

## VOORWOORD

*Albert Ponsioen*  
*hoofdredacteur Onderzoek & Praktijk*

Opnieuw een goed gevulde *Onderzoek & Praktijk*. Was het een aantal jaren terug nog goed zoeken naar relevante onderzoeksartikelen en praktijkbeschrijvingen voor de LVG-zorg, nu is het nauwelijks een probleem om auteurs te vinden. Vooral vanuit de onderzoekswereld zijn er door het gehele land universiteiten en hogescholen die zich op enigerlei manier met de LVG-sector bezighouden. Met de proefschriften, werkstukken, scripties en stageverslagen is inmiddels een kloeke boekenplank te vullen. Ook op beleidsniveau krijgt de LVG-sector steeds meer aandacht en lijkt ook serieus te worden genomen. Waarmee niet gezegd is dat dit alles ook altijd tot de gewenste resultaten leidt, maar de LVG-stem (al is dit nog voornamelijk de stem van de sector zelf en niet van de cliënt waar toch alles om draait!) wordt gehoord. Hoe belangrijk dit is, beschrijven Jan Duenk en Dirk Verstegen in het eerste artikel van dit nummer, met de provocerende titel: Gehandicaptenzorg: té goed! De schrijvers gaan in op actuele kwesties als IQ-grenzen, de LVG-zorg in relatie tot de Jeugdzorg en de GGZ en de dreigende veranderingen met betrekking tot de AWBZ. De emoties laten zich hierbij nauwelijks beteugelen.

Minder emotioneel maar op de vertrouwde degelijke wijze om ingewikkelde onderwerpen aan te pakken, is de bijdrage van Jan Niessen: Kwaliteit: van onderzoek naar praktijk. Een mooi voorbeeld om met onderzoeksresultaten daadwerkelijk in de praktijk aan de slag te gaan. Het gebeurt maar al te vaak dat ook de producten van langdurige en in vele opzichten kostbare onderzoeksprojecten (promotieonderzoeken) in bureaulades liggen te verstoffen. Doe eens aan schatgraving binnen de eigen instellingen en ga op zoek naar eigen KWAZOPS!

De bijdragen van Marian Eikelboom en Mieke van Daele snijden een voor de LVG-zorg zeer belangrijk thema aan: de aandacht voor het systeem. Het congres waaraan de artikelen ontleend zijn, 'Systeemgericht denken en werken op de leefgroep', werd april dit jaar in Oosterbeek gehouden en georganiseerd door de landelijke werkgroep van maatschappelijk werkers van het Landelijk Kenniscentrum LVG. Behalve de aandacht voor het systeemgerichte werken, een noodzakelijke voorwaarde voor professionele LVG-zorg, is ook de actieve rol van deze landelijke werkgroep een verheugend gegeven..

Het artikel Kenmerken van jongeren met een lichte verstandelijke handicap en crisishulpverlening van Irma Fabriek – van de Glind en Marleen Widdershoven – van der Wal is een goed voorbeeld van de betekenis van onderzoek voor de praktijk. Juist in crisissituaties is het immers een hels karwei om even afstand van 'de waan van de dag' te nemen en zich af te vragen: 'Hoe heeft dit nu allemaal zo kunnen gebeuren?', 'Over wat voor soort crisis hebben we het eigenlijk?', 'Welke signalen zijn er wel of niet opgepikt voor de crisis uitbraak?', etc. Onderzoekers kunnen zich wèl met deze vragen bezighouden en proberen orde in de chaos te scheppen. Het is vervolgens weer aan de praktijkwerkers om vervolgvragen als 'Waarom worden signalen onvoldoende opgepikt?', 'Hoe de relatie

tussen opvoedingsstijl en gedragsstoornis te duiden?'. Wij nodigen een ieder uit om in de volgende nummers van Onderzoek & Praktijk ook met antwoorden te komen.

Met antwoorden weet Annematt Collot d'Escury wel raad in haar artikel Sociale vaardigheden in perspectief. Het is een vervolg op haar bijdrage in de vorige Onderzoek & Praktijk over sociale cognitie, een kenmerk waarvan steeds duidelijker wordt dat het een centrale rol speelt in de problematiek van LVG-jeugdigen. Met de artikelenreeks (in het volgende nummer van Onderzoek & Praktijk wordt dit onderwerp verder uitgewerkt) krijgt het abstracte begrip sociale cognitie een concrete inhoud en wordt ook een aanzet gedaan tot behandeling van tekorten in dit domein.

Christel Elias sluit met een samenvatting van haar proefschrift over competentiebeleving bij LVB(!)-kinderen goed aan bij het sociale cognitie onderwerp. De invloed van succeservaringen op de competentiebeleving van een kind is een onderzoeksresultaat met directe implicaties voor de diagnostiek en behandeling van deze kinderen. Een term als LVG of LVB zal daarentegen een weinig positieve bijdrage leveren aan hun zelfbeeld.

Dat de artikelen in Onderzoek & Praktijk niet op zich zelf staan maar tot reacties uitnodigen, bewijst de laatste bijdrage in dit nummer van Christel Bogers. Haar reactie op de column van Adri Vermeer, gepubliceerd in het vorige nummer Onderzoek & Praktijk, laat zien hoe de adviezen van een wetenschapper in de praktijk kunnen worden gebracht. Hiervoor zijn niet alleen moedige en ruimdenkende managers nodig maar tevens 'vrije, nieuwsgierige en onderzoekende geesten', die niet als spookverschijningen in een instelling rondlopen maar met beide voeten in de hulpverleningspraktijk staan. Wie durft?

## GEHANDICAPTENZORG: TÉ GOED!

Jan Duenk<sup>1</sup> & Dirk Versteegen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>directeur De Reeve / voorzitter Landelijk Kenniscentrum LVG

<sup>2</sup>coördinator Landelijk Kenniscentrum LVG

*Ferry is een jongen van 11 jaar met ernstige gedragsproblemen. Hij terroriseert het gezin met zijn agressief gedrag. Op school wordt vastgesteld dat hij door leerproblemen een grote achterstand heeft. Door toenemende agressie tegen leerlingen en leerkrachten is hij uiteindelijk niet te handhaven. Meestal zwerft hij rond in het winkelcentrum en wordt hij regelmatig opgepakt wegens diefstal, onzedelijk gedrag en drugsgebruik. Door bemiddeling van een wijkagent is contact gelegd met een instantie die heeft gezorgd voor opname van Ferry in een behandelcentrum voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen. Na een startperiode met heftige botsingen komt er rust in Ferry en wordt hij meer aanspreekbaar op zijn gedrag. Uit onderzoeken blijkt een verstandelijke beperking en een hechtingsstoornis. Hij reageert steeds beter op de behandeling en hij gaat weer naar de school op het terrein van het behandelcentrum. In die periode wordt het gezin begeleid vanuit het behandelcentrum en na een half jaar vindt het eerste weekendverlof plaats. Het zou uiteindelijk toch nog wel twee jaar duren voordat Ferry weer helemaal thuis was. Maar in het gezin was toen voldoende vertrouwen om het op eigen kracht voort te zetten.*

Het verhaal van Ferry leest als een successtory in deze tijd van rampspoed en treurnis bij alles wat met onze jeugd gaande is. Daarin overheersen de berichten over het ontbreken en falen van jeugdzorg. In dat licht mogen we de ervaring van Ferry koesteren als een zegening voor kind en gezin en een mooi resultaat van hulpverlening. Maar zijn successen zoals deze gegarandeerd voor de toekomst? Wat wil het geval; in het dossier van Ferry bevindt zich een IQ-test met een totaalscore van IQ 76. Dat is één IQ-punt boven de norm van 75. En daarmee behoor je formeel niet meer tot de categorie licht verstandelijk gehandicapten die toegang heeft tot AWBZ-gefinancierde voorzieningen. Het behandelcentrum voor licht verstandelijk gehandicapten wordt gefinancierd uit de AWBZ en mag formeel Ferry en zijn lotgenoten met een IQ hoger dan 75 niet meer helpen.

In het afgelopen jaar heeft over de IQ-bovengrens van 75 een felle discussie plaatsgevonden met het ministerie van VWS. De VWS-afkondiging dat de 75-grens strikt gehanteerd moet worden ontving veel kritiek. Van ouders die zich ongerust maakten over wat er van hun kind terecht moet komen als ze bijvoorbeeld niet meer naar de dagbehandeling kunnen. Uiteraard protesteert de gehandicaptenzorg tegen het feit dat zij een deel van hun cliënten niet meer zouden mogen helpen. Maar ook uit de algemene jeugdzorg klonk protest. Want de redenering van het ministerie was dat deze kinderen op basis van de nieuwe Wet op de Jeugdzorg maar naar de jeugdhulpverlening verwezen moet worden. Welk perspectief wordt hierbij aan cliënten voorgehouden?

De MO-groep<sup>1</sup> heeft onlangs een rapport opgesteld waaruit blijkt dat ruim 5000 jeugdigen langer dan 9 weken op de wachtlijst staan. Volgens de MO-groep moet er minstens een bedrag van € 105 miljoen op tafel komen om deze wachtlijsten weg te werken. In een dergelijke situatie komen LVG-jeugdigen bij de jeugdzorg waarschijnlijk van een koude kermis thuis.

Dat bleek eerder al door de schrikbarende groei van het aantal jeugdigen dat civielrechtelijk geplaatst wordt in justitiële jeugdinrichtingen. Het is met deze problematiek net als met water dat naar het laagste punt zakt. Er is een toenemend aantal kinderen dat ernstig bedreigd wordt door verwaarlozing, mishandeling en misbruik in de thuissituatie. Of er is sprake van ernstige gedragsproblemen, verslaving of misbruik door lover boys. Uithuisplaatsing en de veiligheid van een behandelingsituatie is dan noodzakelijk om kind of jongere tegen zichzelf en/of anderen te beschermen. Als die plaats ontbreekt of te laat beschikbaar komt is er nog maar één uitweg; een crisisplaatsing in een justitiële jeugdinrichting.

In 2004 bleek een groei van maar liefst 800 kinderen die om die reden in een justitiële jeugdinrichting werden opgenomen. Na veel politiek getouwtrek is uiteindelijk iedereen er van overtuigd dat dit in Nederland anno 2005 een volstrekt ongewenste situatie is. Inmiddels zijn er initiatieven om voor deze jeugdigen met ernstig probleemgedrag tot intersectorale oplossingen te komen. Dat wil zeggen dat instellingen uit jeugdzorg, jeugd-ggz en LVG-zorg samen met jeugdinrichtingen werken aan nieuwe behandelplaatsen voor deze groep. Want uitbreiding van het aantal plaatsen is linksom of rechtsom toch een noodzakelijke weg om dit probleem het hoofd te bieden. Daarbij hoort dat vanuit elke sector een passende deskundigheid wordt ingezet; behandelexpertise, kinder- en jeugdpsychiatrie en orthopedagogische behandeling vanuit de licht verstandelijk gehandicaptenzorg.

In dat laatste punt zit echter de kneep: De zorg voor licht verstandelijk gehandicapten wordt op de wip gezet: in of uit de AWBZ. Hierbij zijn hogere machten en grote belangen in het spel. Machten en belangen die er op gericht zijn om de uitgaven in de AWBZ te beperken. De maatregel om alle licht verstandelijk gehandicapten boven IQ-score 75 over te hevelen naar de jeugdzorg was daarbij een eerste stap. Dat was een eenvoudige kwestie van naambordjes verhangen: van licht verstandelijk gehandicapt (=AWBZ) naar zwakbegaafd (= niet-AWBZ). De volgende stap wordt al in de week gezet: de hele groep licht verstandelijk gehandicapten wordt uit de AWBZ gelicht. Tot 18 jaar kunnen zij zagezegd richting jeugdzorg en daarna richting..... Ja, richting wat?

In deze beleidsdiscussie op landelijk niveau spelen twee argumenten een belangrijke rol: Op de eerste plaats is dat het argument van kostenbeheersing. De uitgaven in de AWBZ rijzen zagezegd de pan uit en moeten tot een acceptabel niveau worden teruggebracht. Daarvoor worden verschillende uitwegen bedacht. Een deel van de kosten kan naar de

---

<sup>1</sup> De Maatschappelijk Ondernemers Groep is de brancheorganisatie voor Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang

nieuwe Zorgverzekeringswet, onder andere de behandeling in de geestelijke gezondheidszorg korter dan één jaar. Voor een ander deel, om te beginnen de huishoudelijke hulp, wordt een oplossing gevonden in de financiering via de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Voor de licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen wordt naar alternatieve financiering gezocht in de Wet op de Jeugdzorg die per 1 januari 2005 van kracht is geworden. LVG-jeugdigen met opgroei- en opvoedingsproblematiek moeten maar een beroep doen op de provinciaal gefinancierde algemene jeugdzorg.

Het tweede argument is dat er geen onterecht en onrechtmatig gebruik gemaakt mag worden van AWBZ-voorzieningen. Die zijn er immers voor zware, onverzekerbare risico's en er wordt steeds nadrukkelijker gekeken of men daar wel een beroep op mag doen. Daarbij is het oog gevallen op de groep licht verstandelijk gehandicapten en zwakbegaafden. Vooral de laatste groep wordt de deur gewezen. Zij doen ten onrechte een beroep op de AWBZ.

Deze argumentatie is gebaseerd op een groot misverstand. Dit misverstand bestaat uit het onterechte beeld dat deze kinderen en jongeren alleen gehinderd worden door een lager IQ ofwel een lichte beperking in intellectueel functioneren. Dat beeld gaat voorbij aan het feit dat deze kinderen weliswaar een lichte verstandelijke handicap hebben, maar daarbij kampen met grote moeilijkheden om zich te handhaven in sociale situaties, vaak een psychiatrische stoornis en leerproblemen hebben en in ongunstige gezinssituaties verkeren. Daardoor ontstaan ernstige gedragsproblemen. Dit is de groep van ongeveer 10.000 licht verstandelijk gehandicapte kinderen met meervoudige problematiek die door omstandigheden gedwongen gespecialiseerde hulp nodig hebben.

Dat is slechts een fractie van de honderdduizenden jeugdigen die alleen volgens berekeningen van IQ-score tot de categorie LVG en zwakbegaafden behoren. Maar in de hulpverlening en zeker niet in de gespecialiseerde LVG-zorg hebben we het helemaal niet over deze omvangrijke groep, die relatief probleemloos in de samenleving hun plekje vindt. In de zorg zijn we gericht op een uitsnede daarvan, die ernstig getraumatiseerd is door persoonlijke kenmerken en sociale omstandigheden en die daardoor isaangewezen op gespecialiseerde zorg. Van deze groep heeft de staatssecretaris van VWS uiteindelijk gezegd dat geen kind de dupe mag worden en dat de LVG-zorg voor hen beschikbaar moet blijven, op welke wettelijke en financiële basis dan ook. Aan die woorden houden wij graag vast. Op basis daarvan nemen we actief deel in overleg met het ministerie en andere betrokken partijen (MO-Groep, namens Bureaus Jeugdzorg, IPO<sup>2</sup> namens de provincies, CIZ, Zorgverzekeraars Nederland en de VGN). Daarbij wordt nagegaan hoe we de kenmerken van die kinderen met ernstig probleemgedrag kunnen vertalen in passende indicatiecriteria waarmee hun toegang tot gespecialiseerde behandeling gegarandeerd kan worden.

---

<sup>2</sup> Interprovinciaal Overleg de koepelorganisatie van de twaalf provincies

Maar dat beeld van een lichte verstandelijke beperking en daarmee een weinig gecompliceerde doelgroep blijft dwarsliggen. Het duikt telkens weer op in beleidsdiscussies, in onderzoeksrapporten en in de publiciteit. Recent nog bij het verschijnen van het SCP rapport *Cijfermatige ontwikkelingen in de verstandelijk-gehandicaptenzorg*, dat onder de kop “zwakbegaafden ten onrechte in de gehandicaptenzorg” in de kranten kwam. Ook daarbij blijkt dat het SCP op het verkeerde been is gezet en denkt dat die jeugdigen alleen op grond van een IQ-cijfer kunnen worden vastgesteld. In werkelijkheid gaat het om een groep kinderen en jongeren die in vaak wanhopige situaties verkeren en bij uitstek baat hebben bij zorg die vanuit de gehandicaptenzorg geboden wordt. Dat is al jaren zo en in de praktijk weet iedereen dat eigenlijk ook wel. Het is echter een zuur feit dat in politiek Den Haag deze zorg tot een minimum wordt teruggebracht en niet meer mag worden ingezet voor jeugdigen die niet voldoen aan de IQ-criteria en wettelijke grondslagen. Om de kosten te beheersen wordt gezegd: **de gehandicaptenzorg is té goed** voor deze groep, ga maar naar de algemene zorg. Daarmee zouden we weer terug zijn bij af: licht verstandelijk gehandicapte jeugd tussen wal en schip.

Maar het laatste wat we ons kunnen veroorloven is moedeloos bij de pakken neerzitten. Daarom werken we samen met deskundige en actieve mensen in gehandicaptenzorg, jeugdzorg, jeugd-ggz en onderwijs aan passende zorg voor licht verstandelijke gehandicapte jeugdigen: In het belang van verbetering van hun persoonlijke situatie en bagage voor hun toekomst!

## KWALITEIT: VAN ONDERZOEK NAAR PRAKTIJK

*Jan Niessen*  
*Stichting de Reeve*

Tijdens een bijeenkomst georganiseerd door het netwerk van kenniscentra, sprak professor Post. Hij constateerde dat in de universiteiten veel kennis op de plank ligt die niet wordt gebruikt. Dat nodigt uit om eens in de kasten te gaan kijken en na te gaan of er bruikbare kennis voor handen is. In dit artikel wordt een illustratie gegeven van het toepassen van beschikbare universitaire kennis betreffende kwaliteit, in de praktijk van orthopedagogische behandelcentra voor kinderen en jeugdigen met een licht verstandelijke handicap.

In de meeste zorginstellingen in Nederland is het streven naar een goede kwaliteit van zorg al van ouds aanwezig. Nadat in 1996 de wet op de kwaliteit van zorginstellingen van kracht werd, wordt met dit streven meer bewust omgegaan. De orthopedagogische behandelcentra in Drenthe, Flevoland en Overijssel gaan in deze ontwikkeling mee. Gezamenlijk zoekt men naar mogelijkheden om het kwaliteitsbeleid te concretiseren in aansprekende, begrijpelijke en praktische termen. In dat zoekproces wordt men geconfronteerd met het veelomvattende begrip kwaliteit. Een begrip dat alles omvat, maar niets zegt als het niet wordt gedefinieerd. Van Gastel (2001) wijst op deze complexiteit die met deze definiëring gepaard gaat. Met de ontwikkeling van het KOMPAS heeft zij een poging gedaan om de structuren die voor een doelgerichte, doeltreffende en cliëntgerichte zorg nodig zijn, voor de LVG in beeld te brengen. Met behulp van het KOMPAS hebben de genoemde behandelcentra een beeld gevormd van de kwaliteit van hun zorgstructuur.

Nu is een onderzoek naar de kwaliteit van het zorgproces aan de orde. Daarbij doen de behandelcentra niet tevergeefs een beroep op bestaand onderzoek. Ze sluiten aan bij het onderzoek van Swennenhuis die vorig jaar promoveerde.<sup>3</sup> In dit artikel wordt een deel van haar onderzoek besproken en de toepasbaarheid in de praktijk getoetst.

### **Het onderzoek van Swennenhuis**

Het proefschrift van Swennenhuis (2004) bestaat uit een serie artikelen waarin zij een overzicht geeft van de internationale literatuur over kwaliteit van zorg, een Delphi-onderzoek naar indicatoren van de kwaliteit van het zorgproces, de ontwikkeling van een meetinstrument en een onderzoek met behulp van dat instrument. Evenals bij van Gastel (2001) baseert Swennenhuis zich vooral op de inzichten van Donabedian. De kwaliteit van het zorgproces wordt bepaald door de mate waarin de doelen worden bereikt. Als centrale doelen noemt Donabedian:

- a. het bevorderen van welzijn en gezondheid
- b. het behouden van welzijn en gezondheid
- c. het herstellen van welzijn en gezondheid

Voor kinderen met een licht verstandelijke handicap voegt hij daaraan toe:

- d. het helpen omgaan met problemen
- e. voorzien in steun voor het gezin.

Vervolgens onderscheidt hij drie dimensies aan de kwaliteit van zorg.

1. de structuur (hierop heeft van Gastel zich gericht)
2. het proces (Swennenhuis)

---

<sup>3</sup> Zie *Onderzoek en Praktijk*, 2004, Jrg.2, nr.1 pg.38.

3. de resultaten (een aspect van het onderzoek dat Moonen volgend jaar hoopt te publiceren)

Swennenhuis geeft vervolgens aan dat de definiëring van de kwaliteit van het zorgproces ook afhankelijk is van het perspectief van waaruit men definieert. Bij de ontwikkeling van een meetinstrument zal deze overweging meegenomen worden. Om het begrip kwaliteit van het zorgproces te operationaliseren heeft Swennenhuis gebruik gemaakt van de Delphi-methode. De Delphimethode is een methode om met behulp van het oordeel van deskundigen consensus te bereiken over bepaalde vraagstukken. Aan 59 personen, ouders, groepsleiders, leerkrachten, managers, en stafleden (12 verschillende disciplines) werd gevraagd een vragenlijst in te vullen. Op basis van literatuuronderzoek werden in de vragenlijst definities gepresenteerd van 41 aspecten van de zorg. Aan de respondenten werd gevraagd voor ieder aspect één of meer indicatoren te noemen. In totaal werden 1141 indicatoren voor de aspecten verkregen. Nadat deze thema's over de aspecten waren verdeeld, kregen de invullers opnieuw een vragenlijst voorgelegd waarbij per aspect en thema kon worden aangegeven of men de indicatoren van belang achtte.

Het onderzoek resulteerde in het vaststellen van 11 aspecten: planning, realiseren van doelen, beoordeling van het resultaat, verantwoordingsbereidheid, empathie, betrokkenheid, interactie, samenwerking, vertrouwen, informatie en het bevorderen van zelfzorg. Voor ieder aspect werden een aantal thema's vastgesteld. Ter illustratie de thema's gerelateerd aan het aspect "interactie": respect voor grenzen, benadering van de cliënt als een persoon met een zorgvraag, aandacht voor ervaringen en ideeën van het kind en rekening houden met het cognitief niveau.

Op basis van de resultaten van dit onderzoek heeft Swennenhuis een meetinstrument ontwikkeld om de KWAliteit van het ZorgProces (KWAZOP) in beeld te brengen. Voor de door haar onderscheiden intake, behandel en evaluatiefase werden vanuit vier verschillende perspectieven vragenlijsten ontwikkeld. Het instrument is daardoor theoretisch gezien breed inzetbaar. Het geeft de gebruiker de mogelijkheid om perspectieven te kiezen en daarmee de betrekkelijkheid van de resultaten aan te geven. In figuur 1 geven we een overzicht van de verschillende vragenlijsten die beschikbaar zijn

<i>Fase</i>	<i>Intake</i>	<i>behandeling</i>	<i>evaluatie</i>
<i>Perspectief</i>			
Zorgverlener / professional			
Cliënt			
Ouders			
Plaatsers			

Figuur 1. Vragenlijsten KWAZOP



Per vragenlijst werd voor iedere indicator, ontleend aan de thema's aan het Delphi-onderzoek een vraag geconstrueerd, waarop drie antwoorden mogelijk zijn. Bijvoorbeeld:

55. Past het gedrag van de zorgverleners bij de verwachtingen die u heeft?

ja	nee	weet niet
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

De totale vragenlijst voor professionals, ouders, cliënten en plaatsers omvat voor de behandel fase ruim zeventig vragen. Deze werden verdeeld in schalen. Voor het onderzoek werden alleen die schalen gebruikt die intern consistent bleken. In figuur 2 wordt een overzicht van de schalen gegeven:

Bij toepassing kan verwacht worden dat op basis van de metingen uitspraken gedaan kunnen worden over de kwaliteit van het zorgproces. Toch zal daarbij de nodige voorzichtigheid in acht genomen moeten worden omdat de psychometrische kwaliteiten van het instrument nauwelijks werden onderzocht. De toepassing in de praktijk kan daar wellicht een bijdrage aan leveren. Het gebrek aan normen zal mogelijk een probleem opleveren.

<b>schaal</b>	<b>omschrijving</b>
Evaluatie	De wijze waarop wordt nagegaan of de behandeling van de jeugdigen werkt
Doelen	De wijze waarop behandeldoelen tot stand komen
Multidisciplinaire Samenwerking	Het samenwerken tussen de verschillende disciplines (groepsleiding-staf-leidinggevend) in het OBC
Attitude	De houding van de zorgverlener ten opzichte van ouders en jeugdige
Kennis	De kennis die de zorgverleners hebben over de jeugdige, zijn geschiedenis, zijn gezin, school en capaciteiten
Informatie	Het informeren van cliënt, ouders en andere betrokkenen over de voortgang van de behandeling
Planning	Planning en uitvoer van de behandeling
Participatie	De wijze waarop jeugdigen en ouders bij de behandeling worden betrokken
Ontwikkeling	Het aanpassen aan de ontwikkelingsmogelijkheden van de jeugdigen

Figuur 2. Schalen van de KWAZOP

### **Het kwaliteitsbeleid binnen de Holding van orthopedagogische behandelcentra in Drenthe, Flevoland en Overijssel voor kinderen en jeugdigen met een licht verstandelijk handicap**

Binnen de holding is in 2001 een begin gemaakt met het in beeld brengen van de kwaliteit van zorg. Een onderzoek met behulp van het KOMPAS (van Gastel, 2001) resulteerde in een beeld van de kwaliteit van de zorgstructuren. Er werden op basis van dit onderzoek verbetervoorstellen geformuleerd. Kwaliteitsprocessen laten zich immers kenmerken door meten, plannen en uitvoeren. Een jaar later werd de kwaliteit van het zorgproces met behulp van een semi-interne carrousel-audit beoordeeld volgens de normen van het HKZ-certificatieschema, gevolgd door een rapport met verbetervoorstellen. Een carrousel-audit is een audit waarin functionarissen uit verschillende werkstichtingen participeren. Een tweetal (of veelvoud daarvan) vanuit de eerste twee behandelcentra auditen het derde centrum.

In het kwaliteitsbeleid wordt een periodieke cliëntenraadpleging voorgesteld. Daarbij worden beurtelings ouders en cliënten zelf geraadpleegd. In 2003 werd een cliënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd waarbij gebruik is gemaakt van de hierboven beschreven KWAZOP.

Inmiddels is er een trajectplan ontwikkeld dat leidt tot certificering. Een van de voorwaarden tot certificeren is dat er systematisch cliënten raadplegingen plaats vinden.

#### **Toepassing van de KWAZOP**

##### *De respondenten*

Voor het onderzoek werden ouders geselecteerd van kinderen waarvoor ten minste tweemaal een behandelbespreking had plaatsgevonden.

De voorbereiding van het onderzoek startte met het informeren van de cliëntenraad en de ouders in het algemeen via een nieuwsbrief.

De geselecteerde ouders werden middels een brief door de directie gevraagd mee te werken aan het onderzoek. Enkele dagen na ontvangst van de brief nam de onderzoeker telefonisch contact op met de ouders en vroeg opnieuw hun medewerking. Als de ouders daarin toestemden werd aan hen de keus voorgelegd op welke wijze zij de vragen wilden beantwoorden: zelf het formulier invullen en per post terug sturen, samen met de onderzoeker invullen, thuis of in het behandelcentrum. In figuur 3 worden het aantal vragenlijsten en de keuzes van invullen door de ouders weergegeven. 30 van de 43 ouders gaven de voorkeur aan een interview.

	<i>DREEI</i>	<i>DE EIK</i>	<i>DE REEVE</i>	<i>HOLDING</i>
Beantwoording via de post	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>13</b>
Beantwoording in behandelcentrum	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
Beantwoording thuis middels een interview	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>28</b>
Totaal	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>19</b>	<b>43</b>

Figuur 3. overzicht respondenten

Naast de feitelijke tijd voor het interview (1 uur) was reistijd, tijd voor het uitwerken van notities nodig. Door de verschillende woonplaatsen en de tijdstippen waarop de ouders

beschikbaar waren voor het interview verliep de planning niet efficiënt. Deze wijze van werken met de KWAZOP is dus arbeidsintensief.

Tijdens de interviews maakten de ouders opmerkingen over toevoegingen die zij hadden bij de vragen. Deze opmerkingen werden genoteerd en later bij de interpretatie van de resultaten betrokken. Over het algemeen verliepen de interviews in een ontspannen sfeer, ook als de ouders kritisch stonden ten opzicht van het behandelcentrum. Ze leken de onderzoeker te beschouwen als een objectieve buitenstaander die naar hun kritiek luisterde. Een tweede ervaring die werd opgedaan kan als weerstand tegen de vragenlijst worden beschouwd. Soms waren de verschillen tussen de vragen zo gering dat ouders ze niet konden begrijpen. Zeker wanneer men te maken heeft met ouders die vermoedelijk zelf een verstandelijke beperking hebben, ervaart men de moeilijkheidsgraad als interviewer aan den lijve. Er moet veel worden uitgelegd. Ter illustratie hiervan de vragen 55 en 56:

55. Past het gedrag van de zorgverleners bij de verwachtingen die u heeft?

56. Past de handelwijze van de zorgverleners bij de verwachtingen die u heeft?

Het behoeft geen betoog dat het verschil tussen “gedrag” en “handelwijze” moeilijk is uit te leggen aan een moeder die zelf niet kan vertellen in welk jaar ze geboren is.

In de vragenlijst worden een aantal biografische gegevens van de ouders gevraagd. Van deze gegevens werd nagegaan of ze een verklaring konden zijn voor de variantie in de scores. Dat bleek binnen dit onderzoek niet het geval te zijn. Dat betekent o.a. dat de geografische afstand tussen de woonplaats van het gezin en de vestigingsplaats van de behandelgroep, niet van invloed is op de kwaliteitswaardering door de ouders. De verschillen tussen de behandelcentra zijn onderling statistisch niet significant. In figuur 4 wordt een overzicht gegeven van de gegevens van de ouders.

		<i>DREEI</i>	<i>DE EIK</i>	<i>DE REEVE</i>	<i>HOLDING</i>
Leeftijd ouders		<b>42,4</b>	<b>44,1</b>	<b>45,8</b>	<b>44,1</b>
Burgelijke stand	Gehuwd	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>20</b>
	Gescheiden	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>15</b>
	Ongehuwd	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>7</b>
	Onbekend		<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
Verblijfsduur (in maanden) kind in behandelcentrum		<b>40,1</b>	<b>33,6</b>	<b>40,5</b>	<b>38,1</b>
Afstand huis - behandelcentrum		<b>54,2</b>	<b>37,1</b>	<b>32,1</b>	<b>41,1</b>

Figuur 4. gegevens over de ouders die bij het onderzoek betrokken waren

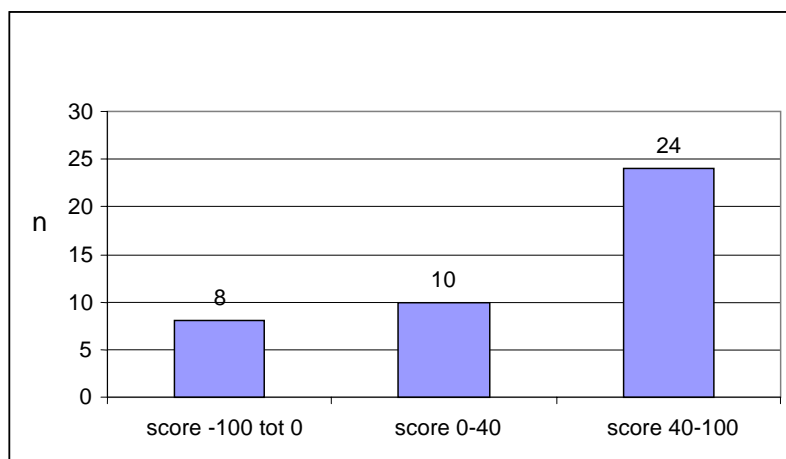
### Scoring

De scoring met behulp van de KWAZOP gaat als volgt: Ieder ja-antwoord wordt gewaardeerd met +1, een nee-antwoord met -1 en weet niet/ geen mening met 0. De score *s* wordt vervolgens berekend met de formule  $s = \text{som}/n \cdot 100$ . Daarmee kan *s* een waarde aannemen van +100 tot -100. In tabel 5 wordt een overzicht gegeven van de totaal-scores

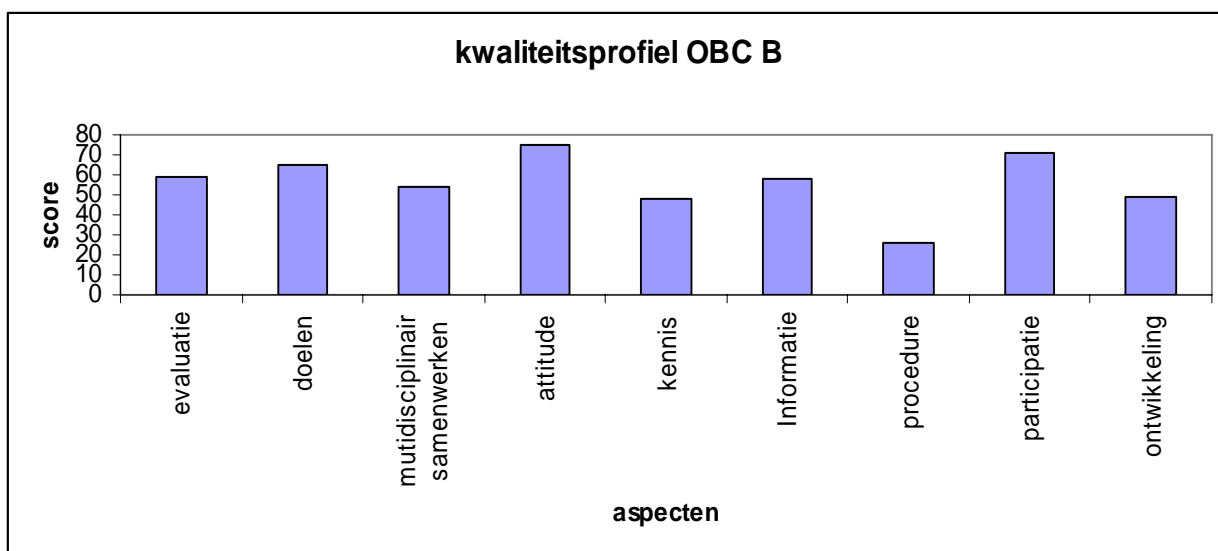
op de KWAZOP die gevonden werden tijdens het onderzoek in de drie behandelcentra. De gemiddelde score bij het onderzoek was 40.

### Profielen

Door de gemiddelde score per schaal te berekenen, kan een kwaliteitsprofiel voor het orthopedagogische behandelcentrum worden geconstrueerd. Dit profiel kan duidelijk maken wat, vanuit het perspectief van de ouders, de sterke en zwakke kanten van de instelling zijn. Ter illustratie het profiel van OBC B. Attitude en participatie zijn sterke kanten, procedure is relatief zwak.



Figuur 5. Overzicht totaalscores KWAZOP



Figuur 6. Kwaliteitsprofiel van een orthopedagogisch behandelcentrum

Omdat er nog geen normen zijn ontwikkeld voor de KWAZOP wordt, om toch iets over de scores te zeggen, gebruik gemaakt van een Bench-mark techniek waarbij de scores van verschillende behandelcentra onderling worden vergeleken. Naast de scores van de drie werkstichtingen uit de holding konden uit de dissertatie van Swennenhuis de scores worden verkregen van een vierde instelling. In figuur 7 staan deze scores in een tabel vermeld. De verschillen tussen de scores van drie behandelcentra zijn statistisch niet significant. Behandelcentrum C scoort op vrijwel alle schalen significant lager.

Voor de lagere score van behandelcentrum C kan een verklaring gegeven worden. Onder de groep van geïnterviewde ouders bevonden zich relatief een groot aantal ouders die rond de behandeling van hun kind recent een confrontatie hadden meegemaakt. Hun antwoorden tijdens het interview werden daardoor gekleurd.

	A	B	C	SWENNENHUIS
evaluatie	38	59	9	54
doelen	36	65	7	49
mutidisciplinair samenwerken	65	54	23	53
attitude	58	75	47	68
kennis	67	48	42	61
Informatie	49	58	37	51
procedure	24	26	8	38
participatie	42	71	26	55
ontwikkeling	50	49	31	18

Figuur 7. Vergelijking scores op de schalen van de KWAZOP

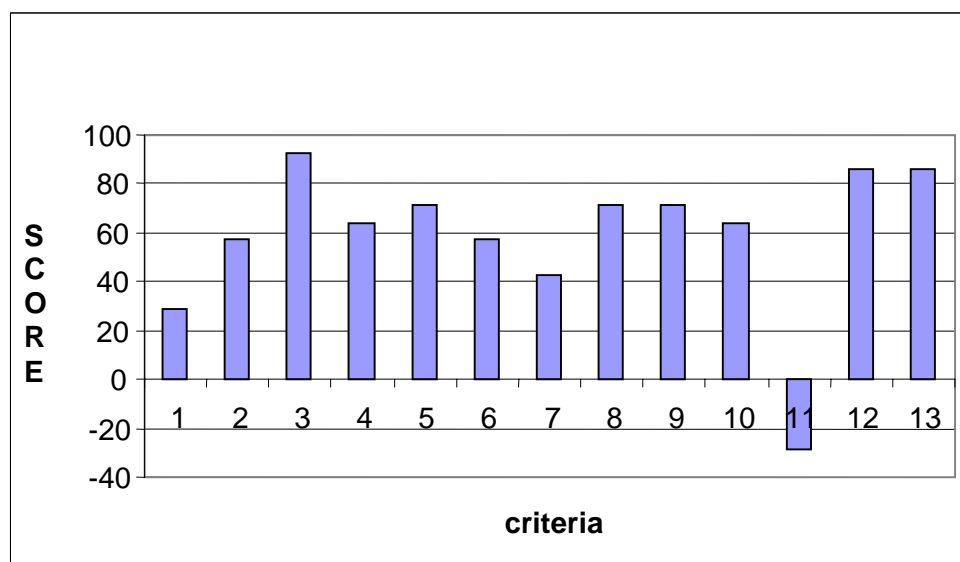
In de rapportage werd iedere schaal met de resultaten besproken volgens een vast patroon. Begonnen wordt met een korte omschrijving van de inhoud van de schaal. Vervolgens worden de criteria of indicatoren vermeld. Daarna worden de scores op de criteria grafisch weergegeven, gevolgd door de opmerkingen die de ouders tijdens de interviews maakten. De beschrijving van de schaal werd afgesloten met het formuleren van een aantal verbeter voorstellen. Ter illustratie volgt hierna de beschrijving van de schaal Evaluatie zoals die in een der rapporten is opgenomen.

**Korte omschrijving:** *de wijze waarop wordt nagegaan of de behandeling van de jeugdigen werkt.*

*Criteria*

1. *Evaluatiemomenten zijn tevoren vastgelegd*
2. *Evaluatiecriteria zijn bij de zorgverleners bekend*
3. *Zorgverleners zijn betrokken bij de evaluatie*
4. *Zorgverleners zoeken verklaringen voor niet bereikte doelen*
5. *Tijdens de evaluatie worden nieuwe doelen afgesproken*
6. *Zorgverleners beschikken over begin- en eindmeting zodat effect toetsbaar is*
7. *Zorgverleners beoordelen het effect zoveel mogelijk op basis van gestandaardiseerd onderzoeksmateriaal*
8. *De evaluatie vindt plaats met cliënt en/of ouders*
9. *Bij de evaluatie wordt naar positieve en negatieve factoren gekeken*
10. *Er bestaat consensus tussen de betrokken disciplines over de effectevaluatie*

11. De betrokken disciplines brengen al dan niet het behalen van doelen in verband met eigen sterke en zwakke punten
12. Het nakomen van afspraken wordt geëvalueerd
13. Er bestaan afspraken over de wijze van evalueren



Figuur 7. Scores per criterium

*Aanvullende opmerkingen ouders tijdens de interviews*

- Je moet er zelf om vragen om er achter te komen waarom iets niet gelukt is
- Als ouders trekken we zelf een conclusie over de vooruitgang van ons kind
- Er is teveel sprake van werken op korte termijn
- We moeten als ouders er veel achteraan om te horen hoe afspraken zijn uitgevoerd
- Autisme wordt te gemakkelijk als excuus gebruikt voor het nog niet bereikt zijn van doelen
- Gesprekken verzanden snel

**Verbetervoorstellen**

*Binnen het behandelcentrum functioneert een goede structuur voor het stellen van concrete doelen, de advieslijst. Ook de methodiek, die zijn basis vindt in het competentiemodel, biedt daartoe goede mogelijkheden. Bij het evalueren, het nagaan of doelen bereikt zijn en het zoeken van oorzaken van niet gerealiseerde doelstellingen kan in de ogen van de ouders nog een kwaliteitsverbetering gerealiseerd te worden. In de onderstaande verbetervoorstellen wordt daartoe een expliciete aanzet gedaan.*

- I. *Neem in de methodiek een regel op waarin wordt aangegeven dat ouders formeel worden geïnformeerd over het bereiken van een doel.*
- II. *Neem in de methodiek een regel op waarin de factoren die van invloed kunnen zijn voor het niet bereiken van doelstellingen.*

- III. *Betrek ouders bij het vaststellen van het al dan niet bereikt zijn van doelen. (De Goal Attainment Scaling biedt daartoe mogelijkheden).*
- IV. *Onderzoek of de systematiek en planning van de evaluatie nog beter bekend kunnen worden gemaakt bij de ouders.*

### **Conclusie**

Wie als werker in de praktijk gebruik wil maken van kennis die door onderzoek is verkregen, moet er rekening mee houden dat deze kennis naar de praktijk vertaald moet worden. Het onderzoek van Swennenhuis is grondig en wetenschappelijk verantwoord verlopen. Het biedt zeker mogelijkheden tot verdere praktijkgerichte ontwikkeling. Met een knipoog naar validiteits- en betrouwbaarheidseisen is het toch gelukt om voorstellen tot kwalitatieve verbetering van de zorg te doen. Het arbeidsintensieve praktijkonderzoek kan wellicht verlicht worden door een vereenvoudigde en verkorte versie van de KWAZOP te ontwikkelen. Misschien bedoelde professor van der Molen zoiets toen hij eens opmerkte dat “na de promotie het werk pas begint”. Daarin ligt niet alleen een opdracht naar de promovendus, maar ook naar de praktijk. Het tijdschrift “Onderzoek en Praktijk” biedt daarvoor een podium.

### **Literatuur**

- Gastel, W. van (2001). *Promotieonderzoek: Quality evaluation of the care structure in treatment centers for mildly mentally retarded children and young people with emotional and behavioral disturbances* Dissertatie. Universiteit Utrecht (zie OWO 2001,4)
- Swennenhuis, P.B (1999). *Wat is de kwaliteit van het zorgproces voor kinderen met een verstandelijke handicap.* (zie OWO, 1999, 2)
- Swennenhuis, P.B. (2004). *Quality of care for children with mild intellectual disabilities.* Dissertatie. Universiteit Utrecht.
-

7 april 2005 vond in Oosterbeek het congres: “Systeemgericht denken en werken op de leefgroep” plaats. Dit congres was georganiseerd door een projectgroep van maatschappelijk werkers van diverse LVG-instellingen in samenwerking met het Landelijk Kenniscentrum LVG.<sup>1</sup> De dagvoorzitter van dit congres, mevrouw Marion Eikelenboom, kijkt voor *Onderzoek & Praktijk* nog even terug op de congresdag. De lezing van mevrouw van Daele op dit congres is in het daarop volgende artikel omgezet.

## SYSTEEMGERICHT DENKEN EN WERKEN OP DE LEEFGROEP

*Marion Eikelenboom*

*Maatschappelijk werker 's Heerenloo Kwadrant, regioArkemeyde*

Als we de beleidsplannen en folders van veel instellingen er op nakijken, zien we dat er vaak melding van wordt gemaakt dat men systeemgericht werkt. Maar wat wordt hier eigenlijk mee bedoeld en hoe krijgt dat concreet handen en voeten op de leefgroep? In het ambulante werk gaat dit bijna vanzelfsprekend omdat de werker daar invoegt in het systeem en ouders de regie hebben. Zodra een kind op een leefgroep wordt geplaatst zien we echter dat vaak onbedoeld ouders naar een ‘toeziende’ positie worden geschoven. Sommige ouders laten zich dat aanleunen: andere ouders gaan erg in verzet wat zich kan uiten in klachten over ogenschijnlijk pietluttige zaken. Of zoals schertsend wordt beweert: het systeemgericht werken zit hem alleen in het ondertekenen van het behandelplan. Als maatschappelijk werkers hebben we de ervaring dat de stap tot uithuisplaatsing voor de meeste ouders als een groot trauma wordt ervaren. Het idee hun kind te ‘verliezen’ leeft sterk bij ouders. Groepsleiding is zich hiervan soms onvoldoende bewust of wordt hierin onvoldoende gecoached. Vandaar dat dit het thema werd van het congres.

We hebben er bewust voor gekozen mensen van verschillende geledingen uit te nodigen. Wil je systeemgericht denken en werken écht neerzetten binnen een instelling dat moet je dit gezamenlijk als management, staf en groeps werkers aanpakken.

Als projectgroep waren we ons van te voren niet bewust wat een klus het eigenlijk is om een dergelijk congres voor te bereiden. Toen het eenmaal 7 april was, stapte ik vol verwachting, maar ook met een zekere gespannenheid in de auto. Het eerste nummer dat ik op de radio hoorde was van Meatloaf: “I would do anything for love”. Bij de opening wilden we iedereen een inzichtkaartje laten trekken, dat als een soort leidraad voor de dag zou kunnen dienen. Uit een grote stapel van 150 kaartjes trok ik er één als proef en stopte die weer terug.

De aftrap werd gedaan door het tonen van een zogenaamd ‘Matroesjka’ poppetje. Dat is een russisch poppetje waar je bij het openmaken weer een ander poppetje treft en vervolgens weer één etc.. Dit als symbool dat het geen zin heeft alleen naar de aangemelde cliënt te

---

<sup>1</sup> Leden van de werkgroep: Celine Reijmer van De Reeve, Tonnie Meij van Gastenhof, Nettie Jong van OC-Brabant en Marion Eikelenboom van Arkemeyde en Dirk Verstegen van het LKC.



kijken, maar ook naar het hele systeem wat hij of zij in zich herbergt. Of zoals Naugy zei: "You can take the child out of the Family, but you can't take the Family out of the child". De bakken met kaartjes gingen door de zaal en laat ik nu weer hetzelfde kaartje trekken als in het begin!

Na de aftrap volgden twee lezingen. De eerste werd gegeven door Dhr Meerdink Veldboom die als psychiater is verbonden aan Altrecht. Hij werkt daar veel met ouders van adolescenten. Hij pleitte in zijn lezing sterk voor samenwerking met ouders en vooral voor het terugwinnen van regie en autoriteit bij ouders. Naar zijn idee ligt er teveel autonomie bij jongeren, die dat eigenlijk helemaal niet aankunnen.

Hierna volgde een lezing door Mevr. van Daele, verbonden aan de Interactie Academie in Antwerpen. Zij benadrukte dat ouders niet weg te denken zijn uit de behandeling van een kind en dat samenwerking met ouders noodzakelijke voorwaarde is voor groei van het kind.

Na de lunch kon een ieder deelnemen aan twee workshops. Ook de workshops waren allen gericht op het krijgen van handvatten in de samenwerking met ouders. Het viel op dat er erg hard werd gewerkt in de workshops. Er werd flink gediscussieerd en uitgewisseld. Het is altijd weer mooi om te zien hoe geïnspireerd mensen raken van elkaar.

Maar dan weer naar de praktijk van alledag en dan is het niet zo simpel om ouders die plek te geven die ze verdienen. Want hoe doe je dat als je alleen staat op een groep; hoe doe je dat als ouders je al voor de 10<sup>e</sup> keer bellen op een avond; hoe doe je dat als je merkt dat ouders alleen maar kritiek hebben op jouw functioneren.....

Systeemgericht werken krijg je niet voor elkaar door alleen het volgen van een congres. Systeemgericht werken moet een heel bewuste keuze zijn, die uitgedragen wordt door een hele instelling en waarbij je elkaar hard nodig hebt om voorwaarden te scheppen, om feedback te vragen, om stoom af te kunnen blazen. Maar vooral om mogen en durven leren van fouten die je maakt en successen die je wijzen hoe je verder moet.

Tevreden kon ik terugblikken aan het eind van de dag. Eenmaal in de auto zette ik de radio aan en klonk weer exact hetzelfde lied van Meatloaf. Zo was ook deze cirkel weer rond.

## HET BELANG VAN HET KIND IN EEN BREDER PERSPECTIEF

Een beknopte neerslag van de lezing tijdens het congres  
'Systeemgericht werken in de LVG-instellingen'  
7 april 2005 te Oosterbeek.

*Mieke van Daele<sup>1</sup>*

*Hoe belangrijk kan het voor een kind zijn om de belangen van andere betrokkenen uit het netwerk te betrekken in de hulpverlening? Een systeemtheoretische invalshoek waarin naar alles wat zich rond een kind afspeelt wordt gekeken staat soms op gespannen voet met de maatschappelijke druk om voornamelijk met het kind bezig te zijn. 'Het belang van het kind' maakt dat andere belangen naar de achtergrond verdwijnen. Wanneer diverse belangen onderling concurrerend zijn, kan een te sterke verenging van de hulpverlenersblik tot een verharding van standpunten leiden, tot een isolering van betrokkenen en tot het vastlopen van het hulpverleningsproces. Concreet betekent het rekening houden met de vele belangen niet dat iedere belanghebbende ook direct in het hulpverleningsproces wordt betrokken. Het is niet altijd zinvol een ieder vanaf het eerste moment 'rond de tafel' te hebben.*

### **Inleiding**

Als voorbeeld een man en een vrouw (Inez) die van de stad naar een plattelandsdorp verhuizen, waar de man een tandartspraktijk opstart. Ze krijgen uiteindelijk drie kinderen, twee meisjes en een jongen. Toen de kinderen kwamen gaf moeder haar baan op om voor de kinderen te zorgen en mee te helpen als assistente in de praktijk.

Lange tijd loopt het in dit gezin erg goed, de vele verschillende belangen vinden een evenwicht waarin iedereen zich goed kan voelen. Langzamerhand echter raakt de balans zoek: het belang van de man krijgt voor de vrouw proporties waarin zij geen ruimte meer voelt: de praktijk gaat voor alles, de vrouw voelt zich verengen en heel erg alleen staan in de zorg en opvoeding van de kinderen (in haar moederrol), als vrouw voelt ze geen erkenning en verbondenheid meer met haar man. Ze beslist te scheiden van hem.

Onderstaande reflecties van Inez<sup>2</sup> weerspiegelen een complexiteit van belangen:

*“ Gevoelsmatig wilde ik mijn kinderen meenemen; ze waren nog zo klein. De kinderen bij me houden, zou echter betekenen dat mijn man zijn praktijk zou moeten verkopen. Het huis*

---

<sup>1</sup> Mieke Van Daele (1967) is orthopedagoog-psychotherapeut. Zij werkte binnen de ambulante kinderpsychiatrie en de Bijzondere Jeugdzorg met kinderen en gezinnen. Zij is als opleider verbonden aan de Interactie Academie te Antwerpen en schreef eerder artikels over de maatschappelijke druk op ouderschap en hulpverlening bij mishandeling. Mieke van Daele is mede-auteur van het recent verschenen boek 'Spelen met werkelijkheden. Systeem-theoretische psychotherapie met kinderen en jongeren' (Reijmers E., Cottyn L. en Faes M. (red.), Uitgeverij Bohn Stafleu Van Loghum, 2005) waarin zij een artikel schreef over gestructureerd en vrij spel.

<sup>2</sup> De citaten van Inez zijn ontleend aan Van Hennik, 1996.

*was te groot voor hem alleen. Tevens zou ik alimentatie voor de kinderen moeten krijgen en dat zou voor hem zijn faillissement betekenen. Vanuit die positie weggaan, zou niet alleen voor hem, maar eigenlijk voor iedereen een heleboel moeilijkheden hebben gegeven. Ook wilde en kon ik niet in ons kleine dorp blijven wonen, zo dicht bij mijn man. Hij had een belangrijke positie. En een alleenstaande moeder en een gescheiden tandarts die zo dicht bij elkaar blijven wonen in een christelijk dorpje zou niet goed uitpakken.*

*Mijn man en ik hebben aan de meisjes gevraagd wat zij het liefste wilden. Het was voor hen meteen duidelijk. Zij wilden niet uit het dorp weg. Onze jongste was te klein om de vraag voor te leggen. In eerste instantie zou hij met mij meegaan, maar al snel werd duidelijk dat hij zijn zusjes niet kwijt wilde. Hij werd onrustig en ging weer bedplassen. Toen mijn man hem een keer vroeg of hij zijn zusjes erg zou gaan missen, kwam datgene eruit wat ons zoontje zelf niet had kunnen zeggen. Hij wilde niet bij hen weg.*

*Konden we ze zomaar wegrukken uit hun vertrouwde omgeving en alles wat hun dierbaar en veilig was? Deze vraag bleven we onszelf gedurende het hele proces stellen. Meegaan zou voor hen een grote stap betekenen. Daarnaast was ik van plan om weer te gaan werken; ik zag mezelf niet hele dagen thuiszitten en wachten op de kinderen. Ik zou dus minder beschikbaar zijn. Het was voor ons allen een heel schadelijke situatie, maar het zou de minste schade aanrichten als ik alleen zou weggaan. De kinderen zouden in hun eigen omgeving blijven en zouden hun eigen school en vriendjes en ook hun welstand houden. Naast het belang van de kinderen en van mijn man speelde ook mijn eigen belang een belangrijke rol. Weggaan betekende een toekomst vol onzekerheden. Ik moest helemaal van voren af aan beginnen; .... Het was zo'n gigantische belangenafweging tussen mijn eigen leven en mijn gezin met mijn kinderen." (Tekst p. 29-31).*

In het verhaal van de vrouw zijn twee elementen af te leiden:

1. Er spelen veel belangen rond een kind (gezinsbelangen; persoonlijke ontplooiing van de ouders; maatschappelijke en sociale positie; religie; school) en het belang van het kind laat zich niet eenduidig bepalen.
2. De maatschappelijke druk die dwingt om vooral vanuit het kind te gaan denken (op het moment dat deze vrouw beslist van haar man te scheiden gaan vragen en twijfels een rol spelen: Wat zou 'het dorp' niet denken?; In hoeverre mag je persoonlijke belangen laten meespelen?).

Wanneer je als moeder niet bij je gezin blijft (en in het bijzonder bij je kinderen), ben je 'een slechte moeder' want je zet het belang van het kind niet op de eerste plaats. Je krijgt dus geen krediet voor een dergelijke beslissing. Maatschappelijk voelde Inez later ook hoe de uitbouw van een carrière een tweede veroordeling inhield: 'Ze is weggegaan om carrière te maken'.

*"De kinderen voelden zich in het begin erg in de steek gelaten: ze kwamen in opstand, waren heel boos en hebben een tijd lang absoluut niet begrepen waarom ik wegging. Het was zo vreemd voor hun. Later vertelden ze mij: 'Mama, wat was het fijn dat we daar konden blijven wonen.' En mijn twee dochters zeiden een keer 'je hebt groot gelijk gehad dat je bent weggegaan'." (p. 31-32)*

Het verhaal van Inez is een illustratie van de stelling dat écht werken in het belang van het kind steeds ook betekent dat je rekening houdt met de vele andere belangen. Soms is er een omweg nodig die op het eerste gezicht het belang van het kind niet lijken te dienen maar op langere termijn duidelijk wel.

### **Hét belang van het kind: geen eenduidig begrip**

Wanneer er gesproken wordt over het belang van het kind, dan lijkt dit vaak een heel eenduidig begrip, alsof meteen duidelijk is wat het beste is voor een kind. Hét belang van het kind bestaat echter niet! Wat wél bestaat is een enorme hoeveelheid visies en opvattingen over het belang van het kind. Een ouder kan een kind (en dus het belang van het kind) nooit zien zoals een leerkracht het ziet en omgekeerd. Een groepsleider kan het kind nooit zien zoals de logopedist het ziet. De raadsonderzoeker kan het kind nooit zien zoals de slager op de hoek het ziet. Oma kan haar kleinkind nooit zien zoals een broer zijn zusje ziet; enzovoort, enzovoort.

“Visies op het belang van het kind zijn vaak positiegestuurd, niet kindgestuurd” (Baert, 1990). De vele uitspraken omtrent het belang van het kind worden gedaan zonder dat men het kind als Ander in beeld heeft. Uitspraken worden gedaan met allerlei opvattingen in gedachten. Over wat en hoe het kind moet zijn, wat het moet hebben, kunnen, et cetera. Het gebeurt dus nogal eens dat mensen menen te weten wat het belang van het kind is, maar dat bij nader inzien blijkt dat het kind zelf er een heel andere visie op nahoudt. Als voorbeeld hiervan: Onze zoon mag terug van het schoolinternaat naar huis komen, want de verbouwingen zijn nu achter de rug. Nu blijkt dat de zoon eigenlijk liever op het internaat zou willen blijven.

De betrokkenen rondom een kind vertegenwoordigen ieder vanuit zijn/haar specifieke stoel specifieke belangen. De belangrijke personen rond een kind zijn dan ook rijk aan belangen. Welk belangen zij precies vertegenwoordigen is vaak niet onmiddellijk helder en vraagt om een nadere verkenning.

Een willekeurige greep aan opvattingen:

- kinderen hebben rechten, een heleboel, die moeten gerespecteerd worden (onze kinderrechtencommissaris)
- kinderen moeten kansen krijgen tot ontplooiing, ontwikkeling (de leraar)
- kinderen dienen beschermd te worden (gezinsvoogd)
- kinderen mag je geen geweld aandoen (opa en oma)
- kinderen mag je niet traumatiseren (de kinderarts)
- kinderen moet je leiden, structureren, begrenzen, gezag leren kennen (de leidster van de peuterspeelzaal)
- kinderen moeten goed verzorgd worden (de kruiswerkverpleegkundige)
- kinderen moeten ruimte krijgen (tot spelen, tot leren, tot spreken, ...)
- kinderen moeten een plaats krijgen in de samenleving
- je moet rekening houden met een kind
- kinderen mogen niets tekort komen
- kinderen moeten mee kunnen met hun vrienden en leeftijdgenoten
- ...

Afhankelijk van hoe men kijkt naar kinderen (als kwetsbaar, als weerbaar, als van nature goed of van nature slecht, ...) zal men bepaalde specifieke aspecten meer naar voor halen. In veel gevallen hoeft dit niet tot een impasse te leiden. Van een conflict tussen het belang van het kind en dat van anderen is geen sprake als men de betrokkenheid van een ieder op hetzelfde kind kan inzien. Men ziet dat men weliswaar soms op een heel verschillende stoel, tóch samen aan de zelfde tafel rondom het kind zit.

### **De maatschappelijke druk en de verenging in het perspectief**

Niet alleen wanneer we kijken naar opvoeding, maar ook wanneer we lezen en nadenken over opvoeding, dan valt het op hoe zich telkens weer een specifiek perspectief opdringt: dat van het kind, 'Hoe gaat het met de kinderen?' vraagt men aan elkaar. Telkens weer treedt het kindbelang meteen op de voorgrond én het verdringt de andere belangen (o.a. dat van de ouder) en perspectieven naar de achtergrond. De zorg voor bijvoorbeeld de ouder staat niet meteen op de voorgrond: 'Hoe is het met de ouder?', is een veel minder gehoorde vraag. Het is een onzichtbaar proces dat ons doet kijken vanuit de ogen van een kind, dat ons vanuit de schoenen van een kind in de wereld stelt. Van der Pas (2003) schrijft hierover in haar boek 'A serious case of neglect': "we zijn behept met een instinctieve voorkeur voor het kindperspectief." Het is veel moeilijker om bijvoorbeeld in de schoenen van de ouder te gaan staan en door de ogen van de ouder naar opvoeding en ouderschap te gaan kijken. Zeker wanneer we het hebben over situaties waarin we op een of andere manier voelen hoe kinderen iets tekort komen of geweld wordt aangedaan. Dan treedt meteen de verenging op de voorgrond en lukt het niet goed meer om breder te kijken dan het kindperspectief.

De maatschappelijke druk om het kind belang op de eerste plaats te zetten is erg groot en maakt het moeilijk om breed te blijven kijken en de andere belangen niet uit het oog te verliezen. Breed maatschappelijk leeft ook de idee: als het met de kinderen niet goed gaat, ligt het aan de ouders. Zij zijn de eersten die verdacht gemaakt worden. Dit alles maakt ouders tot een zeer kwetsbare groep.

### **De deskundigen: druk vanuit de opdracht en de maatschappij**

Hulpverleners ontkomen niet aan de maatschappelijke druk die het belang van het kind op de voorgrond zet. Deze druk wordt soms zeer lijfelijk gevoeld wanneer men de indruk heeft dat er niet meer in het belang van het kind gedacht wordt:

Ook binnen opleidingen wordt het kindbelang vaak centraal gesteld; men wordt toch vooral opgeleid tot kinddeskundige (groepswerker, pedagoog, psycholoog).

Ook als het de expliciete opdracht is om met anderen (de ouders of het netwerk) te werken, is de maatschappelijke druk van het kindbelang vaak duidelijk voelbaar. Anderen zullen ons het belang van het kind terug presenteren als een niet over het hoofd te zien gegeven. Daarnaast voelen we als hulpverlener snel iets van de complexiteit aan visies omtrent het belang van het kind: er zijn niet alleen veel ideeën omtrent hoe je het belang van het kind het beste dient, er blijkt maatschappelijk ook een soort overeenstemming te zijn dat sommige van die ideeën het belang van het kind beter dienen dan andere. Afwijkingen van die ordening kunnen vaak niet direct gezien worden als het belang van het kind dienend. Het is dus zaak om een eigen ruimte tot verbreding te creëren, een alertheid te ontwikkelen om breed te kunnen blijven kijken.

### **Verschillende belangen en waarheidsgevechten**

Meestal lopen de verschillende belangen rondom een kind parallel, wat steun en verbondenheid geeft. Soms echter kan een sociaal netwerk rond een kind ook een mijnenveld worden, een strijdarena waarin verschillende partijen proberen elkaar tot overgave te dwingen.

*De vrouw beslist weg te gaan van haar man. Het maatschappelijk perspectief maakt dat mensen vooral zien hoe ze als moeder haar kinderen in de steek laat en hun belang niet langer dient. Met andere woorden, ze respecteert de volgorde ('het belang van het kind voorop!') niet en dat voelt ze.*

Wanneer het verschil gelegen is in verschillende visies aangaande de aanpak en zorg van het kind, dan kan dit een probleem worden wanneer mensen sterk gaan vasthouden aan hun visie als de enige juiste visie, de waarheid. Een andere visie ernaast zetten, komt voor hen over als hen in het ongelijk stellen. We riskeren hier een strijd om de waarheid te krijgen, het ene belang versus het andere. Dit is herkenbaar in sommige situaties van echtscheiding, van pleegzorg, van adoptie, van plaatsing maar ook gewoon daar waar verschillende betrokkenen rondom het kind anders lijken te denken:

*De leerkracht wil dat de ouders thuis veel oefenen met lezen samen met het kind. Thuis gebeurt dat niet. Vader vindt dat zoon thuis geen vrienden mag uitnodigen, moeder vindt dat hij het wel mag. Een vader die gescheiden is, wil niet dat zijn dochter nog bij moeder langs gaat. De dochter wil dat wel. De grootouders aan moeders kant steunen het kleinkind om te gaan opdat zij hun kleinkind dan ook nog zien. De nieuwe partner van vader wil niet dat ze nog langer naar daar gaat want ze komt toch alleen maar met kritiek op haar terug. De grootouders aan vaders kant willen evenmin dat er nog contact is met de moeder die uit een slechte familie komt...*

In deze situaties dreigen we terecht te komen in een discours van tegenpartijen wat gemakkelijk tot vechtsituaties kan leiden. Iedereen heeft van elkaar de indruk dat ze het belang van het kind niet dienen. Ondertussen is men wel met zijn allen een, weliswaar niet echt constructieve, immense inzet aan het leveren om, elk op zijn manier, het belang van het kind te bewaken. Ergens heeft men het nog wel altijd over hetzelfde, alleen is dat onzichtbaar geworden. Om in het beeld van de tafelsituatie te blijven: de tafel is verdwenen, een ieder zit alleen nog maar op zijn eigen stoel.

### **Valkuilen in de hulpverlening**

De belangenverschillen kunnen zich op vele manieren voordoen, bijvoorbeeld:

- we zien hoe betrokkenen op het kind andere standpunten innemen en daarover vechten
- we merken hoe we onderling als collega's ook soms andere belangen vooropstellen en riskeren om daarover te gaan vechten
- we merken hoe onze standpunten sterk verschillen van die van ouders en het ons moeilijk maken
- we merken als dienst hoe andere instanties andere belangen op de voorgrond zetten en het ons als dienst moeilijk maken.

Als men echter inziet dat men op verschillende manieren het belang van het kind kan behartigen kan men over de verschillen heenstappen en tot samenwerking komen. Wanneer we van elkaar zien dat we allen hard ons best doen, elk op zijn manier, om het welzijn van het kind na te streven, kunnen we het verschil hebben. Voorwaarden hiervoor zijn wel dat men zich erkend voelt in zijn standpunt, zijn visie en zijn manier van werken.

Een grote valkuil in de hulpverlening is dat door het niet beseffen van de maatschappelijke druk, onze blik verengt en ons vast zet in de kinderstoel. Heel ons denken, voelen en handelen raakt erop gericht om het verschil (in visie) zo snel mogelijk op te lossen en ons eenzijdig te gaan richten op dat 'enge' kindbelang. Aan dit streven kunnen echter risico's vastzitten: het risico dat een kind geïsoleerd raakt van de vele andere belangen, van de vele andere betrokkenen rondom hem/haar. Maar ook het risico dat de betrokkenen hun standpunt verharder, een gevoel hebben niet gehoord te worden en aldus nog harder gaan

proberen hun standpunt te uiten. Waar uiteraard het waarheidsgevecht weer om de hoek loert.

Kortom, we krijgen isolatie als effect in plaats van verbondenheid, waarmee het belang van het kind niet echt gediend wordt.

### **Samenvattend: aanknopingspunten voor het omgaan met vele belangen**

Het als hulpverlener werken met verschillende belangen is geen gemakkelijke opgave. Men wordt geconfronteerd met een veelheid aan visies en belangen die niet altijd met elkaar in overeenstemming zijn. Bovendien is het vaak niet onmiddellijk helder wat precies de concrete belangen zijn die mensen vertegenwoordigen, ondanks de schijnbare evidentie van het begrip 'het belang van het kind'. Bovenal leeft er maatschappelijk een sterke en zeer dominante druk om altijd, steeds weer het kindbelang op de eerste plaats te zetten.

Welke aanknopingspunten geeft dit het hulpverlenend handelen?

- respect voor andere belangen ontstaat vanuit de moeilijke oefening om vanuit de schoenen van een ander te onderzoeken waar voor hem/haar de betrokkenheid en het streven naar welzijn zit; inlevingsvermogen is daarbij niet hetzelfde als iemand gelijk geven, men kan zeer invoelend zijn ten aanzien van een bepaalde visie maar deze toch niet delen
- breed inleven vraagt een zeer flexibele geest en een alertheid ten aanzien van het zich steeds opdringen van het belang van het kind. Dit is geen makkelijke opdracht. Het vraagt een blijvend zoeken en opnemen van de uitdaging van de verbreding. Telkens weer zal men merken hoe de maatschappelijke druk op de schouders weegt en de blik dreigt te verenigen
- omgaan met verschillende belangen is NIET het oplossen van het verschil; behartiging van het belang van het kind betekent de complexiteit niet uit de weg gaan maar het erkennen als een complexiteit waarin ook het kind zijn weg dient te zoeken;
- het leren omgaan met die verschillende belangen is tevens een zoektocht naar de juiste taal. Als een hulpverlener de betrokkenheid met de vele belangen kan vasthouden en dit gegeven in begrijpelijke taal kan gieten, wordt ook het kind houvast gegeven, waardoor het zich ook steviger geplaatst weet in de samenleving
- omgaan met verschillende belangen is soms ook de onoplosbaarheid van het verschil vaststellen en communiceren. Het samen met een kind vaststellen dat bepaalde belangen rondom hem of haar niet op te lossen zijn, kan een kind erg opluchten. Kinderen zijn immers ook geneigd om partijen te gaan verzoenen en leveren soms een immense inzet om dat voor elkaar te krijgen.

### **Conclusie**

Werken met kinderen en de vele belangen die rondom hen spelen is geen gemakkelijke opdracht. Als hulpverlener worden we geconfronteerd met een veelheid aan belangen en we voelen een grote druk het belang van het kind goed te behartigen. Het is zaak vooral te proberen om goed te blijven rondkijken, om de vele belangrijke anderen niet uit het oog te verliezen en goed te onderzoeken op welke stoel ze precies zitten. Het besef dat iedereen vanuit een heel specifieke stoel, een heel specifiek belang betrokken is en in die zin nog steeds aan dezelfde tafel rond het kind zit, kan een helpende gedachte zijn wanneer we door de stoelen de tafel niet meer zien.

### **Referenties**

Baert, D. (1990). "Geen wonder met zo'n ouder..." Over sociale perspectieven en opvoeding. *Systeemtheoretisch Bulletin*, VIII:4, 215-235

- Cottyn, L., (2005). "Veerkracht bevorderen bij ouders die ook psychisch ziek zijn. *Systeemtheoretisch Bulletin, XXIII (2)*, 103-122.
- Marres, P. (2004). De raad van Elf: de elfde hulpverlener, wat maakt het verschil? *Systeemtheoretisch Bulletin, XXII (3)*, 193-209.
- Van Daele, M. (2004). Beperkte invloed in een wereld vol verwachtingen. *Systeemtheoretisch Bulletin, XXII (2)*, 131-142.
- Van den Bergh, B. (2004). Kinderen, opvoeders en maatschappij: verkenningstocht of verplichte wandeling? *Tijdschrift voor familietherapie, X (2)*.
- Van der Pas, A. (2003). *A serious case of neglect: the parental experience of child rearing*. Delft: Eburon.
- Van Hennik, L. (1996). *Ik ga. Moeders die hun gezin verlaten*. Utrecht: Scheffers.
-



## **KENMERKEN VAN JONGEREN MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE HANDICAP EN CRISISHULPVERLENING**

*Irma Fabriek – Van de Glind  
Orthopedagoog  
Marleen Widdershoven – Van der Wal  
Orthopedagoog*

*Crisissituaties komen bij jongeren met een lichte verstandelijke handicap, evenals in de gewone jeugdzorg en de verstandelijk gehandicaptenzorg, veelvuldig voor. Over crisis bij deze specifieke groep is echter nog weinig bekend. In dit onderzoek werd een antwoord gezocht op de volgende vraagstelling: 'Wat zijn de kenmerken van LVG-jongeren die in aanraking komen met crisishulpverlening?'*

Veel jongeren met een lichte verstandelijke handicap hebben de neiging zichzelf te overschatten. Ook door hun omgeving worden ze gemakkelijk overschat, waardoor ze voortdurend het risico lopen overvraagd te worden. Hierdoor doen ze veelvuldig faalervaringen op, wat kan resulteren in een negatief zelfbeeld. Uit onderzoek is gebleken dat mensen met een lichte verstandelijke handicap hierdoor een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen (Masi & Marcheschi, 1998).

Door de extra aandacht en specifieke begeleiding die LVG-jongeren nodig hebben, vormen ze een extra draaglast voor het gezin van herkomst. Een groot deel van de LVG-jongeren blijkt afkomstig te zijn uit zogenaamde 'multiproblem-gezinnen' (Van Hove, 1993). In deze gezinnen is sprake van een verminderde draagkracht. Volgens de crisistheorie van Caplan (1964) kan er een crisis ontstaan wanneer in een cliëntsysteem het evenwicht tussen draaglast en draagkracht verstoord is. De draaglast wordt te groot en/of de draagkracht te klein. Volgens de theorie van Caplan (1964) hebben LVG-jongeren dus een verhoogd risico om in een crisissituatie te raken.

Een crisis kan diverse aanleidingen hebben. In de literatuur wordt vaak een onderscheid gemaakt tussen verschillende typen crisis, op basis van de aanleiding tot crisis. In dit onderzoek werden vanuit de literatuur de volgende zeven typen crisis onderscheiden:

- 1) 'Crisis bij ingrijpende gebeurtenissen', deze ontstaat door een plotselinge gebeurtenis van buitenaf, zoals een verkrachting.
- 2) 'Crisis bij faseovergangen', de persoon of het gezin zijn niet in staat zich aan te passen aan nieuwe eisen van een volgende levensfase, bijvoorbeeld losmakingproblemen.
- 3) 'Crisis bij structureel meervoudige problemen', er zijn al langere tijd problemen in het gezin en de gehanteerde oplossingsstrategieën zijn niet adequaat. Hierdoor raakt het gezin gemakkelijk uit evenwicht.
- 4) 'Crisis bij verzorgingsproblematiek', de noodzakelijke ondersteuning valt weg, doordat bijvoorbeeld het gezin vastgelopen en uitgeput is geraakt en hierdoor niet meer in staat is de nodige zorg te bieden.
- 5) 'Crisis bij acute psychiatrische problematiek', er doen zich plotseling psychiatrische symptomen voor, zoals een psychose.

Deze vijf typen crisis worden onder andere genoemd door Konijn e.a. (2001) en Van Deur & Mourits (2002).

- 6) 'Existentiële crisis' of bestaanscrisis, de persoon is niet in staat zich aan te passen aan thema's die in ieders leven voorkomen, zoals omgaan met dood.

7) 'Systeemcrisis', de onderlinge omgang in het systeem is ernstig verstoord, er komen bijvoorbeeld veel ruzies voor

Deze twee typen worden genoemd door Brinkman & Van den Berg (1992).

Verskillende auteurs wijzen erop dat een enkelvoudige crisis niet vaak voorkomt. Meestal is er sprake van een mengvorm van verschillende typen (Brinkman & Van den Berg, 1992; Konijn e.a., 2001; Van Deur & Mourits, 2002). Verwacht wordt dat wanneer de aanleiding voor crisis verschillend is, ook de kenmerken van de jongeren in een crisissituatie zullen verschillen. In dit onderzoek werd daarom tevens een antwoord gezocht op de volgende vraagstelling: Welke samenhang is er tussen verschillende typen crisis en kenmerken van jongeren die op een crisisplaats zijn opgenomen in een LVG-instelling? Tevens is onderzocht of er verschillen zijn in kenmerken tussen jongens en meisjes.

### **Methode van onderzoek**

#### *Populatie en steekproef*

De onderzoekspopulatie bestond uit 53 jongeren met een lichte verstandelijke handicap in de leeftijd van 12 tot 21 jaar die zijn opgenomen in een instelling voor licht verstandelijk gehandicapten in verband met een crisis. Er zijn twee instellingen bij het onderzoek betrokken.

### **Instrument**

Als methode van dataverzameling is gekozen voor dossieranalyse. Bij beide instellingen zijn sociaal-wetenschappelijke dossiers doorgenomen, van maximaal 3 jaar oud. Om deze analyse systematisch te kunnen uitvoeren is vooraf een checklist ontwikkeld. Deze checklist is gebaseerd op het systeem voor dossieranalyse van Van Ploeggeest (2002), in de literatuur vermelde kenmerken van LVG-jongeren en kenmerken van personen in een crisissituatie en de in de definitie van het AAMR (1992) genoemde kenmerken van een verstandelijke handicap. Voorafgaand aan het onderzoek is een pilot uitgevoerd van een achttal dossiers, waarna nog een aantal items zijn toegevoegd en items zijn weggelaten. De checklist bestond uit 172 items. De meeste items konden gescoord worden met 'ja' of 'nee'. Op de checklist werd gescoord of de persoon al dan niet aan dit kenmerk voldeed. De overige items bestonden uit open vragen. De gegevens die hierbij werden verzameld zijn achteraf verdeeld in een aantal categorieën.

### **Resultaten en discussie**

#### *Persoonskenmerken*

##### *Algemeen*

De steekproef bestond uit 30 jongens (57%) en 23 (43%) meisjes. De gemiddelde leeftijd van de jongeren was 15;2 jaar. De Intelligentie Quotiënt van de jongeren varieerde van 65 tot 97, met een gemiddelde score van 72. Volgens de IQ-grenzen van het DSM-IV (1994) was 6% van de jongeren normaal begaafd, 47% zwakbegaafd, 36% LVG en van 11% was het IQ onbekend.

##### *Psychiatrische stoornissen*

In totaal had 70,3% van de personen minstens één gediagnosticeerde of vermoedelijke psychiatrische stoornis. In dit onderzoek werden de volgende gediagnosticeerde of vermoedelijke psychiatrische stoornissen gevonden: Gedragsstoornis, ADHD, Reactieve hechtingsstoornis, Pervasieve ontwikkelingsstoornis, Psychotische stoornis/schizofrenie, Stemmingsstoornis, Posttraumatische stressstoornis en Aanpassingsstoornis. Deze resultaten komen overeen met kenmerken die in de literatuur over mensen met een lichte verstandelijke handicap beschreven worden (Masi & Marcheschi, 1998).

### *Gedrag*

In het onderzoeksinstrument werden 15 verschillende probleemgedragingen onderscheiden. Het aantal gedragsproblemen per persoon varieerde van 2 tot 12, met een gemiddelde van 7. Uit onderzoek blijkt dat mensen met een lichte verstandelijke handicap een groter risico lopen op het ontwikkelen van gedragsproblemen dan normaal begaafde mensen (Masi & Marcheschi, 1998).

In dit onderzoek kwamen met name agressief gedrag en recalcitrant gedrag voor (zie tabel 1). Ook in ander onderzoek naar crisis bleek in veel gevallen de aanmeldingsreden voor de crisis agressie of eigenzinnig gedrag te zijn (Konijn e.a., 2001). 43,4% van de jongeren vertoonde seksueel probleemgedrag. Delinquent gedrag werd door 69,8% van de jongeren vertoond. Van Ploeggeest (2002) vond eveneens veel delinquent gedrag.

Probleemgedrag	n	%
Agressief gedrag	49	92,5
Recalcitrant gedrag	51	96,2
(Dreigen met) een suïcidepoging	14	26,4
Automutileren	7	13,2
Dwangmatig gedrag	5	9,4

Tabel 1. Aantal jongeren per type probleemgedrag

### *Hulpverleningsverleden*

Veel van de jongeren hadden in het verleden al hulpverlening gehad (soms meermalen hetzelfde type), zoals ambulante (81,1%) of residentiële hulpverlening (56,6%). Voor de huidige crisisaanmelding stonden 32 jongeren (60,4%) op een wachtlijst voor hulpverlening. Voor de helft van de jongeren was deze opname voor crisis niet hun eerste crisisopname (49,1% had één tot vijf eerdere crisisopnamen meegemaakt). Daarnaast had 81,1% van de jongeren overige vormen van hulpverlening gehad. Van Ploeggeest (2002) vond ook veel jongeren die al eerder in contact waren geweest met hulpverlening.

De leeftijd waarop het eerste contact met hulpverlening plaatsvond was in dit onderzoek gemiddeld 8 jaar en varieerde van 0 tot 16 jaar. Van Ploeggeest (2002) vond een gemiddelde leeftijd van 7;5 jaar bij het eerste hulpverleningscontact.

### *Gezinskenmerken*

#### *Ouders*

Een groot deel van de jongeren kwam uit gebroken gezinnen (71,7%). In 13% van de gevallen had geen van beide biologische ouders het gezag. Justitiële maatregelen kwamen in dit onderzoek bij 43,4% van de jongeren voor. In verschillende onderzoeken worden deze kenmerken eveneens gevonden (Van Hove, 1993; Van Ploeggeest, 2002).

#### *Opvoeding*

Bij het grootste deel van de ouders in de steekproef (86,8%) was er sprake van pedagogische onmacht. Er waren maar weinig gezinnen waarin de ouders voldoende regels, structuur en affectie boden. Dit komt overeen met wat in de literatuur wordt beschreven door Van Hove (1993). Veel LVG-jongeren komen uit 'multiprobleem gezinnen'. Van Hove

(1993) omschrijft deze gezinnen als chaotisch en weinig georganiseerd (32,1% in dit onderzoek); structuur en planning ontbreken. Affectieve en/of pedagogische verwaarlozing komen veelvuldig voor (in dit onderzoek 35,8%).

#### *Verschillen tussen jongens en meisjes*

Jongens bleken gemiddeld vaker residentiële hulpverlening te hebben gehad (respectievelijk gemiddeld 1,93 en 0,70) en meisjes vaker overige hulpverlening (respectievelijk gemiddeld 2,52 en 1,47). Het aantal maal ambulante hulpverlening en crisisopnames verschilde niet tussen jongens en meisjes.

Wat betreft de psychiatrische stoornissen kwam de gedragsstoornis vaker voor bij jongens (27%) dan bij meisjes (4%). Bij 17 % van de jongens was een vermoeden van ADHD, bij geen enkel meisje was hiervan een vermoeden. Uit onderzoek blijkt dat ADHD bij jongens drie maal zo vaak voorkomt als bij meisjes. Gedragsstoornis komt ook vaker voor bij jongens dan bij meisjes (Wenar & Kerig, 2000). Alle jongens in de steekproef vertoonden een vorm van agressief gedrag. 83% van de meisjes vertoonde een vorm van agressief gedrag. Volgens Van der Ploeg (1997) komt agressief gedrag bij jongens vaker voor dan bij meisjes. Jongens bleken meer delinquent gedrag te vertonen dan meisjes. Het aantal meisjes (70%) dat seksueel probleemgedrag vertoonde was groter dan het aantal jongens (23%).

#### *Typen crisis*

In het onderzoek is nagegaan of de verschillende typen crisis, zoals beschreven in de inleiding, in de steekproef voorkwamen (zie tabel 2).

Typen crisis	n	%
Verzorgingscrisis	46	86,8
Systeemcrisis	45	84,9
Crisis bij structurele meervoudige problematiek	34	64,2
Crisis bij bedreiging voor zichzelf of anderen	17	32,1
Psychiatrische/ psychische crisis	10	18,9
Crisis bij faseovergang in de ontwikkeling	7	13,2
Crisis bij ingrijpende gebeurtenissen	6	11,3
Bestaanscrisis	0	--

Tabel 2. Aantal jongeren per type crisis

Tijdens het verwerken van de resultaten bleek dat bij veel jongeren de aanmeldingsreden voor crisis was om de jongere of de omgeving van de jongere te beschermen. Verschillende auteurs maken een onderscheid tussen een 'gewone' crisis en een 'acute' crisis. In het geval van een 'acute' crisis dreigt er acuut gevaar voor de cliënt of zijn omgeving, waarbij onmiddellijke interventie nodig is (Konijn e.a., 2001; Van Deur & Mourits, 2002). Om deze reden is er een achtste type crisis toegevoegd, namelijk 'Crisis bij bedreiging voor zichzelf of anderen'.

De aanmeldingsreden voor crisis van de jongeren in de steekproef bleek in de meeste gevallen onder te brengen bij verschillende typen crisis (98,1%). Verschillende auteurs wijzen er in de literatuur op dat er meestal sprake is van een mengvorm van verschillende typen (Brinkman & Van den Berg, 1992; Konijn e.a., 2001; Van Deur & Mourits, 2002).

#### *Verskil in kenmerken bij verschillende typen crisis*

Verwacht werd dat wanneer de aanleiding voor crisis verschillend is, ook de kenmerken van de jongeren in een crisissituatie zullen verschillen. Helaas bleek het niet mogelijk een eenduidig onderscheid te maken tussen jongeren naar de verschillende typen crisis. Veel typen crisis bleken bijna altijd of bijna nooit voor te komen bij de jongeren. Alleen de typen crisis 'crisis bij structurele meervoudige problemen' en 'crisis bij bedreiging voor zichzelf of anderen' zijn met andere typen crisis vergeleken, omdat deze redelijk verdeeld waren over de steekproef.

#### *'Crisis bij structureel meervoudige problemen'*

Jongeren met 'Crisis bij structureel meervoudige problemen' bleken gemiddeld meer verschillende gedragsproblemen te vertonen dan jongeren met een ander type crisis. In de literatuur staat vermeld dat deze jongeren doorgaans niet-adequate copingstrategieën gebruiken (Konijn e.a., 2001; Van Deur & Mourits, 2002). Ook bleken ze vaker ambulante hulpverlening gehad te hebben in het verleden dan mensen zonder dit type crisis. Deze samenhang wordt ook in de literatuur beschreven. Door hun niet-adequate copingstrategieën hebben deze jongeren vaak chronische, meervoudige problematiek. Zij hebben de neiging om tijdens crisis gebruik te maken van professionele hulp, maar zodra de crisis over is vallen zij terug in hun oude gedrag. (Konijn e.a., 2001; Van Deur & Mourits, 2002).

#### *'Crisis bij bedreiging voor zichzelf of anderen'*

Van deze jongeren vertoonde 88% een vorm van delinquent gedrag. Jongeren die een bedreiging waren voor zichzelf of anderen lokten significant vaker conflicten uit met volwassenen dan jongeren met een ander type crisis. De opvoedingsstijl was significant verschillend voor jongeren met 'crisis bij bedreiging voor zichzelf of anderen' en zonder deze crisis. Er is minder vaak sprake van onvoldoende opvoedingsvaardigheden dan in gezinnen met een ander type crisis. Voor deze bevindingen is geen verklaring te geven vanuit de literatuur.

#### **Aanbevelingen**

Uit dit onderzoek blijkt de jongeren die belanden in crisis vaak al eerder hulpverlening hebben gehad of op een wachtlijst staan van hulpverlening. Blijkbaar zijn er al eerder problemen gesignaleerd in deze gezinnen, maar kan een crisis toch niet worden voorkomen. Hiervoor wordt in dit onderzoek geen verklaring gegeven. Hiernaar kan nader onderzoek worden gedaan.

#### **Literatuur**

- American Association On Mental Retardation (1992). *Mental Retardation. Definition, Classification and Systems of Supports (9th ed.)* Washington, DC: AAMR
- DSM-IV. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistic Manual of mental disorders*. Washington: APA
- Brinkman, F. & Berg, van den, R. (1992). *Crisishulpverlening*. Houten/ Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum
- Caplan, G. (1964) *Principals of Preventive Psychiatry*. New York/ Londen: Basic Books, Inc., Publishers.
- Konijn, C., Boelhouwers, K. & Cavelaars, E. (2001). *Ambulante crisisinterventie bij jeugdigen in de agglomeratie Amsterdam*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Masi, G. & Marcheschi, M. (1998). Adolescents With Borderline Intellectual Functioning: Psychopathological Risk. *Adoloscence*, 33, 416-425.
- Van der Ploeg, J.D. (1997). *Gedragsproblemen: ontwikkelingen en risico's*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Van Deur, H. & Mourits, E. (2002). *Crisis als kans*. Dordrecht: SSKW Dordrecht.

- Van Hove, G. (1993). Personen met een lichte verstandelijke handicap. Recente theorievorming met consequenties voor de dagelijkse begeleidingspraktijk *TOKK*, 18(4), 158-172.
- Van Ploeggeest, J. (2002). *Risicofactoren voor plaatsingsproblemen bij jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap*. Nijmegen: Doctoraalscriptie KUN.
- Wenar, Ch. & Kerig, P. (2000). *Developmental Psychopathology. From infancy through Adolescence*. Singapore: McGraw-Hill international editions.
-

## **SOCIALE VAARDIGHEDEN IN PERSPECTIEF KUNNEN LVG-JONGEREN PERSPECTIEFNEMEN?**

*Annematt Collot d'Escury  
Universiteit van Amsterdam*

LVG-jongeren staan in het sociale leven vaak “buiten spel”. Zij hebben moeite aansluiting te vinden bij hun leeftijdgenoten, zij kunnen zich niet voegen in de spelletjes van de anderen, ze raken, onbedoeld, telkens weer verzeild in conflicten, worden dikwijls gepest, hebben weinig vriendjes en belanden niet zelden in het delinquenten circuit.

Kortom LVG-jongeren hebben moeite zich staande te houden in het sociale verkeer.

Dat is op zichzelf geen wonder, daar ‘selecteren’ we ze immers op:

”Licht verstandelijk gehandicapte jongeren zijn personen tot circa 21 jaar die in hun ontwikkeling zijn belemmerd en die zich op grond van hun lager intellectueel functioneren en beperkte sociale redzaamheid niet (zonder) hulp kunnen handhaven in één of meer reguliere maatschappelijke verbanden (gezin, school, werk, groep, leeftijdgenoten, buurt)” (NVGz-nota, 1995; van Weelden, 1988).

Om je te redden in het sociale verkeer moet je begrijpen wat een ander zegt, wat een ander bedoelt, weten wat de sociale norm is en die norm adequaat omzetten in competent gedrag. In een vorige O & P (Collot d'Escury, Hartsink & Barnhard, 2004) hebben we gezien dat het voor de LVG-jongeren bij het begin al mis gaat. LVG-jongeren hebben moeite zich in de positie van de ander te verplaatsen, moeite te bedenken wat een ander ziet, maar ook moeite te bedenken wat een ander voelt, wat een ander denkt, of wat een ander zou voelen, ook wel perspectiefnemen genoemd. Perspectiefnemen is een krachtig instrument om grip te krijgen op je sociale omgeving. Kunnen bedenken en begrijpen wat een ander denkt, betekent in veel gevallen dat je kan voorspellen en begrijpen wat een ander doet. Als je dat kunt bedenken word je niet telkens verrast door het gedrag van de ander, word je niet telkens overvallen door een situatie die je niet verwacht had, die je niet had zien aankomen. Het beeld van de LVG-er bij uitstek.

Van Nieuwenhuizen (2004) rapporteerde dat LVG-jongeren vooral moeite hebben met het bedenken van sociaal adequaat gedrag. Zelfs als ze de situatie goed ingeschat hebben, of als de onderzoeker dat voor ze doet, kunnen ze minder adequate oplossingen bedenken. Gemiddeld genomen bedenken ze bovendien niet alleen minder oplossingen, maar ook vaak meer agressieve oplossingen. Van Nieuwenhuizen onderzocht of LVG-jongeren weten hoe ze in verschillende sociale situaties (een binnenkomstsituatie: twee kinderen zijn verdiept in hun spel en een derde – de proefpersoon - wil meedoen; en een spelsituatie waarbij het spel bij één van beiden telkens vastloopt) het beste zouden kunnen reageren. De LVG-jongeren lijken de situaties goed te begrijpen en te analyseren en ze kunnen prima bedenken wat ze zouden moeten doen. In de praktijk lijken ze echter vooral terug te vallen op agressief gedrag. Opvallend is dat de LVG jongeren niet alleen meer agressieve oplossingen kiezen, maar vooral, en misschien bovenal, vaak meer onderdanige ‘submissive’ oplossingen zoeken (ze halen de leerkracht of de groepsleider erbij, of ze wachten net zo lang tot de ander met een initiatief komt) en weinig assertieve oplossingen. Ze kiezen weinig oplossingen waarbij ze zelf het initiatief nemen, de situatie actief ‘te lijf’ gaan. Ze geven zelf aan niet in de goede afloop en in de efficiëntie van hun eigen gedrag te geloven. Het is de vraag of ze alleen negatieve oplossingen kunnen bedenken of dat ze vooral negatieve submissivee oplossingen noemen omdat ze niet geloven dat die andere oplossingen bij hun het gewenste effect sorteren. ‘Dat helpt bij mij toch niet’. ‘Ze luisteren

toch niet naar mij'. 'Als ik vraag of ik ook eens mag, krijg ik toch geen antwoord (waarom zou ik het dan nog vragen).'

Laten we het eens vergelijken met een kind dat stottert. Een kind dat stottert, kan stotteren vanwege problemen op motorisch gebied (mondmotoriek of spierspanning). Hoewel het stotteren een puur technische/motorische achtergrond heeft, zal het vrijwel altijd zijn weerslag hebben op het emotionele functioneren van het kind en het vertrouwen in de eigen vaardigheid. Kinderen die stotteren krijgen dikwijls minder vaak een beurt. Het duurt nu eenmaal wat langer voordat het antwoord er is, en daar is niet altijd genoeg tijd voor in een klas. Stotteren is bovendien vaak een reden voor klasgenootjes om te pesten. De meeste kinderen die stotteren vinden het dan ook helemaal niet leuk dat ze stotteren. Een kind dat stottert kan daar onzeker van worden en aan zich zelf gaan twijfelen. De technische of motorische problemen, die de achtergrond zijn van het stotteren, hebben dus over het algemeen geen positieve invloed op de emotionele ontwikkeling. Maar daar blijft het niet bij. Als je toch nooit een beurt krijgt houd je op een goed moment ook op met nadenken over het goede antwoord, waarom zou je ook. Als je het weet krijg je immers toch geen beurt. En dat zelf nadenken is weer heel belangrijk voor de cognitieve ontwikkeling, dus ook de cognitieve vaardigheden lijden eronder. Ze worden in ieder geval minder gestimuleerd dan die van de niet stotterende buurman. Dat is wat de LVG-er in sociaal opzicht overkomt: hij is wat trager, valt uit de boot, verliest zijn zelfvertrouwen, maar ontwikkelt ook zijn kennis en vaardigheden niet en heeft geen vertrouwen meer in de vaardigheden die hij wellicht nog wel bezit.

Onderzoek op basisscholen geeft aan dat kinderen elkaar beoordelen op de mate van sociale vaardigheid die zij hebben (Kuik, 1996). Kinderen verdelen hun klasgenoten in 'leuke' en 'stomme' kinderen. De laatste zijn kinderen die te wild zijn, te sloom, zich teveel beroepen op hun slimheid, oneerlijk en asociaal doen. Te sloom is ook stom, want dan heb je het schoolwerk niet af, ben je te stil en te zwijgzaam. In feite heeft een kind met een licht verstandelijke handicap dus in sociaal opzicht dikwijls een dubbele handicap: (i) het kind heeft onvoldoende sociale vaardigheid ter beschikking en (ii) het kind moet vanuit een sociaal gedepriveerde positie functioneren

Gresham (1986) onderscheidt verschillende vormen van *niet kunnen*:

*Vaardigheids - tekorten*, het kind weet niet hoe het een gesprekje kan beginnen, of hoe het ervoor kan zorgen dat anderen meer rekening met hem gaan houden of kan zich niet verplaatsen in de gedachten of gevoelens van de ander.

*Performance - tekorten*, het kind voert het gedrag niet, of te weinig, uit, bijvoorbeeld in de schoolklas. Dit kan te maken hebben met onvoldoende gelegenheid krijgen om het toe te passen, of met een gebrekkige motivatie.

*Zelfcontrole - tekorten*, het kind heeft geen (sociale/sociaal cognitieve) vaardigheden geleerd, omdat emotionele arousal dit verhindert. Belangrijkste vormen van emotionele arousal zijn bijvoorbeeld angst, woede en impulsiviteit. Sociale angst (lees sociale traagheid) kan de omgang met andere kinderen in de weg staan waardoor ontwikkelingen als perspectiefnemen moeilijk op gang komen. Angstige kinderen hebben sterk de neiging zich op een heel klein en veilig terrein terug te trekken. Daardoor exploreren zij weinig met nieuwe vaardigheden, neem bijvoorbeeld lopen. Als je niet oefent met lopen, leer je ook niet dat vallen geen kwaad kan en blijft lopen eng. Bovendien leer je niet hoe leuk het is als je kan lopen dus mis je de positieve ervaringen die zelfs een beetje angst de moeite waard maken en je mist een enorme hoeveelheid nieuwe ervaring waardoor veel onbekend blijft en er dus veel is om bang voor te zijn.



*Zelfcontrole-performance – tekorten*, het kind heeft de sociale vaardigheden wel in zijn repertoire, maar voert die niet uit vanwege de genoemde emotionele arousal.

Bij LVG jongeren doet zich iets dergelijks voor. Zij hebben moeite zich te verplaatsen in een ander, zijn minder goed en of snel in het bedenken van wat de ander denkt of voelt en zijn minder snel in het bedenken van adequate sociale (re-)acties. Met als gevolg dat ze nog al eens hun neus stoten in sociale contacten, zich terugtrekken en steeds onhandiger worden in hun sociale contacten. Hoe minder ze oefenen, des te minder vaardigheden en kennis zij opdoen over die sociale wereld. Hoe langer ze erover doen een oplossing te bedenken, als ze die al kunnen bedenken. Ze missen immers ervaring en doen minder sociale kennis op. En dit gaat natuurlijk niet kosteloos. Hoe vaker een jongere het gevoel heeft zich niet te kunnen redden, met hoe minder vertrouwen hij de volgende situatie tegemoet zal treden. Hoe minder vertrouwen hij heeft in de vaardigheden die hij wel bezit.

Een training gericht op het verbeteren van de sociale vaardigheid, moet zich richten zowel op de eerste stappen in het model: het interpreteren van de informatie van anderen = perspectiefnemen, als op de latere stappen: de concrete sociale vaardigheden en het vertrouwen in de eigen vaardigheden.

- *Uitgangspunten voor een programma gericht op het stimuleren van het sociale functioneren bij LVG-jongeren*
- *(Leren) Perspectiefnemen kan niet zonder sociale vaardigheden*
- *Het programma moet aansluiten bij het sociaal emotionele functioneren*
- *Een interventieprogramma gericht op het stimuleren van het sociale functioneren dient zo dicht mogelijk aan te sluiten bij de natuurlijke situatie.*
- *Het programma moet aansluiten bij het ontwikkelingsniveau*
- *Motivatie komt van de trainer.*

*(Leren) Perspectiefnemen kan niet zonder sociale vaardigheden*

Met perspectiefnemen alleen kom je er niet. Perspectiefnemen alleen is net zoiets als een architect die alleen maar een tekening kan maken. Hij heeft misschien wel een hele mooie bouwtekening, maar zonder bakstenen, zand, cement, glas en hout gebeurt er niets met die tekening en blijft de architect met lege handen staan.

Ofwel het onderkennen, perspectiefnemen, dat iemand boos is, is nog geen sociaal vaardig *gedrag*. Wat is sociaal vaardig gedrag onder die omstandigheden? Hard weglopen? Ook boos worden? Even uit laten razen? Sociaal competent functioneren vereist meer dan perspectiefnemen alleen. Perspectiefnemen is een van de voorwaarden voor positieve sociale interactie. Het is als het ware een onderdeel van het bouw pakket voor sociaal functioneren.

*Voor sociaal gedrag zijn sociale vaardigheden nodig, luisteren, nee zeggen, delen etc., maar ook het inschatten welke vaardigheden van toepassing zijn. Dat wil zeggen, zonder perspectiefnemen is het maar toeval of in een interactie de goede vaardigheden worden uitgekozen, en zonder sociale vaardigheden kom je niet erg ver met perspectiefnemen.*

Nu zou je nog kunnen veronderstellen dat je begint met perspectiefnemen en dan later over gaat naar de volgende stap de sociale vaardigheden. Als je wilt leren rekenen begin je immers ook niet meteen met worteltrekken. Beginnen met perspectiefnemen lijkt op zich geen gek idee. Perspectiefnemen loskoppelen van sociale vaardigheden is echter in verschillende opzichten eerder een valkuil dan een handige zet. Perspectiefnemen krijgt pas waarde als je ziet waar je het voor gebruikt. Als je ziet dat er met perspectiefnemen een andere interactie ontstaat met een leeftijdgenoot. Pas als je ervaart dat je niet midden door

een spel heen moet stappen als je mee wil doen, maar even een "goed" moment moet kiezen en dat het dan ook lukt, krijgt perspectiefnemen zijn waarde.

Deze valkuil geldt in zijn algemeenheid, maar bij LVG-jongeren extra. Zij hebben zelf moeite verschillende stappen te integreren en te generaliseren. Als je perspectiefnemen uit zijn sociale verband rukt, kun je nu juist van hen niet verwachten dat zij er één geheel van maken. Het hoeft daarbij niet zo te zijn dat ze al die sociale vaardigheden zelf bedenken. "Voorzeggen" mag, het is wel zo dat het geheel in een realistische context gepresenteerd moet worden.

#### *Het programma moet aansluiten bij het sociaal emotionele functioneren van de jongere*

Veel kinderen hebben al een ernstige beschadiging opgelopen in hun zelfvertrouwen. Sommigen zo ernstig dat een spelletje 'nee zeggen' al een uitdaging betekent. Leren perspectiefnemen en sociaal vaardig gedrag leren zijn dan ook absoluut niet genoeg. Het zelfvertrouwen om die vaardigheden ook te durven toepassen is minstens even belangrijk. Zelfs als je jezelf kan verplaatsen in de ander, zelfs als je een heleboel oplossingen kan bedenken voor een conflictsituatie, is het nog lang niet altijd eenvoudig om ze ook uit te voeren. Vragen of je mee mag doen, zeggen dat jij eerst aan de beurt bent, zeggen dat je het eigenlijk geen goed idee vindt, omdat je denkt dat iemand anders er verdrietig van wordt, noem maar op, al die vaardigheden vereisen het nodige zelfvertrouwen. Het vertrouwen dat je er in slaagt anderen te overtuigen van jouw voorstel. Het vertrouwen dat anderen op jouw voorstel willen in gaan. Om bij het begin te beginnen: het vertrouwen dat anderen naar jouw voorstel willen luisteren. Aan dat vertrouwen ontbreekt het nog al eens.

#### *Het programma moet aansluiten bij de natuurlijke situatie*

Problemen in sociale vaardigheden betekenen vaak dat een kind geen aansluiting kan vinden bij zijn leeftijdgenoten. Terwijl zij de steun van hun leeftijdgenoten zo hard nodig hebben, zijn het juist ook weer deze kinderen die buiten de groep komen te staan. Wanneer het spontane leren met leeftijdgenoten tekort schiet, is het belangrijk om die situatie met behulp van een interventieprogramma te benaderen. Het is de meest natuurlijke leersituatie. Het is ook de meest relevante situatie. Je gelijk halen/krijgen in een discussie met volwassenen is niet zo veel waard als je gelijk krijgen in een discussie met leeftijdgenoten. Maar ook een compliment krijgen, bijvoorbeeld als je een goede video opname hebt gemaakt met goed camerawerk, telt zwaarder als het van een leeftijdgenoot komt dan wanneer het van een volwassene komt. Met andere woorden: trainen gezamenlijk met andere jongeren in een situatie die aansluit met het werkelijke leven. De natuurlijke situatie laat de waarde van perspectiefnemen zien.

Een natuurlijke situatie maakt generalisatie naar de dagelijkse situatie makkelijker. Dat geldt in principe voor alle interventies, maar voor LVG jongeren in het bijzonder. LVG-jongeren zijn veelal minder in staat op abstract niveau een parallel te leggen tussen de interventie situatie en de praktische situatie. Sterker nog soms valt het kwartje pas als de rollenspel situatie als het ware zijn rollenspel karakter verliest. Een rollenspel waarin één van de spelers geen enquête van de Etos heeft gekregen die je moet invullen om een monster te krijgen, komt heel dichtbij als de enquête heel leuk is (en je dus geen zin hebt om te stoppen en je in het perspectief van de nieuwkomer te verdiepen) of als er echt monstertjes te verdienen vallen. Kan je in zo'n situatie je eigen enquête op zij leggen en je verplaatsen in de gevoelens van degene die er geen heeft, om dan ook nog eens vervolgens een oplossing te bedenken. De grens tussen rollenspel en echt beleven is dan heel dun.

*Het programma moet aansluiten bij het ontwikkelingsniveau van kinderen*

Het programma moet zorgvuldig opgebouwd zijn, zowel qua *inhoud* (van eenvoudige emoties en eenvoudige interacties, naar meer complexe emoties en interacties) als qua *structuur* van eenvoudige perspectieven naar tegenstrijdige complexere vormen van perspectiefnemen. Maar ook in praktisch opzicht. Een mooi voorbeeld in deze is dat er in rollenspellen nog wel eens gewerkt wordt met fictieve namen. Dit om te vermijden dat de gevoelens die in het rollenspel zijn opgeroepen na het rollenspel blijven doorleven. Door met een andere naam te werken is het na afloop eenvoudiger om de rol en de eventueel daarbij horende conflicten opzij te zetten. Voor LVG-jongeren is dit echter vaak meer een last dan een lust. Ze vragen zich af wie ze ook weer waren. Alle energie gaat in het onthouden van de naam en de tekst zitten in plaats van in het ervaren en oefenen.

*De motivatie moet van de trainers komen*

Kunnen perspectiefnemen is op zichzelf natuurlijk helemaal niet interessant. Perspectiefnemen is alleen maar een middel. Het doel is om in sociale situaties beter uit de voeten te komen. Bijvoorbeeld mee te mogen spelen waar dat voorheen niet lukte. Om dat succes te boeken is echter helemaal niet zo vanzelfsprekend. Zelfs als je het goed doet, krijg je lang niet altijd meteen loon naar werken. LVG-jongeren vallen nog al eens terug op agressief gedrag om hun zin te krijgen. Doen ze dat na een training minder dan zijn ze niet meteen van hun imago af. Leeftijdgenoten vertrouwen hen niet zo één twee drie. 'Ondanks het feit dat Pim vreselijk zijn best doet om eerst te overleggen en dan pas te slaan, blijkt daar in de praktijk weinig positieve respons op te volgen'. Laten we bij Pim de kat eerst maar eens uit de boom kijken voordat we hem vertrouwen, lijkt de algemene houding te zijn. Voor Pim een hele nare situatie. Bijna niets is zo teleurstellend en onbegrijpelijk als een onvoldoende krijgen voor goed gedrag. Hoe kan je onder die omstandigheden een gevoel van zelfvertrouwen, competentie opbouwen? Sterker nog, zelfs al zou het gedrag van Pim na verloop van tijd wel enigszins vertrouwd worden. Dat wil nog niet zeggen dat Pim daarmee opgenomen wordt in de kring, of dat hij uitgenodigd wordt om mee te gaan spelen. Waarom zouden ze ook. De vriendschapskaarten zijn toch allang geschud. En het feit dat Pim niet meer zo lelijk doet is mooi meegenomen, maar ook niet meer dan dat. En alhoewel Pim dus heel hard werkt, krijgt hij er ogenschijnlijk maar bitter weinig voor terug. En dat terwijl Pim gewend was om kort door de bocht te gaan en zo nodig zijn successen met geweld binnen te slepen.

Het gevoel dit lukt nooit of het helpt toch niet of ze vinden me toch niet aardig ook niet als ik wel mijn best doe is absoluut deprimerend en moet ten alle tijden vermeden worden. Voor Pim leidt een training dan alleen van kwaad tot erger. Hier moet een volwassene helpen aan te geven dat het wel lukt en hoe je dat kan zien. Bijvoorbeeld vijf keer op een dag ruzie is 100 keer beter dan tien keer op een dag. Dan ben je dus enorm vooruit gegaan. Ook al heb je nog steeds ruzie gemaakt. Overigens is de video hier ook een machtig middel, al was het alleen maar ter ondersteuning van die volwassene zelf die ook wel eens de moed laat zakken.

Kunnen LVG-ers zich in de positie van de ander verplaatsen? In éénduidige situaties wel. Het is de vraag of de LVG-er over voldoende bagage beschikt om zich de meer complexe vormen van perspectiefnemen eigen te maken. Op de Beele wordt sedert 3 jaar gewerkt met een trainingsprogramma dat expliciet gericht is op een combinatie van perspectiefnemen en sociale vaardigheden in de vorm van (rollen) spellen en video-feedback. In een volgend nummer van *Onderzoek & Praktijk* wordt een onderzoek naar dit trainingsprogramma beschreven.

### **Literatuur**

- Collot d'Escury, A.M. Hartsink, D.& Barnhard, S. (2004). Sociale vaardigheden in perspectief: kunnen LVG-jongeren perspectiefnemen *Onderzoek & Praktijk*, 2 (1), 22-32.
- Gresham, F.M. (1986). Conceptual and definitional issues in the assessment of children's social skills: Implications for classification and training. *Journal of Clinical Child Psychology*, 15, 3-15.
- NVGz-nota (1995). *Vorm en kleur*. Beleidsnota van de orthopedagogische centra voor licht verstandelijk gehandicapte jongeren van de Nederlandse Vereniging voor Gehandicaptenzorg Utrecht: NVGz.
- Van Nieuwenhuijzen, M. (2004). *Social information processing in children with mild intellectual disabilities*. Dissertatie Rijksuniversiteit Groningen.
- Van Weelden, J. (1988). *Moeilijk lerende kinderen*. Rotterdam: Lemniscaat.
-

*In het vorige nummer van Onderzoek & Praktijk is in de rubriek 'Binnengekomen' melding gemaakt van het proefschrift van Christel Elias 'The development of perceived competence in children with mild intellectual disabilities'. De redactie van Onderzoek & Praktijk wil met het opnemen van een samenvatting van het proefschrift het onderwerp van de studie, competentiebeleving bij LVG-kinderen, nadrukkelijk onder de aandacht brengen. Opvallend is het consequente gebruik van de term 'Licht Verstandelijk Beperkt' (LVB) in plaats van de meer gangbare term 'Licht Verstandelijk Gehandicapt' (LVG). In de VG-sector wordt de laatste tijd inderdaad de term Handicaps steeds meer door Beperkingen vervangen. De redactie van Onderzoek & Praktijk zou de termen LVG en LVB graag door een andere term, die meer recht doet aan de specifieke kenmerken van deze groep kinderen, willen vervangen. Voor suggesties houdt de redactie zich aanbevolen.*

## **DE ONTWIKKELING VAN COMPETENTIEBELEVING IN KINDEREN MET LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKINGEN**

*Cristel Elias  
Universiteit Utrecht*

Het is bekend dat competentiebeleving, het beeld dat een kind heeft van de eigen vaardigheden, een belangrijke rol speelt in de ontwikkeling van kinderen. Desondanks is hier heel weinig onderzoek naar gedaan bij kinderen met lichte verstandelijke beperkingen (LVB). Het hoofddoel van dit proefschrift was de ontwikkeling van de competentiebeleving bij kinderen met LVB te onderzoeken. Competentiebeleving is een component van het zelfconcept en wordt gezien als de zelfevaluatie van domeinspecifieke vaardigheden.

In een review van de literatuur, gepubliceerd van 1993 tot en met 2003, waarin gekeken werd naar de relatie tussen competentiebeleving en werkelijke competentie bij normaal ontwikkelende kinderen en kinderen met een afwijkende ontwikkeling werden verschillen gevonden tussen deze groepen kinderen. Competentiebeleving wordt gemeten in verschillende domeinen van ontwikkelingsvaardigheden (cognitief, motorisch en sociaal) en het aantal domeinen waarop een kind zichzelf kan beschrijven neemt toe naarmate kinderen ouder worden. Voor normaal ontwikkelende kinderen werden een aantal algemene punten gevonden. De zogenaamde binnen-domein relaties zijn meestal statistisch significant. In onderzoeken waarin ook de tussen-domein relaties berekend werden bleken die veelal lager te zijn en niet significant. Een binnen-domein correlatie is, bijvoorbeeld, een correlatie tussen cognitieve competentiebeleving en werkelijke cognitieve competentie. Een tussen-domein correlatie is bijvoorbeeld een correlatie tussen sociale competentiebeleving en werkelijke sociale competentie. Aangezien competentiebeleving domeinspecifiek is liggen deze bevindingen in de lijn der verwachting. De binnen-domein relaties zijn niet voor alle ontwikkelingsdomeinen even sterk. Er werden lagere correlaties gevonden tussen het beeld dat een kind van zichzelf heeft en het oordeel van anderen voor fysieke verschijning en sociale acceptatie. De relatie tussen competentiebeleving en werkelijke competentie is minder duidelijk voor kinderen met een afwijkende ontwikkeling. Zo werd, bijvoorbeeld, geen significante correlatie gevonden bij verwaarloosde kinderen, kinderen met slechte leesvaardigheden en kinderen met een globale ontwikkelingsachterstand. De vraag of er ook verschillen in de ontwikkeling van competentiebeleving bestaan tussen normaal ontwikkelende kinderen en kinderen met een afwijkende ontwikkeling kon niet beantwoord worden. Het zeer beperkte aantal longitudinale onderzoeken dat tot op heden gedaan is, is alleen uitgevoerd bij zich normaal ontwikkelende kinderen. Ons is geen longitudinaal onderzoek bekend bij kinderen

met een afwijkende ontwikkeling. Daardoor kan er weinig gezegd worden over ontwikkelingsverschillen tussen normaal ontwikkelende kinderen en kinderen met een afwijkende ontwikkeling. Er zijn wel verschillen gevonden wanneer deze twee groepen vergeleken werden, zelfs op verschillende leeftijden. Dit suggereert dat er ontwikkelingsverschillen bestaan.

Eén van de redenen voor het gebrek aan onderzoek naar competentiebeleving bij kinderen met een afwijkende ontwikkeling in het algemeen en kinderen met LVB in het bijzonder is gelegen in het feit dat betrouwbare en valide meetinstrumenten voor het in kaart brengen van (aspecten van) het zelfconcept bij speciale groepen kinderen ontbreken. Daarom werd bekeken of een oorspronkelijk Amerikaanse Platenschaal voor het meten van competentiebeleving bij normaal ontwikkelende kinderen, die in eerder onderzoek werd aangepast voor Nederland, ook gebruikt kon worden voor kinderen met LVB. De resultaten van de exploratieve factoranalyse op de scores van kinderen met LVB bevestigen het conceptuele model van deze Platenschaal. In een confirmatieve factoranalyse werden deze resultaten nog eens bevestigd. De intercorrelaties tussen de subschalen steunen de construct validiteit ook. De interne consistentie van de Nederlandse platenschaal, gebruikt bij kinderen met LVB, is voldoende. Voor de subschaal 'acceptatie door leeftijdgenoten' werd de interne consistentie hoger wanneer het item 'speelgoed delen' werd weggelaten. Een tweede afname van het instrument na 4 maanden toonde aan dat de stabiliteit voldoende was. Op grond van deze bevindingen kon geconcludeerd worden dat de platenschaal geschikt is voor afname bij kinderen met LVB.

Na geconstateerd te hebben dat de Platenschaal geschikt is voor gebruik bij kinderen met LVB werd gekeken naar ontwikkelingsverschillen tussen kinderen met LVB en normaal ontwikkelende kinderen in competentiebeleving en de accuraatheid van de zelfwaargenomen competentie. De hypothese, dat er geen verschillen gevonden zouden worden in competentiebeleving tussen kinderen met LVB en normaal ontwikkelende kinderen gedurende de twee jaar (5 metingen) dat ze gevolgd zijn, werd bevestigd. De kinderen met LVB volgden speciaal onderwijs en hebben zichzelf waarschijnlijk vergeleken met hun klasgenootjes die ook LVB waren of leerproblemen hadden. Vervolgens werd gekeken of er ontwikkelingsverschillen zijn tussen kinderen met LVB en normaal ontwikkelende kinderen. Zoals verwacht werden er geen significante verschillen gevonden. Wel moet vermeld worden dat hoewel voor zowel kinderen met LVB als normaal ontwikkelende kinderen een toename gevonden werd voor de cognitieve competentiebeleving tussen meting 1 en 5, deze toename significant hoger is voor normaal ontwikkelende kinderen. In het motorische en sociale domein is de zelfwaargenomen competentie relatief stabiel voor zowel kinderen met LVB als normaal ontwikkelende kinderen.

Voor het bepalen van de accuraatheid van de zelfwaargenomen competentie werd een verschilscore berekend tussen het oordeel van het kind enerzijds en het oordeel van de leerkracht of een gestandaardiseerde test anderzijds. Er werden verschillen gevonden tussen kinderen met LVB en normaal ontwikkelende kinderen in de overeenstemming tussen kind en leraar op de verschillende meetmomenten. Voor het cognitieve domein werd een significant verschil gevonden voor meting 2, 3 en 5 (de verschillende groepen konden niet vergeleken worden op meting 1 en 4). Kinderen met LVB hadden een grotere verschilscore dan normaal ontwikkelende kinderen. Zoals verwacht werd voor kinderen met LVB minder overeenstemming gevonden tussen kind en leraar op de verschillende meetmomenten.

In eerste instantie leek het alsof er geen verschillen waren tussen de twee groepen in de ontwikkeling van de accuraatheid van de zelfwaargenomen competentie. Echter, wanneer het gemiddelde van de verschilcores en het gemiddelde van de absolute verschilcores van de vijf metingen werd vergeleken, werden wel significante verschillen gevonden in het cognitieve en sociale domein. Kinderen met LVB hadden een significant

hoger gemiddelde van de (absolute) verschilscore dan normaal ontwikkelende kinderen. De ontwikkelingslijnen hadden dus wel dezelfde helling, maar lagen voor kinderen met LVB voor het cognitieve en sociale domein op een hoger niveau. Wanneer het oordeel van de leraar nader bekeken werd bleek dat in het cognitieve domein, de leraren in het speciaal onderwijs de kinderen significant lager beoordeelden. Zowel de kinderen met LVB als de normaal ontwikkelende kinderen rapporteerden positieve gevoelens over de eigen competentie en voor normaal ontwikkelende kinderen nam de zelfwaargenomen cognitieve competentie meer toe in de tijd. Deze hogere scores van normaal ontwikkelende kinderen gecombineerd met de hogere beoordeling van leraren in het reguliere onderwijs resulteerden in een hogere mate van overeenstemming. Zowel de kinderen als de leraren droegen bij aan de verschillen tussen kinderen met LVB en normaal ontwikkelende kinderen in de accuraatheid van de competentiebeleving die gevonden werden. Zoals verwacht, verloopt de ontwikkeling van een accuraat zelfbeeld trager bij kinderen met LVB.

Competentiebeleving en de accuraatheid waarmee kinderen zichzelf beschrijven kan het leren beïnvloeden. Om deze relatie te onderzoeken werden kinderen met LVB en normaal ontwikkelende kinderen getraind in het proces van het inductief redeneren. De resultaten lieten zien dat zowel kinderen met LVB als normaal ontwikkelende kinderen die getraind waren in inductief redeneren, significant meer vooruitgang lieten zien op een test voor inductief redeneren (TIR) meteen na de training en vijf maanden later dan kinderen die niet getraind waren. Hoewel de normaal ontwikkelende kinderen significant hoger scoorden op de TIR op alle metingen, lieten de kinderen met LVB meer vooruitgang zien na de training. Vijf maanden later echter, lieten de kinderen met LVB weer minder vooruitgang zien. Het trainen van het inductief redeneren is dus niet zo effectief op de lange termijn voor kinderen met LVB als voor normaal ontwikkelende kinderen. De getrainde kinderen scoorden niet hoger direct na de training of na vijf maanden op een test om transfer te meten dan de kinderen die geen training hadden gehad. Wel lieten de resultaten zien dat de normaal ontwikkelende kinderen meer vooruitgingen op een transfer test dan de kinderen met LVB meteen na de training en vijf maanden later.

De relatie tussen competentiebeleving, werkelijke competentie, de accuraatheid van de competentiebeleving en de training werd ook onderzocht. Voor zowel kinderen met LVB als normaal ontwikkelende kinderen werd voor geen enkel domein van competentiebeleving een effect van de training gevonden. De accuraatheid van de cognitieve competentiebeleving nam wel toe voor normaal ontwikkelende kinderen die de training hadden gevolgd. Deze toename in overeenstemming tussen kind en leraar werd gedeeltelijk veroorzaakt door een veranderde perceptie van de leraar van de cognitieve competentie van het kind. Het oordeel van de leraren over de cognitieve competentie van kinderen met LVB nam iets af in de tijd terwijl het oordeel van de leraren van de normaal ontwikkelende kinderen iets toenam in de tijd. Dit gecombineerd met de relatief hoge zelfwaargenomen competentie van zowel kinderen met LVB als normaal ontwikkelende kinderen resulteerde in meer overeenstemming tussen kind en leraar voor normaal ontwikkelende kinderen.

Ten slotte werd onderzocht of competentiebeleving, werkelijke competentie of de accuraatheid van de competentiebeleving vóór de training van invloed was op hoeveel profijt kinderen hadden van de training. Voor normaal ontwikkelende kinderen werd gevonden dat wanneer de leraar een lagere perceptie had van de competentie van het kind in het cognitieve of sociale domein vóór de training, de kinderen meer vooruit gingen op de TIR. Voor kinderen met LVB werd gevonden dat kinderen met een hoge sociale competentiebeleving niet zoveel verbeterden op de TIR als kinderen met een lage sociale competentiebeleving. Als de leraar het kind als competenter beschrijft in het cognitieve domein voor de training, is de verbetering op de TIR minder. Eerdere analyses lieten zien

dat het oordeel van de leraar een goede voorspeller was voor de scores van de kinderen op de TIR. Daarom kan verwacht worden dat de moeilijk te interpreteren resultaten het gevolg zijn van een plafond effect. Kinderen die al goed zijn kunnen niet meer zo veel vooruit gaan als kinderen die nog niet zo goed zijn.

Dit bleek ook het geval te zijn voor de relatie tussen de accurateheid van de zelfwaargenomen competentie en de toename op de TIR. Normaal ontwikkelende kinderen die zichzelf als sociaal competent zagen, gingen meer vooruit op de TIR. Additionele analyses lieten zien dat normaal ontwikkelende kinderen met een hoge cognitieve competentiebeleving vóór de training een lagere posttest score hadden op de TIR. Als de leraar een hoge perceptie had van de cognitieve competentie van het normaal ontwikkelende kind, had het kind een hogere posttest score op de TIR. Dus, voor normaal ontwikkelende kinderen kan de leraar de posttest scores op de TIR goed voorspellen. Dit laatste is ook gevonden voor kinderen met LVB. Als de leraar het kind als competent ziet in het cognitieve domein, is de score op de TIR na de training hoger. Voor zowel kinderen met LVB als normaal ontwikkelende kinderen resulteert overeenstemming tussen kind en leraar in het cognitieve domein in hogere posttest scores op de TIR. Oftewel, voor kinderen met LVB en normaal ontwikkelende kinderen hangt een accuraat beeld van de cognitieve competentie positief samen met presteren.

Tot slot werd ingegaan op de implicaties van het onderzoek voor interventie, praktijk en beleid. De resultaten van dit proefschrift lieten zien dat kinderen met LVB wel profijt hebben van een training in het inductief redeneren, maar dat het effect op de lange termijn minder groot is dan voor normaal ontwikkelende kinderen. Waarschijnlijk is het belangrijk om bij kinderen met LVB na een training regelmatig de geleerde vaardigheden opnieuw te oefenen, om het geheugen op te frissen. Aangezien kinderen met LVB minder transfer van een getrainde taak naar een andere taak laten zien is het waarschijnlijk noodzakelijk alle belangrijke vaardigheden expliciet te trainen.

In dit proefschrift is meerdere malen gewezen op het feit dat het waarschijnlijk het beste is om te streven naar een positief, accuraat beeld van het eigen kunnen. Mensen hebben een realistisch beeld van het eigen kunnen nodig om adequaat te kunnen bepalen welke activiteiten bij ze passen en een positief zelfbeeld is essentieel voor een algemeen gevoel van welbevinden. Als kinderen met LVB zicht krijgen op wat ze kunnen en de eigen beperkingen accepteren, kan dit resulteren in positieve en realistische gevoelens over zichzelf.

Voor kinderen met LVB kan het moeilijk zijn om een positief en accuraat zelfbeeld te ontwikkelen door, bijvoorbeeld, een gebrek aan succeservaringen en problemen met het verzamelen van realistische informatie over de eigen competentie en in het verwerken van deze informatie. Het ervaren van succes kan bereikt worden door je te vergelijken met anderen, maar ook door het ervaren van persoonlijke verbetering en het beheersen van taken en doelen. Het laatste, ook wel taakoriëntatie genoemd, vormt een goede basis voor de het bevorderen van competentiebeleving. Leraren kunnen focussen op zelfevaluaties, waarbij kinderen gewezen worden op verbeteringen in de tijd.

De kinderen met LVB beschreven in dit proefschrift volgden speciaal onderwijs en hadden ongeveer hetzelfde niveau van competentiebeleving als de normaal ontwikkelende kinderen in het reguliere basisonderwijs. Jezelf kunnen vergelijken met kinderen met dezelfde problemen blijkt positief te zijn voor de zelfwaargenomen competentie.



## COLUMN

*De schrijver van de 'columns' is steeds een ander, variërend van wetenschappelijk expert tot klinische deskundige, gedragswetenschappers, groepsleiding, managers, ouders en begeleiders. Wat zij gemeen hebben is hun onderzoek- en/of praktijkervaring met jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking.*

### **REACTIE OP COLUMN VAN ADRI VERMEER: WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK IN DE PRAKTIJK.**

*Christel Bogers*

*Directeur Specialistische Zorg de Bruggen Zwammerdam*

Als directeur van een aantal orthopedagogische en specialistische behandelcentra, als lid van twee landelijke kenniscentra en als ex-gedragswetenschapper ben ik een warm voorstander van het doen van (wetenschappelijk) onderzoek vanuit de praktijk.

Om die reden is het niet toevallig dat ik binnen onze instelling voorzitter ben van de stuurgroep innovatie en onderzoek. Ook de geboorte van de masterclass (zowel voor onderzoekers in spé als voor bazen (zoals Vermeer ze noemt) heb ik van nabij mogen meemaken.

Een ideale voedingsbodem dus voor het welig laten tieren van een onderzoekspraktijk.

Zeker...aan de eerste voorwaarde is voldaan: de uitvoering van wetenschappelijk beleid en innovaties moet ondersteund worden door het management. Het mag zich niet beperken tot de inzet van een aantal enthousiaste medewerkers.

Maar dan..... hoe kom je tot concretisering van de plannen? In vrijwel elke beleidsnotitie van instellingen wordt gesproken over de ontwikkeling van expertise en kennis. Laat ik de aanbevelingen van Adri Vermeer eens onder de loep nemen.

#### *1. Onderzoek doen hoort bij de kerntaak van academici.*

Ja, maar.....De praktijk is vaak anders. Gedragswetenschappers zitten vaak volledig in de uitvoering; hebben veelal geen affiniteit met het doen van onderzoek. De echte wetenschappelijk onderzoeker heeft vaak een ander profiel en is echt een ander type medewerker. Ook de huidige universitaire master's opleiding heeft maar beperkt aandacht voor onderzoekswerk. Bij de door Adri Vermeer voorgestelde 80-20% verdeling kan ik me voorstellen dat ongeveer 80% van de tijd wordt besteed aan uitvoerende zorgtaken en 20% wordt besteed aan inhoudelijke beleidsontwikkeling en inhoudelijke projecten (evt deelname aan een wetenschappelijk onderzoeksprogramma). Het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek in engere zin is een opgave die thuis hoort in grotere projecten in samenwerking met universiteiten of hoort bij een zeer gedreven onderzoeker, die ook bereid is veel extra inspanningen te leveren. Dat vraagt om vanuit de organisatie gedragen projecten met de daarbij behorende faciliteiten of om een persoonlijke keuze van een onderzoeker.

Samenvattend betekent dit dat ik de aanbeveling ombouw. Ik onderschrijf de stelling dat ongeveer 20 % van de tijd besteed moet worden aan inhoudelijke beleids- en methodiekontwikkeling. Wetenschappelijk onderzoek in engere zin moet gestimuleerd worden en ondersteund worden (zowel in samenwerking met universiteiten als persoonlijk

initiatief), maar gedragswetenschappers kunnen niet vanzelfsprekend afgerekend worden op resultaten op dit gebied. Dit kan wel met betrekking tot hun taak op het gebied van beleids- en methodiekontwikkeling. Dat punt moet vast onderdeel zijn van de functioneringsgesprekken. Daarbij mag verwacht worden dat het functioneren van een academisch niveau is.

## 2. *Het bevorderen van een onderzoeks- en innovatieklimaat:*

Een aantal aanbevelingen heeft betrekking op het creëren van voorwaarden voor een klimaat waarin onderzoek, innovatie en methodiekontwikkeling tot volle wasdom kan komen. Ik ondersteun deze aanbevelingen van harte.

Dat betekent dat ik het noodzakelijk vind dat er binnen onze instellingen aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- Onderzoekers, werkzaam binnen instellingen, rapporteren op een begrijpelijke wijze over hun onderzoeksresultaten
- Intervisiebijeenkomsten over de professionele kwaliteit, beleidsontwikkeling en onderzoek worden gefaciliteerd door de instelling.
- Er worden door instellingen strategische allianties met universiteiten en onderzoekscentra gesloten. (flesje wijn, dineetje, stageadressen moeten te bieden zijn)
- Informatie over innovaties en onderzoek wordt op een systematische wijze verspreid als vast onderdeel van de nieuwsbrief of als apart bulletin.

## 3. *Coördinatie van onderzoek:*

Mijn ervaring is dat om beleidsontwikkeling, innovatie en onderzoek te realiseren het noodzakelijk is dat er een motor en een stuurman nodig is. Dat kan gebeuren door één of meerdere personen verantwoordelijk te maken voor dit proces.

Ook de kenniscentra (LVG en de Borg) hebben een belangrijke stimulerende en coördinerende taak. Ook deze centra zijn ontstaan uit de oprechte ambitie kennis en kunde uit de LVG-sector te bundelen. Dus het heeft echt effect wanneer een dergelijke ambitie in vruchtbare bodem terecht komt en wanneer een aantal medewerkers daarvoor verantwoordelijk gesteld wordt.

In het tijdperk waarin marktwerking, productie en resultaatgerichtheid nog steeds ons idioom beheersen, ervaar ik regelmatig dat dit in tegenstelling lijkt tot de creatieve en intellectuele ruimte die nodig is voor de echte innovaties en wetenschappelijk onderzoek. En dit geldt zeker niet alleen voor de zorginstellingen. Ook tijdens een recente bijeenkomst bij één van onze universiteiten kreunden zowel docenten als onderzoekers over het knellende keurslijf van onze outputideologie. Zelfs in een geormerkt kenniscentrum voelen medewerkers zich schuldig wanneer ze een boek lezen of nadenken. Dit genereert immers geen concrete output. Je kunt genoemde activiteiten amper onderbrengen in een schema waarbinnen tijd geschreven wordt. We moeten ervoor waken dat we geen opportunisten kweken binnen ons systeem, mensen die braaf voldoen aan alle momenteel geldende criteria, maar die niet echt bijdragen aan (wetenschappelijke) kennisontwikkeling. Laten we ons als directeuren sterk maken voor het creëren van een klimaat waarbinnen ruimte is voor creatieve en onderzoekende geesten die een bijdrage leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van leven van de aan ons toevertrouwde cliënten.

Ik ben druk doende om bovenstaande zaken te implementeren binnen onze instelling. Zoals dat altijd gaat is de werkelijkheid weerbarstig, maar uitdagend. Ik ben ervan overtuigd dat het mogelijk is om onze praktijk op een (wetenschappelijk) verantwoorde manier te beschrijven en zo kan een stevige countervailing power ontstaan voor de politici en beleidsmakers op macroniveau (politieke waan is waan en niet meer). Tevens kan er een

bijdrage geleverd worden aan het beleid van de instelling en aan de verbetering van uitvoering van de behandeling, zorg aan de cliënten.

Daarvoor zijn vrije, nieuwsgierige en onderzoekende geesten nodig. Raden van Toezicht, besturen en directies moeten deze geesten de ruimte geven om te komen tot echte verbeteringen en innovaties.

---

## BINNENGEKOMEN

*In deze rubriek worden artikelen en boeken besproken die recent zijn uitgebracht en bij het Landelijk Kenniscentrum zijn in te zien of, als het om artikelen gaat, zijn op te vragen.*

Došen, A. (2005). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap. Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen*. Assen: Van Gorcum, ISBN 90 232 4101 0

Een mooie recensie van Paul Koch (neuroloog en psychiater) in het novembernummer van *Markant*, maandblad voor de gehandicaptensector (jaargang 10, nummer 9, pag. 32). Een enkel citaat uit deze recensie: *Centraal in het denken van Došen staat de ontwikkelingsdynamiek. Klachten en verschijnselen, zoals angst en agressie, zijn niet te begrijpen zonder kennis van het ontwikkelingsniveau van de persoon in kwestie. Došen had gehoopt dat ook de reguliere psychiatrie daarvan zou leren. Maar die zit nog steeds hoog te paard, als de trotse edelman uit de Guldensporenslag, geharnast met een fraai opgepoetst maar te zwaar en rigide classificatiesysteem.*

Zo, een lesje in nederigheid is nooit weg. Een volgende keer een LKC-recensie van het boek van Došen (AP).