

## VOORWOORD

*Albert Ponsioen*  
*hoofdredacteur Onderzoek & Praktijk*

Het is nog niet eens zo heel lang geleden dat een zoektocht naar LVG-relevante (onderzoeks)literatuur weinig relevant materiaal opleverde. Natuurlijk was er altijd het nog steeds onvolprezen boek van *Van Weelden*<sup>1</sup>, daarna werd het een stuk lastiger. Hoe anders is deze situatie heden ten dage. De redactie van *Onderzoek & Praktijk* moet alle zeilen bijzetten om het allemaal voor u bij te houden. De nieuwste aanwinst is het proefschrift van *Xavier Moonen*, die ondanks zijn vele werkzaamheden ook nog kans zag om een wetenschappelijk onderzoek af te ronden. Een onderzoek waarbij de cliënt niet alleen een centrale plek inneemt maar ook voor een belangrijk deel zelf de onderzoeker is.

Het is de taak van *Onderzoek & Praktijk* de lezer niet alleen van de activiteiten op het gebied van kennisonwikkeling binnen de LVG-zorg op de hoogte te houden maar ook van de LVG-relevante ontwikkelingen buiten de sector. In dit nummer van *Onderzoek & Praktijk* komt in dit verband het speciaal onderwijs nadrukkelijk aan het woord. Het eerste artikel van dit nummer, 'Vrijheidsbeperking bij jongeren met een licht verstandelijke handicap' van *Gosselink, Frederiks, Curfs & van Wijmen*, is echter uit het hart van de LVG-zorg gegrepen. Er worden concrete voorstellen gedaan om meer helderheid te verkrijgen over de precaire scheidslijn tussen vrijheidsbeperking en het nemen van pedagogische maatregelen. In het volgende artikel geeft *Annie de Groot* heldere uitleg over een aantal zaken met betrekking tot het speciaal onderwijs: hoe zit het ook weer met die clusters, hoe zit het met de indicatiestelling in het Speciaal Onderwijs en wat zijn aldaar de belangrijkste inhoudelijke uitgangspunten? De LVG-sector heeft zich de laatste jaren sterk gemaakt om de eenzijdige nadruk op de IQ-score als hét kenmerk van een lichte verstandelijke beperking te ontzenuwen en daarvoor in de plaats kenmerken aan te voeren die meer hout snijden. De artikelen van respectievelijk *Xavier Moonen* en *Dirk Versteegen* en van *Wim Pesch*, *Popke Harder* en uw hoofdredacteur, zijn de nieuwste pogingen om tot een betere beschrijving van de kernproblematiek van een LVG-jeugdige met ernstige gedragsproblematiek te komen.

Deze *Onderzoek & Praktijk* wordt weer afgesloten met een aantal rubrieken. *Heleen Deelstra* bijt de spits af in de nieuwe rubriek *Uit de Praktijk*. Haar verslag over loverboys is op dit moment ook in de media een actueel onderwerp.<sup>2</sup> *Jan-Willem Veerman* doet in de vertrouwde *Column* een aantal behartigenswaardige aanbevelingen omtrent praktijk-gestuurd effectonderzoek. In de rubriek *Binnengekomen* wordt het al eerder genoemde proefschrift van *Xavier Moonen* (Universiteit Utrecht) aangehaald en het eveneens recent uitgekomen proefschrift van *Jolanda Douma* (Erasmus Universiteit Rotterdam). In de rubriek *Gelezen* wordt nader ingegaan op twee zeer lezenswaardige boeken.

Neem weer even de tijd voor deze *Onderzoek & Praktijk*. Neem kennis van al datgene dat zich buiten de eigen instelling afspeelt. Wellicht dat u op uw beurt wordt geïnspireerd uw eigen kennis en ervaringen op te schrijven en via *Onderzoek & Praktijk* uit te dragen.

---

<sup>1</sup> *Van Weelden, J. (1988). Moeilijk lerende kinderen. Rotterdam: Lemniscaat.*

<sup>2</sup> *Het EO-radioprogramma De Ochtenden heeft een programma over 'loverboys' uitgezonden. Hierin kwamen diverse medewerkers van LVG-instellingen aan het woord (te beluisteren via [www.ochtenden.nl](http://www.ochtenden.nl)).*

## **VRIJHEIDSBEPERKING BIJ JONGEREN MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE HANDICAP**

*R. Gosselink, B.J.M. Frederiks, L.M.G. Curfs & F.C.B. van Wijmen<sup>3</sup>*

### **Inleiding**

In de zorg voor jongeren met een licht verstandelijke handicap kan vrijheidsbeperking nodig zijn. De Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ), die in januari 1994 in werking is getreden, maakt vrijheidsbeperking in de zin van gedwongen opname en behandeling mogelijk. Het uitgangspunt van de wet is het afwenden van gevaar dat een gevolg is van de geestesvermogens of een gebrekkige ontwikkeling hiervan (art.2 Wet BOPZ). Deze wet is eveneens van toepassing op instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg en daarmee ook op de instellingen voor jongeren met een licht verstandelijke handicap.<sup>4</sup>

Als in het kader van de opvoeding en de behandeling van jongeren met een licht verstandelijke handicap vrijheidsbeperkend ingrijpen onontkoombaar is, dient dit – letterlijk - gelegitimeerd te kunnen worden. Voor inbreuken op persoonlijke levenssfeer en lichamelijke en geestelijke integriteit is immers een wettelijke basis vereist.<sup>5</sup> Voor enigerlei (geneeskundige) behandeling buiten het BOPZ-kader is rechtsgeldige toestemming vereist, bij minderjarigen van de betrokkene en/of van diens ouders of wettelijk vertegenwoordiger. Anders dient verzet te worden gerespecteerd, tenzij de cliënt (of anderen dan de cliënt) daardoor in gevaar komt. Rechtvaardiging van vrijheidsbeperking in het kader van de Wet BOPZ is problematisch omdat deze regeling niet is toegespitst op de behandeling van de jongeren met een licht verstandelijke handicap. De beschouwing in dit artikel is toegespitst op de toepasselijkheid van de Wet BOPZ in instellingen voor jongeren met een licht verstandelijke handicap.

De geschetste problematiek was voor het Landelijk Kenniscentrum LVG aanleiding om nader onderzoek te (doen) verrichten, met als doelstelling knelpunten bij de toepassing van vrijheidsbeperking bij jongeren met een licht verstandelijke handicap in het kader van de Wet BOPZ te inventariseren en te analyseren. Hierna zal eerst de methode van onderzoek besproken worden. In de daaropvolgende paragrafen zullen de resultaten van het onderzoek uiteengezet worden. Eerst worden aard en intensiteit van vrijheidsbeperking beschreven, daarna wordt een beeld geschetst van opvattingen van zorgverleners over de toepassing van de Wet BOPZ in de instellingen, waarna onderscheid wordt gemaakt naar aspecten van die toepassing. In de laatste paragraaf worden de in het onderzoek gevonden knelpunten

---

<sup>3</sup> *Drs. R. Gosselink, afgestudeerd Gezondheidswetenschappen, student Rechtsgeleerdheid aan de Universiteit Maastricht; Mr. dr. B.J.M. Frederiks, universitair docent Gezondheidsrecht aan de Vrije Universiteit Amsterdam; Prof. mr. F.B.C. van Wijmen, hoogleraar Gezondheidsrecht aan de Universiteit Maastricht; Prof. dr. L.M.G. Curfs, hoogleraar Zorg voor mensen met een verstandelijke handicap en directeur van het Gouverneur Kremers Centrum, Universiteit Maastricht.*

*Correspondentieadres: R. Gosselink, Universiteit Maastricht, Gezondheidsrecht / GKC, Postbus 616, 6200 MD Maastricht*

<sup>4</sup> *Zie artikel 1, eerste lid, onder h Wet BOPZ, waarin overigens nog de verouderde terminologie van zwakzinnigeninrichtingen wordt gehanteerd.*

<sup>5</sup> *Artikelen 10 en 11 Grondwet.*

besproken en zo nodig voorzien van aanbevelingen. Dit artikel wordt afgesloten met conclusies.

### Het onderzoek

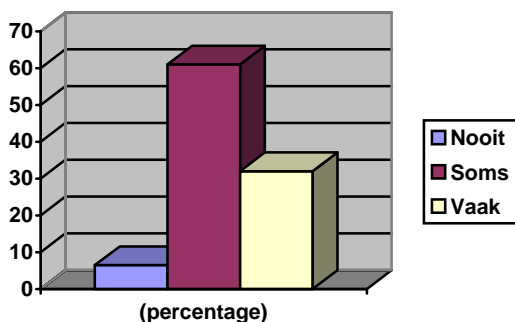
De knelpunten bij de toepassing van vrijheidsbeperking binnen instellingen voor jongeren met een licht verstandelijke handicap zijn op twee manieren onderzocht. Allereerst zijn zorgverleners in orthopedagogische instellingen voor jongeren met een licht verstandelijke handicap met een schriftelijke vragenlijst geënquêteerd. Daartoe zijn door het Landelijk Kenniscentrum LVG 17 instellingen aangeschreven, waarvan 11 deelname hebben toegezegd. Per instelling zijn een groepsleider, een leidinggevende en een orthopedagoog benaderd. Al met al zijn dus 33 enquêtes verstuurd, waarvan er 31 zijn geretourneerd; dit betekent een respons van 93%.

Daarnaast zijn zes orthopedagogische behandelcentra bezocht. Uit representativiteits-overwegingen heeft de selectie plaatsgevonden aan de hand van de geografische ligging, de behandelintensiviteit van de jongeren en de kwaliteit van de beantwoording van de vragenlijsten. Per deelnemende instelling zijn bij verschillende zorgverleners – voornamelijk werkzaam bij de meest intensieve behandelgroepen - halfgestructureerde interviews afgenomen met als doel resultaten van de schriftelijke enquête verder uit te diepen.

De hoge respons bij de schriftelijke vragenlijsten draagt in sterke mate bij aan de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek. Een methodologische beperking van de schriftelijke vragenlijst is dat bij het formuleren van een aantal stellingen over meningen en opvattingen betreffende de Wet BOPZ werd uitgegaan van een beter kennisniveau van de Wet BOPZ. Achteraf bleek niet iedereen evenveel af te weten van deze wet, wat geleid kan hebben tot minder betrouwbare antwoorden op de gegeven stellingen.

### Vrijheidsbeperkende maatregelen

In de meeste instellingen voor jongeren met een licht verstandelijke handicap (ruim 60%) worden vrijheidsbeperkende maatregelen *soms* toegepast, in een derde van de instellingen zelfs *vaak*. Sommige hulpverleners gaven aan nooit vrijheidsbeperkende maatregelen in de zin van de Wet BOPZ toe te passen (zie figuur 1). De mate waarin vrijheidsbeperking wordt toegepast hangt sterk samen met de intensiviteit van de behandelingen bij de verschillende groepen.



Figuur 1: Mate van toepassen vrijheidsbeperkende maatregelen

### *Vormen van vrijheidsbeperking*

De meest voorkomende vormen van vrijheidsbeperking zijn afzondering op eigen kamer, afzondering in een daarvoor bestemde ruimte, fixatie en deursignalering. Ook separatie komt in een aantal instellingen voor (zie tabel 1). Niet alle vrijheidsbeperkende maatregelen die worden genoemd in de Wet BOPZ komen ook daadwerkelijk voor in de onderzochte instellingen, de maatregelen gedwongen medicatie en toediening van vocht en voedsel worden niet toegepast bij de jongeren.

	Toegepast volgens ... van de hulpverleners	Zeer sporadisch	Soms	Regelmatig	Vaak	Zeer vaak
Afzondering op eigen kamer	77%	14%	48%	14%	19%	5%
Afzondering in afzonderingsruimte	74%	23%	41%	9%	14%	5%
Fixatie	74%	11%	47%	21%	16%	5%
Separatie	32%	50%	50%	0	0	0

Tabel 1: Vrijheidsbeperkende maatregelen en de mate van voorkomen

De afzonderingsruimte wordt in de orthopedagogische centra een time-outruimte genoemd, met als wezenlijk verschil dat de time-outruimte niet op slot wordt gedaan. Daarom beschouwt men verblijf in een dergelijke ruimte in de meeste instellingen niet als afzonderen. Ook het afzonderen op eigen kamer wordt door de meeste ondervraagden niet gezien als afzonderen in de zin van de Wet BOPZ. Dit wordt veeleer als een onderdeel van opvoeding en behandeling beschouwd, evenals de deursignalering op de slaapkamerdeur. Opvallend is dat afzondering op de eigen kamer als vrijheidsbeperking het meest vóórkomt, terwijl de Wet BOPZ het afzonderen op eigen kamer niet toestaat. Slechts in een aantal instellingen wordt deze maatregel bewust niet toegepast omdat de slaapkamer een plaats is waar de jongere zich veilig voelt.

De instellingen die gebruik maken van separatie of afzondering hebben daartoe speciale ruimtes ingericht. Als wordt gesepareerd gebeurt dat in ruimtes die geheel en al aan de daarvoor gestelde eisen voldoen. Voor afzondering worden zoals al werd opgemerkt time-outruimtes gebruikt.

### *Aanleidingen voor vrijheidsbeperkende maatregelen*

De voornaamste aanleidingen voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen zijn bescherming van de cliënt, de agressiviteit van de cliënt, gevaar voor de cliënt of zijn omgeving en bescherming van de hulpverlener. Op de vraag welke redenen door de respondenten als aanvaardbaar worden beschouwd komen, naast opvoeding en behandeling, dezelfde motieven naar voren. Dit komt overeen met de doorgaans in de literatuur genoemde redenen voor vrijheidsbeperking: gevaar, bescherming, behandeling en handhaving van de orde. Daarnaast zijn in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap ook opvoeden en straffen en belonen als belangrijke motieven aan te merken (Frederiks, 2004). Een aantal respondenten noemt nog de onmacht van de hulpverlener als reden voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen, terwijl dit als motief niet aanvaardbaar is.

### *Noodsituaties*

In de praktijk van de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap komen middelen of maatregelen in noodsituaties minder vaak voor dan in de psychiatrie, omdat het gedrag van

mensen met een verstandelijke handicap over het algemeen meer voorspelbaar is. Daardoor is het mogelijk om maatregelen op te nemen in het zorgplan (Frijlink, 1996).

In de meeste LVG-instellingen worden noodsituaties als zodanig aangemerkt, het komt echter niet vaak voor dat jongeren in hun vrijheid worden beperkt zonder dat dit van tevoren in het zorgplan is vastgelegd.

Hulpverleners dienen bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen de criteria proportionaliteit, subsidiariteit en effectiviteit in het oog te houden (Frederiks, 2004). De ondervraagde hulpverleners waren het erover eens dat vrijheidsbeperkende maatregelen zo min mogelijk toegepast dienen te worden. Toch blijkt uit de vraagsprekken dat jongeren af en toe te gemakkelijk in hun vrijheid beperkt worden. Terwijl jongeren zelfs vaak op vrijwillige basis opgenomen zijn in de instelling.

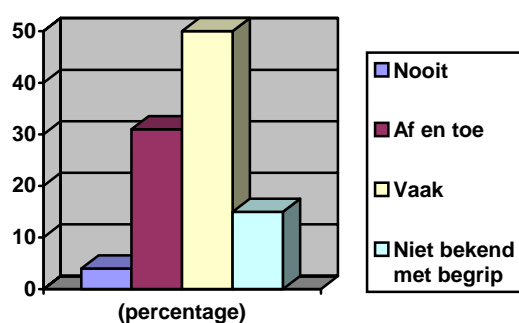
### Vrijheidsbeperking en de Wet BOPZ

De meeste ondervraagde hulpverleners zien geen problemen met het aanpassen van de hulpverlening aan de Wet BOPZ. Zij beschouwen het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen binnen het kader van de Wet BOPZ niet als een belemmering voor de hulpverlening en opvoeding.

Grote eenstemmigheid heerst over de opvatting dat vrijheidsbeperking al begint bij het feit dat de jongeren in een instelling verblijven waar ze niet kunnen doen en laten wat ze willen. Aan de andere kant acht men vrijheidsbeperking inherent aan de behandeling en wordt deze gezien als middel om de jongere te beschermen. De meeste hulpverleners zijn van mening dat de Wet BOPZ een belangrijke positieve invloed heeft op het welzijn van de cliënten. Toch mag de wet vaak niet worden toegepast vanwege de vrijwilligheid van het verblijf van veel jongeren.

### *Pedagogische maatregelen*

Pedagogische maatregelen worden regelmatig tot vaak toegepast in de instellingen (zie figuur 2).



Figuur 2: Toepassen van pedagogische maatregelen (n=26).

Een voorbeeld van een pedagogische maatregel is het 'afkoelen' op de gang of kamer. Deze maatregelen worden meestal niet gezien als vrijheidsbeperkend maar als een onderdeel van de opvoeding. Sommige hulpverleners blijken nog onbekend zijn met het begrip, het is van belang dat hierover gesproken wordt binnen de instellingen. Opvoeding wordt eveneens met regelmaat genoemd als reden voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Het doel daarbij is voornamelijk structuur en regelmaat bieden aan de jongeren en hen de grenzen duidelijk maken. Dörenberg (2005) stelt in dit kader dat wanneer vrijheidsbeperkende maatregelen bij opvoeding in het geding zijn, de Wet BOPZ hier geen uitkomst kan bieden: opvoeding voldoet namelijk niet aan het door de wet gestelde vereiste van gevaar.

Sommige hulpverleners achten voorzichtigheid geboden bij het toepassen van pedagogische maatregelen, de meeste zien hier echter geen kwaad in en achten de rol van de Wet BOPZ hierbij niet groot. Sommige ondervraagden vinden dat hulpverleners vrij moeten kunnen zijn in het toepassen van pedagogische maatregelen. Ook in voorgaande onderzoeken komt naar voren dat straffen en belonen door gedragsdeskundigen wordt gezien als onmisbaar voor opvoeding en behandeling, als een nadere specificatie van het 'goed hulpverlenerschap'. Juristen beschouwen het straffen eerder als een inbreuk op de lichamelijke integriteit en het recht op vrijheid van de cliënt (Frederiks, 2004).

In pedagogische maatregelen zijn gradaties te onderscheiden. Een aantal maatregelen behoort zeer duidelijk bij de opvoeding van de jongeren, zoals huishoudelijke taken die de jongeren te verrichten krijgen. Andere pedagogische maatregelen, zoals de time-out, komen echter veeleer in de buurt van middelen of maatregelen van de Wet BOPZ. Waar de grens ligt tussen pedagogische maatregelen en vrijheidsbeperking in de zin van de Wet BOPZ is niet voor alle hulpverleners duidelijk. Dit komt ook uit andere onderzoeken naar voren. De Wet BOPZ zegt niets over deze verhouding, maar men moet wel in de gaten houden dat de vrijheidsbeperkende maatregel zijn doel voorbijgaat als deze het karakter van een straf krijgt (Frederiks, 2004).

Toch zijn veel hulpverleners zich niet bewust van dit grijze gebied tussen pedagogische en vrijheidsbeperkende maatregelen. Zij zien een aantal middelen of maatregelen, welke bijvoorbeeld intern gemeld dienen te worden, als vrijheidsbeperkend in de zin van de Wet BOPZ. Andere vormen van vrijheidsbeperking worden eerder gerechtvaardigd als noodzakelijk in het kader van opvoeding en behandeling. De controle op deze vrijheidsbeperkende maatregelen is eveneens minder.

#### *Wet BOPZ*

Uit het onderzoek blijkt dat de meeste formele aspecten van de Wet BOPZ door de instellingen ter harte worden genomen. Zo snel mogelijk na opname dient in overleg met de cliënt een behandelingsplan te worden opgesteld (art. 38 lid 1 Wet BOPZ). In alle instellingen is het gebruik van een behandelingsplan gangbaar, echter niet overal gebeurt dat binnen zes weken. Men begint dan vaak wel met de behandeling zonder dat daartoe een overeenkomst met de cliënt bestaat. Tijdgebrek vormt hiervoor vermoedelijk de reden.

Het behandelingsplan wordt in de meeste instellingen in overleg met de cliënt opgesteld; op deze wijze kan ook de toestemming van de jongere worden verkregen. Toch nemen een aantal instellingen dit voorschrift niet altijd in acht. Ook dit voorschrift zal naar alle waarschijnlijkheid door tijdgebrek in gedrang komen. Volgens art. 37 Wet BOPZ dienen huisregels opgesteld te worden. Deze regel wordt in elke onderzochte instelling nadrukkelijk nageleefd. Niet alleen worden de huisregels nauwkeurig opgesteld, ook wordt er veel waarde gehecht en wordt er naar de jongeren toe sterk de aandacht op gevestigd.

Een arts of orthopedagoog neemt de beslissing of in een noodsituatie een middel of maatregel toegepast moet worden (Keurentjes, 2003). In de orthopedische behandelcentra is dit echter niet altijd het geval. In de meeste instellingen zijn het de groepsleiders die dit beslissen, soms in samenspraak met een orthopedagoog en/of het afdelingshoofd. De orthopedagoog wordt in de meeste instellingen wel aangeduid als verantwoordelijk voor het

toepassen van een middel of maatregel. Zij bekijken eveneens de gemelde toepassingen van vrijheidsbeperking en bespreken dit met de groepsleiding. Daarnaast blijkt uit art. 39 lid 3 Wet BOPZ dat vrijheidsbeperking gemeld moet worden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De meeste instellingen doen dit en hebben vrij intensief contact met de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De frequentie verschilt echter wel van instelling tot instelling.

#### *Verband tussen vrijheidsbeperking en specifieke problemen*

Binnen de groep van jongeren met een licht verstandelijke handicap bestaat een grote diversiteit. De hulpverlening verschilt per cliënt. Binnen de doelgroep zijn drie dimensies te onderscheiden: de verstandelijke beperking, bijkomende problematiek (gedrags- en psychiatrische problemen) en de behoefte aan ondersteuning. Bij de toepassing van vrijheidsbepalende maatregelen speelt voornamelijk de bijkomende problematiek van de jongeren een rol. Onder de respondenten bestaat eensgezindheid over de opvatting dat cliënten met een hogere mate van gedragsproblematiek of psychiatrische problematiek vaker te maken krijgen met vrijheidsbepalende maatregelen dan andere cliënten. Voor veel hulpverleners is dit verband zeer logisch. Of dit verband tussen vrijheidsbeperking en gedragsproblematiek en psychiatrische problemen een extra moeilijkheid vormt bij de toepassing van de Wet BOPZ blijft echter in het ongewisse: de meningen zijn hierover te zeer verdeeld.

Een verband tussen vrijheidsbeperking en de mate van verstandelijke beperking en behoefte aan ondersteuning is niet duidelijk te leggen. Ook hierover zijn de meningen sterk verdeeld; over het algemeen wordt dit verband niet duidelijk aanwezig geacht.

#### **Beschouwingen**

Tijdens het onderzoek zijn knelpunten naar voren gekomen bij de toepassing van vrijheidsbeperking bij jongeren met een licht verstandelijke handicap in het kader van de Wet BOPZ. Deze passeren hieronder de revue en worden van commentaar en aanbevelingen voorzien.

#### **Kennis van de Wet BOPZ**

De kennis van hulpverleners binnen de orthopedagogische behandelcentra betreffende de Wet BOPZ laat te wensen over. Een groot gedeelte van de hulpverleners geeft bij de beantwoording van de vragenlijst aan over voldoende kennis te beschikken, maar bij de bezoeken aan de instellingen blijkt dat die kennis niet afdoende is. Met name de groepsleiding schiet hierin tekort. In de meeste instellingen zijn alleen orthopedagogen en sommige leidinggevenden op de hoogte van het wettelijk kader dat de Wet BOPZ stelt. Door het gering aantal jongeren dat opgenomen is met een RM zijn hulpverleners zich wellicht ook in mindere mate bewust van het feit dat de Wet BOPZ in acht genomen moet worden. Het is belangrijk dat hulpverleners op alle niveaus op de hoogte zijn van dit wettelijk kader. Instellingen dienen daarom meer aandacht te besteden aan (na)scholing en training van de hulpverleners. Als deze de regels en procedures kennen zullen ze zich in grotere mate bewust zijn van de ins en outs van vrijheidsbeperking en zal het toepassen ervan weloverwegener kunnen plaatsvinden. Bij de groepsleiding zal dit eventuele twijfel en verlegenheid hoe te handelen verminderen.

#### **Visie**

Een gezamenlijke visie van de verschillende orthopedagogische behandelcentra op het toepassen van vrijheidsbepalende maatregelen ontbreekt. Elke instelling heeft eigen

opvattingen en protocollen over vrijheidsbeperking. Hulpverleners op alle niveaus zouden houvast kunnen hebben aan een gezamenlijke visie op vrijheidsbeperking. Het Landelijk Kenniscentrum LVG is momenteel bezig deze op te stellen. Hiervoor is een werkgroep 'wettelijk kader' ingesteld.

### **Kader binnen de instelling**

Bijna alle orthopedagogische behandelcentra hebben reeds een eigen kader ontwikkeld om vrijheidsbeperking intern te kunnen controleren. In tegenstelling tot hetgeen naar voren kwam in de evaluatie van de Wet BOPZ (Arends, Blankman & Frederiks, 2002) beschikken zo goed als alle instellingen over een systeem voor het melden van vrijheidsbeperkende maatregelen. Ook de vrijheidsbeperkende maatregelen die toegepast worden terwijl deze in het behandelingsplan opgenomen zijn worden over het algemeen intern gemeld.

De inhoud van de interne kaders verschilt echter nogal binnen de diverse instellingen. In iedere instelling bestaat een andere perceptie over de vormen van vrijheidsbeperking en over de verplichting om via een meldingsformulier te melden. Ook worden in de bezochte instellingen steeds andere vrijheidsbeperkende maatregelen in protocollen en interne regelingen opgenomen. Dit kan deels verholpen worden door een gezamenlijke visie op vrijheidsbeperking. Ook is het belangrijk dat instellingen de ontwikkelingen volgen en regelmatig evalueren of de protocollen en regelingen voldoende functioneren.

Een aantal instellingen loopt wat betreft protocollen en interne regelingen achter op de andere. Dit verschil kan verklaard worden door de mate van intensiteit van behandeling in de instelling en de ervaring met vrijheidsbeperking. Instellingen zouden om deze reden meer moeten communiceren en niet steeds opnieuw 'het wiel moeten uitvinden'.

Het is van groot belang dat interne protocollen en regelingen duidelijk zijn voor de hulpverleners. Hier schort het nogal eens aan. De groepsleiding ontvangt de protocollen, maar of deze ook doorgelezen worden is de vraag, laat staan dat de toepassing ervan wordt bevorderd en gevolgd. Volgens de vigerende implementatietheorieën dienen kennisneming en training de basis te vormen voor aanvaarding; daarna zal toepassing moeten plaatsvinden, gevolgd door evaluatie en feedback.

Ook een middelen en maatregelen-commissie verdient aanbeveling. Deze commissie evalueert regelmatig de meldingen van vrijheidsbeperkende maatregelen en geeft wanneer nodig feedback. Deze commissie zou eveneens initiatief kunnen nemen voor scholing en training op het gebied van de Wet BOPZ en de interne protocollen.

### **Grijs gebied**

De scheidslijn tussen vrijheidsbeperkende en pedagogische maatregelen is voor veel hulpverleners niet duidelijk. Een gezamenlijke visie vanuit het Landelijk Kenniscentrum LVG kan hierbij een belangrijke rol spelen, maar ook in protocollen kan men duidelijk proberen te stellen welke vrijheidsbeperkende maatregelen gemeld dienen te worden en welke meer als onderdeel van de opvoeding kunnen worden gezien. Platformbijeenkomsten met hulpverleners uit verschillende instellingen en van verschillende niveaus zouden hierbij eveneens een steun kunnen zijn.

### *Wet BOPZ*

Het voornaamste doel van de behandeling en begeleiding van jongeren met een licht verstandelijke handicap is het wegnemen of beheersen van de persoonsgebonden problematiek, het stimuleren en ondersteunen van ontwikkelingsmogelijkheden en



opvoeding, zodat de jongeren een betere positie in de samenleving zullen innemen (Verstegen, 2005). Dit doel is soms moeilijk te combineren met de eisen die de Wet BOPZ en de Wgbo stellen aan de behandeling (Dörenberg, 2005).

Een aantal respondenten merkte op dat de Wet BOPZ te zeer voor de psychiatrie geschreven is. Dit komt eveneens uit de evaluatie van de wet in 2002 naar voren. Het begrippenarsenaal (geneesheer-directeur, gevaar) is niet adequaat binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. Maar ook het *systeem* van de regeling voldoet niet (Frederiks, Widdershoven, van Wijmen en Curfs 2005; Abma, Frederiks, van Hooren, Widdershoven, van Wijmen en Curfs 2005). Dat geldt in ieder geval ook voor de regeling van de vrijheidsbeperking (Arends, Blankman & Frederiks, 2002; Frederiks 2004, Arends 2005). Inmiddels is dat alom aanvaard (zie ook Algemene Rekenkamer 2003 en Gezondheidsraad 2004). Het kabinet heeft inmiddels een blauwdruk voor een specifieke regeling van vrijheidsbeperking voor de verstandelijk gehandicaptenzorg het licht doen zien (2005).

Op basis van het onderzoek rijst de vraag of hiermee geheel tegemoet wordt gekomen aan de specifieke problemen in orthopedagogische behandelcentra. Deze vallen misschien juist tussen de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychiatrie in. Niet zeker is dat een aangepaste regeling voor vrijheidsbeperking bij mensen met een verstandelijke beperking bij jongeren die licht verstandelijk gehandicapt zijn alle problemen oplost (Wiercx, 2004). Een aantal ondervraagden pleit dan ook voor een aparte afdeling in de wet of voor speciale richtlijnen voor de jongeren.

### **Conclusies en aanbevelingen**

De vraag die aan dit artikel ten grondslag ligt is of de Wet BOPZ het geëigende kader biedt voor (gedwongen) behandeling van jongeren met een licht verstandelijke handicap. Duidelijk is, zowel op grond van dit onderzoek als van de literatuur dat dit niet het geval is. De Wet BOPZ bevat vooral waarborgen voor mensen die gedwongen moeten worden *opgenomen* in psychiatrische ziekenhuizen en regelt specifiek voor psychiatrische patiënten dwangtoepassing en vrijheidsbeperking. Het gevaarscriterium staat daarbij centraal. Jongeren die in een instelling moeten worden opgenomen vanwege een licht verstandelijke handicap vragen om adequate behandeling en opvoeding die daarbij ondersteunt.

Inmiddels is alom aanvaard dat voor verstandelijk gehandicapten een eigen wettelijk kader gewenst is. Bij de ontwikkeling daarvan moet worden bezien of dat dan ook toereikend is voor de zorg voor jongeren met een licht verstandelijke handicap.

In afwachting daarvan zullen hulpverleners en ondersteuners in orthopedagogische centra meer bewust moeten worden gemaakt van de ins en outs van vrijheidsbeperking bij deze categorie cliënten. De ontwikkeling van een gemeenschappelijke landelijke visie is aan te bevelen. Op instellingsniveau kan deze dan geoperationaliseerd worden in termen van de eigen instituukscultuur en de specifieke uitgangspunten die bij de zorgverlening worden gehanteerd. Een protocol voor vrijheidsbeperking is daarbij aan te bevelen.

Eerst en vooral is het echter van belang om het thema van vrijheid en beperking daarvan ook bespreekbaar te maken bij de jongeren zelf. De veronderstelling is gewettigd, dat de jongeren daarover uitgesproken opvattingen hebben, dat de bewustwording daarvan op zich al betekenis zal hebben voor het gedrag van de jongeren en dat deze bij het ontwikkelen van visie en protocollen een substantiële invloed zullen kunnen hebben.

Een eerste aanbeveling luidt dat meer aandacht besteed dient te worden aan opleiding en training van hulpverleners betreffende de Wet BOPZ en het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen binnen het kader van de wet. Daarbij moet gekeken

worden naar de rol die de pedagogiek daarin speelt en waar de grenzen liggen tussen vrijheidsbeperkende maatregelen en pedagogische maatregelen.

Een tweede aanbeveling voor de sector is dat een gezamenlijke visie ontwikkeld moet worden. Het Landelijk Kenniscentrum LVG kan hier wellicht een belangrijke rol in spelen.

Een volgende aanbeveling voor de instellingen is om een middelen en maatregelencommissie op te richten. Een aantal hulpverleners dient hierin plaats te nemen vanuit verschillende niveaus en verschillende professies in de hulpverlening.

Wat ten vierde kan worden aanbevolen aan de sector is om rondom het grijze gebied tussen vrijheidsbeperkende maatregelen en pedagogische maatregelen transparantie en meer duidelijkheid te creëren door het organiseren van platformbijeenkomsten binnen de sector.

Als laatste kan wat betreft wetgeving worden aanbevolen om in de Wet BOPZ een afdeling te maken voor de behandeling van jongeren met een licht verstandelijke handicap of specifieke richtlijnen op te stellen voor deze doelgroep met betrekking tot de Wet BOPZ. Een combinatie van de Wet BOPZ en de Beginselenwet Justitiële Jeugdinrichtingen, welke meer toegespitst is op jeugdhulpverlening, zou eveneens een mogelijkheid kunnen zijn.

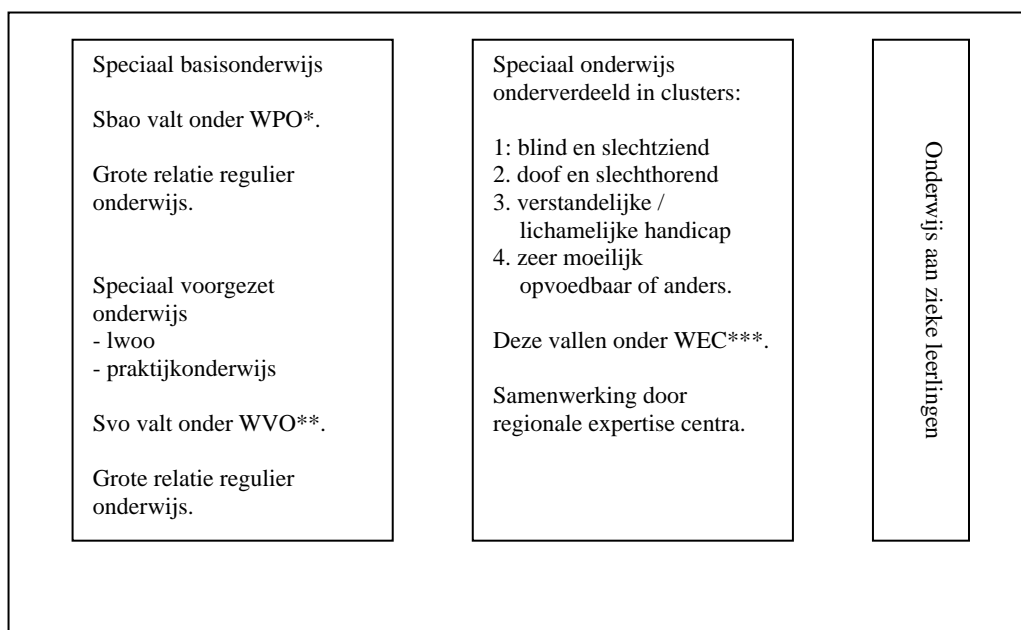
### Literatuur

- Abma, T.A., B.J.M. Frederiks, R.H. van Hooren, G.A.M. Widdershoven, F.C.B. van Wijmen, & L.M.G. Curfs (2005). Verantwoorde vrijheidsbeperking: communicatie als kwaliteitscriterium. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, 31, 2005-1, p. 18-34
- Algemene Rekenkamer (juni 2003). *Dementerenden en de Wet BOPZ*.
- Arends L.A.P., Blankman K., Frederiks B.J.M. (2002). *Evaluatie Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen*. Den Haag: ZonMw.
- Baarda D.B. & De Goede M.P.M. (2001). *Basisboek Methoden en Technieken*. Groningen: Stenfert Kroese.
- Dörenberg V.E.T. (2005). Opvoeding en vrijheidsbeperking, een juridische beschouwing over pedagogische maatregelen in de LVG-sector. *Onderzoek & praktijk, tijdschrift voor de LVG-zorg, jaargang 3*, p. 9-14.
- Frederiks B.J.M. (2004). *De rechtspositie van mensen met een verstandelijke handicap. Van beperking naar ontplooiing*. Den Haag: Sdu Uitgevers BV.
- Frederiks, B.J.M., G.A.M. Widdershoven, F.C.B. van Wijmen, & L.M.G. Curfs (2005). Vrijheidsbeperking in de verstandelijk gehandicaptensector: een aanzet tot systematisering. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, 31, 2005-1, p. 18-34
- Frijlink A. (1996). Rechtspositie van verstandelijk gehandicapten in instellingen voor gehandicaptenzorg. *Tijdschrift voor gezondheidsrecht, Jaargang 20*, p.122-130.
- Gezondheidsraad (mei 2004). *Noodgedwongen, Zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten. Kamerstukken II 2004/2005, 28950, nr 5*.
- Keurentjes R.B.M. (2003). *De Wet BOPZ*. Den Haag: Sdu Uitgevers BV.
- Verstegen H.A.P. (2005). Zorg voor mensen met een licht verstandelijke handicap met meervoudige problematiek. *Onderzoek & praktijk, tijdschrift voor de LVG-zorg, jaargang 3*, p. 5-8.
- Wiercx R. (2004). Nieuwe regeling voor Wet BOPZ. *Markant, Jaargang 9*, p. 26-28.

## ONDERWIJS: VAN SPECIAAL NAAR EEN SPECIAAL CLUSTER

Annie de Groot<sup>6</sup>

Ieder kind, iedere jongere heeft recht op onderwijs; ieder kind, iedere jongere heeft de plicht om naar school te gaan. Iedere school heeft de plicht om een kind, een jongere onderwijs te bieden. Dit onderwijsrecht en plicht is in Nederland een groot goed. En we hebben dat onderwijs op een bepaalde wijze georganiseerd binnen de Wet Primair Onderwijs (basisonderwijs en speciale scholen voor basisonderwijs) en sinds 2002 volgens de Wet op de Expertise Centra (zie figuur 1).



Figuur 1. Opbouw speciaal onderwijs (\* WPO = Wet op Primair Onderwijs - \*\* WVO = Wet op Voortgezet Onderwijs - \*\*\* WEC = Wet op ExpertiseCentra)

In de Wet op de Expertisecentra (WEC) is beschreven hoe de toekenning van de extra onderwijszorg in Regionale Expertisecentra is geregeld. Een Regionaal Expertisecentrum (REC) is een samenwerkingsverband van scholen voor speciaal onderwijs, die samen zorgen voor de kwaliteit en de spreiding van het speciale onderwijs.

Voordat er gedacht wordt aan dit speciale onderwijs, is het de bedoeling zoveel mogelijk kinderen en jongeren met bijzondere hulpvragen onderwijs te bieden binnen het regulier onderwijs. Het overheidsbeleid is er op gericht kinderen en jongeren onderwijs te bieden in

<sup>6</sup> Annie de Groot is coördinator bij het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) Overijssel, Gelderland en Flevoland; zij was daarvoor als orthopedagoog / pedagogisch directeur verbonden aan het Emaus College in Ermelo, een VSO-ZMOK (MLK) school op het terrein van Kwadrant-Ermelo.

de directe omgeving van het gezin. Op zeer verantwoorde wijze moet er enerzijds in het reguliere onderwijs integratie plaatsvinden. Anderzijds wil men de specifieke deskundigheid van het speciaal onderwijs benutten ten dienste van het reguliere onderwijs.

Er is de laatste tientallen jaren veel geïnvesteerd in de kwaliteit van het onderwijs binnen het basis- en voortgezet en het speciaal onderwijs. De remedial teacher, de intern begeleider hebben hun intrede gedaan. Er is veel aandacht geweest om de expertise van het speciaal onderwijs te integreren en te benutten in het “gewone” onderwijs. En toch is dat niet voldoende voor leerlingen waar sprake is van speciale en complexe problematiek. Er zijn nog steeds specialistische scholen nodig voor leerlingen met visuele, auditieve, communicatieve, medische, verstandelijke, gedrags- en psychiatrische problematiek. De verwijzing naar deze specialistische scholen kan alleen plaatsvinden via de indicatiestelling door een onafhankelijke commissie. De Commissie van Indicatiestelling (CvI) doet haar werk volgens landelijk vastgestelde criteria. In de praktijk worden deze specialistische scholen aangeduid via clusters.

- Cluster 1:  
Visuele stoornissen: het gaat om kinderen die blind of slechtziend zijn. De scholen die voor deze kinderen (voortgezet) speciaal onderwijs bieden, worden aangeduid als cluster-één-scholen.
- Cluster 2:  
Communicatieve stoornissen: kinderen die doof of slechthorend zijn, of een spraak- of taalstoornis hebben. De cluster-twee-scholen.
- Cluster 3:  
Zeer moeilijk lerende kinderen, langdurig zieke kinderen (niet zijnde kinderen met een psychiatrisch probleem), kinderen die lichamelijk en/of verstandelijk meervoudig gehandicapt zijn. De scholen die voor deze kinderen (voortgezet) speciaal onderwijs aanbieden, vallen in cluster-drie (zie tabel 1).
- Cluster 4:  
Scholen voor (voortgezet) speciaal onderwijs die leerlingen begeleiden met gedrags- en psychiatrische stoornissen, worden cluster vier scholen genoemd (zie tabel 2).

### **Geen kinderen tussen wal en schip!**

Nog steeds geldt, dat iedere leerling recht heeft op onderwijs, ook na de indicatiestelling. De scholen die tot een bepaald cluster behoren, werken samen in de zogenaamde REC's (Regionaal Expertise Centra).

Ter verduidelijking maar even de situatie van het Emaus College in Ermelo. Alle scholen van eenzelfde soort, in ons geval die onder cluster vier vallen en in één regio ('t Gooi-Utrecht-West-Veluwe) zitten, moeten gaan samenwerken in één Regionaal Expertise Centrum. Het gaat in dit geval om zeven scholen voor langdurig zieken (L.Z.K.) en vier scholen voor zeer moeilijk opvoedbare kinderen (Z.M.O.K.), beide voor speciaal onderwijs en voortgezet onderwijs. De samenwerking van deze elf scholen in het REC heeft tot gevolg dat we ons verplichten om elk kind, dat een psychiatrische en/of gedragsstoornis heeft en wordt aangemeld bij het REC, onderwijs te geven. Er vallen geen kinderen tussen wal en schip. Het overheidsbeleid is erop gericht ten behoeve van leerlingen en ouders speciale expertise op onderwijskundig gebied te bundelen. De 11 scholen kunnen gezamenlijk een goed en breed aanbod doen aan leerlingen en ouders.

Tabel 1. Cluster-3 indicatiecriteria<sup>7</sup>

<b>Cluster III</b>	
<i>Indicatiecriteria voor onderwijs aan zeer moeilijk lerende kinderen</i>	
Stoornis	<p style="text-align: center;">een IQ lager dan 60 <i>of</i> een IQ in de bandbreedte 60 – 70 <i>of</i> een IQ lager dan 60 <i>en</i> een stoornis (indien van toepassing volgens DSM IV of ICD classificatie) die het leren en sociaal functioneren ernstig bemoeilijkt</p>
Ontoereikende zorgstructuur (alleen bij een IQ tussen 60 en 70)	<p>zeer geringe sociale redzaamheid (zelfredzaamheid, verbale communicatie en sociale omgang <i>en bij kinderen tot en met 7 jaar:</i> ontbrekende algemene leervoorwaarden en zeer geringe vorderingen gedurende een jaar <i>of bij kinderen van 8 tot en met 11 jaar:</i> zeer geringe vooruitgang gedurende een jaar bij aanvankelijk lezen, schrijven en rekenen <i>of bij kinderen van 12 jaar en ouder:</i> schoolvorderingen die niet verder gaan dan beheersing van de leerstof op niveau groep 3 van de basisschool</p>

Van optimale opbrengsten is vervolgens sprake als de prestaties van de leerling ten minste op het niveau liggen dat op grond van de specifieke kenmerken van de desbetreffende leerling verwacht mag worden. Naarmate het systeem van leerlingenzorg op de school sterker het werken volgens een cyclisch proces van handelingsplanning ondersteunt, zal de school aannemelijk kunnen maken wat de prestaties van de leerlingen zijn.

Het cyclisch proces van leerlingenzorg start op een (V)SO-school met de fase van indicatiestelling. Deze fase van indicatiestelling kan worden getypeerd als een proces van slagboomdiagnostiek, waarbij aan de hand van de objectieve, clustergebonden indicatiecriteria de commissie voor de indicatiestelling de indicatiestelling afgeeft. (Deze procedure geldt niet voor leerlingen uit residentiële inrichtingen, die zijn toegelaten op basis van zogenaamde plaatsbesteding.)

Na de fase van indicatiestelling volgt een fase van aanscherping van het diagnostisch beeld. Dit geldt ook bij plaatsbesteding. In deze fase van het cyclisch proces van leerlingenzorg vinden activiteiten plaats als dossieranalyse, observatieplaatsing en mogelijk ook vormen van handelingsgerichte diagnostiek. Deze activiteiten monden uit in informatie over de cognitieve ontwikkeling, de sociale ontwikkeling, de emotionele ontwikkeling, de creatieve alsmede de fysieke ontwikkeling van de leerling. Daarmee is het startniveau met kennis over het functioneren van de leerlingen in termen van leerresultaten en relevante leerlingkenmerken gegeven. Deze leerresultaten en leerlingkenmerken vormen vervolgens

<sup>7</sup> Voor het vaststellen van de stoornissen en beperkingen worden betrouwbare onderzoeksgegevens gebruikt, die geassocieerd zijn op basis van de classificatiesystemen DSM-IV of ICD-10 waar dat van toepassing is. Wanneer het een stoornis of syndroom betreft die met een aantal verschillende beperkingen gepaard gaat, dan is voor de indicatiestelling een heldere omschrijving nodig van de aard van de problemen en de mate waarin de leerling beperkt wordt bij het volgen van onderwijs. Waar mogelijk worden onderzoeksgegevens gebruikt die al beschikbaar zijn uit de gezondheidszorg, jeugdzorg, justitie, het zorgcircuit van onderwijs of de schoolbegeleiding.

het aangrijpingspunt voor de fase van handelingsplanning. In deze fase dient zichtbaar te worden welke consequenties de, in de vorige fase verworven kennis over het functioneren van de leerling, heeft voor de inrichting van het individuele onderwijsleerproces. Dat wil zeggen: hoe het onderwijsleerproces er uitziet op het gebied van het leerstofaanbod, de wijze waarop de leertijd als beleidsinstrument wordt gehanteerd, het orthodidactisch handelen, de orthopedagogische aanpak, alsmede de inrichting van de materiële omgeving van de leerling.

De school maakt de handelingsplanning, op voorstel van de commissie voor de begeleiding en in overeenstemming met de ouders/verzorgers, vervolgens zichtbaar in de vorm van documenten voor handelingsplanning. Dit zijn individuele handelingsplannen. (Waar mogelijk verwijst het individueel handelingsplan naar een voor de leerling van toepassing zijnde groepshandelingsplan.)

Tabel 2. Cluster-4 indicatiecriteria

<b>Cluster IV</b>	
<i>Indicatiecriteria voor onderwijs aan kinderen met ernstige gedragsproblemen, ontwikkelingsproblemen en/of psychiatrische problemen</i>	
Stoornis	<p>een ernstige psychische stoornis of een ontwikkelingspsychopathologie volgens het classificatiesysteem DSM-IV of ICD-10 voor zover het betreft: een emotionele stoornis of een ontwikkelingsstoornis</p> <p style="text-align: center;"><i>of</i></p> <p>een ernstige gedragstoornis, (in het classificatiesysteem DSM-IV: conduct disorder of oppositionele gedragsstoornis</p> <p style="text-align: center;"><i>en</i></p> <p>die zich manifesteert op school en hetzij thuis hetzij bij vrije tijdsbesteding</p> <p style="text-align: center;"><i>en</i></p> <p>waarbij gerichte hulpverlening verleend is/wordt door een voorziening als Jeugdhulpverlening, jeugd-GGZ of hulp door een kinderpsychiatrische voorziening of Jeugdbescherming</p> <p style="text-align: center;"><i>of</i></p> <p>gedragsproblematiek, waarvan de ernst blijkt uit het uitblijven van vooruitgang na een half jaar geïndiceerde (geïndiceerde hulpverlening wil zeggen: zorg die door een bureau jeugdzorg of een regionaal indicatie orgaan is geïndiceerd, hulpverlening door een voorziening als Jeugdhulpverlening, Jeugd-GGZ of hulp door een kinderpsychiatrische voorziening of Jeugdbescherming</p> <p style="text-align: center;"><i>en</i></p> <p>die zich manifesteert op school en hetzij thuis hetzij bij vrijetijdsbesteding</p>
Onderwijsbeperking	<p>bij nog geen onderwijs: ontbrekende leervoorwaarden</p> <p style="text-align: center;"><i>of</i></p> <p>ontbrekende algemene leervoorwaarden in verband met gedrag</p> <p style="text-align: center;"><i>of</i></p> <p>gedrag waardoor de leerling een gevaar voor zichzelf of anderen vormt</p>
Ontoereikende zorgstructuur	<p>indien de leerling nog geen school bezoekt: onvoldoende effect na tenminste een half jaar lang ondersteuning door zorg- of hulpverleningsinstanties</p> <p style="text-align: center;"><i>of</i></p> <p>bij primair onderwijs of bij voortgezet onderwijs: onvoldoende effect na tenminste een half jaar lang extra zorg vanuit de zorgstructuur van het regulier onderwijs afgestemd op de behoeften van de leerling en eventueel met beschikbare ondersteuning door zorg- of hulpverleningsinstanties</p>

### **De doelgroep scherp in beeld**

Zeer essentieel zijn de indicatiestelling en het aanscherpen van het diagnostisch beeld voor de beschrijving van de beginsituatie van de leerling in het onderwijs. De grote uitdaging van de scholen is om dat goed in beeld te krijgen en daar het onderwijs op af te stemmen. Binnen de REC's is het de opgave het onderwijs zo adaptief mogelijk af te stemmen op de hulpvraag van de jongeren. Hoe scherper het beeld van de doelgroep, hoe beter de afstemming van het te geven onderwijs.

### **Adaptief onderwijs**

Het gaat om:

- A. organisatorische vormgevingen
- B. transactionele vormgevingen
- C. vormgevingen gericht op sociaal emotionele ondersteuning van kinderen

#### *A. Organisatorische vormgevingen (terug te vinden in het ALEM-model: Adaptive Learning Environmental Model)*

Dit model was vooral ontwikkeld om een klassenorganisatie vorm te geven waarin de leraar kan omgaan met verschillen, op een manier die hoge opbrengsten geeft voor alle leerlingen. Daarvoor waren de volgende zaken belangrijk:

- de aanwezigheid van instructiematerialen op maat
- ontwikkelen van zelfcontrole en eigen verantwoordelijkheid
- diagnostiserend onderwijzen (ook als gespreksvorm)
- gevarieerde instructie (directe, responsieve en strategiegerichte)
- systematische en vooral voorspelbare interactie
- motiveertechnieken
- planning op groeps- en individueel niveau
- klassenadministratie

Deze vormgeving van adaptief onderwijs vraagt om een intern begeleidingssysteem waarin het leerlingvolgsysteem centraal staat. In een goed ingerichte en goed georganiseerde klas kan de leraar aandacht geven aan leerlingen of kleine groepjes leerlingen, terwijl anderen zelfstandig leren.

#### *B. Transactionele vormgevingen (terug te vinden in het afstemmingsdenken van Stevens). - Het Motivationale-emotionele denkkader*

In dit kader staat het begrip afstemming tussen leraar en leerling centraal. Door een goede afstemming voorziet de leraar in het bevredigen van drie psychologische basisbehoeften van ieder mens: de behoefte aan relatie, de behoefte aan competentie en de behoefte aan autonomie. Het is de opgave van de leraar om het eigen ontwikkelingsvermogen van kinderen uit te dagen, opdat de leerling zich (opnieuw) actief inzet voor zijn ontwikkeling. Adaptief onderwijs is een zoekproces naar de juiste ondersteuning en uitdaging.

De interne begeleider wordt in deze opvatting een interactiebegeleider die de leraar ondersteunt bij zijn reflectie op zijn rol in transactionele processen.

#### *- Het denken over de interactieve leeromgeving (van Castelijns en Jager): Uitdagend onderwijs*

Van Castelijns en Jager spreken niet over adaptief onderwijs maar over een interactieve leeromgeving. Aan een interactieve leeromgeving onderkennen we:

- een pedagogisch klimaat dat voldoende ondersteuning en uitdaging kent

- onderwijsleersituaties die ieder kind stimuleren tot actief en betrokken leren
- een opvatting waarin schools leren niet alleen wordt gezien als een proces van overdracht maar ook als een proces waarin kinderen actief zijn, samen werken en betekenissen construeren

### *C. Vormgevingen gericht op sociaal emotionele ondersteuning van kinderen. Emotionele ondersteuning*

In toenemende mate is het noodzakelijk dat kinderen binnen de school de basale ervaring opdoen dat ze tot een gemeenschap behoren en er mogen zijn!

Leren wordt een sociaal constructief proces:

- In een school wordt waarde gehecht aan de kwaliteit van relaties.
- De behoefte van kinderen om bij een gemeenschap te kunnen horen wordt erkend en als opgave aanvaard.
- Zorg voor elkaar speelt een belangrijke rol.
- Leren en onderzoeken worden sociale processen.
- De ontwikkeling van leraren kan niet los worden gezien van de ontwikkeling van het team.
- Sociale ondersteuning en klassenmanagement in een klas, zijn geworteld in gedeelde waarden en in een pedagogische visie.

Onderwijs is een interactief proces dat veel meer is dan kennisoverdracht. Kinderen zijn medebepalers van wat en hoe er geleerd wordt. Er wordt gewerkt aan de competentie en de autonomie van de leerling in relatie tot zijn omgeving en zichzelf.

De scholen binnen de REC's zijn hard aan het werk om dit adaptief onderwijs vorm te geven met als centrale gedachte, dat de start ligt in de beschrijving van de doelgroep.

Enkele kwaliteitscriteria zal ik noemen:

- zorgen voor een ononderbroken ontwikkelingsgang
- verzorgen onderwijs op maat
- afstemming van het onderwijs op de leef- en belevingswereld van de jongeren
- het bevorderen van zelfvertrouwen en competentie-ervaringen bij jongeren.

### **De cognitieve kenmerken van de doelgroep (LVG)**

De cognitieve beperking (het moeilijk-lerend-zijn) heeft een effect op het totale functioneren, met name ook op het sociaal-emotioneel functioneren.

De leerlingen vinden het moeilijk om:

- zelfstandig (zonder hulp) hun omgeving gericht waar te nemen (informatieverwerking)
- informatie te selecteren (selectie)
- informatie te ordenen (ordering) en volgorde te bepalen
- informatie te onthouden, vooral als deze alleen verbaal wordt aangeboden (geheugen)
- informatie/vaardigheid meteen toe te passen
- geleerde informatie in een andere situatie toe te passen (transfer/generalisatie)
- de goede woorden te gebruiken en zich duidelijk uit te drukken

Er zijn bij deze leerlingen dus veel problemen met de informatieverwerking en de integratie. Dit heeft zowel effecten in de leer- als in de sociale situaties. Het gevolg is dat de leerling vaak een onvolledig beeld van zichzelf heeft, faalangstig is en er niet meer in gelooft nog iets te kunnen leren. De praktijk laat zien dat de leerlingen zich vaak goed



bewust zijn van hun beperkingen. De leerling voelt zich minderwaardig, maar maskeert dit in stoer of juist teruggetrokken gedrag. Wil men cognitief en affectief bij deze leerlingen aansluiten, dan kunnen de bovengenoemde bevindingen een leidraad vormen om het onderwijs vorm te geven. Dat kan zowel voor de onderwijsinhoud als begeleiding van de leerling.

De volgende aspecten zijn belangrijk en moeten ook concreet zichtbaar zijn:

- ordening van de onderdelen binnen een praktijkrichting (zodat informatie sneller teruggevonden kan worden, minder geheugenbelasting)
- stapsgewijze expliciete instructie (om niet te hoeven falen, grotere kans op succeservaring)
- visuele ondersteuning (om niet te hoeven falen als je niet zo goed kunt lezen of woorden niet kent, daardoor zelfstandig kunnen uitvoeren)
- zichtbaar maken van wat je kunt (waardering, competentie zichtbaar maken)
- herhaling inbouwen (groeimogelijkheid)
- concrete doelen stellen, zodat de leerling weet waar hij aan toe is (autonomie).

De concrete uitwerking leidt tot waardering, respect (relatie), vertrouwen in eigen kunnen (competentie, autonomie) om op eigen niveau te kunnen gaan functioneren in de (toekomstige) werkleefsituatie.

De opdracht is nu deze kennis bij alle praktijkvakken uit te werken, zowel voor de onderwijsinhoud als de begeleiding van de leerlingen.

### **Handelen van de leerkracht**

Voor het handelen van de leerkracht betekent dit :

- De leerkracht houdt rekening met de persoonlijkheid van elke jongere.
- De leerkracht stemt de activiteiten af op de ontwikkeling van de jongere.
- De leerkracht biedt de jongere de mogelijkheid om in eigen tempo en begaafdheid een minimumpakket binnen de verschillende leer- en vormingsgebieden te doorlopen. Zo mogelijk biedt de leerkracht de jongeren een aanvullend programma aan. De leerkracht voert deze differentiatie binnen de klas uit.
- Op gezette tijden stelt de leerkracht vast welke problemen de jongeren ondervinden in het leer- en ontwikkelingsproces. De leerkracht bespreekt dit met de sectieleider in de 6-wekelijkse groepsbespreking (leerlingbespreking). Na zorgvuldige vaststelling van de aard van de problemen en haar oorzaken bepaalt de leerkracht bij op welke wijze de jongeren verder geholpen kunnen worden en houdt dit vervolgens bij..

Het handelen van de leerkracht op bovenstaande manier hangt nauw samen met het verzorgen van onderwijs op maat en het bevorderen van zelfvertrouwen en competentie-ervaringen bij leerlingen.

### **Clusterindeling**

Bij de clusterindeling (zie de tabellen 1 en 2) zien we een groot probleem bij de leerlingen van cluster III die een IQ hebben tussen 60 en 70. Formeel behoren ze tot cluster III en in de praktijk zien we dat er veelal een beroep wordt gedaan op cluster IV-scholen. Binnen ieder REC worden er oplossingen gezocht, soms via cluster III of IV en er zijn al oplossingen gezocht in formele samenwerkingsverbanden van cluster III en IV, waarbij de expertise van beide clusters daadwerkelijk wordt ingezet.

### **De veranderde positie van de ouders**

Een vraag die steeds terugkeert in het debat is in hoeverre scholen opvoedkundige taken op zich nemen: welke taken behoren op het bordje van de ouders te liggen en wat kan de school voor haar rekening nemen? Houdt de verantwoordelijkheid van de ouders op, zodra het kind het schoolplein betreedt? Waar liggen de grenzen?

Dé ouder bestaat niet. Het vormgeven van school – oudercontacten is dan ook maatwerk, afgestemd op de behoeften en mogelijkheden van school en ouders. Van een school mag verwacht worden, dat ze haar best doet om de ouders te bereiken, dus ook bijzondere groepen ouders, zoals allochtone en moeilijk aanspreekbare ouders. Een actieve benadering is bijvoorbeeld het afleggen van huisbezoeken en oudercontactpersonen introduceren op school.

Wat nu, als ouders de verantwoordelijkheid voor de opvoeding van hun kind niet willen / kunnen nemen. Ook zijn er grenzen aan de mate, waarin scholen de problemen of probleemgedrag van leerlingen kunnen en moeten opvangen. Scholen kunnen machteloos staan, omdat ouders hun kinderen niet kunnen geven wat nodig is. De school moet ook kunnen aangeven, wanneer en waarom een probleem niet meer is op te lossen binnen de school. In zo'n geval moet men een beroep doen op (hulpverlenings)instanties buiten de school. Die moeten er dan ook wel staan en de school moet zich op dat moment dat ze haar grens heeft bereikt, gesteund weten en voelen door andere instellingen.

Evenals in de gezondheidszorg is het overheidsbeleid met betrekking tot het onderwijs er op gericht de positie van de klant te versterken. Het is de bewuste burger die zaken doet met de zorginstelling en met de school. In relatie tot de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid zou binnen het onderwijs de positie van ouders gewaarborgd moeten worden. Een sterke positie van ouders draagt bij aan de kwaliteit van de zorg en het onderwijs. Voor de cluster 4 scholen ligt er een uitdaging om hier werk van te maken. Dat betekent het recht van ouders op informatie en het recht om te mogen meebeslissen over de kwaliteit van het onderwijs en de dienstverlening van de school. De ouders, die samen met de school het gezamenlijke doel hebben: het realiseren van goed onderwijs zijn volwaardige gesprekspartners. De ouderorganisaties van cluster 1 hebben van oudsher al een stevige positie in het onderwijs.

Tenslotte valt er iets te zeggen over de wetgeving van de leerlinggebonden financiering: De Regeling Leerlinggebonden Financiering (LGF) is op 1 augustus 2003 in werking getreden. Deze regeling verbetert de mogelijkheden voor integratie van leerlingen met een ernstige beperking in het basis- en voortgezet onderwijs. De ouders krijgen een grotere vrijheid om een school voor hun kind te kiezen. Zij kunnen een school kiezen, die speciaal is toegerust voor het onderwijs aan leerlingen met een beperking of een reguliere school, waarbij een aantal extra leerkrachten voor de speciale begeleiding gefinancierd wordt uit het leerlinggebonden budget. De beslissing over het recht op een plaats in het speciaal onderwijs of op het leerlinggebonden budget ligt in handen van de Commissies voor de Indicatiestelling. Deze commissies zijn onafhankelijk van de speciale scholen, maar zijn wel gekoppeld aan Regionale Expertise Centra (REC's).

Als besluit enkele opmerkingen over de medewerkers van het schoolteam. Het buitengewoon onderwijs heeft zich ontwikkeld tot Regionale Expertise Centra en daar mag men heel wat van verwachten. Dit vraagt om deskundigheid op twee terreinen:

- De speciale didactiek is toegespitst op kinderen en jongeren met primaire of secundaire leerproblemen
- De andere deskundigheid dient theoretisch en praktisch toegespitst te zijn op de “speciale” groepen waar de teams van deze scholen mee te maken krijgen.

Minimaal zou die toerusting er als volgt uit moeten zien:

- kennis van ontwikkelingspsychopathologie, zowel voor wat betreft de theorie, als ook de vertaling naar de praktijk
- kennis en inzicht van de vertaling van functioneringsprofielen in (be)handelingsplannen voor het kind en inrichting in tijd en ruimte van het onderwijs aan de groep.
- over gespreksvaardigheden beschikken om op een vruchtbare wijze overleg te plegen met de ouders/verzorgers van de kinderen in hun klas. Deze zijn hun belangrijkste partners. Zij zijn de ervaringsdeskundigen bij uitstek.

Kennis en vaardigheden geven de leerkracht een goede steun in de rug voor het dagelijkse handelen. Maar er is meer nodig. Het werken met kinderen met complexe problematiek, bijv. autisme en ADHD vergt veel inspanning tegen een laag emotioneel rendement, terwijl het incasseringsvermogen optimaal moet zijn. Op schoolniveau zal er kennis en ervaring moeten zijn over individuele interventiemogelijkheden, educatieve structurering (b.v. de TEACCH-methode: Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped CHildren), vaardigheidstrainingen individueel of in groepjes (b.v. PAD-methode). Ten slotte is het meer dan raadzaam om consultatiemogelijkheden (intern of extern) voor de individuele werkers te bieden

De toerusting van de schoolteams vraagt bijzondere aandacht in de REC-scholen. Structurerende, bemoedigende maatregelen op de werkvloer voor leerlingen en teams zijn onontbeerlijk. Binnen een team moet er een uitgesproken en georganiseerde bereidheid zijn om de lasten te delen. Structureel zal werkbegeleiding en supervisie over het persoonlijke functioneren aan alle medewerkers gevraagd en ongevraagd geboden moeten worden.

Om de school als beschermende factor tot zijn recht te laten komen, moet men veel aandacht besteden aan het pedagogisch-didactisch proces, waardoor de sociaal-emotionele ontwikkeling op betekenisvolle wijze wordt gestimuleerd.

***Aanvullende informatie: het onderwijskundig rapport***

*Voor leerlingen die bij aanmelding de schoolgaande leeftijd hebben is voor het nemen van een besluit over toelating tot het speciaal onderwijs of een leerlinggebonden budget een onderwijskundig rapport nodig. Uit dat rapport moet duidelijk worden hoe de leerling in zijn/haar leren wordt gehinderd door de aard en ernst van zijn/haar beperking. De belemmering kan blijken uit een leerachterstand maar kan ook blijken uit extreem gedrag of een zeer geringe redzaamheid in de communicatie, in sociale situaties en bijvoorbeeld bij de toiletgang en het aan- en uitkleden (algemeen dagelijkse levensverrichting). Daarnaast hoort bij een vraag om indicatie voor speciaal onderwijs in het onderwijskundig rapport te worden beschreven welke hulp al is geboden door de school met welke intensiteit en hoe lang en moet worden aangetoond dat de hulp na een half jaar onvoldoende effect heeft gehad en ook niet toereikend zal kunnen zijn. Ook de hulp die zorg- of hulpinstanties hebben geboden of kunnen bieden moet hierbij worden betrokken. Een verslag hiervan wordt aan het onderwijskundig rapport toegevoegd. Voor het onderwijskundig rapport is een landelijk model ontwikkeld.*

## **Literatuur**

Emaus College, 2004 – 2005. *Schoolgids*

Inspectieonderzoek (voortgezet) speciaal onderwijs (5 oktober 2004). *De Indicatiecriteria in vogelvlucht*. Periodiek kwaliteitsonderwijs (V)SO, jaarlijks onderzoek (V)SO, cluster 2-3-4.

Landelijke Commissie Toezicht Indicatiestelling (april 2004). *Vragenlijst coördinatie leerlingenzorg*.

Van der Gaag, R.J. (2002). ADHD en PDD-(NOS) Diagnostische dilemma's en consequenties voor het schoolse handelen. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, nr. 41, 574-582.

---

## LVG-JEUGD MET ERNSTIGE GEDRAGSPROBLEMATIEK IN DE VERBINDING VAN PRAKTIJK EN WETGEVING

*Xavier Moonen  
Dirk Verstege*<sup>8</sup>

### **Inleiding**

In 2004 is de omschrijving en afbakening van de groep jeugdigen met een licht verstandelijke handicap ter discussie gesteld. De discussie richtte zich in eerste instantie op de door middel van een intelligentietest vastgestelde intelligentiequotiënt, met als bovengrens IQ-score 75 en in een later stadium werden daar ook de kenmerken beperkt sociaal aanpassingsvermogen en langdurige behoefte aan ondersteuning bij betrokken. Op de achtergrond speelden twee ontwikkelingen een belangrijke rol:

Op 1 januari 2005 werd formeel de Wet op de Jeugdzorg van kracht en daarmee ontstond voor LVG-jeugdigen een aanspraak op algemene jeugdzorg in geval van opvoedings- en opgroei problemen. Hierop aansluitend zou de indicatiestelling voor LVG-jeugd als nieuwe taak bij de Bureaus Jeugdzorg worden neergelegd. In dit kader moest het echter wel helder zijn welke kinderen en jongeren tot de LVG-groep gerekend worden. Het ministerie van VWS dacht dit aanvankelijk te bepalen op basis van een IQ-score; lager dan IQ 75 zou er sprake zijn van een licht verstandelijke handicap en bij een hogere IQ-score is er géén verstandelijke handicap.

Met dit laatste punt zijn we bij de tweede ontwikkeling beland, namelijk de afbakening van de AWBZ-gefinancierde zorg. In dat verband worden de aanspraken op AWBZ-zorg kritisch tegen het licht gehouden en daarbij was het oog gevallen op de LVG-jeugd. In de AWBZ-gefinancierde LVG-zorg (Orthopedagogische Behandelcentra) werd sinds jaar en dag hulp geboden aan kinderen en jongeren met licht verstandelijke handicap waarbij sprake is van een IQ-score tot 85<sup>9</sup>. Dat ligt hoger dan de officiële bovengrens voor de AWBZ, dus hier zag de overheid een aanleiding om de LVG-jeugdigen vanaf IQ-score 75 geen toegang tot LVG-zorg meer te verlenen en te verwijzen naar de reguliere jeugdzorg.

Veranderingen op het gebied van financiering en wetgeving creëren op deze wijze een probleem voor een groep kinderen en jongeren die al in een moeilijke en bedreigde situatie verkeren. Het gaat om jeugdigen met een weliswaar licht verstandelijke handicap, maar ook allerlei bijkomende leer- en gezinsproblemen en vaak een psychiatrische stoornis. Deze worden in hoge mate bepaald door een beperkt sociaal aanpassingsvermogen. Daarin zit eigenlijk de kern van de problematiek die er toe leidt dat LVG-jeugdigen zich zonder hulp niet kunnen handhaven in sociale situaties en ernstige vormen van gedragsproblematiek ontwikkelen. Dat maakt dat deze groep aangewezen is op gespecialiseerde behandeling die

---

<sup>8</sup> *Xavier Moonen, hoofd stafgroep behandeling en begeleiding Stichting.St. Anna / Gastenhof, Dirk Verstege, coördinator Landelijk Kenniscentrum LVG.*

<sup>9</sup> *Moonen (2006) Verblif, beeld en ervaringen van jongeren opgenomen in een orthopedagogisch centrum voor jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap. Maastricht: Datawyse. ISBN-10: 90-9020452-0 / ISBN-13: 978-90-9020452-9.*

binnen de LVG-zorg ontwikkeld is. De IQ-maatregel van hogerhand dreigde daar een streep door te trekken.

In de discussie over deze frictie tussen beleid en praktijk waren alle partijen het er snel over eens dat deze jeugdigen daar niet de dupe van mogen worden. Kinderen die baat hebben bij de specifieke LVG-zorg moeten daarvan gebruik kunnen blijven maken. Als oplossingsrichting is aangegeven dat er meer helderheid moet komen over de indicatiecriteria waarmee bij kinderen beter bepaald kan worden of zij in aanmerking komen voor LVG-zorg. De IQ-score alleen is onvoldoende en er is behoefte aan inzicht in andere, wellicht meer bepalende criteria. Daarbij wordt vooral gekeken naar het beperkt sociaal aanpassingsvermogen en als gevolg daarvan een langdurige, vaak blijvende behoefte aan ondersteuning.

### **LVG-problematiek in model gebracht**

Gedurende 2005 is in verschillende situaties en met allerlei betrokkenen gesproken over de kenmerken van de LVG-problematiek en de wijze waarop dit is vast te stellen.

*Een IQ-score tussen 70 en 85 wordt opgevat als een signaal voor het vermoeden van een licht verstandelijke handicap.*

*Vervolgens wordt door een screening op andere kenmerken, waaronder het sociaal aanpassingsvermogen, duidelijk gemaakt of betreffende cliënt tot de LVG-doelgroep gerekend moet worden en daardoor van LVG-zorg gebruik mag maken.*

Hiermee is de harde IQ-grens van 70 vervangen door een “grijs gebied” van 70–85 en de mogelijkheid om op individueel niveau na te gaan of een kind is aangewezen op de specifieke LVG-zorg. Daardoor kan worden voorkomen dat kinderen tussen wal en schip vallen.

De voorgestelde aanpak vraagt wel om een goede uitwerking van de relevante indicatiecriteria en daarbij horend instrumentarium om de kenmerken vast te stellen.

Het Landelijk Kenniscentrum LVG heeft daarvoor het initiatief genomen en een ad hoc-werkgroep ingesteld met deskundigen (diagnostici, orthopedagogen en psychologen) van de Orthopedagogische Behandelcentra en medewerkers van de William Schrikker Groep en het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE)

De vraagstelling voor deze werkgroep was tweeledig:

1. Op basis van welke criteria kan worden vastgesteld dat een persoon tot de LVG-doelgroep behoort en is aangewezen op gespecialiseerde LVG-zorg?
2. Is er instrumentarium aan te reiken of te ontwikkelen dat bij deze criteria door indicatiestellers kan worden gehanteerd?

Deze aanpak heeft onderstaand model van de LVG-problematiek opgeleverd:

LVG-specifieke kenmerken:	en bijkomende kenmerken / problematiek:	komen tot uiting in:
INTELLIGENTIE IQ 50 - 85	LEERPROBLEMEN	ERNSTIGE GEDRAGSPROBLEMEN
BEPERKT SOCIAAL AANPASSINGS-VERMOGEN	PSYCHIATRISCHE STOORNIS	
	MEDISCH-ORGANISCHE PROBLEMEN	
	PROBLEMEN IN GEZIN EN SOCIALE CONTEXT	
<p><b>en leiden tot:</b></p> <p>CHRONICITEIT / LANGDURIGE BEHOEFTE AAN ONDERSTEUNING</p>		

Hierbij is het volgende op te merken:

#### **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 terreinen nodig om de licht verstandelijke handicap te kunnen vaststellen.

#### **Beperkt sociaal aanpassingsvermogen centraal**

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, enz.

### **Specifieke kenmerken en bijkomende problematiek**

Laag intellectueel functioneren en beperkt sociaal aanpassingsvermogen vormen de specifieke kenmerken van mensen met een licht verstandelijke handicap.

Daarnaast hebben zij vaak te kampen met een psychiatrische stoornis, leerproblemen, problemen in de gezinssituatie en/of een aandoening van medisch-organische aard. Het complex van factoren uit zich bij de jeugdige of jongvolwassene in ernstige gedragsproblemen.

### **Blijvende behoefte aan ondersteuning**

Het is voor deze jongeren 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.

### **Van model naar criteria en instrumentarium**

Op basis van dit model en de benadering van het meer geobjectiveerd vaststellen van de bijkomende problematiek is de samenwerking zich gaan richten op het beschrijven van de criteria beperkt 'intellectueel functioneren' en 'beperkt sociaal aanpassingsvermogen'.

De eerste stap daarbij was een heldere omschrijving van het criterium en een handreiking aan de toekomstige indicatiesteller (medewerker Bureau Jeugdzorg) om op het criterium te screenen. Dat heeft geresulteerd in een beschrijving van de indicatiecriteria<sup>10</sup> en twee bijsluiters: *Beoordeling van beperkingen in de intelligentie van LVG-jeugdigen* en *Beoordeling van beperkingen in de sociale aanpassing van LVG-jeugdigen*.

Hiermee is een basis gelegd voor criteria waarmee gewerkt kan worden aan een individueel bepaalde aanwijzing van LVG-problematiek op grond waarvan verwijzing naar gespecialiseerde LVG-zorg gerechtvaardigd is.

Eind 2005 heeft het ministerie van VWS het ontwikkelde materiaal voorgelegd aan het College voor Zorgverzekeringen en advies gevraagd over het vaststellen van de indicatiecriteria. Begin 2006 kwam de reactie van CVZ: "Het CVZ is van oordeel dat het voorstel van het Landelijk Kenniscentrum over de beoordeling van LVG-jeugdigen met meervoudige problematiek een goede aanzet is om te komen tot een zo objectief mogelijke beoordeling of de verzekerde is aangewezen op de AWBZ of niet. Het bevat in principe de elementen die van belang zijn bij de beoordeling van de vraag of een verzekerde toegang heeft tot de AWBZ op basis van de grondslag verstandelijke handicap. Het belangrijkste punt van aandacht is dat als een beperkt sociaal aanpassingsvermogen aan de orde is, dit het gevolg moet zijn van problemen in het cognitief functioneren, en niet ten gevolge van bijvoorbeeld opvoedkundige problematiek. Het instrument differentieert daarop nog niet voldoende."<sup>11</sup>

Met dit advies kunnen belangrijke vervolgstappen worden gezet:

Het ministerie van VWS kan een formeel besluit nemen waarmee de indicatiestelling bij een licht verstandelijke handicap wordt gebaseerd op twee criteria: beperkt intellectueel functioneren en een beperkt sociaal aanpassingsvermogen.

Vervolgens kan de aanwijzing in het CVZ-advies worden opgepakt om, met behulp van wetenschappelijk gevalideerde methoden, het instrumentarium verder te ontwikkelen, met name op het punt van onvoldoende differentiatie.

---

<sup>10</sup> *Indicatiecriteria LVG-jeugd met meervoudige problematiek (2005) Landelijk Kenniscentrum LVG, Utrecht.*

<sup>11</sup> *Advies CVZ, 2 februari 2006.*



Tevens vormt het advies een belangrijke aanzet voor het op te stellen Indicatieprotocol LVG dat door de Bureaus Jeugdzorg gehanteerd moet worden op het moment dat zij de indicaties gaan stellen.

En tot slot is het LVG-model met de daarin onderscheiden probleemvelden een goed handvat bij de deskundigheidsbevordering van indicatiestellers en hulpverleners van de Bureaus Jeugdzorg die met deze doelgroep aan de slag gaan.

### **In de verbinding van praktijk en wetgeving**

Op dit moment laat het zich aanzien dat de weinig belovende IQ-discussie een redelijk bevredigende afronding tegemoet gaat.

Op de eerste plaats is het winst dat algemeen erkend is dat een IQ-score sec niets tot weinig zegt over de mate van LVG-problematiek. In het afgelopen jaar zijn daarover tal van publicaties geweest en hebben deskundigen zich daarover geuit. Dat heeft zijn weerslag gevonden in de formele vaststelling van indicatiecriteria en probleemvelden en de erkenning dat LVG een eigen dynamiek heeft in een sociale context.

Op de tweede plaats is de praktijk bevestigd dat ook - en misschien wel juist LVG-jeugdigen met een relatief hoger IQ - baat hebben bij gespecialiseerde LVG-zorg en dat zij daar onverwijld gebruik van moeten kunnen maken. Indicatieregels en wettelijke normen mogen daarbij geen obstakel zijn. Dat risico is wel levensgroot aanwezig op het moment dat zorgsystemen gaan schuiven en als structuren worden aangepast. Dan wordt door de spreekwoordelijk dansende olifanten menig grassprietje vertrapt. Door 2005 als afkoelingsperiode te benutten is dat voor de LVG-jeugd hopelijk voorkomen.

Daar kan, zeker niet op de laatste plaats, nog aan worden toegevoegd dat al het rumoer aandacht heeft opgeleverd voor de LVG-jeugd en hun problematische situatie. Vanuit maatschappelijk oogpunt wordt meer en meer onderkend dat hier sprake is van een extra kwetsbare groep die een eigen aanpak en begeleiding verdient. En dat het daarvoor noodzakelijk is dat verschillende deskundigheden goed op elkaar worden afgestemd. Hulp vanuit de jeugdzorg, de jeugd-ggz, justitiële jeugdzorg en LVG-zorg, in samenhang met onderwijs en arbeid, kennen hun specifieke taak en verantwoordelijkheid die in onderlinge samenhang moeten leiden tot effectief en doelgericht handelen. Intersectorale samenwerking is het motto in deze dagen.

### **Tot slot**

Om de indruk van overmatig optimisme weg te nemen plaatsen we tot slot nog kanttekeningen bij een tweetal aspecten.

#### *LVG met meervoudige problematiek*

Bij het bepalen van de licht verstandelijke handicap op basis van meervoudige problematiek wordt een uitsnede gemaakt van de totale populatie licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen.

Volgens berekeningen (Stoll, 2004) is bij circa 439.000 jeugdigen vanaf 5 tot 18 jaar sprake van een IQ-score tussen 50 en 85. De groep LVG-jeugdigen die vanwege bijkomende problematiek aanspraak maakt op LVG-zorg is nog geen 10.000 cliënten op jaarbasis. Dat betekent dat het merendeel van de LVG-jeugdigen zonder het etiket LVG en al dan niet met behulp van zorg hun weg vindt. Voor de relatief kleine groep cliënten van de LVG-zorg is het echter van doorslaggevend belang dat hun problematiek vroegtijdig onderkend wordt en dat zij direct naar passende zorg verwezen worden. Dat is een essentieel punt waarbij we met ons materiaal en instrumentarium een bijdrage aan willen leveren.

### *Kortdurende behandeling*

De LVG-zorg richt zich op kortdurende behandeling van LVG-kinderen en jongeren. Het begrip kortdurende behandeling kan misverstanden oproepen en in gespannen verhouding staan met chroniciteit en een blijvende verstandelijke handicap.

Op de eerste plaats moet bij kortdurend worden opgemerkt dat de behandeltermijnen in de LVG-zorg langer zijn dan in de reguliere jeugdzorg. Ambulante hulpverleningstrajecten lopen gemiddeld van 6 maanden tot een jaar. De gemiddelde zorgduur in de intramurale behandeling is 2,9 jaar (Janse-Alewijnse, Jansen & Niessen, 2003). Jongeren kunnen tot 23 - 24 jaar in een Orthopedagogisch Behandelcentrum verblijven. Dit heeft te maken met het feit dat hun ontwikkeling trager verloopt en de behandeling langer moet worden doorgezet. In de laatste fase richt men zich hoofdzakelijk op het trainen van vaardigheden voor het maatschappelijk functioneren en doorstroming naar vervolgsbegeleiding.

De ingezette behandeling heeft betrekking op gedragsproblematiek, die voortkomt uit de licht verstandelijke handicap in combinatie met bijkomende problematiek. De licht verstandelijke handicap is immers blijvend en laat zich niet behandelen.

In de orthopedagogische behandeling staan gedragsregulatie en het aanleren van sociale oplossingsstrategieën centraal. Daarbij wordt gewerkt met basale oefening van gedrag en constante herhaling. Uit recent onderzoek (Van der Molen, Van Luit, Jongmans & Van der Molen, in druk) is gebleken dat LVG-jongeren met een IQ tussen 50 en 85 een beperkt verbaal korte termijn geheugen hebben. Daardoor kunnen ze minder profiteren van aangeboden leermateriaal e.d. Als gevolg hiervan duurt behandeling langer en er mag niet worden verwacht dat het tot een complete oplossing leidt. De LVG-jeugdige en volwassene zal in de meeste gevallen blijvend een beroep doen op vormen van begeleiding en opvang.

### **Literatuur**

- Janse-Alewijnse, W. Jansen, P. & Niessen, J. (2003). Groepsomvang in Orthopedagogische Behandelcentra voor jeugdigen met een licht verstandelijke handicap, in: *Onderzoek & Praktijk – tijdschrift voor de LVG-zorg*, 1 (1), 13-17.
- Moonen (2006) *Verblijf, beeld en ervaringen van jongeren opgenomen in een orthopedagogisch centrum voor jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap*. Maastricht: Datawyse.
- J. Stoll e.a. (2004), *Nieuwe cliënten voor Bureau Jeugdzorg*, NIZW, Utrecht.
- Van der Molen, M.J., Van Luit, J.E.H., Jongmans, M.J. & Van der Molen, M.W. (2005), Verbal working memory in children with mild intellectual disabilities, *Journal of Intellectual Disabilities Research*, (in druk).

## LICHT VERSTANDELIJK GEHANDICAPTE KINDEREN EN DE HARDNEKKIGE MYTHE VAN EEN IQ-SCORE

*Albert Ponsioen, Wim Pesch & Popke Harder<sup>12</sup>*

### Inleiding

We beginnen met een eenvoudige opdracht uit een denkbeeldige IQ-test<sup>13</sup> (de antwoorden worden aan het eind van dit artikel gegeven).

Kruis in onderstaande reeksen het woord of begrip aan dat naar jouw mening niet in de reeks thuishoort:

A	■ Licht	■ Schemering	■ Schaduw	■ Donker	■ Duister
B	■ Man	■ Jumbojet	■ Trui	■ Potlood	■ Vrouw
C	■ Kip	■ Duif	■ Eend	■ Kraai	

Hoe betrekkelijk is het begrip intelligentie als het gemeten wordt met grofmazige, subjectieve, cultuur- school- en taalafhankelijke methoden als een IQ-test. Nu bestaat er wel een heel arsenaal aan IQ-tests, maar het is niet altijd even duidelijk welk intelligentiebeprij met een bepaalde test gemeten wordt. Zo zijn er IQ-tests die minder taal- en cultuurgevoelig zijn (bijvoorbeeld de SON en de Raven) maar of die tests nou echt de algemene en globale intelligentiefactor (ook wel de g-factor genoemd) aan het licht brengen? Bij de taal- en cultuurgevoelige tests als de Wechsler schalen (WISC en WAIS) is een probleem dat er sprake is van een aanzienlijke overlap met schoolvakken als algemene kennis, taal en rekenen. Dit leidt dan weer vaak tot de volgende (cirkel)redenering: kinderen die niet goed (kunnen) leren op school worden getest met een instrument dat voor een belangrijk deel juist die schoolse kennis en vaardigheden beoordeelt en komen dus per definitie zwakker uit op dat deel; vervolgens wordt die zwakkere score (uitgedrukt in een verbaal-IQ score) weer als verklaring gebruikt voor de leermoeilijkheden. Of zoals een journalist het onlangs in een landelijk dagblad omschreef: "Het systeem lijkt zichzelf zo langzamerhand in de eigen staart te bijten. Als de deskundige niet meer vertrouwd wordt, blijft alleen het getal over. De scores, die volgens de psychologische wetenschap altijd betrekkelijk zijn, worden vervolgens gebruikt om bureaucratische beslissingen te legitimeren." (Giesen, 2005). Maar om nu alleen IQ-tests te gebruiken die de taal bij wijze van spreken uitschakelt? Het blijft behelpen. In dit artikel wordt een poging gedaan de IQ-test te ontmythologiseren. Geen overbodige luxe in een tijd waarin met name ambtenaren met het IQ de Steen der Wijzen in handen denken te hebben. Tevens worden bij de meest gebruikte IQ-tests aangegeven hoe men met de testuitslagen van kinderen met cognitieve beperkingen op een verantwoorde manier kan omgaan.

<sup>12</sup> Albert Ponsioen is als psycholoog verbonden aan Dijk en Duin in Driehuis en is tevens medewerker van het Landelijk Kenniscentrum LVG; Wim Pesch is psycholoog bij J.P. Heije in Oosterbeek; Popke Harder is psycholoog bij 's Heeren Loo Kwadrant Ermelo.

<sup>13</sup> Onleend aan: Fanchamps, N.W.A.L., (2002). *Nederlandse intelligentie- en persoonlijkheidstesten in intercultureel perspectief* scriptie voor de Vakgroep Interculturele Ontwikkelingspsychologie Universiteit Utrecht.

### De mythe van een IQ-score

Per definitie is het intelligentieniveau een belangrijk diagnostisch kenmerk van een LVG-kind maar zeker niet het enige kenmerk.<sup>14</sup> Desondanks speelt de IQ-score in de klinische praktijk nogal eens een doorslaggevende rol in de besluitvorming omtrent indicatiestelling en zorgtoewijzing en overschaduwet daarmee andere aspecten zoals de sociale redzaamheid. Het IQ-getal als resultaat van een gerenommeerde intelligentietest wekt immers de suggestie een ‘stabiel en hard’ gegeven te zijn. Het gegeven dat andere kenmerken als de sociale redzaamheid tevens in de beeldvorming moet worden betrokken, wordt wel voldoende onderkend maar als het gaat om het nemen van beslissingen in het onderwijs en in de zorg gaat men toch weer over tot het gebruik van louter het IQ-getal in een geforceerde poging tot ‘slagboomdiagnostiek’.<sup>15</sup> Een treffende omschrijving voor die aspecten van de hedendaagse zorgbureaucratie waarin op basis van classificaties beleid wordt gemaakt.<sup>16</sup>

Hoezeer een dergelijk gebruik van het IQ tot soms bizarre situaties leidt, werd de laatste jaren aangetoond bij het gebruik van nieuwe versies van de Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC) en de Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS), respectievelijk de WISC-III en de WAIS-III. De scores op deze nieuwe versies blijken beduidend lager uit te komen dan op de oude versies. Dit is niet louter een gevolg van tekortkomingen van de nieuwe tests maar heeft te maken met de inmiddels zeer verouderde normgegevens van de oude WISC (20 jaar oud) en WAIS (36[!] jaar oud). Flynn rekende in de jaren tachtig van de vorige eeuw al voor dat IQ-scores per decennium zo’n 3 tot 5 punten hoger uitkomen als de normgegevens door de jaren heen niet worden aangepast (Flynn, 1987). De Verenigde Staten zouden de Verenigde Staten niet zijn als dit niet tot wel zeer dramatische gevolgen leidde:

*‘It is worth noting that Daryl Renard Atkins (of Atkins v. Virginia) was tested on the Wechsler Adult Intelligence Scale-III the year it was released. Because of his low IQ score of 59, he was diagnosed MR without the necessity of having to have poor adaptive behavior under SSA rules and was ultimately found to be ineligible for the death penalty. If he had been tested on an IQ test with older norms, however, it is interesting to speculate on his fate as well as the fate of the Supreme Court decision’.* (Kanaya e.a. 2003)

Het identificeren van de term ‘verstandelijke beperking’ met het IQ is een taai fenomeen. In een recente indeling van Resing en Blok (2002) wordt door de auteurs wel aangegeven dat bij IQ’s onder de 70 wel andere aspecten (met name de sociale redzaamheid) moeten worden meegewogen, maar in het classificatieschema wordt een 1:1-relatie gesuggereerd tussen IQ-score en mate van begaafdheid en verstandelijke beperking. Hoe hardnekkig dit gebruik van de IQ-score is, bewijst het volgende citaat (Bakker, 1994):

<sup>14</sup> ‘Een laag intellectueel functioneren en een beperkt sociaal aanpassingsvermogen vormen de specifieke kenmerken van mensen met een licht verstandelijke handicap. Daarnaast hebben zij vaak te kampen met een psychiatrische stoornis, leerproblemen, problemen in de gezinssituatie en/of een aandoening van medisch-organische aard. Het complex van factoren uit zich bij de jeugdige of jongvolwassene in ernstige gedragsproblemen.’ (Verstegen, 2005).

<sup>15</sup> Term afkomstig van Xavier Moonen, directeur van orthopedagogisch centrum ‘de Gastenhof’ in Limburg. Een soortgelijke kritiek is van toepassing op het gebruik van DSM-IV classificaties waarbij voorbijgaand aan de ernst van de problematiek en het dynamische samenspel van kind, opvoedings- en omgevingsfactoren o.a. gelden worden verdeeld (zie van der Gaag, 2004).

<sup>16</sup> Licht verstandelijk gehandicapte (LVG-) jeugd met een IQ hoger dan 75 zou vanaf 1 januari 2005 niet meer in aanmerking komen voor AWBZ-zorg. Dit blijkt uit een brief van het ministerie van VWS aan het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

*'Intelligentieonderzoek is in hun ogen (AP: de ogen van Alfred Binet en Theophile Simon rond 1900) dan ook slechts een onderdeel van een veel ruimere diagnostiek. Echter, al tijdens hun leven krijgt de IQ-test van Binet en Simon een andere functie dan die hen ermee voor ogen stond. Politieke, maar ook wetenschappelijke denkbeelden maken het IQ tot een synoniem voor intelligentie en verklaren het tot een nauwelijks aan verandering onderhevige, biologisch verankerde grootheid.'*

Ook Binet en Simon zouden het gebruik van de IQ-score als classificatie-criterium dus niet hebben onderschreven. Alfred Binet merkte inmiddels zo'n 100 jaar geleden het volgende op:

*'De vertrouwde uitspraak: "Wie dom is, is dat voor altijd", schijnt door sommige schoolmeesters letterlijk genomen te worden, kritiekloos. Het zijn degenen die niet geïnteresseerd zijn in leerlingen die het aan intelligentie ontbreekt; ze hebben geen sympathie voor hen, niet eens respect wanneer zij zich in woorden te buiten gaan, en tegen die kinderen dingen durven zeggen als: "Dit is een kind dat nooit iets zal presteren (...) hij is zwakbegaafd ...". Nooit! Wat een groot woord!'* (Binet, 1913, p. 140-141; het citaat is ontleend aan Bakker, 1994).

Als men de score op een IQ-test beschouwt als een indicatie voor het leervermogen van een kind kan men toch moeilijk volhouden dat dit een onveranderbaar gegeven is. Een lage score op een IQ-test wil dus niet per definitie zeggen dat de plafonds van cognitieve functies vastliggen. Recente inzichten in de plasticiteit van de hersenen doen bovendien vermoeden dat veel mogelijkheden om cognitieve functies te ontwikkelen bij LVG-kinderen nog onbenut worden gelaten. Kortom, noch IQ-scores noch het bredere begrip intelligentie zijn op te vatten als onveranderbaar.

Een groot probleem is dat juist de intelligentie zoals gemeten met een IQ-test als 'hard gegeven' wordt beschouwd en indices voor het aanpassingsvermogen, sociale redzaamheid en de gedragsproblematiek overschaduwden. Een recente waarschuwing van een deskundige op het gebied van intelligentieonderzoek is hierbij relevant:

*In selectie-situaties binnen het onderwijs waarbij met vaste grenzen voor IQ-scores wordt gewerkt, wordt aan de IQ-score veelal een te absolute betekenis toegekend. Er wordt geen rekening gehouden met verschillen tussen tests, of met de omstandigheden waaronder de test is afgenomen. Ten onrechte worden de IQ-scores geacht onderling inwisselbaar te zijn. Ofschoon in theorie erkend wordt dat de uitkomst kan zijn beïnvloed door meetfouten, wordt het effect daarvan zo laag ingeschat dat daarmee in de selectieprocedure geen rekening wordt gehouden. In dit opzicht wordt het IQ-getal veel te absoluut geïnterpreteerd. Hetzelfde geldt voor classificatie van IQ-scores waarbij aan vastgelegde intervallen van IQ-scores een specifiek voorgeschreven betekenis wordt toegekend. Zo dienen personen met een IQ-score van 50 t/m 69 te worden omschreven als 'licht zwakzinnig' (Resing en Blok, 2002). Dus ook hier wordt een 'absolute' waarde aan de score toegekend die dan bepalend is voor de betekenis en wordt er geen rekening gehouden met de test die is afgenomen, met andere omstandigheden, of met de onbetrouwbaarheid. (Tellegen, 2004).*

### **Tot een verantwoord gebruik van een IQ-score**

Met alle voorafgaande waarschuwingen en relativeringen is het nu tijd om tot een verantwoord gebruik van een IQ-score te komen.

In de eerste plaats is daarvoor de algemene aanbeveling die door het Landelijk kenniscentrum LVG wordt gedaan van belang: De licht verstandelijke handicap laat zich in de praktijk niet alleen bepalen door een IQ-score, deze score moet worden beschouwd als een signalering van een mogelijke licht verstandelijke handicap. Met name bij een score tussen 70 en 85 is nader onderzoek op andere terreinen dan het IQ nodig om de licht verstandelijke handicap te kunnen vaststellen (zie Moonen & Verstegen in deze Onderzoek & Praktijk).

In de tweede plaats is het van belang bij een gegeven IQ-score deze score voor de betreffende LVG-persoon op de juiste waarde te schatten. De volgende aanbevelingen dient men daartoe in acht te nemen:

- a. Indien er Wechsler IQ gegevens (WISC-RN / -III of WAIS-III) ontbreken en als er verder voldoende kennis en ervaring van en met de Nederlandse taal en cultuur aanwezig is, dan wordt de afname van één van deze tests (de keuze is leeftijdsafhankelijk) aanbevolen. Indien er wel sprake is van grote taal- en cultuurverschillen dan wordt de afname van de SON-R (tot 17 jaar) en de GIT-2 (vanaf 16 jaar) aanbevolen. Om een inschatting te maken van het verbale leervermogen dienen ook de didactische vorderingen te worden meegewogen.
- b. Als een IQ-score beneden de 85 ligt in combinatie met sociale aanpassingsproblemen en met leerproblemen (speciaal onderwijs) en als er tevens sprake is van een langdurige behoefte aan ondersteuning of hulp dan wordt een LVG- (of licht verstandelijk gehandicapten) indicatie meer en meer waarschijnlijk.
- c. Bij een intelligentiemeting dient men uit te gaan van een recent intelligentieonderzoek. Een IQ-score ouder dan 2 jaar verliest al snel aan betrouwbaarheid.
- d. Als er meerdere intelligentiemetingen zijn verricht die nogal sterk verschillen (8 à 10 punten of meer) en er is tevens sprake van problematiek vermeld onder ad b. dan kan men het beste een gemiddelde TIQ berekenen over die metingen.
- e. Als er gebruik gemaakt wordt van een intelligentietest die naast de algemene intelligentie (TIQ) ook een verbaal IQ (VIQ) en een performaal IQ (PIQ) berekent dan dient men er rekening mee te houden dat de verbale intelligentie gemiddeld genomen 6 à 7 punten lager ligt dan de performale of handelings-intelligentie voor LVG-ers.
- f. Bij disharmonische profielen (bij de WISC en WAIS is dit het geval bij verschillen van 5 punten of meer tussen de verschillende subtests tests en/of van 15 punten of meer tussen de IQ-factoren) is de zeggingskracht van *de* IQ-scores dubieus en zegt vaak meer iets over de dieperliggende problematiek (ASS, NLD e.d) dan over de intelligentie.
- g. Bij een IQ-score dient men het betrouwbaarheidsinterval te vermelden.
- h. Bij kinderen of volwassenen met een contactstoornissenproblematiek (ASS) dient men rekening te houden dat de 'praktijkwaarde' van een IQ-cijfer minstens 5 punten lager ligt. Het sociale aanpassingsvermogen en de chroniciteit bepalen dan meer de LVG-status.

## Overzichtstabellen

Op de website van het Landelijk Kenniscentrum LVG ([www.lvgnet.nl](http://www.lvgnet.nl)<sup>17</sup>) zijn tabellen opgenomen met de gegevens van de in Nederland meest gebruikte IQ-tests. Uit de verschillende kenmerken van de tests wordt een indruk gekregen van de waarde van een IQ-score voor een jeugdige of volwassene met LVG-problematiek.

### **Conclusie: weg met het IQ?**

Weg met het IQ als hoofdkenmerk van een LVG-kind. Weg met het IQ als slagboom voor indicatiestelling en zorgtoewijzing. Weg met het IQ als verklaring voor de leermoeilijkheden van een kind. De betekenis van de handicap als voorgift dient goed bekend te zijn bij alle deelnemers aan het maatschappelijk spel en heeft betrekking op alle gaven en beperkingen, niet uitsluitend de intellectuele. Terug dus naar de IQ-test als signaleringsinstrument voor leer- en aanpassingsproblemen, in navolging van pioniers als Simon en Binet.<sup>18</sup> Wellicht dat er in de toekomst bij kinderen met leerproblemen meer naar de achtergrond van die problemen gekeken en wordt de vraag hoe groot die problemen zijn in vergelijking met niet-LVG-leeftijdsgenootjes als minder relevant gezien. *Vergelijken* kunnen we allemaal, *verklaren* is andere koek en vandaar uit is *verbeteren* de logische en noodzakelijke volgende stap.

## Literatuur

- Bakker, J.T.A. (1994). De hang naar orde. Een wetenschapstheoretische en sociaal-historische beschouwing over het IQ/denken in maatschappij en onderwijs. In: W.H.J. van Bon, E.C.D.M. van Lieshout, & J.T.A. Bakker (Red.), *Gewoon, Ongewoon, Buitengewoon; opstellen over leerproblemen*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Binet, A. (1913). *Les idées modernes sur les enfants*. Paris: Flammarion.
- Busato, V. (2005). Een meervoudige kijk op intelligentie. *De Psycholoog*, 40 (5), 286-287.
- Flynn, J.R. (1987). Massive IQ gains in 14 nations: What IQ tests really measure. *Psychological Bulletin*, 101, 171-191.
- Giesen, P. (2005). Alle achterlijken naar een eiland. IQ-test. Discussie over zin en onzin van een getal dat intelligentie uitdrukt loopt na een eeuw nog steeds. *De Volkskrant, zaterdag 31 december*, Kennis, pag. 5.
- Kanaya, T., Scullin, M.H. & Ceci, S. (2003). The Flynn Effect and US Policies. The Impact of rising IQ scores en American society via mental retardation diagnoses. *American Psychologist* 58 (10), 778-790.
- Koch, P. (2005). *Geen gebrek. Over psychiatrie en mensen met een verstandelijke beperking*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Pesch, W. & Ponsioen, A.J.G.B. (2004). Flinterdunne en flagrante Flynn-effecten. Aanbevelingen voor het gebruik van de WISC-III. *De Psycholoog*, 39 (2), 64-68.
- Resing, W. & Blok, J. (2002). De classificatie van intelligentiescores. *De Psycholoog*, 37 (5), 244-249.
- Tellegen, P.J. (2004) *De waan van het IQ*. Interne notitie RuG (Internet: [www.testresearch.nl](http://www.testresearch.nl))
- Van der Gaag, R.J. (2004). Kinder- en jeugdpsychiatrische diagnostiek en classificatie. Samen verdiepen...of koppie onder? *Kind en Adolescent*, 25 (3), 184-195.
- Verstegen, D. (2005). Indicatiecriteria LVG-jeugd met meervoudige problematiek. *Onderzoek & Praktijk, jaargang 4 (1)*. Tijdschrift van het Landelijk Kenniscentrum LVG Utrecht.

---

<sup>17</sup> Klik op 'Projecten', vervolgens op 'Diagnostiek' en tenslotte op de 'Klik door!' hyperlink op deze pagina

<sup>18</sup> Busato (2005) adviseert om meer aan te sluiten bij de verschillende talenten van kinderen in het onderwijs, dan wel minder ontwikkelde intelligenties uit te dagen. *De kern van het onderwijs is immers niet hoe slim je bent maar hoe ben je slim.*

***De antwoorden op de IQ- test, zoals gegeven door Piet Vroon:***

A. Schaduw hoort niet in dit Indonesische rijtje thuis. Het is namelijk de enige aangename plaats. De andere vier zijn gradaties van lichtsterkte.

B. Potlood hoort er niet bij, want dat is de enige zonder kruisvorm. In Marokko zien kinderen dat meteen.

C. Een Iraanse vraag. De kraai hoort er niet bij want die paart niet in het openbaar. Dat wordt gezien als een teken van kracht.



## UIT DE PRAKTIJK: LOVERBOYS EN LOVERBOYS

*Heleen Deelstra*<sup>19</sup>

De directe aanleiding voor dit artikel is een bijeenkomst geweest, georganiseerd door TransAct te Utrecht. TransAct is een landelijk expertisecentrum gericht op o.a. preventieprojecten ter voorkoming van seksueel en huiselijk geweld en vraagstukken rond sekse en etniciteit. Vanuit eerdere contacten met TransAct werd ik al met enige regelmaat via digitale mailing op de hoogte gebracht van nieuwe projecten, nieuw uitgekomen brochures, kortom met de producten van TransAct. Dit keer dus een uitnodiging voor een themabijeenkomst over loverboys, georganiseerd voor het netwerk van mensen werkzaam in de verstandelijk gehandicaptenzorg.

Met een kleine 20 man (waarvan driekwart vrouw) zaten we op donderdagmiddag 27 oktober 2005 in de vergaderzolder van TransAct, hartje Utrecht. Na een inleiding over de meest recente projecten en ontwikkelingen binnen TransAct werd het onderwerp loverboys gepresenteerd door Lou Repetur. Zij is een van de drijvende krachten achter de stroom artikelen over loverboys die we de laatste maanden telkens in de kranten kunnen lezen. Lou vestigde onze aandacht op een drietal recent uitgegeven boeken die niet alleen gaan over loverboys, maar ook over de ervaringen van slachtoffers van loverboys, bijvoorbeeld over de wijze waarop zij door loverboys tot prostitutie werden gedwongen. In 'Publiek Geheim' zijn negen verhalen van jongeren beschreven waarmee een beeld gegeven wordt over de manier waarop jongeren zelf tegen hun ervaringen in de prostitutie aankijken. Over misleiding, dwang, bedreiging en geweld, maar ook over de context waarbinnen dit gebeurde en de keuzes die zij zelf daarin gemaakt hebben. In het boek 'Loverboy's, een publieke zaak' komen tien mannen aan het woord die verdacht worden van loverboypraktijken of daarvoor veroordeeld zijn. Het is voor het eerst dat deze mannen zo uitgebreid vertellen over hun motieven en hun daden. En tenslotte is er nog een boek over 'Loverboys, feiten en cijfers' met cijfermatige gegevens, verzameld vanuit een quickscan.

Maar wij, hulpverleners werkzaam met slachtoffers, hadden die boeken nog niet gelezen en waren dus benieuwd naar hetgeen Lou Repetur ons te vertellen had. In onze orthopedagogische behandelcentra hebben we altijd veel slachtoffers van seksueel misbruik. (Ament & Deelstra, 2001). We zijn dan ook goed bekend met de problematiek van LVG-slachtoffers, met de trauma's en met de invloed die misbruik kan hebben op de totale ontwikkeling en levensloop. Met enige regelmaat hebben we ook te maken met minderjarige meisjes die in de prostitutie werkzaam zijn geweest. Deze meisjes geven we in principe dezelfde behandeling als 'gewone' slachtoffers van seksueel misbruik, namelijk volgens het model slachtofferbehandeling (Deelstra, 1998). Maar sinds kort hebben we ook jonge meisjes in behandeling die te maken hebben gehad met groepsverkrachtingen. Hierbij gaat het om jonge meisjes, die in hun eigen woonomgeving door hun directe buurtgenoten of 'vrienden' tot seks met meerdere jongens worden overgehaald of gedwongen. Soms in kelderboxen, soms bij een van de jongens thuis. We waren benieuwd naar de informatie die daarover bekend was.

---

<sup>19</sup> *Heleen Deelstra is GZ-psycholoog / Gedrags- en Cognitief therapeut bij 's Heeren Loo Kwadrant Ermelo*

Lou Repetur gaf daarover de volgende algemene informatie: In 1998 voerde het NISSO (Nederlands Instituut voor Seksuologisch Onderzoek) in opdracht van het ministerie van Justitie een onderzoek uit naar aard en omvang van gedwongen jongerenprostitutie. Uit de gegevens van 315 minderjarige prostituees was bij 80 % sprake geweest van dwang door de partner, 1/3 is Nederlands en 2/3 is allochtoon of Ama en de gemiddelde leeftijd bij aanvang was 15,4 jaar. Er wordt gesproken over 1500 minderjarige prostituees in Nederland, waar instellingen contact mee hebben en nog eens 500 waar instellingen geen contact mee hebben. Van de meiden komt 40% uit een gezin waar verwaarlozing een belangrijke rol speelt, 57% van de Nederlandse meiden en 73% van de allochtone meiden zijn van huis weggelopen, 21 % heeft seksueel misbruik ervaringen en 46% heeft een afgebroken opleiding.

Uit het NISSO-onderzoek bleek dat 1/3 van de daders van Marokkaanse afkomst was en 2/3 Nederlands, Turks, Surinaams/Antilliaans, Oost-Europees, Nigeriaans en Chinees. Ook bleek 1/3 van de loverboys individueel te opereren en de rest in losse samenwerkingsverbanden of netwerken.

Indrukwekkende cijfers die echt betekenis krijgen wanneer je zelf veel met slachtoffers te maken hebt. Het meest kwetsbaar voor loverboys blijken de meiden met weinig zelfvertrouwen, de ama's (alleenstaande minderjarige asielzoekers), meiden met een licht verstandelijke handicap en verwaarloosde of juist overbeschermde meiden. Oftewel, een groot deel van de meiden die is opgenomen in de LVG-instellingen.

Het probleem waar wij als hulpverleners binnen de orthopedagogische behandelcentra altijd mee te maken hebben is dat wij alleen het eindresultaat zien, wanneer het al is misgegaan. Het hele traject wat eraan vooraf gaat, het traject van interactie en verleiding speelt zich meestal buiten de instelling af. Of toch niet? Lou Repetur geeft aan dat er loverboys en loverboys zijn. Loverboys die gericht zijn op het zo snel mogelijk geld verdienen, die daarom meisjes gericht benaderen om hen uiteindelijk in de prostitutie te laten werken. Zij richten zich vooral op meisje van 16-17 jaar, zodat die 'bewerkt' kunnen worden om als 18-jarige in de prostitutie werkzaam te kunnen zijn. Want dit maakt de kans op vervolging kleiner. Dit is de manier van werken van loverboys uit de grote steden en tegenwoordig ook uit omliggende dorpen. Meisjes uit de dorpen die in de grotere steden op school gaan blijken makkelijk te benaderen en ze hebben soms minder goed in de gaten wat achterliggende bedoelingen kunnen zijn. Straathoekwerkers en politie hopen door samenwerking dit soort loverboypraktijken in een vroeg stadium op het spoor te komen om afglijden in de richting van prostitutie te voorkómen.

Maar er zijn ook andere loverboys: jongens die gericht zijn op seks en die niet zozeer de bedoeling hebben er geld aan te verdienen. Dit kunnen ook jongens zijn die in groepsverband actief zijn. Deze jongens denken meestal dat de meisjes het zelf wilden, dat ze het er zelf naar maakten, dat ze er zelf om vroegen. "Het voorbereidende werk, het sensuele dansen, het schuren met de billen in het kruis van verschillende jongens, dat betekent toch alleen dat het meisje seks wil? En als ze seks met een jongen heeft en blijft lachen bij de tweede of derde, terwijl ze zegt 'Nee, ik wil niet meer' dat betekent juist dat ze nog meer wil. Want na afloop blijft ze toch wel bij de jongens, het zijn immers haar 'vrienden' uit de buurt. Dat ze inmiddels een naam heeft - vies meisje, slet of banga - en dat de jongens geen enkel respect meer voor haar hebben lijkt niet tot haar door te dringen."

Binnen onze instellingen kunnen we ook te maken hebben met dit soort loverboypraktijken. Dan gaat het vooral om de groep LVG-meiden met een achtergrond van affectieve verwaarlozing. Deze meiden kunnen zo'n behoefte aan aandacht hebben, dat

‘gewoon aardig zijn’ van een jongen (een groepsgenoot, een jongen van binnen of buiten de instelling) al het begin kan zijn van een interactieproces dat uitdraait op seks, gewenst of ongewenst. Een interactieproces waar zowel de jongen als ook het meisje deel van zijn en waar ze samen telkens een stapje verder gaan en vaak beiden het idee hebben niet meer terug te kunnen. Een interactieproces waarin grenzen diffuus zijn, waarin beelden of verhalen (vanuit de media: videoclip, MSN, internet) als voorbeeld dienen en waarin experimenteelgedrag gemakkelijk te snel tot seks kan leiden. Dit maken we mee binnen onze instellingen. Dit weten we, dit willen we voorkómen door met regelmaat over seksualiteit te praten, door geplande- en ongeplande voorlichting, door een open houding, door het begeleiden van de seksuele ontwikkeling van de jongeren. En toch gaat het ook binnen de instellingen nog wel mis en moet aangifte gedaan worden van seksueel misbruik.

Daarom is voorlichting over loverboys belangrijk, niet alleen aan slachtoffers van seksueel misbruik, maar ook aan de meiden die daar (nog) niet mee te maken hebben gehad. Met behulp van een voorlichtingsvideo en gesprekken komt de opbouw van de ronselpraktijken van loverboys aan de orde: de eerste ontmoeting, de manier van indruk maken (kadootjes, uitgaan), de relatie (waar de meisjes hun familie en vrienden voor willen loslaten), het verleggen van de grenzen (hij wilde meer, ik werd bang voor hem), de aanzet tot prostitutie en uiteindelijk de exploitatie. Maar ook voorlichting over die andere loverboy: die aardige jongen die zelf ook de grenzen niet zo goed weet of kan aangeven. Die In de interactie met het meisje mogelijk verder gaat dan hij wilde en andersom ook maakt dat zij verder gaat dan ze wilde. Zodat ze uiteindelijk samen slachtoffer kunnen worden van de eigen onmacht om grenzen te herkennen en te hanteren.

De bijeenkomst van TransAct heeft in ieder geval opgeleverd dat we ons nu meer bewust zijn van het feit dat loverboys niet alleen die mooie, vaak allochtone versierders zijn die met cadeautjes en aandacht meiden ronselen voor de prostitutie. Het kunnen doodgewone jongens zijn, ook LVG-jongens, die de aandacht van de meiden vangen en soms onbedoeld, maar altijd door interactie, dus ook door gedragingen van de meiden zelf, tot seks en daarbij helaas ook tot seksueel misbruik komen.

Tijdens de bijeenkomst van TransAct heb ik kennis gemaakt met Petra Tiemessen, als orthopedagoge werkzaam bij Saltho in Boxtel en Oisterwijk. Zij is ook seksuoloog in opleiding en ik wil haar vragen om vanuit haar ervaring en deskundigheid inhoudelijk te reageren op dit artikel. Hierbij geef ik ‘de pen’ door aan Petra Tiemessen.

### **Literatuur**

- Ament, M. en Deelstra, H. (2001). Therapieën in LVG-instituten: De resultaten van een inventarisatieronde. In: Ontwikkelingen Wetenschappelijk Onderzoek (OWO), orthopedagogische centra voor licht verstandelijk gehandicapte jongeren. Jrg 4, 1, pp. 2-5, RWK, Ermelo.
- Deelstra, H. (1998). Therapie voor licht verstandelijk gehandicapte slachtoffers van seksueel misbruik. *Bewegen en hulpverlening*, 15, 139-167.
- Terpstra, L. & Dijke, A. van. (2005) *Publiek Geheim: jeugdprostitutie*. Uitgeverij SWP Amsterdam
- Terpstra, L. , Dijke, A. van & San, M. van. (2005) *Loverboys, een publieke zaak*. Uitgeverij SWP Amsterdam
- Terpstra, L. & Dijke, A. van. (2005) *Loverboys: feiten en cijfers*. Uitgeverij SWP Amsterdam

*Zie ook: [www.transact.nl](http://www.transact.nl) en [prettywoman@stade.nl](mailto:prettywoman@stade.nl)*

## COLUMN

*De schrijver van de 'column' kan een wetenschappelijk expert of een klinisch deskundige zijn, maar kan ook een gedragswetenschapper, een groepsleider, een manager en/of een ouder-begeleider zijn. Wat zij gemeen hebben is hun ervaring met (onderzoek bij) jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking. In deze Onderzoek & Praktijk geven wij het woord aan professor Jan Willem Veerman, bijzonder hoogleraar aan de Radboud Universiteit Nijmegen.*

### MEER STURING OP INHOUD NODIG Synergie tussen wetenschappelijk onderzoek en kwaliteitszorg

*Jan Willem Veerman<sup>20</sup>  
Praktikon / Radboud Universiteit Nijmegen*

#### **Kwaliteitszorg**

'Doen we het goede, en doen we het goede goed?' Dat is een vraag die men vandaag de dag in alle geledingen en alle sectoren van de jeugdzorg kan horen stellen. Het is een vraag naar kwaliteit. Kwaliteitszorg is de laatste jaren hoog op de agenda van de jeugdzorg komen te staan. In de nieuwe Wet op de jeugdzorg krijgt het expliciet aandacht, door koepelorganisaties in de verschillende sectoren worden programma's voor kwaliteitszorg in gang gezet en in tal van instellingen zijn directies en staffunctionarissen bezig voor de eigen instelling kwaliteitsbeleid te formuleren en te concretiseren. Opvallend is dat het bij deze uitwerking in veel gevallen niet zozeer om de inhoud van de zorg, maar om de context gaat. Onder de inhoud wordt hier de *core business* van de jeugdzorg verstaan: het bieden van bedoelde *interventies* aan een beoogde *doelgroep* met het oog op het bereiken van gewenste *uitkomsten*. Dit is de kern van het primaire proces, daar komt een klant voor naar de zorg. De context is al datgene wat nodig is om dit primaire proces optimaal te laten verlopen. Hiermee worden de organisatorische, personele en materiële randvoorwaarden aangeduid. Het kwaliteitsbeleid gaat tot nog toe vooral over het benoemen en beoordelen van deze randvoorwaarden. De inhoud blijft grotendeels buiten beeld. Dat is ook niet onlogisch. De aandacht voor kwaliteitszorg is van vrij recente datum en is vooral vanuit het management aangestuurd. De tijd is rijp dit perspectief aan te vullen met een inhoudelijk perspectief. Hiermee komt de kwaliteit van het primaire proces centraal te staan. Dat is toch waar het in de jeugdzorg om moet gaan en waarop zij uiteindelijk ook op afgerekend dient te worden.

#### **Wetenschappelijk onderzoek**

'Wat werkt bij wie?' Dat is de leidende vraag in wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van de jeugdzorg. Bij het zoeken naar antwoorden staat in wetenschappelijk effectonderzoek het uitvoeren van zogeheten *randomized controlled trials* (RCT's) hoog in het vaandel. Hierbij krijgt een experimentele groep de interventie die men op zijn effect wil onderzoeken en krijgt een controlegroep geen interventie, een placebo-interventie of een alternatieve interventie. Idealiter worden cliënten willekeurig toegewezen aan de experimentele of de controlegroep. De interventie zelf behoort helder omschreven te zijn, bij voorkeur vastgelegd in een behandelingsprotocol dat niet alleen de fasering aangeeft,

---

<sup>20</sup> *Vanwege De Waarden in Nijmegen bijzonder hoogleraar Speciale Kinder- en Jeugdzorg aan de Radboud Universiteit Nijmegen; tevens hoofd van Praktikon, een organisatie voor onderzoek en ontwikkeling in de jeugdzorg, zie [www.praktikon.nl](http://www.praktikon.nl).*

maar ook wat er tijdens de verschillende sessies, bezoeken of zittingen dient te gebeuren. Eveneens moet duidelijk zijn voor wie de interventie geschikt is en voor wie niet. In het onderzoek wordt bij beide groepen een voormeting en een nameting verricht. Het effect wordt dan afgelezen aan het verschil tussen de experimentele en controlegroep aan het eind van de interventie. Hoewel dit op zich logisch klinkt, is dit type onderzoek in de praktijk van de jeugdzorg een witte raaf. Het vereist een organisatie en controle die op de praktijkvloer niet haalbaar is. Van alle in de praktijk uitgevoerde interventies - en dat zijn er vele honderden, sommige schattingen komen zelfs op 1500 uit - is misschien één procent via een RCT onderzocht. Dat betekent strikt wetenschappelijk genomen dat we nog niet goed weten *wat* er nu *bij wie* werkt in de praktijk van de jeugdzorg. Er is nog lang geen sprake van de vaak zo vurig gewenste *evidence based practice*.

Opvallend is dat het in dit type onderzoek wel over de inhoud van de zorg gaat, namelijk over het verstrekken van de juiste, geprotocolleerde en theoretisch onderbouwde interventie aan de juiste doelgroep, waarbij wordt nagegaan of de juiste, verwachte effecten ook optreden. De context, de dagelijkse praktijk waarin de interventies moeten worden uitgevoerd, is echter 'buiten haken geplaatst', er is een soort laboratoriumsituatie gecreëerd. Eigenlijk zou wetenschappelijk effectonderzoek precies het gat dat in het kader van kwaliteitszorg nog bestaat moeten kunnen opvullen. Door de gerichtheid op de methode van de RCT en het bedrijven van schone wetenschap is dit echter nog niet gebeurd. Door het onderzoek meer in de modder van de dagelijkse praktijk van de jeugdzorg te laten plaatsvinden worden weliswaar vuile handen gemaakt, maar ontstaan ook kansen meer kennis over effecten van deze zorg te verkrijgen. De haken waarmee de context buiten wordt geplaatst vallen weg, de context wordt deel van de onderzochte interventie.

### **Naar een synergie**

Wil het antwoord op de effectiviteitsvraag het gat in de kwaliteitsvraag vullen dan moet dit antwoord, hoe kan het ook anders, in de dagelijkse praktijk zelf gezocht worden en niet in een kunstmatig ingerichte ruimte. Dat betekent dat onderzoekers de vertrouwde onderzoeksdesigns die het in gecontroleerde settings zo goed doen los moeten laten en moeten gaan zoeken naar nieuwe, voor de praktijk van de zorg meer relevante designs, die door een antwoord te geven op de vraag 'wat werkt bij wie' tegelijk ook laten zien of het 'goede goed gedaan wordt'. De kwaliteitsvraag en de effectiviteitsvraag worden dan twee kanten van dezelfde medaille. Kwalitatief goede zorg is effectieve zorg. Onderzoek naar effectiviteit draagt bij aan een verwetenschappelijking van de praktijk. De praktijk wordt transparanter, rationeler gestuurd en uiteindelijk doelmatiger. Inbedding in kwaliteitszorg draagt bij aan een vermaatschappelijking van het onderzoek. Het is op dit snijpunt van verwetenschappelijking en vermaatschappelijking dat de kwaliteitsvraag en de effectiviteitsvraag elkaar ontmoeten. Dit maakt een synergie mogelijk tussen vragenstellers uit praktijk en wetenschap, die vaak met dezelfde zaken bezig zijn maar evenzo vaak in een eigen denkkader blijven ronddraaien. Deze synergie biedt kansen de traditionele kloof tussen beiden te overbruggen en samen een stap verder te komen in het streven naar een inrichting van een transparante en doelmatige jeugdzorg, die uiteindelijk de *best practice* moet opleveren voor hen die dat nodig hebben: in hun ontwikkeling bedreigde kinderen en hun ouders.

### **Praktijkgestuurd effectonderzoek**

De vermaatschappelijking van het onderzoek en de verwetenschappelijking van de praktijk vragen niet zozeer om methodegestuurd onderzoek, waar het uitvoeren van het juiste onderzoeksdesign in een gecontroleerde situatie voorop staat, maar naar praktijkgestuurd effectonderzoek waarin het uitvoeren van de juiste hulp in de dagelijkse praktijk centraal

staat. In praktijkgestuurd onderzoek trekken onderzoekers en behandelingsfunctionarissen gezamenlijk op met het doel informatie te verzamelen waarmee het effect van het praktisch handelen van een individuele behandelingsfunctionaris, een groep van behandelingsfunctionarissen, een instelling of groep van instellingen nader verhelderd en getoetst wordt. Waardoor vervolgens het werk van de betrokken behandelingsfunctionarissen of instellingen verbeterd en tevens ten opzichte van buitenstaanders gelegitimeerd kan worden. Praktijkgestuurd effectonderzoek (1) sluit aan bij 'wat er is', namelijk bij het ontwikkelingsniveau van de te onderzoeken interventies, (2) komt 'er niet bij', maar is ingebed in het hulpverlenend handelen en (3) 'blijft niet liggen', maar wordt benut, zowel in het primaire proces als op managementniveau.

Er worden bij praktijkgestuurd onderzoek verschillende niveaus van effectiviteit onderscheiden, die in een opklimmende reeks treden op een ladder vormen die van hoog tot laag steeds meer zekerheid over effectiviteit van jeugdzorginterventies laten zien. Bij de eerste twee niveaus gaat het erom een interventie zo goed mogelijk te beschrijven en te onderbouwen. Interventies die aan deze eisen voldoen kunnen potentieel, respectievelijk veelbelovend worden genoemd. Bij hogere niveaus gaat het er dan om daadwerkelijk te laten zien dat interventies ook gewenste uitkomsten bereiken en dat dit ook komt door de inzet van de interventie. Interventies die aan deze eisen voldoen kunnen doeltreffend of werkzaam worden genoemd. Op dat laatste niveau komen we de vertrouwde RCT weer tegen. Nu niet als startpunt van onderzoek, maar als eindpunt van een ontwikkeling waarin interventies zich steeds beter kunnen bewijzen en waarbij de kwaliteit steeds meer gaat blijken. Tabel 1 brengt de effectladder in beeld.<sup>21</sup>

Instellingen en overheden kunnen met behulp van deze ladder overeenkomen welk niveau van effectiviteit het meest gewenst en realistisch is om naar te streven. Dat niveau is geen statisch gegeven. Er kunnen afspraken gemaakt worden om in een aantal jaren van lagere naar hogere niveaus te gaan. Dit geeft richting aan de verdere ontwikkeling van een effectieve jeugdzorgpraktijk in de richting van de zo gewenste *evidence based practice*. Praktijkgestuurd effectonderzoek wordt gezien als een noemer die een veelheid aan onderzoeksopzetten kan omvatten om onderzoek te gaan doen op het niveau van keuze, hiermee kan *practice based evidence* verzameld worden. Door dit soort onderzoek kan de praktijk zich intern verder professionaliseren (het werk wordt er beter van) en zich ook extern beter profileren (het werk kan beter gelegitimeerd worden). Hierin liggen de motieven voor praktijkgestuurd effectonderzoek. Dit zijn niet toevallig dezelfde motieven die ook voor kwaliteitszorg worden genoemd. Het wetenschappelijk verantwoord zoeken naar antwoorden op de effectiviteitsvraag in de praktijk van de jeugdzorg draagt bij aan een maatschappelijk verantwoord beantwoorden van de kwaliteitsvraag.

---

<sup>21</sup> Deze effectladder alsook de beschouwing over praktijkgestuurd effectonderzoek is overgenomen uit Veerman, J.W., & Yperen, T.A. van (2006). *Wat is praktijkgestuurd effectonderzoek?* In T.A. van Yperen & J.W. Veerman (red.), *Zicht op effectiviteit. Bronnenboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg* (blz. 7-19). Utrecht/ Nijmegen: NIZW/ Praktikon. Dit bronnenboek is te downloaden van [www.jeugdinterventies.nl](http://www.jeugdinterventies.nl).

**Tabel 1. Niveaus van effectonderzoek**

Soort effect	Omschrijving	Soorten onderzoek
4. Werkzaam	Als 1 t/m 3, maar nu is er evidentie dat positieve uitkomsten veroorzaakt worden door de interventie en is er zicht op de werkzame ingrediënten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experimenteel onderzoek</li> <li>• Herhaalde case studies (N=1 designs)</li> </ul>
3. Doeltreffend	Als 1 en 2, maar nu kan empirisch worden aangetoond dat de gestelde doelen zijn bereikt, problemen afgenomen en competenties toegenomen, en cliënten tevreden zijn	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quasi-experimenteel onderzoek</li> <li>• Veranderingstheoretisch onderzoek</li> <li>• Normgerelateerd onderzoek</li> </ul>
2. Veelbelovend	Als 1, maar nu is er tevens een acceptabele interventietheorie die duidelijk maakt hoe de problemen van de doelgroep zijn ontstaan waarom de interventie de beoogde uitkomsten zal bereiken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meta-analyse</li> <li>• Literatuurstudie</li> <li>• Kennisontlokkend onderzoek</li> </ul>
1. Potentieel	De kernelementen van een interventie (doelgroep, interventie, uitkomsten) en de personele, organisatorische en materiële randvoorwaarden zijn duidelijk en begrijpelijk beschreven	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descriptief onderzoek</li> <li>• Observationeel onderzoek</li> <li>• Documentanalyse</li> <li>• Interviews</li> </ul>

### **Van meningen naar metingen**

Vraag een willekeurige functionaris in een jeugdzorginstelling of zijn instelling de juiste kinderen en gezinnen binnen de poorten haalt en hij zal zeggen dat dit *grosso modo* wel zal lukken. Vraag diezelfde functionaris of deze klanten baat hebben gehad bij de geboden hulp en hij zal zeggen dat dit gemiddeld genomen wel het geval zal zijn. Vraag hem ook nog of de klanten tevreden zijn over de geboden hulp en hij zal zeggen dat het uiteraard onmogelijk is iedereen tevreden te stellen, maar dat het merendeel van de klanten dit wel zal zijn. Vraag hem tenslotte waar hij al deze wijsheid vandaan haalt en hij zal zwijgen.

Wetenschappelijk onderbouwde kwaliteitszorg met betrekking tot de inhoud van de zorg maakt dat de gedane uitspraken niet op meningen maar op metingen zijn gebaseerd en dat bovendien aangegeven kan worden hoe men aan die uitspraken komt. Het kan zijn dat achteraf bedacht wordt dat bepaalde aspecten te veel in beeld komen of dat sommige aspecten onderbelicht zijn. Dit kan dan gecorrigeerd worden. Ook kan het voorkomen dat criteria te laag of te hoog liggen of normen te scherp zijn. Ook hier kunnen dan correcties aangebracht worden. Dit geeft het proces van kwaliteitszorg een dynamisch karakter. De wetenschappelijke onderbouwing zorgt voor een inhoudelijk optimaal en een methodisch transparant proces.

Essentieel is dat onderzoekers niet alleen geassocieerd worden met methodegestuurd onderzoek, maar vanuit een praktijkgestuurde visie ook betrokken kunnen zijn bij de ontwikkeling en implementatie van een zorgaanbod. Hiermee wordt de traditionele rol van

de op afstand analyserende en rapporterende onderzoeker uitgebreid met minder traditionele rollen, bijvoorbeeld die van adviseur, sparring partner, coach, workshopleider, etc. Het doel van deze roluitbreiding is een proces van verheldering tot stand te brengen dat leidt tot bewustwording van en reflectie op processen en producten van de zorg, dat als basis voor zinvolle kwaliteitstoetsing dient. Op deze wijze krijgt de vermaatschappelijking van het onderzoek vorm. De uitwerking van dit denkkader vergt een interactie tussen praktijkfunctionarissen en onderzoeksfunctionarissen, waarbij – net zoals bij een goede behandeling- een goede werkrelatie de beste prognose geeft voor succes. Hoe dat succes er concreet uit zal zien is afhankelijk van de inzet van de betrokkenen en van allerlei externe factoren (bijvoorbeeld vanuit het provinciaal beleid). Wel zeker is dat succes impliceert dat zowel de zorgpraktijk als het onderzoek blijvend veranderd zullen zijn en dat die verandering in de beleving van functionarissen op beide terreinen blijkt geeft van kwaliteit.

---



## GELEZEN

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

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

Een zeer inspirerend boek waarin de integratieve benadering waarvoor Došen kiest niet alleen opgaat voor zijn kijk op psychische stoornissen bij mensen met een verstandelijke handicap, maar zeker ook voor de wijze waarop hij verschillende vakgebieden en theoretische modellen met elkaar in verband brengt. Zo maakt Došen gebruik van de opvattingen van Piaget, Bowlby, Erikson, Kohlberg en Menolascino en van neurowetenschappers als Luria en Pennington. Zijn bronnen zijn zeer inspirerend en divers en vormen de opmaat tot een multidimensioneel model van persoonlijkheidsontwikkeling en emotionele ontwikkeling. Dit model vormt de ruggengraat van het boek en vormt het kader voor de hoofdstukken over o.a. diagnostiek en behandeling. Door dit stevige raamwerk is het een zeer lezenswaardig en helder boek geworden, waarbij het gebruik van de DSM-IV in de klinische LVG-praktijk toch wel een zeer beperkt systeem is, als men dit met Došen's model vergelijkt. Došen's boek is een prachtig voorbeeld van een poging om complexe problematiek niet met simplistische modellen te lijf te gaan, maar met een visie die deze complexiteit weerspiegelt maar nooit uit de bocht vliegt waardoor men door alle bomen toch nog steeds op een holistische wijze het bos blijft zien.

Een les aan de LVG-sector (die zelf erg bezig is de meervoudigheid van de LVG-problematiek in een model te vatten): "Volgens verschillende deskundigen in het veld van de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap voldoet de huidige definitie van verstandelijke handicap (verlaagd IQ en sociale aanpassingsproblemen) niet helemaal en dit roept bij de hulpverleners kritische opmerkingen op. Men wijst erop dat bij mensen met een verstandelijke handicap het niet alleen gaat om een achterstand in de cognitieve ontwikkeling en om problemen in het gedrag, maar ook om een achterstand in de ontwikkeling van verschillende andere psychosociale aspecten, zoals emotionele, sociale, seksuele, religieuze en morele aspecten. Bij de hulpverlening aan deze mensen moet men rekening houden met al deze aspecten. Deze aspecten kunnen ook een rol spelen in het ontstaan van psychiatrische stoornissen en gedragsproblemen bij deze mensen."

Hoewel Došen het vooral over verstandelijk gehandicapten met een IQ tot 70 heeft (of in termen van Piaget over personen met een cognitief niveau tót de fase van de formele denkoperaties), is het boek een must voor iedereen die in de LVG-zorg met diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen en gedragsproblemen bezighoudt. Eén van de weinige minpunten aan het boek: de drukfouten (hinderlijk bij zo'n fraaie uitgave). Aanbevolen!

AP

**Stor, P. & Storsbergen, H. (Red.). (2006). *Onveilig gehecht of een hechtingsstoornis. Het onderkennen van hechtingsproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking*. Utrecht: LKNG/NIZW Zorg/Uitgeverij Lemma BV.**  
Te downloaden: <http://www.lkng.nl/page0337.html>.

Deze publicatie is van het Landelijk KennisNetwerk Gehandicaptenzorg (LKNG) dat “bestaande kennis bundelt en deze verspreidt om zo de zorg- en dienstverlening en het beleid op het gebied van gehandicaptenzorg te verbeteren” (zie [www.lkng.nl](http://www.lkng.nl)). Het doel van de publicatie is het verspreiden van kennis over hechtingsproblematiek met als specifiek aandachtspunt: het onderkennen van deze problematiek bij kinderen met een verstandelijke beperking. Men veronderstelt dat hechtingsproblemen voor een aanzienlijk deel de hoge prevalentie van gedragsproblemen in deze groep kinderen kunnen verklaren.

Het boekje is een mooi voorbeeld om op een overzichtelijke manier (in 69 pagina's) in te gaan op vragen die vanuit de praktijk worden gesteld. Dit wordt op een wetenschappelijk verantwoorde wijze gedaan, waarbij er allereerst getracht wordt tot een duidelijk en éénduidig begrippenkader te komen. Dat dit geen eenvoudige opgave is wordt duidelijk in de toch wel complexe beschrijvingen van typen gehechtheidsrelaties, hechtingstoornissen, kwaliteit van de hechting en de relaties met ADHD, autisme, PDD-NOS, verstandelijke beperkingen, etc. De beknoptheid van de beschrijvingen en de overlap tussen de verschillende begrippen komt de leesbaarheid en de helderheid niet altijd ten goede. Het is voor de lezer opletten geblazen om een rode draad te ontdekken. Maar wellicht is dit met betrekking tot het onderwerp nog te vroeg.

Vermeldenswaardig is de aanbeveling om verschillende vormen van gehechtheidsgedrag op basis van onveilige gehechtheid of een hechtingsstoornis niet als aparte categorieën te zien maar als een continuüm. De DSM-IV schiet hierin duidelijk te kort door o.a. te weinig het hechtingsgedrag in ogenschouw te nemen. Bovendien zouden in termen van de DSM-IV kinderen met een verstandelijke beperking en kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis uitgesloten worden voor de diagnose reactieve hechtingsstoornis. Interessant is verder nog de omschrijving van het begrip intern werkmodel, ontstaan uit de verwachtingen of mentale representaties over de beschikbaarheid van de hechtingsfiguur. De opbouw van dit werkmodel zou veel meer van kinderen met een ontwikkelingsachterstand vergen, waardoor er soms sprake lijkt te zijn van een verstoorde hechting (specifiek van een 'gedesorganiseerd gehechtheidspatroon').

De samenstellers van het boekje geven zelf ook aan dat er nog veel onduidelijkheid is op het gebied van diagnostiek, behandeling en onderzoek van hechtingsproblemen. De aanbevelingen die aan het eind worden gedaan zijn daarom nog erg algemeen en daarom voor de praktijk niet altijd even bruikbaar. Zo wordt over de behandeling van hechtingsstoornissen geadviseerd “deze te richten op het bewerkstelligen van positieve interacties tussen opvoeders en kind” en dat “kinderen die agressief en/of oppositioneel gedrag vertonen ook specifiek dáárvoor behandeling moeten krijgen”(!) Ook de suggestie om bij resistent ernstig probleemgedrag een structurele gehechtheidstherapie aan te bieden, zonder verder in te gaan op deze therapievorm is wel erg gemakkelijk. Desalniettemin levert het boekje een goed overzicht van de stand van zaken met betrekking tot de hechtingsproblematiek en wordt de praktijk toch een concrete handreiking gegeven met de in de bijlagen opgenomen ‘Lijst gedragsignalen van verstoord gehechtheidsgedrag bij jonge kinderen’ van Boris & Zeanah (2005)

Boris, N.W. & Zeanah, C.H. (2005). *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood*. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry ([www.aacap.org](http://www.aacap.org)).

AP

---

## BINNENGEKOMEN

*In deze rubriek wordt naar recent verschenen publicaties verwezen die voor de LVG-sector relevant zijn.*

**Didden, R. (Red.). (2006). In perspectief. Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum. ISBN: 90 313 4565 2.**

“In perspectief is primair geschreven voor psychologen en orthopedagogen, artsen en psychiaters, psychotherapeuten, social-psychiatrisch verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, gespecialiseerde groepsleiders en andere hulpverleners die in hun dagelijks werk met deze doelgroep te maken hebben.”

**Douma, J. (2006). *Emotionele problemen en gedragsproblemen bij jongeren met verstandelijke beperkingen: Hulpbehoefte en hulp zoeken*. Dissertatie. Rotterdam: Erasmus Universiteit.**

Jongeren met verstandelijke beperkingen krijgen onvoldoende hulp bij emotionele problemen en gedragsproblemen. Deze problemen worden niet goed genoeg herkend, terwijl de kans dat deze jongeren problemen krijgen drie tot vier keer zo groot is als bij normaal begaafde leeftijdgenoten. Dit concludeert Jolanda Douma in het proefschrift waarmee zij 19 april j.l. promoveerde aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Volgens Douma voorspellen gedragsproblemen op jongere leeftijd antisociale en delinquente gedragingen vijf jaar later. Vroegtijdige interventie bij kinderen met verstandelijke beperkingen en met gedragsproblemen kan een belangrijke bijdrage leveren aan het voorkomen van toekomstige antisociale en delinquente gedragingen.

(overgenomen uit: E-zine Jeugdzorg - nummer 557, 18 april 2006)

**Koch, P. (2005). *Geen gebrek. Over psychiatrie en mensen met een verstandelijke beperking*. Bohn Stafleu van Loghum. ISBN: 90 313 4484 2**

“Geen gebrek geeft inzicht in de mensen achter de beperking. Elk hoofdstuk vertelt het unieke verhaal van een volwassene met een verstandelijke beperking die daarnaast met een psychisch problemen of gedragsstoornis kampt. De auteur, een neuroloog-psychiater, beschrijft deze verhalen vanuit een klinische invalshoek. Hierbij onderstreept hij het belang van gedragsobservaties, zorgvuldigheid bij het voorschrijven van medicatie en multidisciplinaire samenwerking in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.”

**Moonen (2006) *Verblijf, beeld en ervaringen van jongeren opgenomen in een orthopedagogisch centrum voor jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap*. Dissertatie Universiteit Utrecht. Maastricht: Datawyse. ISBN: 90-9020452-0.**

Een onderzoek waarbij de LVG-jongere nadrukkelijk zelf aan het woord komt. De centrale onderzoeksvragen waren: (i) hoe ervaart een jongere met een lichte verstandelijke beperking die opgenomen is in een LVG-instituut zijn of haar verblijf en (ii) komt de beschrijving van de ervaring van de jongere met de beschrijving van zijn of haar ervaring door de ouders, de direct betrokken persoonlijke begeleider en de direct betrokken behandelaar?