als kind. Daarmee kunnen er betere resultaten worden geboekt gedurende het verblijf binnen Kadera.

Als er gekeken wordt naar de relevantie op macroniveau zou het project ook relevant kunnen zijn voor andere organisaties die te maken hebben met systemen met getraumatiseerde kinderen. Er kan worden aangenomen dat er in Nederland meer getraumatiseerde kinderen zijn waarbij een tijd tot behandeling overbrugt moet worden. Voor deze kinderen en hun ouders en/of verzorgers zou het toekomstige beroepsproduct ook relevant kunnen zijn.

Hoofdstuk 2

Inspiration

Tijdens de Inspiration fase van het Human Centered Design model zijn verschillende stappen doorlopen. In dit hoofdstuk worden twee deelvragen beschreven, namelijk: 'Waar zouden ouders met kinderen met een verhoogde kans op PTSS mee geholpen zijn volgens de hulpverleners van Kadera?' en 'Wat is volgens experts en wetenschappelijk onderzoek effectief gebleken voor het begeleiden van kinderen met een verhoogde kans op PTSS?'.

2.1 Onderzoeksmethode

Er is in de inspirationfase gebruik gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden. Kwalitatief onderzoek is erop gericht om het onderwerp vanuit het perspectief van de onderzoeksgroep te leren kennen. De eigen ervaringen en overtuigingen van de geïnterviewde personen staan centraal in kwalitatief onderzoek. Deze onderzoeksmethode sluit aan bij het HCD, door toekomstige gebruikers aan het woord te laten. Daarnaast is literatuuronderzoek gedaan. Bij literatuuronderzoek wordt er gezocht naar gegevens die door anderen al verzameld zijn (Verhoeven, 2018).

In de inspirationfase zijn er semigestructureerde interviews gehouden met hulpverleners en experts. De interviewvragen zijn doormiddel van eigen kennis en de ervaringen, die zijn opgedaan tijdens de stageperiode voorafgaand aan het onderzoek, tot stand gekomen. De opgestelde interviewvragen zijn besproken met studenten en docenten van Saxion en aangepast middels de verkregen feedback. De hoofdonderwerpen van de interviews met de hulpverleners zijn: het gedrag van getraumatiseerde kinderen, reactie van de ouders, de behoeftes van de ouders, behoeftes kinderen met PTSS-klachten en de behoeftes vanuit de hulpverlening. De hoofdonderwerpen van de interviews met de experts zijn: het gedrag van getraumatiseerde kinderen, reactie van ouders, behoeftes van ouders, behoeftes van kinderen en de handelwijze van de experts. De interviewleidraad van beide interviews is te vinden in bijlage A. Het voordeel van een semigestructureerd interview met betrekking tot dit onderzoek is dat de geïnterviewde de ruimte wordt gegeven zelf te vertellen. Er was daarnaast ruimte om door te vragen, er kon hierdoor nog meer informatie worden verzameld (Baarda, 2014). Vooral de informatie die vooraf niet wordt voorzien zou aan bod kunnen komen en een relevante wending kunnen geven aan het onderzoek en de uitkomst. De hulpverleners en experts die deelnemen aan het onderzoek zijn mondeling of via de mail benaderd door de onderzoeker. De onderzoeker heeft het doel van het onderzoek, de duur van het interview, manier van dataverwerking en het waarborgen van anonimiteit mondeling toegelicht. Het informed consent is terug te vinden in bijlage B. De interviews met experts hebben telefonisch plaats gevonden en duurden ongeveer 45 minuten. De interviews met hulpverleners hebben plaatsgevonden in de opvang en duurden ongeveer 30 minuten. Met toestemming van de respondent is het hele interview opgenomen met een audio-recorder, zodat geen informatie verloren gaat. De audio-opnames werden uitgetypt tot een samenvatting. In verband met privacy zijn deze opnames na verwerking gewist. Uit de samenvattingen zijn onderwerpen gefilterd. Wanneer onderwerpen overeenkomen worden deze samengevoegd. Zo ontstaan er verschillende overkoepelende thema's, die aanbod komen in de volgende paragrafen. De uitgetypte interviews zijn wegens privacy niet openbaar gemaakt. De ethische toetsing is te vinden in bijlage D.

2.2 Deelvraag 1

Waar zouden ouders met kinderen met een verhoogde kans op PTSS mee geholpen zijn volgens de hulpverleners van Kadera?

2.2.1 Methode

Om antwoord te krijgen op de eerste deelvraag zijn er semigestructureerde interviews gehouden met vijf hulpverleners van Kadera. Er zijn hulpverleners van verschillende locaties benaderd, zo kan er een algemeen beeld worden geschetst. Er zijn drie kindhulpverleners en twee casemanager geïnterviewd. De casemanagers zijn meer betrokken bij de begeleiding van moeder en de kindhulpverleners bij de begeleiding van het kind, door beide partijen te spreken wordt het probleem bekeken vanuit ouder en kind. De kennis en ervaringen die hulpverleners hebben opgedaan in het contact met ouders en kinderen met een verhoogde kans op PTSS, kunnen meer inzicht geven in het probleem en mogelijke oplossingsrichtingen.

2.2.2 Resultaten

Van de vijf hulpverleners die hebben deelgenomen aan het onderzoek, werken er twee in de opvang in Enschede en drie in de opvang in Zwolle. De resultaten hebben betrekking op deze vijf hulpverleners.

Uit de vijf interviews met hulpverleners komen verschillende onderwerpen en adviezen aan bod. In het kader van de leesbaarheid van het verslag zijn de resultaten in het hele verslag per onderdeel weergegeven in een tabel. Alle hulpverleners die deelnamen aan het onderzoek herkenden het probleem en gaven aan graag mee te werken aan een oplossing.

Gedrag getraumatiseerde kinderen

Aan hulpverleners is gevraagd welke signalen zij zien bij een kind met trauma's. De resultaten zijn weergegeven in tabel 1. Een mannelijke casemanager uit Enschede geeft aan dat hij het gevoel heeft dat kinderen een vaderfiguur in hem zoeken. "Ze zoeken veiligheid en geborgenheid bij mij" vertelt hij. Hier tegenover staat dat andere kinderen zich terugtrekken en stil zijn. Het lijkt erop dat het soort trauma van invloed is op het gedrag van het kind, vertelt een hulpverlener uit de opvang in Zwolle. "Ik heb vaker gezien dat kinderen die seksueel misbruikt zijn andere symptomen laten zien. Kinderen smeren en spelen met hun ontlasting. Zelf heb ik meegemaakt dat een meisje haar ontlasting in zakjes deed en stiekem bewaarde, ze wist zelf niet waarom en ze schaamde zich heel erg toen we het vonden."

Deze hulpverleners geven allemaal aan dat ze gezien hebben dat kinderen grensoverschrijdend gedrag vertonen en problemen ervaren met zindelijkheid wanneer ze trauma's hebben opgelopen. "Ik hoor van ouders regelmatig dat kinderen ineens niet meer zindelijk zijn of bedplassen, terwijl dit voorheen niet het geval was" licht een hulpverlener toe. Vier van de hulpverleners zeggen hechtingsproblemen te zien bij getraumatiseerde kinderen. Een vrouwelijke, hulpverlener uit Enschede heeft ervaren dat getraumatiseerde kinderen snel met haar knuffelen, op haar schoot gaan zitten en haar aandacht zoeken terwijl zij elkaar nog nooit eerder ontmoet hadden. Iets wat ook door vier hulpverleners werd benoemd is het overmatig aandacht vragen, zowel negatief als positief. Overige onderwerpen die vaker zijn benoemd door de hulpverleners zijn; nachtmerries, beperkte concentratie, woedeaanvallen en parentificatie.

Tabel 1. Gedragingen getraumatiseerde kinderen, meer dan één keer benoemd door vijf hulpverleners.

Gedrag getraumatiseerde kinderen	Totaal
Grensoverschrijdend gedrag	5
Problemen met zindelijkheid	5
Aandacht trekken	4
Nachtmerries	3
Hechtingsproblematiek	4
Parentificatie	2
Woede	2
Concentratieproblemen	2

Observaties reacties ouders

Hulpverleners is gevraagd hoe zij ouders zien reageren op de gedragsverandering van hun kinderen met PTSS-klachten, deze resultaten zijn weergegeven in tabel 2. Een hulpverlener van de crisisopvang in Zwolle vertelt: “Ik hoor en zie dat ouders zich handelingsverlegen voelen en hierdoor vaak de keuze maken niet te handelen uit angst iets verkeerd te doen”. De andere hulpverleners beaamen dit, het handelingsverlegen voelen van ouders is iets wat in alle interviews naar voren komt. Een andere hulpverlener vertelt: “Ouders hebben bij mij wel eens aangegeven dat ze niet helemaal eerlijk durven zijn over de situatie, omdat ze bang zijn voor uithuisplaatsing van hun kinderen”. De angst van ouders om hun kinderen kwijt te raken wordt in twee interviews benoemd.

Vier hulpverleners geven aan dat ze het idee hebben dat de trauma's van de ouders zelf, en de uitputting die dit met zich meebrengt, een negatieve invloed heeft op de manier waarop ze op hun kind(eren) reageren. Een hulpverlener vertelt: “Ouders hebben vaak last van hun eigen trauma's, ik heb het idee dat ze daardoor soms prikkelbaarder zijn tegenover hun kinderen”. Andere reacties van ouders die door drie van de vijf geïnterviewde hulpverleners worden genoemd zijn; wanhoop en prikkelbaarheid.

Tabel 2. Observaties reacties ouders, meer dan één keer benoemd door vijf hulpverleners.

Observaties reacties ouders	Totaal
Handelingsverlegen	5
Last eigen trauma	4
Uitputting	4
Moed opgeven	3
Prikkelbaar reageren	3
Angst voor uithuisplaatsing	2

Behoeftes ouders

Aan hulpverleners is gevraagd wat zij denken dat ouders met kinderen met PTSS-klachten nodig hebben, de resultaten zijn weergegeven in tabel 3. Een hulpverlener vertelt hierover: “Ik zie vaak dat ouders en kinderen zichzelf de schuld geven van de situatie waarin ze verkeren, het gesprek aangaan om zowel ouder als kind te onschuldigen vind ik belangrijk”.

Alle hulpverleners geven aan lotgenotencontact als iets waardevols te zien. Een hulpverlener die werkzaam is op de crisisopvang in Zwolle vertelt: “Wij hebben elke maandag een overleg met alle ouders die op dat moment in de opvang verblijven. Het zou mooi zijn als er dan aandacht zou kunnen komen voor dit onderwerp in de vorm van lotgenotencontact en educatie”. Educatie is daarnaast een onderdeel dat door alle geïnterviewde hulpverleners is genoemd. Dit zou ervoor moeten zorgen dat er vanuit de ouder meer begrip ontstaat voor het gedrag van het kind. Daarnaast krijgen ouders meer kennis over hoe ze het beste kunnen inspelen op het gedrag van hun kind. Op de vraag waarom deze kennis zo belangrijk is, antwoordt een hulpverlener: “Door de opgedane kennis kunnen ouders leren en succeservaringen opdoen. Dit zou de band tussen ouder en kind goed doen, waardoor er meer rust komt binnen het systeem”. Een andere oplossing die is genoemd door twee hulpverleners, is het aanbod van opvang voor de kinderen vergroten zodat moeder meer rust heeft. Door twee hulpverleners wordt het geven van complimenten benoemd, ouders lijken zich onzeker te voelen over hun ouderrol, complimenten zouden ze sterker maken volgens hulpverleners.

Tabel 3. Behoeftes ouders meer dan één keer benoemd door vijf hulpverleners

Behoeftes ouders	Totaal
Lotgenotencontact	5
Educatie	5
Behandeling van trauma's	5
Opvang voor kind(eren)	2
Complimenten	2

Behoefte hulpverleners

Op de vraag wat hulpverleners nodig hebben om ouders met kinderen met PTSS-klachten zo goed mogelijk te ondersteunen, zei een hulpverlener uit de opvang in Enschede: “Er moet iets veranderen rondom de traumabehandeling, dit moet sneller. Beter contact met ketenpartners of mogelijkheid tot interne behandeling zouden ervoor zorgen dat kinderen minder lang met PTSS-klachten rondlopen”. Alle hulpverleners zeggen behoefte te hebben aan snelle traumabehandeling voor kinderen die verblijven in de opvang. Een hulpverlener werkzaam in opvang Zwolle vertelt: “Ik mis een orthopedagoog of gedragswetenschapper in de opvang. Wij als hulpverlening hebben een grote verantwoordelijkheid wat betreft het opvangen van signalen, maar omdat wij ook druk zijn met praktische zaken ben ik bang dat wij veel van deze signalen missen”. Alle hulpverleners zouden graag meer educatie willen over trauma’s bij kinderen. Voorbeelden die worden genoemd zijn; werkboekjes voor moeder en kind, een folder met daarin informatie over de signalen en tips die hulpverleners aan ouders kunnen geven. De twee hulpverleners die werkzaam zijn in Enschede willen dat er vaker een TP’er aanwezig is, momenteel is dit één dag per week, zij willen dat er minimaal twee dagen een TP’er beschikbaar is op locatie. Beide hulpverleners geven aan het fijn te vinden om de TP’ers om advies te kunnen vragen over bepaalde casussen, ook zou het de samenwerking rondom de individuele begeleiding voor cliënten versoepelen volgens deze hulpverleners. Daarnaast vertelt de hulpverlener: “Als we meer uitleg krijgen over wat de TP’ers doen kunnen we beter samenwerken en naar hen doorverwijzen”. Voor een overzicht van de resultaten zie tabel 4.

Tabel 4. Behoeftes vanuit hulpverlening meer dan één keer benoemd.

Behoeftes hulpverlening	Totaal
Snellere doorstroom naar behandeling	5
Educatie	5
Werkboekje over trauma’s	2
TP’ers vaker aanwezig	2
Uitleg CRIES	2
Informatie over aanbod TP’ers	2

2.3 Deelvraag 2:

Wat is volgens experts en wetenschappelijk onderzoek effectief gebleken voor het begeleiden van kinderen met een verhoogde kans op PTSS?

2.3.2 Methode

Om tot een antwoord op de deelvraag: 'Wat is volgens experts en wetenschappelijk onderzoek effectief gebleken voor het begeleiden van kinderen met een verhoogde kans op PTSS?' te komen is literatuuronderzoek gedaan en zijn twee experts geïnterviewd.

Eén van de geïnterviewde experts is een GZ-psycholoog en een ervaren traumabehandelaar voor zowel kinderen als volwassenen. Ze is een keer per week aanwezig in de vrouwenopvang van Kadera om EMDR-therapie te geven aan cliënten. Ze kent de organisatie, de cliënten en heeft daarnaast zelf woonvoorzieningen waar veel getraumatiseerde kinderen wonen. De tweede expert is een klinisch psycholoog die werkzaam is bij Fier! Fryslan, een landelijk expertise- en behandelcentrum op het terrein van geweld in afhankelijkheidsrelaties. De psycholoog van Kadera heeft aangeraden contact te zoeken met deze klinisch psycholoog omdat zij cursussen en trainingen geeft aan hulpverleners en ouders over hoe je het beste om kan gaan met getraumatiseerde kinderen. Beide experts gaven aan de noodzaak van dit onderzoek in te zien en werken graag mee.

Voor het literatuuronderzoek is allereerst gebruik gemaakt van de Saxion bibliotheek, hier is gezocht naar boeken over trauma's bij kinderen. Dit om meer een algemeen beeld te krijgen van het onderwerp van het onderzoek. Daarnaast is er gezocht via de zoekmachines google en scholar.google naar relevante artikelen en onderzoeken. Ook is gebruik gemaakt van de databank EBSCOhost. De gebruikte zoektermen zijn: traumabehandeling, EMDR, huiselijk geweld, getraumatiseerde kinderen, lotgenotencontact, trauma's, opvanghuizen (en de Engelse equivalenten van deze begrippen). Van de gevonden bronnen is de literatuurlijst bekeken om zo nieuwe bronnen te vinden (de zogenaamde sneeuwbalmethode). Om het literatuuronderzoek af te bakenen zijn de gevonden titels eerst gescreend op relevantie, daarna zijn de samenvattingen doorgenomen om verder te filteren op relevantie waarna alleen de werkelijk relevante onderzoeken in het geheel zijn bestudeerd. Om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van wetenschappelijke en recente bronnen.

2.3.1 Literatuuronderzoek

Trauma's bij kinderen

Wanneer een kind een traumatische ervaring heeft gehad zijn de meest voorkomende gevolgen; steeds weer opdringende herinneringen aan het trauma, vermijdingsgedrag en een verhoogde schrikachtigheid. Verder komen concentratieproblemen, woedeaanvallen, slaapproblemen, bedplassen, prikkelbaarheid, angsten en depressies veel voor (van Well, 2008; Coppens & Van Kregten, 2018). Kinderen met vroegkinderlijke, chronische traumatisering zijn chronisch gestresst, alert, eenzaam en kunnen zich niet op een gezonde manier hechten. Dit kan deformatie van de persoonlijkheid en moeilijkheden in het aangaan van stabiele relaties met anderen gedurende het verdere leven tot gevolg hebben (Van Der Kolk, 2005; Hall, 1999). Trauma's zorgen voor een machteloos gevoel, daardoor vermindert het zelfvertrouwen en ontstaat er een gevoel van onzekerheid. Ook kinderen die vlak na een traumatische ervaring aanvankelijk geen emotionele- of gedragsreacties vertonen, kunnen hier later alsnog last van krijgen, dit wordt ook wel 'delayed onset'; uitgesteld begin, genoemd (Visser & Lammers-Winkelmann, 2009). Naast psychische klachten kunnen zich ook lichamelijk klachten voordoen, dit zijn klachten als vermoeidheid, spierpijn, pijn op de borst, maagdarm klachten, hartkloppingen, spierpijn, misselijkheid, benauwdheid en duizeligheid (Olff, 2008).

Wanneer we ons meer richten op de gevolgen van huiselijk geweld, blijken verwaarlozing en systematische mishandeling voor het 18^e levensjaar en hiervan getuige zijn de ontwikkeling van een individu te kunnen vertragen en aanleiding te geven voor verschillende stoornissen, zoals o.a. stress-, angst-, eet-, ontwikkelings-, agressie- en depressieve stoornissen. Wanneer behandeling uitblijft kan het naast stoornissen ook leiden tot intimiderend, agressief en manipulatief gedrag in de volwassenheid (Fergusson, Boden & Horwood, 2008; Godbout, Dutton, Lussier et. al., 2009; Roberts, McLaughling, Conron, et al., 2011).

Ouders van getraumatiseerde kinderen

Wanneer het kind uit de onveilige thuissituatie gehaald is en het contact met de plegende ouder verbroken wordt, stopt die vorm van mishandeling. De psychische mishandeling of verwaarlozing stopt echter niet altijd omdat de andere verzorgende ouder zelf vaak ook getraumatiseerd is en daardoor niet (meer) in staat is om een veilige hechtingsrelatie met het kind aan te gaan (Struik, 2009). Bij vrouwen in de opvang constateren hulpverleners ook regelmatig psychiatrische problemen en/of een verstandelijke beperking. Ze hebben een verhoogde kans op PTSS, met klachten als depressie, slaapproblemen, nachtmerries, terugtrekgedrag, herbelevingen, gevoelsvervlakking, vermijden en verhoogde prikkelbaarheid (Levendosky & Graham-Bermann, 2000). Veel ouders zijn zelf te veel van slag en te vermoeid, om kinderen om zich heen te kunnen hebben. Psychische problemen kunnen samengaan met een verminderde responsiviteit, betrokkenheid en een afwijzende houding tegenover het kind (Kooijman & Wolzak, 2004). Ze lijken het opvoeden tijdelijk uit te willen besteden totdat ze het gevoel hebben het weer aan te kunnen en 'goede ouder'-ervaringen op kunnen doen (Dijkstra, 2007). Vaak heeft de ouder zijn eigen traumatische ervaringen nog niet verwerkt, wat ervoor kan zorgen dat zij het kind moeilijk kunnen helpen bij het geven van betekenis aan de traumatische ervaringen en het begrijpen en verwoorden van eigen intenties en de intenties van anderen. De ouder is niet in staat te reageren op het kind of verleent een verkeerde betekenis aan het trauma van het kind (Struik, 2009). Bovendien heeft de stress die ouders ervaren ook invloed op het wel of niet hebben van PTSS-symptomen bij kinderen. Uit onderzoek van Telman et. al. (2015) komt een samenhang naar voren tussen de stress van ouders en PTSS-symptomen bij hun kinderen.

Behoeftes getraumatiseerde kinderen

Hoe jonger het kind is hoe meer assistentie het nodig heeft bij het verwerken van ervaringen, zowel affectief als cognitief. In emotioneel opzicht zijn steun en troost geven aan het kind belangrijk. In cognitief opzicht is uitleg over de gebeurtenis(sen) en de daaropvolgende reacties gewenst. Zo kunnen kinderen (dis)functionele cognities verbinden aan dingen die hen zijn overkomen. Kinderen kunnen ervan overtuigd zijn dat de gebeurtenis een straf is voor iets dat zij fout hebben gedaan. Voortvloeiend uit een dergelijke betekenisverlening kunnen zich emotionele of gedragsproblemen ontwikkelen (Bal, Van Oost, & De Bourdeaudhuij, 2000). Kinderen zijn – meer dan volwassenen – afhankelijk van hun omgeving voor correctie van deze disfunctionele betekenisverlening. Dit is gerelateerd aan hun beperktere cognitieve en verbale mogelijkheden. Mede hierdoor zijn kinderen kwetsbaarder voor het ontwikkelen van psychopathologie, wanneer de benodigde steun, uitleg en correctie onvoldoende gegeven wordt (Beer en de Roos, 2004).

Behandeling

EMDR is bewezen effectief in het kader van traumabehandeling met als doel symptoomreductie te realiseren (Mc Guire, Lee & Drummond, 2014). Volgens onderzoek van Ten Broeke et. al. (2017) is het in de meeste gevallen onnodig eerst te stabiliseren om de draagkracht te vergroten voordat er met traumatherapie gestart wordt. Stabiliteit en draagkracht nemen juist toe door directe behandeling van het trauma, blijkt ook uit onderzoek van Bicanic, de Jongh & ten Broeke (2017). Ook volgens Cohan (1998) hebben kinderen traumabehandeling nodig in plaats van hun vermijding te bekrachtigen door behandeling uit te stellen.

Wanneer er goede behandeling plaatsvindt die bijdraagt aan het verwerken van een traumatische gebeurtenis, kunnen trauma's ook worden gezien als kracht, wanneer deze worden overwonnen. Zo is er sprake van posttraumatische groei. Volgens Tedeschi en Calhoun (2004) ontstaat posttraumatische groei wanneer slachtoffers van een trauma nieuwe ideeën en schema's ontwikkelen, nadat hun oorspronkelijke idee over de wereld niet langer klopte in het licht van de traumatische gebeurtenis(sen). Afhankelijk van de persoonlijke visie kan er een positief gevoel ontstaan over de periode na het trauma, waarin mensen groei ervaren doordat er waarden zijn (her)ontdekt.

2.3.3 Resultaten

Er zijn verschillende onderwerpen aan bod gekomen tijdens de interviews. De resultaten worden per onderwerp beschreven en weergegeven in tabellen.

Gedrag getraumatiseerde kinderen

Aan de geïnterviewde experts is gevraagd waar een getraumatiseerd kind aan te herkennen is, zie tabel 5. De klinisch psycholoog vertelt: "Er is een verschil tussen kinderen die getraumatiseerd zijn en kinderen die PTSS hebben. Kinderen met PTSS moeten aan de vier criteria van de DSM5 voldoen om geclassificeerd te zijn. Dit verschil is soms moeilijk te onderscheiden". De posttraumatische stress criteria zijn bij zowel volwassenen als kinderen in vier categorieën ingedeeld: veranderingen in arousal, intrusies in het dagelijks leven en herbelevingen, vermijding en negatieve cognities (overtuigingen) en stemming (Koppers & van Kregten, 2018).

Gedragingen als: grensoverschrijdend gedrag, uiten van boosheid, het overnemen van de ouderrol, dissociëren, depressieve stemming en zich angstig voelen, zijn kenmerken die door beide experts worden benoemd. De GZ-psycholoog geeft aan dat kinderen de neiging hebben zich terug te trekken en dat sommige kinderen fysieke klachten ervaren; "Je ziet bij deze kinderen ook vaak lichamelijke klachten als buikpijn en allerlei andere stressklachten. Ze zijn vaak ziek".

Tabel 5. Gedrag getraumatiseerde kinderen benoemd door experts gekoppeld aan bestaand literatuuronderzoek.

Gedrag getraumatiseerde kinderen	Totaal	Literatuur
Boosheid	2	Ja
Grensoverschrijdend gedrag	2	Ja
Angstig	2	Ja
Dissociëren	2	Ja
Depressief	2	Ja
Parentificatie	2	Ja
Concentratieproblemen	1	Ja
Herbelevingen	1	Ja
Terugtrekgedrag	1	Ja
Slaapproblemen	1	Ja
Fysieke klachten	1	Ja

Handelwijze experts

Aan de experts is gevraagd hoe zij omgaan met kinderen met PTSS en hun ouders voor een overzicht van uitkomsten zie tabel 6. De GZ-psycholoog vertelt dat er gebruik wordt gemaakt van een online module over PTSS, deze modules gebruikt zij bij zowel Kadera als haar eigen woonvoorzieningen. Deze module is gericht op de eigen klachten van de ouder en niet voor de klachten van de kinderen. Dit is psycho-educatie waarbij kennis, opdrachten en praktijkvoorbeelden worden aangeboden. Deze modules wordt aangeboden aan hulpverleners en ouders. Ze zou graag zelf willen dat de hulpverleners die werkzaam zijn op haar woonvoorziening meer kennis krijgen over dissociëren en hoe ze hier het beste mee om kunnen gaan. Het dissociëren wordt volgens haar niet altijd herkend waardoor de trauma's van het kind onderbelicht blijven, het kind loopt hierdoor de juiste begeleiding mis.

De klinisch psycholoog van Fier! geeft aan dat bij hun intern traumabehandeling wordt aangeboden. Wanneer kinderen binnenkomen wordt de behandeling direct aangevraagd en beginnen ze met psycho-educatie voor zowel kinderen als ouders, om voor te bereiden op de behandeling. Deze voorbereiding richt zich voornamelijk op het leren praten over de trauma's, het zelfbeeld van het kind en kennis over de eigen emotieregulatie. Ook hebben zij een praatgroep voor kinderen. Er kan dan gelijk gestart worden met bijvoorbeeld EMDR, deze doorstroom is volgens de klinisch psycholoog heel goed voor kinderen.

Tabel 6. Eigen handelwijze met betrekking tot het omgaan met getraumatiseerde kinderen, beschreven door experts.

Handelwijze	Totaal
Psycho-educatie aan ouders en kinderen	2
Voorbereiden op behandeling	2
Interne traumabehandeling	2
Ontspanningsoefeningen	1
Praatgroep voor kinderen	1

Behoeftes van het kind

Op de vraag: 'Waar hebben getraumatiseerde kinderen behoefte aan?' komt naar voren dat steun als één van de belangrijkste punten wordt benoemd door de experts. Er wordt gezegd: "Ouder moet het kind geruststellen dat het mag praten. De schaamte moet worden weggehaald bij het kind, het is niet hun schuld". Dat kinderen opnieuw moeten leren praten wordt door beide experts benoemd, hiermee wordt het praten over de traumatische gebeurtenis bedoeld maar ook het praten over gevoelens en gedachten. Volgens een van de experts is het belangrijk dat het kind leert zich veilig te voelen, een veilige plek creëren door bijvoorbeeld een klamboe om te hangen kan al helpend zijn. De andere expert beaamt ook dat een veilige plek noodzakelijk is: "Het verschilt per kind, daarom moet er gekeken worden naar wanneer het kind zich het veiligst voelt". Volgens de GZ-psycholoog is het belangrijk dat kinderen uitgelegd krijgen dat hun boosheid niet zo handig is, omdat anderen dan boos of verdrietig worden, maar dat het wel begrepen wordt door de hulpverlener. "Kinderen mogen best boos zijn over wat hun is overkomen, want ze hebben er niet om gevraagd. De boosheid komt voort uit verdriet en angst" vertelt de GZ-psycholoog. Leren omgaan met hun emoties is volgens beide experts een belangrijke behoefte vanuit het kind en hun omgeving. Ontspanningsoefeningen kunnen, volgens de klinisch psycholoog, het kind leren rust te zoeken in moeilijke situaties. Voor een overzicht van de resultaten zie tabel 7.

Een veel besproken onderwerp tijdens beide interviews is traumabehandeling en de noodzaak hiervan, er wordt benoemd wat het belang is van het zo snel mogelijk opstarten van deze therapie. De klinisch psycholoog vertelt: "Hoe eerder de behandeling wordt opgestart, hoe beter. Wanneer je langer wacht, breidt de angst zich verder uit en komen er steeds meer symptomen bij. Hoe langer je wacht, hoe langer de behandelingsduur zal zijn". De GZ-psycholoog legt uit dat kinderen de neiging hebben trauma's weg te stoppen, als een soort overlevingsmechanisme: "Hoe langer het duurt voordat kinderen behandeling krijgen, hoe meer verschillende wegen het kind vindt om het trauma weg te stoppen, zodat ze er niet meer aan hoeven denken. Ze proberen gevoel en verstand te blokkeren". Beide experts benoemen dat getraumatiseerde kinderen last blijven houden van hun trauma's als deze niet worden behandeld. Op bewust of onbewust niveau zal dit altijd nog een rol blijven spelen.

Tabel 7. Behoeftes van getraumatiseerde kinderen volgens experts.

Behoeftes kind	Totaal
Steun van ouder/verzorger	2
Leren praten over trauma's	2
Een veilige plek	2
Emotieregulatie	2
Uitleg krijgen over eigen gedrag	2
Traumabehandeling	2
Ontspanningsoefeningen	1

Behoeftes ouder

Tijdens de interviews met de experts is gevraagd waar ouders van getraumatiseerde kinderen volgens hen behoefte aan hebben, resultaten zijn tevens weergegeven in tabel 8. Het eerste wat door beide experts wordt genoemd is dat ouders in de meeste gevallen zelf ook last hebben van trauma's. Dit staat het bieden van steun aan hun kind in de weg. "Kinderen blijven langduriger getraumatiseerd omdat ouders die zelf getraumatiseerd zijn niet in staat zijn de juiste steun te bieden en hun kinderen op te vangen" vertelt de klinisch psycholoog. De GZ-psycholoog benoemt dat er bij de behandeling rekening gehouden moet worden met de trauma's van ouders. De ouders zijn vaak al moe en overbelast waardoor de gedragsveranderingen van hun kind nog moeilijker te behappen zijn, volgens de experts. "Het is daarom het beste kinderen en ouders te behandelen terwijl ze in de opvang zitten. Dan zijn er nog hulpverleners die kunnen helpen met ondersteunen. Wanneer ze weer thuis zijn staat de ouder er alleen voor" vertelt de GZ-psycholoog.

Psycho-educatie zou volgens experts ook helpend kunnen zijn voor ouders. Het herkennen van signalen bij hun kinderen en hierop leren reageren is volgens de GZ-psycholoog belangrijk, dit geldt niet alleen voor de ouders maar ook voor de hulpverleners. "Dissociatie wordt vaak niet onderkend bij kinderen. Het gevoel en verstand van elkaar scheiden of grommend door de kamer lopen is ook een vorm van dissociatie". Volgens de klinisch psycholoog is psycho-educatie in de vorm van een training zeer effectief, dit zou gecombineerd kunnen worden met lotgenotencontact. Het belang van lotgenotencontact wordt door beide experts benoemd. "Het in gesprek gaan en ervaringen delen met ouders die in dezelfde situatie zitten is altijd fijn, daar kan iedereen iets van leren" vertelt één van de experts.

Tabel 8. Behoeftes ouders van getraumatiseerde kinderen volgens experts.

Behoeftes ouders	Totaal
Psycho-educatie	2
Lotgenotencontact	2
Behandeling eigen trauma's	2
Rustmomenten	2

Hoofdstuk 3

Ideation

Tijdens het onderzoek is een deel van de fase ideation van het HCD doorlopen. In dit hoofdstuk wordt de derde deelvraag behandeld. Om deze deelvraag te beantwoorden is kwalitatief onderzoek gedaan. Er zijn interviews gehouden met toekomstige gebruikers, namelijk ouders van kinderen met PTSS-klachten die verblijven in een opvang van Kadera. Er is gevraagd waar behoefte aan is met betrekking tot het begeleiden van hun kinderen en wat hun ervaringen zijn, dit valt nog onder de fase inspiration. Relevante ideeën die in voorafgaande interviews met hulpverleners en experts naar voren zijn gekomen zijn voorgelegd aan en besproken met de toekomstige gebruikers. Naar aanleiding van is een prototype gemaakt. Deze stappen vallen onder de fase ideation. In het kader van de leesbaarheid zijn de interviewresultaten gezamenlijk in dit hoofdstuk beschreven.

3.1 Onderzoeksmethode

Er is kwalitatief onderzoek gedaan om tot een antwoord te komen op de bovenstaande deelvraag. Kwalitatief onderzoek is erop gericht om het onderwerp vanuit het perspectief van de onderzoeksgroep te leren kennen. De eigen ervaringen en overtuigingen van de geïnterviewde personen staan centraal in kwalitatief onderzoek. Deze onderzoeksmethode sluit aan bij het HCD, door toekomstige gebruikers aan het woord te laten. Dit onderzoek moet informatie opleveren hoe zij het beste kunnen worden ondersteund bij het begeleiden van hun kinderen met PTSS-klachten.

De interviewvragen zijn doormiddel van eigen kennis en ervaring tot stand gekomen. De opgestelde interviewvragen zijn besproken met studenten en docenten van Saxion en aangepast middels de verkregen feedback. De interviewleidraad is te vinden in bijlage A. De personen die deelnemen aan het onderzoek zijn benaderd door de onderzoeker, die het doel van het onderzoek, de duur van het interview, manier van dataverwerking en het waarborgen van anonimiteit mondeling heeft toegelicht. Het informed consent is terug te vinden in bijlage B. De interviews hebben plaatsgevonden in de opvang en duurden ongeveer 30 minuten. Om een veilige sfeer te waarborgen was er bij de interviews een andere hulpverlener aanwezig. Met toestemming van de respondent is het hele interview opgenomen met een audio-recorder, zodat geen informatie verloren gaat. De audio-opnames werden uitgetypt tot een samenvatting en geanalyseerd. In verband met privacy zijn deze opnames na verwerking gewist.

Een ethische overweging in dit onderzoek betreft de wijze waarop de data is geanonimiseerd. Binnen de opvang van Kadera kennen de meeste cliënten elkaar en elkaars verhalen. Dit bemoeilijkt het waarborgen van de anonimiteit van de personen die deelnemen aan het interview. Voorafgaand aan het onderzoek was al duidelijk dat het verborgen houden van de identiteit erg belangrijk is, de veiligheid van cliënten staat voorop. Er is daarom veel belang aan gehecht in het weergeven van de resultaten. Er is bijvoorbeeld gekozen in de weergave van de resultaten geen beschrijving toe te voegen van demografische gegevens van deelnemers aan het onderzoek. De leeftijden van de kinderen zijn om deze reden ook achterwege gelaten. Het wel opnemen van deze gegevens zou het gemakkelijker maken te achterhalen wie aan dit onderzoek hebben deelgenomen en aan welke uitspraken en ervaringen te koppelen zijn aan de deelnemers. Mogelijk vormt het weg laten van dergelijke gegevens een belemmering van de betrouwbaarheid van dit onderzoek, maar dit weegt niet op tegen het belang om de gewenste anonimiteit van de deelnemers te waarborgen. De uitgetypte interviews zijn wegens privacy niet openbaar gemaakt. De ethische toetsing is te vinden in bijlage D.

Er waren nog twee cliënten die zouden deelnemen aan het onderzoek, deze zijn in overleg met betrokken hulpverleners geannuleerd. Het zou voor één van deze cliënten te belastend zijn in verband met een recente ingrijpende gebeurtenis die heeft plaatsgevonden binnen haar gezin. De andere cliënte is tijdens de onderzoeksperiode overgeplaatst naar een Safe House. Er was al een interview gehouden, maar in verband met de veiligheid rondom cliënte en haar kinderen, is in overleg met betrokken hulpverleners besloten de verkregen informatie te vernietigen.

Er is vooraf overwogen om ook observaties in de gezinnen te doen (methode immersion, IDEO). Hiervan is afgezien op basis van advies van de Saxion Ethische Advies Commissie (SEAC), die deze methode niet ethisch verantwoord acht in verband met de kwetsbare doelgroep.

3.2 Deelvraag 3:

Waar hebben ouders behoefte aan, om hun kinderen met een verhoogde kans op PTSS zo goed mogelijk te ondersteunen?

3.2.1 Methode

In de ideationfase zijn er semigestructureerde interviews gehouden met twee moeders, met een kind met PTSS-klachten die verblijven in een opvang van Kadera. Een cliënte woont met haar zoontje in de opvang in Enschede. Andere cliënte woont met haar zoontje in de opvang in Zwolle. Beide moeders zijn op de hoogte van het feit dat hun kind PTSS heeft, behandeling staat voor beide kinderen gepand en zal op het moment van het interview binnen een tot twee maanden worden opgestart. Deze kinderen staan allebei al minimaal vier maanden op de wachtlijst, bij een externe organisatie. De ervaringen, adviezen en genoemde oplossingen zijn per onderwerp weergegeven in een tabel. Cliënten namen vrijwillig deel aan het onderzoek en gaven aan graag mee te werken aan een passend beroepsproduct voor hen en ouders in een soortgelijke situatie.

3.2.2 Resultaten

Er zijn verschillende onderwerpen aan bod gekomen tijdens de interviews. De resultaten worden beschreven en per onderwerp weergegeven in een tabel.

Gedrag getraumatiseerd kind

Aan de moeders is gevraagd welke veranderingen zij merkten in het gedrag van hun kind. Beide moeder geven aan dat hun kinderen angstig waren. Ze schrokken sneller, waren bang om alleen te zijn en hadden moeite met het verlaten van moeder. De kinderen hadden daarnaast last van nachtmerries. De moeder die verblijft in de opvang in Zwolle vertelt: “Hij had ’s nachts vaak nachtmerries en was dan helemaal van slag. Hij wilde mij niet vertellen waar hij over gedroomd had”. Piekeren is iets wat in beide interviews werd benoemd. Een moeder vertelt: “Soms kon ik zien dat mijn kind aan het piekeren was. Ik had het idee dat dit met fases erger werd, bepaalde gebeurtenissen hadden hier invloed op.” Het contact met vader was volgens moeder een trigger, dit zorgde ervoor dat de klachten erger werden of terugkwamen.

Eén van de moeders benoemde daarnaast: grensoverschrijdend gedrag, moeite met ophouden van ontlasting, problemen met zindelijkheid, toenemende eetlust en terugtrekgedrag.

Tabel 9. Gedrag van getraumatiseerde kinderen geobserveerd door ouders.

Gedrag kind	Totaal
Nachtmerries	2
Angstig	2
Piekeren	2
Hechtingsproblematiek	2
Schrikachtig	2
Terugtrekgedrag	1
Aandacht trekken	1
Veranderde eetlust	1
Problemen met zindelijkheid	1

Reactie moeder

Er is moeders gevraagd hoe ze zijn omgegaan met het gedrag van hun getraumatiseerde kinderen. Beide gaven aan dat oververmoeidheid een grote rol speelde in hun manier van reageren. De nachtmerries en het daaropvolgende slaapgebrek was voor de moeders een probleem. Een moeder vertelt: “Er was geen oppas in de opvang, hierdoor zat ik vierentwintig uur per dag met mijn kind en had ik nooit rust”. Beide moeders probeerden nachtmerries te bespreken met hun kind, soms gaven kinderen aan hier liever niet over te praten. De moeders geven beide aan te begrijpen dat hun kind ander gedrag laat zien en proberen hier op een begripvolle manier op in te spelen. Moeders geven beiden aan tevreden te zijn over hun eigen handelen tegenover hun kind.

De oververmoeidheid zorgde er bij één moeder voor dat ze prikkelbaarder werd. “Ik kan wat kribbig reageren op mijn kind, dit komt doordat [sic] ik vol zit met stress en spanning”. Ze vertelt erbij dat ze dit na afloop wel bespreekt met haar kind en haar excuses aanbiedt indien nodig. Verder reageerde ze meegaand, vertelt de moeder. Moeder begrijpt waarom haar kind zich zo gedraagt en probeert hem zo goed mogelijk te ondersteunen, dit doet ze wel binnen haar eigen grenzen.

Tabel 10. Hoe ouders zelf vinden dat ze reageren op hun getraumatiseerde kind.

Reactie moeder	Totaal
Oververmoeid	2
Proberen erover te praten met hun kind	2
Begripvol	2
Prikkelbaar	1
Meegaand	1

Behoeftes ouders

Aan de moeders is gevraagd wat hen zou kunnen helpen in het begeleiden van hun kind met PTSS-klachten. Hetgeen wat door beide als eerste wordt genoemd is; een mogelijkheid om het kind voor een paar uur naar een oppas of crèche te brengen. In deze tijd zouden de moeders meer tijd voor zichzelf hebben en afspraken met hulpverleners kunnen plannen. Een moeder vertelt: “Mijn kind kon nergens heen en zat daarom tijdens mijn afspraken altijd voor de deur te wachten. Hierdoor kon ik niet vrijuit praten met mijn hulpverleners. Ik was bang dat hij het anders zou horen”. Het zou volgens de moeders tevens zorgen voor meer rustmomenten waarin ze kunnen opladen en dan meer energie hebben voor hun kind. Voor de kinderen onder de vier jaar is er crèche binnen de opvang, voor de oudere kinderen geldt dit niet. Terwijl deze vaak een tijd moeten overbruggen tot alle zaken rondom school voor de kinderen zijn geregeld.

Ideeën ouders

Vanuit de interviews met de hulpverleners zijn ideeën naar voren gekomen. Deze zijn voorgelegd aan de moeders. Lotgenotencontact spreekt beide moeders aan. “Door te praten met andere vrouwen zou de band onderling beter kunnen worden, dan voelen we ons waarschijnlijk ook vertrouwd om andere vrouwen op onze kinderen te laten passen” vertelt een moeder. Beide moeders hopen dat het lotgenotencontact zorgt voor een betere sfeer in de opvang en beter contact tussen de vrouwen onderling.

Daarnaast is educatie iets wat de moeders ook helpend lijkt. Een poster of sticker aan de muur verkiezen zij boven en folder. “Er ligt in elke kamer ook een map met daarin allerlei praktische informatie, daar kijkt volgens mij nooit iemand in. Iets aan de muur zodat je elke keer herinnerd wordt lijkt mij beter” vertelt de moeder. De andere moeder heeft hierover hetzelfde idee: “Een soort sticker op de muur met stappen met wat je het beste kan doen in een bepaalde situatie. Wanneer je kind bijvoorbeeld een nachtmerrie heeft en heel erg overstuur is”. Een van de moeders benoemd dat haar kind erg veel last had van het telefonisch contact dat hij had met vader, hij wilde dit liever niet. “Tijdens de telefoongesprekken werden er dingen gezegd die hem van streek maakte, hier had hij dan later weer extra last van”, vertelt moeder. Het zou fijn zijn als het telefonische contact niet zo opgedrongen wordt vanuit de hulpverlening is haar tip.

Tabel 11. Behoeftes van ouders met een getraumatiseerd kind.

Behoefte ouder	Totaal
Lotgenotencontact	2
Opvang voor kind(eren)	2
Educatie, korte reminder	2
Contact met achterblijvende ouder niet verplichten	1
Plek om tot rust te komen	1

Hoofdstuk 4

Conclusie

Vanuit de resultaten die in de voorgaande twee hoofdstukken zijn beschreven, wordt nu een conclusie getrokken. Hoewel de resultaten van de interviews met hulpverleners, cliënten, experts en literatuuronderzoek apart zijn beschreven worden deze hier samengevoegd tot een eindconclusie. Deze eindconclusie zal antwoord geven op de hoofdvraag:

Wat zou Kadera kunnen ontwikkelen voor ouders, zodat ouders hun kinderen met een verhoogde kans op PTSS beter kunnen ondersteunen bij het omgaan met symptomen van PTSS?

4.1 Symptomen

Het merendeel van de geïnterviewde deelnemers geeft aan te merken dat getraumatiseerde kinderen last hebben van nachtmerries, meer grenzen gaan opzoeken en problemen ervaren met zindelijkheid. Er is geconstateerd dat kinderen met PTSS-klachten ook hechtingsproblematiek ervaren. Vooral met het verlaten van moeder lijken ze moeite te hebben. Uit literatuur komt naar voren dat getraumatiseerde kinderen sneller angstig zijn, nachtmerries hebben, hechtingsproblematiek, herbelevingen en neiging hebben triggers of herinneringen te vermijden (Coppens & van Kregten, 2018).

4.2 Reactie ouder

De meerderheid van de hulpverleners geeft aan het idee te hebben dat ouders last hebben van hun eigen trauma's wat ervoor zorgt dat ze confrontaties uit de weg gaan. Het handelingsverlegen voelen van ouders gaat hiermee gepaard volgens alle deelnemende hulpverleners. Uit literatuuronderzoek komt naar voren dat de ouder vaak zijn eigen traumatische ervaringen nog niet heeft verwerkt, wat ervoor kan zorgen dat zij het kind moeilijk kunnen helpen bij het geven van betekenis aan de traumatische ervaringen. De ouder is niet in staat te reageren op het kind of verleent een verkeerde betekenis aan het trauma van het kind (Struik, 2009). Opvallend is dat de geïnterviewde moeders zich hier niet bij aansluiten, zij geven aan dat het goed gaat en niet onzeker zijn over hun eigen handelen. De angst bij ouders voor uithuisplaatsing van de kinderen, die door hulpverleners werd benoemd, zou ook een rol kunnen spelen in mate waarin ouders eerlijk durven antwoorden. Daarnaast kan naar aanleiding van de literatuur worden afgevraagd of de ouders in staat zijn hun functioneren adequaat kunnen beoordelen.

Iets wat de moeders wel als een probleem hebben ervaren is de uitputting die de situatie met zich mee brengt. Door de nachtmerries en het grensoverschrijdende gedrag voelden de moeders zich oververmoeid. Dit heeft negatieve invloed op hun manier van handelen, dit wordt beaamd door vrijwel alle hulpverleners. Voor ouders geldt vaak dat ze vierentwintig uur per dag met hun kind zijn. Mede door klachten van hun kind als; hechtingsproblemen, grensoverschrijdend gedrag en nachtmerries heeft dit uitputting van de moeder als gevolg. Uit onderzoek van Kooijman en Wolzak (2004) komt naar voren dat veel ouders zelf te veel van slag én te vermoeid zijn, om kinderen om zich heen te kunnen hebben. Deze onstabiele toestand van ouders kan samengaan met een verminderde responsiviteit, betrokkenheid en een afwijzende houding tegenover het kind. Ze lijken het opvoeden tijdelijk uit te willen besteden totdat ze het gevoel hebben het weer aan te kunnen en 'goede ouder'-ervaringen op kunnen doen (Dijkstra, 2007).

4.3 Behoeftes

Uitputting is het meest genoemde probleem, zowel moeders als hulpverleners zien dit als een belastende factor. Een deel van de hulpverleners en de moeders geven aan behoefte te hebben aan momenten van rust, een moment om op te laden. Interne mogelijkheid waar hun kinderen (ouder dan 4 jaar) voor een paar uur opgevangen kunnen worden, zou voor hen helpend zijn. Wanneer ouders meer energie hebben, kunnen zij bijvoorbeeld beter grenzen aangeven en consequent zijn in het optreden tegen (ongewenst)gedrag van hun kind(eren). Deze grenzen geven de kinderen duidelijkheid.

Lotgenotencontact werd door zowel hulpverlening, experts en moeders genoemd als mogelijke oplossing. Ouders kunnen onderling leren van elkaars succes ervaringen en adviezen geven aan elkaar. De geïnterviewde moeders geven aan dat lotgenotencontact ook bij zou kunnen dragen aan een betere sfeer bij de vrouwen onderling binnen de opvang, ze zouden hierdoor eerder op elkaars kinderen passen en dan zelf meer rustmomenten hebben. Uit literatuuronderzoek blijkt ook dat mensen de steun van lotgenoten of personen met gelijksoortige levensproblemen bijzonder waarderen (van der Borne, 1997; Rosenfield & Wenzel, 1997). Ruzies tussen moeder en kind(eren) en geluidsoverlast zijn volgens onderzoek van Wolf, et al (2006) de grootste aanleiding tot ruzie met andere vrouwen die verblijven in de opvang. Onbegrip lijkt hierbij een rol te spelen. Dit probleem kan tevens worden aangepakt met een lotgenotengroep. Een praatgroep voor kinderen wordt door de expert die werkzaam is bij Fier! aangeraden. Momenteel is een medewerker binnen Kadera, bezig deze praatgroep voor kinderen op te zetten binnen de opvang. Nadat deze volledig is vormgegeven zal er een pilot worden gedraaid. Op welke termijn dit zal plaatsvinden is nog onbekend.

Educatie wordt door de meerderheid benoemd. Moeders geven aan een korte reminder prettig te vinden, iets wat op de muur geplakt kan worden met daarop informatie over hoe het beste te handelen. Wanneer ouders zich houden aan deze informatie, wordt er elke keer op dezelfde manier gereageerd door de ouder. Hulpverleners zouden meer kennis willen hebben over symptomen van PTSS en hoe ze het beste om kunnen gaan met kinderen die last hebben van deze klachten. Hierdoor zouden ze ook beter weten hoe ze ouders het beste kunnen ondersteunen.

De geïnterviewde hulpverlening is gevraagd waar zij als hulpverleners behoefte aan hebben. Het sneller behandeling bieden aan getraumatiseerde kinderen werd in elk interview benoemd. Hierdoor zouden ze kunnen werken naar verbetering in plaats van overbrugging van de PTSS-klachten. Bij Fier! wordt intern behandeld en wordt de korte wachttijd gebruikt om de voorbereidingen voor traumabehandeling te starten. Deze voorbereiding bestaat uit psycho-educatie, zodat kinderen leren praten over de trauma's, zelfbeeld en emotieregulatie. Dit is een zeer interessante methode wanneer kinderen binnen Kadera intern behandeld zouden worden. Of dit ook een mogelijkheid is in combinatie met externe organisaties zou nader onderzocht moeten worden.

4.4 Eindconclusie

Samenvattend kan worden gesteld dat vooral uitputting een probleem dat ouders beperkt in het zo goed mogelijk begeleiden van hun kind met PTSS-klachten. Rustmomenten voor ouders zouden voor verbetering van het welzijn van zowel ouder als kind zorgen.

Hulpverlening en ouders missen kennis over trauma's. De symptomen herkennen en weten hoe ze hierop moeten inspelen is volgens hulpverleners van belang voor ouders met getraumatiseerde kinderen. De geïnterviewde moeders geven aan zich niet handelingsverlegen te voelen maar zien het nut van een reminder met een kort stappenplan. Cliënten geven aan behoefte te hebben aan lotgenotencontact, hulpverleners en experts benoemen dit ook als oplossing.

Als antwoord op de ontwerpende onderzoeksvraag is gekozen een adviesrapport te schrijven voor de opdrachtgever, in dit geval stichting Kadera. In dit adviesrapport wordt beschreven wat Kadera kan ontwikkelen voor ouders met getraumatiseerde kinderen die verblijven in een opvang van Kadera. Dit adviesrapport bevat de uitkomsten van het onderzoek en geeft de richting aan voor een praktisch beroepsproduct.

Hoofdstuk 5

5.1 Discussie

Het onderzoek kent een aantal beperkingen, hiermee dient rekening gehouden te worden met het interpreteren van de resultaten. Deze worden in dit hoofdstuk besproken samen met de sterke punten aan dit onderzoek.

De toekomstige gebruikers lijken een moeilijk bereikbare doelgroep te zijn. Dit heeft als gevolg dat er twee cliënten met een kind met PTSS-klachten uit de opvang van Kadera zijn geïnterviewd. Beide moeders hadden één kind en waren van Nederlandse afkomst. Gezien de uiteenlopende populatie van Kadera, kan dit als beperking worden gezien. Doordat het onderzoek is uitgevoerd bij een kleine groep toekomstige gebruikers, hulpverleners en experts moeten de resultaten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Er kunnen geen uitspraken worden gedaan over alle hulpverleners en cliënten in het algemeen.

De methode Immersion is negatief beoordeeld door het SEAC. Hierdoor is objectieve observatie, van het contact tussen moeder en kind, door middel van een observatielijst uitgebleven. Dit is een beperking omdat moeders het lastig leken te vinden kritisch te reflecteren op hun eigen handelen. Er werd aangegeven dat alles wel goed ging en dat zij tevreden waren over hun eigen manier van handelen. Hans et al. (1999) stelt dat de lage zelfwaardering en de schuld- en schaamtegevoelens bij ouders, de opvoeding een moeilijk bespreekbaar thema maken. De angst bij ouders voor uithuisplaatsing van de kinderen, die door hulpverleners werd benoemd, zou hierin ook een rol kunnen spelen. Er kan worden afgevraagd of de moeders eerlijk hebben durven antwoorden en in staat zijn hun eigen functioneren adequaat kunnen beoordelen. Aan hulpverleners is wel gevraagd naar observaties die zij hebben gedaan met betrekking tot het contact tussen de ouder en kind. Hieruit is naar voren gekomen dat de hulpverleners zien dat ouders last hebben van hun eigen trauma's waardoor ze confrontaties uit de weg gaan. Volgens hulpverleners lijken ouders zich handelingsverlegen te voelen. Uit literatuuronderzoek komt ook naar voren dat ouders mede door hun eigen trauma's en uitputting, moeite hebben met goed te reageren op hun kind. De geïnterviewde moeders geven aan dit niet zo te ervaren.

In de ideale situatie was het opgestelde adviesrapport, met daarin de ideeën voor mogelijke oplossingen voorgelegd aan de toekomstige gebruikers en de opdrachtgever. Echter dit was binnen de beschikbare tijd niet meer te realiseren. De inspirationfase is doorlopen en daarnaast een deel van de ideationfase. Het uiteindelijke beroepsproduct, het adviesrapport, is niet getest. Dit zou het eventuele gevolg hebben dat het adviesrapport minder bruikbaar is voor de opdrachtgever. De suggesties sluiten hierdoor wellicht niet helemaal aan bij de praktijk. Daarnaast bestaat er een kans dat het niet helemaal weerspiegeld waar de ouders behoefte aan hebben, omdat dit niet is teruggelegd. Wanneer de ideationfase verder was uitgewerkt hadden de ouders de suggesties kunnen prioriteren, zodat duidelijk wordt welke suggestie het beste als eerste kan worden uitgevoerd. Daarnaast had de "how might we" methode uit de ideationfase kunnen worden uitgevoerd, waarin de opdrachtgever en toekomstige gebruikers betrokken kunnen worden. Tijdens een Gezamenlijk kan per advies antwoord worden geven op de vraag: "How might we?". Dit kan leiden tot een meer passend beroepsproduct voor alle betrokken partijen.

Een van de sterke punten van het onderzoek is dat subjectief is gekeken naar het probleem. De onderzoeker had vooraf geen oplossing voor ogen, waardoor de kans op het maken van de cognitieve fout, confirmation bias, werd geminimaliseerd. De onderzoeker is hierdoor niet sturend geweest, waardoor er mogelijke adviezen aanbod zijn gekomen die de onderzoeker niet had voorzien. Voorafgaand aan dit onderzoek leek een educatieve folder passend. Later in het onderzoek bleek dat dit de toekomstige gebruikers dit niet geschikt leek. Door het vooronderzoek dat is gedaan, ondanks dat er al een beroepsproduct voor ogen was, is voorkomen dat het beroepsproduct niet aansluit bij de toekomstige gebruikers.

De interviews met hulpverleners, cliënten en experts hebben bijgedragen aan het duidelijk in kaart brengen van het probleem, de behoeftes en het sturen in de richting van een oplossing. De werkwijze die de experts gebruiken binnen hun organisatie hebben nieuwe inzichten gegeven. Het gehele onderzoek heeft nieuwe, bruikbare gegevens opgeleverd.

Hoofdstuk 6

6.1 Aanbevelingen

Voor vervolgonderzoek is het belangrijk meer aandacht te besteden aan de uitvoering van de ideationfase. Uit het huidige onderzoek komt naar voren waar toekomstige gebruikers behoefte aan hebben. Door meer in gesprek te gaan met toekomstige gebruikers, kan duidelijk worden hoe de benoemde opties er inhoudelijk uit moeten zien. Het huidige beroepsproduct; het adviesrapport kan worden voorgelegd aan toekomstige gebruikers om te kijken of het hun behoeftes goed beschrijft. Prototypes van een poster, een training voor hulpverleners en een opzet voor een lotgenotengroep kunnen vervolgens ook worden voorgelegd aan de toekomstige gebruikers. Er zou gekeken kunnen worden naar hoe ouders het lotgenotencontact voor zich zien, of zij hierbij begeleiding willen en aan welke educatie behoefte is. Hierbij moet rekening gehouden worden met een meer uiteenlopende steekproef, zo zouden vaders, ouders met meer dan één kind en ouders van buitenlandse afkomst ook geïnterviewd kunnen worden.

Er wordt aanbevolen in vervolgonderzoek te kijken naar een vlotter verloop van de doorverwijzing en behandeling van getraumatiseerde kinderen. Uit de interviews met experts en literatuuronderzoek komt naar voren dat dit noodzakelijk is voor het wel of niet ontwikkelen van pathologie bij het kind. Door hulpverleners wordt aangegeven dat ze tegen lange wachttijden aanlopen wanneer er wordt doorverwezen naar externe organisaties. Onderzoek zou kunnen aantonen hoe dit verloop sneller en soepeler kan. Tevens zou er onderzoek gedaan moeten worden naar het opnieuw opstarten van interne traumabehandeling van kinderen. Wanneer dit gerealiseerd kan worden, kan de aanpak van Fier! worden overgenomen, waarbij het kind zo snel mogelijk voorbereid kan worden en vervolgens gelijk door kan stromen naar de traumabehandeling.

In het huidige onderzoek zijn er interviews gedaan waarbij introspectie gebruikt werd als methode. De hulpverleners geven aan het idee te hebben dat ouders zich handelingsverlegen voelen, terwijl dit door de ouders zelf niet wordt benoemd. Het uitvoeren van verschillende Immersions doormiddel van een observatielijst zou een duidelijker objectief beeld kunnen geven van de manier van handelen en de behoeftes van toekomstige gebruikers.

Daarnaast wordt aanbevolen om de hulpverlening educatie geven over hoe het beste om te gaan met getraumatiseerde kinderen en hun ouders. Praktische en theoretische kennis over trauma's met daarbij extra aandacht voor dissociatie, zou de hulpverlening beter kunnen aanpassen op trauma's. Dit zou er tevens voor zorgen dat signalen eerder herkend kunnen worden, wat zou leiden tot snellere doorverwijzing.

Educatie voor ouders is volgens hulpverleners ook zeer gewenst. Meer kennis over trauma's en hoe hiermee om te gaan, zou ervoor zorgen dat ouders zich minder handelingsverlegen voelen en beter weten wat hun kind nodig heeft. Vanuit de ouders is er voornamelijk behoefte aan praktische informatie. Dit ontvangen ze het liefst door een poster of sticker op de muur, die ze op het juiste moment kan herinneren aan wat ze kunnen doen in een heftige situatie met hun kind.

Literatuurlijst

- Andrews, M. C. (2002). Kinderen als getuige van huiselijk geweld.
- Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers
- Bal, S., Van Oost, P., & De Bourdeaudhuij, I. (2000). De verwerking van trauma bij kinderen en jongeren. In J. Bosch (Ed.), *Jaarboek ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek en kinderpsychiatrie*, ed. J. Bosch, 6:208-237.
- Beer, R. & de Roos, C. (2004). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (emdr) bij kinderen en adolescenten.
- Bicanic, I. A. E., de Jongh, A., & ten Broeke, E. (2017). Stabilisatie in traumabehandeling: noodzaak of mythe. *Tijdschrift voor Psychiatrie*.
- Brilleslijper-Kater, S., Beijersbergen, M., Asmoredjo, J., Jansen, C., Wolf, J. (2009). *Meer dan bed, bad, broodje pindakaas*. Amsterdam: SWP.
- Cohan, J., AACAP (1998). Practise parameters for te assessment and treatment of children an adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the Amerian Academy of Child & Adolescent Psychiarty*, 37, 4-26.
- Cummings, E.M. (1998). Children exposed to marital conflict and violence: Conceptual an theoretical directions.
- Coppens, L. & Kregten van, C. (2018). *Zorgen voor getraumatiseerde kinderen: een training voor opvoeders* (2^{de} geheel herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Dimence. Wachttijden. Geraadpleegd op 25 september 2019, van <https://www.dimence.nl/wachttijden>
- Dijkstra, S. (2007). Beelden van ouderschap en mishandeling.
- Donkers, M. (2015). Veilige toekomst. Doen wat nodig is voor kinderen in de opvang. Opgehaald van https://www.opvang.nl/files/Veilige_toekomst_DEf_LR.pdf
- Fergusson, D.M., Boden, J.M., Horwood, L.J., (2008). Developmental antecedents of interpartner violence in a New Zealand birth cohort. *Journal of Family Violence*, 23, 737-753.
- Ferwerda, H. (2006). Binnen zonder kloppen. Omvang, aard en achtergronden van huiselijk geweld in 2005 op basis van landelijke politiecijfer. Dordrecht, *Advies en Onderzoeksgroep Beke*.

- Godbout, N., Dutton, D.G., Lussier, Y., & Sabourin, S., (2009). Early exposure to violence, domestic violence, attachment representations, and marital adjustment. *Personal Relationships*, 16, 365-384.
- Hall, D.,K., (1999). 'Complex' posttraumatic stress disorder/disorders of extreme stress in sexually abused children: An exploratory study. *Journal of Child Sexual Abuse*. 8, 51-71
- Klein Velderman, M., Pannebakker, F.D. (2008). Kinderen als getuige en slachtoffer van huiselijk geweld.
- Kooijman, K. & Wolzak, A. (2004). Verkennende studie preventie kindermishandeling. Utrecht, NIZW Jeugd.
- Lenferink, H.J.J. (2018). Eindrapportage over kinderen in de maatschappelijke- en vrouwen opvang.
- Levendosky, A. A. & Graham-Bermann, S. (2000). Trauma and Parenting in Battered Woman: An Addition to an Ecological Model of Parenting.
- Mc Guire, T. M., Lee, C. W., Drummond, P. D. (2014). Potential of eye movement desensitization and reprocessing therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Psychology Research and Behavior Management*, 7, 273-283.
- Olf, M. (2008). Posttraumatische stressstoornis en onbegrepen lichamelijke klachten. *Opgehaald van [www. empty-memories.nl/science/PTSS_Olf.pdf](http://www.empty-memories.nl/science/PTSS_Olf.pdf)*
- Reekers, R. (2019). Clienten en casemanagers in de vrouwenopvang opweg naar participatie. (Afstudeeropdracht). Toegepaste Psychologie, Saxion Hogeschool, Deventer.
- Rosenfield, S. & Wenzel, S. (1997). Social networks and chronic mental illness: A test of four perspectives. *Social Problems*, 44, 200-216
- Stichting Kadera. (2018). *Jaarverslag 2017*. Geraadpleegd op 18 september 2019, van <https://www.kadera.nl/wp-content/uploads/2019/05/Jaardocument-2017-Kadera.pdf>
- Struik, A. (2009). Klinisch Fasenbehandeling van vroegkinderlijke traumatisering bij kinderen en ouders.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G., (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological inquiry*. 15, 1-18
- Telman, M. D., Overbeek, M. M., de Schipper, J. C. et al. (2015). Family Functioning and Children's Post- Traumatic Stress Symptoms in a Referred Sample Exposed to Interparental Violence. *J Fam Viol*. 31, 127-136

- Ten Broeke, E., Beer, R., De Jongh A., Lindauer, R. (2017). Vraagtekens bij de behandeling van psychogene niet epileptische aanvallen.
- Tierolf, B. (2010). Trauma's bij kinderen als gevolg van huiselijk geweld. *Justitiële verkenningen*, 10(8), 89-100
- Treur, A. (2019). Kijk je ook naar mij? Kinderen bij Kadera, kenmerken en zorgbehoeften. (Afstudeerdopdracht). Toegepaste Psychologie, Saxion Hogeschool, Deventer.
- Van der Borne, B. (1997). Sociale steun en de effectiviteit van lotgenotencontact. Conferentieverslag van de 14^{de} Wilhelmina Rouwenhorstlezing. NIZW, Utrecht
- Van der Kolk, B. (2005). Developmental trauma disorder. Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35, 401-408
- Van Well, J. (2008). Met een (te) zware rugzak door het leven...? Onderzoek naar hoe jongeren de hulp ervaren na het meemaken van een traumatische gebeurtenis.
- Verhoeven, N. (2018). Wat is onderzoek? Den Haag: Uitgeverij Boom onderwijs.
- Verlinden, E. V. (2014). Signaleren van posttraumatische stressklachten bij kinderen en adolescenten: betrouwbaarheid en validiteit van screeningslijst CRIES-13. *Opgehaald van* https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-90-368-0970-2_5
- Verwey-Jonker Instituut (2018). Werkt de aanpak van kindermishandeling en partnergeweld? Opgehaald van <https://www.verwey-jonker.nl/publicaties/2018/werkt-de-aanpak-van-kindermishandeling-en-partnergeweld>.
- Visser, M., Lammers-Winkelmann, F. (2009). Traumatische ervaringen. In: *Psychiatrische stoornissen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. p 242-258.
- Wolf, J., Jonker, I., Nicholas, S. Meertens, V. En S. te Pas (2006). Maat en baat van vrouwenopvang. Onderzoek naar vraag en aanbod. SWP, Amsterdam.

Bijlage A, Interviewvragen

Deelvraag 1:

-Waar hebben ouders behoefte aan, om hun kind(eren) met een verhoogde kans op PTSS zo goed mogelijk te ondersteunen?

Vragen cliënten:

- Wat merk je aan jouw kind(eren)?
- Wat deed dit met jou en jouw kind(eren)?
- Wat was jouw reactie hierop?
- Wat zou jou geholpen kunnen hebben?
- Wat is jou het meest bijgebleven aan die tijd?
- Is er iets wat je achteraf anders zou doen?

Deelvraag 2:

-Waar zouden ouders met kinderen met een verhoogde kans op PTSS meegeholpen zijn volgens de hulpverleners van Kadera?

Vragen hulpverleners:

- Wat merk jij aan kinderen in de opvang met een verhoogde kans op PTSS, wat vind jij de meest voorkomende kenmerken?
- Hoe zie je ouders reageren?
- Waar denk je dat ouders tegenaan lopen?
- Wat zou ouders volgens jou kunnen helpen?
- Hoe speel jij als hulpverlener in op een systeem met kind(eren) met PTSS-klachten?
- Waar is behoefte aan vanuit hulpverlening?

Deelvraag 3:

-Wat is volgens experts en wetenschappelijk onderzoek effectief gebleken voor het begeleiden van kinderen met een verhoogde kans op PTSS?

Vragen experts:

- Wat zijn veelvoorkomende kenmerken bij kinderen met PTSS-klachten doormiddel van huiselijk geweld?
- Waar hebben kinderen met PTSS-klachten behoefte aan?
- Op welke manier kan de ouder het beste een rol spelen in het begeleiden van het kind met PTSS-klachten?
- Welk advies zou jij ouders met kind(eren) met PTSS-klachten zonder EMDR-therapie geven?
- Wat zou een relevant product kunnen zijn om ouders te helpen bij het ondersteunen van hun kind met PTSS-klachten?

Bijlage B, Informed Consent

Toestemmingsverklaring

Met uw ondertekening van dit document geeft aan dat u minstens 18 jaar oud bent; dat u goed bent geïnformeerd over het onderzoek, de manier waarop de onderzoeksgegevens worden verzameld, gebruikt en behandeld.

Indien u vragen had, geeft u bij ondertekening aan dat u deze vragen heeft kunnen stellen en dat deze vragen helder en duidelijk zijn beantwoord. U geeft aan dat u vrijwillig akkoord gaat met uw deelname aan dit onderzoek. U ontvangt een kopie van dit ondertekende toestemmingsformulier.

Ik ga akkoord met deelname aan een onderzoeksproject geleid door Lisa Kleinjan. Het doel van dit document is om de voorwaarden van mijn deelname aan het onderzoek vast te leggen.

1. Ik kreeg voldoende informatie over dit onderzoeksproject. Het doel van mijn deelname als een geïnterviewde in dit onderzoek is voor mij helder uitgelegd en ik weet wat dit voor mij betekent.
2. Mijn deelname als geïnterviewde in dit project is vrijwillig. Er is geen expliciete of impliciete dwang voor mij om aan dit onderzoek deel te nemen.
3. Mijn deelname houdt in dat ik word geïnterviewd door onderzoeker Lisa Kleinjan, Toegepaste Psychologie studente aan Hogeschool Saxion te Deventer. Het interview zal ongeveer 45 minuten duren.

Ik geef de onderzoeker toestemming om tijdens het interview geluidsopnames te maken en schriftelijke notities te nemen. Het is mij duidelijk dat, als ik toch bezwaar heb met een of meer punten zoals hierboven benoemd, ik op elk moment mijn deelname, zonder opgaaf van reden, kan stoppen.

Naam deelnemer:

Naam onderzoeker:
Lisa Kleinjan

Datum:
26-11-2019

Datum:
26-11-2019

Handtekening:

Handtekening:

Bijlage C, Eigen werkverklaring

Hierbij verklaar ik, Lisa Kleinjan dat ik deze scriptie zelf geschreven heb en dat ik de volledige verantwoordelijkheid op me neem voor de inhoud ervan.

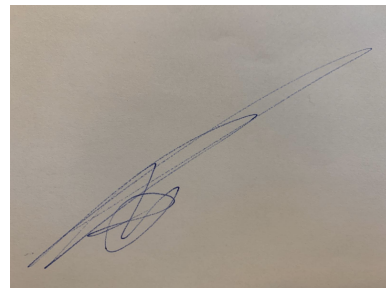
Ik bevestig dat de tekst en het werk dat in deze scriptie gepresenteerd wordt origineel is en dat ik geen gebruik heb gemaakt van andere bronnen dan die welke in de tekst en in de literatuurlijst worden genoemd.

Ook is dit werkstuk niet eerder in het openbaar verschenen.

Datum: 30 maart, 2020

Naam: Lisa Kleinjan, 436347

Handtekening:

A photograph of a handwritten signature in blue ink on a light-colored, slightly textured paper. The signature is stylized, starting with a long horizontal stroke that curves upwards and then forms a series of loops and curves.

Bijlage D, Ethische toetsing

1. Valt het onderzoek onder de Wet medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO)? Onderzoek valt onder de WMO als het aan de volgende twee voorwaarden voldoet: er is sprake van medisch wetenschappelijk onderzoek én personen worden aan handelingen onderworpen of hen worden gedragsregels opgelegd (zie voor meer informatie: <https://www.ccmo.nl/onderzoekers/wet-en-regelgeving-voor-medisch-wetenschappelijk-onderzoek/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet>)
☐ Ja → Toetsing noodzakelijk
☒ Nee
2. Gaat het bij het voorgenomen onderzoek om een gezonde populatie?
☐ Ja
☒ Nee → Toetsing noodzakelijk
3. Is er sprake van onderzoek bij minderjarigen (<16 jaar) of bij wilsonbekwamen?
☐ Ja → Toetsing noodzakelijk
☒ Nee
4. Worden deelnemende personen aan handelingen onderworpen of worden aan de deelnemende personen bepaalde gedragswijzen opgelegd, die ONGEMAK kunnen inhouden?
☐ Ja → Toetsing noodzakelijk
☒ Nee
5. Zijn er VEILIGHEIDS- EN/OF GEZONDHEIDSRISICO'S VOOR DE RESPONDENTEN verbonden aan het onderzoek?
☐ Ja → Toetsing noodzakelijk
☒ Nee
6. Is er een aanspreekpunt waar deelnemende personen terecht kunnen met vragen over het onderzoek en worden zij hiervan op de hoogte gesteld?
☒ Ja
☐ Nee → Toetsing noodzakelijk
7. Zijn de deelnemende personen volledig vrij om deel te nemen aan het onderzoek, en om hiermee op elk moment te stoppen wanneer zij dat willen, om welke reden dan ook?
☒ Ja
☐ Nee → Toetsing noodzakelijk

8. Worden deelnemers aan het onderzoek voorafgaand aan deelname schriftelijk en mondeling voorgelicht over doel, de aard en duur, risico's en bezwaren van het onderzoek?

☒ Ja

☐ Nee → Toetsing noodzakelijk

9. Tekenende deelnemende personen en/of hun vertegenwoordigers voor toestemming met het onderzoek?

☒ Ja

☐ Nee → Toetsing noodzakelijk

10. Is de verwerking van persoonsgegevens in overeenstemming met de AVG? DENK AAN HET ZORGVULDIG OMGAAN MET (PERSOONS)GEGEVENS (ZOWEL OP PAPIER ALS DIGITAAL) EN EEN VEILIGE MANIER VAN DATAOPSLAG.

☒ Ja

☐ Nee → Toetsing noodzakelijk

Toetsing noodzakelijk: Wanneer de uitkomst één of meerdere keren 'toetsing noodzakelijk' is, dan zal de scriptiecoördinator beoordelen of het onderzoek in lijn is met de gedragscode. Bij twijfel zal de SEAC (Saxion Ethische Advies Commissie) worden geconsulteerd.