

Voorjaar 2005  
Jaargang 3, nummer 1

# Onderzoek & Praktijk

Tijdschrift voor de LVG-zorg

Verstegen	Voorwoord	3
Verstegen	Zorg voor mensen met een licht verstandelijke handicap met meervoudige problematiek	5
Dörenberg	Opvoeding en vrijheidsbeperking	9
Niessen	Het gebruik van de time-out ruimte in theorie en praktijk	15
Collot d'Escury	Heeft het zin? Onderzoek naar het effect van therapie bij lvg-jongeren	24
Van Nieuwenhuijzen	Sociale informatieverwerking bij kinderen met licht verstandelijke beperkingen	35
Van Nieuwenhuijzen & Ponsioen	Impressies van het Jubileumcongres Stichting St. Anna 'Leven doe je samen'	39
Vermeer	Column: Hoe wetenschappelijk onderzoek in te bedden in de praktijk?	43
Rubriek	Binnengekomen	46

Een uitgave van het Landelijk Kenniscentrum LVG

Landelijk Kenniscentrum **LVG**

## **Onderzoek & Praktijk**

is een uitgave van het Landelijk Kenniscentrum LVG

Met het verspreiden van de resultaten van praktijkgericht onderzoek wordt naar een theoretische onderbouwing van het orthopedagogisch handelen in de zorg voor Licht Verstandelijk Gehandicapte jeugdigen gestreefd. Onderzoek & Praktijk verschijnt tweemaal per jaar.

---

### **Redactie:**

A. Collot d'Escury-Koenigs  
H.J. Deelstra  
A.J.G.B. Ponsioen  
M.J. van der Molen  
J.S.T. Niessen  
D. Verstegen

### **Tekstcorrecties:**

Secretariaat OPL

### **Vermenigvuldiging:**

's Heeren Loo Kwadrant - RWK Kopie, Mailing & Industrie

---

### **Correspondentie en kopij:**

Landelijk Kenniscentrum LVG  
t.a.v. Redactie Onderzoek & Praktijk  
Kaap Hoorndreef 60  
3563 AV Utrecht  
tel. 030-2643311  
fax 085-7396538  
info@lvgnnet.nl  
www.lvgnet.nl

## VOORWOORD

Het afgelopen jaar werd gekenmerkt door beleidsdrukte en schermutselingen rondom de groep licht verstandelijk gehandicapten.

In een brief van het ministerie van VWS werd afgekondigd dat jeugdigen met een IQ-score hoger dan 70 niet meer tot de licht verstandelijk gehandicapten behoren. Daardoor zouden zij geen beroep meer mogen doen op de AWBZ-gefinancierde zorg van de Orthopedagogische Behandelcentra. Het ministerie verwees hen in de brief naar de algemene jeugdzorg. Met ingang van 1 januari 2005 werd de nieuwe Wet op de Jeugdzorg van kracht en daarmee zou voor deze jeugdigen een alternatief bestaan in de jeugdzorg.

Alsof het in de praktijk zo simpel is:

IQ testen:           Uitslag onder score 70; linksaf naar de AWBZ  
                          Uitslag boven score 70; rechtsaf de jeugdzorg in

De oekaze uit Den Haag riep natuurlijk veel en heftige reacties op.

Ouders vroegen zich vertwijfeld af waar ze met hun kind terecht zouden komen en of de hulpverlening zo abrupt beëindigd kon worden.

De instellingen zagen aankomen dat groepen gesloten moesten worden, omdat hun cliënten geen indicatie meer zouden krijgen, terwijl zij die gespecialiseerde zorg juist heel hard nodig hebben.

Maar ook van de kant van de jeugdzorg kwamen verontruste geluiden. Hoe moeten deze cliënten hulp krijgen als de bestaande middelen al te kort schieten en er lange wachtlijsten zijn?

Door de vele reacties werd ingezien dat dit een uiterst ongelukkige maatregel was. Net voor de Kerst heeft de staatssecretaris aan de Kamer toegezegd dat geen kind daarvan de dupe mag worden en dat het in 2005 in ieder geval blijft zoals het was. Dit jaar moet benut worden om in samenspraak met het veld (jeugdzorg en gehandicaptenzorg) helderheid te krijgen over de doelgroepomschrijving en indicatiecriteria.

Daar wordt intussen hard aan gewerkt en vanuit het Landelijk Kenniscentrum LVG zijn initiatieven ontwikkeld om tot heldere visie en standpunten te komen. Een beleidsdocument met de titel *Zorg voor mensen met een licht verstandelijke handicap met meervoudige problematiek* is daar een voorbeeld van en als openingsartikel in dit nummer van Onderzoek & Praktijk opgenomen. Wordt vervolgd!

Dit goedgevulde nummer bevat voorts bijdragen over juridische aspecten bij pedagogische maatregelen in de lvg-sector, het gebruik van de time out-ruimte, onderzoek naar het effect van therapie bij lvg-jongeren en over sociale informatieverwerking bij lvg-kinderen. Wij zijn verheugd over de variatie en diepgang van deze artikelen en vertrouwen er op dat u bij lezing in deze vreugde zult delen. Reacties zijn altijd welkom!

Dirk Verstegen  
Coördinator Landelijk Kenniscentrum LVG

---

## ZORG VOOR MENSEN MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE HANDICAP MET MEERVOUDIGE PROBLEMATIEK

Dirk Verstegen

(coördinator Landelijk Kenniscentrum LVG)

### 1. Orthopedagogische Behandelcentra

De Orthopedagogische Behandelcentra zien het als hun missie om gespecialiseerde vormen van onderzoek, diagnostiek, behandeling en begeleiding te bieden aan jeugdigen en jongvolwassenen met een licht verstandelijke handicap met meervoudige problematiek, om hun persoonsgebonden problematiek weg te nemen of te beheersen, hun ontwikkelingsmogelijkheden beter te benutten en om hun opvoeding te ondersteunen, met als doel dat zij, al dan niet met hulp, een acceptabele positie in de samenleving kunnen verwerven. De hulpverlening vindt zo veel als mogelijk plaats in samenwerking met de ouders en in de gezinssituatie.

### 2. Licht verstandelijk gehandicapt met meervoudige problematiek, een complex van factoren.

In het algemeen wordt de aard en inhoud van de lvg-problematiek vaak onvoldoende ingeschat. Er is alleen oog voor een "lichte" verstandelijke beperking die gemakshalve in een IQ-score wordt samengevat. Daarmee wordt voorbij gegaan aan andere, meer bepalende factoren als beperkt sociaal aanpassingsvermogen en langdurige behoefte aan ondersteuning. Ook psychiatrische stoornissen, leerproblemen en problemen in gezinssituatie worden al te vaak over het hoofd gezien. Dit complex van factoren hebben we geplaatst in een model met twee domeinen: (i) *specifieke kenmerken* van de licht verstandelijke handicap en (ii) *algemene kenmerken* die in een combinatie leiden tot een meervoudige hulpvraag.

Specifieke kenmerken		Algemene kenmerken	
IQ	Sociaal aanpassingsvermogen	Leerproblemen	Psychiatrische problematiek
		Gezinsproblemen	
50 - 70		Medisch-/organische problemen	Gedragsproblemen
70 - 85	Chroniciteit		

Bij het model is het volgende op te merken:

#### *Een IQ-score zegt niet alles*

De licht verstandelijke handicap laat zich in de praktijk niet alleen bepalen door een IQ-score. De IQ-score in het model moet daarom gezien worden als een signalering van een mogelijke licht verstandelijke handicap. Met een IQ-score tussen 50 en 70 is daar in alle gevallen sprake van, bij een score tussen 70 en 85 is nader onderzoek op andere velden nodig om de licht verstandelijke handicap te kunnen vaststellen.

#### *Een beperkt sociaal aanpassingsvermogen is een centraal kenmerk*

De problematiek komt vooral tot uiting in een beperkt sociaal aanpassingsvermogen, waardoor het de jeugdige en jongvolwassene niet zonder hulp lukt om zich in sociale situaties te handhaven. De kern zit in de verhouding van de jeugdige en jongvolwassene met een licht verstandelijke handicap en zijn of haar omgeving: gezin, familie, vrienden,

school, partnerrelaties, werk en collega's, het openbare leven, vrije tijdsbeleving, enzovoorts.

*Er is sprake van een blijvende behoefte aan ondersteuning*

Het is moeilijk om te functioneren in sociale situaties en het beperkt sociaal aanpassingsvermogen veroorzaakt telkens opnieuw problemen en crisis. Daardoor zal er langdurig en vaak blijvend behoefte zijn aan ondersteuning. Die ondersteuning zal met name beschikbaar moeten zijn op momenten van verandering en emotionele spanning.

*Er zijn specifieke en algemene kenmerken*

Laag intellectueel functioneren, beperkt sociaal aanpassingsvermogen en een veronderstelde langdurige behoefte aan ondersteuning vormen de specifieke kenmerken van mensen met een licht verstandelijke handicap met meervoudige problematiek. Daarnaast hebben zij vaak te kampen met leerproblemen, gezinsproblemen en/of een aandoening van medisch-organische aard. Het complex van factoren uit zich bij de jeugdige of jongvolwassene in ernstige gedragsproblemen, al dan niet vanwege bijkomende psychiatrische problematiek, zoals ADHD of een autistisch spectrum stoornis.

### **3. Contextueel probleem, maatschappelijke verantwoordelijkheid**

Ontwikkelingen in de samenleving, die kennis, informatie en sociale capaciteiten centraal stellen, verzwakken de maatschappelijke positie van mensen met een licht verstandelijke handicap. De lvg-problematiek is daarmee op de eerste plaats een contextueel probleem. Het is de bijzondere verantwoordelijkheid van de overheid om de maatschappelijke positie van deze mensen te beschermen en te ondersteunen. Met het laten versterken en ontwikkelen van specialistische zorg voor mensen met een licht verstandelijke handicap met meervoudige problematiek kan concrete invulling worden gegeven aan deze verantwoordelijkheid.

### **4. Behandeling én langdurige ondersteuning, wettelijk geborgd**

Laag intellectueel functioneren en beperkte sociale cognitie gaan in de meeste gevallen samen met specifieke leerproblemen, een psychiatrische stoornis en problemen in de gezinssituatie (verwaarlozing, misbruik, mishandeling, opvoedingsproblemen). Daardoor ontstaat een gedifferentieerde doelgroep met ernstige opvoedings- en gedragsproblemen die een gespecialiseerde behandeling en vaak ook een langdurige vorm van ondersteuning vraagt. Door het beperkte cognitieve vermogen (o.a. qua geheugen en integratieve functies) blijft de persoon met een licht verstandelijk handicap kwetsbaar en dat uit zich op spannende momenten en overgangssituaties in het dagelijks leven. Dit vereist de beschikbaarheid van langdurige en in veel gevallen blijvende ondersteuning die zich richt op sociaal en maatschappelijk functioneren. Op grond hiervan dient voor de lvg-doelgroep het recht op langdurige zorg wettelijk te zijn gewaarborgd. Het wettelijk kader van de gehandicaptenzorg, de AWBZ, is daarvoor in de huidige situatie de meest aangewezen financieringsvorm.

### **5. Gespecialiseerde zorg in samenhang en zekerheid**

De Orthopedagogische Behandelcentra hebben ambulante en intramurale vormen van gespecialiseerde diagnostiek, behandeling en begeleiding gerealiseerd die zijn toegespitst op de gedifferentieerde lvg-doelgroep. Daarin neemt de orthopedagogische behandeling met een achtergrond in de gehandicaptenzorg een centrale positie in. Vanuit dat verband positioneren de Orthopedagogische Behandelcentra zich op de eerste plaats als gespecialiseerde gehandicaptenzorg.

Daarbij gelden de volgende uitgangspunten:

- algemeen waar kan, speciaal waar moet;
- zorg voor de jeugdige en jongvolwassene wordt, zoveel mogelijk, in en vanuit de gezinssituatie geboden;
- ambulante zorg waar mogelijk en intramuraal als dat noodzakelijk is.

Op grond hiervan functioneren de behandelcentra in samenwerkingsverbanden met andere vormen van gespecialiseerde zorg; de kinder- en jeugdpsychiatrie en de justitiële jeugdzorg. En zij kiezen voor een integrale benadering van algemene jeugdzorg ten behoeve van een vroegtijdige onderkenning en adequate hulpverlening. Daarnaast hebben zij intensieve samenwerkingsrelaties met het (speciaal) onderwijs en organisaties op het gebied van arbeidstoeleiding en –begeleiding. Om deze gespecialiseerde functie en de verschillende samenwerkingsvormen waar te kunnen maken moet er zekerheid worden geboden over de verantwoordelijkheidsverdeling en de financiële basis. Dat betekent dat er erkenning moet zijn van de specifieke inhoud van de orthopedagogische behandeling en dat de inhoudelijke zwaarte ook vertaald wordt in een adequate financiering. Voor alle samenwerkingspartners geldt dat zij over voldoende eigen middelen moeten beschikken om hun eigen verantwoordelijkheid te kunnen effectueren.

## **6. Speerpunten**

### *A. Vroegtijdige onderkenning*

Veel problemen van licht verstandelijk gehandicapten worden veroorzaakt door het feit dat hun beperking te laat of onvoldoende onderkend wordt. Door intensieve samenwerking tussen jeugdgezondheidszorg, huisartsen, jeugdzorg en onderwijs kan de problematiek in een vroegtijdig stadium onderkend worden en gespecialiseerde diagnostiek en hulpverlening in gang gezet. De Orthopedagogische Behandelcentra hebben daarbij hun specifieke expertise te bieden. Wij verwachten van de Bureaus Jeugdzorg dat zij hierin de regie oppakken en de betrokkenen in een actief samenwerkingsverband samen brengen.

### *B. Adequate financiering ambulante hulpverlening*

In de afgelopen jaren is naast de intramurale behandelzorg een uitgebreid aanbod van ambulante hulpverlening tot stand gekomen. Daarmee kon worden tegemoet gekomen aan de toename van de zorgvraag en de wachtlijstproblemen als gevolg van te beperkte capaciteit. Met de invoering van de functiegerichte bekostiging in de AWBZ dreigen deze eerdere inspanningen te niet te worden gedaan. De inhoudelijke betekenis van deze intensieve ambulante hulpverlening wordt onvoldoende erkend en als gevolg daarvan niet toereikend gefinancierd. Daardoor worden de instellingen gedwongen om ambulante producten te beëindigen, waardoor cliënten op straat en weer op een wachtlijst komen te staan. Om deze terug-naar-af-situatie te voorkomen is een structurele en passende financiering vereist.

### *C. Intramurale capaciteit*

De intramurale lvg-zorg is in de afgelopen jaren in beperkte mate toegenomen; van 2.170 bedden in 1995 naar 2.545 in 2003. Dat dit ontoereikend is blijkt onder andere uit het groeiend aantal lvg-jeugdigen dat voor een crisisplaatsing in de justitiële jeugdinstellingen terecht komt. In 2004 is op aandringen van de Tweede Kamer vastgesteld, dat het samenplaatsen van civielrechtelijke en strafrechtelijke plaatsingen zoveel mogelijk voorkomen moet worden. Met name voor de kwetsbare lvg-jeugdigen heeft samenplaatsing schadelijke gevolgen en is een plek in een (gespecialiseerde) behandelsetting van groot belang. Het oplossen van het capaciteitsprobleem en de ongewenste samenplaatsing vraagt een tweeledige aanpak. Enerzijds moet de capaciteit binnen de lvg-zorg worden uitgebreid. Daar waar dat stuit op uitvoeringsproblemen (bv. ontbreken van geschikte bouwlocaties)

zullen begeleidende overheidsmaatregelen noodzakelijk zijn. Anderzijds willen de Orthopedagogische Behandelcentra actief participeren in initiatieven voor intersectorale zorgprogramma's voor de behandeling van jongeren met ernstige gedragsproblemen. Die actieve deelname is een belangrijke voorwaarde om deze initiatieven ook voor lvg-jeugdigen succesvol te maken.

#### *D. Duale problematiek*

De prevalentie van psychiatrische stoornissen bij lvg-jeugdigen is hoog: uit onderzoek blijkt dat met name in de deelgroep met IQ-scores tussen 70 en 85 veel psychiatrische problematiek zit en dat in totaal 80% daarmee te kampen heeft. In de behandelgroepen van de Orthopedagogische Behandelcentra komen we dergelijke aantallen tegen en dat versterkt de noodzaak om de behandeling van duale problematiek met prioriteit aan te pakken. De samenwerkingsverbanden van kinder- en jeugdpsychiatrie en lvg-zorg; Multifunctionele Centra (MFC) zullen daarvoor intensiever benut gaan worden en in het landelijk Platform MFC wordt samengewerkt om deze vorm van ggz-behandeling inhoudelijk verder te ontwikkelen.

#### *E. Ketenzorg door netwerken*

Door de nieuwe Wet op de Jeugdzorg zijn de lvg-jeugdigen tot de doelgroep van de algemene jeugdzorg gaan behoren. De Bureaus Jeugdzorg dienen zich daarbij te ontwikkelen tot een één-loket-functie voor alle jeugdigen. Om deze rol voor de lvg-groep in te vullen zullen zij hun deskundigheid moeten versterken. Inmiddels worden in het land samenwerkingsrelaties uitgebreid en vanuit de Orthopedagogische Behandelcentra wordt een aanbod voor deskundigheidsbevordering ontwikkeld.

#### *F. Doorlopende zorg en ondersteuning*

De zorg voor lvg-jeugdigen houdt niet op bij 18 jaar. In de praktijk loopt de behandeling vaak door tot 23/24 jaar en ook daarna blijft behoefte bestaan aan ondersteuning. Die ondersteuning volgt de levenslijn en treedt op bepaalde momenten meer op de voorgrond. Dat is vooral in overgangssituaties, bijvoorbeeld bij verandering van school en bij een nieuwe baan. Binnen de Orthopedagogische Behandelcentra wordt de toeleiding naar arbeid in gang gezet. Vanaf 16 jaar vormt arbeidsbegeleiding een integraal onderdeel van de behandeling. In samenwerking met gespecialiseerde integratiebedrijven wordt gezocht naar een passende vorm van arbeid en gebruik gemaakt van begeleidingsmogelijkheden. Nog dit jaar wordt hiervoor een landelijk sluitende aanpak neergezet waarmee in principe voor elke lvg-jeugdige een individueel traject kan worden belopen. Binnen het lvg-netwerk vindt doorverwijzing plaats op het moment dat de jongere naar een andere regio verhuist, waardoor de begeleiding gecontinueerd wordt. Samen met partners in de gehandicaptenzorg en algemene voorzieningen wordt mede langs deze weg een netwerk ingevuld dat garant kan staan voor doorlopende zorg en ondersteuning.



## OPVOEDING EN VRIJHEIDSBEPERKING

Een juridische beschouwing over pedagogische maatregelen in de LVG-sector

*Mw. mr. V.E.T. Dörenberg<sup>1</sup>*

*Cliënt B. is aan de beurt om af te wassen, maar hij heeft geen zin om dit te doen. Hij vindt het rotwerk en zou veel liever televisie kijken. De begeleiders leggen hem uit dat afwassen een huistaak is, maar hij wil niet luisteren en begint te schreeuwen. Kunnen de begeleiders hem naar zijn kamer sturen om daar af te koelen? Kunnen ze van hem eisen dat hij daarna terugkomt en alsnog de afwas doet, desnoods onder dwang?*

### 1. Inleiding

In 1996 constateerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg dat door veranderingen in de zorg veel vrijheidsbeperkingen bij verstandelijk gehandicapten worden toegepast zonder dat daar een wettelijke basis voor bestaat.<sup>2</sup> De eerste en tweede evaluatie van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) hebben deze ontwikkeling bevestigd.<sup>3</sup> Er blijkt een grijs gebied van handelingen te bestaan, waarbij het onduidelijk is of de Wet Bopz danwel de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) van toepassing is. Ook de sector die zich richt op licht verstandelijk gehandicapten is bekend met deze praktijk. In orthopedagogische instellingen is het motief voor beperking van vrijheidsrechten veelal niet verbetering van de gezondheidstoestand of gevaarsafwending, zoals de Wgbo en de Wet Bopz vereisen, maar veel maatregelen worden toegepast vanuit opvoedkundig oogpunt. Met de kwalificatie 'pedagogische maatregel' worden licht verstandelijke jeugdigen en jong volwassenen bijvoorbeeld naar de eigen kamer gestuurd of krijgen zij een zogenaamde time-out opgelegd, maar ook een rookregeling en de verplichting dat 's morgens minimaal twee boterhammen moeten worden gegeten zijn als zodanig aan te merken. Toepassing van deze maatregelen is niet zonder problemen. Pedagogische maatregelen worden opgelegd ongeacht de juridische status van de cliënt (vrijwillig danwel onvrijwillig) en zijn vaak niet enkel gericht op opvoeding. Bovendien raken ze in sommige gevallen aan middelen of maatregelen of beperkingen in de bewegingsvrijheid, terwijl de vereisten die de Wet Bopz voor deze specifieke vrijheidsbeperkingen stelt niet in acht worden genomen. Dit maakt een juridische beschouwing wenselijk. Na een korte beschrijving van de Wgbo en de Wet Bopz volgt een uiteenzetting van het verschijnsel dat hier centraal staat. Aan de orde komen het motief voor oplegging van pedagogische maatregelen en de legitimering ervan. Het geheel wordt afgesloten met enkele knelpunten en een slotwoord.

### 2. Wgbo en Wet Bopz

Bij opname, verblijf en behandeling in een voorziening voor licht verstandelijk gehandicapten wordt in beginsel de Wet inzake de geneeskundige behandelings-

---

<sup>1</sup> V.E.T. Dörenberg is in maart 2005 afgestudeerd aan de rechtenfaculteit van de Universiteit Maastricht in de richting gezondheidsrecht. Dit artikel is geschreven naar aanleiding van haar afstudeerscriptie ('*Pedagogische maatregelen in de LVG-sector. Een juridische beschouwing van een zorgwekkend verschijnsel*').

<sup>2</sup> Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Zorg onder beperking*, Den Haag, 1996.

<sup>3</sup> Ministerie VWS, *Wet Bopz. Evaluatierapport. Tussen invoering en praktijk*, Rijswijk, 1996; L.A.P. Arends, K. Blankman en B.J.M. Frederiks, *Evaluatie Wet Bopz. Deelonderzoek 10-3: Interne rechtspositie in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptensector*, ZonMw, Den Haag, 2002.

overeenkomst (Wgbo) toegepast.<sup>4</sup> Deze wet is voornamelijk geschreven met het oog op medische behandelingen en ziekenhuisopnames, maar is ook daarbuiten van toepassing. Zij is als bijzondere overeenkomst van opdracht in het Burgerlijk Wetboek opgenomen in boek 7 en regelt de relatie tussen de hulpverlener en de patiënt. Tal van gewichtige patiëntenrechten zijn in de Wgbo vastgelegd, waarvan het toestemmingsvereiste wel de belangrijkste geacht wordt. Zonder toestemming geen behandeling, aldus de wet. Dit principe gaat echter niet zo ver dat dwangbehandeling totaal uitgesloten is. Onder bijzondere omstandigheden kan een patiënt tegen zijn wil worden behandeld. In de praktijk betekent de toepasselijkheid van de Wgbo, dat steeds wordt nagegaan of de cliënt en/of zijn wettelijke vertegenwoordiger (nog) instemmen met opname en behandeling. Ontbreekt toestemming of valt zij tijdens verblijf weg dan zijn opname en behandeling niet (langer) mogelijk. De jeugdige of jongvolwassene kan in dat geval alleen tegen diens wil of tegen de wil van de wettelijke vertegenwoordiger worden opgenomen op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).<sup>5</sup> Deze opnamewet geldt alleen voor speciaal daarvoor aangemerkte intramurale instellingen en regelt naast de onvrijwillige opname ook het onvrijwillige verblijf. De wet regelt ook alleen heel specifieke vrijheidsbeperkingen. Deze zijn toepassing van middelen of maatregelen in noodsituaties (separatie, afzondering, fixatie, medicatie, toediening van vocht en voeding), beperking van bepaalde fundamentele rechten in huisregels alsook in individuele gevallen (post, bezoek, bewegingsvrijheid) en dwangbehandeling (bijv. dwangmedicatie). De Wgbo blijft voor onvrijwillig opgenomen patiënten naast de Wet Bopz van belang. Dit geldt met name voor onderwerpen waarover de laatste zwijgt, zoals de informatieverstrekking over de behandeling. De Wgbo is ook van toepassing op behandelingen waarop de Wet Bopz geen betrekking heeft, namelijk behandelingen die losstaan van de geestesstoornis van de patiënt. Bovendien geldt voor alle somatische behandelingen de Wgbo. Noch de Wet Bopz noch de Wgbo kent een uitdrukkelijke regeling voor het gebruik van maatregelen vanuit opvoedkundige overwegingen, de zogenoemde pedagogische maatregelen.

### **3. Pedagogische maatregelen**

#### *3.1 Motief voor oplegging*

De gedachte achter het gebruik van opvoedkundige of *pedagogische* maatregelen in orthopedagogische instellingen is dat zorgverleners de mogelijkheid moeten hebben om cliënten vanuit opvoedkundige overwegingen iets te verbieden of om een straf op te leggen. Immers, vanaf het moment van opname treedt de instelling in de plaats van de ouders of de voogd op als opvoeder en dient zij de cliënt te begeleiden in zijn ontwikkeling naar zelfstandigheid. Beperkende handelingen kunnen in dit kader nodig zijn. Voorbeelden zijn: een 14-jarige niet rond laten hangen op het station van een grote stad vanwege het gevaar van drugs en prostitutie, voor straf een uur op de eigen kamer zitten, voor straf niet naar de discotheek, voor straf kamerarrest, minimaal twee boterhammen eten, overdag niet in bed liggen, op de eigen kamer afkoelen, enz. Het gaat om een breed spectrum van maatregelen die meestal grenzen stellen en gedrag beperken, zoals het beperken van contact met anderen, het beperken van ruimtelijke vrijheid, het beperken van fysieke vrijheid, beperkingen in de invulling van de vrije tijd, het verwijderen van personen uit de groep of het verplicht stellen van het uitvoeren van bepaalde taken.<sup>6</sup> Maar er worden ook

---

<sup>4</sup> De Wgbo is, bij Wet van 17 november 1994 (Stb. 1994, 837), op 1 april 1995 van kracht geworden.

<sup>5</sup> De Wet Bopz is in 1994 in werking getreden (bij Wet van 29 oktober 1992, Stb. 1992, 669) en verving de tot dan toe geldende Krankzinnigenwet.

<sup>6</sup> A. Frijlink, *Vrijheidsbeperkende maatregelen in relatie tot de rechtspositie van de bewoner. Verslag van een studiemiddag van de sectie pedagogen/psychologen van NGBZ, Baarn, Eemeroord, 1992, p. 6-9.*

maatregelen opgelegd die stimuleren en goed gedrag aanmoedigen, zogenaamde belonende maatregelen. Bij elk van deze maatregelen hoort opvoeding centraal te staan. Ware dit niet zo, dan zou het onjuist zijn om te spreken van ‘opvoedkundige’ maatregelen. Opvoeding kan gedefinieerd worden als het begeleiden (via geborgenheid en stabiliteit) van de jeugdige bij zijn ontwikkeling van volstrekte afhankelijkheid naar autonomie, en het uitoefenen van verantwoordelijkheid zolang en zover de jeugdige daartoe zelf nog niet in staat is.<sup>7</sup> De mate waarin deze verantwoordelijkheid wordt overgenomen is afgestemd op de ontwikkelingsfase van de jeugdige. Hier zij opgemerkt dat de opvoeding van mensen met een verstandelijke handicap over het algemeen tot op hogere leeftijd plaatsvindt dan bij niet verstandelijk gehandicapten. Vandaar dat ook volwassenen met pedagogische maatregelen te maken krijgen. In het licht van het voorgaande zijn pedagogische maatregelen te omschrijven als maatregelen die erop gericht zijn het gedrag en de ontwikkeling van de jeugdige of jong volwassene te beïnvloeden én hem in te voeren in de normen en waarden van de samenleving en te vormen tot een verantwoordelijk, autonoom mens.

In de praktijk zien we dat zorgverleners, naast of in plaats van opvoedkundige beweegredenen, tal van andere motieven aanvoeren om toepassing van pedagogische maatregelen te legitimeren. Behandelings-, beschermings-, ordehandhavingsmotieven en zelfs motieven als werkdruk en personeelstekort kunnen meespelen. Dit heeft tot gevolg dat het vaak onduidelijk is wat onder een pedagogische maatregel moet worden verstaan. Indien opvoedkundige overwegingen totaal afwezig zijn, moet naar mijn mening niet van pedagogische maatregelen gesproken worden. De term zou slechts dienen als rookgordijn. Het verplichte ‘kameruurtje’ is hier een voorbeeld van. Deze collectieve maatregel wordt door zorgverleners als pedagogische maatregel gekwalificeerd, maar in de praktijk blijkt zij veelal te worden opgelegd om een ongestoorde overdracht mogelijk te maken.

### 3.2 Legitimering

De maatregelen waaraan een opvoedingsmotief ten grondslag ligt zijn een voorbeeld van vrijheidsbeperking waarin geen enkele wet voorziet. Dit betekent niet dat toepassing van niet-wettelijke vrijheidsbeperking per definitie ongeoorloofd is. Ook in situaties waarin de Wet Bopz of de Wgbo niet geldt, handelt men eerst onrechtmatig indien men handelt, of nalaat te handelen, in strijd met een wettelijke plicht of indien men handelt, of nalaat te handelen, in strijd met het ongeschreven recht of in strijd met wat in het maatschappelijk verkeer betaamt. Of er sprake is van onrechtmatig handelen zal in een concreet geval beoordeeld moeten worden. De vraag rijst of pedagogische maatregelen, die als niet-wettelijke vorm van vrijheidsbeperking zijn aan te merken, nooit aan specifieke wettelijke eisen hoeven te voldoen. Als voorbeeld kan genoemd worden de situatie waarin iemand op zijn eigen slaapkamer moet verblijven met de deur op slot. Deze maatregel vertoont een zodanige verwantschap met de maatregel afzondering dat het valt te verdedigen dat hij moet voldoen aan de in de Wet Bopz gestelde eisen. In het navolgende zal worden betoogd dat toepassing van pedagogische maatregelen onder omstandigheden wettelijk geoorloofd is/kan zijn. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen personen die vrijwillig opgenomen zijn (Wgbo-patiënten) en personen die onvrijwillig opgenomen zijn (Bopz-patiënten).

---

<sup>7</sup> C. de Groot en M. Donker, *Evaluatie Wet Bopz. Deelonderzoek 10-6: De Wet Bopz in de kinder- en jeugdpsychiatrie*, ZonMw, Den Haag, 2002, p. 13. ‘Autonomie’ is in dit kader overigens wel een relatief begrip. Personen met een lichte verstandelijke beperking zullen waarschijnlijk nooit volledig autonoom kunnen functioneren. Het is om die reden dat sommige onderzoekers in plaats van autonomie spreken van ‘ontplooiing’ als het gaat om opvoeding van verstandelijk gehandicapten. Zie B.J.M. Frederiks, *De rechtspositie van mensen met een verstandelijke handicap. Van beperking tot ontplooiing*, Proefschrift Universiteit Maastricht, 2004.

#### 4. Toepassing bij Wgbo-patiënten

Voorop staat dat een vrijwillige opname in een orthopedagogisch centrum de jeugdige of jong volwassene niet per definitie vrijwaart van vrijheidsbeperkingen. Geheel onbegrijpelijk is dat niet, maar dit neemt niet weg dat het toepassen van pedagogische maatregelen ten aanzien van vrijwillig opgenomen cliënten het vrijwillige karakter van de opname verregaand beperkt. Bovendien kan er gemakkelijk een praktijk ontstaan waarin de criteria voor het toepassen van wettelijke maatregelen ruim worden genomen en waarin vrijheidsontneming plaatsvindt zonder dat de wettelijke waarborgen in acht worden genomen. Hieronder volgt een bespreking van de mogelijkheden die het huidige wettelijke kader biedt voor toepassing van pedagogische maatregelen.

Om te beginnen is toepassing van pedagogische maatregelen mogelijk op basis van overeenkomst. Bij toestemming hoeft niet voldaan te zijn aan wettelijke voorwaarden die voor specifieke vrijheidsbeperkingen gelden. Twee situaties zijn daarbij te onderscheiden. De eerste situatie betreft toepassing van maatregelen naar aanleiding van omstandigheden die los staan van de gezondheidsproblematiek van de jeugdige of jong volwassene. Naar mijn mening is de Wgbo in dit geval niet direct van toepassing. De beperkingen vinden plaats in het kader van een gewone overeenkomst van opdracht. In de tweede situatie gaat het om pedagogische maatregelen die geïndiceerd zijn op het moment dat de in zijn ontwikkeling belemmerde jeugdige of jong volwassene deskundig begeleid dient te worden. De Wgbo (inclusief toestemmingsregeling) is maatgevend voor deze orthopedagogische handelingen, die als onderdeel van de behandeling zijn aan te merken. Maatregelen die worden opgelegd om dit handelen mogelijk te maken kunnen dan worden gezien als aanpalende verrichtingen. Aangezien behandelmotieven in deze tweede situatie voorop staan, is het juist niet te spreken van opvoedkundige maatregelen. In beide situaties kan de overeenkomst te allen tijde worden herroepen indien de jeugdige of jong volwassene in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake en biedt zij geen rechtvaardiging voor gedwongen toepassing van deze maatregelen.

Maar wat als geen overeenstemming wordt bereikt? Met het inbreken op vrijheidsrechten van jeugdigen en jong volwassenen moet grote terughoudendheid worden betracht. Alleen onder strikte condities kunnen vrijheden worden beperkt en kan dwang worden uitgeoefend bij vrijwillig opgenomen cliënten. Ook hier kan weer onderscheid worden gemaakt tussen een aantal situaties. Indien er sprake is van een overeenkomst tot het opleggen van pedagogische maatregelen, kan deze slechts bij verzet van de jeugdige of jong volwassene worden uitgevoerd als hij niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake. De ingevolge de Wgbo geldende regeling voor dwangbehandeling is van toepassing als het gaat om orthopedagogische handelingen waarmee de persoon niet meer instemt. Maar ook indien er geen overeenkomst bestaat, is toepassing van pedagogische maatregelen tegen de wil van de vrijwillig opgenomen bewoner mogelijk. Daar waar sprake is van een noodtoestand kan het opleggen van pedagogische maatregelen geoorloofd zijn. Immers, er kunnen zich opvoedingssituaties voordoen die vanwege gedragsproblemen zodanig escaleren dat ingrijpen absoluut noodzakelijk is. De maatregelen die dan worden toegepast zullen veelal het karakter hebben van een middel of maatregel of een beperking in de bewegingsvrijheid, zoals het afkoelen in een time-outruimte. Buiten de situatie van noodtoestand zal de professionele *zorgplicht* die voortvloeit uit het goed hulpverlenerschap als grondslag én toetssteen moeten dienen voor toepassing van pedagogische maatregelen. Hierbij zij opgemerkt dat het toepassen van pedagogische maatregelen tegen de wil van de jeugdige of jong volwassene er niet toe mag leiden dat hij zijn recht om de instelling te verlaten niet kan effectueren. Met andere woorden: de vrijheidsbeperking mag niet in vrijheidsbeneming resulteren. Dit zou bijvoorbeeld het geval zijn bij opsluiting in de eigen kamer.

## **5. Toepassing bij Bopz-patiënten**

De regulering van pedagogische maatregelen ten aanzien van gedwongen opgenomen jeugdigen en jong volwassenen is niet wezenlijk anders dan die hiervoor. De Wet Bopz is weliswaar van toepassing maar onder deze wet zijn slechts vrijheidsbeperkingen tegen de wil van de patiënt mogelijk indien er sprake is van gevaar of indien er voldaan is aan andere door de wet gestelde voorwaarden. Indien opvoeding het motief is, kan de Wet Bopz geen uitkomst bieden. Slechts indien de oorzaak van een uit de hand lopende opvoedingsituatie gelegen is in de gebrekkige ontwikkeling van de licht verstandelijk gehandicapte en niet in zijn gedragsstoornissen, is toepassing van een middel of maatregel tegen de wil van de jeugdige mogelijk. Het verdient echter de voorkeur om dan niet te spreken van een pedagogische maatregel.

Omdat gedwongen opname geen vrijbrief vormt voor gedwongen toepassing van pedagogische maatregelen, zal ook bij Bopz-patiënten het bereiken van overeenstemming voorop moeten staan. Daarom zijn ook bij hen pedagogische maatregelen mogelijk op basis van overeenkomst. Deze mogelijkheid moet echter niet worden overschat. Het is immers maar de vraag of de jeugdige/jong volwassene in kwestie de consequenties van zijn beslissing kan overzien.

## **6. Knelpunten**

Het recht biedt geen onweerlegbare oplossing voor de toepassing van pedagogische maatregelen. Het betreft niet alleen een complexe juridische aangelegenheid, maar ook implementatie van regels is altijd een kwestie die in de praktijk moeilijkheden oplevert. Een van de knelpunten is het karakter van de Wgbo en de Wet Bopz. Het herstel van de pedagogische relatie tussen kind en opvoeder maakt in de LVG-sector deel uit van de zorg, maar de daarmee samenhangende maatregelen staan soms haaks op de vereiste terughoudendheid die beide wetten benadrukken. Bovendien houden de rechtsregels onvoldoende rekening met de professionele inzichten met betrekking tot behandeling en opvoeding van licht verstandelijk gehandicapten. Zo hanteert de Wet Bopz de term 'behandeling', maar de grens tussen behandeling en opvoeding is in de LVG-sector moeilijk te trekken. Vaak vallen ze samen, waardoor het willekeurig blijft wat bij opvoeding hoort en wat bij behandeling. Ten aanzien van de Wgbo geldt iets soortgelijks. Het is maar de vraag of de wetgever met de gekozen terminologie ook begeleiding en opvoeding bedoeld heeft. Zo niet, dan leidt dit tot een moeilijk te handhaven onderscheid tussen pedagogische maatregelen en wettelijke maatregelen. Een ander knelpunt betreft de hantering van de begrippen 'verzet' en 'wilsonbekwaamheid'. De wet kent alleen het begrip verzet en maakt geen onderscheid naar reden, frequentie of heftigheid ervan. Ieder feitelijk verzet zal daarom als het weigeren van toestemming moeten worden opgevat, maar een dergelijke interpretatie negeert de problematiek van de jeugdigen en jong volwassenen in kwestie en maakt het zorgverleners bovendien onmogelijk hun werk te doen. De praktijk zoekt dan ook zijn uitweg in het oprekken van begrippen als 'nodige bereidheid' en 'wilsonbekwaamheid'. Men spreekt al gauw van bereidheid als de minderjarige zich niet uitdrukkelijk verzet en mocht hij het niet eens zijn met een maatregel dan wordt dat al snel gelijkgesteld met wilsonbekwaamheid. Hiermee wordt echter een groot professioneel risico genomen en over het algemeen is het dan ook niet goed om situationeel de wilsonbekwaamheid en het ontbreken van verzet aan te roepen als laatste redmiddel. Als overige knelpunten kunnen nog genoemd worden de toepassing van pedagogische maatregelen met een strafkarakter en het ontbreken van een registratie- en meldingsplicht.

## 7. Slotbeschouwing

De behandeling van licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen en jong volwassenen blijkt zich af te spelen op het grensvlak van pedagogiek en vrijheidsbeperking. Het gebrek aan regulering zet zorgverleners in de LVG-sector voor vraagtekens. Zijn pedagogische maatregelen die ten aanzien van vrijwillig opgenomen cliënten worden genomen toegestaan ook als deze een beperking van bijvoorbeeld de bewegingsvrijheid inhouden? Mag een cliënt naar zijn kamer worden gestuurd om daar af te koelen? Speelt de juridische status daarbij nog een rol? Bij de beantwoording van deze vragen kan niet worden volstaan met de opmerking dat opvoeden iets geheel anders is dan behandelen en dat de overname van de verantwoordelijkheid voor de opvoeding van de ouders zonder meer legitimeert tot het nemen van die pedagogische maatregelen die thuis in de 'normale' opvoedingssituatie geoorloofd zijn. Het opvoedingsklimaat in een intramurale instelling is immers veel strakker en gestructureerder dan in een gezinssituatie.

Geconcludeerd moet worden dat pedagogische maatregelen in bepaalde gevallen en onder bepaalde voorwaarden een plaats kunnen krijgen binnen het huidige wettelijke kader. De Wet Bopz heeft weliswaar onvoldoende grip op alle vrijheidsbeperkingen die in een instelling voor licht verstandelijk gehandicaptenzorg plaatsvinden, maar zij kan een rol spelen indien het gedrag dat leidt tot een escalerende opvoedingssituatie zijn oorsprong vindt in de gebrekkige ontwikkeling van de jeugdige of jong volwassene. Hetzelfde geldt voor de Wgbo indien een bepaalde maatregel aangewezen is om de licht verstandelijk gehandicapte deskundig te begeleiden. Deze rol moet echter niet worden overschat. Gedwongen opnemings vindt slechts zelden plaats in een orthopedagogische instelling en dit betekent dat de Wet Bopz doorgaans niet van toepassing is. Bovendien kan naar mijn mening maar een klein deel van de maatregelen onder de Wgbo vallen en wordt overeenstemming zeker niet in alle gevallen bereikt. Het merendeel van de pedagogische maatregelen zal dan ook elders zijn legitimatie moeten vinden. Indien er individuele afspraken zijn gemaakt over het opleggen van pedagogische maatregelen, is de grondslag voor toepassing te vinden in de overeenkomst. De situatie is problematischer wanneer zorgverleners de waarde van een gegeven toestemming in twijfel trekken of wanneer toestemming geheel ontbreekt, zoals in het geval een pedagogische maatregel situationeel of onbewust wordt opgelegd. De professionele zorgplicht die iedere zorgverlener heeft moet dan fungeren als basis voor interventie. Dit is slechts anders wanneer de maatregelen die vanuit pedagogische overwegingen worden opgelegd het karakter hebben van een middel of maatregel of van een beperking in de bewegingsvrijheid. In deze gevallen zou een soortgelijke strenge normering als die van de Wet Bopz van toepassing moeten zijn. De zorgplicht, waar het recht en de plicht van de zorgverlener om op te voeden op is gebaseerd, kan deze concrete rechtsbescherming niet bieden. Een nieuwe wettelijke regeling zou om die reden gewenst zijn, maar tot die tijd is het aan de beroepsgroep om richtsnoeren te ontwikkelen die het gebruik van pedagogische maatregelen minder problematisch maken. Daarbij moet het verlenen van goede en verantwoorde zorg voorop staan. Dit houdt in: overleg met de ouders, zorgvuldig documentatie en handelen volgens wet en regelgeving.

## HET GEBRUIK VAN DE TIME-OUT RUIMTE IN THEORIE EN PRAKTIJK

*Jan Niessen*  
*Stichting de Reeve*

### *Ter inleiding*

*Toen het eerste nummer van dit tijdschrift verscheen was ik als invallend orthopedagoog verbonden aan een leefgroep voor zeer intensieve behandeling van jeugdigen met een licht verstandelijke handicap. Al vrij snel werd ik geraakt door de hoge frequentie waarmee jongeren in de time-out kamer werden geplaatst. Hoewel er een protocol en een registratie voor deze handelwijze was, lukte het me onvoldoende om greep te krijgen op de processen die leidden tot een plaatsing in de afzonderingsruimte. Herhaalde gesprekken met het team leidden tot het inzicht dat de handelwijze de groepsleiders een gevoel van zekerheid en veiligheid bood, maar dat het maar zeer de vraag was of de jeugdigen er iets van leerden. Al werkende rezen bij mij vragen naar de theoretische achtergrond van time-out plaatsingen. Daarmee werd de kiem voor dit artikel gelegd. Vanuit twee perspectieven wil ik de time-out plaatsingen belichten en aan de wetenschap mijn vragen voorleggen. De wettelijke legitimatie van het handelen is het eerste perspectief van waaruit time-out plaatsingen worden bekeken. Instellingen willen zich in hun behandeling uiteraard houden aan de wettelijke voorschriften. Het is van strategisch belang dat de behandeling die men aan de jeugdigen geeft de juridische toetsing kan doorstaan. Naast dit strategische perspectief wordt het gebruik van time-out ruimte vanuit de orthopedagogische inhoudelijke invalshoek geanalyseerd. Het blijkt dat de strategische en inhoudelijke perspectieven complementair zijn. Voor het beantwoorden van vragen zijn wetenschappers vaak weer afhankelijk van de praktijk. Daarom besluit ik mijn artikel met een poging tot het verzamelen van gegevens in de praktijksituatie waar ik werkzaam was.*

### **Het strategisch perspectief**

Binnen orthopedagogische behandelcentra voor jeugdigen met een licht verstandelijke handicap bepalen wettelijke kaders het handelen. De Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomsten (WGBO) en de wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen en Zwakzinnigen inrichtingen (BOPZ) zijn in het kader van dit artikel de belangrijkste wetten waar men mee te maken heeft. Het zijn wetten die een nadere uitwerking geven voor situaties waarin bijvoorbeeld de grondwet een nadere uitwerking vraagt. De grondwet en het burgerlijk wetboek bieden een garantie voor de individuele vrijheid van de burger. De BOPZ geeft een kader aan waarin die individuele vrijheid mag worden begrensd. In de behandelgroep waar het in dit artikel over gaat verblijven 8 jongeren (14-18 jaar oud) op vrijwillige basis. Voor hun behandeling geeft de WGBO kaders aan. Ten aanzien van de behandeling geldt dat instemming van de jongeren zelf en hun wettelijke vertegenwoordiger noodzakelijk is. In de praktijk betekent dat de jeugdigen vooraf hun toestemming geven om, indien zij hun zelfcontrole verliezen, door de behandelaars geholpen worden deze te hervinden. Als plaatsing in de time-out daartoe het geëigende en afgesproken middel is, kan deze worden toegepast. Het wordt lastig als de jongere eerst toestemming voor de ingreep geeft en deze later, vaak op het moment dat de ingreep wordt toegepast, terugtrekt. Bij aanhoudend verzet biedt de WGBO geen mogelijkheid om deze (be-)handeling legitiem uit te voeren. Nu weet iedere opvoeder dat jeugdigen van tijd tot tijd verzet plegen tegen het handelen van de opvoeders. Behandelaars komen dan in een lastige situatie. Formeel ontbreekt hun de juridische rechtvaardiging van een orthopedagogische handeling. Een beroep op de zelfbindingsclausule is beperkt

mogelijk. Het spanningsveld tussen de WGBO en het (opvoedend)handelen kan worden verkleind door begrippen “behandelen” en “pedagogische maatregel” door definiëren van elkaar te onderscheiden. Er is een risico verbonden aan deze oplossing omdat pedagogische maatregelen zich gemakkelijk aan wettelijke toetsing kunnen onttrekken. Er zal een vervangende borging moeten komen. Wellicht biedt de wet op de kwaliteit en de certificering van de behandelcentra daartoe mogelijkheden.

Als een jeugdige niet mee wil werken aan de behandeling biedt de BOPZ mogelijkheden voor gedwongen behandeling. Met deze wet wordt het mogelijk gemaakt middelen en maatregelen toe te passen. Deze zijn echter alleen legitiem als een jeugdige met een rechterlijke machtiging in een “psychiatrisch ziekenhuis” is geplaatst. Nu hebben orthopedagogische behandelcentra een erkenning als psychiatrisch ziekenhuis in deze zin. De meeste jeugdigen verblijven er echter vrijwillig. In die situatie is in feite de WGBO van kracht en niet BOPZ. Toch wordt het toepassen van middelen en maatregelen binnen een vrijwillige behandeling getoetst aan het kader dat in de BOPZ wordt aangegeven.

Het plaatsen van een jeugdige in een time-out ruimte wordt vanuit de BOPZ gezien als afzondering en valt daarom onder middelen en maatregelen. Dit houdt in dat een plaatsing in de time-out gebonden is aan een protocol waarin de procedure tot besluitvorming, de wijze van uitvoer, de registratie, de communicatie en de verantwoordelijkheden zijn vastgelegd.

Het plaatsen van een jeugdige in de time-out ruimte kan “afzonderen” als doel hebben. Terecht wordt dan verwezen naar de BOPZ. Vooral het gevaarscriterium dient bij afzondering overwogen te worden. Als jongeren echter hun zelfcontrole hebben verloren en in een prikkelarme ruimte geholpen worden deze te hervinden is “afzondering” noch het doel, noch het middel. Men kan dan beter spreken van een opvoedingshandeling of het toepassen van een, uiteraard vooraf besproken, behandelstrategie. Door voor deze opvoedingsmaatregel of behandelactie protocollen of methodiekbeschrijving vast te leggen, is juiste toepassing ervan te toetsen.

Als men het time-out gebruik analyseert, is de interpretatie en toepassing van de BOPZ binnen de orthopedagogische behandelinstellingen niet duidelijk. Vanuit de praktijk is er behoefte aan nadere uitwerking. Deskundigen op het gebied van het gezondheidsrecht zullen met deskundigen op het gebied van behandelen en opvoeden tot een consensus moeten komen die het behandelen in de instellingen een wettelijk legitiem en in de praktijk toepasbaar kader geven. Het ontwikkelen van een eenduidig begrippenkader kan daarin een eerste aanzet zijn.

In januari 2004 is een rapport verschenen van het staatstoezicht op de gezondheidszorg. Daarin worden de resultaten vermeld van een onderzoek naar de toepassing van de BOPZ. Één van de onderzochte aspecten is de kwaliteit van afzonderings- en isoleerruimtes. Dit deel van het onderzoek is een herhaling van eerder onderzoek in 1996 en 1998. De conclusie is dat de kwaliteit van de afzonderingskamers in de (verstandelijk) gehandicaptenzorg onvoldoende is. De inspectie heeft getoetst aan de hand van de normen die door het College Bouwziekenhuis voorzieningen in bouwmaatstaven zijn vastgelegd. Ten aanzien van de afzonderingsvoorzieningen wordt ook door dit college gewezen op begripsverwarring rond afzonderen.

Voorts kan nog worden opgemerkt dat in de gehandicaptenzorg eveneens ruimten voorkomen in woon- en dagbestedingsvoorzieningen, waar cliënten kunnen rusten of zich even kunnen terugtrekken. Dergelijke ruimten worden door de instelling soms (ten



onrechte) ‘afzonderingskamer’ of ‘time-outruimte’ genoemd. Hierdoor treedt verwarring op met de afzonderingsvoorziening zoals bedoeld in de wet BOPZ, waarvoor bij gebruik melding aan de inspectie is voorgeschreven.

*Het college geeft hiermee aan dat er geen verschil is tussen een afzonderingsruimte en een time-outruimte. Tevens geeft men aan dat een deel van de afzonderingen zich aan het oog van de inspectie kunnen onttrekken. Vanwege de kwetsbaarheid van zowel de jeugdigen als de instellingen kan hierin een argumentatie gevonden worden om het gebruik van de time-out aan de inspectie te melden, ook al vindt dit gebruik plaats zonder de intentie de jeugdige af te zonderen.*

*Bij het gebruik van de time-out ruimte komen knelpunten in zicht die samenhangen met de WGBO en de BOPZ. Binnen de praktijk van de behandelinstellingen voor kinderen en jeugdigen met een licht verstandelijke handicap doen zich echter op meer terreinen vergelijkbare knelpunten voor. Het wordt tijd voor een inventarisatie daarvan en voor verder onderzoek. De praktijk kan daarbij niet zonder de wetenschap. Door een goede samenwerking tussen die twee kunnen inhoudelijk onderbouwde strategische keuzes worden gedaan.*

#### ***Het orthopedagogisch perspectief***

Het begrip “time-out” is afkomstig uit de gedragstherapie. Deze vorm van therapie kenmerkt zich naast haar oorsprong in de sociale leertheorieën door een beschreven systematische werkwijze. Juist die systematiek maakt haar toegankelijk voor onderzoek.

In een kort oriënterend literatuur onderzoek zocht ik antwoord op drie vragen:

1. Bij welke kinderen wordt time-out toegepast?
2. Hoe wordt de time-out toegepast?
3. Wat zijn de effecten van de toepassing?

Voor praktijk orthopedagogen die dikwijls geen directe toegang hebben tot universiteits bibliotheken en de daarbij horende faciliteiten biedt de Psychorum een alternatief. Dit digitale bestand omvat de laatste tien jaargangen van diverse tijdschriften waaronder het tijdschrift “Gedragstherapie” en “Kind en adolescent” en enkele boeken (o.a. Cure and care development en het handboek klinische psychologie). Met de zoekterm “time-out” werd een quick-scan uitgevoerd. Uit de treffers kon een voorlopig beeld worden gevormd van de toepassingsgebieden en effecten van time-out.

*Van Vliet e.a.* gebruiken de time-out als deëscalatietechniek bij gewelddadige volwassen mannen. Zij maken geen melding van de effectiviteit. *Duker* beschrijft in zijn artikel over behandeling van enuresis dat *Foxx* en *Azrin* aanvankelijk time-out toepasten als onderdeel van de toilettraining, maar in een later stadium de time-out niet meer gebruikten omdat deze niet effectief bleek. *Prevo* oefent zwakbegaafde seksuele delinquenten in het organiseren van een time-out om in stressvolle situaties tot rust te komen. *Obbink* ontraadt het gebruik van de time-out bij de behandeling van voedselweigeraars omdat vermijding van de eis wordt beloond. In een artikel over onderzoek naar de functie van zelfverwondend gedrag geeft *Didden* aan dat een time-out een alternatief kan zijn voor extinctie. *De Boer en Bosscher* geven bij de behandelingsmogelijkheden van motorisch stereotype gedrag aan dat time-out positieve resultaten kan hebben, maar dat de procedure ook averechts kan werken. *Bartels* noemt de time-out als een procedure in het kader van de behandeling van extreem gedragsgestoorde geestelijk gehandicapten, maar geeft geen onderbouwing en resultaten. *Noorloos* beschrijft de behandeling van een kind met extreme driftbuien. Zij leert dit kind

zelf een rustige plaats(time-out) op te zoeken bij een opkomende driftbui. *Peters* geven aan dat de time-out zonnodig gebruikt kan worden bij het overschrijden van grenzen. Tenslotte wijst *Orobio de Castro* op het gevaar van de onjuiste informatieverwerking bij jongeren met anti-sociale gedragsproblematiek. Deze jongeren kunnen een met de beste bedoelingen uitgevoerde interventie opvatten als een vijandige agressieve daad, die alleen maar meer agressie oproept.

Samenvattend kan men stellen dat het toepassen van een time-out vanuit recente artikelen niet kan steunen op een theoretisch sterke onderbouwing.

*Orlemans* en *Cladder* kunnen beschouwd worden als grondleggers in de Nederlandse gedragstherapie. Hun beschrijving van de toepassing van time-out wordt in onderstaand schema weergegeven.

	<i>Orlemans</i>	<i>Cladder</i>
Personen en omstandigheden waarbij een time-out wordt toegepast	Kinderen met woede aanval	Kinderen met woede buien en bij delinquente pubers in een behandelingstehuis
Beschrijving van de time-out	T.o. is een strafprocedure waarbij kind 10 minuten wordt opgesloten in een kamer. Bij 10 minuten geen woede→ kind eruit. Time-out is ipso factor aandacht geven aan ongewenst gedrag. T.o moet daarom snel, zakelijk en met een minimum aan interacties worden uitgevoerd.	Bij opkomende bui kind in time-out plaatsen. 3 minuten rustig→ eruit. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle reinforcers verwijderen</li> <li>• De te verlaten situatie leuk houden</li> <li>• Kort houden</li> <li>• Elke keer toepassen</li> <li>• Combineren met belonen van alternatief gedrag</li> <li>• Enerzijds uitdoving, anderzijds straf</li> </ul>
Effect	Citeert 1. Hamilton e.a die met behulp van t.o. een hoofdbonkende geestelijk gehandicapte met succes behandelde. 2. Tyler en Brown pasten t.o. toe bij jeugdige delinquenten in een internaat om agressief gedrag onder controle te krijgen. Bleek effectief maar zonder blijvend resultaat.	Vermeldt 3 succes verhalen.

Deze inhoudelijke informatie over de toepassing van de time-out als middel in de behandeling is niet volledig en vraagt om meer. Een vraag om geordende kennis

betreffende een behandelmethode kan vanuit de praktijk voorgelegd worden aan wetenschappers. Verstrek ons informatie over het toepassen van time-out:

- Geef ons een definitie van situaties, gedragsvormen, en eigenschappen van kinderen waarbij een time-out succesvol bijdraagt aan een verbetering van de levenskwaliteit van kinderen met problemen.
- Beschrijf en onderbouw de techniek van plaatsen in een time-out
- Geef inzicht in de resultaten van het toepassen van time-out
- Leer ons op een verantwoorde wijze het effect zelf te meten.

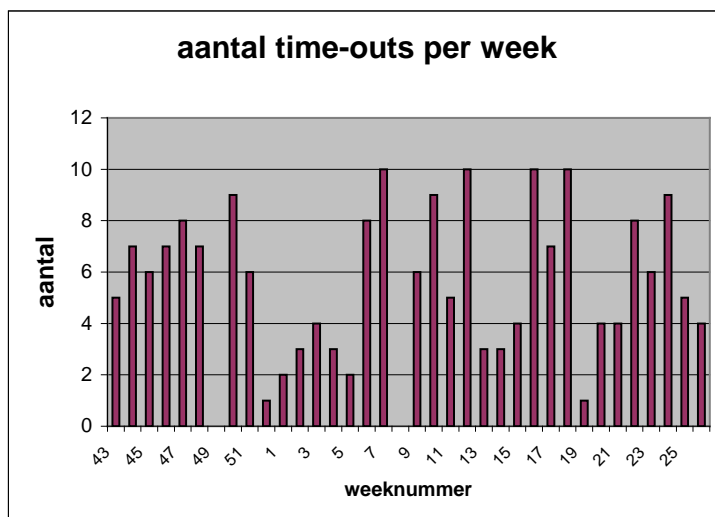
Om deze vragen te kunnen beantwoorden hebben wetenschappers de praktijk nodig. Vanuit die praktijk wordt in het volgende onderdeel een voorzet gegeven.

### Een praktijktoepassing

Onder het motto “meten is weten” heb ik geprobeerd inzicht te krijgen in de praktijk van het toepassen van de “time-out” en deze inzichten te delen met de groepsleiding.

Vanuit de instelling was al een aantal aanwijzingen gegeven voor het gebruik van de time-out ruimte. Eén daarvan was dat ieder gebruik moest worden geregistreerd op een formulier dat ontworpen was tegen de achtergrond van het toepassen van Middelen en Maatregelen in het kader van de BOPZ. Dit was een vrij omslachtige procedure die informatie op individueel niveau geeft, maar waaruit niet anders dan met veel werk groepsoverzichten waren te generen. Daarom werd overgegaan op een registratie via een lijst die snel was in te vullen en die makkelijk in overzichten kon worden verwerkt. Deze overzichten vormden de basis voor zowel groepsbesprekingen, individuele behandelbesprekingen als teambegeleiding.

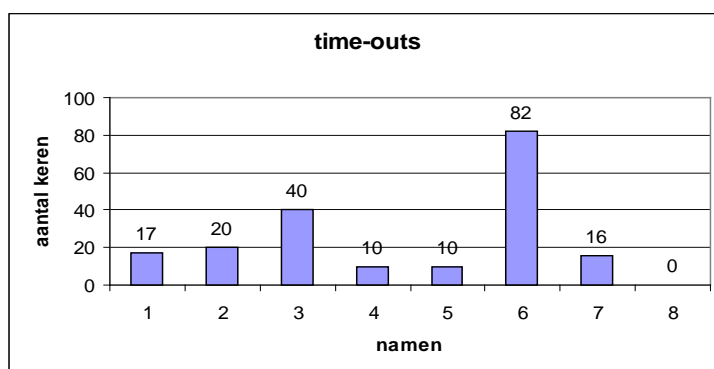
In het eerste overzicht wordt het aantal time-outs per week weergegeven. In de besprekingen waarin dit overzicht aan de orde kwam werd gezocht naar verklaringen voor de sterk wisselende frequenties.



In tegenstelling tot de verwachting bleek dat in de week voorafgaand aan vakanties er minder time-outs waren. Teleurstellend was dat ondanks herhaalde bespreking het time-out gebruik geen neergaande lijn gaf te zien. Weken met veel time-out gebruik hingen samen

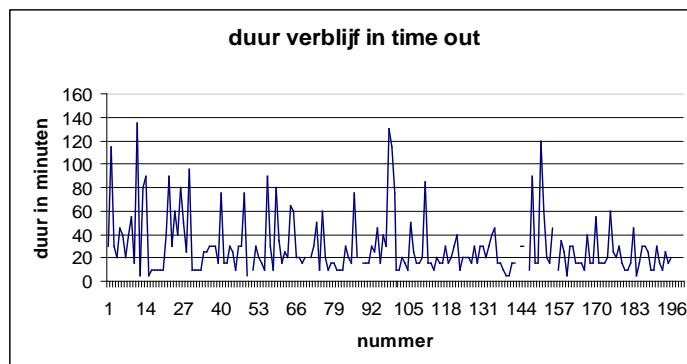
met gedragsontregelingen van één van de jongeren. Naast veelvuldige plaatsing in de time-out bracht dit ook onrust mee voor de anderen.

Het overzicht van het aantal time-outs per jeugdige maakt duidelijk dat er grote onderlinge verschillen zijn. Uiteraard zijn de namen van de jongeren vervangen door nummers. Tijdens de individuele behandelbesprekingen, maar ook tijdens teamvergaderingen ontstond twijfel over het effect van een time-out als deze zo vaak moest worden toegepast. Voor de groep en de groepsleiding ontstaat bij het plaatsen in de time-out een voorlopige rust. Deze werkt kennelijk sterk bekrachtigend.



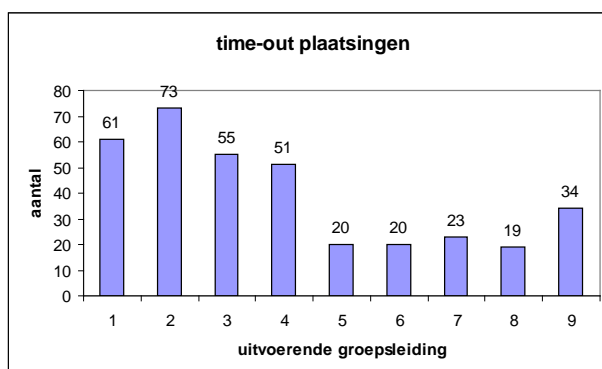
Ten aanzien van het doel van het gebruik, de jeugdige helpen zijn zelfcontrole te herstellen, kan men zich afvragen of het middel effectief is. Waarschijnlijk wel als het laag frequent wordt toegepast. Bij toepassingen met een frequentie van twee of meer per week is dat zeer te betwijfelen.

Uit de literatuur is bekend dat de duur van een time-out plaatsing doorgaans kort is (5-10 minuten). Uit de registratie bleek dat de jongeren relatief lang in de time-out ruimte verbleven. In de volgende grafiek wordt dat weergegeven. Uit de grafiek blijkt dat herhaald bespreken vermoedelijk heeft geleid tot een afname in duur van de time-out plaatsingen.



In het nieuwe team werkten groepsleiders die afkomstig waren uit verschillende instellingen, met uiteenlopende beroepsopleidingen en visies op het werk in de groep voor zeer intensieve behandeling. De registratie vond plaats in het eerste jaar waarin het team zich nog moest vormen. De verschillen tussen de groepsleiders komen ook naar voren in

het verschil in de hoeveelheid plaatsingen in de time-out. In de volgende grafiek worden deze verschillen weergegeven.



Deze grafiek heeft een bijdrage geleverd aan de onderlinge afstemming van werkwijze en methode. In de teambegeleiding werd duidelijk dat het team uit twee subgroepen bestond die leken samen te hangen met het aantal time-out plaatsingen.

De ene groep bestond uit de personen 1,2,3,4 en 9. De andere subgroep werd gevormd door 5,6,7 en 8. Deze grafiek bood de teamleider aanknopingspunten om de verschillen bespreekbaar te maken.

Bij iedere toepassing van de time-out werd genoteerd of de jeugdige bezwaar maakte tegen de toepassing. In de behandelbespreking werd het time-out gebruik met de jongere, diens ouders en de plaatsers besproken. Hun uitdrukkelijke toestemming werd gevraagd. Tijdens de bespreking stemden allen ermee in. Enkelen maakten aanvankelijk enig voorbehoud, maar waren te overtuigen van de noodzaak. Het toezeggen van registratie van het toepassen beïnvloedde het geven van toestemming positief. Besloten werd ook het verzet van de jeugdige te noteren. Onderstaand schema geeft een beeld van de resultaten.

	n	%
Verzet jeugdige	96	53
Verzet ouder/voogd	1	1
Geen verzet	84	46

Hoewel in de instructie duidelijk is aangegeven dat het toepassen van een time-out alleen kan worden goedgekeurd als het doel is de jeugdige te helpen zijn of haar zelfcontrole te hervinden, blijkt dat controleverlies dikwijls als argument voor toepassing wordt gegeven. Het gevaarscriterium werd 94 keer gebruikt als argument:

Gevaar voor eigen veiligheid	14
Gevaar voor veiligheid van anderen	46
Gevaar voor materiaal	34

Behalve de gevaarscriteria werd de mogelijkheid geboden om een vierde, door de groepsleiding zelf geformuleerde reden aan te geven. Van deze mogelijkheid is veelvuldig gebruik gemaakt.

reden	frequentie
brutaal	32
niet inwilligen	23
niet luisteren	20
schelden	20
agressief gedrag	15
zelfbepalend gedrag	13
negatieve groepsbeïnvloeding	10
druk	8
weglopen	7
boos	6
eigen verzoek	6
gezagsprobleem	5
dreigen	4
uitdagen	4
onbereikbaar	3
respectloos	3
grote mond geven	2
verbaal agressief gedrag	2
weerwoord geven	2
dominant	1
napraten	1
onvoldoende zelfcontrole	1
ruzie maken	1
schreeuwen	1

Het is te verdedigen dat wanneer een jongere zijn zelfcontrole verliest, agerende gedragsvormen als brutaal, niet doen wat van je gevraagd wordt, niet luisteren, schelden enz. het gevolg zijn. Het ligt echter meer voor de hand om te concluderen dat acting-out gedrag als directe reden wordt gezien om een time-out toe te passen. In de registratie kan geen onderbouwing worden gevonden voor de effectiviteit van het toepassen van time-out voor deze gedragsvormen.

Gedrag dat direct gerelateerd kan worden aan controleverlies (druk, boos, onbereikbaar, onvoldoende zelfcontrole, schreeuwen) wordt 19 keer als reden voor plaatsing genoemd. Dat is slechts tien procent van de genoemde redenen!

Het blijkt dat een eenvoudige registratie veel informatie kan opleveren. Informatie die zich leent voor analyse en die een bouwsteen kan zijn voor het ontwikkelen van kennis. In de samenwerking tussen praktijk en universiteit kan gebruik gemaakt worden van dit soort registraties. Ze belasten de werkers nauwelijks en geven brede informatie ter onderbouwing van de ontwikkeling van theorieën.

### **Tot slot**

Voor het presenteren van informatie uit de praktijk van alledag is moed nodig. Je laat anderen kijken in je keuken waarin je soms onhandig bezig bent. Mensen laten nu eenmaal liever de eindresultaten zien. Wat maakt het uit als je knoeit in de keuken, als de maaltijd er maar mooi uitziet en goed smaakt. Ik gunde u een kijkje in een keuken die nog niet op orde

was. Er moest echter toch gegeten worden. In de cijfers komt een harde werkelijkheid naar voren. Wat het toepassen van een time-out betekent voor de jongere is niet beschreven. Wat het voor jeugdigen met een relationele stoornis, met een antisociale gedragsontwikkeling of psychiatrische en een licht verstandelijke handicap betekent om door volwassenen in de afzondering van een time-outruimte te worden geplaatst, laat zich raden. Zeker als de motieven meer in beheersing van de situatie lijken te liggen. Het gedrag van deze jongeren brengt velen van ons in handelingsverlegenheid. Het past ons dat te erkennen. Pas als in de residentiële orthopedagogische behandeling meer zicht komt op behandeldoelen, inzet van middelen en methoden en evaluaties zal blijken waarin men echt goed is en wat anders moet!

---

*Effectmeting is een cruciale stap in de behandeling van jongeren met gedragsproblemen. Het vergelijken van gemiddelde problemen voor een behandeling en na een behandeling (lees: therapie) leidt echter tot allerlei psychometrische en behandeltechnische knelpunten. Een alternatief is het individueel in kaart brengen van een therapie. Met behulp van een individueel design wordt het verloop van de therapie voor een jongere gevolgd. Hoe ontwikkelt de jongere zich gedurende het verloop van de therapie? Heeft de interventie van de therapeut effect, en zo ja, is het mogelijk om aan te geven welke strategie de meest invloed lijkt te hebben.*

## **HEEFT HET ZIN? ONDERZOEK NAAR HET EFFECT VAN THERAPIE BIJ LVG-JONGEREN**

*A.M. Collot d'Escury-Koenigs, Universiteit van Amsterdam*

De roep om effectmeting, zicht op wat er gebeurt, klinkt de laatste tijd wellicht harder dan ooit. Heeft het zin om jeugdige delinquenten te behandelen? Of is simpelweg straffen wellicht efficiënter. Met 'zin' wordt natuurlijk bedoeld, helpt het ?, of te wel, doen 'ze' het daarna niet meer. De vraag naar efficiëntie van de interventie speelt niet alleen in 'boevenland'. Ook in therapieland speelt de vraag 'helpt het?', 'heeft het zin?', 'gaat het beter met een kind of jongere na het volgen van een therapie?'. Kortom de vraag naar het effect van de therapie.

Onderzoek naar het effect van therapie, hoe gewenst ook, wordt doorgaans geteisterd door vele problemen.

Effectmeting vereist onder meer :

- a) vergelijkbare diagnostische methode
- b) vergelijkbare groepen
- c) manipulatie van de interventie
- d) gelijke interventie
- e) kwalitatief en kwantitatief gelijke effecten van een interventie op elk individu

Dit lijkt in de praktijk een schier onhaalbare kaart. Diagnostiek is zelden gelijk, immers de cliënten worden doorverwezen op grond van hun diagnose, de therapeut zal daar lang niet altijd zelf nog eens een diagnostisch selectieproces aan toe voegen. De cliënten zijn zelden gelijk. Zo kunnen bijvoorbeeld jongetjes van 10 jaar ADHD hebben, maar de ene wordt er slaperig van, de ander een drukke chaoot en de derde slaapt er niet van (Prins, 2003). Om nog maar te zwijgen over verschillen in gezinssituaties, school situaties, intelligentie en wat dies meer zij. De behandeling is zelden gelijk, een therapie kan kortdurend zijn, langdurend, gebruik maken van beeldcommunicatie, psychomotore aspecten, of juist meer met behulp van zintuiglijke waarneming werken, en dit is maar een greep uit de vele mogelijke verschillen. De duur, de wijze van interventie en de therapeut zijn allen variabelen die een substantiële bijdrage aan de interventie kunnen leveren en dien ten gevolge gelijk of constant zouden moeten kunnen worden gehouden, wat in de praktijk een onmogelijk opgave is. Wil een effect statistisch enige kracht hebben dan moeten we een flinke groep proefpersonen hebben (vind maar eens 40 vergelijkbare ADHD-ertjes van 10 jaar). De diagnostiek is zelden gelijk, de cliënten zijn zelden gelijk, de problematiek kan verwant zijn aan bijvoorbeeld een angststoornis, maar de achterliggende reden kan zeer



divers zijn. Bij licht-verstandelijk gehandicapte jongeren zijn de individuele accenten of verschillen vaak nog groter. Immers de psychiatrische diagnostiek wordt gekleurd door de cognitieve beperkingen, grote verschillen in taalbegrip en schoolse vorming. Tenslotte dringt nu ook in de medische wetenschappen het besef door dat eenzelfde interventie zeer uiteenlopende effecten kan hebben op verschillende individuen uit eenzelfde nosologische categorie (denk aan de recente discussie in de media over het gegeven dat veel medicijnen maar bij enkele individuen werken en voor alle anderen in dezelfde categorie niet. Met betrekking tot medicatie in verband met ADHD is bekend dat die soms maar voor minder dan 1 op de tien ADHD-ertjes aanslaat.

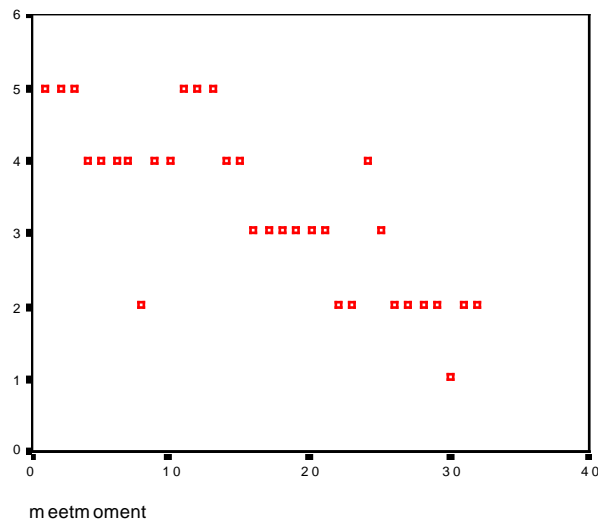
Veerman stelt (Veerman 1998) dat het gelijk schalen van groepen en deze op gelijke manier behandelen, zowel wat betreft meetinstrument, als wat betreft behandeling misschien maar beter uit het hoofd gezet kan worden. Een ieder krijgt wat hem/haar wordt toebedeeld en na afloop wordt geïnventariseerd bij wie het heeft gewerkt en bij wie niet (d.w.z. bij wie de klachten zijn afgenomen en bij wie niet), zogenaamd 'evidence based' onderzoek. Als je dat maar lang genoeg volhoudt krijg je vanzelf inzicht in de factoren die bijdragen aan het werkzame effect.

Het onderzoek naar het effect van interventie is doorgaans gebaseerd op het verzamelen van veel gegevens om verschillen tussen groepen te vergelijken, overeenkomstige groepen die verschillende behandelingen ondergaan, of verschillende groepen die dezelfde behandeling ondergaan.

Los van de onderzoekstechnische perikelen is het de vraag of dit type onderzoek wat kan zeggen over het effect van de therapie bij één iemand in het bijzonder. Het is immers een algemeen gegeven dat de ene therapie bij de één wel werkt (aanslaat) en bij de ander niet. Ieder individu is immers weer anders met een uniek systeem en een unieke dynamiek. Om nog maar te zwijgen over diezelfde uniciteit van de therapeut en de interactie tussen beiden. Het onderzoek zegt wat over het gemiddelde effect. Voor de individuele cliënt is het uiteindelijk groepsgemiddelde misschien helemaal niet zo interessant.

Voor de individuele cliënt is het veel belangrijker om te kunnen volgen wat de therapie met hem of haar kan of doet. In feite is dit waar aan de kant van indicatie al op ingespeeld wordt met het vraaggestuurde werken. Immers iedere cliënt heeft een eigen vraag, waar -met behulp van zorgvuldige diagnostiek- ook een individueel antwoord op wordt gezocht. Logischerwijs moet de invloed van dat antwoord dan ook individueel in kaart worden gebracht. Waarvoor plegen we anders die speciale en zorgvuldige diagnostiek en die vervolgens op maat toegesneden interventie. Om vervolgens het maatpak weer op de grote hoop te gooien en tegen de jongeren te zeggen trek er maar eentje tussenuit en kijk maar of die je leuk staat ?

Met een zogenaamd *n= 1 design* wordt het individuele traject van een therapie in kaart gebracht. Met in kaart brengen van het individuele traject wordt *bedoeld* dat het niveau van functioneren op de van te voren gestelde terreinen of doelen, denk bijvoorbeeld aan gedrag, sociale vaardigheden, gevoel, spanning of angsten, iedere bijeenkomst op één en dezelfde manier wordt vastgesteld. Bijvoorbeeld een jongere komt in therapie vanwege angstproblemen. Om het verloop van de therapie in kaart te brengen moet de jongere bij iedere bijeenkomst aangeven hoe angstig hij is, bijvoorbeeld met behulp van een spanningsmeter. Op een schaal van 1 tot 6 geeft de jongere iedere bijeenkomst aan hoe angstig of gespannen hij zich voelt (zie figuur 1).



Figuur 1. Het verloop van angst over de tijd.

Om zicht te krijgen op het therapeutisch proces kan niet alleen de ontwikkeling van de cliënt in kaart worden gebracht, maar ook die van de therapeut. Zo kunnen veranderingen in de aard en intensiteit van het criteriumgedrag van de individuele cliënt worden vergeleken met de gemeten variatie in de uitgevoerde therapeutische manipulaties.

In onderstaand voorbeeld wordt de ontwikkeling van Roel weergegeven en vervolgens gerelateerd aan de interventies van de therapeut. In tabel 1 staan de therapie doelen van Roel (zie Tabel 1).

Roel is aangemeld voor psychomotorische therapie. Roel is een 15-jarige jongen. Roel functioneert cognitief op laag begaafd tot beneden gemiddeld nivo. Op het emotionele vlak poneert Roel nog zeer jong voor zijn leeftijd. Roel is geplaatst in een behandelinstelling naar aanleiding van een aantal zedendelicten. Roel lijkt daarbij vooral over de schreef te zijn gegaan uit gebrek aan inzicht en een 'uit de hand gelopen' behoefte aan experimenteren. Roel is een bewegelijk 'jong' en uiterst gemotiveerd voor behandeling.

In overleg met de therapeut geeft Roel aan dat het belangrijkste doel van de therapie voor hem is te leren hoe hij op grenzen van anderen moet reageren.

Om de doelen van Roel eenvoudig te kunnen registreren zijn deze met gebruik van de Symlogschaal<sup>8</sup> omgezet in observeerbaar gedrag (Bales & Cohen 1979). Om de interventies van de therapeut te kunnen registreren zijn ook deze vertaald naar observeerbaar gedrag. Na afloop van iedere bijeenkomst worden de subdoelen gescoord op een schaal van 1-7. Als Roel zich tijdens de therapie niet aanpast (zie punt 5) wordt dat gescoord met een 1. Past Roel zich daarentegen duidelijk aan dan zal hij een score van 5 of wellicht hoger krijgen. De subdoelen zijn iedere bijeenkomst gescoord. De therapie heeft bestaan uit 35 bijeenkomsten.

Tabel 1.

<p><u>Therapiedoel R.:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Leren hoe ik op grenzen van anderen moet reageren.</li></ul> <p><u>Therapiedoelen R. vertaalt naar observeerbaar gedrag:</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Dominerend, onvriendelijk, negeert andermans gevoelens. (&lt;)</li><li>2. Laat gevoelens of stemmingswisselingen zien. (&gt;)</li><li>3. Toont positieve gevoelens t.o.v. de ander. (&gt;)</li><li>4. Vertrouwt of respecteert de ander. (&gt;)</li><li>5. Past zich aan uit gevoeligheid voor goed of afkeuring. (&gt;)</li></ol> <p><u>Therapiedoelen therapeut vertaalt naar Symlogitems:</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Emotioneel expressief, dramatisch.</li><li>2. Steun, bemoediging, warmte gevend.</li><li>3. Laat gevoelens of stemmingswisselingen zien.</li><li>4. Afwijzend, laat ontevredenheid zien, trekt zich terug.</li><li>5. Zoekt op vriendelijke wijze steun of speciale aandacht van de ander.</li></ol>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

< betekent: het gedrag moet gedurende de loop van de therapie afnemen

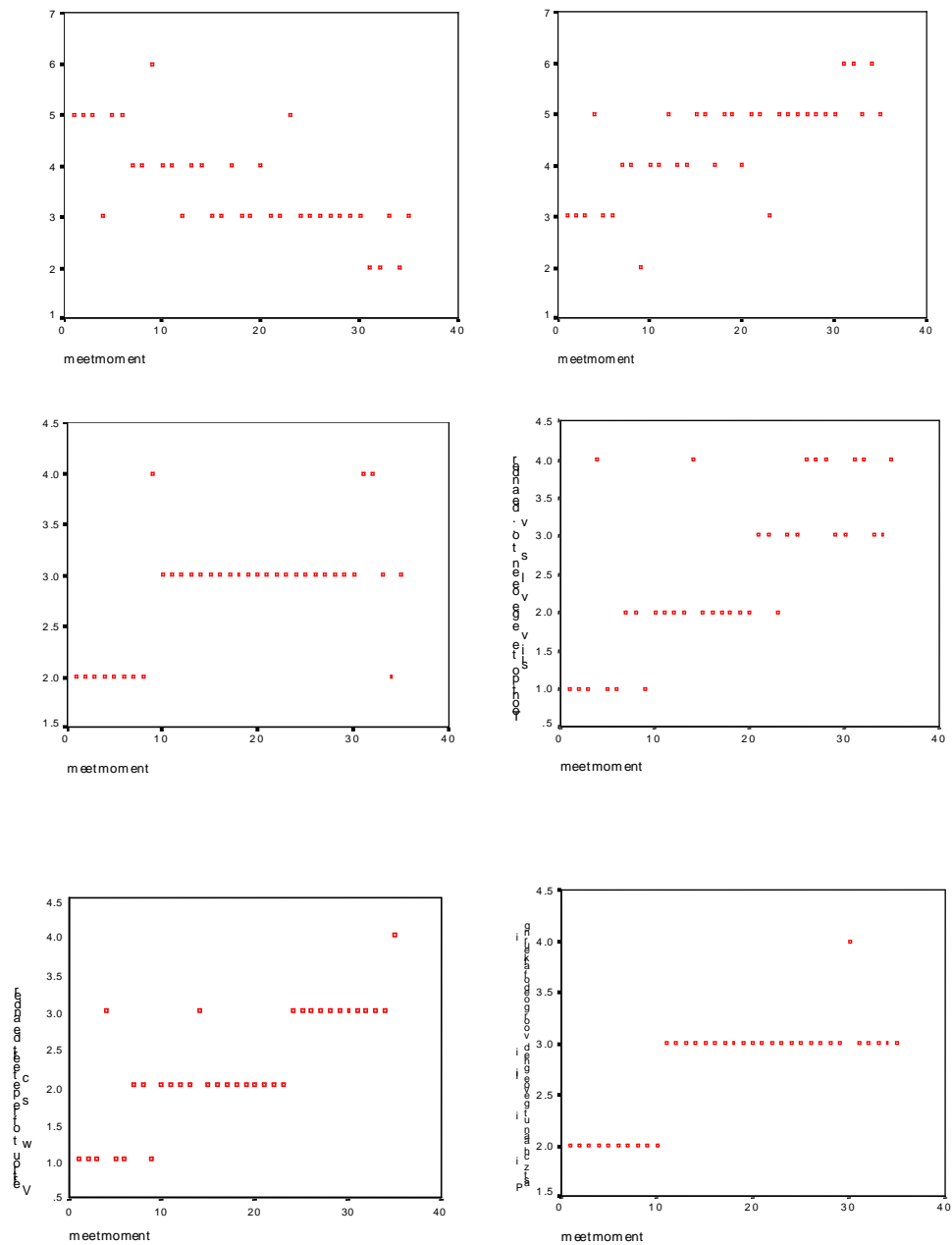
> betekent: het gedrag moet gedurende de loop van de therapie toenemen.

In figuur 2 staat aangegeven hoe Roel zich over de loop van de tijd ontwikkelt.

In figuur 3 staat aangegeven hoe het gedrag van de therapeut gedurende de therapie verloopt.

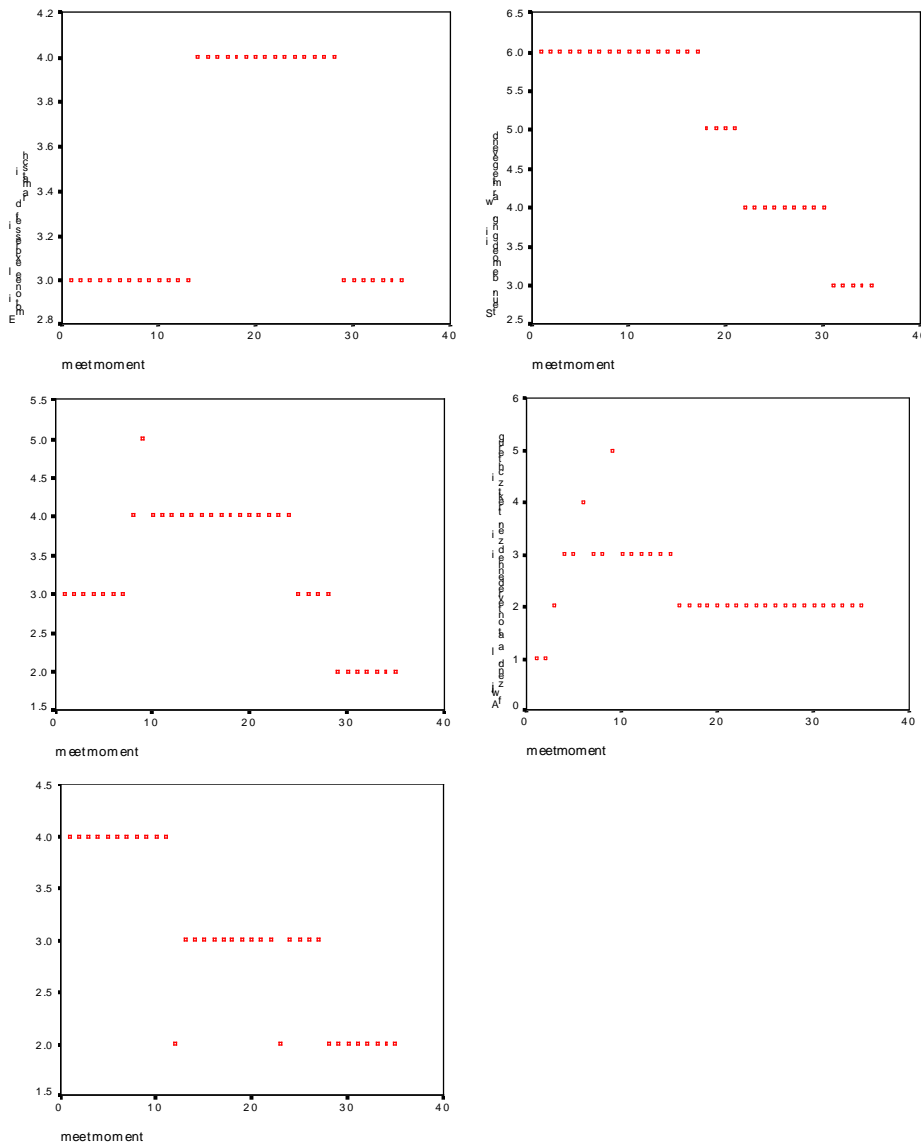
---

<sup>8</sup> In de O&P van mei 2004 is een pilot beschreven waarin de Symlog lijst als instrument voor een N=1 studie staat weergegeven.



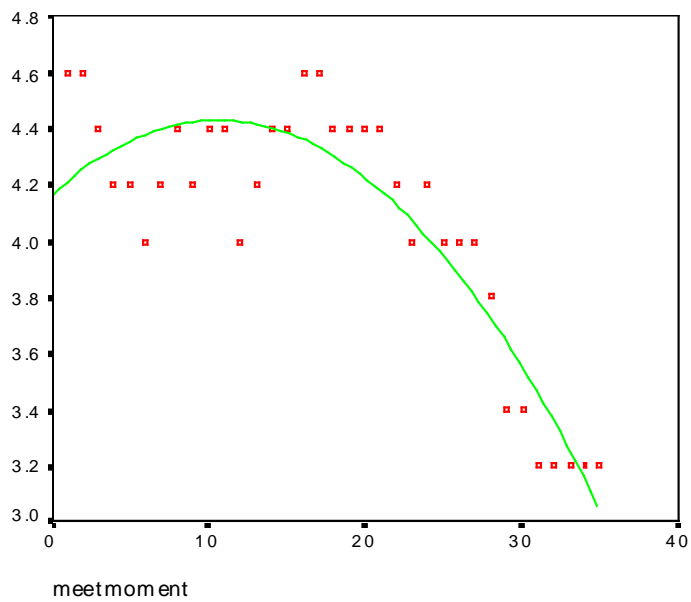
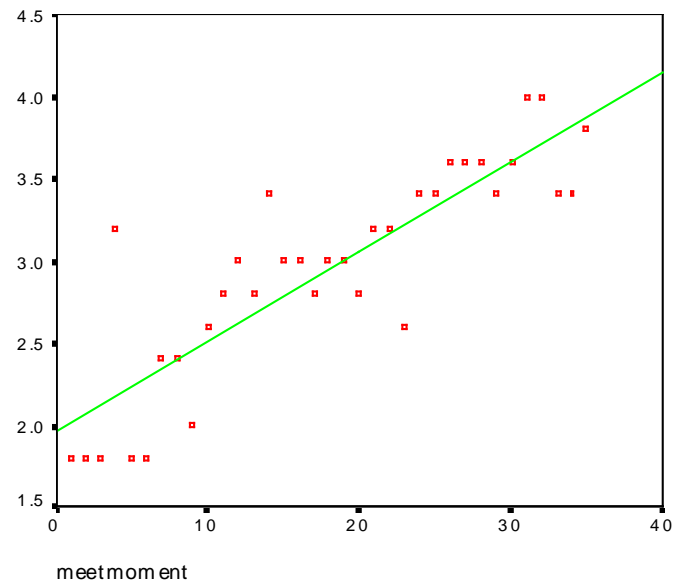
Figuur 2. de ontwikkeling van Roel over het verloop van tijd op de verschillende subdoelen (de grafieken links- en rechtsboven hebben betrekking op therapiedoel 1 resp. gewoon en omgescoord<sup>9</sup>; de grafieken links- en rechtsmidden en links- en rechtsonder op resp. de therapiedoelen 2 tot en met 5; zie voor een beschrijving van de therapiedoelen tabel 1)

<sup>9</sup> n.b. het leerdoel dominant, onvriendelijk is omgescoord van dalend naar stijgend om een gemiddelde groei over de leerdoelen te kunnen berekenen.



Figuur 3. Het gedrag van de therapeut over het verloop van tijd ten aanzien van de verschillende interventies (de grafieken links- en rechtsboven, links- en rechtsmidden en links- en rechtsbeneden hebben resp. betrekking op de interventies 1 tot en met 5; zie voor een beschrijving van de interventies tabel 1)

In figuur 4 worden de gemiddelde ontwikkeling over de leerpunten van Roel en de Therapeut weergegeven.



Figuur 4.

Met behulp van een trendanalyse is gekeken naar de ontwikkeling van Roel op de verschillende subdoelen (zie Tabel 2).

Tabel 2.

Subdoelen Roel	t-waarde	p-waarde
Dominerend, onvriendelijk, negeert andermans gevoelens	7.4479	0.0000002
Laat gevoelens of stemmingswisselingen zien	2.625775	0.013
Toont positieve gevoelens t.o.v. de ander	6.2041	0.00000006
Vertrouwt of respecteert de ander	8.0875	0.0000000
Past zich aan uit gevoeligheid voor goed of afkeuring	3.976	0.000374
Gemiddeld	9.44804	0.0000000

Roel toont op alle fronten een significante positieve ontwikkeling.

Om te toetsen of de ontwikkelingen van Roel gerelateerd zijn aan de interventies van de therapeut moet de ontwikkelingen van de therapeut gerelateerd worden aan de ontwikkelingen van de cliënt.

Daarvoor worden eerst de ontwikkelingen van de therapeut in beeld gebracht (zie Tabel 3 als ook figuur 2).

Tabel 3.

Subdoelen Therapeut	t-waarde	p-waarde
Emotioneel expressief, dramatisch.	2.67739 (lin) -2.5960 (sin)	0.0117 0.014
Steun, bemoediging, warmte gevend.	-5.7665	0.000002
Laat gevoelens of stemmingswisselingen zien	-1.11	0.274
Afwijzend, laat ontevredenheid zien, trekt zich terug	-0.5455	0.589
Zoekt op vriendelijke wijze steun of speciale aandacht van de ander	-8.6367	0.0000

Om de relatie tussen de interventie van de therapeut en de ontwikkeling van Roel te toetsen is gebruik gemaakt van *eenvoudige tijdserie analyse*. De gemiddelde groei van Roel is gerelateerd aan het gemiddelde van de interventies waarbij de correlatie van de subdoelen met zichzelf als ook die van het interventiegedrag met zichzelf wordt ingecalculeerd (i.e. de autocorrelatie, dit omdat de score op bijvoorbeeld dominant en onvriendelijk gedrag van Roel op bijvoorbeeld bijeenkomst 3 niet alleen bepaald wordt door de interventie van de therapeut, maar natuurlijk ook door de score die Roel daarvoor, op tijdstip 2, had op dominant en onvriendelijk gedrag. Of Roel's gedrag komt niet uit de lucht vallen daar heeft de therapeut invloed op, maar Roel zelf ook. Om de invloed van de therapeut zo zuiver mogelijk te kunnen bepalen is het van belang de invloed van Roel op zichzelf zoveel mogelijk buiten beschouwing te laten.

Met behulp van een autoregressieanalyse is vervolgens vastgesteld of de ontwikkelingen van de cliënt in relatie staan tot de interventies van de therapeut. Dit blijkt bij een analyse van de gemiddelde interventies van de therapeut, dat wil zeggen de ontwikkeling op de verschillende interventies per tijdstip gesommeerd en gedeeld door het aantal betrokken interventies en de gemiddelde ontwikkeling van de cliënt, dat wil zeggen de ontwikkeling op de verschillende leerpunten per tijdstip gesommeerd en gedeeld door het aantal betrokken leerpunten niet het geval te zijn ( $t = -0.5424110$ ,  $p = 0.59141374$ ). De gemiddelde ontwikkeling van Roel lijkt niet gerelateerd aan de interventies van de therapeut.

**De interventie van de therapeut zoals omschreven ten aanzien van expressief emotioneel afwijzen en terugtrekken vertoont echter een nauwelijks te interpreteren trend (zie figuur 2). Bij weglaten van deze interventie strategieën blijkt er een aanzienlijk significante relatie tussen de interventies van de therapeut en de ontwikkeling van de cliënt ( $t = -4.187211$ ;  $p = 0.00021654$ ).**

Een multivariate analyse waarin de drie interventies van de therapeut zijn opgenomen die een duidelijke trend laten zien, toont dat met name het bieden van steun en bemoediging en op vriendelijke wijze steun en aandacht zoeken de meeste invloed lijken uit te oefenen op de ontwikkelingen van Roel (zie Tabel 4).

Tabel 4.

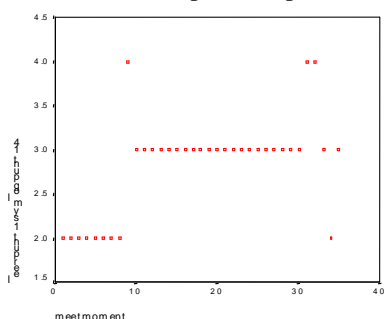
Subdoelen Therapeut	t-waarde	p-waarde
Steun, bemoediging, warmte gevend.	-2.2716	0.030
Laat gevoelens of stemmingswisselingen zien	.295476	0.769
Zoekt op vriendelijke wijze steun of speciale aandacht van de ander	-1.911688	0.0658

### Discussie

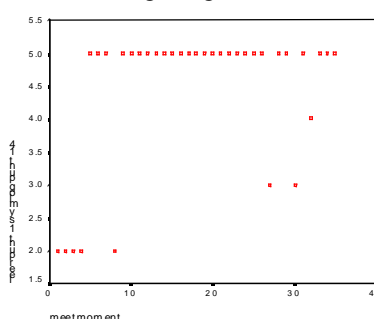
De analyses laten zien dat de ontwikkeling van Roel significant is, dat wil zeggen dat de ontwikkeling statistisch als een ontwikkeling beschouwd kan worden. Ook de therapeut laat zien dat hij over de tijd een duidelijk lijn in zijn interventies heeft. Bovendien lijkt de interventie van de therapeut van belang te zijn voor de ontwikkeling van de cliënt.

Wat is nu het voordeel van deze methode boven het doen van een voor- en een nameting.

Als we maar één keer meten aan het begin en één keer meten aan het einde weten we niet wat er in het therapeutisch proces is gebeurd. Met alle gevolgen van dien (zie figuur 5).



Figuur 5 a



Figuur 5 b



Het eindresultaat zoals weergegeven in figuur 5 kan immers het gevolg zijn van een proces zoals weergegeven in figuur 5a, maar even goed het gevolg zijn van een proces zoals weergegeven in figuur 5b. Het proces zoals weergegeven in figuur 5b roept sterk de indruk op dat de cliënt na 7 bijeenkomsten toe is aan uitbreiding of aanpassing van de gestelde (sub-) doelen.

Met andere woorden: het zichtbaar maken van het proces geeft actief mogelijkheden om in te spelen op dat proces.

Niet alleen dat; door het therapeutisch proces in beeld te brengen is bijvoorbeeld ook zichtbaar dat de cliënt er geen last van heeft dat de therapeut zich na verloop van tijd wat terug lijkt te trekken. Immers in de behandeling van Roel lijkt de therapeut zich na bijeenkomst 22 meer en meer terug te trekken. Terwijl de cliënt/Roel zijn gestage groeiproces onverminderd voortzet. Dat is natuurlijk ook wat de cliënt uiteindelijk wil. Hij wil het zelf kunnen en niet zijn leven lang opgescheept zitten met de therapeut. Niet zelden gelooft de cliënt echter nog lang niet in zijn eigen kunnen. Het verloop van het therapeutisch proces laat echter zien dat de cliënt zich daadwerkelijk zonder het trekken en duwen van de therapeut in positieve lijn verder blijft ontwikkelen.

Het zichtbaar maken van het ontwikkelingstraject heeft hiermee ook een verhelderende functie naar de cliënt, die op deze manier zelf kan zien wat er gebeurt en gebeurd is gedurende de therapie. Om eerlijk te zijn geldt deze verheldering dikwijls ook voor de therapeut. Hoe vaak wordt een therapie niet voortgezet uit angst (overtuiging) dat de cliënt zonder de steun van de therapeut zal terugvallen in zijn of haar oude gedrag.

Het profiel van Roel laat zien dat de cliënt voor wat de betreft de gestelde doelen niet terugvalt in zijn oude gedrag. In tegendeel: de cliënt blijft zich zelfs positief verder ontwikkelen bij een minimum aan steun van de therapeut. Had de therapeut nu ook kunnen stoppen op of om en nabij bijeenkomst 22? Immers de therapeut is terug bij af, doet niets meer dan hij aan het begin ook al deed en de cliënt ontwikkelt zich opgewekt verder. Daarvoor kan gekeken worden of de interventie van de therapeut op tijdstip 22 nog een voorspellende waarde heeft ten aanzien van de ontwikkeling van Roel op tijdstip 23 (Molenaar & Valsiner, 2005).

Overigens wil het feit dat Roel een positieve ontwikkeling laat zien terwijl de therapeut steeds minder doet, nog niet zeggen dat Roel klaar is. De analyse zegt alleen iets over Roel voor zover het het leren reageren op grenzen van de ander betreft en dan nog voor zover dat vastgesteld is ten aanzien van respect tonen voor anderen, stemmingswisselingen kunnen tonen reageren op anderen (zie doelen Roel, Tabel 1).

Het in beeld brengen van de therapie roept de vraag op of het traject van de cliënt ook specifiek iets zegt over het groeiproces van de cliënt. De cliënt lijkt een soort hink stap sprong traject te doorlopen, telkens wordt er op een nieuw niveau een tijdje uitgehijgd om vervolgens weer een sprong voorwaarts te maken, zo lijkt het als het ware.

Een volgende stap zou kunnen zijn te analyseren of er een relatie zit in het verloop van de ontwikkeling van de cliënt tussen de verschillende doelen. Dat wil zeggen: gaat de cliënt min of meer bewust een stapje terug als hij een nieuw niveau heeft bereikt op een bepaald terrein, wellicht om zijn aandacht of energie te wijden aan een van de andere doelen? Of, is dit trapsgewijze proces gestoeld op bewust of onbewuste sturing van de therapeut? Of, is het behalen van een ontwikkeling op het ene terrein voorwaardelijk voor de groei en ontwikkeling op een volgend terrein? Bijvoorbeeld: moet de cliënt eerst leren rekening houden met de gevoelens van de ander alvorens hij zich ook daadwerkelijk kan aanpassen.

In het onderzoek naar chronische rugpijn speelt iets dergelijks; cliënten die chronische pijn ervaren komen vaak in een vicieuze cirkel terecht: zij hebben pijn daardoor doen zij niets meer, daardoor ontstaat conditiegebrek en daardoor vaak nog meer pijn, en angst voor pijn.

Het wegnemen van de angst blijkt een voorwaarde te zijn voor het werken aan de conditie en daarmee voor het werkelijk aanpakken van de pijn.

Een andere vraag die zich voordoet is of het gedrag van de therapeut, therapeut-specifiek is dat wil zeggen: vrij hoog inzetten bij de start, vervolgens ook weer in rap tempo er tegen aan, om na 15 tot 20 bijeenkomsten gas terug te nemen en de cliënt meer en meer zelf te laten doen.

Om te beoordelen of deze stijl specifiek is voor de therapeut, toeval is, of bewust door de therapeut wordt gehanteerd al dan niet, gegeven het type cliënt, is een vraag die beantwoord kan worden wanneer de therapeut verschillende van zijn cliënten op deze manier in beeld brengt. Zijn we dan stiekem van  $n=1$  toch weer  $n =$  veel onderzoek aan het maken? Nee, want de uitspraken betreffen dan het proces van die ene therapeut bij een specifieke cliëntenpopulatie en doen niet noodzakelijkerwijs een uitspraak over absolute of algemene uitkomsten. In de therapie is het echter vanzelfsprekend wel degelijk mogelijk om rekening te houden met de stijl van de therapeut alsmede de specifieke problematiek van de specifieke cliënt dat is immers bij uitstek het aansluiten bij de specifieke diagnostiek en de uniciteit van de cliënt. Hoe beter dit proces gestuurd en bijgestuurd kan worden, hoe beter het vraaggestuurde werken tot zijn recht kan komen.

### Referenties

- Bales, R.F., & Cohen, S.P. (1979). *Symlog: A system for the multiple level observation of groups*. New York: The Free Press.
- Deelstra, H. (2001). Het geplotter met de Symlog. In: *Ontwikkelingen Wetenschappelijk Onderzoek (OP), orthopedagogische centra voor licht verstandelijk gehandicapte jongeren*. Jrg. 4. no. 1. mei 2004. RWK, Ermelo.
- Grannetia, A. (1984). Evaluatie van psychospeltherapie met behulp van procesanalyse. *Doctoraalwerkstuk*, 1-40. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; Programma-groep Ontwikkelingspsychologie.
- Molenaar, P.C.M. (2003) A Manifesto on psychology as Ideographic Science: Bringing the person back into Scientific Psychology, *Annual Meeting of the Psychometric Society*, Cagliari, Italy.
- Molenaar, P.C.M. & Valsiner, J. (2005) Simple idiographic process analysis of an individual psychotherapy. Clark University.

## **SOCIALE INFORMATIE VERWERKING BIJ KINDEREN MET LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKINGEN**

*Samenvatting van proefschrift M. van Nieuwenhuijzen (2004)  
(ISBN: 90-393-3684-9. Te bestellen via e-mail: M.vanNieuwenhuijzen@tiscali.nl)*

### **Inleiding**

Kinderen met licht verstandelijke beperkingen (LVB) hebben gemiddeld meer gedragsproblemen en laten meer agressief gedrag zien dan kinderen zonder LVB (Dekker, 2003). Het is echter nog niet duidelijk welke mechanismen ten grondslag liggen aan gedragsproblemen en agressief gedrag van kinderen met LVB. Onderzoek op dit gebied is noodzakelijk om onze kennis te vergroten over het ontstaan en de ontwikkeling van gedragsproblemen en agressief gedrag en daarmee handvatten te bieden voor interventie.

Verschillende mechanismen, waaronder emotionele en cognitieve processen, worden verondersteld van invloed te zijn op gedragsproblemen. Hoe deze processen samenhangen en een verklaring bieden voor problematisch en agressief gedrag van kinderen wordt beschreven in het Sociale Informatie Verwerkingsmodel (SIV-model; Crick & Dodge, 1994; Dodge, 1986). Het SIV-model beschrijft een aantal sociaal cognitieve stappen – waarnemen, interpreteren, doelen stellen, respons generatie, en respons keuze – die worden doorlopen voordat een kind gedrag vertoont in een sociale situatie. Als een kind in een sociale probleemsituatie belandt (bijvoorbeeld: zijn speelgoed is stukgemaakt door een ander kind), zal hij eerst de informatie waarnemen ('Wat gebeurde er?'). Vervolgens interpreteert hij deze informatie ('Deed de ander dit expres?'). Op basis van deze informatie stelt het kind een doel (bijvoorbeeld: 'ik wil wraak' of 'ik wil vrienden blijven') en bedenkt mogelijke oplossingen voor het 'probleem' (Assertief: vragen wat er gebeurt / er iets van zeggen; Agressief: uitvallen en uitschelden; Passief: niks zeggen en opnieuw beginnen). Deze verschillende oplossingen worden geëvalueerd ('Wat zal er vervolgens gebeuren als ik zo reageer?' 'Is dit handig om te doen?') en vervolgens kiest het kind de naar zijn mening beste oplossing om daadwerkelijk uit te voeren. Volgens de theorie zijn denkpatronen die zijn ontstaan door eerdere ervaringen van invloed op de stappen uit het SIV-model.

De belangrijkste hypothese van het SIV-model is dat het gedrag wordt bepaald door de manier waarop sociale informatie wordt verwerkt en het probleem wordt opgelost. De hypothese is dat wanneer een kind alleen negatieve informatie waarneemt en deze negatief interpreteert, het eerder agressieve oplossingen zal bedenken en deze ook positief zal evalueren, en zo tot agressief gedrag zal komen.

Om beter inzicht te krijgen in problematisch en agressief gedrag van kinderen met LVB en om handvatten te bieden voor behandeling van deze gedragsproblemen is het van belang te weten hoe zij sociale informatie verwerken en welke probleem-oplossingsvaardigheden zij hebben en of deze leiden tot agressief gedrag.

### **Methode**

Om de relatie tussen SIV en probleemgedrag te onderzoeken, hebben we gebruik gemaakt van de Sociaal Probleem oplossingsTest voor kinderen met LVB (SPT-MLK; van Nieuwenhuijzen et al. 2001), een aanpassing van de SPT (Cuperus, 1997; Matthys, Cuperus & van Engeland, 1999). Daarin wordt een aantal videofragmenten getoond waarin kinderen een sociale probleemsituatie uitbeelden. Vervolgens wordt aan de proefpersonen een aantal

vragen gesteld, die het SIV-model nalopen (o.a.: ‘Wat gebeurde er?’ ‘Gebeurde dit expres?’ ‘Wat zou jij doen als jij in die situatie zou zijn?’). Bovendien hebben we een observatiemethode ontwikkeld waarmee gedrag in een echte conflictsituatie kan worden vastgesteld. Het gedrag van de kinderen werd geobserveerd tijdens het neerzetten en omvallen van dominostenen. Het spel was zo opgezet dat het omvallen van een steen bij het ene kind altijd zorgde voor het omvallen van stenen bij het andere kind. Het gedrag in de observatiemethode bleek samen te hangen met antwoorden die waren gegeven in hypothetische situaties van de SPT-MLK, dat aangeeft dat de antwoorden van kinderen met LVB op hypothetische situaties redelijk betrouwbaar zijn.

### **Resultaten**

De resultaten laten zien dat kinderen met LVB sociale problemen op een andere manier oplossen dan kinderen zonder LVB. Kinderen met LVB nemen evenveel informatie waar als kinderen zonder LVB, maar focussen meer op letterlijk gesproken en negatieve informatie dan kinderen zonder LVB. Zij herhalen bijvoorbeeld letterlijk wat er gezegd is in het fragment. Ook kunnen zij meer oplossingen bedenken en laten ze meer variatie zien in hun oplossingen dan kinderen zonder LVB. Als je de kinderen vraagt of ze nog een andere manier weten om te reageren, kunnen ze die geven. Toch hebben kinderen met LVB minder assertieve oplossingsvaardigheden dan kinderen zonder LVB. Ze hebben de neiging om niet-assertieve oplossingen te hanteren. Kinderen met LVB zeggen vaker dat ze het probleem met agressie zouden oplossen of dat ze zich passief zouden gedragen. Dit gedrag lieten ze ook daadwerkelijk zien in de observatiestudie. De kinderen met probleemgedrag reageerden vooral agressief, en die zonder probleemgedrag vooral passief. Bovendien denken kinderen met LVB minder positief over assertieve oplossingen, en positiever over passieve en agressieve oplossingen dan kinderen zonder LVB.

Om de relatie tussen probleem-oplossingsvaardigheden en problematisch gedrag te onderzoeken zijn de vaardigheden van kinderen met en zonder gedragsproblemen met elkaar vergeleken. Kinderen met LVB en externaliserende gedragsproblemen nemen evenveel informatie waar als de kinderen met LVB zonder externaliserende gedragsproblemen, maar zij hebben moeite te omschrijven wat er in de sociale situaties gebeurt. Kinderen met LVB en externaliserende gedragsproblemen geven vaker een agressieve oplossing dan kinderen met LVB zonder die problemen. Ze kunnen echter wel degelijk adequate oplossingen herkennen en selecteren als ze de tijd krijgen en uit drie verschillende oplossingen (agressief, assertief, passief) moeten kiezen. Vooral de kinderen die in een LVB-instelling verblijven, vinden de assertieve oplossingen de beste.

Verschillen zijn dus gevonden in agressieve oplossingen tussen kinderen met LVB met en zonder gedragsproblemen wat betreft agressieve respons generatie, maar niet wat betreft agressieve respons keuze. Er bestaat een discrepantie tussen spontaan een oplossing bedenken en een keuze maken uit drie verschillende oplossingen. Als kinderen met LVB wel adequate oplossingen kunnen herkennen, rijst de vraag of kennis over probleem oplossingsvaardigheden wel gebruikt wordt bij het uitvoeren van gedrag. Misschien slaan kinderen met LVB de laatste sociaal cognitieve stappen over en denken ze niet na over verschillende oplossingen, maar voeren ze direct uit wat in hun hoofd opkomt. Uit nadere analyses blijkt inderdaad dat het respons beslissingsproces (evalueren, doeltreffendheid, en respons keuze) niet nodig is om agressief gedrag van kinderen met LVB te verklaren. Agressief gedrag wordt direct beïnvloed door de spontane agressieve oplossing. Met andere woorden, het herkennen en selecteren van adequate oplossingen is niet van invloed op agressief gedrag van kinderen met LVB. Kinderen met LVB lijken hun kennis van adequate oplossingen niet te gebruiken tijdens het uitvoeren van gedrag. Hoe dit precies komt, is nog

onduidelijk. Een mogelijke verklaring is dat door gebrek aan controle van de emoties en impulsen de kinderen direct doen wat er in ze opkomt, zonder eerst na te denken over de gevolgen ervan. Om echter uitspraken over de rol van emotie- en impulscontrole te doen is eerst meer onderzoek nodig.

De hierboven beschreven sociaal cognitieve stappen worden volgens het SIV-model continu beïnvloed door de denkpatronen en ervaringen die opgeslagen zijn in de database. Onderzoek naar de database van kinderen met LVB en gedragsproblemen staat in de kinderschoenen. Er zijn aanwijzingen dat de oplossingen die kinderen met LVB bedenken, gerelateerd zijn aan hun denkpatronen over agressief gedrag. Ons onderzoek toonde aan dat naarmate kinderen met LVB het goedkeuren om agressief gedrag te gebruiken als wraakmiddel, ze vaker een agressieve oplossing bedenken. Die oplossingen zijn direct gerelateerd aan daadwerkelijk agressief gedrag. De denkpatronen zijn dus indirect – via SIV – van invloed op gedrag van kinderen met LVB.

### **Praktische implicaties**

Agressief gedrag van kinderen met LVB in de dagelijkse situatie en in de klas lijkt een direct gevolg te zijn van de agressieve oplossingsvaardigheden van deze kinderen. Ook al lijken kinderen met LVB en gedragsproblemen wel kennis te hebben over adequate oplossingsstrategieën, ze gebruiken deze kennis blijkbaar niet bij het bedenken van hun oplossingen en in echte probleemsituaties. Ze lijken problemen te hebben met de overdracht van kennis naar gedrag. Dit komt overeen met resultaten van Elias, Lensvelt, Vermeer en 't Hart (2004) die aantoonde dat getrainde kinderen geen verbetering lieten zien op een transfer test direct na een training en vijf maanden later. Een aanbeveling voor interventie bij kinderen met LVB en gedragsproblemen is daarom dat sociale probleem oplossingsvaardigheden niet alleen aangeleerd moeten worden in zeer gestructureerde sociale situaties, maar ook op de groep om de overdracht van geleerde vaardigheden te verbeteren. Bovendien is het belangrijk om de aangeleerde vaardigheden zo nu en dan op te frissen nadat de training is beëindigd.

Men kan zich afvragen of training van kennis over oplossingen (het herkennen van en keuze maken voor een adequate oplossing) nuttig is, nu gebleken is dat die kennis niet wordt gebruikt en het niet bijdraagt aan de verklaring van agressief gedrag. In cognitieve gedragsinterventie programma's voor zowel kinderen met en zonder LVB worden SIV stappen en emotieregulatie expliciet getraind. Misschien is training van herkennen en kiezen van adequate oplossingen alleen maar effectief als het bedenken van verschillende oplossingen expliciet benadrukt en getraind wordt, en als evaluatie en keuze van oplossingen gerelateerd worden aan het bedenken van die oplossingen. Kinderen zouden moeten worden geleerd om in termen van consequenties van verschillende oplossingen te denken, door hen feedback te geven op de oplossingen die zijzelf bedenken. Toekomstig onderzoek moet uitwijzen of de training van sociale probleem oplossingsvaardigheden en specifiek herkennen en kiezen van oplossingen effectief is of niet.

Professionals uit LVG-instellingen die dagelijks werken met kinderen met LVB zouden in hun achterhoofd moeten houden dat deze kinderen vaak wel weten wat de beste manier is om te reageren, maar dat ze op het moment van handelen direct uitvoeren wat in hun hoofd opkomt. Dit is waarschijnlijk te verklaren vanuit emoties die ze op dat moment niet kunnen onderdrukken, en vanuit ideeën en opvattingen die ze hebben ontwikkeld door eerdere ervaringen en opvoeding. Deze attitudes zijn vaak hardnekkig en moeilijk te veranderen, maar bieden wel een verklaring waarom sommige kinderen zich gedragen zoals ze doen. Het is dus van belang om die hardnekkige ideeën te achterhalen en deze proberen te

veranderen, zodat ook probleem oplossingsvaardigheden en daarmee het gedrag mogelijk veranderen.

### Referenties

- Crick, N.R., & Dodge, K.A. (1994). A review and reformulation of social information processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115 (1), 74-101.
- Cuperus, J.M. (1997). *Sociale probleemoplossing bij kinderen met gedragsstoornissen*. Dissertatie Universiteit Utrecht.
- Dekker, M.C. (2003). *Psychopathologie bij kinderen met verstandelijke beperkingen: vaststelling, prevalentie en voorspellende factoren*. Dissertatie Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Dodge, K.A. (1986). A social information processing model of social competence in children. In: M. Perlmutter (Ed.), *Minnesota symposium on child psychology: Vol. 18. Cognitive perspectives on children's social and behavioral development* (pp. 77-125). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Elias, C.L., Lensvelt, G., Vermeer, A. & 't Hart, H. (2004). Perceived competence and learning in Dutch children with mild intellectual disabilities. Manuscript in preparation.
- Matthys, W., Cuperus, J.M., & Engeland, H. van (1999). Deficient social problem-solving in boys with ODD/CD, with ADHD, and with both disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 311-321.
- Nieuwenhuijzen, M. van, Bijman, E.R., Lamberix, I.C.W., Wijnroks, L., & Matthys, W. (2001). *Handleiding voor de SPT-MLK*, Utrecht: Universiteit Utrecht, Algemene en Orthopedagogiek.
-

**JUBILEUMCONGRES STICHTING ST. ANNA  
'LEVEN DOE JE SAMEN'**

*20 en 21 oktober 2004*

*Congrescentrum Rolduc, Kerkrade*

*Verslag van een tweedaags symposium ter gelegenheid van het 125-jarig bestaan van de Stichting St. Anna, waarvan LVG-instelling Gastenhof deel uitmaakt, over waar de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap vandaan komt, waar ze nu staat en vooral waar ze naar toe gaat*

Het programma van beide dagen bestond vooral uit bijdragen van professoren, doctoren, managers en andere beleidsmakers. Vanuit de praktijk (orthopedagogen, begeleiders, gezinswerkers, psychologen, cliënten en ouders) was de inbreng beduidend minder. De grootste inbreng wat betreft de ouders kwam als laatste aan bod: een kritische voordracht van mevrouw Bartje Vos, moeder van een dochter met een verstandelijke beperking.

**Impressies van de eerste dag door Maroesjka van Nieuwenhuijzen (Universiteit Utrecht)**

De eerste dag van het symposium stond in het teken van beleid en wetgeving in de verstandelijke gehandicaptenzorg. In de ochtendsessie werd het publiek een aantal prikkelende stellingen voorgelegd. Door middel van stemkastjes werden de meningen direct gepeild en weergegeven op het scherm. Drie sprekers verdedigden vervolgens hun eigen stelling en na hun verhaal werd opnieuw de mening van het publiek gepeild.

Dick Kaasjager, directeur Gehandicaptenbeleid van het Ministerie van VWS, verdedigde de stelling: *Zorgaanbod is geen taak van zorgaanbieders*. Hij vindt dat de zorgaanbieders zich bescheidener op moeten stellen, want zij belemmeren, zo zegt Kaasjager, de cliënt om zijn eigen verantwoordelijkheid te nemen en zelf te bepalen wie ondersteuning biedt bij hulpvragen. De aanbieder bepaalt dit nog te veel door de manier waarop het in de zorginstellingen is geregeld. Voor de presentatie was 23% van het publiek het eens met de stelling, na de presentatie 43%.

Mike Leers, Voorzitter RvB CZ-groep, verdedigde de stelling: *Marktwerking is goed voor de gehandicaptenzorg*. Hij hield een pleidooi voor marktwerking: 'Zorgaanbieders moeten een drive krijgen om te presteren en beter te worden dan de concurrent, zodat de cliënt een keuze kan maken en de instellingen op prestaties kan afrekenen. Zorgaanbieders moeten zich onderscheiden van elkaar en zichtbaar maken voor het grotere publiek wat hun prestaties zijn (transparantie). Kwaliteitskeurmerk systeem is nodig.' Eerst was 50% van het publiek het eens met de stelling, na de presentatie van Leers 75%

Hans Ouwerkerk, Voorzitter VGN, verdedigde de stelling: *Zonder AWBZ geen gehandicaptenzorg*. Ouwerkerk vindt dat de AWBZ wel veranderd mag worden, maar dat de basiszekerheden voor mensen met een verstandelijke handicap moeten blijven. Ouwerkerk: 'Bij de normen en waarden van onze maatschappij hoort dat we uit solidariteit nog zorgen voor mensen met verstandelijke beperkingen. Dus men moet zich afvragen wat de basiszekerheden zijn die nog kunnen worden geboden aan cliënten. De verstandelijk gehandicaptenzorg sector en de VGN als vertegenwoordiger van zorgaanbieders, moeten zich sterk maken en nadenken over wetteksten en zekerheden formuleren zodat de sector kan meepraten op lokaal niveau waar het geld van de AWBZ verdeeld wordt.' Bij de eerste stemming was 50% van het publiek het eens met de stelling, bij de tweede stemming 72%.

Na de drie presentaties vindt de zaal dat mensen met een verstandelijke beperking nog het meest vertrouwen kunnen hebben in de zorgaanbieder (80% van de stemmen). Maar de meerderheid van het publiek is waarschijnlijk werkzaam bij een zorginstelling. De vraag is hoe cliëntenorganisaties gestemd zouden hebben?

Tot slot van de openingsessie was er een super optreden van medewerkers van St. Anna, die een prachtige tekst over de ontwikkeling van St. Anna zongen op 'Het Dorp' van Wim Sonneveld, en al rappend de cliënten aan het woord lieten.

In het middagprogramma waren er drie workshops: Zorg en Organisatie, Zorg en Communicatie, Zorg en Relatie. De workshop 'Zorg en Organisatie' bouwde voort op de ochtendessie. Crick Diemel, algemeen directeur St. Anna, en Wim Groot, Hoogleraar Gezondheidseconomie aan de UM, poneerden drie stellingen om discussie met de zaal te krijgen. Stelling 1: De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) zal per saldo gunstig uitpakken voor de gehandicaptenzorg. Conclusie van de discussie is: er bestaat zorg over wat er met de AWBZ/WMO gaat gebeuren. Bezuinigingen komen er sowieso. Er zijn veel argumenten om de AWBZ te behouden, maar men moet ook durven zeggen wat naar de WMO moet, omdat dit goed is voor de mensen met een verstandelijke beperking die de AWBZ echt nodig hebben. Stelling 2: De ideologische grondslag bij de ondersteuning van mensen met een verstandelijke beperking ondergraaft de bijdrage van gedragswetenschappers, artsen en andere professionals. Het algemene idee is dat er te weinig gedragswetenschappers zijn in de sector. Kwaliteit van zorg kan weer toenemen als de wetenschap wordt ingezet voor die cliënten waar een specifieke vraag ligt. Stelling 3: Kwaliteit van zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is de afgelopen 15 jaar verslechterd. Na discussie is de conclusie dat de stelling genuanceerd moet worden, want deze tijd kan niet vergeleken worden met 15 jaar geleden, eisen zijn veranderd.

De workshop 'Zorg en Communicatie' werd verzorgd door Hank van Geffen, directeur divisie St. Anna/ Gastenhof, en Adri Vermeer, emeritus hoogleraar Orthopedagogiek i.h.b. Gehandicaptenzorg aan de UU. In deze workshop stond de 'dialoog op maat' centraal. Hank van Geffen heeft een vorm van communicatie met de cliënten ontwikkeld die bij hen aansluit: Geïndividualiseerde Oplossingsgerichte Ondersteuning voor Dialoog (GOOD). Hierbij gaat hij uit van het zoeken naar oplossingen en niet van de problemen in de communicatie. Hij wil komen van 'spreken over' naar 'spreken met' cliënten en zoekt naar vorm van communicatie door middel van experimenteren. Als cliënten niet kunnen lezen, kunnen zij m.b.v. picto's, video's en geluid hun ondersteuningsplan aanmaken/inzien in een computerprogramma. In de cliëntenraad wordt gecommuniceerd met hulpmiddelen. Uitleg over extra subsidie voor de gebouwen wordt uitgebeeld met nepgeld een spaarvarken en een speelgoedhuis. En bij een gesprek over het IOP, worden de mappen met het IOP uitgedeeld om te bekijken.

In de verstandelijk gehandicaptenzorg was er tot voor kort weinig betrokkenheid van cliënten bij ontwikkeling. Het project GOOD (o.a.) brengt daarin verandering. Adri Vermeer benadrukte nog eens dat praktijk en wetenschap nader tot elkaar moeten komen: In de wetenschap wordt de laatste jaren steeds meer onderzoek gedaan naar de gehandicaptenzorg, maar de ontwikkelingen dringen nauwelijks door naar de zorg (functionele paradigma, rol omgeving, evidence based practice).



### **Impressies van de tweede dag door Albert Ponsioen (OZC Amstelmonde / Landelijk Kenniscentrum LVG)**

*Workshop: 'Uitkomsten recent wetenschappelijk onderzoek vanuit de stichting St. Anna (1)'  
Drs. Wil Buntinx, manager onderzoek en ontwikkeling stichting St. Anna / universitair docent Universiteit Maastricht. Titel: Tevreden over de zorg...? Kwaliteit van zorg vanuit familieperspectief; ervaringen met een nieuw meetinstrument'.*

Buntinx deed vooral verslag van zijn pogingen om de tevredenheid op een zinvolle manier in beeld te brengen. Een algemeen probleem bij tevredenheidonderzoek is dat een gemiddelde score van 7,5 (op een tevredenheidschaal van 1 tot 10) een voorspelbare uitkomst is. Leuk voor managers, maar inhoudelijk nietszeggend. Buntinx gebruikt een methode waarbij de mate van belangrijkheid van het zorgaspect en de mate van ontevredenheid hierover (= het percentage personen dat op bijvoorbeeld een 7-punts tevredenheidsschaal een 4 ('neutraal') of minder hebben aangegeven) gecombineerd tot een score leidt: IMPACTscore = belangrijkheid x ontevredenheid. Een rangorde van deze scores geeft een beeld van de prioriteit zorgonderwerpen voor de beleidsmakers in een instelling.

Wat onvoldoende aan bod kwam in het betoog van Buntinx is dat het kunnen uitspreken van een waardering over de genoten zorg door cliënten en ouders toch ook afhankelijk is van de helderheid die door de zorgaanbieder gegeven kan worden over die zorg in termen van zorgdoelen, beoogde zorgresultaten, wanneer denkt men die te bereiken, et cetera. Indien het niet helder is waarover men de respondent bevraagt, is het moeilijk in te schatten over welk aspect van de zorg de respondent het heeft en in hoeverre zijn perceptie overeenkomt met die van de onderzoeker. Het is interessant om de methode en de resultaten van Buntinx naast het KWAZOP (KWAAliteit van het ZOrgProces)-instrument van Petra Swennenhuis te leggen. Swennenhuis ontwikkelde dit instrument waarmee de kwaliteit van veel verschillende aspecten van het zorgproces voor LVG-kinderen betrouwbaar kan worden gemeten (zie [www.lvgnet.nl](http://www.lvgnet.nl) – Onderzoek & Praktijk – augustus 2004).

*Workshop "Uitkomsten recent wetenschappelijk onderzoek vanuit de stichting St. Anna (2)"  
Drs. Xavier Moonen, hoofd stafgroep divisie St. Anna / Gastenhof, samen met drs. Marion Kersten, medewerker NIZW en LKNG te Utrecht. Titel: 'Beeld, ervaring en verblijf: kwalitatief onderzoek doen met jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking over jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking. Hoe ervaren zij hun verblijf in een orthopedagogisch behandelinstituut en hoe denken ouders en professionals hierover?'*

Moonen hield een inspirerend betoog over alle haken en ogen die gepaard gaan met het bevragen van cliënten over het verblijf in een instelling door interviewers die zelf ook tot de LVG-doelgroep behoren. Door allerlei onvoorziene zaken (van ruzie's tussen de interviewers, de clash die soms ontstaat door de confrontatie van het emancipatoire onderzoeksconcept en het vaak nog als totalitair ervaren instellingsbeleid tot persoonlijke groei bij de LVG-interviewers) heeft Moonen met zijn onderzoeksopzet niet de makkelijkste onderzoeksweg gekozen. Met de aanbevelingen die hij doet kunnen LVG-instellingen die de cliënt niet alleen in woord maar ook in daad bij het kwaliteitsbeleid willen betrekken hun voordeel doen. De aanbevelingen zeggen tevens iets over de kenmerken van LVG-jongeren: het praten over zaken en het rubriceren van onderwerpen gaat hun goed af, het hanteren van metavragen en het stellen van prioriteiten in hun antwoordcategorieën daarentegen duidelijk minder.

### **Slot: plenaire bijeenkomst**

Allereerst werd de nieuwe staatssecretaris van VWS gekozen. Uiteindelijk viel de keus (hoe voorkomend) op de heer Chrik Diemel, algemeen directeur van stichting St. Anna. Op de vraag waar hij op zijn eerste werkdag als bewindsvoerder zijn tanden in zal zetten: “De WMO goed gaan uitleggen en criteria opstellen om de kwaliteit van de zorg te meten en niet die van zorgprocessen”. Op de stelling ‘is er een kloof tussen wat er nu aan zorg wordt geboden en wat mensen met een verstandelijke beperking werkelijk nodig hebben’ stemde 83% van de zaal met een volmondig ‘ja’.

Het verhaal van dr. Evelien Tonkens, lid Tweede Kamer der Staten-Generaal voor Groen Links over zin en onzin van het vraaggericht werken over de normalisering in de zorg (“enkele reis eenzaamheid”), de toegenomen bureaucrativering en oproep aan de hulpverleners om zich eindelijk weer eens als professional te laten gelden wordt krachtiger in haar boekje<sup>10</sup> uiteengezet dan in ‘real life performance’. De boodschap blijft evenwel de moeite waard in deze tijden van Zorg. Veel donkere wolken lijken zich samen te trekken, onder meer in het in werking treden van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Volgens Tonkens zou in die maatschappelijke ondersteuning dus extra geïnvesteerd moeten worden, het gedeelte (bezuinigingen) is echter waar.

Een tweede inleiding was vanwege gezondheidsproblemen van de spreker, Annelies van Heyt, als theoloog verbonden aan de Universiteit Brabant, op video opgenomen. Een warm pleidooi om zorg als ondergewaardeerd basisgoed weer op te waarderen door de menselijke maat weer centraal te stellen. De zorg wordt in de ogen van mevrouw Van Heyt teveel als probleemoplossend middel beschouwd en te weinig als menslievende zorg, waarbij de dialoog (ook centraal thema in de visie van Tonkens) en de warme betrokkenheid centraal dienen te staan in plaats van de ‘correcte kilte’ van de hedendaagse zorgorganisaties.

De laatste voordracht was van mevrouw Bartje Vos, ‘ouder van het eerste uur’. Een aardige kijk op de hedendaagse zorgorganisaties waarbij de “Mission Statements” je om de oren vliegen, het gesprek van een ouder met een moderne zorgmanager nauwelijks verschilt met een afspraak op een makelaarskantoor, het vooral hoogbegaafden zijn die menen te weten wat goed is voor de minder begaafden en ondanks alle veranderingen de begeleiders en verzorgers hun werk gelukkig voorlopig nog gewoon blijven doen. Met deze uitleiding werd er maar snel overgegaan tot het ontkurken van de champagne om daarmee weer het feestelijke karakter van het jubileumcongres te onderstrepen. Men zou dat bijna even vergeten zijn...

---

<sup>10</sup> Mondige burgers, getemde professionals’. Marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector’; uitgeverij NIZW, Utrecht

## COLUMN

*De schrijver van de 'columns' is steeds een ander, variërend van wetenschappelijk expert tot klinische deskundige, gedragswetenschappers, groepsleiding, managers, ouderbegeleiders. Wat zij gemeen hebben is hun ervaring met (en onderzoek bij) jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. In deze Onderzoek & Praktijk geven wij het woord aan professor Adrie Vermeer, emeritus hoogleraar Orthopedagogiek i.h.b. de Gehandicaptenzorg, Universiteit Utrecht.*

### **Hoe wetenschappelijk onderzoek in te bedden in de praktijk?**

Voor academici in de gehandicaptenzorg ben ik drie jaar geleden begonnen met het organiseren van een 'masterclass wetenschappelijk onderzoek'. De aanleiding daarvoor was dat de wetenschappelijke raad van de 's Heeren Loo Zorggroep, waarvan ik deel uitmaak, een terugloop constateerde van het aantal aanvragen voor wetenschappelijk onderzoek. Allerlei oorzaken kunnen daarvoor gevonden worden, één ervan zou kunnen zijn dat academische medewerkers in de zorg de kunst niet (meer) verstaan om een subsidiabel onderzoeksvoorstel te schrijven. De masterclass heeft als expliciet doel om te leren een dergelijk onderzoeksvoorstel op papier te krijgen volgens de richtlijnen van erkende subsidiegevers als b.v. ZonMw. Een dergelijk voorstel kan lopen van een relatief klein onderzoek in de eigen setting om het vak van onderzoek doen te leren of er lol in te krijgen tot een promotie onderzoek als er echt van wetenschappelijk aspiraties sprake is.

De masterclass is beslist een succes: de deelnemers ervaren het als een grote stimulans om zich op het onderzoekspad te begeven en sinds de start is een aantal onderzoeken gesubsidieerd en gestart.

Maar het succes blijkt ook een keerzijde te hebben. Directies en 'bazen' zijn nog wel bereid om hun academici de masterclass te laten volgen, wat over een periode van één jaar ongeveer een dag in de week kost, maar als de aanvraag voor onderzoek gehonoreerd is kost het ook tijd om het voorgenomen onderzoek uit te voeren. En dat blijkt niet steeds te rijmen met 'productafspraken' en de 'resultaat gerichte jaarplannen' van de Raden van Bestuur en Directies.

In een interview in Trouw (29.9.2004) onder de titel '*Je wilt toch weten: werkt het?*', heb ik het standpunt ingenomen dat als een zorginstelling een academicus in dienst neemt, zij zo iemand moet laten doen waarvoor hij is opgeleid: resultaten meten, vastleggen, evalueren, onderzoek doen en van daaruit innoveren. Met andere woorden, onderzoek doen moet een integraal onderdeel zijn van het werk van een academicus in de zorg. Het is niet iets extra's: b.v. 80% van je tijd is zorg en daarnaast mag je 20% van je tijd aan wetenschappelijk onderzoek besteden. Ze dienen voor 100% toegepaste wetenschappers te zijn. Nu zitten academici vooral in de uitvoering en het beheer van de zorg en verleren ze waarvoor ze zijn opgeleid.

Nu ik heb geroepen dat een dergelijk omslag nodig is, heeft een aantal directies mij gevraagd of ik een aantal concrete aanbevelingen hiervoor zou kunnen geven. Ik doe een eerste poging.

1. In veel instellingen wordt – veelal onder leiding van universiteiten – wetenschappelijk onderzoek gedaan. De rapportage gebeurt in de vorm van wetenschappelijke publicaties, het liefst in het Engels, want dat telt mee in de wetenschappelijke race. De medewerkers worden vervolgens voor hun bijdrage bedankt, betrokken ouders krijgen een nette samenvatting.

*Aanbeveling:* Laat de onderzoekers regelmatig, b.v. 3 maandelijks, rapporteren aan de staf en aan de medewerkers op een begrijpelijke manier: resultaten vertaald naar wat de praktijk er mee kan. Geen significantie niveaus, ANOVA's, e.d., maar getallen in de taal

van de zorg. Dat is een goede scholing voor de practici in wat onderzoek kan betekenen voor de praktijk. Er zullen dan beslist medewerkers zijn die hierdoor enthousiast worden om ook zoiets te gaan doen. Er groeit zo ook een onderzoeksklimaat.

2. Academici die in de zorg gaan werken moeten van begin af aan een onderzoekstaak hebben, die een integraal onderdeel uitmaakt van hun werk. Dat kan heel klein beginnen: een casus over een langere periode van een representatieve probleemsituatie of van een nieuwe methodiek, een studie naar het gebruik van ICT voor de verslaglegging van diagnostiek en daarop aansluitende behandeling, een N=1 evaluatie van een behandeling.

*Aanbeveling:* Neem een concrete onderzoekstaak op in de taakomschrijving van een academisch geschoolde medewerker. Geef ook aan hoe en wanneer een dergelijk taak in een functioneringsgesprek wordt geëvalueerd en eventueel beloond, b.v. met het bezoek aan een congres.

3. Wetenschappelijk onderzoek is gebaat bij discussie over opzet en resultaten van onderzoek. Positieve kritiek op elkaar vormt.

*Aanbeveling:* Organiseer binnen de instelling maandelijkse of twee- of driemaandelijkse intervisie bijeenkomsten over onderzoek. Dergelijke bijeenkomsten zijn verplicht.

4. Het onderzoek binnen de gehandicaptenzorg in Nederland is nu nog erg versnipperd. Doorgaans zijn de universiteiten de gangmakers. In de zorg voor blinden en slechtzienden en in de revalidatiezorg in Nederland zijn er al stevige verbindingen tussen universiteit en zorginstellingen gegroeid. Er is daar meer sturing, minder versnippering. De praktijk spreekt daar al een aardig woordje mee.

*Aanbeveling:* Laat instellingen strategische allianties sluiten met één of meer afdelingen van universiteiten die voor de betreffende instelling relevant onderzoek doen, b.v. voor de dagelijkse zorg met een afdeling Orthopedagogiek, voor de medische zorg met een afdeling van een faculteit Geneeskunde, voor de maatschappelijk inbedding van de zorg met een faculteit Maatschappijwetenschappen. Stel uit de wetenschappers van die universitaire afdelingen een Wetenschappelijke Raad van Advies samen. Hun beloning is een vaste plek voor onderzoek, een vast stage adres voor de studenten, en met Kerst een diner of een mooi wijnpakket.

5. Over onderzoek moet gecommuniceerd worden. De resultaten en wat de resultaten betekenen voor de praktijk moet regelmatig onder de aandacht van alle betrokkenen komen. Elke instelling heeft tegenwoordig wel een nieuwsbrief.

*Aanbeveling:* maak informatie over onderzoek tot een vaste rubriek van de eigen nieuwsbrief. Zo groeit de bekendheid met, het inzicht in de betekenis van, en de betrokkenheid bij wetenschappelijk onderzoek.

6. Onderzoek is gebaat bij goede coördinatie, zeker als meerdere afdelingen bij een onderzoek betrokken zijn. Laat dat niet alleen aan de betrokken onderzoeker over. Ook niet de in service training die ik hierboven noemde, zoals 3 maandelijkse rapportage over lopend onderzoek, intervisiebijeenkomsten, e.d.

*Aanbeveling:* Indien een instelling ernst maakt met het inbedden van wetenschappelijk onderzoek in de eigen zorg, dan is een onderzoekskoördinator nodig. Laat dat iemand zijn die 'van de hoed en de rand weet', kortom, iemand die zelf met het doen van onderzoek zijn/haar sporen heeft verdiend. Zo iemand kan ook fungeren als intern begeleider van beginnende onderzoekers in de eigen instelling.

De zorg ontkomt er niet aan aan te tonen dat haar pretenties werken. De zorg ontkomt er ook niet aan door middel van onderzoek duidelijk te maken dat de politieke waan van de dag waan is. De gehandicaptenzorg heeft dringend behoefte aan experimenten met nieuwe zorgvormen. 'Community care', 'Community living', de-institutionalisering, kleinschaligheid zijn b.v. de onderwerpen van de dag. Er zijn slechts hier en daar in Nederland goede beschrijvingen hoe dergelijke processen verlopen en hoe (on)gelukkig de cliënten er van worden, terwijl onze regering haar gehandicaptenzorgbeleid op deze processen afstemt. Iedere medewerker wordt met deze processen geconfronteerd en denkt er het zijne over. Door middel van wetenschappelijk onderzoek kunnen de (voor)oordelen worden bekrachtigd of ontkracht.

Adri Vermeer

---

## 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.*

### **THE DEVELOPMENT OF PERCEIVED COMPETENCE IN CHILDREN WITH MILD INTELLECTUAL DISABILITIES**

(de ontwikkeling van competentiebeleving in kinderen met lichte verstandelijke beperkingen)

*Christel Elias, Universiteit Utrecht (verdediging: 14 januari 2005)*

De diagnostische instrumenten waarmee kinderen met een lichte verstandelijke beperking (LVB-kinderen) worden belaagd zijn in de regel gericht op het vergaren van informatie over het kennen en kunnen van het kind. Op basis van het verzamelde materiaal worden vervolgens uitspraken gedaan over de vermeende (in)competenties van deze kinderen. In hoeverre dit alles overeenkomst met de zelfbeleving van de kinderen wordt niet altijd duidelijk gemaakt. In het proefschrift van Christel Elias staat de eigen competentiebeleving van kinderen centraal. Elias vergelijkt LVB-kinderen met normaal ontwikkelende kinderen op de aard en de accuraatheid van hun competentiebeleving. Een opvallend onderzoeksresultaat bij de groep LVB-kinderen was het verschil tussen de zelf waargenomen competentie en het oordeel daaromtrent van leraren in het speciaal onderwijs: in het cognitieve domein van de competenties bleken de leraren de kinderen significant lager te beoordelen. Een belangrijke oorzaak voor dit gegeven zou kunnen zijn dat de LVB-kinderen zichzelf vergelijken met kinderen met dezelfde problemen (een argument overigens om LVB-kinderen met niet kost wat kost in het reguliere onderwijs te houden!). Omdat competentiebeleving niet alleen bereikt kan worden door je te vergelijken met anderen maar ook door het ervaren van persoonlijke vooruitgang en het beheersen van vaardigheden, zijn er mogelijkheden voor het bevorderen van de competentiebeleving bij LVB-kinderen die thans nog te weinig worden benut. De ideeën die Christel Elias in haar proefschrift aanreikt en het instrumentarium dat diagnostisch kan worden ingezet (de Platentest<sup>11</sup>) brengen de kennis over kenmerken van LVB-kinderen en de diagnostische praktijk weer een stap verder.

---

<sup>11</sup> Rossum, J.H.A. & Vermeer, A. (1992). Het meten van waargenomen competentie bij basisschoolkinderen door middel van een platentest [The measurement of perceived competence among elementary school children using a pictorial test.] *Bewegen & Hulpverlening*, 9, 198-212.

# 5 JAAR

## Landelijk Kenniscentrum LVG

Op 6 december 2005 bestaat het Landelijk Kenniscentrum LVG 5 jaar.  
Dat zal niet onopgemerkt voorbijgaan want op die dag vindt  
een GROOTSE bijeenkomst plaats.  
Daarvoor is een Lustrumcommissie aan het werk gegaan  
en die vraagt uw medewerking:

Al uw  
CREATIEVE IDEEËN  
LUDIEKE VOORSTELLEN  
PITTIGE SUGGESTIES  
LEERZAME ERVARINGEN  
WETENSCHAPPELIJKE ONDERZOEKEN  
STRUCTUURBRENGENDE GEDACHTEN  
EN ANDERE MOGELIJKE INVALLLEN EN TROUVAILLES

voor het

LUSTRUMCONGRES  
5 JAAR LANDELIJK KENNISCENTRUM LVG  
OP DINSDAG 6 DECEMBER 2005

zijn van harte welkom  
bij de Lustrumcommissie:

p/a  
Landelijk Kenniscentrum LVG  
Kaap Hoorndreef 60  
3563 AV Utrecht  
030-2643311  
[d.verstegen@lvgnnet.nl](mailto:d.verstegen@lvgnnet.nl)

en vergeet u niet deze dag alvast te reserveren in uw agenda!

**ADRESSENLIJST ORTHOPEDAGOGISCHE BEHANDELCENTRA  
VOOR LVG-JEUGD**

Instelling	Contactpersonen wetenschappelijk onderzoek	Adres	Tel.nr.	
De Beele	Dhr. P. Buter	Beelelaan 4	7383 BH VOORST	0575-509222
De Bruggen	Mw. S. Punt	Beresteinlaan 110	2542 KD DEN HAAG	070-3216500
De Eik	Mw. M. Brandse	Akkerkers 62	7577 DN OLDENZAAL	0541-580000
De Reeve	Dhr. J. Niessen/ Dhr. C. Lamberts	Postbus 49	8260 AA KAMPEN	038-3372337
De Veersesingel	Mw. T. van Hoof - Copper	Postbus 140	4330 AC MIDDELBURG	0118-614553
Dreei	Mw. M. de Vries	Stephensonstraat 17	7906 AS HOOGEVEEN	0528-223333
Driever's Dale	Mw. C. van den Bergh	Hoorntjesweg 59	9675 NB WINSCHOTEN	0597-479777
Gastenhof	Mw. M. Blokland	Postbus 21078	6369 ZH SIMPELVELD	045-5448484
Hondsberg La Salle	Dhr. L. van Esch	Postbus 40	5280 AA BOXTEL	0411-652444
J.P. Heije	Dhr. W. Pesch	Postbus 6	6860 AA OOSTERBEEK	026-3349911
Kwadrant:				
regio Arkemeyde	Dhr. G. Bierens	Postbus 186	3760 AD SOEST	035-6095211
regio Auriga	Dhr. D. Hettinga	Grafelijkheidsweg 82	3328 EM DORDRECHT	078-6525725
regio Emaus	Dhr. T. Venselaar	Postbus 560	3850 AN ERMELO	0341-567511
regio Middelrode	Mw. P. Fikkert	Postbus 560	3850 AN ERMELO	0341-567511
Maasstad	Mw. M. den Rooijen	Postbus 81016	3009 GA ROTTERDAM	010-2202166
Middelveld	Dhr. P. Proost	Comeniusstraat 12	1065 BH AMSTERDAM	020-3460611
OCB	Mw. M. van de Coevering / mw. I.Brekelmans	Postbus 2285	4800 CG BREDA	076-5301601
OPL	Mw. E. Rot	Achterweteringseweg 10	3738 MA MAARTENSDIJK	0346-217721
OZC/Amstelmonde	Mw. R. Aarsse	Postbus 43	1970 AA IJMUIDEN	023-5131313
Tjallinga Hiem	Dhr. Y. Brada	Postbus 418	8901 BE LEEUWARDEN	058-2885335
Woldyne	Dhr. J. Bors	Oenerweg 63	8161 PL EPE	0578-614546