

Groepsomvang in orthopedagogische behandelcentra voor jeugdigen met een licht verstandelijke handicap.⁸

Janse-Alewijnse, Jansen & Niessen

1. Inleiding

Bij het beoordelen van huisvestingsaanvragen vanuit de LVG-sector door het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (het bouwcollege) wordt gebruikgemaakt van het Beleidstoetsingskader Gehandicaptenzorg (BTK). Tussen het bouwcollege en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zijn enige vragen gerezen met betrekking tot huisvestingsaanvragen waarin wordt afgeweken van de normgroepsgrootte van 6. Het ministerie van VWS heeft de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) gevraagd een advies uit te brengen over deze kwestie. Op haar beurt heeft de VGN het Landelijk Kenniscentrum-LVG betrokken bij het beantwoorden van deze belangrijke vraag.

In het beleidstoetsingskader gehandicaptenzorg (1995, geactualiseerd in 1999) wordt uitgegaan van het scheiden van wonen en zorg. Centrale begrippen hierbij zijn "normalisatie en integratie". Voor het aspect wonen geldt dat die begrippen het uitgangspunt zijn bij de toetsing van huisvestingsaanvragen. Dit wordt in de regeling "Kleinschalig Wonen" geconcretiseerd in een maximale groepsomvang van 6 cliënten per wooneenheid en 12 cliënten per postcode.

De orthopedagogische behandelcentra voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen en jongvolwassenen (de LVG-sector) onderschrijven deze beleidsuitgangspunten. Dit artikel biedt vanuit de orthopedagogische behandelcentra zicht op de invulling van het beleid.

2. Beschrijving van de sector

Binnen de gehandicaptenzorg nemen de orthopedagogische behandelcentra voor jeugdigen en jongvolwassenen met een licht verstandelijke handicap (LVG) een specifieke plaats in. Er zijn ongeveer 2400 jeugdigen die residentieel worden behandeld in één van de 20 orthopedagogische behandelcentra. Daarnaast neemt de omvang van de ambulante zorg en deeltijd-/dagbehandelingen de laatste jaren sterk toe.

⁸ Dit artikel is ontstaan als een notitie die ten behoeve van het directieberaad van de orthopedagogische behandelcentra is geschreven door een werkgroep bestaande uit Mevr. W. Janse-Alewijnse, en de heren P. Jansen en J. S. T. Niessen.

Ongeveer 80% van alle cliënten wordt geïndiceerd door het LCIG. De overige 20% wordt via Bureau Jeugdzorg naar de behandelcentra verwezen. In dat geval zijn er afspraken gemaakt met zorgkantoren en LCIG's.

Aan de hand van de Landelijke tabellen cliëntenregistraties 2000 kan de beeldvorming rond de populatie worden verduidelijkt.

64% van de jeugdigen zijn jongens, 36% meisjes. De leeftijdsopbouw wordt in tabel 1 weergegeven. Daaruit blijkt dat 85% van de cliënten opvoedingsafhankelijk is en derhalve recht heeft op een adequate opvoedingssituatie in een kleine groep.

Leeftijd	2000 (N= 1897, respons 77%)
5-9 jaar	5%
10-14 jaar	35%
15-18 jaar	45%
19-25 jaar	15%
26-35 jaar	0%

Tabel 4. *Leeftijdsopbouw orthopedagogische behandelcentra*

Kenmerkend voor de orthopedagogische behandelcentra is dat hun behandeling is afgestemd op jeugdigen en jongvolwassenen met een licht verstandelijke handicap, tijdelijk van aard is en gericht is op terugplaatsing in de samenleving (Vorm en Kleur, 1995). Op basis van cijfers van de Landelijk Registratie Zorg (LRZ) kan dit worden geïllustreerd.

Verblijfsituatie vertrokken cliënten na vertrek	2000 (n = 711)
Thuisituatie	70%
Gezinsvervangend tehuis	3%
Kortverblijftehuis	1%
Psychiatrische instelling	1%
Algemene instelling voor verstandelijk gehandicapten	2%
Instelling voor jeugdige licht verstandelijk gehandicapten	14%
Overige verblijfsituaties	14 %

Tabel 5. *Verblijfsituatie cliënten na vertrek uit de orthopedagogische behandelcentra*

In de nota Vorm en Kleur (1995) wordt de doelgroep als volgt omschreven:

"Licht verstandelijk gehandicapte jongeren zijn personen tot ca. 21 jaar die in hun ontwikkeling zijn belemmerd en die zich op grond van hun lager intellectueel functioneren en op grond van beperkte

sociale redzaamheid niet zonder hulp kunnen handhaven in één of meer reguliere maatschappelijke verbanden (gezin, school, werk, groep, leeftijdsgenoten, buurt). Met specifieke hulp Bij de jeugdigen die in de behandelcentra worden opgenomen is sprake van ernstige vormen van complexe multiprobleem-problematiek waarbij reguliere ambulante of andere lichte behandel- en begeleidingsvormen niet (meer) tot de mogelijkheden behoren.

Om inzicht te verschaffen in de groepsgroote binnen de orthopedagogische behandelcentra vond een tweetal onderzoeken plaats.

In 2000 is een kort inventariserend onderzoek gedaan naar de groepsgroote in de orthopedagogische behandelcentra voor licht verstandelijk gehandicapten. De resultaten van dit onderzoek (respons van 73%) worden in tabel 3 weergegeven.

In oktober 2002 werden de directies van de orthopedagogische behandelcentra gevraagd de huidige situatie weer te geven. Ook deze resultaten (respons 100%) worden in de tabel 3 vermeld.

De groepen met een groepsgroote van 3 tot 4 jeugdigen zijn veelal gezinshuizen of kleine groepen die zijn aangehaakt aan bijvoorbeeld een kamertrainingscentrum. Groepen van 5 tot 8 jeugdigen zijn reguliere behandelgroepen met variërende zorgzwaarte. In de grotere groepen (9 of meer) wordt in een aantal gevallen een opsplitsing in subgroepen gemaakt. De categorie "overige" wordt gevuld door 7 zogenoemde HAT-eenheden (Huisvesting voor Alleenstaanden en Tweepersoonshuishoudens).

Er is een afname in het aantal groepen van 9 tot 11 bewoners. De toename van het aantal groepen met 8 bewoners is gerealiseerd door de uitbreiding in verband met het aanpakken van de wachtlijsten.

Groepsgroote	2000	2002
3	4	20
4	13	18
5	5	12
6	21	29
7	20	20
8	44	115
9	34	20
10	29	41
11	18	13
12	7	12
13	1	1
14	0	0
15	1	0
overigen	0	11
totaal	197	312

Tabel 6. Groepsgroote in orthopedagogische behandelcentra

hebben zij een redelijke kans op een zekere mate van zelfstandigheid als volwassene."

3. Cliëntgerelateerde factoren die van invloed zijn op de groepsomvang en woonvorm tijdens de behandeling

De jeugdigen die voor behandeling zijn aangemeld in de orthopedagogische behandelcentra zijn als gevolg van gedrags- en/of ontwikkelingsproblemen vastgelopen in hun gezin, school, buurt en (recreatieve) milieu. De oorzaken kunnen liggen in de verminderde begaafdheid en daaraan gerelateerde sociaal-cognitieve problemen, maar ook in psychiatrische problematiek als stoornissen in het autistisch spectrum, aandachtsstoornissen en een zich ontwikkelende persoonlijkheidsstoornis (borderline, oppositional disorder en antisociale gedragsstoornissen).

Op basis van diagnostiek ontstaat een gedifferentieerd beeld van de cliëntengroep. Samenhangend daarmee kan de behandelbehoefte en gewenste tijdelijke woonvorm en verblijfsvorm genuanceerd in beeld gebracht worden.

Zo zijn er jeugdigen die vanwege hun antisociale gedragsproblemen vragen om een intensieve behandeling die zowel in wonen, school als vrije tijd wordt vormgegeven. Deze jeugdigen blijken in een genormaliseerde woonvorm onvoldoende veiligheid te ervaren om hun gedrag sociaal aangepast in de hand te houden. Een besloten, terreingebonden behandeling is voor hen een noodzakelijke fase in de weg terug naar de samenleving. Het gevaarscriterium in persoonsgebonden karakteristieken vergt een sterk gestructureerde (besloten) contextuele beveiliging waarvan ook het aantal personen per m² deel uitmaakt.

Er zijn ook jeugdigen die door hun zwakke sociale capaciteiten het gedrag van anderen niet kunnen begrijpen en invoelen. Voor hen is een groepsomvang van 6 cliënten te groot. Zij functioneren beter wanneer zij verblijven in een "sociale couveuse", waar interacties beperkt zijn en gereguleerd kunnen worden. De prikkelgevoeligheid van deze jongeren is zo sterk dat zij al gauw in paniek geraken. Aangezien het onduidelijk is wat deze paniek kan veroorzaken betekent het dat zij intensieve begeleiding nodig hebben en een beperkte (sociale) input. Voor hen wordt een groepsgroote van vier cliënten als maximaal haalbaar geacht.

Er zijn jeugdigen die, veelal als gevolg van een proces van affectieve verwaarlozing, grote moeite hebben met het ervaren van de nabijheid van de ander. Zij voelen zich het meest prettig in situaties waarin afstand en nabijheid gedoseerd kunnen worden aangeboden. Voor de intimiteit van een

kleine groep zijn zij nog te kwetsbaar. Deze jongeren zouden, afhankelijk van de ernst van de opgelopen ontwikkelingsstoornis, kunnen groeien naar meer gezinsachtige samenstelling van wonen,

4. Methodiekgebonden factoren die van invloed zijn op de groepsomvang en woonvorm tijdens de behandeling

Bij de orthopedagogische behandelcentra ligt vanzelfsprekend het accent bij de door hen geboden zorg op behandelen. Dat heeft ten aanzien van het wonen twee belangrijke consequenties:

1. Wonen staat ten dienste van het behandelen en vormt geen doel op zichzelf. Passend verblijf - als een recht op een adequate opvoedingssituatie - is een voorwaarde om tot een optimale behandeling te komen.
2. Behandelen impliceert per definitie een *tijdelijk* verblijf waarvoor aangepaste woonnormen van toepassing kunnen zijn. De tijdelijkheid kan met de gegevens vanuit de LRZ worden geïllustreerd (tabel 4).

Zorgduur	2000 (N=1801)
Korter dan 1 jaar	32%
1 tot 2 jaar	26%
2 tot 5 jaar	29%
5 tot 10 jaar	11%
10 tot 15 jaar	1%
Gemiddelde zorgduur	2,9 jaar

Tabel 7. Zorgduur in orthopedagogische behandelcentra

De toegepaste behandelmethodieken variëren in vorm en intensiteit. In het kader van de invoering van de vraaggestuurde bekostiging werd de volgende indeling⁹ gemaakt:

- a. verblijf met behandeling;
- b. verblijf met intensieve behandeling;
- c. verblijf met zeer intensieve behandeling (voorheen regionale achtervanginstellingen genoemd);
- d. besloten verblijf met zeer intensieve behandeling (24 plaatsen landelijke achtervang);

De vorm van verblijf varieert met de vorm van behandeling. Voor de cliënten in groepstype a en een gedeelte van groepstype b geldt dat genormaliseerd wonen (6 cliënten per woning, 12 per postcode) wenselijk is. Een ander deel van groepstype b vraagt om een kleinere leefgroep (maximaal 4 personen). Voor de groepstypen c en d zijn daarnaast specifieke, terreingebonden verblijfsaccommodaties noodzakelijk.

⁹ Zie notitie wijzigingsvoorstellen handleiding zorgzwaarte voor de LVG

waarbij teugkeer naar de samenleving het streven is.

5. In de exploitatie gelegen factoren die van invloed zijn op de groepsomvang

De organisatie van de huidige zorg is gebaseerd op budgetten die tot stand komen door productieafspraken met de zorgkantoren en tarieven die in belangrijke mate op basis van historische gegevens worden vastgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG). Binnen het budget worden door de orthopedagogische behandelcentra keuzes gemaakt ten aanzien van de vormgeving van de zorg (organisatie, huisvesting, mate van spreiding enzovoort). Het is voor de orthopedagogische behandelcentra mogelijk om per woonvorm en de groepsomvang een eigen of flexibele norm te hanteren. De inzet van middelen wordt zodoende intern afgeleid van de zorgzwaarte. De variaties in kosten worden intern opgevangen. Echter, hiermee kan niet de oplossing geboden worden die vanuit de kleinschaligheid wordt voorgestaan.

In het systeem van vraaggestuurde bekostiging wordt de zorgzwaarte gekoppeld aan de individuele cliënt. Er is dus een rechtstreeks verband tussen de kostprijzen van de zorgmodulen/-producten en de groepsomvang. Omdat de systematiek van de berekening van de kostprijzen nog niet transparant is kan geen verantwoorde uitspraak worden gedaan over het exacte effect van de groepsomvang op de kosten.

In het nieuwe systeem van vraaggestuurde bekostiging wordt de zorgzwaarte gekoppeld aan de individuele cliënt. De variaties in tarieven worden extern bepaald. De mogelijkheid tot en de noodzaak van interne herverdeling is dan beperkt. Er is altijd een verband tussen de kostprijzen van de zorgmodulen voor residentiële behandeling en de gewenste groepsomvang.

Bij het bepalen van de exploitatiekosten van behandeling met verblijf spelen personele en materiële factoren een belangrijke rol. De personele kosten bepalen naar schatting minimaal 80% van de kosten van behandeling met verblijf (exclusief huisvesting).

Er kan onderscheid gemaakt worden tussen directe en indirecte kosten.

De directe kosten zijn die kosten die samenhangen met de directe zorgverlening door leden van het behandelteam en de ondersteunende (huishoudelijke) diensten ten behoeve van een groep. Voor het vaststellen van de personele formatie per leefgroep maken de orthopedagogische behandelcentra een aantal afwegingen:

Directe zorggerelateerde personeelskosten:

- a. De personeelsformatie die minimaal noodzakelijk is om een groep te

operationaliseren kan ongeacht de omvang van een behandelgroep berekend worden op basis van aannames en criteria. Als men uitgaat van 7 x 24 uur zorg, is een minimale formatie van 5,4 fte's nodig. Daarbij wordt rekening gehouden met ziektevervanging, verlof, deskundigheidsbevordering etc.

- b. Uit pedagogische, behandeltechnische of Arbo-overwegingen zijn dubbele diensten

noodzakelijk. Daarmee stijgt de minimale personeelsformatie uiteraard. De noodzakelijke uitbreiding op piekmomenten van de dag betekent een minimale uitbreiding met 28 uur per week. Waarmee feitelijk een formatie van 6,4 fte nodig is voor een verantwoorde minimum inzet van personeel voor een groep (zie voor berekening tabel).

benodigde zorg		
dag- en avonddienst		16,00
slaapdienst		4,00
per etmaal		20,00
per jaar 365,25 x 20		7305,00
dubbeldiensten (4 uur per dag)		1460,00
overleg en besprekingen (5 personen, 3 uur x 45 weken)		675,00
totaal		9440,00
beschikbaar per formatieplaats		1878,00
af trek vakantie	166,00	
ziekteverzuim 5%	93,90	
scholing 3%	56,34	
compensatie feestdagen 8 x 7,2	57,60	
1 % af trek OR, buitengewoon verlof etc.	18,78	
subtotaal	392,62	
totaal		1485,38
benodigde formatie		6,40

Tabel 8. Formatieberekening

- c. Personele consequenties vanuit de arbeidsinspectie zijn verantwoordelijk voor toename van het aantal fte's. Onlangs werd tegen een instelling proces verbaal opgemaakt en een boete opgelegd omdat er bij een conflict tijdens de maaltijd slechts twee van de drie groepsleiders aanwezig waren.
- d. De zorgzwaarte van cliënten is ook verantwoordelijk voor extra benodigde fte's. Hierbij moet gedacht worden aan: individuele en groepsgerichte therapieën en trainingen, multidisciplinair behandeloverleg, werkoverleg, uit te voeren individuele programma's en contacten met externe deskundige. Deze formatie-uren dienen meebegroet te worden. Daarnaast brengt de doelgroep met zich mee dat ook vanuit veiligheidsaspecten voor medebewoners en personeelsleden regelmatig meer dan een of twee medewerkers gelijktijdig in een groep aanwezig dienen te zijn.
- e. Het verschil in zwaarte voor de werkers is significant wanneer het verschil in de

- groeps grootte meer is dan 3 cliënten (overzicht, individuele zorgplannen, halen en brengen van jeugdigen naar bepaalde activiteiten, overleg met externe contacten).
- f. Het genoemde onder c en d komt extra onder druk te staan indien er - zoals bijvoorbeeld op een centrumlocatie - geen directe collega's in de buurt zijn.

Indirecte zorggerelateerde (personeels)kosten:

Een substantieel deel van de personele lasten (ca. 20%) wordt gevormd door de indirecte kosten zoals management en directie, ondersteuning en begeleiding door teamleiders en gedragswetenschappers, de civiele dienst medewerkers en administratieve krachten.

De materiële kosten vormen ten slotte het laatste onderdeel van de exploitatie lasten. Voor deze kosten geldt een normbedrag per verpleegdag en per bed.

Voor de kapitaalslasten, klein onderhoud, huisvesting, rente en afschrijving, zijn door het CTG normbedragen vastgesteld. De hoogte van de

kapitaalslasten is sterk afhankelijk van de

individuele situatie van de centra.

6. Kostenraming toepassing beleidskader gehandicaptenzorg

In het voorgaande is beschreven hoe de groeps grootte er in Nederland in de orthopedagogische centra uitziet. Er zijn op dit moment tenminste 618 jeugdigen die boventallig in een leefgroep wonen als men uitgaat van een groepsnorm van 6 personen.

Indien deze worden gehuisvest in groepen van maximaal 6 personen, waar op grond van de behandel- en beleidskaderuitgangspunten aanspraak op gedaan wordt, betekent dit macro een uitbreiding met minimaal 103 groepen.

103 groepen met een behandelteam van minimaal 6,4 fte's betekent macro een uitbreiding met 659,2 fte's.

Hiermee is een budget gemoeid van 659,2 x (prijs fte) €40.000 = € 26.368.000

De daaraan gerelateerde stijging van de overhead (FA/PZ/Secr), middenkader en ondersteuningsfunctionarissen is 20 % 10 = € 5.273.600

Totaal = € 31.641.600

- Voor wat betreft de dagelijkse verzorgingskosten zal er geen stijging te verwachten zijn (de cliënten ontvangen deze immers al).
- De component huisvestingslasten zal macro toenemen gelet op de uitbreiding met 103 locaties. Hoewel de kosten voor ICT, reiskosten en communicatiekosten niet precies zijn in te schatten door de onderlinge verschillen, dient toch uitgegaan te worden van een substantieel bedrag.
- Er is in deze berekening geen rekening gehouden met de toeslag die orthopedagogische centra ontvangen met betrekking tot gedragsgestoordheid. De inzet van personeel wordt daarmee groter waardoor de minimale formatie eveneens stijgt. Hierdoor ontstaat in de formatie een bandbreedte die varieert van 6,0 tot 7,4 fte. De geraamde kosten kunnen door deze toeslag oplopen tot ruim 36 miljoen euro.
- Er is in de berekening geen rekening gehouden met de formatie van achtervanginstellingen. In deze instituten bedraagt de formatie 8-10 fte.

10 Het percentage verschilt per instelling. Omdat een aantal voorzieningen thans al gerealiseerd zijn wordt een lager percentage aangehouden dan het landelijk gemiddelde van 25 %.

De geraamde kosten zullen, rekening houdend met een hogere personeelsformatie, verder oplopen.

- In vergelijking met de ZG-sector zijn er in de orthopedagogische behandelcentra relatief veel eerste opnames waardoor er een vergroting is van de relatieve leegstand. De frictieruimte zal dus ook groter dienen te zijn.
- Bovenstaande berekening is een schatting van de minimale kosten. Voor het berekenen van de werkelijke kosten verdient aanbeveling een berekening door een daartoe toegeruste organisatie te laten uitvoeren.

7. Conclusie en advies

De orthopedagogische behandelcentra onderschrijven het beleid om te komen tot zoveel mogelijk geïntegreerde en genormaliseerde woonvormen ten dienste van de behandeling van de cliënten. Dit geldt zowel voor de meer centraal gerealiseerde als decentraal gerealiseerde behandelunits.

Echter ook moet worden vastgesteld dat voor bepaalde cliënten verblijf met behandeling in een meer of minder besloten omgeving tot de mogelijkheden moet blijven behoren. Ook dat is zorg-op-maat.

De behandeling in kleine groepen zal in een faseringstraject gerealiseerd kunnen worden.

Op basis van factoren die samenhangen met de specificiteit van de cliënten, het behandel aanbod en de zorgstructuur pleit de LVG-sector voor een gedifferentieerd aanbod van behandeling met verblijf dat varieert in de mate van integratie en normalisatie.

Het terugbrengen van de groeps grootte naar 6 cliënten voor alle groepen kan worden gerealiseerd mits deze gepaard gaat met aanpassing van de CTG-tarieven.

Verder kan worden gesteld:

- De verkleining van de groeps grootte zal tot gevolg hebben dat er aanpassingen in de huisvesting gerealiseerd moeten worden (dit brengt extrakosten met zich mee). Het aantal locaties neemt toe met minimaal 103.
- Ervan uitgaande dat het aantal cliënten dat residentiële hulp nodig heeft gelijk zal blijven, betekent dit dat het aantal behandelgroepen zal gaan toenemen met minimaal 103 groepen en 659,2 fte's. Hiermee zal, op basis van een gemiddelde van salariskosten van uitvoerende medewerkers en toename van de ondersteuning inclusief overhead van 20 %, minimaal een

bedrag op jaarbasis van €31.641.600 gemoeid zijn.

- Voorgesteld wordt om de precieze kosteneffecten van de verkleining van de
- Een zorgvuldig en realistisch meerjaren invoeringstraject te bepleiten (3 tot 4 jaar), in samenspraak met de VGN en de sector LVG.
- Hangende bovengenoemde trajecten de reeds ingediende bouwplannen, die thans veelal een maximum groeps grootte van 8 kennen, in de overgangsfase te honoreren.

Tot slot: Het realiseren van een gemiddelde groeps grootte van 6 is haalbaar, indien orthopedagogische behandelcentra via de tarieven gecompenseerd worden voor de hogere kosten die hiermee gemoeid zijn.

Hebben licht verstandelijk gehandicapte en zwakbegaafde jongeren baat bij werk?

Lisanne Snel & Geertje Melman
onder supervisie van dr. M. Taal

Inleiding

Licht verstandelijk gehandicapte (LVG) en zwakbegaafde jongeren vertonen vaker probleemgedrag dan normaalbegaafde jongeren (Embregts, 2000). Ook de zelfwaardering ligt over het algemeen lager bij LVG en zwakbegaafde jongeren dan bij normaalbegaafde jongeren (Verhagen & Vermeer, 1997). Uit onderzoek van Goldsmith, Veum en Darity (1996) is gebleken dat werk een positieve invloed heeft op zelfwaardering. Het hebben van werk zou volgens onderzoek van Burgert (1995) ook het probleemgedrag, zowel op als buiten het werk, verminderen. Daarnaast is uit onderzoek gebleken dat slechts ongeveer 12% van de LVG of zwakbegaafde jongeren nadat ze van school afkomen een baan krijgen. Dit, terwijl ongeveer 70% van de normale jongeren een baan krijgen (Blackorby & Wagner, 1996). Het is dus belangrijk onderzoek te doen naar deze groep jongeren omdat de reikwijdte evenals de aard van de gevolgen van het hebben van werk van invloed kunnen zijn in het beleid om deze jongeren aan een baan te helpen en om te investeren in de hulpverlening bij het vinden van een baan. Daarnaast is het wetenschappelijk van belang dat er methoden worden ontwikkeld voor het onderzoeken van de (positieve) invloed van werk op LVG en zwakbegaafde jongeren.

Volgens Grootens (1995) heeft werk meerdere functies. Deze functies zijn te verdelen in drie

groeps grootte te laten bepalen binnen het kader van de fijnmazige kwaliteitsslag, die begin 2003 wordt uitgevoerd ten behoeve van de invoering van de zorgzwaarte bekostiging.

categorieën (werkprocessen), namelijk: het salaris, de feedback op de werktaken uitvoering en de sociale contacten. In dit cross-sectionele onderzoek werd gekeken naar de mate van zelfwaardering en probleemgedrag bij twee groepen jongeren (wel of niet werkend) en welke rol de genoemde werkprocessen daarbij spelen.

De verwachtingen hierbij waren dat werkende LVG en zwakbegaafde jongeren een hogere zelfwaardering zouden hebben dan niet-werkende LVG en zwakbegaafde jongeren. Daarbij werd verwacht dat naarmate de tevredenheid met het salaris toeneemt en naarmate de feedback positiever is, de zelfwaardering toe zou nemen. Vervolgens werd er verwacht dat werkende LVG en zwakbegaafde jongeren minder probleemgedrag zouden vertonen dan niet-werkende LVG en zwakbegaafde jongeren. Daarbij werd ook verwacht dat naarmate het sociale contact op het werk toeneemt, en naarmate de tevredenheid met de sociale contacten op het werk toeneemt, het probleemgedrag af zou nemen.

Methode

Vier instellingen die verbonden zijn aan het Landelijk Kenniscentrum (LKC) hebben het mede mogelijk gemaakt dat het onderzoek naar LVG en zwakbegaafde jongeren en werk kon worden uitgevoerd. De jongeren die deelnamen aan het onderzoek kwamen allemaal van één van deze vier instellingen, verspreid door Nederland te weten: Groot-Emaus te Ermelo, Pluryn / Jan Pieter Heije / Werkzin Jobcoaching te Oosterbeek. ROZIJ Werk / De Reeve te kampen en Saltho / Sterk in Werk te Den Bosch.

Voor dit onderzoek werden door totaal 59 LVG- en zwakbegaafde adolescenten ($50 < IQ < 85$), in de leeftijd van 16 tot 24 jaar, twee vragenlijsten ingevuld. De SPS-A om hun zelfwaardering te meten en de YSR gedragsvragenlijst voor het meten van het probleemgedrag. Alleen de groep werkende jongeren ($n = 29$ (de g) kregen eveneens vragen over de processen op het werk. De mentor/mentrix, woongroepbegeleider of jobcoach vulde eveneens een vragenlijst (CBCL) in over het probleemgedrag.

Resultaten

Uit een T-toets kwam een verschil naar voren tussen de gemiddelde totaalscore op de SPS-A van werkenden ($n=29$) en niet-werkenden ($n=28$) ($t=2,093$, $df=55$, $p=0,021$, eenzijdig). De zelfwaardering van werkenden lag hoger dan die