

COLUMN

De schrijver van de column kan een gedragswetenschapper, een groepsleider, een wetenschappelijk onderzoeker, een beleidsmaker en/of een ouder zijn. Wat zij gemeen hebben, zijn hun ervaringen met mensen met een licht verstandelijke beperking. In deze LVB Onderzoek & Praktijk geven wij het woord aan Peter Dijkshoorn, kinder- en jeugdpsychiater en bestuurder bij Accare (p.dijkshoorn@accare.nl).

EVIDENCE BASED PRACTICE ONVERWACHT EENVOUDIG?

Als er over evidence based practice (EBP) gesproken wordt is de reactie nogal eens “dat is met protocollen, dat werkt niet”, of “dat kan niet met mijn doelgroep”. Het is allebei niet waar. EBP is groot en EBP is klein. EBP is groot, want het is een manier van werken, een cultuur in een sector, of in een organisatie. Eigenlijk zou elke organisatie en elke professional zo moeten werken. Elke financier als gemeente of verzekeraar zou er ook om moeten vragen: “biedt u zorg die altijd ongeveer het beste is wat er bekend is en houdt u literatuur bij, zodat u volgend jaar weer beter bent?”. Nu is dat ingewikkeld en lastig om in te voeren. Maar EBP is ook klein en wel makkelijk in te voeren. Kleine zorgactiviteiten die bewezen werkzaam zijn en die direct al groot verschil maken voor kind, ouder, of zelfs hele doelgroep.

Ik noem er een. Echt werken met de doelen van ouder én kind. Doelen die ze allebei zelf begrijpen en nastreven. Natuurlijk afgestemd met de hulpverlener zodat het ook haalbare doelen zijn, maar wel hún doelen. Trek er desnoods een paar keer voor uit om zo ver te komen, het betaalt zich terug. Heldere, goed begrepen doelen helpen kind, ouder en hulpverlener om bij de les te blijven. Resultaat wordt eerder behaald, waardoor positieve ervaring eerder wordt opgedaan en voortgang van behandeling wordt versterkt. Heldere doelen maken dat én ouder én kind én hulpverlener geen misverstanden kunnen hebben over ongelijke, onuitgesproken verwachtingen die behandeling

frustreren. En dan is het ook nog zo dat werken met samen afgesproken doelen de behandeling korter maakt, de tevredenheid vergroot en het aantal mensen wat je kunt helpen vergroot. Ook dit is evidence based practice.

Nog één. Kinderen met een (lichte) verstandelijke beperking hebben een grotere kans op tandartsangst. Kinderen met een verstandelijke beperking hebben mee hierdoor een grotere kans op een slechter gebit. Mensen met een slecht gebit hebben grotere kans op allerlei ziektes en op eerder overlijden. Hier is allemaal bewijs voor. Én er is bewijs voor de snelle werkzaamheid van EMDR bij tandartsangst, ook bij ernstige verstandelijke beperking. Hoeveel kinderen met een verstandelijke beperking en tandartsangst krijgen die EMDR? Het is eenvoudig en goedkoop, zorgen dat je de tandartsangst herkent en zorgen dat een psycholoog of orthopedagoog in de buurt hebt die EMDR kan bieden. Ook dat is evidence based practice.

En een laatste. Veel kinderen met een verstandelijke beperking hebben vaak een getraumatiseerde ouder. Bijvoorbeeld door het hebben van een kind met een beperking. De schrik die dit gegeven heeft, de zorgen, de schaamte, de vermoedheid. Dit zijn allemaal zaken die mensen in een toestand kunnen brengen die we PTSS kunnen noemen. We weten inmiddels ook dat traumabehandeling van deze ouders hun zoveel rust geeft dat ze makkelijker hun

opvoedtaak kunnen doen en open staan voor adviezen rond opvoeding van hun kind. Naar dit voorbeeld loopt momenteel onderzoek en alle ouders die deze (intensieve maar korte) behandeling kregen voelen zich beter en zijn beter in staat hun opvoedrol uit te oefenen. Er zijn met deze benadering al eerste uithuisplaatsingen voorkomen. Ook dit is weer evidence based practice.

EBP, heel groots, of heel klein. Soms onverwacht klein, maar met groot resultaat. Die kleine EBP-activiteiten zijn met ter zake geschoolde mensen zo klein en goedkoop en leveren zoveel op dat we ze niet mogen laten liggen.

Peter Dijkshoorn