

Onderzoek & Praktijk

Dwang en Drang

Sociale informatieverwerking

Zelfinvullijst Depressieve Symptomen

Twee-sporen model

Uitdagende relaties

Gemeenten van alle markten thuis!?

**Tijdschrift van professionals die werken voor
sociaal kwetsbare mensen met cognitieve beperkingen**

Najaar 2011, jaargang 9, nr 2

Onderzoek & Praktijk

Najaar 2011
Jaargang 9 - nummer 2

Inhoud

Ponsioen	5	Voorwoord
Van Nieuwenhuijzen, Fredriks, Embregts & Kaal	6	Dwang en Drang: Verantwoord omgaan met en het afbouwen van vrijheidsbeperking in de zorg voor jongeren en jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking
Van Bokhoven, Van Nieuwenhuijzen, Embregts, Vriens & Matthys	14	Sociale informatieverwerking bij LVB jongeren binnen justitie: Welke sociale situaties leiden tot problemen?
Bassa, Hermans & Douma	24	Betrouwbaarheid en validiteit van de Zelfinvullijst Depressieve Symptomen wanneer afgenomen bij mensen met een licht verstandelijke beperking
Van Diggelen & Truyens	34	Een praktisch model voor op samenwerking gerichte begeleiding van individueel wonende cliënten met een licht verstandelijke beperking
Willems & Embregts	46	Uitdagende relaties: Werken met de omgangsstijl van begeleiders met behulp van de SIG-B
Verstegen	54	Gemeenten van alle markten thuis!?

Gelezen

55

Onderzoek & Praktijk

Tijdschrift van professionals die werken voor sociaal kwetsbare mensen met cognitieve beperkingen
is een uitgave van de stichting Landelijk Kenniscentrum LVG

Onderzoek & Praktijk verschijnt tweemaal per jaar.

Redactie:

Annematt Collot d'Escury-Koenigs
Jolanda Douma
Annie de Groot
Hendrien Kaal
Mariët van der Molen
Maroesjka van Nieuwenhuijzen
Albert Ponsioen
Hilde Tempel

Tekstcorrecties:

Mischa Vreijns
Jolanda Douma

Vermenigvuldiging:

Nezzo print en creatie – Druten
www.nezzo.nl

Correspondentie en kopij:

VOBC LVG
t.a.v. Redactie Onderzoek & Praktijk
Kaap Hoorndreef 60
3563 AV Utrecht
tel. 030-2643311
fax 030-2619532
redactie@lvgnnet.nl
www.lvgnnet.nl

VOORWOORD

Albert Ponsioen
hoofdredacteur Onderzoek & Praktijk

Zoals blijkt uit dit welgevulde najaarsnummer gaat het goed met *Onderzoek & Praktijk*. En voor het eerstvolgende nummer ligt er al weer een aantal artikelen op de plank. De stimulerende invloed van *Petri Embregts* op het onderzoekveld rond LVB is duidelijk: van drie artikelen in dit nummer is Petri mede-auteur!

Het eerste artikel van *Maroesjka van Nieuwenhuijzen* (eveneens een belangrijke onderzoeks-inspirator), *Brenda Fredriks*, *Petri Embregts* en *Hendrien Kaal*, naar het verantwoord omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen in de LVB-zorg is een mooi voorbeeld van een onderzoeksproject waarbij zorg- en onderzoeksinstellingen gezamenlijk optrekken.

In het artikel van *Irene van Bokhoven*, *Maroesjka van Nieuwenhuijzen*, *Petri Embregts*, *Aart Vriens* en *Walter Matthys* wordt de ontwikkeling van een diagnostisch instrument beschreven, gericht op de kern van LVB-problematiek: het sociaal aanpassingsvermogen.

Hanneke Bassa, *Heidi Hermans* en *Jolanda Douma* behandelen een zelfrapportage-instrument om depressieve symptomen bij mensen met een LVB in beeld te brengen. Zelfrapportage-instrumenten blijken niet bij voorbaat ongeschikt voor mensen met een LVB, zoals ook in een eerder artikel van *Jolanda Douma* en collega's werd aangetoond (zie *Onderzoek & Praktijk*, 8(1), blz. 20-28).

Bas van Diggelen en *Jos Truyens* beschrijven in hun bijdrage een methodiek om met risicovol gedrag van individueel wonende cliënten met een LVB om te gaan. Deze methodiek, gebaseerd op het Twee-sporen model, is ontwikkeld voor de opleiding voor systemische psychotherapie.

Het artikel van *Arno Willems* en *Petri Embregts* over een vragenlijst gericht op de relatie begeleider-cliënt sluit hierop enigszins aan. Bij de vragenlijst, de Schaal voor Interactief Gedrag van Begeleiders (SIG-B), wordt deze relatie vooral vanuit het perspectief van de begeleider beoordeeld.

De komende periode hebben alle instellingen die met cliënten met een LVB werken te maken met zeer ingrijpende veranderingen: de overheveling van de AWBZ naar de WMO; de decentralisatie van de jeugdzorg; de IQ-maatregel in de AWBZ; de invoering van een „houdbaar PGB“; de maatregelen op het gebied van Passend Onderwijs; de maatregelen met betrekking tot de „Wet Werk en Bijstand“ en de „Wet Werken naar Vermogen“. *Dirk Verstegen*, directeur van de VOBC, heeft deze zaken voor ons op een rijtje gezet en komt bovendien met een aantal belangrijke aanbevelingen om met deze veranderingen om te gaan.

Juist in tijden waarin door veranderingen en bezuinigingen alle aandacht en energie dreigen uit te gaan naar de primaire werkprocessen is het noodzakelijk hiervan regelmatig wat afstand te nemen door het eigen handelen kritisch te beschouwen, te onderzoeken en te beschrijven. Alleen dan kunnen wij beleidsmakers overtuigen van het feit dat het adequaat ondersteunen, begeleiden en behandelen van deze bijzonder kwetsbare groep mensen specifieke deskundigheid vereist. Wij zien uw bijdragen aan *Onderzoek & Praktijk* graag tegemoet!

**DWANG EN DRANG:
VERANTWOORD OMGAAN MET EN HET AFBOUWEN VAN
VRIJHEIDSBEPERKING IN DE ZORG VOOR JONGEREN EN
JONGVOLWASSENEN MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING**

*Maroesjka van Nieuwenhuijzen¹
Brenda Fredriks²
Petri Embregts³
Hendrien Kaal⁴*

Vrijheidsbeperkende maatregelen komen nog altijd veelvuldig voor in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. De recente casus 'Brandon' illustreert dat vrijheidsbeperkende maatregelen bij jongeren en jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking (LVB) een extra lading hebben. Vanwege complexe problematiek vallen zij onder verschillende juridische kaders. Bovendien zijn zij ondanks hun beperkingen goed in staat hun wensen kenbaar te maken. Het huidige artikel beschrijft het onderzoeksplan voor het onlangs gestarte onderzoeksproject Dwang en Drang. In het project wordt onderzocht hoe begeleiders en professionals in de zorg voor jongeren en jongvolwassenen met een LVB verantwoord kunnen omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen, gegeven de diverse juridische kaders die van toepassing zijn op jongeren en jongvolwassenen met een LVB.

Inleiding

Vrijheidsbeperkende maatregelen komen nog altijd veelvuldig voor in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2010). Omdat de wetgever geen eenduidige definitie geeft van een vrijheidsbeperkende maatregel komt in de praktijk een grote variëteit aan maatregelen voor die allen een gemeenschappelijk kenmerk hebben: de keuzevrijheid van cliënten wordt beperkt (Frederiks, 2004). Vrijheidsbeperking kan uiteen lopen van separatie, fixatie tot beperkingen in de bewegingsvrijheid van een cliënt zoals niet alleen naar buiten mogen, om 22 uur 's avonds naar bed, beperkt mogen bellen en het beperkt gebruik van internet. Het kan dus gaan om zeer ingrijpende en langdurige beperkingen, maar ook om op het eerste gezicht kleinere en minder ingrijpende beperkingen.

In het kader van het burgerschapsparadigma, waarin eigen zeggenschap van mensen met een verstandelijke beperking centraal staat (Frederiks, Van Hooren, & Moonen 2009) is het wenselijk om verantwoord om te gaan met alle vormen van vrijheidsbeperkende maatregelen en deze zoveel als mogelijk terug te dringen.

In dit artikel wordt het onderzoeksplan beschreven van het onlangs gestarte project „Dwang en Drang: verantwoord omgaan met en het afbouwen van vrijheidsbeperking in de zorg voor jongeren en

¹ Senior Onderzoeker Ontwikkelingspedagogiek, Vrije Universiteit Amsterdam; correspondentie adres: dr. M. van Nieuwenhuijzen, m.van.nieuwenhuijzen@vu.nl, Ontwikkelingspedagogiek, VU Amsterdam, Van der Boechorststraat 1, 1081 BT Amsterdam.

² Universitair Docent Gezondheidsrecht/senior onderzoeker, VUMC/EMGO+.

³ Hoogleraar Klinische & Ontwikkelingspsychologie, Tranzo, Tilburg University, Directeur Behandelinnovatie en Wetenschap, Dichterbij en Lector Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking Hogeschool Arnhem en Nijmegen.

⁴ Docent onderzoeker Hogeschool Leiden, Cluster Social Work en Toegepaste Psychologie.

jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking". Ondanks dat dit project zich nog in de opstartfase bevindt, is het van belang om ruchtbaarheid aan het onderzoek te geven. In het veld bestaat nog altijd veel onduidelijkheid over wat nu wel en niet vrijheidsbeperking is. Dit geldt vooral in de zorg voor jongeren en jongvolwassenen. Het huidige juridische kader (de Wet BOPZ) geeft niet overal een antwoord op. Op dit moment ligt het wetsvoorstel Zorg en dwang bij de Tweede Kamer. Binnen enkele weken wordt het wetsvoorstel besproken. Het kan echter nog een tijd duren voordat dit wetsvoorstel wordt geïmplementeerd. Het uitgangspunt van deze wet is dat cliënten met een verstandelijke beperking doorgaans niet in staat zijn om zelf keuzes te maken. Hoe verhoudt dat zich tot de doelgroep jongeren en jongvolwassenen? Met het project Dwang en drang beogen we een duidelijk kader aan te bieden, ter aanvulling op huidige en toekomstige wetgeving en daarbij rekening houdend met de specifieke doelgroep.

De recente casus „Brandon“ (Frederiks, 2011) illustreert dat vrijheidsbeperkende maatregelen bij jongeren en jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking (LVB) een extra lading hebben. Jongeren en jongvolwassenen met een LVB worden gekenmerkt door beperkingen in het cognitief en sociaal adaptief functioneren (AAIDD, Schalock et al., 2010). Tevens hebben ze een verhoogd risico op het ontstaan van ernstige emotionele en gedragsproblemen (Dekker, Koot, Van der Ende, & Verhulst, 2002), antisociaal en delinquent gedrag (Douma, Dekker, De Rooter, Tick, & Koot, 2007) en op psychiatrische stoornissen (Van Nieuwenhuijzen, Orobio de Castro, & Matthys, 2006). Deze bijkomende problematiek maakt de begeleiding van de jongeren en jongvolwassenen met een LVB zeer complex. Er komen vaak agressieve incidenten voor, door negatieve interacties tussen cliënt en begeleider (Embregts, Didden, Huitink, & Schreuder, 2009) en een niet-respectvolle benadering van de cliënt waardoor hij zich niet serieus genomen en erkend voelt (Kocken, 2009). Uit onderzoek bij begeleiders is gebleken dat het aanhoudende karakter van gedragsproblemen, het ontbreken van een effectieve manier om er mee om te gaan, de onvoorspelbaarheid van het gedrag en onbegrip voor het gedrag belangrijke bronnen van stress zijn (o.a. Bromley & Emerson, 1995). Stress en onmacht kunnen redenen zijn om terug te vallen op vrijheidsbeperkende maatregelen.

Ondanks hun beperkingen kunnen jongeren en jongvolwassenen met een LVB doorgaans hun wensen goed onder woorden brengen, zijn ze mondiger, willen zij op een respectvolle manier benaderd worden, en hebben zij de mogelijkheid om zich te verzetten. Gezien hun leeftijd hebben zij nog een toekomst voor zich liggen, binnen dan wel buiten de zorg. De wijze waarop vrijheidsbeperkende maatregelen worden ingezet of juist niet worden ingezet kan zeer bepalend zijn voor de toekomst van deze cliënten.

Jongeren en jongvolwassenen met een LVB verblijven niet alleen in intramurale instellingen voor zorg aan mensen met een verstandelijke beperking (VG instellingen), maar worden ook behandeld in orthopedagogische behandelcentra (OBC) en begeleid door de William Schrikker Groep. Hoewel cliënten met een LVB zich in verschillende sectoren bevinden, zijn de dilemma's die zich voordoen in de diverse sectoren overstijgend als het gaat om vrijheidsbeperking. Elke sector heeft echter zijn eigen juridische kader met eigen wetgeving over vrijheidsbeperkende maatregelen. VG instellingen hebben te maken met de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ), OBC's hebben naast de WGBO en Wet BOPZ ook te maken met de Wet op de Jeugdzorg en de WSG heeft met alle drie de kaders te maken en met het jeugdstrafrecht. Begeleiders die multidisciplinaire zorg bieden, hebben dus te maken met diverse juridische kaders. Een jongere die verblijft in een OBC kan vrijwillig zijn opgenomen door zelf in te stemmen met de opname, hij kan met een OTS zijn opgenomen (wat ook betekent dat hij nog altijd de instelling kan verlaten) dan wel via een Rechterlijke Machtiging op grond van de Wet BOPZ.

Begeleiders geven zelf aan dat het vaak heel ingewikkeld is wat nu wel en niet mag op het gebied van vrijheidsbeperking. Volgens de Wet BOPZ mag een vrijheidsbeperkende maatregel worden toegepast als er sprake is van gevaar voor de cliënt zelf of anderen. Veel cliënten vallen echter niet onder deze wet en zijn „vrijwillig“ opgenomen. Daarnaast doen zich in de praktijk van de zorg aan cliënten met een LVB diverse situaties voor die raken aan de definitie van gevaar: cliënten die agressief zijn, cliënten die beïnvloedbaar zijn door anderen of cliënten die op het verkeerde pad zijn beland, onzure types of minderjarigen die komen logeren, roken, drugsgebruik, alcoholmisbruik, seksueel grensoverschrijdend gedrag. Begeleiders vragen regelmatig „Wat doen we hiermee?“. Ze weten lang niet altijd hoe ze moeten omgaan met deze situaties. Vanuit het werkveld is er dus een dringende behoefte aan eenduidigheid en vooral handvatten hoe om te gaan met vrijheidsbeperking.

Doelstelling

Het doel van dit onlangs gestarte project is het inzichtelijk maken van het juridische kader voor de zorg aan jongeren en jongvolwassenen met een LVB, door de diverse (huidige en toekomstige) wetten naast elkaar te leggen en te vergelijken op het thema vrijheidsbeperking/Dwang en Drang. Daarbij ontstaat een aanzet voor een eenduidig en overstijgend begrippenkader dat een houvast kan bieden aan begeleiders die werken met cliënten binnen een of meerdere juridische kaders.

Het tweede doel is om in nauw overleg met het veld het juridische begrippenkader nader in te vullen dan wel te vereenvoudigen voor begeleiders in het veld. Hierbij wordt de beleving van zowel de begeleider als de jongeren en jongvolwassenen centraal gesteld. In het huidige juridische kader wordt geen eenduidige terminologie gebezigd, bevoegdheden van begeleiders variëren evenals de juridische grondslag voor vrijheidsbeperking. In overleg met begeleiders maar vooral ook met cliënten kan inzichtelijk worden gemaakt wat daadwerkelijk onder vrijheidsbeperking wordt verstaan.

Een derde doel is om de huidige kwaliteitscriteria (Abma, Frederiks et al 2006a) die er nu liggen voor de VG sector aan te vullen, te vertalen en te verdiepen voor de zorg aan jongeren en jongvolwassenen met een LVB. Daarbij ligt de nadruk op de criteria „deskundigheid van de hulpverlener“ en „communicatie tussen hulpverlener en cliënt“.

Een vierde doel is om de specifieke kwaliteitscriteria voor de LVB-doelgroep om te zetten in praktische adviezen/richtlijnen voor begeleiders. Op basis van de ontwikkelde criteria zullen met begeleiders en cliënten diepte-interviews gehouden worden, om te komen tot concrete handvatten voor begeleiders. Daarnaast wordt de informatie ook voor cliënten vertaald, zodat zij in gesprek kunnen gaan met hun begeleiders over het thema vrijheidsbeperking/Dwang en Drang..

Onderzoeksvragen

De eerste hoofdvraag in dit onderzoek luidt: „Hoe kunnen begeleiders en professionals in de zorg voor jongeren en jongvolwassenen met een LVB verantwoord omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen, gegeven de diverse juridische kaders die van toepassing zijn op jongeren en jongvolwassenen met een LVB?“ Subvragen zijn: 1a) Wat zeggen de diverse juridische kaders binnen de zorg voor jongeren en jongvolwassenen met een LVB over vrijheidsbeperking? 1b) Wat wordt door de begeleiders en jongeren en jongvolwassenen met een LVB verstaan onder vrijheidsbeperkende maatregelen? 1c) Welke kwaliteitscriteria zijn van toepassing binnen de zorg voor jongeren en jongvolwassenen met een LVB als het gaat om de toepassing van vrijheidsbeperking? Een tweede hoofdvraag luidt: „Hoe kunnen deze concreet ingevuld worden, in het bijzonder de bestaande criteria deskundigheid en communicatie, zodat begeleiders handvatten krijgen aangereikt voor hun professionele handelen?“ Met nu als subvragen: 2a) Welke factoren spelen een rol bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen, en welke impact heeft dit op de

begeleiders? 2b) Welke gevolgen hebben vrijheidsbeperkende maatregelen voor de interactie tussen cliënt en begeleider?

Deelprojecten

De onderzoeksvragen worden beantwoord door drie onderzoeksprojecten die uitgevoerd worden in gezamenlijkheid van een consortium bestaande uit Hogeschool Leiden (penvoerder), de werkveldinstellingen Dichterbij, OBC De La Salle, William Schrikker Groep, en het LKC LVG, en de kennisinstellingen VU Ontwikkelingspsychologie, VUMC/EMGO+ Gezondheidsrecht, Tilburg University, en het NIVEL. Met de samenwerking met deze werkveldinstellingen includeren we zowel jongeren als jongvolwassenen met een LVB binnen verblijf en behandelinstellingen. Jongvolwassenen in verblijfinstelling (Dichterbij), jongeren en jongvolwassenen in behandelinstelling (De La Salle), en jongeren en jongvolwassenen met een onder toezichtstelling die onder toezicht van voogd verblijvend of behandeld in diverse instellingen verblijven of behandeld worden (WSG). Al deze instellingen begeleiden en/of behandelen jongeren met een LVB en zijn op zoek naar handvatten voor hun medewerkers hoe om te gaan met dwang en drang en vrijheidsbeperkende maatregelen.

In project 1 wordt een juridische analyse gemaakt van de verschillende juridische kaders. Vervolgens wordt onderzocht wat begeleiders en cliënten verstaan onder vrijheidsbeperking en zullen criteria worden ontwikkeld voor het omgaan met vrijheidsbeperking door platformbijeekkomsten te organiseren met zowel begeleiders als cliënten van praktijkinstellingen. In project 2 wordt door interviews onderzocht wanneer en waarom begeleiders maatregelen toepassen, en welke deskundigheid een begeleider nodig heeft om een maatregel verantwoord uit te voeren. In project 3 wordt door interviews met cliënten onderzocht op welke manier de communicatie van begeleiders over het uitvoeren van een maatregel invloed heeft op de cliënt.

Deelproject 1 Juridische kaders en het ontwikkelen van kwaliteitscriteria

Juridische kaders

Voordat we in gesprek gaan met het veld, wordt eerst door middel van literatuuronderzoek een overzicht gegeven van de huidige juridische kaders ten aanzien van de toepassing van vrijheidsbeperking bij mensen met een LVB. In dit deelproject worden ook huidige richtlijnen uit het veld (van beroepsgroepen en bijvoorbeeld de VOBC LVG meegenomen). De insteek van dit literatuuronderzoek is de rol van de begeleider (wat zijn de bevoegdheden en verantwoordelijkheden) en de rechtspositie van de cliënt (de rechten en plichten van de cliënt). De uitkomsten van dit deelproject vormen de start van het gehele onderzoek. De begeleiders krijgen door middel van dit deelproject een juridisch kader aangeboden voor het omgaan met vrijheidsbeperking.

Ontwikkelen criteria

Het uitgangspunt voor dit deel van project 1 vormen de huidige kwaliteitscriteria voor vrijheidsbeperking in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (Abma et al., 2006a). Aangezien begeleiders die werken met cliënten met een LVB niet goed uit de voeten kunnen met de huidige kwaliteitscriteria voor omgang met vrijheidsbeperkende maatregelen en de doelgroep wordt gekenmerkt door specifieke kenmerken die aanpassing vereisen van de kwaliteitscriteria, worden in het project Dwang en Drang verschillende methoden ingezet om tot een aangepaste versie te komen.

In een eerste fase worden interviews gehouden met sleutelfiguren afkomstig uit de betrokken instellingen van de consortiumleden. Vervolgens worden drie discussiebijeekkomsten van twee platforms (een bestaande uit hulpverleners, en een bestaande uit cliënten) op instellingsniveau gehouden. Het platform heeft als taak om knelpunten rondom de toepassing van vrijheidsbeperking in kaart te brengen en bekijkt welke oplossingen voorhanden zijn om deze knelpunten op te lossen. De

inbreng van de eigen ervaringen en ideeën van verschillende hulpverleners en cliënten is relevant voor de inhoud van de discussies.

In een tweede fase worden de voorlopig geformuleerde kwaliteitscriteria voorgelegd aan het bestaande onderzoekspanel Verpleging en Verzorging van het NIVEL (het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg); in het bijzonder het deelpanel sociaal agogische begeleiders en verpleegkundigen in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Het is interessant om te zien hoe medewerkers uit de sector zorg voor mensen met een verstandelijke beperking in 2011/2012 tegen vrijheidsbeperking aankijken en of zij zich kunnen vinden in de kwaliteitscriteria die uit fase 1 naar voren komen. In de vragen, die worden voorgelegd aan het panel, ligt de nadruk op de LVB doelgroep.

Deelproject 2: Begeleiders

Nadat de criteria zijn uitgewerkt, wordt empirisch onderzoek verricht. In alle deelnemende instellingen worden bij begeleiders, jongeren en jongvolwassenen interviews afgenomen. De interviews zullen o.a. betrekking hebben op de impact van vrijheidsbeperking voor zowel de begeleider als de cliënt, alternatieven, en concreet handelen. De focus ligt op enerzijds deskundigheid die nodig is ten aanzien van de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen en vooral de afname van vrijheidsbeperking en anderzijds op de wijze waarop een begeleider communiceert met een cliënt over de inzet en afname van vrijheidsbeperking. De meerwaarde van beide deelprojecten is dat persoonlijk met cliënten in gesprek wordt gegaan over het thema vrijheidsbeperking. Gezien de impact die deze gesprekken kunnen hebben op cliënten, worden de interviews uitgevoerd door vooraf getrainde en geïnstrueerde onderzoekers. Ook wordt door zowel de interviewers als de persoonlijk begeleiders gemonitord dat cliënten ook na afloop van de bijeenkomst de ruimte krijgen om over de thematiek door te praten of op een later moment terug te komen op de interviews.

Embregts (2011) stelt dat van begeleiders die omgaan met mensen met verstandelijke beperking en complexe hulpvragen, specifieke kwaliteiten en vaardigheden worden gevraagd teneinde zowel in medemenselijke relatie met de cliënt te staan als intentioneel te handelen om een beter perspectief voor deze cliënten te realiseren. Met andere woorden, het is moeilijk om op een menselijke, maar ook effectieve wijze te handelen. Op basis van eerder onderzoek weten we dat gedrag van begeleiders bijdraagt aan het voortduren en soms zelfs aan het ontstaan van gedragsproblemen bij cliënten met een verstandelijke beperking (e.g., Embregts et al., 2009; Hastings, 1997; Hastings & Remington, 1994). Andersom hebben de gedragsproblemen van cliënten invloed op het emotionele welzijn en handelen van begeleiders en veroorzaken verschillende emotionele reacties bij begeleiders zoals angst, boosheid en ergernis (Bromley & Emerson, 1995; Hastings, 1995; Hatton, Brown, Caine, & Emerson, 1995).

Wanneer begeleiders zich bedreigd voelen door het gedrag van hun cliënten, is de kans aanzienlijk kleiner dat begeleidingsafspraken correct worden uitgevoerd (Allen & Tynan, 2000). Wanneer begeleiders begeleidingsafspraken inadequaat toepassen, dan liggen hier in elk geval drie factoren aan ten grondslag (McGill, Bradshaw, & Hughes, 2007). Allereerst kan er sprake zijn van een gebrek aan kennis bij begeleiders over het gedrag van cliënten. Ten tweede komt het voor dat begeleiders inaccurate opvattingen hebben over de oorzaken van het gedrag van cliënten. Ten slotte speelt de mate van negatieve emoties bij begeleiders een rol in het handelen van begeleiders. In dit project wordt allereerst nagegaan welke kennis men heeft over het optreden en de oorzaken van gedrag, welke emoties zij ervaren waardoor men besluit tot vrijheidsbeperkende maatregelen en waarom men vrijheidsbeperkende maatregelen toepast, de impact hiervan op begeleiders en welke alternatieven zij zien. Deze vragen worden beantwoord door kwalitatieve, semigestructureerde interviews af te nemen aan de hand van een interviewgids bij 24 begeleiders die werken met mensen met een LVB en regelmatig vrijheidsbeperkende maatregelen uitvoeren (vgl. Embregts, & Hendriks, 2011).

Deelproject 3: Cliënten

Uit onderzoek is bekend dat er vaak agressieve incidenten voorkomen, door negatieve interacties tussen cliënt en begeleider (Embregts, Didden, Huitink, & Schreuder, 2009; Hastings, 1997; Hastings & Remington, 1994) en een niet-respectvolle benadering van de cliënt waardoor hij zich niet serieus genomen en erkend voelt (Kocken, 2009). Negatieve interacties en daarbij behorende emoties zijn van invloed op de sociale informatieverwerking (SIV) van een persoon, zoals waarnemen en interpretatie van sociale informatie, het bedenken van een oplossing, deze evalueren en uitvoeren (Crick & Dodge, 1994). Onderzoek toont aan dat sociale informatieverwerking invloed heeft op het ontstaan van agressief gedrag van jongeren met een LVB (o.a. Van Nieuwenhuijzen et al., 2009). De vraag is hoe interacties met begeleiders tijdens de inzet en afname van een vrijheidsbeperkende maatregel een rol spelen in de SIV van jongeren met een LVB.

Roeleveld, Embregts, Hendriks en Van den Bogaard (2011) hebben onderzocht welke competenties mensen met een LVB zelf belangrijk vinden voor een begeleider in de zorg. In samenwerking met mensen met een LVB zijn individuele interviews afgenomen en focusgroepen gehouden om de meningen en ervaringen van mensen met een LVB in kaart te brengen. Resultaten van dit onderzoek laten zien dat het opbouwen van een relatie, ondersteunen, communiceren en kennis hebben over de cliënt als belangrijk worden beschouwd. Deze factoren komen deels overeen met de kwaliteitscriteria voor het omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen: communicatie en deskundigheid van de begeleiders (Abma et al., 2006b).

Dit deelproject heeft als doel te onderzoeken wat de impact is van een vrijheidsbeperkende maatregel op de SIV van de cliënt, hoe begeleiders communiceren met een cliënt over de inzet en afname van vrijheidsbeperking, en hoe dit volgens de cliënt anders kan. In de eerste fase van dit project wordt middels interviews met begeleiders en cliënten onderzocht hoe begeleiders communiceren met een cliënt over de inzet en afname van vrijheidsbeperking en hoe dit anders kan. Hierbij wordt ook gebruik gemaakt van de kennis uit de platforms van Deelproject 1. Aan de hand van deze informatie wordt een aantal situaties vastgesteld waarin het uitvoeren van een vrijheidsbeperkende maatregel tot een probleemsituatie leidt en welke situaties niet tot probleemsituaties leiden. Vervolgens worden deze situaties voorgelegd aan cliënten en wordt gevraagd hoe zij zich in een dergelijke situatie zouden voelen, hoe ze de situatie waarnemen en interpreteren en wat ze vervolgens zouden doen. Op deze manier kan worden onderzocht wat de relatie is tussen communicatie tussen begeleider en cliënt enerzijds en SIV van de cliënt anderzijds.

Het doel van het gehele project is te onderzoeken hoe begeleiders en professionals in de zorg voor jongeren en jongvolwassenen met een LVB verantwoord kunnen omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen, gegeven de diverse juridische kaders die van toepassing zijn op jongeren en jongvolwassenen met een LVB. Het onderzoeksproject zal naar verwachting de volgende resultaten opleveren:

1. meer en beter inzicht in de juridische kaders die van toepassing zijn binnen de zorg voor jongeren (12-18 jaar) en jongvolwassenen (18-23 jaar) met een LVB.
2. nadere vulling van relevante juridische begrippen ten aanzien van vrijheidsbeperking in overleg met en afgestemd op de praktijk.
3. heel concrete vertaling van de huidige criteria naar de specifieke doelgroep LVB. Deze criteria kunnen vervolgens bijdragen aan het vergroten van de bewustwording van cliënten en medewerkers waar het gaat om vrijheidsbeperking.
4. concrete handvatten voor begeleiders over het omgaan met vrijheid beperkende maatregelen.

Dit onderzoeksproject wordt gefinancierd door SIA-Raak en de consortiumpartners Dichterbij, WSG, OBC De La Salle, LKC LVG, VU en VUMC. Het project loopt van 1 oktober 2011 tot 1 oktober 2013.

Literatuurlijst

- Abma, T. A., Frederiks, B. J. M., Hooren, R. H. van, Widdershoven, G. A. M., Wijmen, F. C. B. van., & Curfs, L. M. G. (2006a). *Kwaliteitscriteria voor vrijheidsbeperking in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Abma, T. A., Frederiks, B. J. M., Hooren, R. H. van, Widdershoven, G. A. M., Wijmen, F. C. B. van., & Curfs, L. M. G. (2006b). Schipperen tussen niet helpen en overrulen: Kwaliteitscriteria voor vrijheidsbeperking van mensen met verstandelijke beperkingen. *Journal Ggz en Recht*, 2(8), 171-175.
- Allen, D., & Tynan, H. (2000). Responding to aggressive behaviour: Impact of training on staff members' knowledge and confidence. *Mental Retardation*, 38, 97-104.
- Bromley, J., & Emerson, E. (1995). Beliefs and emotional reactions of care staff working with people with challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 39, 341-352.
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1996). A review and reformulation of social information processing mechanism in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.
- Dekker, M. C., & Koot, H. M. (2003). DSM-IV disorders in children with borderline to moderate intellectual disability. II: Child and family predictors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 923-931.
- Douma, J. C. H., Dekker, M. C., Ruiters, K. P. de, Tick, N. T., & Koot, H. M. (2007). Antisocial and delinquent behaviors in youths with mild or borderline disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 112, 207-220.
- Embregts, P. J. C. M. (2011). *Zien, bewogen worden, in beweging komen*. Tilburg: Prismaprint, Tilburg University.
- Embregts, P. J. C. M., Didden, R., Huitink, C., & Schreuder, N. (2009). Contextual variables affecting aggressive behaviour in individuals with mild to borderline intellectual disabilities who live in a residential facility. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53, 255-264.
- Embregts, P. J. C. M., & Hendriks, L. (2011). *Menslievende professionalisering in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking: Aansluiten bij cliënten en hun ouders*. Arnhem: HAN University Press.
- Frederiks, B. J. M. (2004). *De rechtspositie van mensen met een verstandelijke handicap: Van beperking naar ontplooiing*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Frederiks, B. J. M. (2011). Juridische houdbaarheid van vrijheidsbeperking rammelt: Brandon is meer dan een gevaar. *Medisch Contact*, 66, 548-551.
- Frederiks, B. J. M., Widdershoven, G. A. M., Wijmen, F. C. B., van., & Curfs, L. M. G. (2005). Vrijheidsbeperking in de verstandelijk gehandicaptenzorg: Een aanzet tot systematisering. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Verstandelijk Gehandicapten*, 31, 18-35.
- Hastings, R. P. (1995). Understanding factors that influence staff responses to challenging behaviours: An exploratory interview study. *Mental Handicap Research*, 8, 296-320.
- Hastings, R. P. (1997). Staff beliefs about the challenging behaviours of children and adults with mental retardation. *Clinical Psychology Review*, 17, 775-790.
- Hastings, R. P., & Remington, B. (1994). Rules of engagement: Towards an analysis of staff responses to challenging behavior. *Research in Developmental Disabilities*, 15, 279-298.
- Hatton, C., Brown, R., Caine, A., & Emerson, E. (1995). Stressors, coping strategies and stress-related outcomes among direct care staff in staffed houses for people with learning disabilities. *Mental Handicap Research*, 8, 252-271.
- Kocken, G. (2009). Werkt de dialoog bij jongeren met een lichte verstandelijke beperking (LVB)? *Onderzoek & Praktijk*, 7(1), 15-19.
- McGill, P., Bradshaw, J., & Hughes, A. (2007). Impact of extended education/training in positive behaviour support on staff knowledge, causal attributions and emotional responses. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 41-51.
- Nieuwenhuijzen, M. van, Bijman, E. R., Lamberix, I. C. W., Wijnroks, L., Orobio de Castro, B., Vermeer, A., & Matthys, W. (2005). Do children do what they say? Responses to hypothetical and real-life social problems in children with mild intellectual disabilities and behaviour problems. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 419-433.
- Nieuwenhuijzen, M. van, Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2006). *LVG jeugdigen: Specifieke problematiek en behandeling*. Utrecht: Universiteit Utrecht / Landelijk Kenniscentrum LVG.

- Nieuwenhuijzen, M. van, Orobio de Castro, B., Valk, I. van der, Wijnroks, L., Vermeer, A., & Matthys, W. (2006). Do social information processing models explain aggressive behaviour by children with mild intellectual disabilities in residential care? *Journal of Intellectual Disability Research, 50*, 801-812.
- Nieuwenhuijzen, M. van, Orobio de Castro, B., Wijnroks, L., Vermeer, A., & Matthys, W. (2004). The relations between intellectual disabilities, social information processing, and behavior problems. *European Journal of Developmental Psychology, 1*, 215-229.
- Nieuwenhuijzen, M. van, Orobio de Castro, B., Wijnroks, L., Vermeer, A., & Matthys, W. (2009). Social problem solving and mild intellectual disabilities: Relations with externalizing behavior and therapeutic context. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 114*, 42-51.
- Roeleveld, E., Embregts, P., Hendriks, L., & Bogaard, K. van den (2011). Zie mij als mens! Noodzakelijke competenties voor begeleiders volgens mensen met een verstandelijke beperking. In P. Embregts, & L. Hendriks (Red.), *Menslievende professionalisering in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking: Aansluiten bij cliënten en hun ouders* (pp. 41-60). Arnhem: HAN University Press.
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., . . . Yeager, M. H. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification and systems of supports* (11th Edition). Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
-

**SOCIALE INFORMATIEVERWERKING
BIJ LVB JONGEREN BINNEN JUSTITIE:
WELKE SOCIALE SITUATIES LEIDEN TOT PROBLEMEN?**

*Irene van Bokhoven¹
Maroesjka van Nieuwenhuijzen²
Petri Embregts³
Aart Vriens⁴
Walter Matthys⁵*

Hoewel een groot aantal jongeren met een licht verstandelijke beperking binnen het justitiële systeem verblijft, ontbreekt het de professionals aan kennis over deze groep. Het is noodzakelijk dat jongeren met een LVB tijdig worden herkend als bijzondere groep, zodat in een vroeg stadium de juiste begeleiding en behandeling geboden kan worden die aansluit op hun vaardigheden en beperkingen. In dit artikel wordt de ontwikkeling beschreven van een diagnostisch instrument voor jongeren met een LVB binnen het justitiële systeem, waarmee de competenties en beperkingen van deze groep jongeren in kaart kunnen worden gebracht.

Inleiding

Jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB) hebben problemen zich aan te passen in sociale situaties in relatie met anderen. Zij vertonen meer agressieve gedragsproblemen (Dekker, Koot, Van der Ende, & Verhulst, 2002), en laten vaker antisociaal en delinquent gedrag zien dan hun leeftijdsgenoten met gemiddelde intelligentie (Douma, Dekker, De Ruiter, Tick, & Koot, 2006). Daarnaast tonen zowel nationale als internationale studies aan dat bijna 30 tot 40 % van de jongeren met een LVB een psychiatrische stoornis heeft (Stoll, Bruinsma, & Konijn, 2004; Van Nieuwenhuijzen, Orobio de Castro, & Matthys, 2006). Bovendien komen veel van de jongeren met een LVB en gedragsproblematiek uit multi-problem gezinnen (De Beer, 2010; Dekker & Koot, 2003; Drost, 2010; VOBC LVG, 2009).

Een groot aantal van deze jongeren komt terecht in het justitiële systeem. In geval van ernstige problematiek en crisissituaties kan de kinderrechter een machtiging Gesloten Jeugdzorg opleggen voor behandeling in gesloten setting (civielrechtelijke plaatsing). Wanneer een strafbaar feit wordt gepleegd, kan de kinderrechter een straf opleggen zoals jeugddetentie in een justitiële jeugdinstituting (JJI), of een maatregel opleggen voor behandeling. In het laatste geval wordt gesproken van plaatsing in een inrichting voor jeugdigen (PIJ) (strafrechtelijke plaatsing).

¹ Post doc onderzoeker Ontwikkelingspedagogiek, VU Amsterdam; correspondentie adres: Dr. I. van Bokhoven, i.van.bokhoven@vu.nl, Ontwikkelingspedagogiek, VU Amsterdam, Van der Boechorststraat 1, 1081 BT Amsterdam.

² Senior Onderzoeker Ontwikkelingspedagogiek, VU Amsterdam.

³ Hoogleraar Klinische & Ontwikkelingspsychologie, Tranzo, Tilburg University, Directeur Behandelinnovatie en Wetenschap, Dichterbij en Lector Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking Hogeschool Arnhem en Nijmegen.

⁴ GZ-psycholoog, De Bascule, Academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie.

⁵ Hoogleraar Agressie bij kinderen, Kinder- en Jeugdpsychiatrie, UMC Utrecht.

Er is weinig bekend over de prevalentie van jongeren met een LVB binnen het justitiële systeem. Twee internationale studies rapporteren percentages van 34% voor jongvolwassen mannen (Herrington, 2009) en 70% voor adolescenten in jeugddetentie (Kroll et al., 2002). Voor de Nederlandse situatie zijn er indicaties dat de prevalentie ligt tussen de 35% (in JJI; Spaans, 2005) en 45% (PIJ maatregel; Brand & Van den Hurk, 2008; Lenssen, 2000). Recent literatuuronderzoek naar de prevalentie van mensen met een LVB in justitiële instellingen geeft geen exacte cijfers, maar concludeert dat jongeren met een LVB oververtegenwoordigd zijn in het Nederlandse justitiële systeem (Kaal, 2010). Daarnaast zijn er binnen de Gesloten Jeugdzorg ruim 1400 plaatsen beschikbaar, waarvan 342 specifiek voor jongeren met een LVB (Jeugdzorg Plus, 2010). Dit betekent dat ongeveer een kwart van de jongeren in JeugdzorgPlus een LVB heeft. Dit is vergelijkbaar met het percentage jongeren met een LVB dat voorheen in een JJI verbleef vanwege een crisisplaatsing (19%; Boendermaker, Eijgenraam, & Geurts, 2004).

Hoewel de groep jongeren met een LVB binnen het justitiële systeem de afgelopen jaren sterk is toegenomen, zijn de specifieke zorgvoorzieningen waar deze groep behoefte aan heeft hier nog niet op aangepast. Het ontbreekt professionals binnen zowel het strafrechtelijk kader als binnen de gesloten jeugdzorg aan kennis en deskundigheid wat betreft jongeren met een LVB. Daarnaast is er een tekort aan expertise op het gebied van adequate interventies, welke nodig is voor het begeleiden van jongeren met een LVB en gedragsproblemen (Algemene Rekenkamer, 2007; Gezamenlijke Inspecties, 2007; Raad voor de Straftoepassing en Jeugdbescherming, 2011). Bovendien is het regime niet gericht op mensen met een verstandelijke beperking en andere problematiek, en wordt er geen standaard screening naar LVB gedaan. Hierdoor wordt de LVB niet tijdig herkend en krijgen zij daardoor niet altijd de juiste begeleiding en behandeling (Raad voor de Straftoepassing en Jeugdbescherming, 2008, 2011; Kaal, Van Ooyen-Houben, Ganpat, & Wits, 2009). De Raad voor de Straftoepassing en Jeugdbescherming heeft dan ook herhaaldelijk geconcludeerd dat expertise en een aangepast milieu nodig is voor jongeren met een LVB in gesloten instellingen (2008, 2011).

Het is noodzakelijk dat jongeren met een LVB tijdig worden herkend als bijzondere groep, zodat in een vroeg stadium de juiste begeleiding en behandeling geboden kan worden, die aansluit op hun vaardigheden en beperkingen. Om een licht verstandelijke beperking te herkennen volstaat een intelligentieonderzoek niet; andere diagnostische instrumenten zijn nodig om vaardigheden en beperkingen vast te stellen, met name op het gebied van het sociaal aanpassingsvermogen. Momenteel lopen er diverse onderzoeken naar screeningsinstrumenten waarmee op een snelle manier een indicatie verkregen kan worden voor het hebben van een LVB (o.a. bij de Universiteit van Amsterdam door Xavier Moonen en collega's en door Annematt Collot d'Escury). Een indicatie voor een LVB geeft echter nog geen aanknopingspunten voor de behandeling. Er is in de praktijk grote behoefte aan een diagnostisch instrument dat vaardigheden en beperkingen kan vaststellen en daarmee ook aanwijzingen geeft voor behandeling. Het doel van dit project is het ontwikkelen van een diagnostisch instrument voor jongeren met een LVB binnen het justitiële systeem, waarmee de competenties en beperkingen van deze jongeren op het gebied van sociale informatieverwerking (SIV) in kaart kunnen worden gebracht.

Kenmerken van LVB

Tot voor kort werden mensen met een LVB slechts gekenmerkt door hun IQ, maar de laatste twee decennia wordt het adaptief functioneren algemeen geaccepteerd als een evenzo belangrijk kenmerk van LVB. Volgens de definitie van de American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD; Shalock et al., 2010) hebben mensen met een LVB beperkingen in zowel cognitief als adaptief functioneren (communicatie, sociale vaardigheden en vaardigheden om zelfstandig te wonen). In de Nederlandse situatie is sprake van een licht verstandelijke beperking bij

een IQ tussen de 50 en 70 of bij een IQ tussen de 70 en 85, mits daarbij beperkingen aanwezig zijn in het sociale aanpassingsvermogen (Jansen, Leeman, & Verstegen, 2009; Ministerie van VWS, 2006).

Om sociaal adaptief te kunnen functioneren zijn complexe sociaal-cognitieve vaardigheden nodig. Uitgebreid onderzoek bij normaal begaafde jongeren heeft aangetoond dat de mate waarin jongeren adaptief of problematisch sociaal gedrag vertonen, afhangt van een aantal sociaal-cognitieve processen, zogenaamde sociale informatieverwerking (SIV) (o.a. Crick & Dodge, 1994; Dodge & Pettit, 2003). In een sociale situatie wordt sociale informatie waargenomen en gedrag van anderen geïnterpreteerd. Vervolgens worden oplossingen voor een probleem gegenereerd. Na evaluatie wordt een oplossing geselecteerd en uitgevoerd. Elke stap heeft invloed op de volgende en het verloop van deze processen hangt af van eerdere ervaringen en emoties. Verstoringen in dit proces leiden tot problematisch functioneren.

Inadequate SIV blijkt ook een belangrijke rol te spelen bij het ontstaan van gedragsproblemen van jongeren met een LVB (Leffert & Siperstein, 1996; Van Nieuwenhuijzen et al., 2009a). Jongeren met een LVB verschillen van hun leeftijdgenoten in SIV; ze nemen meer negatieve informatie waar, en hebben minder assertieve, maar meer submissieve en agressieve probleem oplossingsvaardigheden (Van Nieuwenhuijzen et al., 2004, 2005). Bovendien kan agressief en externaliserend gedrag van jongeren met een LVB voorspeld worden door waarnemen van negatieve informatie, vijandige intentie attributie, agressieve responsgeneratie, negatieve evaluatie van assertieve responsen en een gebrek aan inhibitie (Embregts & Van Nieuwenhuijzen, 2009; Van Nieuwenhuijzen et al., 2006, 2009a, 2009b).

Diagnostisch Instrument

Omdat gebleken is dat SIV een rol speelt bij het ontstaan van agressieve gedragsproblemen en de SIV-theorie duidelijke aanknopingspunten biedt voor diagnostiek en behandeling, is het van belang om in de diagnostiek aandacht te besteden aan SIV. Kinderen hebben dagelijks met sociale problemen te maken, zoals het niet uitgenodigd worden op een feestje, door een ander kind geduwd worden of verliezen bij een spel. Deze situaties van benadeling en competitie zijn voor kinderen met gedragsstoornissen een groot probleem (Matthys et al., 2001). In de traditie van onderzoek naar de SIV-theorie, worden sociale informatieverwerking en probleemoplossingsvaardigheden dan ook meestal vastgesteld door vragen te stellen over hypothetische probleemsituaties. De problematische situaties worden meestal hardop voorgelezen via audio- of videovignetten, of worden door plaatjes uitgebeeld. Deze procedures geven informatie over SIV en sociale probleemoplossingsvaardigheden van kinderen door hen te laten reflecteren op hun gedrag in de sociale context met leeftijdgenoten. Onderzoek met kinderen en jongeren met een LVB waarin videovignetten zijn gebruikt om het echte leven zoveel mogelijk na te bootsen, heeft aangetoond dat de uitgebeelde situaties in videovignetten samenhangen met geobserveerde realistische probleemsituaties (Van Nieuwenhuijzen et al., 2005). Tevens heeft onderzoek aangetoond dat deze methode onderscheid kan maken tussen kinderen en jongeren met een LVB en normaal begaafde jongeren in de leeftijd van 10-14 jaar (Van Nieuwenhuijzen et al., 2004).

Met het instrument dat Van Nieuwenhuijzen en collegae hebben gebruikt is het mogelijk om de SIV-stappen en sociale probleemsituaties te onderscheiden voor kinderen en jongeren met een LVB. Voor behandeldoeleinden is het echter ook van belang om kennis te verkrijgen over de individuele competenties van jongeren aangaande de SIV. Omdat kinderen en jongeren met een LVB selectieve aandachtsproblemen hebben als de eisen van een taak of het aantal taken toeneemt (Tomprowski & Tinsley, 1997) veronderstellen we dat: 1) hypothetische situaties moeten variëren in de hoeveelheid en moeilijkheid van de gepresenteerde informatie in de hypothetische situaties, en 2) taken moeten worden toegevoegd die basisvaardigheden meten, die nodig zijn voor of gerelateerd zijn aan het

verwerken van sociale informatie. Met deze twee veronderstellingen is de Sociale Informatie VerwerkingsTest (SIVT) ontwikkeld (Scheepmaker, Vriens, & Van Nieuwenhuijzen, 2008). Onderzoek naar dit instrument laat zien dat het onderscheid maakt tussen kinderen en jongeren met en zonder LVB in de leeftijd van 8 tot 13 jaar (Van Nieuwenhuijzen, Vriens, Scheepmaker, Smit, & Porton, 2011) en dat de cognitieve vaardigheden gerelateerd zijn aan SIV (Van Nieuwenhuijzen & Vriens, 2011). Kinderen met een LVB worden gekenmerkt door het gebruik van interpretaties bij het encoderen van informatie, een klein response repertoire, positieve evaluatie van submissieve maar geen assertieve oplossingen, en selectie van agressieve oplossingen. Bovendien hebben ze meer problemen met perspectief nemen, probleem herkenning, interpretatie in het algemeen, inhibitie, werkgeheugen en emotie herkenning, dan kinderen zonder een LVB.

Huidige studie

De SIVT als diagnostisch instrument lijkt dus veelbelovend te zijn voor het vaststellen van vaardigheden van kinderen en jongeren met een LVB. Voor gebruik in het justitiële systeem behoeft het echter een aantal aanpassingen. De jongeren binnen het justitiële systeem verschillen op een aantal punten van de deelnemers van voorgaande studies waar gebruik werd gemaakt van de SIVT, vooral in leeftijd, aard van gedragsproblematiek en sociale context. De belangrijkste aanpassing betreft de hypothetische situaties. Zowel jongeren met als jongeren zonder een LVB moeten zich in de uitgebeelde situaties herkennen om zich te kunnen inleven en te kunnen aangeven hoe zij in een dergelijke situatie zouden reageren. De videofragmenten in de SIVT zijn ontwikkeld voor kinderen op basis van onderzoek naar probleemsituaties (Matthys, Maassen, Cuperus, & Van Engeland, 2001). Vanwege de specifieke ontwikkelingstaken in de adolescentie (De Wit, Van der Veer, & Slot, 1995), kan verwacht worden dat jongeren in de huidige studie sociale problemen ervaren in ander soort situaties. Daarom is in deze studie onderzocht welke thema's en sociale situaties problemen opleveren voor deze specifieke doelgroep door interviews af te nemen bij jongeren en hun behandelaars. De onderzoeksvraag luidt: „Welke thema's en sociale situaties leiden tot problemen bij jongeren met en zonder LVB in JJI, JeugdzorgPlus en forensische jeugdpsychiatrie?“ Vervolgens zijn op basis van deze interviews probleemsituaties uitgebeeld in videofragmenten.

Methode

Respondenten

Om een goed beeld te krijgen van de sociale situaties waar jongeren binnen het justitiële systeem, met of zonder een LVB, problemen in ervaren werden individuele interviews gehouden met: 1) jongeren tussen de 12-18 jaar, met en zonder een LVB, die op dat moment in behandeling waren binnen JJI, JeugdzorgPlus of forensische psychiatrie, en 2) gedragsdeskundigen van deze instellingen. In totaal werden er 12 jongeren geïnterviewd in de leeftijd van 14 t/m 18 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 15,8 jaar, waarvan 6 meisjes in behandeling waren bij de Lindenhorst (JeugdzorgPlus instelling), 3 jongens bij Amsterbaken (JJI), en 3 jongens op de afdeling Forensische jeugdpsychiatrie van de Bascule. Daarnaast werden er drie gedragsdeskundigen geïnterviewd van de drie instellingen waar de jongeren verbleven.

Meetinstrumenten

Om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag werden individuele halfgestructureerde interviews afgenomen op basis van een interviewschema met de onderdelen: 1) antecedent, 2) gedrag, en 3) context. In de interviews werd de jongeren gevraagd: „Wat zijn situaties met anderen waarin jij erg boos kunt worden of waarvan je uit je dak kunt gaan?“ Tijdens het interview werd zodanig doorgevraagd dat steeds helder was wat de antecedent en het gedrag van de geïnterviewde was. Daarnaast werd deze vraag gesteld voor zowel situaties binnen de instelling waarin zij verblijven (met

groepsleiding, leerkracht of met leeftijdsgenoten), als situaties thuis (met ouders en broers of zussen) en buitenshuis.

Procedure

De jongeren werden geworven door in de jongerenraad van de betreffende instelling mondelinge en schriftelijke informatie te geven over het onderzoek. Uiteindelijk gaven 12 jongeren toestemming voor deelname aan het onderzoek. Daarnaast is van iedere instelling één gedragsdeskundige mondeling benaderd voor een individueel interview; alle drie de gedragsdeskundigen gaven toestemming voor deelname. Na de gegeven toestemming werd via de gedragsdeskundigen een afspraak gemaakt met de jongeren voor een individueel interview. Het interview vond plaats in de instelling waar de jongere verbleef en duurde gemiddeld een half uur. De interviews werden opgenomen met een voice-recorder en nadien getranscribeerd voor verdere verwerking. De afname, transcriptie en scoring van de interviews werd gedaan door een getrainde interviewer (1e auteur van dit artikel), analoog aan de methode gebruikt in Embregts & Hendriks (2011). Van de 12 interviews met de jongeren waren er uiteindelijk 11 bruikbaar omdat in één interview geen bruikbare situaties beschreven werden.

Analyse

De individuele interviews werden getranscribeerd en verwerkt volgens het interviewschema met de onderdelen antecedent, gedrag en context. Op deze manier werden per respondent een aantal tekstfragmenten gegroepeerd en als sociale situatie gescoord, en opgedeeld in antecedent, gedrag en context. De situaties zijn vervolgens geordend naar thema en subthema. Tot slot werd over alle respondenten, zowel jongeren als gedragsdeskundigen, de frequentie per (sub)thema weergegeven. Wanneer binnen één interview meerdere situaties onder één (sub)thema vielen, werd dit (sub)thema slechts één keer meegeteld. Om tot een betrouwbare scoring te komen, zijn de situaties geordend naar thema en subthema door een tweede onderzoeker (2e auteur van dit artikel). Na onafhankelijke scoring van beide onderzoekers, werd een overeenstemming van 75,5% behaald (40 van de 53 situaties), en na discussie werd uiteindelijk volledige onderlinge consensus verkregen over alle situaties.

Resultaten

Uit de transcripties zijn uiteindelijk 53 sociale probleemsituaties naar voren gekomen waarin de jongeren en gedragsdeskundigen rapporteren dat de jongeren inadequaat gedrag laten zien. De situaties konden onderverdeeld worden in drie hoofdthema's en een aantal subthema's (zie Tabel 1). Onder het thema „autoriteit“ vallen situaties waarin jongeren moeite hebben met de interactie met volwassenen in het algemeen, zoals brutaal of ongepast gedrag in interactie met volwassenen. Daarnaast worden veel situaties genoemd waarin de jongere moeite heeft met de opgelegde of afgesproken regels en zich daar tegen verzet. Als derde worden situaties genoemd waarin de jongere een taak moet overnemen van een ander en het hiermee niet eens is. Tot slot worden situaties genoemd waarin de jongere zich niet begrepen voelt door de volwassene, omdat hij bijvoorbeeld ten onrechte straf krijgt. Het thema „autoriteit“ wordt vooral gekenmerkt door het omgaan met regels.

Onder het thema „omgaan met leeftijdgenoten“ vallen situaties waarbij het gaat om het bij de groep willen horen, het bepalen van de hiërarchie in de groep en het onder druk gezet worden. Jongeren laten inadequaat gedrag zien wanneer anderen over hen smoezen of naar hen kijken met een afkeurende blik. Daarnaast ontstaat er een probleem als jongeren uitgedaagd worden door duwen en agressief gedrag, en als zij onder druk worden gezet door leeftijdgenoten. Het thema „respect“ wordt gekenmerkt door situaties waarin jongeren persoonlijk gekrenkt worden door opmerkingen van leeftijdgenoten over hun uiterlijk, of over hun familie. Daarnaast vallen onder dit thema situaties waarin jongeren zich niet erkend voelen door volwassenen.

Videofragmenten

Op basis van de meest voorkomende (sub)thema's en genoemde situaties is tijdens twee discussiebijeenkomsten met het onderzoeksteam voor elk thema een passende sociale situatie bedacht. Daarbij waren drie overwegingen van belang. Ten eerste is het doel van het instrument te differentiëren in sociaal aanpassingsvermogen tussen jongeren met en zonder een LVB in het justitiële systeem. Daarom hebben we situaties geselecteerd die niet extreem specifiek zijn voor een groep, maar waarin beide groepen een sociaal probleem kunnen ervaren. Omdat deze groepen in de hoofdstudie ook vergeleken worden met een controlegroep buiten het justitiële systeem, moeten de situaties ook voor die groep herkenbaar zijn. Ten tweede moeten er situaties geselecteerd worden die in relatie zijn tot zowel leerkrachten, als tot ouders en leeftijdgenoten, waarin alle groepen zich kunnen herkennen. Situaties waarin groepsleiding een rol speelt zijn dus niet geschikt vanwege de specificiteit van de context. Tot slot was het nodig om twee seksespecifieke situaties te selecteren, omdat sommige situaties alleen door meisjes werden genoemd. Vervolgens zijn deze situaties nogmaals voorgelegd aan de gedragsdeskundigen van de betrokken instellingen. In Tabel 2 staan de definitieve situaties per thema beschreven.

Tabel 1 Aantal respondenten en voorbeeldsituatie per (sub)thema

Thema	Subthema	Aantal respondenten	Voorbeeldsituatie
Autoriteit	Algemeen	3	Meisje heeft ruzie met ouders en reageert brutaal.
	Moeite met regels	6	Ouders stellen regels en jongere houdt zich hier niet aan.
	Gevraagde taken niet willen uitvoeren	2	Jongen wordt gevraagd een taak voor iemand anders te doen en weigert dit.
	Onbegrip bij volwassene	4	Jongen wordt ten onrechte de klas uitgestuurd en wordt boos.
Omgaan met leeftijdgenoten	Ergens bij willen horen	2	Er wordt steeds gesmoesd over een nieuw meisje in de groep. Meisje wordt boos.
	Hiërarchie	5	Jongen reageert agressief, door uitdaaggedrag van anderen (duwen, slaan en stompen).
	Onder druk gezet worden	5	Meisje wordt verlinkt door leeftijdgenoten, terwijl ze iets niet gedaan heeft.
Respect	Persoonlijke krenking	5	Leeftijdgenoten maken opmerkingen over uiterlijk.
	Geen respect voor familie	2	Leeftijdgenoten maken opmerkingen over familie.
	Niet erkend worden door volwassene	5	Tijdens amicaal gesprek wordt jongere opeens op plaats gezet door volwassene.

Tabel 2. Beschrijving van de videofragmenten per thema

Thema	Subthema	Videofragmenten
Autoriteit	Moeite met regels	Uitgaan: Moeder en dochter hebben net afgesproken dat dochter vanavond niet uit mag. Als er een sms-je binnenkomt wil de dochter toch gaan, maar moeder herinnert haar aan de afspraak.
	Onbegrip	Rumoer: Achter de rug van de leraar is veel rumoer in de klas over een telefoon. Een jongen probeert op te letten, maar net als de leraar zich omdraait, heeft de jongen de telefoon in zijn hand. De jongen wordt ten onrechte de klas uitgestuurd.
Leeftijdgenoten	Hiërarchie	Weekend (jongens): In een groep wordt gelachen en gedold. Een jongen staat er een beetje buiten en probeert mee te doen. Na een grap lacht hij mee. Dan wordt hij door een meisje hard geduwd terwijl ze roept „Wat sta jij nou te lachen“. Nagellakken (meisjes): Tijdens een beauty moment bij iemand thuis lakken drie meisjes de nagels van een meisje A (die er erg zelfingenomen bijzit). Meisje A zegt over een van de meisjes „Goh, ze lijkt mijn slaafje wel“.
	Onder druk	Telefoon: Als de leraar de klas uit is, pakt een meisje zijn telefoon en maakt hem kapot. Als de leraar terugkomt en vraagt wie dat gedaan heeft, wijst de dader een ander meisje aan. Zij moet zich gaan melden.
Respect	Leeftijdgenoten: Familie	Vet: 2 jongens kijken naar een filmpje op de telefoon en vinden iets „vet“. Een andere jongen vraagt wat er vet is. Als hij geen antwoord krijgt, zegt hij „Weet je wat vet is? Je moeder!“
	Volwassenen: Erkenning	Voetbal (jongens): Een jongen en een leraar praten over de wedstrijd van gisteren. In zijn enthousiasme doet de jongen een overtreding voor waarbij hij de leraar aanraakt. Dan gaat de leraar opeens op zijn strepen staan en zet de jongen op zijn plaats. Vraag (meisjes): In de klas in het onderwerp seksualiteit besproken. Een meisje gaat na de les naar de lerares om nog een vraag te stellen over „de eerste keer“, in amicale sfeer. Ze vraagt opeens aan de lerares: „Hoe oud was u toen u het voor de eerste keer deed?“. Dit overvalt de lerares en zet het meisje op haar plaats.

Na onderlinge consensus tussen het onderzoeksteam en de gedragsdeskundigen over de herkenbaarheid van en het aantal uit te beelden situaties is in samenwerking met een regisseuse in opleiding aan de Nederlandse Film en Televisie Academie (NFTA) voor elk van deze situaties een filmscript geschreven, inclusief een overzicht van de te maken shots. Nadat een oproep op internet was geplaatst, waarop acteurs konden reageren, zijn 14 acteurs, 10 jongeren en 4 volwassenen met diverse etnische achtergronden, geselecteerd die tegen een vergoeding van € 5 per dag wilden meewerken aan het maken van de videofragmenten. Om de hypothetische situaties in de videofragmenten zo realistisch mogelijk te maken, zijn voorstellen van de acteurs voor wijzigingen in het script betreffende het taalgebruik veelal doorgevoerd. Dit alles heeft geleid tot acht professioneel

opgenomen videofragmenten waarin steeds een hypothetische situatie met drie bijbehorende mogelijke reacties worden uitgebeeld.

Conclusie

Dit onderzoek had als doel de belangrijkste sociale probleemsituaties voor jongeren in JJI, JeugdzorgPlus en forensische psychiatrie te achterhalen. De thema's blijken aan te sluiten bij de literatuur over ontwikkelingstaken van de adolescentie (De Wit et al., 1995; Lerner & Sternberg, 2004). Tijdens de adolescentie wordt een belangrijke ontwikkeling doorgemaakt in de relatie met leeftijdgenoten en volwassenen. De jongere zit in een overgangsfase van kindertijd naar volwassenheid, waarin hij steeds meer zoekt naar autonomie en zelfbepaling. Omdat de jongere hierin wordt begrensd door zijn ouders en leerkrachten, levert dit vaak strijd op rondom regels en afspraken. Tegelijkertijd verandert de relatie met de ouders en ontstaat er een nieuwe situatie. Hij moet zijn weg vinden in de relatie met volwassenen, die de adolescent nog niet altijd serieus zal nemen. Tijdens de adolescentie worden leeftijdgenoten steeds belangrijker voor de jongere. Jongeren willen relaties aangaan met leeftijdgenoten en ergens bij horen. Ook wordt in deze periode hun identiteit ontwikkeld en zijn ze in relatie met leeftijdgenoten kwetsbaar. Zo kunnen opmerkingen van leeftijdgenoten over het uiterlijk hen persoonlijk krenken. Voor een deel sluiten de bevindingen van dit onderzoek aan bij het onderzoek naar sociale probleemsituaties van kinderen in de schoolleeftijd waar „benadeeld worden door leeftijdgenoten“ een belangrijk thema is (Matthys et al., 2001).

De verwachting was dat de situaties anders zouden zijn dan die van de situaties in de SIVT vanwege leeftijdsverschillen, ernstigere gedragsproblematiek en context. De resultaten laten zien dat de situaties vooral verschillen vanwege leeftijdsgebonden thema's. Hoewel er situaties werden beschreven waarin de context verschillend is, zoals interactie met begeleiders, waren de thema's niet specifiek voor de context van justitiële systeem. Er werd slechts een enkele situatie beschreven die extremere gedragsproblematiek betrof. De problematiek die specifiek lijkt voor jongeren met een LVB is eveneens in meer of mindere mate van toepassing op jongeren zonder een LVB. Op basis van deze thema's en situaties zijn de acht hierboven beschreven videofragmenten gemaakt.

Toekomst

In september 2011 is de pilotstudie gestart waarin het aangepaste instrument bij 60 jongens en meisjes met en zonder LVB in de leeftijd van 12 tot 18 jaar wordt afgenomen. De jongeren zijn geselecteerd uit JJI Amsterbaken, JeugdzorgPlus instelling De Lindenhorst, en de afdeling Forensische jeugdpsychiatrie van de Bascule. Het doel van deze pilot studie is te onderzoeken of het materiaal aantrekkelijk en herkenbaar is voor jongeren met en zonder een LVB binnen het justitiële systeem, en of de verschillende reacties voldoende onderscheidend zijn. Tegelijkertijd wordt in deze studie gekeken naar relaties tussen SIV en gedrag. Op basis van deze studie kunnen nog aanpassingen worden gedaan aan het instrument. In het voorjaar van 2012 start de hoofdstudie bij 300 jongeren met en zonder een LVB uit instellingen binnen het justitiële systeem, en een controle groep van jongeren met en zonder een LVB buiten dit systeem. Het doel van die studie is om de validiteit van het instrument te bepalen, en relaties te onderzoeken tussen SIV, gedrag, en specifieke kenmerken (zoals kernovertuigingen, executieve functies).

Heeft u interesse in deelname aan het onderzoek in 2012? Voor meer informatie kunt u contact opnemen met Irene van Bokhoven: I.van.Bokhoven@yu.nl, telefoon: 020-598 3654

De onderzoekers danken de jongeren van JeugdzorgPlus instelling De Lindenhorst, JJI Amsterbaken en de afdeling Forensische Jeugdpsychiatrie van de Bascule voor hun deelname aan de interviews, gedragsdeskundigen van bovengenoemde instellingen voor de werving van deze jongeren, Jacobine

Hogendoorn en Hanneke Wegter voor hun deelname aan de interviews en aan de klankbordgroep, Liseth Medema voor het regisseren en filmen van het materiaal, de acteurs voor hun rol in de videofragmenten, en student-assistent Wilma Mathurin voor haar hulp tijdens de ontwikkeling van het materiaal. Dit onderzoek is gefinancierd door Stichting Kinderpostzegels en Nationaal Initiatief Hersenen & Cognitie (NIHC)

Literatuurlijst

- Algemene Rekenkamer (2007). *Kopzorgen: Zorg voor jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Beer, Y. de (2011). *De Kleine Gids: Mensen met een licht verstandelijke beperking*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- Boendermaker, L., Eijgenraam, K., & Geurts, E. (2004). *Crisisplaatsingen in de opvanginrichtingen*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Brand, E. F. J. M., & Hurk, A. A. van den (2008). *10 jaargangen PIJ-ers: Kenmerken en veranderingen*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1996). A review and reformulation of social information processing mechanism in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, *115*, 74-101.
- Dekker, M. C., Koot, H. M., Ende, J. van der, & Verhulst, F. C. (2002). Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *43*, 1087-1098.
- Dekker, M. C., & Koot, H. M. (2003). DSM-IV disorders in children with borderline to moderate intellectual disability. II: Child and family predictors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *49*, 923-931.
- Dodge, K. A., & Pettit, G. S. (2003). A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Developmental Psychology*, *39*, 349-371.
- Douma, J. C. H., Dekker, M. C., Ruiters, K. P. de, Tick, N. T., & Koot, H. M. (2007). Antisocial and delinquent behaviors in youths with mild or borderline disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, *112*, 207-220.
- Drost, J. (2010). *Maatschappelijke participatie door (jonge) mensen met een licht verstandelijke beperking: Langdurige problematische gezinssituaties; de outliers van de samenleving*. Leeuwarden: NHL Hogeschool.
- Embregts, P. J. C. M., & Hendriks, L. (2011). *Menslievende professionalisering in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking: Aansluiten bij cliënten en hun ouders*. Arnhem: HAN University Press.
- Embregts, P. J. C. M., & Nieuwenhuijzen, M. van (2009). Social information processing in boys with autistic spectrum disorder and mild to borderline intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, *53*, 922-931.
- Gezamenlijke inspecties (Inspectie jeugdzorg, Inspectie van het Onderwijs, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Inspectie voor de Sanctietoepassing). (2007). *Veiligheid in justitiële jeugdinrichtingen: Opdracht met risico's*. Utrecht: Staatsuitgeverij.
- Herrington, V. (2009). Assessing the prevalence of intellectual disability among young male prisoners. *Journal of Intellectual Disability Research*, *53*, 397-410.
- Jansen, H., Leeman, M., & Verstegen, D. (2009). *Startdocument Kwaliteitskader Orthopedagogische Behandelcentra*. Utrecht: VOBC LVG.
- JeugdzorgPlus (2010). *JeugdzorgPlus capaciteit en zorgaanbod per zorggebied, overzicht juni 2010*. www.jeugdzorgplus.nl/publicaties
- Kaal, H. L. (2010). *Beperkt en gevangen? De haalbaarheid van prevalentie onderzoek naar verstandelijke beperking in detentie* (Cahier 2010-11). Den Haag: WODC.
- Kaal, H. L., Ooyen-Houben, M. M. J. van, Ganpat, S., & Wits, E. (2009). *Een complex probleem: Passende zorg voor verslaafde justitiabelen met co-morbide psychiatrische problematiek en een lichte verstandelijke handicap* (Cahier 2009-11). Den Haag: WODC.
- Kroll, L., Rothwell, J., Bradley, D., Shah, P., Bailey, S., & Harrington, R. C. (2002). Mental health needs of boys in secure care for serious or persistent offending: A prospective, longitudinal study. *The Lancet*, *350*, 1975-1979.
- Leffert J. S., & Siperstein G. N. (1996). Assessment of social-cognitive processes in children with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, *100*, 441-455.

- Lenssen, S. A. M., Doreleijers, T. A. H., Dijk, M. E. van, & Hartman, C. A. (2000). Girls in detention: What are their characteristics? A project to explore and document the character of this target group and the significant ways in which it differs from one consisting of boys. *Journal of Adolescence*, 23, 287-303.
- Lerner, R. M., & Steinberg, L. (2004). *Handbook of adolescent psychology*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Matthys, W., Maassen, G. H., Cuperus, J. M., & Engeland, H. van (2001). The assessment of the situational specificity of children's problem behavior in peer-peer context. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 413-420.
- Ministerie van VWS (2006). *Brief staatssecretaris over Indicatiestelling licht verstandelijk gehandicapte (LVG) jeugdigen. Tweede Kamer 2005-2006, 29 815, nr. 79*. Den Haag: Sdu.
- Nieuwenhuijzen, M. van, Bijman, E. R., Lamberix, I. C. W., Wijnroks, L., Orobio de Castro, B., Vermeer, A., & Matthys, W. (2005). Do children do what they say? Responses to hypothetical and real-life social problems in children with mild intellectual disabilities and behaviour problems. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 419-433.
- Nieuwenhuijzen, M. van, Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2006). *LVG jeugdigen: Specifieke problematiek en behandeling*. Utrecht: Universiteit Utrecht / Landelijk Kenniscentrum LVG.
- Nieuwenhuijzen, M. van, Orobio de Castro, B., Valk, I. van der, Wijnroks, L., Vermeer, A., & Matthys, W. (2006). Do social information processing models explain aggressive behaviour by children with mild intellectual disabilities in residential care? *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 801-812.
- Nieuwenhuijzen, M. van, Orobio de Castro, B., Aken, M. A. G. van, & Matthys, W. (2009b). Impulse control and aggressive response generation as predictors of aggressive behaviour in children with mild intellectual disabilities and borderline intelligence. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53, 233-242.
- Nieuwenhuijzen, M. van, Orobio de Castro, B., Wijnroks, L., Vermeer, A., & Matthys, W. (2004). The relations between intellectual disabilities, social information processing, and behavior problems. *European Journal of Developmental Psychology*, 1, 215-229.
- Nieuwenhuijzen, M. van, Orobio de Castro, B., Wijnroks, L., Vermeer, A., & Matthys, W. (2009a). Social problem solving and mild intellectual disabilities: Relations with externalizing behavior and therapeutic context. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 114, 42-51.
- Nieuwenhuijzen, M. van, & Vriens, A. (2011). *Social information processing in children with mild intellectual disabilities: The development of a diagnostic instrument*. Poster presented at the SRCDD, Montreal, Canada.
- Nieuwenhuijzen, M. van, Vriens, A., Scheepmaker, M., Smit, M., & Porton, E. (2011). The development of a diagnostic instrument to measure social information processing and its precursors in children with mild to borderline intelligence. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 358-370.
- Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (2008). *Gedetineerden met een verstandelijke beperking: Advies 15 mei 2008*. Den Haag: RSJ.
- Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (2011). *Zorg voor ingesloten licht verstandelijk beperkte jongeren: Advies 6 juni 2011*. Den Haag: RSJ.
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., . . . Yeager, M. H. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification and systems of supports* (11th Edition). Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Scheepmaker, M. J. M., Vriens, A., & Nieuwenhuijzen, M. van (2008). *Handleiding van de Sociale Informatie Verwerkings Test (SIVT)*. Duivendrecht: De Bascule; Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Spaans, E. (2005). *Een IQ puntje meer of minder...? Prevalentie-onderzoek licht verstandelijk gehandicapten in de justitiële jeugdinrichtingen*. DJI, intern rapport
- Stoll, J., Bruinsma, W., & Konijn, C. (2004). *Nieuwe cliënten voor bureau jeugdzorg? Jeugdigen met meervoudige problemen waaronder een lichte verstandelijke beperking en instrumenten voor herkenning en signalering*. Utrecht: NIZW.
- Tompsonski, P. D., & Tinsley, V. (1997). Attention in mentally retarded persons. In W.E. MacLean (Ed.), *Ellis' handbook of mental deficiency, psychological theory and research* (pp. 219-244). Mahwah, N.J.: Erlbaum.
- VOBC LVG (2009). *Houvast voor gezinnen met beperkte sociale redzaamheid. Nieuwsbrief november 2009*. Utrecht: VOBC-LVG Vereniging Orthopedagogische BehandelCentra/Stichting Landelijk Kenniscentrum LVG.
- Wit, J. de, Veer, G. van der, & Slot, N. W. (1995). *Psychologie van de adolescentie*. Baarn: Uitgeverij Intro.

Betrouwbaarheid en validiteit van de Zelfinvullijst Depressieve Symptomen wanneer afgenomen bij mensen met een licht verstandelijke beperking

Hanneke Bassa¹
Heidi Hermans²
Jolanda Douma³

Om de symptomen van depressie goed in beeld te krijgen, is informatie van de persoon zelf belangrijk. Ook al zijn mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) in staat over hun gevoelens te rapporteren, er wordt in Nederland nog geen zelfrapportage-vragenlijst gebruikt om depressie bij hen te meten. In dit onderzoek is een eerste aanzet gegeven voor het bepalen van de betrouwbaarheid en validiteit van de Zelfinvullijst Depressieve Symptomen (ZDS). De ZDS is twee keer afgenomen bij 34 mensen met een LVB. Daarnaast zijn de cliënt- en informantversie van de PAS-ADD-10 (een semi-structureerde vragenlijst om psychiatrische stoornissen bij mensen met een verstandelijke beperking te meten) afgenomen. De resultaten laten zien dat de betrouwbaarheid van de ZDS (interne consistentie en test-hertestbetrouwbaarheid) goed tot uitstekend is en er zijn aanwijzingen dat de ZDS valide is. Daarnaast lijkt de ZDS sensitief te zijn voor signalen van depressie en derhalve een veelbelovende screener van depressie bij mensen met een LVB. Meer onderzoek is echter nodig om dit te bevestigen.

Dit artikel is een bewerking van De Zelfinvullijst Depressieve Symptomen: Psychometrische eigenschappen bij gebruik bij mensen met een licht verstandelijke beperking (Bassa, 2011).

Inleiding

Depressie komt relatief veel voor bij mensen met een verstandelijke beperking (VB). Ongeveer 2.2% tot 8.0% van hen heeft hiermee te kampen (Cooper, Smiley, Morrison, Williamson, & Allan, 2007; Deb, Thomas, & Bright, 2001; White, Chant, Edwards, Townsend, & Waghorn, 2005). De twee belangrijkste criteria voor het hebben van een depressie, volgens de DSM-IV, zijn een gedeprimeerde stemming en verlies van belangstelling of genoeg. Voor het stellen van de diagnose volstaat het als iemand één van deze symptomen heeft en dit symptoom gepaard gaat met minstens 4 van de volgende bijkomende symptomen: veranderde eetlust, gewichtstoename of gewichtsverlies, een verstoord slaappatroon, veranderingen in activiteitsniveau, vermoeidheid of energieverlies, gevoelens van schuld, hulpeloosheid, bezorgdheid of vrees, een verminderd concentratievermogen of besluiteloosheid en suïcidale gedachten.

In de afgelopen jaren is er veel discussie geweest of deze criteria ook voor mensen met een VB gelden (o.a. Hurley, 2008; Smiley & Cooper, 2003). De DSM-criteria blijken minder bruikbaar bij mensen

¹ Studente verbonden aan de Universiteit Utrecht, Master Orthopedagogiek, werkveld Gehandicaptenzorg en Kinderrevalidatie.

² Onderzoeker werkzaam bij Amarant zorgorganisatie voor mensen met een verstandelijke beperking, te Noord-Brabant en binnen de sectie Geneeskunde voor Verstandelijk Gehandicaptten van de afdeling Huisartsgeneeskunde van het Erasmus MC te Rotterdam.

³ Onderzoekscoördinator verbonden aan het Landelijk Kenniscentrum LVG en docent aan de Universiteit Utrecht (Leerstoelgroep Gehandicaptenzorg). Correspondentie: j.douma@lvgnnet.nl.

met een ernstigere mate van VB, onder andere omdat zij minder goed in staat zijn om over hun symptomen te praten (Bhaumik, Tyrer, McGrother & Ganghadaran, 2008; Hurley, 2008). Daarnaast vertonen zij vaker a-typische symptomen van depressie, zoals probleemgedrag (challenging behavior) (Hurley, 2008; Myrbakk & Von Tetzchner, 2008) en verminderde spraakzaamheid, zelfverwonding en toename van somatische klachten (Smiley & Cooper, 2003). Daar waar voor mensen met een ernstige VB het probleemgedrag het meest voorkomende symptoom van depressie lijkt te zijn, is dit voor mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) zelden het geval (Hurley, 2008). De symptomen van depressie van mensen met een LVB zijn vergelijkbaar met die van mensen zonder VB. Veelvoorkomende symptomen van depressie bij mensen met een LVB zijn een depressieve stemming, oververmoeidheid, ontbreken van interesse voor de omgeving, een negatief zelfbeeld, suïcidale uitingen, negativisme, vegetatieve stoornissen (onder andere problemen met slapen en eten, gewichtsverandering, obstipatie en libidoverlies), piekeren, achteruitgang in cognitief functioneren en emotionele ontregeling (Došen, 2010). De eerder genoemde DSM-criteria lijken bij hen daarom wél goed bruikbaar te zijn.

Depressie is bij uitstek een stoornis die door begeleiders over het hoofd kan worden gezien bij mensen met een verstandelijke beperking. Symptomen als sociale terugtrekking, verlies van belangstelling voor bepaalde activiteiten, een laag zelfbeeld en schuldgevoelens, vallen minder goed op dan gedragsproblemen en worden veelal niet als lastig ervaren door begeleiding. Depressie zorgt echter wel voor lijden en een lagere levenskwaliteit voor de depressieve persoon (Došen, 2010). Voor het indiceren van een depressie wordt daarom geadviseerd om zo veel mogelijk informatie door de persoon zelf te laten geven en gebruik te maken van een zelfrapportage-instrument (Hermans & Evenhuis, 2010).

Een aantal jaar geleden was het minder gangbaar om mensen met een (L)VB zelf te bevragen over hun problemen en mate van welbevinden, maar tegenwoordig gebeurt dit steeds vaker. Onderzoek heeft aangetoond dat mensen met een LVB over het algemeen in staat zijn om over hun eigen gevoelens en functioneren te rapporteren (o.a. Deb et al., 2001; Douma, Dekker, Verhulst, & Koot, 2006; Hurley, 2008). Om depressie bij mensen met een LVB in kaart te brengen zou daarom een zelfrapportage-vragenlijst ingezet kunnen, of zelfs moeten, worden. In Nederland worden echter, voor zover bekend, nog geen specifieke zelfrapportage-vragenlijsten gebruikt om depressie bij mensen met een LVB te „meten“. Voor mensen zonder LVB is wel een aantal zelfrapportage-vragenlijsten beschikbaar, waaronder de Inventory of Depressive Symptomatology-Self-Report (IDS-SR; Rush et al., 1986). De IDS-SR is een betrouwbaar en valide, relatief snel af te nemen screeningsinstrument dat gebaseerd is op de DSM-IV-criteria voor depressie (Corruble, Legrand, Duret, Charles & Guelfi, 1999; Rush et al., 1986; Rush, Gullion, Basco, Jarrett & Trivedi, 1996). Omdat mensen met een LVB veelal dezelfde DSM-IV symptomen van depressie vertonen, zou de IDS-SR mogelijk ook bij mensen met een LVB depressie kunnen opsporen. Dit artikel gaat verder in op de vraag of de Nederlandse versie van de IDS-SR, de Zelfinvullijst Depressieve Symptomen (ZDS), geschikt is om een indicatie van depressie te geven bij mensen met een LVB. Een eerste indruk van de praktische bruikbaarheid van de ZDS wordt gegeven door de interne consistentie, test-hertestbetrouwbaarheid en constructvaliditeit te onderzoeken.

Methode

Deelnemers en procedure

Voor deelname aan dit onderzoek kwamen alle volwassen cliënten (18 jaar of ouder) met een LVB (IQ tussen 50-70) van een grote zorginstelling voor mensen met een VB in Noord-Brabant in aanmerking. Vier clustermanagers en drie gedragsdeskundigen van een district binnen de zorginstelling zijn geïnformeerd over het onderzoek, en is gevraagd welke cliënten aan de inclusiecriteria voldeden. Dit bleken 44 cliënten te zijn. Met de begeleiders van deze cliënten is

contact opgenomen en gevraagd of de cliënten benaderd konden worden voor deelname aan het onderzoek. Voor twee cliënten werd dit geweigerd omdat verwacht werd dat dit een te grote belasting voor hen zou zijn. Van de resterende 42 cliënten hadden er vijf een wettelijk vertegenwoordiger. Zij zijn geïnformeerd over het onderzoek en om toestemming gevraagd voor deelname. Eén van hen heeft hiervoor geen toestemming gegeven. De resterende 41 cliënten zijn geïnformeerd over het onderzoek en gevraagd of zij mee wilden doen. Hiervan hadden er zes geen tijd voor of zin in.

Uiteindelijk is derhalve met 35 van de 44 cliënten (79.5%) een persoonlijke afspraak gemaakt voor het eerste bezoek en testafname. Aan het einde van het eerste bezoek is met 34 cliënten een afspraak voor een tweede bezoek gemaakt. Met één cliënt is dit niet gedaan, omdat de eerste afname te veel problemen opleverde vanwege een te beperkt begrip van de vragen. Bij nader inzien bleek deze cliënt ook een matig verstandelijke beperking te hebben. De data van deze cliënt is niet meegenomen in de analyses en daarmee is het totaal aantal respondenten in dit onderzoek 34, waarvan 19 mannen en 15 vrouwen. Hun gemiddelde leeftijd is 40.29 jaar (SD = 12.61 jaar) en varieert van 19 tot 61 jaar. De man-vrouwverdeling en de gemiddelde leeftijd van de 34 respondenten zijn niet significant verschillend van die van de negen cliënten die niet hebben deelgenomen. Tot slot kan nog vermeld worden dat tien cliënten zelfstandig onder begeleiding wonen en 24 in een woonvoorziening in de wijk.

Meetinstrumenten

De Zelfinvullijst Depressieve Symptomen (ZDS) is de Nederlandse vertaling van de Inventory of Depressive Symptomatology-Self-Report (Rush et al., 1986, 1996). De ZDS bestaat uit 30 items die symptomen van depressie gedurende de afgelopen 7 dagen meten. Het duurt ongeveer 20 minuten om deze vragenlijst bij iemand met een VB af te nemen. Elk item wordt gescoord op een 4-punts antwoordschaal waarvan de betekenis van een score steeds de volgende algemene betekenis heeft: (0) het symptoom is niet aanwezig is, (1) het symptoom is in lichte mate en/of minder dan de helft van de tijd aanwezig, (2) het symptoom is in behoorlijk ernstige mate en/of meer dan de helft van de tijd aanwezig, en (3) een symptoom is (bijna) altijd in ernstige mate aanwezig. Voor dit onderzoek is de lay-out, maar niet de inhoud van de ZDS aangepast. Aan elk item is een aantal vragen en scoringsaanwijzingen toegevoegd. Om een antwoord op een item goed te kunnen bepalen moeten de toegevoegde vragen aan de respondent worden gesteld. Een voorbeelditem is „Somber voelen“. Dit item heeft als oorspronkelijke antwoordmogelijkheden: (0) Ik ben niet somber, (1) Ik ben minder dan de helft van de tijd somber, (2) Ik ben meer dan de helft van de tijd somber, en (3) Ik ben bijna altijd somber. In de aangepaste versie zijn de volgende vragen en scoringsaanwijzingen toegevoegd: Voelt u zich wel eens somber? Zo nee: scoor 0. Zo ja: Hoe vaak voelt u zich somber? Meer dan de helft van de dag/week? Indien minder dan de helft van de tijd (week/dag): scoor 1. Indien meer dan de helft van de tijd (week/dag), maar niet altijd: scoor 2. Indien iemand aangeeft (bijna) altijd somber te zijn: scoor 3.

De totaalscore van de ZDS is berekend over 28 itemscores. Twee items worden hierin niet meegenomen omdat het om twee paren van wederzijds uitsluitende items gaat waarvan de score op één van de twee wordt meegenomen, namelijk over verminderde versus toegenomen eetlust en over gewichtsafname versus -toename. De totaalscore varieert daarom van 0 tot 84. Een totaalscore geeft in de algemene populatie de volgende indicaties voor depressie: 0-13 geen indicatie, 14-25 lichte depressie, 26-38 matige depressie, 39-48 ernstige depressie, 49-84 zeer ernstige depressie (Rush et al., 1986, 1996).

De psychometrische eigenschappen (onder andere interne consistentie, concurrente validiteit) van de IDS-SR blijken minimaal acceptabel tot heel goed te zijn zowel bij intramurale als poliklinische patiënten met een gemiddelde begaafdheid (voor details zie Corruble et al., 1999; Rush et al., 1986, 1996; Trivedi et al., 2004). Daarnaast blijkt dat de IDS-SR onderscheid kan maken tussen

verschillende gradaties van depressie (Corruble et al., 1999). De IDS-SR kan zodoende worden beschouwd als een voldoende valide en betrouwbaar meetinstrument om depressie vast te stellen bij mensen met een gemiddelde begaafdheid. In dit onderzoek zijn zowel de totaalscores als de niveauscores meegenomen in de analyses.

Om de constructvaliditeit van de ZDS te onderzoeken is de Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability ICD-10 versie (PAS-ADD-10; Moss et al., 2000) als referentie gebruikt. De PAS-ADD-10 is een semi-gestructureerd interview (voor het afnemen ervan is een training vereist) om psychiatrische stoornissen bij mensen met een verstandelijke beperking op te sporen en onderzoeksdiagnosen te stellen (Moss, Ibbotson & Prosser, 1994). Het is ontwikkeld voor gebruik in een onderzoekssituatie en daarom minder goed bruikbaar voor klinische doeleinden. Er is een cliëntversie en een informantversie. In dit onderzoek zijn beide afgenomen. De afname van de cliëntversie duurt ongeveer 45-60 minuten en van de informantversie 20-30 minuten. Na afloop van de afname van de cliëntversie moet de interviewer aangeven hoe betrouwbaar hij de gegeven antwoorden acht. In dit onderzoek was de inschatting dat alle cliënten betrouwbare antwoorden hadden gegeven.

In dit onderzoek is de totale PAS-ADD-10 afgenomen, met uitzondering van de psychosesectie. Elke sectie bestaat uit meerdere items. Voorbeelden van items van de cliëntversie zijn „Maakt u zich zorgen om iets?“, „Bent u gelukkig?“ en „Vindt u uzelf even goed als andere mensen?“. Bij elk item wordt doorgevraagd om de ernst en intensiteit van een symptoom vast te stellen. De meeste items worden gescoord op een 4-puntsschaal met de volgende betekenissen: (0) geen symptomen aanwezig, (1) symptomen aanwezig, echter in lichte vorm, sporadisch of voorbijgaand, (2) matige intensiteit of ernstige intensiteit (< helft van de tijd), en (3) ernstige intensiteit (> helft van de tijd). Na het interview met de cliënt vulde de onderzoeker nog de observatielijst in over catatonie, gedrag, spraak en affect van de cliënt tijdens het interview. Deze worden gescoord met 0 (niet aanwezig), 1 (duidelijk aanwezig) of 2 (in ernstige mate aanwezig). Op basis van de antwoorden op de vragen van de verschillende secties wordt met een speciaal computerprogramma het niveau van depressie bepaald. Vier niveaus zijn mogelijk, namelijk geen, lichte, matige en ernstige depressie. De diagnose depressie (d.w.z. van licht tot ernstig) wordt alleen gegeven op basis van de PAS-ADD-10 als aan de criteria voor een depressie-episode van de ICD-10 wordt voldaan.

Na de cliëntversie volgde de afname van de informantversie met een (persoonlijk) begeleider. Deze heeft inhoudelijk dezelfde items als de cliëntversie met dezelfde antwoordmogelijkheden. Een voorbeelditem is „Maakt [naam cliënt] zich zorgen om iets?“ De items van de observatielijst die door de onderzoeker als aanwezig waren gescoord, zijn voorgelegd aan de begeleider om de indrukken van de onderzoeker te valideren. Hierbij werd de begeleider gevraagd of de geobserveerde gedragingen gedurende de afgelopen maand niet (score 0), duidelijk (score 1) of in ernstige mate (score 2) aanwezig waren. Op basis van deze scores zijn dezelfde 4 niveaus van depressie mogelijk (niet, licht, matig, en ernstig).

Onderzoek heeft aangetoond dat de betrouwbaarheid (Costello, Moss, Prosser & Hatton, 1997; Moss et al., 1993, Moss, Prosser, Ibbotson & Goldberg, 1996) en validiteit van de factor depressie van de PAS-ADD-10 goed is bij gebruik bij mensen met een LVB (Moss et al., 1997). De psychometrische eigenschappen van de PAS-ADD-10 bevestigen dat het een geschikt instrument lijkt te zijn om de constructvaliditeit van de ZDS mee te toetsen. In de analyses zijn de niveauscores van de cliënt- en informantversie meegenomen.

Onderzoeksprocedure

De cliënten zijn twee keer geïnterviewd. Tijdens het eerste interview (T1) zijn de ZDS en PAS-ADD-10 afgenomen. Tijdens het tweede interview (T2) werd nogmaals de ZDS bij de cliënt afgenomen.

Tussen beide afnamen zaten gemiddeld 27.62 dagen (standaarddeviatie = 6.18). Na het interview op T1 met de cliënt is de PAS-ADD-10 zo snel mogelijk bij een begeleider van de cliënt afgenomen. Aan het begin van elk bezoek is de cliënt uitgelegd dat de antwoorden vertrouwelijk zijn, er geen foute antwoorden gegeven kunnen worden en dat altijd om uitleg mag worden gevraagd als iets niet begrepen werd. Tegen de cliënten die hadden aangegeven dat de resultaten wel met de gedragsdeskundige besproken mochten worden, is nog gezegd dat dit gedaan zou worden als de resultaten op een depressie zouden wijzen.

Bij mensen met een (L)VB is het lastiger om betrouwbare informatie te verkrijgen, omdat zij vaker concreet denken, meer suggestibel zijn en meer de neiging lijken te hebben om moeilijke vragen met „ja“ te beantwoorden (Kraijer & Plas, 2010). Hier is zoveel mogelijk rekening mee gehouden door suggestieve vragen te vermijden en, indien nodig, door te vragen om te controleren of de cliënt de vraag goed had begrepen. Als de cliënt aangaf iets niet te begrijpen, heeft de onderzoeker uitleg gegeven of de vraag op een andere manier gesteld. Voorafgaande aan de afname is voor alle potentieel moeilijke woorden op papier gezet welke uitleg daarbij gegeven mocht worden. Hierdoor is suggestiviteit zo veel mogelijk voorkomen en een standaardisatie van de afnamen bevorderd. Zoals eerder beschreven, zijn de antwoorden van één cliënt uiteindelijk niet meegenomen in de analyses, omdat over de betrouwbaarheid ervan getwijfeld werd.

Data-analyse

De interne consistentie laat zien in welke mate de items eenzelfde construct meten, in dit geval depressie. De interne consistentie van de ZDS is bepaald door de Cronbach's alfa (α) te berekenen voor zowel T1 als T2. De interne consistentie wordt als goed beschouwd als $\alpha > 0.70$ (Nunnally & Bernstein, 1994). De test-hertestbetrouwbaarheid is goed als een instrument twee keer afgenomen wordt, met niet te veel, maar ook niet te weinig tijd tussen beide afnamen, en twee keer ongeveer dezelfde score behaald wordt. De test-hertestbetrouwbaarheid van de ZDS is bepaald door: (1) De Intraclass Correlatie (ICC) te berekenen over de totaalscores van T1 en T2, en (2) een gepaarde t-toets om aan te tonen dat de scores op T1 niet significant verschillen van die van T2. De volgende kwalificaties gelden voor een bepaalde ICC (Cicchetti, 1994): erg laag (ICC < 0.40), redelijk (ICC tussen 0.40-0.59), goed (ICC tussen 0.60-0.74), en uitstekend (ICC ≥ 0.75).

De constructvaliditeit is hoog als de resultaten op de ZDS vergelijkbaar zijn met die van de resultaten op een instrument waarvan al vastgesteld is dat het depressie (bij mensen met een LVB) meet. De constructvaliditeit is bepaald door de Spearman's Rangorde-correlatiecoëfficiënten te berekenen tussen de T1-scores op de ZDS en de niveaus van depressie op de cliënt- en informantversie van de PAS-ADD-10. Hiervoor zijn non-parametrische toetsen gebruikt, omdat de scores op de PAS-ADD-10 niveauscores zijn (en dus ordinaal) en daarnaast niet normaal verdeeld (getoetst met de Kolmogorov-Smirnov test). Daarnaast is met de Kruskal-Wallis-test onderzocht of de gemiddelde totaalscore op de ZDS op T1 significant verschilt per niveaus van depressie op de PAS-ADD-10. Verwacht werd dat als iemand een ernstigere depressie heeft op de PAS-ADD-10 de gemiddelde ZDS-score dan ook hoger is. Tot slot zijn door middel van een kwalitatieve analyse de niveaus van depressie van de ZDS afgezet tegen die van de PAS-ADD-10 en is bepaald in welke mate deze niveaus overeenkomen.

Resultaten

Praktische toepasbaarheid

Voordat we de resultaten van de statistische analyses presenteren, geven we eerst een indruk van het verloop van de interviews en de praktische bruikbaarheid van beide instrumenten.

De meeste cliënten gaven aan dat zij het leuk vonden om aan het onderzoek mee te werken en niemand weigerde om een tweede afspraak te maken. De cliënten vonden het fijn dat er iemand

speciaal voor hen kwam, de tijd nam en naar hen luisterde. Ze leken de vragen van de ZDS goed te begrijpen. Alleen bij de vraag „Voelt u zich wel eens somber?“ wisten verschillende cliënten niet wat dat betekende. De onderzoeker gaf bij elke cliënt dezelfde uitleg, namelijk dat somber „verdrietig“ of „niet blij“ betekent. Verder waren er geen noemenswaardige problemen bij de afname van de ZDS. Hoewel de PAS-ADD-10 ontwikkeld is voor mensen met een verstandelijke beperking, leken de cliënten meer moeite te hebben met deze vragen, vooral de vragen over gevoelens. Bij vragen als „Kijkt u uit naar dingen?“, „Voelt u zich zeker van uzelf?“, en „Vindt u uzelf even goed als andere mensen?“, vroegen cliënten vaak om uitleg of bij doorvragen bleek dat de vraag niet of verkeerd begrepen was. Onze bevinding is dat de vragen van de ZDS beter begrepen werden.

Resultaten betrouwbaarheid en validiteit

De Cronbach's alfa (ter bepaling van de interne consistentie) van de ZDS is 0.89 op T1 en 0.84 op T2. De analyses voor de test-hertestbetrouwbaarheid laten zien dat ICC = 0.91 ($p < 0.01$) en dat de gemiddelde ZDS-score op T1 (19.76, SD = 12.57) niet significant verschilt van die van T2 (18.62, SD = 10.28; $t = 1.42$, $p = 0.17$). De gemiddelde scores op de ZDS per niveau van depressie op de PAS-ADD-10, voor het bepalen van de constructvaliditeit, staan weergegeven in Tabel 1. De resultaten van de Kruskal-Wallis-test ($\chi^2(3) = 12.02$, $p < 0.01$), geven aan dat de gemiddelde scores op de ZDS significant van elkaar verschillen tussen de verschillende niveaus van depressie op de cliëntversie van de PAS-ADD-10. De gemiddelde ZDS-score is hoger bij een ernstigere mate van depressie op de PAS-ADD-10. Vanwege het kleine aantal cliënten dat een lichte tot ernstige depressie had konden er geen post hoc analyses worden uitgevoerd. Hierdoor kunnen we niet aangeven welke scores significant van elkaar verschillen.

Tabel 1. Gemiddelde score (M) en standaarddeviatie (SD) op de ZDS per niveau van depressie op de PAS-ADD-10

PASS-ADD-10	ZDS		PASS-ADD-10	ZDS	
<i>Cliëntversie</i>	N	M (SD)	<i>Informantversie</i>	N	M (SD)
Geen depressie	25	15.40 (9.09)	Geen depressie	27	17.85 (12.70)
Lichte depressie	4	23.25 (10.50)	Lichte depressie	5	22.60 (6.69)
Matige depressie	4	34.00 (5.83)	Matige depressie	1	39.00 (-)
Ernstige depressie	1	58.00 (-)	Ernstige depressie	1	38.00 (-)

Voor de informantversie van de PAS-ADD-10 geeft de Kruskal-Wallis-test aan dat de ZDS-scores niet significant verschillend zijn per niveau van depressie ($\chi^2(3) = 5.64$, $p = 0.13$). Dit lijkt vooral te komen omdat de aantallen hier nog kleiner zijn. Over het algemeen genomen wordt de indruk gewekt dat hoe hoger het niveau van depressie is (met uitzondering van een ernstige depressie), hoe hoger de score op de ZDS. Spearman's Rangorde-correlatiecoëfficiënten tonen aan dat de niveauscores op de ZDS significant samenhangen met de niveauscores op de cliëntversie ($r_s = 0.61$, $p < 0.001$) en op de informantversie ($r_s = 0.39$, $p < 0.05$) van de PAS-ADD-10.

Tabel 2 geeft weer in hoeverre de niveaus van depressie op de cliënt- en informantversie van de PAS-ADD-10 overeenkomen met niveauscores op de ZDS op T1. Uit deze tabel blijkt dat de ZDS vaker de indicatie depressie geeft dan de PAS-ADD-10. Volgens de ZDS hebben 23 cliënten een bepaalde mate van depressie (en 11 dus niet), terwijl dit bij de PAS-ADD-10 het geval is voor 9 (cliëntversie) tot 7

cliënten (informantversie). Alle cliënten die volgens de cliënt- of informantversie van de PAS-ADD-10 een depressie hebben, hebben dit ook volgens de ZDS. Andersom is dat niet het geval.

Tabel 2. Niveaus van depressie op de ZDS afgezet tegen die van de cliënt- en informantversie van de PAS-ADD-10

PAS-ADD-10	Niveau van depressie - ZDS					totaal
	geen	licht	matig	ernstig	zeer ernstig	
<i>Cliëntversie</i>						
Geen depressie	11	10	4	0	0	25
Lichte depressie	0	3	1	0	0	4
Matige depressie	0	0	2	2	0	4
Ernstige depressie	0	0	0	0	1	1
Totaal	11	13	7	2	1	34
<i>Informantversie</i>						
Geen depressie	11	10	4	1	1	27
Lichte depressie	0	3	2	0	0	5
Matige depressie	0	0	0	1	0	1
Ernstige depressie	0	0	1	0	0	1
Totaal	11	13	7	2	1	34

Conclusie en discussie

Het doel van dit onderzoek was om de betrouwbaarheid en validiteit van de Zelfinvullijst Depressieve Symptomen bij mensen met een LVB te onderzoeken. Een dergelijk zelfrapportage-instrument was in Nederland namelijk nog niet beschikbaar.

De resultaten lieten zien dat zowel de interne consistentie als de test-hertestbetrouwbaarheid goed tot uitstekend zijn. De verschillende items van de ZDS lijken dus eenzelfde construct te meten (depressie) en duidelijk genoeg geformuleerd te zijn waardoor er een vergelijkbare score is op twee (niet al te ver uit elkaar liggende) meetmomenten. De ZDS lijkt ook voldoende valide te zijn. De niveauscores op de ZDS hangen significant en (redelijk) hoog samen met de niveauscores op de cliëntversie van de PAS-ADD-10. Ook blijkt dat cliënten met een ernstigere depressie gebaseerd op de PAS-ADD-10 ook hoger scoren op de ZDS. De samenhang tussen de niveauscores op de ZDS en de niveauscores op de informantversie van de PAS-ADD-10 was ook significant, maar beduidend lager dan voor de samenhang tussen de cliëntversies van beide instrumenten. Tot slot bleek dat cliënten met een ernstigere depressie volgens begeleiders (PAS-ADD-10) op het oog wel hogere scores op de ZDS lijken te hebben, maar dat dit niet statistisch significant was. Aangezien we hier zelfrapportage met informantrapportage vergelijken is dit niet heel verrassend. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat het eerder regel dan uitzondering is dat de scores op vergelijkbare instrumenten maar van verschillende informanten slechts beperkt samenhangen (o.a. Douma et al., 2006). En aangezien het hier om depressie gaat, is deze lagere mate van samenhang nog beter te verklaren, omdat depressieve symptomen moeilijker voor buitenstaanders te signaleren zijn. Daarnaast was het aantal cliënten dat een matige of ernstige depressie had volgens de PAS-ADD-10 (en dit geldt voor de cliënt-, maar vooral voor de informantversie) te klein om een significant effect te vinden. Onderzoek met meer

cliënten is nodig om de constructvaliditeit te bevestigen en te bepalen of de ZDS significant hogere scores geeft voor cliënten met een matig of ernstig niveau van depressie op de PAS-ADD-10.

Tot slot is met behulp van kruistabellen de samenhang tussen de niveaus van depressie op beide instrumenten nader geanalyseerd. Hieruit bleek dat de ZDS ten opzichte van beide versies van de PAS-ADD-10 zeer sensitief is (100%); alle cliënten die enige mate van depressie hebben volgens de PAS-ADD-10 hebben ook een bepaalde mate van depressie volgens de ZDS. Andersom geldt dat de specificiteit van de ZDS beduidend minder groot lijkt; van de cliënten die volgens de PAS-ADD-10 geen depressie hebben, heeft de meerderheid van hen toch een bepaalde mate van depressie volgens de ZDS (waarvan de meesten in lichte mate). Daar tegenover staat dat cliënten die geen depressie hebben volgens de ZDS, dit ook niet hebben volgens beide versies van de PAS-ADD-10. Op basis van deze resultaten kunnen we concluderen dat de ZDS een sensitief instrument lijkt te zijn voor het signaleren van depressie bij mensen met een LVB; de ZDS lijkt eerder een indicatie depressie te geven dan de PAS-ADD-10. Waarschijnlijk zal daarom niet iedereen die depressie scoort op de ZDS ook daadwerkelijk depressief zijn en moet een indicatie depressie op basis van de ZDS met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Als iemand geen depressie heeft volgens de ZDS kan echter met behoorlijke zekerheid worden aangenomen dat deze persoon niet depressief is.

Het verschil tussen de uitkomsten op de ZDS en de PAS-ADD-10 wordt waarschijnlijk grotendeels verklaard door de verschillende meetpretenties van beide instrumenten. De ZDS is bedoeld als screeningsinstrument en ernstmeting, terwijl de PAS-ADD-10 een diagnostisch instrument is. De normen van de PAS-ADD-10 zijn daarom strikter dan de normen van de ZDS. De diagnose depressie wordt op basis van de PAS-ADD-10 alleen gegeven als aan de criteria voor een depressie-episode van de ICD-10 wordt voldaan. Bij de ZDS is het daarentegen zo dat ook al een indicatie voor depressie kan worden gegeven als aan een aantal ICD-10- of DSM-IV-criteria voor depressie wordt voldaan. Als bijvoorbeeld een aantal symptomen in ernstige mate aanwezig is, kan dit tot een hoge totaalscore leiden, terwijl dan niet altijd aan de belangrijkste ICD-10-criteria voor depressie wordt voldaan. Daardoor kan het gebeuren dat iemand die een aantal symptomen van depressie vertoont een bepaalde mate van depressie scoort op de ZDS, maar niet op de PAS-ADD-10.

Een andere verklaring waarom meer cliënten depressief zijn volgens de ZDS dan volgens de PAS-ADD-10 zou kunnen zijn dat de twee meetinstrumenten niet volledig uit dezelfde items bestaan en iets andere criteria voor depressie gebruiken. Zo bevat de ZDS naast vragen over symptomen van depressie ook twee vragen over angst. Deze vragen over angst tellen mee voor de totaalscore van depressie. Bij de PAS-ADD-10 telt de score op vragen over angst daarentegen niet mee voor de totaalscore van depressie. Iemand die relatief hoog scoort op angst zal daardoor sneller depressie scoren op de ZDS dan op de PAS-ADD-10.

Voordelen van de ZDS, vergeleken met de PAS-ADD-10, zijn dat de afname weinig tijd kost en dat nauwelijks of geen training nodig is om de vragenlijst af te mogen nemen. Het is echter onduidelijk of de huidige normen van de ZDS geschikt zijn voor mensen met een LVB. Toekomstig onderzoek met een grotere steekproef, inclusief een klinische vergelijkingsgroep (dat wil zeggen inclusief mensen met een LVB en een door een daartoe bevoegd persoon gediagnosticeerde depressie) is nodig om hier meer duidelijkheid over te kunnen geven.

Daarnaast zou het goed zijn om kritisch naar de vragen van de ZDS te kijken. Ook al konden de cliënten de meeste vragen van de ZDS adequaat beantwoorden, de vraag over somberheid was voor velen moeilijk. Aangezien dit een belangrijk begrip is bij het vaststellen van depressie, zal moeten worden nagegaan of het woord „somber“ door een eenvoudiger synoniem te vervangen is.

Gezien de beperkte omvang van de steekproef is dit onderzoek slechts een eerste, maar desalniettemin belangrijke, aanzet voor het bepalen van de validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid van de ZDS. Zoals al eerder aangegeven is meer onderzoek met een grotere steekproef (waarvan meer mensen die een matige of ernstige depressie hebben) om onze conclusies met meer zekerheid te kunnen trekken. Tevens kan dan de sensitiviteit en specificiteit van de ZDS nader bepaald worden. Omdat de ZDS geen gevallen van depressie lijkt te missen, concluderen we dat afname van de ZDS in een interview een betrouwbare en valide methode lijkt te zijn voor het screenen op depressie bij mensen met een LVB.

Literatuurlijst

- Bassa, H. (2011). De Zelfinvullijst Depressieve Symptomen: Psychometrische eigenschappen bij gebruik bij mensen met een licht verstandelijke beperking. (Ungepubliceerde Master-scriptie). Master Orthopedagogiek, Universiteit Utrecht, Utrecht.
- Bhaumik, S., Tyrer, F. C., McGrother, C., & Ganghadaran, S. K. (2008). Psychiatric service use and psychiatric disorders in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52, 986-995.
- Cooper, S. A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., & Allan, L. (2007). An epidemiological investigation of affective disorders with a population-based cohort of 1023 adults with intellectual disabilities. *Psychological Medicine*, 37, 873-882.
- Corruble, E., Legrand, J. M., Duret, C., Charles, G., & Guelfi, J. D. (1999). Research report IDS-C and IDS-SR: Psychometric properties in depressed in-patients. *Journal of Affective Disorders*, 56, 95-101.
- Costello, H., Moss, S., Prosser, H., & Hatton, C. (1997). Reliability of the ICD 10 version of the Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability (PAS-ADD). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 339-343.
- Deb, S., Thomas, M., & Bright, C. (2001). Mental disorder in adults with intellectual disability: 1. Prevalence of functional psychiatric illness among a community based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45, 495-505.
- Došen, A. (2010). Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Douma, J. C. H., Dekker, M. C., Verhulst, F. C., & Koot, H. M. (2006). Self-reports on mental health problems of youth with moderate to borderline intellectual disabilities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 1224-1231.
- Hermans, H., & Evenhuis, H. E. (2010). Characteristics of instruments screening for depression in adults with intellectual disabilities: Systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 1109-1120.
- Hurley, A. D. (2008). Depression in adults with intellectual disability: Symptoms and challenging behavior. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52, 905-916.
- Kraijer, D., & Plas, J. (2010). Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- Moss, S., Emerson, E., Kiernan, C., Turner, S., Hatton, C., & Alborz, A. (2000). Psychiatric symptoms in adults with learning disability and challenging behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 177, 452-456.
- Moss, S., Ibbotson, B., & Prosser, H. (1994). The Psychiatric Assessment Schedule for Adults with a Developmental Disability (the PAS-ADD): Interview development and compilation of the clinical glossary. Manchester: Hester Adrian Research Centre.
- Moss, S., Ibbotson, B., Prosser, H., Goldberg, D. Patel, P., & Simpson, N. (1997). Validity of the PAS-ADD for detecting psychiatric symptoms in adults with learning disability (mental retardation). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 344-354.
- Moss, S. C., Patel, P., Prosser, H., Goldberg, D. P., Simpson, N., Row, S., & Lucchino, R. (1993). Psychiatric morbidity in older people with moderate and severe learning disability (mental retardation). Part I: Development and reliability of the Patient Interview (the PAS-ADD). *British Journal of Psychiatry*, 163, 471-480.
- Moss, S., Prosser, H., Ibbotson, B., & Goldberg, D. (1996). Respondent and informant accounts of psychiatric symptoms in a sample of patients with learning disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, 457-465.
- Myrbakk, E., & Von Tetzchner, S. (2008). Psychiatric disorders and behavior problems in people with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 29, 316-332.

- Nunnally J. C., & Bernstein, I. R. (1994). *Psychometric Theory* (3rd edition). New York: McGraw-Hill.
- Rush, A. J., Giles, D. E., Schlessler, M. A., Fulton, C. L., Weissenburger, J., & Burns, C. (1986). The Inventory for Depressive Symptomatology (IDS): Preliminary findings. *Psychiatry Research*, 18, 65-87.
- Rush, A. J., Gullion, C. M., Basco, M. R., Jarrett, R. B., & Trivedi, M. H. (1996). The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): Psychometric properties. *Psychological Medicine*, 26, 477-486.
- Smiley, E., & Cooper, S. A. (2003). Intellectual disabilities, depressive episode, diagnostic criteria and diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation (DC-LD). *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 62-71.
- Trivedi, M. H., Rush, A. J., Ibrahim, H. M., Carmody, T. J., Biggs, M. M., Suppes, T., Crismon, M. L., ..., & Kashner, T. M. (2004). The Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (IDS-C) and Self-Report (IDS-SR), and the Quick Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (QIDS-C) and Self-Report (QIDS-SR) in public sector patients with mood disorders: A psychometric evaluation. *Psychological Medicine*, 34, 73-82.
- White, P., Chant, D., Edwards, N., Townsend, C., & Waghorn, G. (2005). Prevalence of intellectual disability and comorbid mental illness in an Australian community sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 395-400.
-

EEN PRAKTISCH MODEL VOOR OP SAMENWERKING GERICHTE BEGELEIDING VAN INDIVIDUEEL WONENDE CLIËNTEN MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING

*Bas van Diggelen¹
Jos Truyens²*

In de ondersteuning van individueel wonende cliënten met een licht verstandelijke beperking worden begeleiders veelvuldig geconfronteerd met risicovol gedrag en het in stand houden van ongunstige levensomstandigheden. Pogingen van begeleiders om verandering in de situatie te brengen, leiden nogal eens tot handhaving van de bestaande situatie. Het Twee-sporenmodel biedt, met zijn focus op interactie-types en types van benadering, een kader waarin het gedrag van de cliënt begrepen kan worden en waarop de begeleider zijn benadering kan afstemmen, opdat de ondersteuning zo efficiënt en effectief mogelijk is.

Inleiding

Het afgelopen decennium is er een toename te bespeuren in het aantal ondersteuningsvragen van mensen met een licht verstandelijke beperking (Ras, Woittiez, Van Kempen & Sadiraj, 2010). Deze toename wordt onder meer verklaard door de door de overheid gestelde eisen om meer eigen verantwoordelijkheid voor het eigen leven te nemen. Dit verlangt meer beslissingsvaardigheid, ook van mensen die minder gemakkelijk in de maatschappij mee kunnen komen. Sociale steunnetwerken zijn bovendien steeds minder vanzelfsprekend (Dekker & Den Ridder, 2011). Verder wordt door de toenemende automatisering een steeds groter beroep gedaan op cognitieve vaardigheden en is bijvoorbeeld het gebruik van internet een vanzelfsprekendheid geworden (Ras et al., 2010).

Dit artikel beschrijft het Twee-sporen model dat ontwikkeld is voor de opleiding voor systemische psychotherapie (Boeckhorst & Truyens, 1995). Het model biedt een kapstok voor het taxeren van de manoeuvreerruimte in de interactie tussen hulpvrager en hulpverlener. Het kunnen inschatten van de manoeuvreerruimte helpt bij het afstemmen van de gewenste interventie bij mensen die om advies of hulp aankloppen en meestal moeite hebben om keuzes voor zichzelf te maken.

Ondersteuning van mensen met een licht verstandelijke beperking

Wanneer mensen met licht verstandelijke beperking ondersteuningsvragen hebben die niet binnen het eigen netwerk kunnen worden opgelost, kunnen zij zich richten tot MEE. MEE biedt informatie, advies en kortdurende ondersteuning aan iedereen met een handicap, functiebeperking of chronische ziekte. Meer uitgebreide, langdurige en geïndiceerde ondersteuning wordt geboden door gespecialiseerde instanties. De vragen van cliënten hebben veelal betrekking op ondersteuning, training en advisering bij aspecten van het gewone dagelijkse leven, zoals belangenbehartiging,

¹ Gezondheidszorgpsycholoog bij Stichting Driestroom te Elst (Gld.) en hoofdbehandelaar verbonden aan Driestroom (gezins-) huizen en ondersteunt daarnaast teams die op hun beurt ondersteuning bieden aan cliënten met een licht verstandelijke beperking bij het begeleid zelfstandig wonen (BZW). Contactadres: basvandiggelen@driestroom.nl

² Klinisch psycholoog / Psychotherapeut in het Eedenhuis, praktijk voor psychotherapie, partnerrelatie- en gezinstherapie (tevens P-opleider), te Hilversum; oprichter van en opleider bij het Instituut voor Systemische Psychotherapie te Ede; supervisor en opleider voor VGct, NVRG, VKJP, NVO en NVP.

bemiddeling tussen cliënten en voor hen relevante personen en organisaties, en het verwijzen naar en gebruikmaken van andere dienst- en hulpverlening (De Driestroom, 2010).

In de ondersteuning van individueel wonende cliënten met een licht verstandelijke beperking binnen een vrijwillig kader worden begeleiders veelvuldig geconfronteerd met „lastige“ situaties. Het betreft dan cliënten die ondanks goed bedoelde adviezen zich risicovol blijven gedragen en ongunstige levensomstandigheden in stand houden. Meestal verstoren cliënten het begeleidingsproces uit een gevoel van wanhoop of uit angst dat het probleem erger zal worden (Fisch et al., 1982). Naarmate begeleiders merken dat hun adviezen of waarschuwingen niet worden opgevolgd en er in de situatie van de cliënt niets verandert, nemen de onmachtgevoelens en stress bij de begeleiders meestal toe. De cliënt wordt vervolgens getypeerd als lastig, het gedrag als weerstand en de samenwerkingsrelatie komt onder druk te staan. Dit kan ertoe leiden dat de begeleider probeert de cliënt te confronteren met de consequenties van zijn gedrag. Echter, directieve, confronterende hulpverlening is gerelateerd aan hoge uitvalcijfers en blijkt ineffectief (Miller & Rollnick, 2005). Pogingen een cliënt te overtuigen verhoogt de weerstand bij de cliënt, vermindert de kans op vergroting van eigen autonomie en is daarmee ineffectief en inefficiënt (Roeleveld, Embregts, Hendriks & Van den Boogaard, 2011).

Effectief en efficiënt ondersteunen

In het moderne denken over ondersteuning zijn de woorden „effectief“ en „efficiënt“, net als bij reguliere psychotherapie, sleutelwoorden geworden. Steeds meer wordt geëist door cliënten én financiers dat ondersteuning tot een meetbaar effect leidt dat op zo efficiënt mogelijke wijze tot stand komt. Effectief is datgene doen „waardoor het beoogde doel bereikt wordt“. Met efficiënt wordt bedoeld dat er een goede afstemming is tussen het doel van de begeleiding en de samenwerking tussen cliënt en begeleider zodat het beoogde doel bereikt wordt. Met ondersteuning wordt bedoeld het geheel aan hulpbronnen en strategieën om de ontwikkeling, opvoeding, de belangen, het persoonlijke welzijn en het algemene individuele functioneren te bevorderen (Buntinx, 2003). Om effectieve en efficiënte ondersteuning te kunnen bieden, dienen de doelen van de ondersteuning helder te zijn of samen met de cliënt te worden verhelderd.

De ondersteuning dient de kwaliteit van bestaan van de cliënt centraal te stellen. De kwaliteit van bestaan is zowel objectief op te vatten, zoals huisvesting, én subjectief, zoals woonplezier. Modellen van kwaliteit van bestaan kunnen begeleider en cliënt helpen om ondersteuningsdoelen te identificeren en uit te werken (zie bijvoorbeeld Schalock & Verdugo, 2002). De ideeën van de begeleider over kwaliteit van bestaan kunnen verschillen met die van de cliënt, omdat persoonlijke en culturele factoren hierin een belangrijke rol spelen (Jessurun, 2010; Madsen, 1999).

Verandering treedt op wanneer iemand bereid én in staat is om te veranderen en wanneer het juiste moment voor verandering zich voordoet. Het is echter ook bekend dat ingesleten gedragspatronen krachtig zijn en niet snel zullen veranderen (Appelo, 2007; Miller & Rollnick, 2005). Ondersteuning is effectief en efficiënt wanneer cliënten adviezen en suggesties ter harte nemen. Cliënten hebben echter vaak redenen – bewust of onbewust – om niet mee te gaan met de adviezen en suggesties van de begeleider. Het is dan niet efficiënt om door te gaan met het geven van adviezen, omdat de begeleider dan de kans vergroot om met de cliënt in een discussie of, nog erger, in een strijd terecht te komen over wat het beste zou zijn voor de cliënt. Het effect van de begeleiding is nihil als de cliënt niet samenwerkt bij het toewerken naar de gestelde doelen (Norcross, 2002). Om tot samenwerking te kunnen komen, dient de begeleider voldoende manoeuvreerruimte te creëren.

Manoeuvrerruimte

Manoeuvrerruimte voor de begeleider is de vaardigheid om doelgerichte acties te kunnen ondernemen ondanks wisselende obstakels of beperkingen. Een begeleider moet zijn verschillende wegen open houden, zodat de controle over het verloop van de begeleiding bij de begeleider blijft (Fisch et al., 1982). Het gaat om de ruimte die de begeleider ervaart om andere zienswijzen of oplossingsrichtingen te mogen bespreken en de mate waarin hij direct kan zijn in zijn communicatie. De meningen, waarden en voorkeuren van de cliënt die betrekking hebben op hoe hij over de oplossing van zijn probleem denkt, bepalen de manoeuvrerruimte van de begeleider. Meent de cliënt dat hij een probleem heeft, zoekt hij actief naar oplossingen, staat hij er open voor om andere zienswijzen of oplossingsrichtingen aan te horen en te onderzoeken, is hij ambivalent over verandering of komt hij enkel omdat anderen dat voor hem van belang vinden (Boeckhorst, 2008)?

Manoeuvrerruimte: algemene factoren

- Cliënt en begeleider zijn afhankelijk van elkaar bij het bereiken van het doel dat de cliënt voor zichzelf vaststelt. Het is echter de cliënt die zich met zijn probleem tot de begeleider richt en niet andersom. De begeleider moet de optie openhouden de cliënt niet te kunnen helpen. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer de cliënt begeleidingseisen stelt die schadelijk zijn voor de kwaliteit van diens bestaan. Door de reden van het niet helpen uit te leggen is het vervolgens aan de cliënt om zijn eisen wel of niet bij te stellen. De begeleider kan zijn eigen positie en grenzen behouden en werkt dan niet mee aan een plan dat gedoemd is te mislukken of schade toebrengt aan de cliënt of diens omgeving.
- Wanneer een benadering niet werkt en de samenwerking onder druk komt te staan moet de begeleider van interventie kunnen wisselen.
- De begeleider moet durven vertragen. Cliënten kunnen, onbedoeld, vanuit stress en wanhoop de begeleider onder druk zetten om op dit moment iets te ondernemen. Onder tijdsdruk kan de begeleider manoeuvrerruimte behouden door aan te geven dat hij er goed over na wil denken en de mogelijkheid open houdt dat hij niets voor de cliënt kan betekenen.
- De begeleider kan verleid worden ondersteuning te bieden op basis van (te) vage informatie. Door te menen het voorgelegde probleem (te) snel te begrijpen kan de druk van de last van het probleem teveel bij de begeleider terechtkomen hetgeen een signaal is dat de cliënt achterover kan leunen. Het is zinvol om tijd te nemen om de informatie over het probleem te verduidelijken. Deze vertragende beweging dwingt de cliënt concreter te worden en zich actiever op te stellen.
- De manoeuvrerruimte van de begeleider staat onder druk wanneer een cliënt nadrukkelijk verzoekt partij voor hém en niet voor bijvoorbeeld een familielid te kiezen. Het is gepast om te zeggen geen antwoord op de vraag te weten aangezien de begeleider de andere partij onvoldoende kent en om eigen twijfels over het antwoord duidelijk te kunnen maken. Daarmee houdt hij alle opties open.
- De manoeuvrerruimte van de begeleider blijft ook groter door een voorstel of een idee op een tentatieve, voorlopige, manier te brengen. Daarmee geeft hij te kennen niet te weten of zijn gedachtegang bij de cliënt past. Dit suggereert ook dat het succes van het idee of voorstel meer afhangt van de ideeën van de cliënt zelf dan van de begeleider.
- De begeleider tracht eigen manoeuvrerruimte te optimaliseren: de manoeuvrerruimte van de begeleider wordt groter naarmate die van de cliënt beperkter wordt. De begeleider verwacht een duidelijke opstelling van de cliënt. Wanneer dit uitblijft kan de cliënt steeds wisselen van positie en wordt het samenwerken naar een doel steeds moeilijker.
- Ten slotte is het belangrijk te beseffen dat wanneer de begeleider een te sterke positie (one-up) inneemt, bijvoorbeeld door te menen te weten wat iemand nodig heeft of zou moeten doen, de samenwerking met de cliënt sterk kan afnemen. Een sterke positie van de begeleider is echter niet altijd beperkend voor zijn manoeuvrerruimte (Zie type I benadering). Wanneer niet duidelijk is welke positie tot de meeste manoeuvrerruimte leidt, kan de begeleider er het beste voor kiezen om een one-down positie in te nemen (gematigd taalgebruik; nog niet weten; opties open houden). Het is voor een

begeleider gemakkelijker om van een one-down positie naar een one-up positie te wisselen dan andersom (Fisch et al., 1982; Roeleveld et al., 2011).

Bepalen van het type interactie

Een begeleider vergroot de effectiviteit en efficiëntie door de interactie tussen cliënt en begeleider te taxeren. Hiermee wordt de manoeuvreerruimte van de begeleider duidelijk. Boeckhorst & Truyens (1995) gebruiken hiervoor een door hen ontworpen taxatie-instrument waarin een drietal type interacties kan worden onderscheiden. Op grond van de inschatting van het interactietype kan de begeleider vervolgens bepalen welk type benadering kan worden toegepast. Dit onderdeel van het Twee-sporen model is gebaseerd op het vaststellen van de verhouding tussen de veranderkracht en de homeostatische kracht (kracht die de bestaande situatie in stand wil houden) die een cliënt in de interactie met de begeleider duidelijk maakt (Truyens, 2004). Hieronder volgt een beschrijving.

Type I interactie

Bij een type I interactie heeft de cliënt last van een probleem, ziet zichzelf als eigenaar van het probleem waarvoor hij hulp zoekt, is bereid om te veranderen, maar weet niet hoe. De cliënt heeft in dit geval niet de juiste informatie of mist de steun om daadwerkelijk te veranderen. Mogelijk zitten er voor de cliënt ook nadelen aan veranderen, maar deze nadelen wegen niet op tegen de voordelen. Bij een type I interactie is de veranderkracht van een cliënt in verhouding tot de homeostatische kracht groter. De manoeuvreerruimte van de begeleider is groot en de cliënt is maximaal „klant“.

Casus Jordy

Jordy krijgt ondersteuning van een begeleidster bij zijn administratie. Hij vertelt haar over de terugkerende schulden die hij maakt en hoeveel last hij hiervan heeft. Jordy uit de wens dat hij zou willen dat iemand hem hierbij kan helpen. (wordt vervolgd)

Casus Femke

Femke vertelt haar begeleidster dat zij sinds de ziekenhuisopname vorig jaar last heeft van nachtmerries, onrust en dat ze heel fel kan reageren naar mensen in haar omgeving. Wanneer ze over haar ervaringen vertelt, oogt ze gespannen en verdrietig. Femke vertelt dat ze altijd al erg bang was voor spuiten en ziekenhuizen. Ze vertelt paniekaanvallen te hebben gehad en neemt het haar ouders kwalijk dat ze niet beschikbaar waren toen ze hun zo hard nodig had. Ze geeft aan graag van de nachtmerries en het onrustige gevoel af te willen en vraagt haar begeleidster of zij weet wat haar zou kunnen helpen. De begeleidster besluit de gedragsdeskundige te raadplegen over de last en wens van Femke. (wordt vervolgd)

Type II interactie

Bij een type II interactie staat de cliënt meestal voor een moeilijke keuze uit twee onverenigbare zaken. De veranderkracht van de cliënt is in evenwicht met de homeostatische kracht: er is sprake van stilstand. De cliënt is in conflict en zit klem. Wanneer de begeleider in zijn gedrag gericht is op verandering terwijl de cliënt eigenlijk geen keuze voor verandering kan maken, dan zal de cliënt stevast reageren met argumenten waarom bijvoorbeeld een verander-actie niet kan worden uitgevoerd, de huiswerkopdracht is vergeten of maakt de cliënt met „ja maar ...“ opmerkingen duidelijk dat hij ambivalent is ten aanzien van de voorgestelde verandering.

In het algemeen wordt deze reactie van de cliënt gezien als „procedure weerstand“ (Leahy, 2001). Deze weerstand is dan niet primair gericht naar de begeleider, maar naar de verandering welke de begeleider nastreeft. De samenwerkingsrelatie tussen cliënt en begeleider komt hierdoor echter onder

druk te staan. Het bewust worden van dit soort, door dilemma gekleurde, interactie helpt de begeleider om vast te stellen dat er sprake is van een stilstand-situatie die niet zomaar met op verandering gerichte adviezen kan worden opgelost. Meestal komt de procedure weerstand voort uit onzekerheid over en angst voor verandering. Kiezen voor verandering betekent immers kiezen voor (enige mate van) onzekerheid, wat tot angstreactions kan leiden die de cliënt wil vermijden. De cliënt weet wat hij heeft, niet wat hij ervoor terugkrijgt. Dit kan ertoe leiden dat een cliënt zijn huidige gedrag voortzet of de bestaande situatie voort laat duren. De cliënt komt niet in beweging.

Een type II interactie wordt gekenmerkt door vage en verwarrende communicatie. Mensen met een licht verstandelijke beperking zijn gezien hun beperkte intelligentie en beperkte sociale redzaamheid veelal blijvend afhankelijk van anderen. Deze one-down positie kan de natuurlijke behoefte aan autonomie en competentie onder druk zetten. Het verlangen onder die druk uit te willen komen kan tot een dilemma leiden. Enerzijds wil de cliënt zich niets laten vertellen, anderzijds is hij mogelijk in de problemen gekomen en kan hij baat hebben bij de ideeën van de begeleider. Dit kan leiden tot argumenteren en het niet eens zijn en het blijven vragen om adviezen die vervolgens niet worden opgevolgd.

Triangulatie

Triangulatie is het proces waarbij een derde persoon of instantie iemands relatie met een ander beïnvloedt. Zo kan bij een begeleidingsvraag een derde partij betrokken zijn: verwijzers, reclassering, woningbouwvereniging, partner of familieleden. De cliënt heeft in dit geval een dilemma tussen enerzijds de eisen of verwachtingen van een derde partij aan zijn gedrag, waaraan hij niet tegemoet wil komen; anderzijds de negatieve gevolgen wanneer hij niet aan de eisen of verwachtingen tegemoet zal komen. Bij dilemmaproblematiek is stilstand kenmerkend en is de manoeuvreerruimte van de begeleider zeer beperkt.

Casus Kimberley

Kimberley heeft in het verleden schulden gehad en heeft verplichte bewindvoering opgelegd gekregen. Nadat Kimberley de schuld had afgelost heeft ze de bewindvoering direct stopgezet. Sinds die tijd zijn er weer schulden ontstaan. Ondanks verwoede pogingen van de begeleider om Kimberley te overtuigen van het belang van budgetbeheer, volgt zij dit advies niet op. Kimberley raakt zichtbaar geïrriteerd en probeert op haar beurt de begeleider te overtuigen dat ze het zelf kan en ze laat in haar gedrag zien dat haar begeleider zich er niet mee moet bemoeien. De situatie is inmiddels zo dat de begeleider al 2 keer voor een gesloten deur heeft gestaan. (wordt vervolgd)

Casus John

John is een 20-jarige man met een licht verstandelijke beperking. Hij woont in een huis van de woningbouwvereniging. Buren hebben meerdere keren geklaagd over geluidsoverlast en rotzooi rondom het huis en de politie is al meerdere keren door hen ingeschakeld.

Een week geleden heeft John een brief ontvangen van de woningbouwvereniging met de waarschuwing dat hij uit zijn huis gezet kan worden wanneer de problemen zich blijven voordoen.

John komt met de brief bij zijn begeleider en beklagt zich. (wordt vervolgd)

Type III interactie

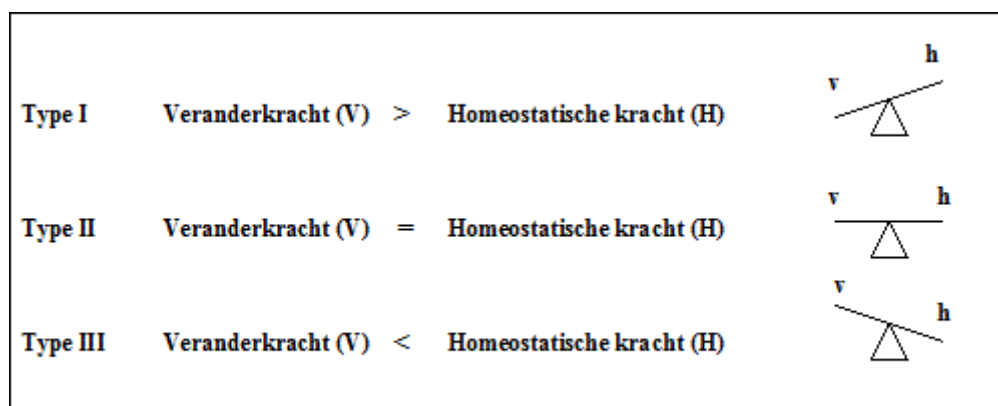
Een cliënt heeft een probleem, wil hier ook vanaf, maar verandert niet om allerlei mogelijke redenen. Er is dan meestal sprake van starheid in denken, voelen en doen en veelal chronische problematiek (Boeckhorst & Truysens, 1995). In deze situatie constateert de begeleider dat de homeostatische kracht bij de cliënt groter is dan de veranderkracht. Hierbij is het zinvol om het probleem van de cliënt te herkaderen als een „niet te veranderen“ probleem. De begeleider past de metafoer toe op het probleem:

dit probleem doet mij denken aan „niet veranderen“. In deze situatie vertoont de cliënt duidelijke lijdensdruk en zegt in feite „help me, maar ik verander niks.“ Wanneer de begeleider in zijn gedrag gericht is op verandering terwijl de cliënt geen verander-actie op gang brengt, creëert de begeleider mogelijk zélf een onoplosbare situatie door wél verander-opties aan te bieden en verandering van de cliënt te vragen. De pogingen tot oplossing van het gepresenteerde probleem leiden tot impasses. Het komt vaak voor dat door het niet onderkennen van het dilemma-gehalte van een probleem, de begeleider goedbedoelde verander-adviezen geeft die vervolgens tot een type III interactie leiden. De geboden oplossing versterkt dan het niet-veranderen, oftewel „de oplossing wordt het probleem“. De mogelijkheden van de begeleider om bij dit type interactie effectief en efficiënt te kunnen ondersteunen zijn nihil. Zijn manoeuvreerruimte is vrijwel afwezig.

Casus Jeffrey

Begeleidster Mariël maakt zich zorgen over de keuze van Jeffrey om niet meer naar het aanloophuis te komen. Jeffrey heeft zich de laatste keer gestoord aan een andere cliënt in het aanloophuis en heeft besloten daar niet meer naartoe te gaan. Sinds een half jaar heeft hij ook geen dagbesteding meer omdat hij daar de laatste keer niet goed behandeld is, zoals hij zelf zegt. Uit ervaring weet Mariël dat Jeffrey somber wordt wanneer hij zijn huis niet meer uitkomt en dat hij gefixeerd raakt op de geluiden van zijn buurman, wat vervolgens tot grote spanningen leidt. Jeffrey ziet dit echter niet zo. Mariël blijft proberen Jeffrey te overtuigen en raakt steeds meer ontmoedigd en geïrriteerd over zijn weigering. (wordt vervolgd)

Het komt geregeld voor dat de begeleider zelf stagnatie in het begeleidingsproces creëert door niet op te merken dat het gespreksonderwerp is veranderd of door niet te beseffen dat een nieuwe hulpvraag en een ander doel is ontstaan. Het voortdurend taxeren van de interactie tijdens de begeleiding, helpt om verandering in manoeuvreerruimte tijdig te onderkennen. De begeleider tracht bij het constateren van een type II en III interactie zodanig te manoeuvreren dat de cliëntpositie in het begeleidingsproces beweegt naar een interactietype met meer manoeuvreerruimte voor de begeleider: van III naar II en van II naar I. Zie Afbeelding 1 voor de relatie tussen veranderkracht en homeostatische kracht.



Afbeelding 1: Drie typen interacties. De weegschalen verbeelden „het gewicht“ van de veranderkracht versus „het gewicht“ van de homeostatische kracht per type interactie (Boeckhorst & Truyens, 1995).

Van taxatie naar type benadering

Type I benadering

Bij deze interactie kan met directe verandertaken op congruente wijze met de cliënt gewerkt worden. De begeleider geeft advies voor de oplossing van het probleem en de cliënt voert het advies uit.

Casus Jordy

Nadat zijn begeleidster Jordy had geïnformeerd over de mogelijkheid om zijn financiën te laten beheren door een stichting, stemde Jordy hiermee in. Hij was het zat om telkens weer in de problemen te komen.

Casus Femke

Na inventarisatie van de klachten overlegt de gedragskundige met beiden de mogelijkheid van EMDR. Femke heeft niet eerder gehoord van deze vorm van therapie en wil graag voor haar traumatische beelden behandeld worden. (Overigens kan er bij Femke alsnog een dilemma ontstaan wanneer ze in de therapie gevraagd wordt de traumatische beelden op te roepen).

Type II benadering

Bij een type II interactie moet de begeleider allereerst met de cliënt samen vaststellen dat het probleem gekenmerkt wordt door stilstand: er moet consensus zijn dat de cliënt in feite geen kant op kan. De begeleider tracht het probleem van de cliënt te herkaderen als een dilemma (Fine, 1993). De begeleider legt uit dat het „klem zitten“ niet verandert door één oplossing te suggereren, reden waarom aan de cliënt niet wordt gevraagd verandertaken uit te proberen. De cognitieve dissonantie theorie (Cooper, 2007) maakt duidelijk dat het oplossen van dissonantie (onverenigbaarheid) globaal gezegd, het meest efficiënt gebeurt door de dissonantie bij de cliënt te vergroten. Dat betekent dat de stilstand bekrachtigd wordt en dat vertraging in het werken naar een oplossing vanzelfsprekend is. De vertraging is nodig om de ernst van de ontstane stilstand te benadrukken en om te pogen de manoeuvreerruimte te vergroten. De begeleider vraagt nadrukkelijk toestemming om samen met de cliënt de stilstand nader te onderzoeken. De begeleider legt uit dat dit onderzoek tijd zal kosten, en dat een oplossing niet voorhanden is. Vertragen helpt om het proces van verheldering van wat er voor de cliënt speelt, te versnellen. De begeleider biedt aan om samen met de cliënt te onderzoeken hoe het „klem zitten“ er precies uitziet en hoe het tot stand is gekomen.

Deze indirecte en metafore werkwijze krijgt gestalte door reflectie bevorderende vragen te stellen die de cliënt uitnodigen om bij de details van het probleem stil te staan. De begeleider streeft zelf geen verandering na, mede in verband met de ethische complexiteit die bij dilemmaproblematiek een rol kan spelen (Miller & Rollnick, 2005). De nauwgezetheid waarmee de begeleider zonder te oordelen, te bekritisieren of te beschuldigen de cliënt uitnodigt om het dilemma nader te bestuderen, leidt er tevens toe dat de cliënt zich serieus genomen voelt.

Het gesprek kan leiden tot verheldering van de intenties van de cliënt die hebben geleid tot de patstelling die kenmerkend is voor het probleem. De begeleider verbindt op bevragende wijze de intenties ten aanzien van het huidige gedrag of de leefsituatie mét de wensen die de cliënt nu of voor de toekomst heeft, waardoor de tegenstrijdigheid bewust wordt gemaakt en er een constructieve zelfconfrontatie ontstaat (Schippers & De Jonge, 2002). Vaak wordt duidelijk dat de cliënt twee onverenigbare keuzes wil maken: En je wilt niet naar de tandarts en je wilt van je tandpijn af (een én-én dilemma). Deze indirecte werkwijze kan leiden tot verandering van motivatie van de cliënt om zélf met het probleem aan de slag te gaan, omdat argumenten voor verandering door de cliënt zelf worden aangedragen. Het doel van de begeleiding is het verhelderen van de intenties en motieven van de cliënt, de consequenties van zijn gedrag en de consequenties die anderen daaraan verbinden. Het is het „nader verklaren“ of „redenen aanvoeren waarom wel of waarom niet“ (Appelo, 2007). Van daaruit

ontwikkelt de cliënt mogelijk zelf een verander-actie. Meestal is dit herkenbaar aan zijn taalgebruik (Miller & Rollnick, 2005).

De kans op daadwerkelijke verandering bij de cliënt wordt groter naarmate het zelfvertrouwen (self-efficacy) van de cliënt toeneemt. De begeleider kan het zelfvertrouwen onderzoeken door te vragen naar ervaringen van de cliënt bij het aanpakken van eerder ontstane dilemma's. Hierbij kunnen specifieke kwaliteiten of vaardigheden die hebben geholpen om veranderingen te creëren, weer herinnerd worden. Een andere indirecte en oplossingsgerichte werkwijze (Roeden & Bannink, 2007) is het al dan niet positief herdefiniëren van uitspraken van de cliënt. Bijvoorbeeld kan „het is me nog nooit gelukt“ geherdefinieerd worden als „je bent iemand die niet snel opgeeft“. Hierdoor kan de cliënt zich bewust worden van eigen kwaliteiten en krachten, die hij kan gebruiken om zijn doelen na te streven.

Triangulatie

Het werken met dilemma's die verband houden met een derde partij die problemen heeft met de situatie of het gedrag van de cliënt kan op verschillende manieren.

- De begeleider kan een derde fictief in het begeleidingsproces betrekken: „Ik hoorde laatst van een andere cliënt dat hij spijt had van zo'n zelfde keuze als waar jij nu voor staat“. „Hij vertelde“ („Ik las laatst.....“, „Ik zag laatst op tv.....“ e.d.).
- De begeleider onderzoekt met de cliënt of deze zich bewust is van de consequenties en wat het gevolg zal zijn als hij zich hiervan geen rekenschap wil geven.
- Wanneer de cliënt zich de gevolgen bewust is, kan de begeleider met de cliënt de mogelijke gevolgen van het niet veranderen van zijn gedrag onderzoeken: “Dus als ik je goed begrijp wil je niet naar het UWV i.v.m. de reiskosten.” (De begeleider toetst of hij de cliënt goed begrijpt). “Maar het UWV dreigt met het korten op je uitkering, zoals je zegt. En je wilt je uitkering niet verliezen. Begrijp ik je zo goed?” (zoeken naar consensus)

Wanneer een derde partij deel is van het begeleidingsproces kan de begeleider hiervan gebruik maken door de derde zélf in gesprek te laten gaan met de cliënt over de zaken die de cliënt moet veranderen. Hiermee houdt de begeleider optimale manoeuvreerruimte en hoeft de samenwerkingsrelatie met de cliënt niet te verslechteren.

Casus Kimberley

In overleg met de gedragsdeskundige en collega's besluit de begeleider het over een andere boeg te gaan gooien. Hij besluit dat hij Kimberley niet langer meer zal proberen te overtuigen van de noodzaak tot bewindvoering. In de vervolfbezoeken aan Kimberley sluit hij aan bij de last van Kimberley wanneer deze zich uit over de schulden die ontstaan zijn. Middels vragen nodigt hij haar uit om te onderzoeken wat de schulden voor haar betekenen en welke consequenties deze voor haar kunnen hebben op de lange termijn. Op deze manier geeft hij Kimberley de ruimte om naar haar eigen wensen en gedrag te kijken i.p.v. de strijd aan te gaan met haar begeleider.

Casus John

De begeleider van John is zich ervan bewust dat hij niet het standpunt van de woningbouwvereniging moet overnemen. Dit zou zijn samenwerkingsrelatie met John bemoeilijken. Hij vraagt aan John wat in de brief staat en vervolgens wat hij hiervan vindt. John geeft aan dat de geluidsoverlast best wel meevalt en dat de burens zelf ook lawaai maken. De begeleider accepteert de visie van John op de situatie, al vermoedt hij dat John heel wat meer lawaai maakt dan diens burens. De begeleider kiest er voor om John hiermee niet te confronteren. Uit ervaring weet hij dat John hier niet open voor zal staan. Wel vraagt de begeleider verder naar de inhoud van de brief. Hij bevraagt John naar de consequenties als het nog eens zal gebeuren en vraagt hem vervolgens wat dit voor het leven van John zal betekenen. In plaats van boos te blijven op zijn burens wordt John door de vragen van zijn

begeleider „gedwongen“ om stil te staan bij zijn eigen wensen. Wat zou het voor hem betekenen wanneer hij hier niet meer zou kunnen wonen.....?

Het is ingewikkelder wanneer een derde tracht de begeleider in te schakelen om de cliënt te overtuigen van iets dat de derde eist of verwacht van de cliënt, zonder dat de cliënt hier gehoor aan geeft. De begeleider kan zelf vast komen te zitten wanneer hij het voorschrijvende gedrag van de derde accepteert. In veel gevallen gaat het dan om situaties waarbij veel partijen betrokken zijn die zich allen machteloos voelen. De begeleider kan helpen door het dilemma waarin beiden terecht zijn gekomen tot onderwerp van onderzoek te maken en ervoor te waken ongevraagd en ongemandateerd de rol van de derde over te nemen. (Zie ook type III benadering).

Casus Joan

Het UWV heeft de begeleider van Joan te kennen gegeven dat zij verwachten dat Joan op 12 juni om 16.00 uur verschijnt. De begeleider vraagt zich vervolgens af hoe hij dit voor elkaar moet krijgen. Hij weet dat Joan 's middags nogal eens in bed gaat liggen of haar deur niet opendoet, ook niet voor de begeleider. De begeleider voorziet dat het zijn samenwerkingsrelatie met Joan gaat schaden wanneer hij haar aan afspraken probeert te houden die zij met het UWV heeft.

De begeleider besluit zijn beperkte invloed op het gedrag van Joan aan het UWV duidelijk te maken en vraagt vervolgens aan hen of zij Joan op de hoogte willen brengen van de gevolgen wanneer ze niet op komt dagen. Het bespreken van deze boodschap van het UWV met Joan, biedt de begeleider meer manoeuvreerruimte om Joan te kunnen ondersteunen dan wanneer de begeleider de boodschap van het UWV had verkondigd of wanneer hij ervoor had moeten zorgen dat Joan op de afgesproken tijd zou verschijnen.

Type III benadering

Vanuit de „niet veranderen“ metafoor past bij een type III interactie de indirecte, metafore en ongewone benadering en het gebruik maken van de klacht. Dit zijn benaderingen waarbij de begeleider terughoudend is in het aanbieden van oplossingen of de mogelijkheid van veranderen ontraadt. De begeleider speelt als het ware met oplossingsuggesties door: hardop te denken in termen als „het zou kunnen, wie weet...“; een voorstel te doen maar dat weer terug te trekken; de cliënt aan te moedigen om niet te veranderen; de cliënt te ontraden een oplossing te proberen; een experiment voor te stellen. Bij ongewone werkwijzen bespreekt de begeleider mogelijke benaderingen van het probleem, maar uit tegelijkertijd onzekerheid over het nut of effect ervan voor de oplossing van het probleem (Evers, 2001). Het doel hiervan is vergroting van de manoeuvreerruimte voor de begeleider. In het begeleidingsproces voldoet de begeleider niet aan verwachtingen die de cliënt heeft: de begeleider neemt niet de leiding, draagt geen adviezen aan en de adviezen zijn niet gericht op verandering van het probleemgedrag van de cliënt (Wolke-Heffels & Poell, 1986). De begeleider kiest ervoor om one-down te gaan. Hij laat de cliënt weten geïnteresseerd te zijn in zijn penibele situatie maar geeft geen directe, op verandering gerichte adviezen. De begeleider kan gebruik maken van indirecte benaderingen zoals metafore beschrijving en herdefiniëring van het probleem en mogelijke veranderingen. Hij beweegt met de cliënt mee, maar, in tegenstelling tot judo, trekt hij niet aan de cliënt om diens gedrag te veranderen. De cliënt kan daarmee verleid worden om argumenten te bedenken tegen zijn eigen niet-veranderen opstelling in (Evers, 2001; Wolke-Heffels & Poell, 1986).

Wanneer de cliënt ondanks alle mislukte veranderpogingen toch wil werken aan verandering kan de cliënt gevraagd worden om mee te werken aan een experiment in de vorm van een welwillende beproeving. De beproeving is zo opgebouwd dat iedere keer als het probleem zich voordoet, de cliënt gedrag uitvoert dat lastiger is dan het probleem (Lange, 2006). Bij type III interacties wordt het interactiepatroon tussen begeleider en cliënt gezien als een in stand houdende factor van het probleem. De hierbij passende interventies vereisen een goede samenwerkingsrelatie. De begeleider moet op respectvolle, kalme en nuchtere manier het tot niet-verandering leidende interactiepatroon tussen

begeleider en cliënt verstoren (Boeckhorst & Truyens, 1995; Miller & Rollnick, 2005). Wanneer de begeleider overweegt een type III benadering te gebruiken is het raadzaam om met collega's of een gedragsdeskundige zorgvuldig af te stemmen.

Casus Jeffrey

Nadat Mariël verschillende keren tevergeefs heeft geprobeerd Jeffrey na te laten denken over de consequenties voor hem van zijn huidige gedrag, besluit ze in samenspraak met de gedragsdeskundige het over een andere boeg te gooien. Besloten wordt dat zij mee zal gaan met de argumenten van Jeffrey om niet meer naar de inloop te gaan en dit zelfs te versterken. Zo blijft zij aansluiting houden bij Jeffrey, maar verstoort ze het patroon dat tussen beiden was ontstaan. Tijdens het volgende contact met Jeffrey zegt ze dat het misschien wel beter voor hem is om niet meer naar de inloop te gaan en juist zoveel mogelijk binnen te zitten. Verwonderd kijkt Jeffrey Mariël aan en probeert Mariël vervolgens te overtuigen dat dit niet goed voor hem is. Mariël laat zich vervolgens niet zomaar overtuigen, waardoor Jeffrey nog meer wordt aangemoedigd argumenten aan te dragen dat hij erop uit moet gaan. Het geval wil dat Jeffrey weer naar de inloop is gegaan.

Tot slot

Aangezien individueel wonende cliënten vrij zijn om keuzes in hun leven te maken en vrij zijn om adviezen of suggesties van een begeleider wel of niet op te volgen, liggen de verantwoordelijkheid en de consequenties van de keuzes eveneens bij de cliënt. De begeleider kan niet verantwoordelijk zijn voor iets waar hij geen invloed op heeft. Wel is hij verantwoordelijk voor het zoeken naar de wijze waarop hij invloed zou kunnen hebben. Hierbij gelden overigens de volgende aandachtspunten:

- De begeleider moet rekening houden met de cognitieve beperkingen. Er is sprake van een beperkt verbaal begripsniveau. Spreken in eenvoudige taal en in korte zinnen helpt om de communicatie zo concreet mogelijk te maken en abstracte begrippen zo veel mogelijk te vermijden. Denk hierbij aan beeldspraak en grapjes. Navragen wat de cliënt van de informatie begrepen heeft, helpt ook.
- Er dient rekening te worden gehouden met de gevoeligheid voor korte in plaats van lange termijn consequenties. Het is aan de begeleider om al bevragend de lange termijn consequenties van het huidige gedrag onder de aandacht te brengen en te houden.
- Er dient rekening te worden gehouden met een matig verbaal korte termijngeheugen en een zwak werkgeheugen. Dit zorgt ervoor dat verbaal aangeboden informatie moeilijk voor korte tijd vastgehouden kan worden en dat het moeilijk is om tegelijkertijd iets met informatie te doen. Het visuele korte termijngeheugen functioneert relatief goed (Van der Molen, Van Luit, Jongmans & Van der Molen, 2007, 2009). Om deze reden is het zinvol om gebruik te maken van visuele toelichting (whiteboard, flip-over of begeleidingsschriftje). Hiermee kan een dilemma of een niet te veranderen probleem gemakkelijker in kaart worden gebracht, is er meer gedeelde en blijvende aandacht voor het onderwerp en komt de informatie via meerdere kanalen binnen. Gevisualiseerde uitleg kan gemakkelijk opnieuw gebruikt worden. Het is vanzelfsprekend dat het gebruik maken van de taal van de cliënt zélf helpt om de samenwerking met de cliënt te vergroten. Wanneer blijkt dat een cliënt niets voelt voor het gebruik van visuele of schriftelijke toelichting, kan de begeleider uitleggen dat het opschrijven hemzelf helpt om niet te vergeten hoe de cliënt bezig is met pogingen om het probleem aan te pakken.
- Er is sprake van beperkingen in executieve functies en metavaardigheden, zoals zelf-monitoring, waardoor de cliënt moeilijk reflecteert op gekozen oplossingen, fouten herhaalt en onvoldoende van gemaakte fouten leert. Het helpt om het denkproces van de cliënt zélf te bevragen. Het probleem voor de cliënt en de consequenties van zijn keuzes worden onder zijn aandacht gebracht door er op een geïnteresseerde wijze naar te blijven vragen.

- De begeleider dient zich enerzijds af te vragen in hoeverre de cliënt in staat is om te veranderen gezien zijn beperking. Anderzijds moet ervoor gewaakt worden het niet veranderen te wijten aan de beperking, terwijl er een dilemma voor de cliënt kan spelen.
- Het is belangrijk om rekening te houden met het zelfbeeld van de cliënt en met de mate van tolerantie voor emotionele arousal. Begeleidingsgesprekken kunnen bij de cliënt meer arousal oproepen dan de cliënt aankan. Een responsieve opstelling is daarom noodzakelijk.
- Tenslotte dient te worden opgemerkt dat wanneer een cliënt een acuut gevaar is voor zichzelf of voor zijn omgeving, directief ingrijpen overwogen moet worden. De wijze waarop dit dient te gebeuren valt echter buiten bestek van dit artikel.

Literatuurlijst

- Appelo, M. (2007). *Socratisch motiveren*. Amsterdam: Boom.
- Boeckhorst, F. (2008). Behandelcontext. In A. Savenije, M. J. van Lawick, & E. M. T. Reijmers (Red.), *Handboek systeemtherapie* (pp. 261-273). Utrecht: De Tijdstroom.
- Boeckhorst, F., & Truylens, J. (1995). *Reader & draaiboek opleiding systeemtherapie (TTK)*. Nijmegen/Duivendrecht: Instituut voor Systemische Psychotherapie (ISP).
- Buntinx, W. H. E. (2003). Wat is een verstandelijke handicap? Definitie, assessment en ondersteuning volgens het AAMR-model. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten*, 29(1), 4-24.
- Cooper, J. (2007). *Cognitive dissonance: Fifty years of a classic theory*. Los Angeles: Sage publications.
- De Driestroom (2010). *BZW-handboek*. Elst: De Driestroom.
- Dekker, P. & Ridder, J. den (2011). *Eigen verantwoordelijkheid: COB Burgerperspectieven #3*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Evers, R. (2001). Paradoxe interventies. In W. Trijsburg, S. Colijn, E. Collumbien, & G. Lietaer (Eds.), *Handboek integratieve psychotherapie* (pp. 1-25). Utrecht: De Tijdstroom.
- Fine, M. (1993). *Dilemma: A frame for reframes*. In T. Nelson & T. Trepper (Eds.), *101 Interventions in family therapy* (pp. 382-385). New York: The Haworth Press.
- Fisch, R., Weakland, J. H., & Segal, L. (1982). *The tactics of change: Doing therapy briefly*. San Fransisco: Jossey-bass.
- Jessurun, N. (2010). *Transculturele vaardigheden voor therapeuten: Een systeemtheoretisch behandelmodel*. Bussum: Coutinho.
- Lange, A. (2006). *Gedragsveranderingen in gezinnen* (8ste druk). Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Leahy, R. L. (2001). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Madsen, W. D. (1999). *Collaborative therapy with multi-stressed families: From old problems to new futures*. New York: The Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2005). *Motiverende gespreksvoering: Een methode om mensen voor te bereiden op verandering*. Gorinchem: Ekklesia.
- Molen, M. J. van der, Luit, J. E. H. van, Jongmans, M. J., & Molen, M. W. van der (2007). Verbal working memory in children with mild intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 162-169.
- Molen, M. J. van der, Luit, J. E. H. van, Jongmans, M. J., & Molen, M. W. van der (2009). Memory profiles in children with mild intellectual disabilities: Strengths and weaknesses. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 1237-1247.
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Ras, M., Woittiez, I., Kempen, H. van, & Sadiraj, K. (2010). *Steeds meer verstandelijk gehandicapten? Ontwikkelingen in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapten 1998-2008*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Roeden, J., & Bannink, F. (2007). *Bhandboek oplossingsgericht werken met licht verstandelijk beperkte cliënten*. Amsterdam: Harcourt Assessment BV.
- Roeleveld, E., Embregts, P., Hendriks, L., & Bogaard, K. van den, (2011). *Zie mij als mens! Noodzakelijke competenties voor begeleiders volgens mensen met een verstandelijke beperking*. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*. 50(5), 195-207.

- Schalock, R. L., & Verdugo, M. A. (2002). *Handbook of quality of life for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Schippers, G. M., & Jonge, J. de (2002). Motiverende gespreksvoering. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 57, 250 – 265.
- Truyens, J. (2004). *The use of an assessment model of therapist-client interaction in the combined treatment of complex psychopathology in children, adolescents and their families*. Lezing Congres Society for Exploration of Psychotherapy Integration, 25 juni, Amsterdam.
- Wolke-Heffels, A., & Poell, J. (1986). Een paradoxale benadering bij ambivalente cliënten. *Directieve Therapie*, 1(6), 56-71.
-

UITDAGENDE RELATIES: WERKEN MET DE OMGANGSSTIJL VAN BEGELEIDERS MET BEHULP VAN DE SIG-B¹

Arno Willems²
Petri Embregts³

Er zijn diverse redenen om bij probleemgedrag van verstandelijk beperkte cliënten vooral aandacht te hebben voor de relatie vanuit de begeleider naar die cliënt toe. Om hier snel zicht op te krijgen is een korte vragenlijst ontwikkeld, de Schaal voor Interactief Gedrag van Begeleiders (SIG-B), welke zeven factoren meet van interpersoonlijk en intrapersoonlijk gedrag. In dit artikel beschrijven we op beknopte wijze de ontwikkeling, validering en betrouwbaarheid van deze vragenlijst (bij N = 292 en recent N= 265) en geven we aan hoe de SIG-B in de praktijk gebruikt kan worden.

Inleiding

Als begeleiders te maken krijgen met probleemgedrag bij cliënten met een verstandelijke beperking (VB), dan is het belangrijk hoe die begeleiders zich naar die cliënten gedragen. Zo is er onderzoek dat duidelijk maakt dat de manier waarop begeleiders omgaan met behandelafspraken, hun houding en de wijze waarop zij communiceren met mensen met een verstandelijke beperking van invloed is op de ontwikkeling en het voortduren van gedragsproblemen (Embregts, Didden, Huitink & Schreuder, 2009; Hastings, 1997). Van hen worden specifieke kwaliteiten en vaardigheden gevraagd teneinde zowel in medemenselijke relatie met de cliënt te staan als intentioneel te handelen om een beter perspectief voor deze cliënten te realiseren. In deze inleiding zullen we een viertal motieven noemen waarom we ons niet zozeer richten op het moeilijke gedrag van de cliënt zelf, maar juist op de uitdagende relatie tussen begeleider en cliënt. Gezien onze professionele taak in de zorg zetten we de schijnwerper nu alleen op hoe de begeleider met de cliënt omgaat en niet andersom.

Allereerst is er binnen de langdurige of residentiële zorg veel aandacht voor het thema bejegening. Zo onderzocht Van den Berg (2000) in de residentiële jeugdzorg de sociale interacties tussen begeleiders en jeugdigen m.b.v. de drie dimensies uit de SASB (Structural Analysis of Social Behavior; Benjamin, 1996, 2003): controle vs. autonomie verlenen, zich onderwerpen vs. zich onafhankelijk opstellen en vriendelijkheid vs. vijandigheid. Van Heteren et al. (2000) legt binnen de zes vraagstellingstypen in de jeugdhulpverlening accenten op o.a. relatie aangaan en klimaat scheppen. Embregts stelt dat kwaliteit van zorg ook voor mensen met een VB in zijn meest wezenlijke vorm plaatsvindt in een betekenisvolle, goede relatie tussen de cliënt en de hulpverlener en werkt dit uit in diverse trainingen en onderzoeksprojecten (Embregts, 2009; 2011; Hermsen & Embregts, 2011; Huitink, Embregts, Veerman & Verhoeven, geaccepteerd; van Oorsouw, Embregts, Bosman &

¹ dit artikel is een bewerking van het artikel: Willems, A.P.A.M., Embregts, P.J.C.M., Stams, G.J.J.M. & Moonen, X.M.H. (2010). The relation between intrapersonal and interpersonal staff behaviour towards clients with ID and challenging behaviour: a validation study of the Staff-Client Interactive Behaviour Inventory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 40-51.

² GZ-psycholoog bij MFCG-Limburg, Multi-Disciplinair Centrum voor verstandelijke beperking en Gedragsproblematiek, Koraal Groep, Heel; als promovendus verbonden aan de Universiteit van Tilburg.

³ Hoogleraar Klinische & Ontwikkelingspsychologie, Tranzo, Tilburg University, Directeur Behandelinnovatie en Wetenschap, Dichterbij en Lector Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking Hogeschool Arnhem en Nijmegen.

Jahoda, 2010; Reuzel, Embregts, Bosman, van Nieuwenhuijzen & Jahoda, ingediend; Zijlmans, Embregts, Gerits, Bosman & Derksen, 2011). Ook internationaal wordt voor onze zorg nadruk gelegd op de therapeutische relatie bij „learning disability nurses in mental health“ (Raghavan & Patel, 2005). Wanneer in kwalitatief onderzoek jeugdige LVB-cliënten zelf bevraagd worden blijken zij de werkrelatie met begeleiders een zeer belangrijk thema te noemen (Moonen, 2006) Verder is er in het landelijke competentieprofiel en de aanvullingen hierop vanuit cliënten (Roeleveld, Embregts, Hendriks & Van den Bogaard, 2011) en ouders (Van der Meer, Embregts, Hendriks & Sohier, 2011) duidelijk gewezen op het belang van het opbouwen van de relatie en vertrouwensband.

Een tweede motief komt direct vanuit de dagelijkse praktijk, want teams praten veel en graag over hun eigen aanpak en bejegening van cliënten. Bij probleemgedrag ontstaan er vaak discussies in het team waaruit blijkt hoeveel stress en emoties hierdoor opgeroepen worden (Rose, Horne, Rose & Hastings, 2004). Die discussies gaan regelmatig over de keuze tussen meer beheersen en vrijheden inperken versus ruimte en autonomie geven. Het vinden en uitvoeren van de meest adequate omgangsstijl wordt extra bemoeilijkt doordat cliënten vaak met meerdere begeleiders te maken hebben, waardoor het niet makkelijk is om tot overeenstemming te komen. En het kopiëren van gedrag van een begeleider die goed met een moeilijke cliënt overweg kan, blijkt in de praktijk zelden te werken.

Het derde motief om de bejegening of omgangsstijl aandacht te geven komt vanuit de kennis over de meest werkzame factoren in een behandeling of psychotherapie. Het is gebleken dat de relatie en stijl van de therapeut ongeveer 30% van het behandelresultaat bepaalt (en de specifieke therapeutische technieken slechts 15%; Norcross, 2002). Hierbij blijken de mate van directiviteit, het aangaan van een vriendelijke werkalliantie en het geven van steun de belangrijkste aspecten te zijn. Bovendien is bejegening iets wat je als begeleider helemaal zelf kunt vormgeven in je aanpak, de hele dag door, en is daardoor directer beschikbaar dan allerlei andere therapeutische technieken. In ons werkveld zijn diverse behandelvormen bekend die vooral een relationele focus hebben (i.p.v. een meer gedragsmatige of cognitief-emotionele focus), zoals o.a. Došen, McGee's Gentle Teaching, Prouty's Pre-Therapy, Heijkoop's Anders kijken met video, Embregts's Video-Interactie-Begeleiding, Greenspan's Floortime, Sterkenburg's Integratieve therapie voor gehechtheid en gedrag, het Triple-C behandelmodel en Active Support. Diverse grootheden vanuit de orthopedagogiek hebben ook al vele decennia het accent gelegd op het professioneel gedrag van begeleiders in de zin van respectvol, vriendelijk, beschermend, open, stimulerend, ondersteunend, sympathiek handelen (o.a., Kok, De Ruyter, Van Gennep, Van der Ploeg, Rispens, Rink, van Gemert).

Geconfronteerd met probleemgedrag zal men – zeker als gedragskundige – op zoek gaan naar aanleidingen en oorzaken van dit gedrag. De invloed van de bejegening en het gedrag van de begeleider op het ontstaan en voortbestaan van het probleemgedrag is een vierde, meer psychodiagnostische reden om dit thema aandacht te geven. Onderzoek heeft immers aangetoond dat begeleidergedrag contraproductief en zelfs versterkend kan werken op probleemgedrag (Hastings, 1996). Daarnaast is vanuit multidimensionele modellen bekend dat men bij probleemgedrag niet alleen moet zoeken naar persoonlijke en interne cliëntfactoren (zoals medische, psychologische en psychiatrische aspecten), maar ook naar interpersoonlijke en externe factoren (Griffiths, Gardner & Nugent, 1997; Willems, 2007). Tot slot hanteert men binnen de handelingsgerichte diagnostiek-praktijk een transactioneel kader waarin de wisselwerking tussen cliënt en omgeving als essentieel gezien wordt (HGD; Pameijer & Van Laar-Bijman, 2007). Toch constateert men daar dat er voor onze doelgroep „transactionele“ instrumenten ontbreken om dit soort interacties te meten, behalve de SIS-NL (Supports Intensity Scale-Nederlandstalige versie) om algemene ondersteuningsbehoeften te bepalen. Wel bestaan er diverse algemene instrumenten, zoals de IAS-R van Wiggins (1988), de NIAS van Rouckhout en Schacht (2000, 2008), en de SASB van Benjamin (1996, 2003). Ook zijn er instrumenten die meer rechtstreeks het pedagogische gedrag meten, zoals lijsten voor ouderschapsstijlen, m.n. de Vragenlijst Ouderlijk Gedrag (Bijttebier, Vanderstylen & Vertommen,

1998) en de Gezinsklimaatschaal (Jansma & De Coole, 1996). Interessant is dat in al deze instrumenten twee algemene orthogonale dimensies voor interpersoonlijk gedrag gevonden worden: controle (dominantie vs. volgzzaamheid) en affiliatie (vriendelijkheid vs. vijandigheid).

Om zicht te krijgen op de uitdagende relatie tussen begeleider en cliënt blijkt dat een gedetailleerde videoanalyse een zeer krachtig hulpmiddel is in het vinden van adequate omgangsstijlen. Vanuit de praktijk en vanuit onderzoek is evenwel bekend dat bij het omgaan met probleemgedrag niet alleen het interpersoonlijke gedrag, maar ook de intrapersoonlijke opvattingen en emoties (stress, onmacht, irritatie) van de begeleider een grote rol spelen (Hastings, 2005). Ook emotioneel inzicht en de mate van zelfreflectie op de eigen gevoelens zijn van invloed (Jackson, Firtko & Edenborough, 2007), evenals de mate van proactief denken door de begeleider – ook wel in te zetten als copingstijl (Kirby, Kirby & Lewis, 2002). M.a.w., naast aandacht voor het interpersoonlijke gedrag en het geven van pedagogische omgangsadvisen zou er ook goed gekeken moeten worden naar genoemde intrapersoonlijke factoren bij begeleiders als zij te maken krijgen met probleemgedrag. Videoanalyse is echter niet direct geschikt om de intrapersoonlijke aspecten te verhelderen.

Dat bracht ons ertoe om allereerst een instrument te ontwikkelen dat in staat zou zijn om het interactieve gedrag van de begeleider naar een cliënt met probleemgedrag te meten, zowel gericht op interpersoonlijk gedrag – gebaseerd op Leary en Benjamin in termen van controle, volgzzaamheid, vriendelijkheid en vijandigheid - als op intrapersoonlijk gedrag, m.n. „expressed emotion“, zelfreflectie en proactieve copingstijl.

Constructie van de SIG-B vragenlijst

We hebben ervoor gekozen om als instrument een vragenlijst te construeren die door de begeleider zelf kan worden ingevuld. Een dergelijke vragenlijst heeft evenwel het bezwaar dat men geen uitspraken kan doen over het objectieve interactie-gedrag van de begeleider. Vanuit de vakinhoudelijke taak als gedragskundige is dit een minpunt. Ons motief voor een zelfrapportage lijst komt echter vooral voort uit een andere taak van de gedragskundige, nl. die van de advisering en coaching van begeleiders. We weten immers dat gedragsverandering - i.c. de omgangsstijl van begeleiders veranderen in de gewenste richting - het snelste tot stand komt als de betrokkene er zelf helemaal achter staat en zoveel mogelijk zelf ontdekt heeft wat er beter kan (Hastings, 2005; ZonMw, 2000). Implementatie en borging verlopen succesvoller wanneer ontdekkingen niet van „buitenaf“ door een expert aangedragen worden, maar van „binnenuit“ komen (vgl. socratisch motiveren, oplossingsgericht coachen e.d.). Het zou dan ook voor de begeleider heel effectief kunnen zijn om zijn eigen omgangsstijl, denken en voelen helder te herkennen in een neutraal geformuleerd profiel dat de uitkomst is van vragen waarop hij zelf gescoord heeft.

Door de eerste auteur zijn er zowel vanuit diverse interpersoonlijke theorieën en orthopedagogische modellen als vanuit eigen praktijkervaring 204 items geconstrueerd voor de Schaal voor Interactief Gedrag van Begeleiders, de SIG-B (Willems, Embregts, Stams & Moonen, 2010) . Dat grote aantal items is middels expertmeetings en een split-half betrouwbaarheidsanalyse binnen een pilot-onderzoek in 2004 teruggebracht tot 72 items. Om de vragenlijst zo breed mogelijk bruikbaar te laten zijn zijn de items gericht op alle type begeleiders en alle niveaus van verstandelijke beperking, voor zover er sprake is van gedrags- en/of psychiatrische problematiek.

Tussen 2004 en 2008 is de eerste versie van de SIG-B (met 72 items) ingevuld door 292 groeps- en activiteitenbegeleiders van cliënten bij wie we i.v.m. hun gedrags- of psychiatrische problematiek als MFCG-Limburg (Multi-Functioneel Centrum voor mensen met een verstandelijke beperking en bijkomende psychische- of Gedragsproblemen) geconsulteerd werden binnen 12 instellingen. Ruim driekwart van de begeleiders waren vrouwen en de gemiddelde leeftijd van alle begeleiders was 36

jaar (spreiding 21-57 jaar). Ruim 80% had een MBO-opleiding, de overigen HBO of hoger. Bijna driekwart werkte als groepsbegeleider, de anderen als activiteitenbegeleider en hun gemiddelde werkervaring was 9 jaar (spreiding 1-34 jaar).

De SIG-B werd gescoord t.a.v. 34 verschillende cliënten (dus door 34 verschillende teams bestaande uit 3-20 begeleiders), waarvan 16 met een licht verstandelijke beperking, 12 met een matige en 6 met een ernstige tot diep verstandelijke beperking. Middels interdisciplinaire beeldvorming werd er bij 18 cliënten een autisme spectrum stoornis vastgesteld, bij zes een persoonlijkheidsstoornis en bij 10 cliënten stoornissen als hechtingsstoornis, schizofrenie, stemmingsstoornis of aanpassingsstoornis.

Allereerst werd in het kader van een in 2009 gestart promotietraject (een praktijkonderzoek binnen het onderzoeksprogramma van Embregts, 2011) de construct validiteit en interne betrouwbaarheid van de SIG-B onderzocht d.m.v. confirmerende factoranalyse. Vervolgens werden middels Pearson correlatie-analyses en multilevel regressie-analyses diverse verbanden onderzocht tussen de SIG-B schalen en diverse cliënt- en begeleiderkenmerken.

Resultaten en discussie

Met behulp van confirmerende factoranalyse (Tabel 1) kon de SIG-B ingekort worden tot 30 vragen (dit kost de begeleider 5-10 minuten om in te vullen) en hiermee kon het interactieve gedrag van begeleiders onderscheiden worden in zeven factoren (Willems et al., 2010):

- vier interpersoonlijke factoren die sterk lijken op de vier zgn. Leary-factoren (dominant, vijandig, vriendelijk, volgend), nl.: assertieve controle, vijandig, vriendelijk en steunzoekend interpersoonlijk gedrag. Dit gaat dus over de bejegeningstijl die de begeleider zegt te hanteren naar die cliënt toe, dus wat hij zelf vindt hoe hij het doet;
- drie intrapersoonlijke factoren: proactief denken, zelfreflectie en kritische Expressed Emotion.

Dit gaat dus over hetgeen zich „tussen de oren“ bij de begeleider afspeelt als hij met die cliënt te maken heeft, dus wat hij denkt en voelt. In dit eerste onderzoek is een inhoudelijk gevalideerde vragenlijst geconstrueerd met zeven factoren met een bevredigende betrouwbaarheid van deze factoren (Cronbach's alpha's tussen .68 en .89). Overigens zijn in een recente replicatiestudie (Willems, Embregts, Hendriks & Bosman, in voorbereiding) bij 265 begeleiders dezelfde factoren met nog wat hogere betrouwbaarheden gevonden.

Daarnaast komen er vanuit de multilevel regressie-analyses een aantal interessante zaken naar voren. Allereerst wordt het interpersoonlijke gedrag meer bepaald door een aantal kenmerken van de begeleiders zélf (variërend van 58%-91% voor de vier interpersoonlijke stijlen) dan door kenmerken van de cliënten (variërend van resp. 42%-9%). Het zou kunnen dat de bejegening meer afhangt van persoonlijkheid en attitude van de begeleider dan van de kenmerken van de cliënt. Alleen het assertief controlerende gedrag van begeleiders is duidelijk hoger wanneer cliënten jonger zijn (gestandaardiseerde regressie-coëfficiënt $b = 0.26$) en wanneer hun verstandelijk niveau lager is ($b = 0.21$). Dit is evenwel goed te verklaren: pubers en mensen die op een lager in intellectueel niveau functioneren, hebben meer sturing en controle nodig, aangezien ze (nog) minder goed zelf beslissingen kunnen nemen.

Als tweede blijkt het aantal jaren werkervaring belangrijk te zijn voor de hoeveelheid vriendelijk gedrag dat begeleiders tonen naar „moeilijke“ cliënten toe ($b = 0.26$) Ervaring in de VB-zorg lijkt begeleiders dus a.h.w. milder te maken bij probleemgedrag, hetgeen in de praktijk vaak herkend wordt. Ook gedragen begeleiders met een hogere opleiding (HBO of hoger) zich vooral minder vijandig naar een „moeilijke“ cliënt ($b = - 0.14$); de hogere opleiding lijkt begeleiders vooral te helpen om minder snel een negatieve toon te gebruiken. Dit effect van de opleiding kunnen we dus zien als een belangrijk argument om te blijven investeren in goede training en coaching van begeleiders.

Tabel 1. De 30 items van de SIG-B, betrouwbaarheid en bijbehorende factorladingen

Factor 1: Assertieve Controle (interpersoonlijk)		Cronbach's $\alpha = .84$
Itemnr.:		factor lading
1	Ik hanteer mijn regels op een strenge manier bij deze cliënt	.65
9	Ik ga mijn weg ondanks kritiek van deze cliënt	.53
11	Ik stel strenge eisen aan deze cliënt	.61
13	Ik zet mijn wil door wat hij er ook van mag denken	.59
20	Ik treed corrigerend op naar deze cliënt	.80
22	Ik treed verbiedend naar hem op	.76
25	Ik neem de leiding op me als ik bij deze cliënt ben	.54
Factor 2: Vijandig (interpersoonlijk)		Cronbach's $\alpha = .72$
Itemnr.:		factor lading
8	Ik protester naar deze cliënt als ik het niet met hem eens ben	.51
14	Ik zeg rechtuit mijn mening tegen deze cliënt	.54
23	Ik laat mijn boosheid zien naar hem	.74
26	Ik mopper op deze cliënt	.78
Factor 3: Vriendelijk (interpersoonlijk)		Cronbach's $\alpha = .82$
Itemnr.:		factor lading
2	Ik waardeer deze cliënt	.57
4	Ik communiceer graag met hem	.70
7	Ik vind het prettig om samen iets met hem te doen	.79
17	Met hem kan ik goed samenwerken	.66
28	Ik kan mij vaak prettig voelen bij deze cliënt	.82
Factor 4: Steunzoekend (interpersoonlijk)		Cronbach's $\alpha = .68$
Itemnr.:		factor lading
10	Ik kan alles beter aan als deze cliënt me steunt	.77
15	Ik heb opbeuring nodig van hem	.57
19	Ik word graag geruggensteund door hem	.63
Factor 5: Proactief denken (intrapersoonlijk)		Cronbach's $\alpha = .89$
Itemnr.:		factor lading
21	Bij deze client denk ik na over wat ik ga doen.	.77
27	Bij deze client denk ik na over hoe ik dingen zal gaan doen	.91
30	Bij deze client denk ik na over waarom ik dingen zo ga doen	.87
Factor 6: Zelfreflectie (intrapersoonlijk)		Cronbach's $\alpha = .70$
Itemnr.:		factor lading
3	Ik denk bij deze cliënt na over wat ik vanuit mezelf zou willen bereiken	.60
24	Ik denk bij hem na wat ik zelf van hem terug wil krijgen	.52
29	Bij deze client denk ik na over hoe ik me voel	.79
Factor 7: Kritische Expressed Emotion (intrapersoonlijk)		Cronbach's $\alpha = .75$
Itemnr.:		factor lading
5	Bij hem heb ik de neiging om breedsprakig een preek af te steken	.61
6	Bij hem heb ik de neiging om hard te gaan werken om nergens aan te hoeven denken	.69
12	Bij hem heb ik de neiging om wel eens redelijke voorstellen af te wijzen	.51
16	Bij hem heb ik de neiging om direct te handelen zonder te weten waar ik eigenlijk naar toe wil	.71
18	Bij hem heb ik de neiging om hem cynisch te benaderen	.58

Als vierde blijkt dat mannelijke begeleiders meer steunzoekend gedrag laten zien bij „moeilijke“ cliënten dan hun vrouwelijke collega's (b = 0.14). Nu bestaat dit steunzoekend gedrag vooral uit de steun en bemoediging die de begeleider zegt te willen krijgen, dus de focus ligt dan vooral op de behoefte vanuit zichzelf. Dit komt overeen met eerder onderzoek (Gerits, Derksen & Verbruggen, 2004) waar mannelijke begeleiders qua emotionele intelligentie hoger scoorden op „goed zorgen voor zichzelf“ en vrouwelijke begeleiders hoger op „goed zorgen voor de ander“.

Wanneer we groepsbegeleiders vergelijken met activiteitenbegeleiders, dan beoordelen de groepsbegeleiders zichzelf duidelijk hoger op assertieve controle (b = 0.14). Mogelijk heeft dit te maken met de mate van structuur die „moeilijke“ cliënten aan hun werksetting zelf kunnen ontlenen waardoor de activiteitenbegeleiders in hun stijl minder regisserend op hoeven te treden. Verder bestaan er verbanden tussen wat begeleiders denken en voelen (het intrapersonlijke) en hoe ze zich gedragen (het interpersoonlijke). Als begeleiders meer proactief in zichzelf denken verhoogt dat het gebruik van meer controle en regie door de begeleider (b = 0.18). Ook blijken begeleiders die veel negatieve gevoelens naar een cliënt ervaren zich ook vijandiger (b = 0.23) en minder vriendelijk te gedragen (b = - 0.21).

Bruikbaarheid voor de praktijk

Zoals eerder opgemerkt is de SIG-B niet bedoeld om te meten wat de begeleider objectief doet. Toch blijken de collega's van de betreffende begeleider vaak diens SIG-B profiel in zijn dagelijks handelen te herkennen. Het is aan te bevelen de SIG-B ook door collega's over die ene begeleider te laten invullen, zodat men via een 360-graden assessment nog meer informatie krijgt over diens bejegening. Een zeer recente vragenlijst die zich overigens wél meer richt op concrete gedragsinterventies van begeleiders van LVB-jeugd is de SBC (Staff Behavior towards Clients; Huitink, Embregts, Veerman & Verhoeven, 2011). De SBC onderscheidt met 49 items vier factoren in wat de begeleider doet: gedragsregulatie, cliëntgerichte zorg, trainen en empowerment. Een combinatie van de SIG-B en de SBC zou in de zorg voor LVB-jeugd bruikbaar kunnen zijn om snel zicht te krijgen op zowel stijl als concreet gedrag van begeleiders.

De afgelopen jaren hebben we vanuit het MFCG-Limburg de SIG-B ingezet in een groot aantal teams binnen nagenoeg alle Limburgse instellingen bij ongeveer 600 ambulante-, woon- en activiteitenbegeleiders rond gedragsmoeilijke of psychiatrisch gestoorde cliënten, naast onze multidisciplinaire diagnostiek en behandeladviezen voor die cliënten. Daarnaast hebben t.b.v. ons onderzoek tot nu toe nog zo'n 200 begeleiders buiten de Limburgse instellingen de SIG-B ingevuld. Hieruit is gebleken dat de SIG-B als een snel, krachtig en prettig hulpmiddel wordt gezien om met een team zicht te krijgen op interpersoonlijke stijlen en intrapersonlijke sterktes en zwaktes. Met behulp van de SIG-B profielen kunnen we in een bespreking van globaal anderhalf uur met het team nagaan of men op één lijn zit wat betreft de bejegening, in welke stijlen er duidelijke verschillen bestaan en bij wie. We kunnen vervolgens vanuit de dagelijkse praktijk bevragen welke begeleider het minste probleemgedrag ervaart of de beste „klik“ met die cliënt heeft en dan samen bekijken of dit mogelijk te maken heeft met de interpersoonlijke en intrapersonlijke stijlen van die begeleider. Als er daarnaast duidelijkheid ontstaat over de diagnose of het persoonsbeeld van de cliënt, kunnen we de stijlen van de begeleiders vergelijken met de optimale bejegening vanuit die diagnose of dat persoonsbeeld. Maar het belangrijkste is dat we samen kunnen afspreken met welke interpersoonlijke stijlen de begeleiders naar die ene cliënt aan de slag willen gaan. Elke begeleider kan zich dan uitspreken over: „wat en hoe vaak ga ik komende week iets anders uitproberen in welke situatie met deze cliënt?“. Hiermee formuleert hij in feite de eigen leerdoelen en kan hij zelf aangeven of hij hierin gecoacht wil worden of feedback op zijn „uitproberen“ wil krijgen.

Op dit moment worden de resultaten verwerkt van twee recente onderzoeken bij 265 begeleiders. Hierbij is niet alleen de SIG-B afgenomen, maar ook drie andere instrumenten, zodat de validiteit van de SIG-B verder onderbouwd kan worden. Ook wordt het dan duidelijk of er verschillen zijn tussen de „doorsnee“- omgangsstijl van de begeleider en die naar een cliënt met probleemgedrag en is het mogelijk om de invloed van emotionele intelligentie (EQi) op die omgangsstijl na te gaan. Toekomstig onderzoek is erop gericht om te ontdekken welke factoren in de begeleider en diens team de sterkste invloed hebben op zijn interactieve gedrag. Met deze kennis zal er dan een interactiegerichte training/coaching ontwikkeld worden, aangezien gebleken is dat een combinatie van groepsgerichte training met individuele coaching-on-the-job middels video en verbale feedback het meest effectief is (van Oorsouw, Embregts, Bosman & Jahoda, 2009). We hebben aanwijzingen dat de SIG-B gevoelig genoeg is om – na training, coaching, inzet van case-manager, e.d. – veranderingen in de interactiestijlen van begeleiders te meten. De SIG-B zal dan ook een van de instrumenten zijn die we willen inzetten om de effecten van een interventie te meten.

Literatuurlijst

- Benjamin, L.S. (1996; 2003, 2nd ed.). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- Benjamin, L.S., Rothweiler, J.C., & Critchfield, K.L. (2006). The use of Structural Analysis of Social Behavior (SASB) as an assessment tool. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 83-109.
- Bijttebier, P., Vanderstylen, T. & Vertommen, H. (1998). Diagnostiek van opvoedingsstijlen aan de hand van de Vragenlijst Ouderlijk gedrag. *Diagnostiekwijzer*, 2, 63-75.
- Derksen, J.J.L., Jeuken, J., & Klein Herenbrink, A.J.M. (1998). *Bar-On Emotioneel Quotiënt Vragenlijst, Nederlandse vertaling en bewerking*. Nijmegen, Nederland; PEN Tests.
- Embregts, P. (2009). *Menslievende professionalisering in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Aansluiten bij cliënten en hun ouders*. Arnhem: HAN University Press.
- Embregts, P.J.C.M. (2011). *Zien, bewogen worden, in beweging komen*. Oratie bijzonder hoogleraarschap Tilburg University.
- Embregts, P.J.C.M., Didden, R., Huitink, C. & Schreuder, N. (2009). Contextual variables affecting aggressive behaviour in individuals with mild intellectual disabilities who live in a residential facility. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53, 255-264.
- Gerits, L., Derksen, J.J. & Verbruggen, A.B. (2004). Emotional intelligence and adaptive success of nurses caring for people with mental retardation and severe behavior problems. *Mental Retardation*, 42, 106-121.
- Griffiths, D.M., Gardner, W.I. & Nugent, J.A. (1997). *Behavior supports and community living; Individual centered behavioral interventions, a training manual*. North Carolina, Thomas S. Services.
- Hastings, R.P. (1996). Staff strategies and explanations for intervening with challenging behaviours. *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, 166-175.
- Hastings, R.P. (1997). Measuring staff perceptions of challenging behaviour: the challenging behavior attributions scale (CHABA). *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, 495-501.
- Hastings, R.P. (2005). Staff in special education settings and behaviour problems: towards a framework for research and practice. *Educational Psychology*, 25, 207-221.
- Hermesen, M., & Embregts, P. (2011). *Je hebt 't of je hebt 't niet? Menslievende professionalisering van toekomstige beroepskrachten van ROC en HBO*. Arnhem: HAN University Press.
- Heteren, M., van, Smits, P., & Veen, M., van (red., 2000). *Orthopedagogiek: Antwoorden op vraagstellingen*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Huitink, C., Embregts, P.J.C.M., Veerman, J.W. & Verhoeven L. (geaccepteerd). Staff behavior toward children and adolescents in a residential facility: a Self-Report Questionnaire. *Research in Developmental Disabilities*.
- Jackson, D., Firtko, A., & Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60 (1), 1-9.
- Jansma, J.B.M., & de Coole, R.L. (1996). *GKS-II: Gezinsklimaat-schaal*. Amsterdam: Pearson.
- Kirby, E.G., Kirby, S.L., & Lewis, M.A. (2002). A study of the effectiveness of training proactive thinking. *Journal of Applied Social Psychology*, 32 (7), 1538-1549.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality: A functional theory and methodology for personality evaluation*. New York: Ronald Press.

- Meer, J., van der, Embregts, P., Hendriks, L., & Sohier, J. (2011). Er is iemand in het midden die een leefbaar leven moet hebben. Wat vinden ouders van mensen met een ernstige verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen belangrijk in een begeleider? In P. Embregts & L.Hendriks (Red.), *Menslievende professionalisering in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Aansluiten bij cliënten en hun ouders* (pp. 61-79). Arnhem: HAN University Press.
- Moonen, X.M.H. (2006). *Verblijf, Beeld en Ervaringen van jongeren opgenomen in een orthopedagogisch centrum voor jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking*. Utrecht: Academisch proefschrift.
- Norcross, J.C. (Ed.)(2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Oorsouw W.M.J, van, Embregts, P.J.C.M., Bosman, A.M.T., & Jahoda, A. (2009). Training Staff serving Clients with Intellectual Disabilities: A Meta-Analysis of Aspects determining Effectiveness. *Research in Developmental Disabilities, 30*, 503-511.
- Oorsouw, W.M.W.J. van, Embregts, P.J.C.M., Bosman, A.M.T., & Jahoda, A. (2010). Challenging-Behaviour-Management training for direct-care staff: Evidence-based practice. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 23*, 192-196.
- Pameijer, N., & Laar-Bijman, E., van (2007). *Handelingsgerichte diagnostiek: Een handreiking voor orthopedagogen en psychologen werkzaam in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Den Haag: Lemma.
- Raghavan, R., & Patel, P. (2005). *Learning disabilities and mental Health: A nursing perspective*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Reuzel, E., Embregts, P.J.C.M., Bosman, A.M.T, Nieuwenhuijzen, M. van, & Jahoda, A. (ingediend). Interactional patterns between staff and clients with borderline to mild intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*.
- Roeleveld, E., Embregts, P., Hendriks, L., & Bogaard, K., van den (geaccepteerd). Zie mij als mens. Noodzakelijke competenties voor begeleiders volgens mensen met een verstandelijke beperking. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*.
- Rose, D., Horne, S., Rose, J.L. & Hastings, R.P. (2004). Negative emotions; reactions to challenging behaviour and staff burn-out: Two replication studies. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 17*, 219-223.
- Rouchhout, D., & Schacht, R. (2000). Ontwikkeling van een Nederlandse Interpersoonlijke Circumplex. *Diagnostiek-wijzer, 3*, 96-118.
- Rouchhout, D., & Schacht, R. (2008). *Handleiding Nederlandse Interpersoonlijke Adjectieven Schalen (versie 1.4)*.
- Van den Berg, G. (2000). *On describing the residential care process: Social interactions between care workers and children according to the Structural Analysis of Social Behavior (SASB) model*. Amsterdam, UvA; Academisch proefschrift.
- Wiggins, J.S., Trapnell, P. & Phillips, N. (1988). Psychometric and geometric characteristics of the Revised Interpersonal Adjective Scales (IAS-R). *Multivariate Behavioral Research, 23*, 517-530.
- Willems, A. (2007). Assessment of personality and social competence in persons with dual disabilities. *The NADD-Bulletin, 10*, 30-37.
- Willems, A.P.A.M., Embregts, P.J.C.M, Stams, G.J.J.M. & Moonen, X.M.H. (2010). The relation between intrapersonal and interpersonal staff behaviour towards clients with ID and challenging behaviour: a validation study of the Staff-Client Interactive Behaviour Inventory. *Journal of Intellectual Disability Research, 54*, 40-51.
- Zijlmans, L.J.M., Embregts, P.J.C.M., Gerits, L., Bosman, A.M.T., & Derksen, J.J.L. (2011). Training emotional intelligence related to treatment skills of staff working with clients with intellectual disabilities and challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research, 55*, 219-230.
- ZonMw; Hulscher, M., Wensing, M., & Grol, R. (2000). *Effectieve implementatie: Theorieën en strategieën*. Den Haag: ZonMw.

GEMEENTEN VAN ALLE MARKTEN THUIS!?

Dirk Verstegen¹

Inleiding

In de komende jaren voert de Rijksoverheid een aantal stelselwijzigingen en maatregelen door.

Het gaat hierbij om:

- decentralisatie van begeleiding vanuit de AWBZ naar WMO;
- decentralisatie van de jeugdzorg;
- de IQ-maatregel in de AWBZ;
- invoering van een „houdbaar PGB“;
- maatregelen op het gebied van Passend Onderwijs
- en maatregelen met betrekking tot de Wet Werk en Bijstand en de Wet Werken naar Vermogen.

Bij het bekend worden van deze overheidsmaatregelen werd al direct geconstateerd dat vooral burgers met complexe meervoudige problematiek hierdoor geraakt zullen worden. De effecten van deze maatregelen lopen namelijk samen bij mensen met een hoge kwetsbaarheid in hun sociale redzaamheid en maatschappelijke participatie. In de politieke discussie is heftig gereageerd op individuele maatregelen, zoals de inperking van het PGB, maar ook op de onderlinge samenhang van maatregelen in de zorg, het onderwijs en werk en inkomen. Vooralsnog worden alle maatregelen met de daaraan verbonden efficiëncyslagen, lees: bezuinigingen, in de komende jaren doorgevoerd.

Gemeentelijke verantwoordelijkheid

De decentralisatie van begeleiding en jeugdzorg legt een grote verantwoordelijkheid bij gemeentebesturen. Zij moeten hiervoor een samenhangend beleid gaan ontwikkelen op deels nieuwe terreinen van jeugdgezondheidszorg, welzijn, onderwijs, jeugdzorg, wonen, werk en inkomen. Deze verantwoordelijkheid drukt zwaar op gemeentelijke schouders, te meer omdat de overgang gepaard gaat met efficiëncykortingen en bezuinigingen. Het zal daardoor extra lastig worden om de juiste koers te bepalen, zeker als het gaat om een op het eerste oog moeilijk herkenbare groep burgers met een beperking in sociale redzaamheid en maatschappelijke participatie. Gemeenten geven aan dat zij hun verantwoordelijkheid nemen en keuzes maken voor een grondig andere aanpak. Daarin staan onder andere de volgende uitgangspunten centraal:

- het beter benutten van de eigen opvoedkracht van burgers en hulp in de sociale omgeving;
- professionals ondersteunen de opvoeding door ouders;
- het tegen gaan van het „exporteren“ van kinderen met problemen naar specialistische zorg.

Kwetsbare burgers

Het is nu de vraag hoe beleid gebaseerd op deze uitgangspunten zal uitpakken voor kwetsbare mensen met cognitieve beperking en meervoudige problematiek. Zij hebben juist te maken met een beperkte eigen kracht en persoonlijke mogelijkheden. In opvoeding en onderwijs hebben zij vaak teleurstellende ervaring opgedaan, waardoor hun zelfvertrouwen sterk is afgenomen. Daar komt bij dat zij opgroeien in gezinnen met een laag sociaal economische status en in een zwakke sociale omgeving. Dan heb je weinig om op terug te vallen. Door negatieve ervaring met hulpverlening ontstaat vaak wantrouwen tegenover professionals en officiële instanties. Maar tegelijkertijd zien zij zichzelf niet in staat om greep op het eigen leven te krijgen. Een lastige patstelling! Organisaties die

¹ Directeur van de VOBC LVG.

zich voor deze groep burgers inzetten hebben een integraal voorstel ontwikkeld dat bestaat uit drie onderdelen:

1. Tijdige signalering en vroeghulp
2. Samenwerking van algemene voorzieningen en gespecialiseerde zorg
3. Blijvende ondersteuning

Preventie en vroeghulp

De eerste prioriteit bestaat uit een actieve op preventie gerichte aanpak, om zoveel mogelijk kind- en gezinsproblematiek te voorkomen. Hierbij is het van belang om te investeren in deskundige kennis en hulp dicht bij kind en gezin. Deze investering kan met relatief beperkte middelen plaatsvinden door het koppelen van de gespecialiseerde kennis van de gehandicaptenzorg, maar ook jeugd-ggz, aan de bestaande lokale infrastructuur van jeugdgezondheidszorg en Centra voor Jeugd en Gezin. Het investeren in preventie betaalt zich op termijn uit in lagere kosten voor gemeenten en grotere maatschappelijke participatie.

Integrale werkwijze van eerste en tweede lijn

In de afgelopen jaren is gebleken dat de zorg voor jeugd en gezin onvoldoende aansluit bij complexe meervoudige problematiek. Dit heeft mede geleid tot een groter beroep op gespecialiseerde zorg. Voor het keren van deze ontwikkeling is het van wezenlijk belang dat er een integrale werkwijze komt van algemene voorzieningen en tweedelijns, specialistische zorg.

Daar waar sprake is van een complex van problemen bij kind en gezin zijn verbindingen noodzakelijk tussen de verschillende domeinen van welzijn, zorg, onderwijs, werk en inkomen. De decentralisatie van jeugdzorg naar gemeenten biedt kansen voor korte lijnen tussen eerste en tweede lijn en het voeren van één centrale regie bij complexe gezinsproblematiek.

Doorlopende ondersteuning

Door een beperkte sociale redzaamheid is en blijft het moeilijk om te functioneren in sociale situaties. Er blijft altijd een zeker risico op nieuwe onzekerheden, problemen en crisis. Hierdoor is er langdurig en vaak blijvend behoefte aan ondersteuning. Die ondersteuning zal vooral beschikbaar moeten zijn op momenten van verandering en emotionele spanning. Op dat soort momenten moet men kunnen vertrouwen op een vorm van doorlopende ondersteuning. Die hoeft niet altijd intensief te zijn, maar wel beschikbaar en flexibel van inzet.

De hulp moet gericht zijn op het versterken van de eigen mogelijkheden om problemen zo veel als mogelijk zelf aan te pakken. Het streven is immers dat men in de eigen omgeving kan functioneren en eventuele problemen daar worden opgepakt. De ondersteuner staat hierbij op enige afstand als een soort “waakvlam” die dichtbij komt en actie onderneemt als het nodig is.

Aanbevelingen

Op basis van de hiervoor beschreven drieklapper van preventie, ketensamenwerking en doorlopende ondersteuning zijn de volgende aanbevelingen aan gemeenten te formuleren:

1. Maak een beweging vooruit door de deskundigheid van specialistische zorg toe te voegen aan de eerste lijn. Professionals bij de voordeur moeten eerder kunnen signaleren en waar nodig passende hulp inroepen. Deze investering is relatief beperkt en geeft uitzicht op toekomstige besparing van dure zorg.

2. Organiseer een krachtig en geïntegreerd hulpaanbod bij complexe, meervoudige kind- en gezinsproblematiek. Posteer daarin een sterke generalist van stevige kwaliteit met directe opdrachten richting specialistisch aanbod.
 3. Ga er in beleid en uitvoering van uit dat hulp bij complexe kind- en gezinsproblematiek bij 18+ een vervolg moet krijgen in de vorm van doorlopende ondersteuning bij het verkrijgen en behouden van werk. Werk vormt samen met eigen woonruimte de basis van maatschappelijke participatie. Zorg dus voor de drie W's; Werk, Wonen en de daarvoor benodigde Waakvlam-begeleiding.
 4. Houd rekening met het Pareto-principe of de 80/20-regel; het grootste deel kan met algemene voorzieningen uit, maar voor een klein deel is speciale zorg noodzakelijk. Dit geldt voor kinderen met specifieke problematiek waarvoor specialistische zorg op bovenregionale of landelijke schaal georganiseerd is. Breng deze groepen kinderen helder in beeld en maak landelijke afspraken over de continuïteit van deze zorgverlening.
-

GELEZEN

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

Een kind met mogelijkheden. Een andere kijk op LVG-kinderen door Albert Ponsioen in samenwerking met Daan Pellini, Bohn Stafleu, van Loghum, Houten 2010. ISBN 978 90 31382514

In het onderwijs en de zorg voor kinderen met een licht verstandelijke beperking wordt heel wat afgetest. Veel meer dan bij doorsnee basisschoolkinderen of middelbare scholieren. Deze worden meestal niet getest. Pas wanneer het met een kind of een jongere niet goed gaat, willen de opvoeders graag weten waardoor dit komt. Voor het antwoord op die vraag en meer nog voor advies gaan ze te rade bij een diagnosticus, meestal een psycholoog.

Ze hebben geluk als ze bij Albert Ponsioen terecht komen. Hij weet uit ervaring hoe lastig het is om theoretische concepten en hypothesen voor te leggen aan kind en ouders. In zijn laatste boekje "Een kind met mogelijkheden" probeert hij een andere, perspectief biedende kijk te geven op kinderen met een licht verstandelijke beperking. In het eerste deel van het boek omschrijft hij de ontstaansgeschiedenis van de LVG-problematiek, het onderwijs aan deze kinderen en jongeren en het palet van ambulante en residentiële hulp voor kind en ouders. In het tweede deel bespreekt hij kritisch de bestaande onderzoeksinstrumenten en komt met een goed en praktisch toepasbaar voorstel van een testbatterij. Tenslotte wordt in de bijlage een overzicht gegeven van websites van belangenorganisaties, onderwijs, zorg, diagnostiek, leerstoornissen en wetenschappelijk onderzoek.

Ponsioens co-auteur, Daan Pellini, maakt het boek boeiend. Er is door het gehele boek een dialoog gaande tussen hem, ooit als LVG-er gediagnosticeerd en Albert als diagnosticus. Dat is het begin van het dialogisch aspect in diagnostiek. Dat trof me aangenaam, ook bij de presentatie van het boek. In het diagnostisch proces leren mensen elkaar beter kennen. Dat proces is meer dan "meten en verklaren" alleen. Een psychologisch onderzoeksrapport zegt niet alleen iets over de onderzochte persoon, maar ook over de onderzoeker. De onderzoeker heeft de opdracht om in voor de cliënt begrijpelijke taal uit te leggen waarin voor hem of haar mogelijkheden en beperkingen liggen. Onder jeugdigen, ouders, leerkrachten en hulpverleners is daar behoefte aan. Zij zijn niet geïnteresseerd in begrippen als "executieve functie", maar wel in de betekenis daarvan in het leven van alledag.

Men kan met Ponsioen in discussie gaan over de samenstelling van de testbatterij en de mogelijkheden en beperkingen die inherent zijn aan het onderzoeksinstrumentarium. Daarvoor biedt Onderzoek en Praktijk een goed platform. Zo kan men zich afvragen of de SRZ-plus voor de LVG-jeugdigen relevante specifieke informatie biedt. Voorlopig is dit instrument echter het enige dat binnen de Nederlandse cultuur ontwikkeld en genormeerd is. Interessant zou een discussie over de begripsvaliditeit van dit instrument zijn.

Tenslotte. Bij het bepalen van het IQ gaat het niet om tekorten vast te stellen, maar om mogelijkheden en beperkingen aan te geven. Mensen met mogelijkheden zijn we allemaal, daarin verschilt de diagnosticus niet van de door hem of haar onderzochte persoon. In de zorg, maar ook in het onderwijs moeten we bekennen dat ons tekort ligt in het doorschieten in het "tekort model". Dan zie je echter een echte mens niet. Daan Pellini maakt in de door hem geschreven onderdelen van het boek, zichtbaar dat zijn verhaal ons iets te zeggen heeft. Een diagnosticus die beseft dat het verhaal van ieder mens iets te zeggen heeft, een eenheid vormt en dialogisch van aard is kan na een testsessie zeggen: "Dank je wel voor wat je me toevertrouwde."

Jan Niessen

Het Kennisplein Gehandicaptensector en ZonMw
organiseren op donderdag 1 en vrijdag 2 december 2011
in Galgenwaard te Utrecht, het tweedaagse congres

Focus op Onderzoek

Wetenschappelijk congres ten behoeve van (de zorg aan) mensen met een beperking.
Het congres slaat een brug tussen het wetenschappelijk onderzoek
en de dagelijkse praktijk in zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking.

Focus op Onderzoek:

- geeft informatie over recent onderzoek op belangrijke themagebieden;
- biedt onderzoekers, professionals en cliënten de gelegenheid om te reflecteren op nieuwe ontwikkelingen en de rol van onderzoek in de praktijk;
- biedt een platform waar onderzoekers, professionals en cliënten met elkaar van gedachten kunnen wisselen over de bruikbaarheid in de praktijk van de resultaten van onderzoeksprojecten.

Focus op Onderzoek wordt elke vier jaar georganiseerd.

Het thema voor dit jaar is „Oogsten en verbinden“.
De afgelopen jaren zijn veel onderzoeken in gang gezet
die binnenkort kunnen oogsten.

Denk hierbij aan:

- de onderzoeksconsortia binnen het ZonMw programma „Onderzoek voor mensen met een verstandelijke beperking“ (in een vergevorderd stadium met een schat aan wetenschappelijke kennis);
- onderzoeksgroepen/universiteiten waar de afgelopen jaren veel onderzoek geïnitieerd is, veelal in nauwe samenwerking met de praktijk;
- praktijkorganisaties die wetenschappelijk onderzoek hebben opgezet.

<http://www.focusoponderzoekv1.registrationsite.nl>

