

Onderzoek & Praktijk

Verbinding zoeken

De Rekentuin

Samen, betrokken en professioneel

Laten we het gebeuren?

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

Voorjaar 2012, jaargang 10, nr 1

Onderzoek & Praktijk

Voorjaar 2012
Jaargang 10 - nummer 1

Inhoud

Ponsioen	5	Voorwoord
Willems & Slooff	6	Verbinding zoeken
De Lange, Jansen & Van der Molen	17	De effecten van spelen in 'de rekentuin' bij leerlingen in het praktijkonderwijs
Jongepier, Pellen & Vollema	28	Samen, betrokken en professioneel

Column

Trommelen	34	Laten we het gebeuren?
------------------	-----------	-------------------------------

Gelezen

36

Binnengekomen

37

Onderzoek & Praktijk

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

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:

Iris Verstegen
Jolanda Douma

Vermenigvuldiging:

Nezzo print en creatie – Druten
www.nezzo.nl

Correspondentie en kopij:

Landelijk Kenniscentrum LVB
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
hoofdedacteur Onderzoek & Praktijk

'Een volkomen doorgeslagen circus', noemde de Groningse psycholoog Peter Tellegen al in 2005 de wijze waarop overheidsinstanties met IQ-scores omgaan. En nu zeven jaar later lijkt de situatie niet veel anders. Wel mooi dat het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) in een recent rapport stelt dat het IQ geen goede graadmeter is om het recht op zorg vast te stellen en concludeert dat het beter is om de 'behoefte aan zorg' als uitgangspunt te nemen (Woittiez, Ras & Oudijk, 2012). Helaas eindigt dit rapport met de zin: 'Wellicht moet overwogen worden om naast het IQ ook de bijkomende problematiek te betrekken bij de indicatiestelling' (blz. 57), daarmee de suggestie wekkend dat ook alleen een IQ-score iets zou kunnen zeggen over zorgbehoeften. Het blijft lastig dat IQ-verhaal. De prikkelende column van *Paul Trommelen* in dit voorjaarsnummer van *Onderzoek & Praktijk* is in dit licht het lezen meer dan waard.

De toename van het aantal cliënten met LVB-problematiek is ook in de VG-sector merkbaar. En deze cliënten hebben andere hulpvragen dan men in deze sector gewoon is. Aan de hand van tien thema's werken *Johan Willems* en *Christiaan Slooff* uit hoe anders deze hulpvragen kunnen zijn.

Het artikel van *Eva de Lange*, *Brenda Jansen* en *Mariët van der Molen* over een behandelmethode om rekenvaardigheden te versterken, de Reken tuin, is hopelijk een voorbode van een nieuwe trend om de leerproblemen van kinderen met LVB-problematiek serieus te nemen en behandelmethodes voor specifieke leerproblemen ook in het (speciaal) onderwijs te gaan gebruiken.

Netty Jongepier, *Jaap Pellen* en *Eelco Vollema* gaan in hun artikel in op kernzaken in de zorg: het pedagogisch klimaat en het dagelijks handelen van de medewerkers. Goed om te vernemen dat de Handreiking Pedagogisch klimaat, uitgegeven door de VOBC (Douma, 2011), nauw aansluit bij de praktijk van OBC De La Salle. Interessant is de koppeling die de auteurs maken tussen de alledaagse praktijk en theoretische modellen als het model van Kok, het sociaal-competentiemodel en de door De La Salle ontwikkelde methodiek: de Emerging Body Language (EBL) .

Met een korte bespreking van gelezen en binnengekomen boeken en artikelen die relevant worden geacht voor de LVB-sector eindigt dit voorjaarsnummer van *Onderzoek & Praktijk*. De redactie van *Onderzoek & Praktijk* wenst een ieder weer veel leesplezier toe en hoopt dat ook dit voorjaarsnummer de collega's inspireert. Wij staan ook weer open voor reacties op de inhoud van dit nummer en kijken uit naar de bijdragen aan de volgende nummers van dit tijdschrift.

Literatuur

- Douma, J. (2011). Een praktijk-theoretische beschrijving van een goed pedagogisch klimaat in de residentiële zorg voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. *Onderzoek & Praktijk*, 9(1), 30-40.
- Woittiez, I., Ras, M., & Oudijk, D. (2012). IQ met beperkingen. *De mate van verstandelijke handicap van zorgvragers in kaart gebracht*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

VERBINDING ZOEKEN

Tien thema's in de zorg voor (jong)volwassenen met een licht verstandelijke beperking¹
vanuit het perspectief van de verstandelijk gehandicaptenzorg

Johan Willems²
Christiaan Slooff³

In de afgelopen jaren hebben steeds meer instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking een aanbod ontwikkeld voor cliënten met een licht verstandelijke beperking (LVB). Dit verloopt in de praktijk echter niet zonder problemen. In dit artikel willen we betogen dat zorg voor mensen met een LVB bijzondere zorg is die in veel opzichten voor VG-instellingen ingewikkeld en anders is. Tegelijkertijd heeft de VG-zorg ons inziens kernkwaliteiten die goed aansluiten bij de zorgvraag van veel cliënten met een LVB. In dit artikel, ontstaan vanuit de ervaring van enkele instellingen in de praktijk, wordt het een en ander aan de hand van tien thema's toegelicht.

Achtergrond

Een belangrijk deel van de groei in de vraag naar en het gebruik van zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (VG-zorg) wordt verklaard door een grotere toestroom van jongeren en jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking (LVB) (Van Beek, 2009; Ras, Woittiez, Van Kempen & Sadiraj, 2010). Dit heeft onder andere te maken met ontwikkelingen in de definiëring van de grondslag voor zorg. In de loop van de tijd is de zorg steeds meer toegankelijk geworden voor licht verstandelijk beperkte of zwakbegaafde cliënten met complexe problematiek. De problematiek kenmerkt zich door een beperkt sociaal aanpassingsvermogen, dat zich vaak uit in gedragsstoornissen en een langdurige behoefte aan ondersteuning.

De term 'licht verstandelijke beperking' doet vermoeden dat dit een logische ontwikkeling is. Immers, als deze zorg vanuit haar traditie zorg biedt aan mensen met een matige, ernstige of zeer ernstige verstandelijke beperking, dan mag een lichte beperking toch geen probleem zijn? In dit artikel betogen wij het omgekeerde. De zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking is een 'vak apart', dat competenties vraagt van zorgverleners die binnen de VG-zorg vaak minder voorhanden zijn.

De worstelingen die veel begeleiders van cliënten met een LVB dagelijks doormaken tonen wel aan dat het zonder meer toeleiden van cliënten met een LVB naar de VG-zorg geen vanzelfsprekendheid is. Het begeleiden van deze cliënten is 'een vak apart' waarvoor zorgaanbieders lang niet altijd voldoende toegerust zijn, en dat niet te onderschatten risico's met zich meebrengt: voor de cliënt, voor medewerkers en voor andere cliënten, maar ook voor de organisatie. Dit geldt al voor begeleiding en behandeling van deze cliënten in het algemeen (bijvoorbeeld in orthopedagogische behandelcentra), maar des te meer voor begeleiding van cliënten met een LVB in VG-instellingen.

Het is belangrijk op te merken dat het overgrote deel van de cliënten met een licht verstandelijke beperking geen AWBZ-zorg wil of krijgt. Dat deel van de cliënten dat wél een beroep doet op zorg en ondersteuning doet dat in veel gevallen niet primair vanuit de vragen die de verstandelijke beperking

¹ In dit artikel spreken wij van mensen met een licht verstandelijke beperking. Eerder werd deze groep aangeduid als licht verstandelijk gehandicapten (LVG).

² Dr. Johan Willems is manager inhoudelijke ondersteuning en expertise bij Cello. Correspondentieadres: Cello Bestuursbureau, De Ring 14, 5261 LM Vught, jwillems@cello-zorg.nl.

³ Christiaan Slooff is divisie manager LVG bij Steinmetz | De Compaan. Correspondentieadres: Steinmetz De Compaan bureau Rijswijk, Prinses Beatrixlaan 16, 2285 VZ Rijswijk, c.slooff@steinmetzdecompaan.nl.

met zich meebrengt, maar juist vanuit bijkomende problemen. Opvallend daarbij is dat de samenhang tussen het niveau van de verstandelijke beperking, -voor zover dit al betrouwbaar te meten is- en de ondersteuningsbehoefte van de cliënt beperkt is. Ook mensen met relatief lichte cognitieve beperkingen hebben vaak een grote ondersteuningsbehoefte (Buntinx, Maes, Claes & Curfs, 2010). Dit levert diverse problemen op, waarbij die op het gebied van indicatiestelling en financiering niet de minste zijn. Maar ook inhoudelijk geeft het verwarring. In de VG-traditie is die samenhang namelijk meestal wél aanwezig: hoe ernstiger de verstandelijke beperking, hoe meer zorg en ondersteuning nodig is.

De VOBC LVG heeft een model van LVB-problematiek ontwikkeld dat in de praktijk veel gebruikt wordt en die wij ook in dit artikel hanteren. Een cliënt heeft LVB-specifieke kenmerken, namelijk cognitieve beperkingen (uitgedrukt in een IQ-score tussen 50-85) en een beperkt sociaal aanpassingsvermogen. De veelal bijkomende problematiek zoals niet-aangeboren hersenletsel, een psychiatrische stoornis, psychosociale problematiek etc. komt tot uiting in ernstige gedragsproblemen. Deze leiden tot een langdurige ondersteuningsbehoefte. Juist bij mensen met een LVB wordt de kern van de begeleidings- of behandelingsvraag echter veelal niet gevormd door de verstandelijke beperking zelf, maar door de problemen die wij vanuit ons perspectief paradoxaal vaak 'bijkomend' noemen. De aanwezige cognitieve beperkingen zijn, alhoewel met training en behandeling vooruitgang te behalen is, in het algemeen blijvend en moeten vaak eerder gezien worden als een complicerende factor bij de behandeling van de, in dit geval misplaatste term 'bijkomende' problemen. Overigens is het wel dusdanig complicerend, dat de traditionele behandelingsmethodes binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGz) minder, of niet toepasbaar zijn bij deze groep (De Wit, Moonen & Douma, 2011).

Veel kennis en kunde ten aanzien van de behandeling van cliënten met een LVB is aanwezig binnen de orthopedagogische behandelcentra (OBC's). Deze bieden een gespecialiseerd aanbod van behandeling en begeleiding voor licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren met ernstige gedragsproblematiek. Een deel van deze cliënten, met name degenen die op langdurige ondersteuning aangewezen zijn, stroomt na behandeling van (gedrags)problemen, of na het bereiken van de 18-jarige leeftijd, door vanuit deze OBC's naar een VG-instelling. Deze stap lijkt in eerste instantie logisch, maar er treden in de praktijk zeer regelmatig haperingen op. Dit heeft te maken met een aantal factoren. De juridische status van de cliënt met betrekking tot wilsbekwaamheid, en daarmee de zeggenschap van de ouders, verandert bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd. Bovendien speelt de overgang naar een andere zorgsector en de daarmee samenhangende systemen (grondslag, zzp-systematiek, toelating en contractering van de zorginstelling, huisvesting enzovoort) een belemmerende rol. Het is in het VG-systeem regelmatig lastig financiering te verkrijgen die voldoende recht doet aan de intensiteit van de benodigde begeleiding. Tevens ontbreekt het in de VG-zorg veelal aan goed gekwalificeerde medewerkers voor deze doelgroep; dit geldt zowel ten aanzien van kennis en vaardigheden als ten aanzien van persoonskenmerken (Van Beek, 2009). Ten slotte is een niet te onderschatten hinderpaal het verwachte risico dat men als VG-organisatie loopt door het bieden van zorg aan deze ingewikkelde groep zorgvragers. Denk daarbij aan afbreukrisico, imago, kosten en risico voor andere cliënten.

Dit artikel is ontstaan vanuit de ervaringen van enkele instellingen die oorspronkelijk VG-zorg boden, maar in de loop van de tijd veel cliënten met een LVB zijn gaan begeleiden. We willen betogen dat zorg voor mensen met een LVB bijzondere zorg is die in veel opzichten anders en ingewikkeld is. Tegelijkertijd beschikt de VG-zorg over kernkwaliteiten die goed aansluiten bij de zorgvraag van veel cliënten met een LVB. Het gaat eerst en vooral om kwetsbare mensen met grote emotionele problemen die moeilijk zelf richting en invulling kunnen geven aan hun leven en hier vaak levensbreed en levenslang ondersteuning bij nodig hebben.

Onze instellingen zijn uiteraard niet uniek: veel collega-instellingen hebben dezelfde ontwikkeling doorgemaakt of zitten er midden in. De vraag naar zorg van cliënten met een LVB lijkt immers nog altijd toe te nemen. We hebben niet de pretentie een wetenschappelijk onderbouwd betoog te houden, maar willen eerst en vooral een praktische insteek nemen. Onze stijl is af en toe stellend en mogelijk zelfs karikaturaal, niet als doel op zich, maar om een aanzet te geven tot discussie. Dit doen we aan de hand van 10 thema's die meespelen bij het goed vormgeven van zorg voor deze groep cliënten, zonder volgorde van belangrijkheid. Binnen de thema's worden inhoudelijke en organisatorische aspecten zoveel mogelijk met elkaar verbonden.

10 Thema's

1. Werken aan motivatie

De VG-zorg is vanuit de traditie *vrijwillige* zorg. De werkwijze in de VG-zorg is gebaseerd op de aanname dat een cliënt en/of zijn omgeving een zorgvraag heeft en ondersteuning wenst. Deze vraag is sterk bepalend voor de inhoud, de vorm, de hoeveelheid en de kwaliteit van de zorg. Bij het overgrote deel van de cliënten is het cliëntensysteem (ouders, verwanten, vrienden en kennissen) ondersteunend bij het zorgproces, of sterker nog, is de professionele zorg aanvullend op de zorg en ondersteuning die door het cliëntensysteem geboden wordt.

Bij veel cliënten met een LVB is er sprake van een andere situatie. Veel van hen zijn niet of onvoldoende gemotiveerd om ondersteuning te accepteren of om aan doelen te werken. Het is immers per definitie een onderdeel van de LVB-problematiek dat de cliënt weinig of geen zicht heeft op zijn mogelijkheden en beperkingen. Onvoldoende motivatie van de cliënt is uiteraard geen reden om de ondersteuning te beëindigen of om de zorg over te nemen. Wel vraagt dat van ons dat wij manieren zoeken en ons inspinnen om de motivatie van de cliënt te wekken of op peil te houden middels informeren, stimuleren, ontmoedigen, druk uitoefenen enzovoort (De Wit et al., 2011). Het is onze opdracht de cliënt te helpen om te leren accepteren dat hulp *kán* en dat hulp niet bedreigend, vreemd of gek is. Ouders, familie en vrienden van de cliënt kunnen hier een belangrijke rol bij vervullen.

Dit proces is vaak niet rationeel en het werken aan zelfinzicht bij de cliënt blijkt in de praktijk niet de meest productieve weg te zijn. In de begeleiding van cliënten met een LVB is het vaak noodzakelijk om de cliënt te laten ervaren dat de eigen keuzes niet altijd de meest verstandige zijn. Vaak zal de cliënt moeten ervaren welke concrete voordelen het heeft als je open staat voor ondersteuning en welke nadelen als dat niet gebeurt. Het gaat hier om het verantwoord nemen van risico's, het door schade en schande wijzer worden, en zo het besef te laten groeien dat het wellicht de minst slechte oplossing is om zich tot de zorgverlener te wenden. Als het lukt om een 'vooruit dan maar'-effect bij de cliënt te bewerkstelligen, waarbij de cliënt ondersteuning accepteert terwijl hij wellicht (nog) niet het inzicht heeft waarom hij het doet, is dat al vaak een mooi eerste resultaat.

Veel cliënten met een LVB hebben moeite om zich voor ondersteuning te wenden tot VG-instellingen. Zij identificeren zich niet graag met mensen met een verstandelijke beperking. De naam en identiteit van de VG-organisatie, de gebruikte terminologie en andere 'uiterlijke' aspecten kunnen de motivatie van de cliënt in de weg staan. Verschillende organisaties kiezen er daarom voor om de zorg voor cliënten met een LVB in een afzonderlijk organisatieonderdeel en onder een andere vlag te organiseren.

Het werken aan de intrinsieke motivatie bij de cliënt is voor de VG-zorg, maar ook met name voor de OBC's, een essentiële voorwaarde voor een geslaagde transitie naar een volgende levensfase. Van belang is het de cliënt expliciet te bevragen naar wat hem beweegt, wat zijn perspectief is, wat hij wil bereiken. Het is een belangrijke rol van de professional om deze in kaart te brengen, te vergelijken en betrokkenen inzicht te geven. De ervaring leert dat we het perspectief vaak eenvoudigweg niet of

onvoldoende weten, zeker in behandelsettings waarin de cliënt vaak extrinsiek gemotiveerd wordt en geleerd heeft zich goed aan te passen aan de omgeving.

2. *Zo licht mogelijke zorg*

‘Normaal waar mogelijk, speciaal waar nodig’ is binnen de VG-zorg een gekend begrip. Tegelijkertijd herkennen we de neiging bij veel VG-medewerkers en organisaties om snel te grijpen naar het ‘speciaal waar nodig’ als de risico’s concreet worden en om te willen helpen als er problemen ontstaan. De ervaring leert echter ook dat meer besloten of zelfs gesloten settings, gecombineerd met een beheersmatige manier van werken die hier vaak op de loer ligt, de gedragsproblematiek van de cliënt ook kunnen doen toenemen.

Juist bij cliënten met een LVB zouden we het uitgangspunt willen hanteren van zo ‘licht’ mogelijke begeleiding met maximale participatie in de maatschappij. Je kiest pas voor een zwaardere vorm van begeleiding of behandeling wanneer er is vastgesteld, het liefst door het te proberen, dat een lichtere vorm van begeleiding niet het gewenste resultaat oplevert. We moeten hierbij wel beseffen dat bij cliënten met een LVB, vooral de cliënten met de meest complexe zorgvragen, stabiliseren en voorkomen van erger al een mooi resultaat is, en dat deze cliënten problemen op veel levensgebieden hebben en deze zelfs met ondersteuning meer of minder zullen blijven houden.

In de zorg streven wij altijd naar betere kwaliteit van leven. Juist bij cliënten met een LVB is het van belang essentiële vragen te beantwoorden als: wat is de kwaliteit van het leven van deze cliënt met zijn lage inkomenspositie en/of met familie en vrienden die minder een prothese vormen dan wij zouden wensen? In hoeverre zijn onze normen van toepassing? Wanneer zijn risico’s acceptabel? Wanneer is een woning schoon genoeg? Wanneer voldoen de opvoedkundige kwaliteiten van ouders? Kortom, wanneer bereiken we het punt dat de zorg goed genoeg is?

Zo licht mogelijke zorg bestaat ons inziens minimaal uit: de cliënt blijven zien, present zijn, een lijntje houden, de cliënt helpen de juiste beslissingen te nemen, uitnodigen en vooral laagdrempelig beschikbaar zijn. Het is de kunst om positieve invloed uit te oefenen zonder beheersing of macht. Cliënten zijn er juist (en terecht) allergisch voor als ze ook maar het vermoeden krijgen dat beslissingen vóór hen genomen worden.

Bij een VG-organisatie in het westen van het land kwam een cliënte met LVB en zeer complexe problematiek, o.a. psychiatrie, verslaving, problemen met agressieregulatie en een lange geschiedenis van opnames in diverse (behandel)instellingen, op een interne crisisplek terecht. Hier werd besloten deze cliënt niet in een voorziening met veel begeleiding en veel toezicht te plaatsen, maar juist alleen, in een woning aan de andere kant van de stad. Naast ambulante behandeling door de GGz bestaat de begeleiding nu uit eenmaal per week een kort bezoek van een begeleider van de crisiseenheid bij de cliënt thuis. De cliënt heeft altijd de mogelijkheid om de crisiseenheid te bellen. Indien nodig kan de cliënt worden opgenomen in de crisiseenheid. Door de rust van het eigen domein, het gebrek aan prikkels, omdat de cliënt niet te maken heeft met andere cliënten, en de vertrouwdheid van een ‘lijntje’ naar de crisisopvang, gaat het zo goed met deze cliënt dat een opname in de crisisopvang al jaren niet meer nodig is geweest.

3. *Cliëntsysteem als onderdeel van de problematiek*

In de VG-zorg is het systeem van ouders, familie, vrienden etc. meestal ondersteunend bij de vormgeving en de invulling van de zorg. De cultuur waarbinnen de zorg vorm krijgt is mede daarom bij uitstek consensusgericht. De basis van onze ondersteuningsplannen wordt gevormd door een consensusmodel waarbij de vraag van de cliënt, die van zijn ouders of vertegenwoordigers en de professionele visie op zorg in relatie met elkaar gebracht worden.

Bij cliënten met een LVB is het cliëntsysteem vaak *onderdeel van* de problematiek of problematiekversterkend. Daarom kan bij cliënten met een LVB de behandeling en begeleiding niet beperkt blijven tot de cliënt alléén. Bovendien vragen de kenmerken van het cliëntsysteem vaak om een andere balans tussen de betrokken partijen dan zoals in de VG-zorg gebruikelijk. Dit stelt ons voor problemen. Immers, onze oplossing voor een gebrek aan consensus is meer van hetzelfde: met elkaar in gesprek gaan. Vaak is het zoeken naar oplossingen als blijkt dat vrijwilligheid van zorg, streven naar consensus en een ondersteunende rol bij het cliëntsysteem niet aanwezig zijn.

Een bekende belemmerende factor is verder dat de VG-zorg individueel gericht is, maar in het algemeen groepsgericht wordt aangeboden. Cliënten wonen in de regel veelal samen met andere cliënten en de woonomgeving is bepalend voor de vorm en ernst van de psychosociale problemen. Een (kunstmatig) systeem zoals een woning waar meerdere cliënten bijeenwonen (een gewone omgeving voor veel VG-cliënten!) creëert haar eigen problemen en haar eigen dynamiek. Zorg voor mensen met een LVB moet bij uitstek individueel gericht zijn en meer individueel vorm krijgen dan wij gewend zijn.

De hiervoor genoemde crisisopvang heeft ook specifieke LVB-crisisplekken voor externe crisissen. Voor deze plekken worden veelal jongeren aangemeld die tussen de 17 en begin 20 jaar zijn. Zij hebben regelmatig een LVG-indicatie en zijn wachtend om opgenomen te worden in een LVG-behandelsetting omdat zij voor hun ouders moeilijk opvoedbaar zijn. Ze worden echter al eerder in de crisisopvang opgenomen, omdat deze ouders de situatie niet meer aankunnen. In de crisisopvang blijkt echter meestal al snel dat een behandelplek helemaal niet nodig is, omdat het probleem vooral in het systeem zat waar de jongeren op dat moment uit zijn vertrokken. In bijna alle gevallen kunnen deze jongeren doorstromen naar voorzieningen (voor LVB) binnen deze VG-organisatie. Deze voorzieningen staan midden in de stad en zijn niet gesloten.

4. *Zorgrelatie*

Bij de zorg voor jongere en jongvolwassen LVB-cliënten is de pedagogische rol van de begeleider van groot belang. Hier vanuit is het belangrijk de cliënt expliciet duidelijk te (blijven) maken binnen welke kaders zorg geboden wordt, welke afsprakensystemen en regels er zijn en hoe die gehandhaafd worden. Dit is belangrijk vanwege de cognitieve en communicatieve beperkingen van de cliënt en zijn beperkte mogelijkheden tot zelfsturing, overschatting van de eigen mogelijkheden en gebrek aan motivatie. De zorgaanbieder heeft zijn eigen verantwoordelijkheden van waaruit er duidelijke grenzen naar de cliënt moeten worden aangegeven. Dit is niet alleen van belang voor de cliënt, maar evenzeer voor de medewerker, die duidelijk moet aangeven welke grenzen hij of zij hanteert.

Bij dit alles is begrip tonen voor, emotioneel ondersteunen van, en warmte geven aan de cliënt van groot belang, wetende dat de zorgrelatie regelmatig onder druk zal komen te staan vanwege de gedragsproblemen en de onderliggende problematiek van de cliënt. Het streven is om een sfeer van *warme duidelijkheid* te creëren, waarbij de deur voor deze kwetsbare cliënten altijd open staat, ook als hij er op momenten voor kiest om te vertrekken. Het leven van cliënten met een LVB wordt immers gekenmerkt door series mislukkingen, breuken in relaties en een steeds verder afgekald vertrouwen in anderen. Het is onze taak om te streven naar een langdurige relatie, hoe lastig dat ook is. Zorgrelaties duren meestal maximaal enkele jaren en begeleiders vertrekken altijd weer. Cliënten moeten hier op een open eerlijke manier op voorbereid worden.

Ten aanzien hiervan moet nog worden opgemerkt dat het pedagogisch klimaat voor cliënten met een LVB ook na het 18^e levensjaar essentieel blijft. In het algemeen ziet de jongvolwassen cliënt met een LVB het bereiken van de volwassen leeftijd, net als de gemiddelde Nederlander, als een volgende fase in zijn leven met de daarbij horende rechten en mogelijkheden, meestal met wat minder oog voor de plichten en onmogelijkheden. Toch moeten we ons realiseren dat de opvoedingssituatie slechts geleidelijk, soms over vele jaren heen, in een begeleidingssituatie verandert.

5. Regie over eigen leven?

Cliënten met een LVB vragen zelf nadrukkelijk om eigen verantwoordelijkheid, deelname aan de samenleving en ‘gewoon’ burgerschap. Kenmerkend is dat de cliënt zijn eigen mogelijkheden hiertoe overschat en dat hij gericht is op de korte termijn. De letterlijke vraag van de cliënt naar zelfstandigheid is heel belangrijk, maar moet niet automatisch overgenomen worden. Ons aanbod zou er op gericht moeten zijn de cliënt te helpen zijn mogelijkheden en competenties te vergroten en zijn beperkingen te accepteren en te compenseren. Vanuit de VG-zorg voelen we ons vaak vanuit de traditie verantwoordelijk voor alle aspecten van het leven van de cliënt en is een grote valkuil dat we hier grip op willen hebben, veel te beheersmatig willen werken en risico's willen voorkomen. Risicotaxatie en zo zorgvuldig mogelijk gecalculerde risico's zijn van belang, waarbij de grenzen veelal een stuk verder weg liggen dan dat we in de VG-zorg gewend zijn.

Een cliënte wordt op een open locatie behandeld in het hart van een grote stad. Zij is gewend om met mannen ‘mee te gaan’ die haar belonen met materiële zaken. Ze werkte ook een periode legaal in een sekshuis. De begeleiding is er op gericht haar te helpen keuzes te maken in de zin van: gebeurt het vrijwillig en veilig? Omdat het voor haar, ook vanuit haar achtergrond, een normale manier van geld verdienen is, worden er verder geen acties ondernomen. Tijdens een gesprek vertelt de cliënte haar begeleider dat haar ‘vriend’ haar tegen haar wil opsluit in zijn kamer om seksuele handelingen met haar te verrichten. Ook slaat hij haar dan. In het taxatiegesprek met de gedragskundige dat volgt, bevestigt ze dit verhaal, maar vertelt ze dat dit in haar cultuur normaal is. Omdat het de inschatting van het multidisciplinaire team is dat ze niet weerbaar genoeg is om haar grenzen aan te geven en daar naar te handelen, is er besloten om een Artikel 60-status aan te vragen, haar zoveel mogelijk binnenshuis te houden en alleen onder begeleiding naar buiten te laten gaan. Tevens is tegen de vriend, die bekend is bij de politie, aangifte gedaan. De vriend is haar blijven stalken en heeft toch kans gezien haar een enkele keer mee te lokken, te bedreigen en te mishandelen. De cliënte accepteerde dit niet meer en heeft zelf aangifte gedaan. Ze is vrijwillig voor haar eigen veiligheid een aantal weken in een andere voorziening gaan wonen. De ‘vriend’ zit inmiddels vast en de cliënte is aangemeld voor locaties ver weg van de grote stad met al haar negatieve omgevingsinvloeden.

6. Dynamiek

De zorgvraag van cliënten met een LVB is complex en dynamisch. Het type problematiek verschilt sterk van persoon tot persoon, de ernst ervan fluctueert vaak en ontwikkelt zich in de tijd. Cliënten kunnen door verschillende oorzaken door het ijs zakken, maar zich bij een aangepast zorgaanbod weer snel herstellen. Het is de taak van de zorginstelling om met deze dynamiek mee te bewegen en dat stelt hoge eisen aan de organisatie. Ons zorgaanbod moet flexibel zijn en gedifferentieerd in vorm en locatie: van besloten met een strak pedagogisch klimaat tot ambulante met optimale eigen regie bij de cliënt. Niet alle gevraagde vormen van zorg kunnen overal aangeboden worden. Voor de begeleiding van cliënten met een LVB is een keten van diverse begeleidings- en behandelingsvormen nodig, variërend van laagdrempelige begeleiding van de cliënt in zijn eigen woonruimte tot aan woon/behandelvoorzieningen met een variatie van intensiteit van de begeleiding/behandeling. Binnen deze keten moet er snel naar een lichtere of zwaardere vorm van begeleiding/behandeling kunnen worden geschakeld. In (dreigende) escalerende situaties kan het bieden van een time-out de-escalerend en preventief werken, waardoor overplaatsing naar een ‘zwaardere’ setting voorkomen kan worden.

Het is de kunst om binnen een dergelijke zorgketen de lijn van de ondersteuning vast te houden. Eenheid in organisatievorm en continuïteit in management en behandelaars zal dit in de praktijk bevorderen.

7. Levensloopperspectief

De gedragsproblematiek van cliënten met een LVB en de stoornissen en problemen die deze veroorzaken, kunnen weliswaar behandeld worden c.q. verminderen, maar toch kunnen we stellen dat cliënten met een LVB per definitie een levenslange ondersteuningsvraag hebben. Het leven van LVB-clieënten wordt vaak gekenmerkt door breuken en falen in relaties, wonen en werken. Dit fenomeen wordt op zichzelf weer een bron van emotionele problemen. Alleen al om deze reden hebben zorginstellingen de verantwoordelijkheid om optimale continuïteit in zorg te organiseren. Vanuit dit perspectief zou men kunnen stellen dat het bieden van behandeling en begeleiding steeds moet anticiperen op de taken die de cliënt niet alleen in zijn huidige, maar ook in zijn volgende levensfase tegenkomt. Zoals eerder gesteld, is het perspectief van de cliënt met een LVB richtinggevend voor de inhoud van de zorg. Het is aan ons om de cliënt te helpen om vertrouwd te raken met een reëel toekomstperspectief en van daaruit, op basis van zijn eigen wensen, voor zichzelf haalbare doelen te formuleren en hem te helpen deze te halen. Op deze manier kan het zelfvertrouwen van de cliënt toenemen en kan hij in alle opzichten groeien.

In het leven van veel cliënten met een LVB is de transitie van een orthopedagogisch behandelcentrum (OBC) naar de VG-zorg een grote en belangrijke stap. Een geleidelijke transitie vraagt de nodige aandacht en investeringen. LVB- en VG-instellingen hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid om de transitie zo goed mogelijk te laten verlopen. Een zorgvuldige overdracht met uitwisseling van kennis en kunde vanuit het OBC naar de VG-instelling is een noodzakelijke, maar onzes inziens nog niet voldoende gerealiseerde? voorwaarde voor een succesvolle transitie.

Generaliserend zouden we, met Moonen (september 2011), willen stellen dat de verschillen in visie op behandeling en begeleiding tussen de OBC's en VG-instellingen zo groot zijn dat er sprake lijkt te zijn van verschillende zorgparadigma's. In de OBC's ligt de focus uit de aard der zaak op behandeling: leiden, uitstippelen, voorkomen, stapsgewijs en controle. Daartegenover staan in de VG-zorg respectievelijk begeleiden, volgen, ervaren, volledig en fragmentarisch toezicht centraal. Voor de VG-instelling is het van belang de behandelinstelling, het daar aanwezige klimaat, de kenmerken en omstandigheden van de setting goed te kennen. Hetzelfde geldt in omgekeerde zin voor het OBC. Je zou immers kunnen stellen dat het verblijf in een behandelinstelling een relatief korte en kunstmatige voorbereiding op de rest van het leven is. De in veel opzichten sterk van het OBC verschillende omgeving die de VG-zorg biedt zou, sterker dan momenteel vaak het geval is, het referentiekader moeten vormen voor de behandeling en begeleiding die in de OBC's geboden wordt. Andersom kan de VG-zorg veel beter dan nu het geval is het zorgaanbod bij aanvang veel beter afstemmen op en laten aansluiten bij de omgeving van waaruit de cliënt geplaatst wordt.

De transitie van een OBC naar een VG-instelling wordt, naast de genoemde factoren, nog eens bemoeilijkt door de aard van de problemen van de LVB-clieënt zelf. In het algemeen beschikt de jeugdige cliënt met een LVB na behandeling over kennis en vaardigheden, maar heeft hij moeite met het generaliseren van deze competenties naar situaties buiten de behandel- of trainingssituatie. Het is een valkuil om te vooronderstellen dat aangeleerde competenties om de juiste keuzes te maken of oplossingen te zoeken in de nieuwe context nog aanwezig zullen zijn. Je kunt er beter van uitgaan dat dit niet zo is.

8. Integraliteit

Binnen de organisatie is een integrale aanpak van LVB-zorg belangrijk. Management, behandelaars en begeleiders in de ondersteuning moeten zich nauw met elkaar verbonden voelen en een gevoel van gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben. De problemen van de cliënten spelen zich af op levensgebieden die vaak een appèl doen op je eigen waarden en normen: gezondheid, relaties, seksualiteit, middelengebruik, criminaliteit en agressie. Dat maakt dat de samenwerking en het komen tot beleid en afspraken niet vanzelf gaan maar juist veel tijd en aandacht nodig hebben. Wat negatief geformuleerd hebben cliënten met een LVB door hun jarenlange ervaring in de zorg en als gevolg van negatieve ervaringen vaak geleerd door splitting de hulpverlening op de proef te stellen. Om die reden is het belangrijk dat alle hulpverleners in alle domeinen één consistente lijn volgen en kunnen school of werk, wonen, vrijetijdsbesteding en behandeling niet los van elkaar gezien worden. Dit is een grote uitdaging voor de zorg, met haar grote aantallen hulpverleners, die ook nog eens in de loop van de tijd wisselen met alle negatieve gevolgen van dien.

De dynamiek van de zorgvraag brengt, zoals ook eerder opgemerkt, met zich mee dat veel beproefde systemen binnen de VG-organisatie minder werkzaam, of zelfs contraproductief worden. Ook ondersteunende diensten zoals economisch-administratieve diensten kunnen worden geconfronteerd met nieuwe situaties, zoals met cliënten die eigen bijdrages niet willen of kunnen betalen, die te maken hebben met schuldsanering of die onvoldoende flexibiliteit hebben in het functielooengebouw. De dynamiek van de zorg voor cliënten met een LVB vraagt veel flexibiliteit van medewerkers, een relatief grote mate van handelingsvrijheid en –verantwoordelijkheid om op de momenten die daar om vragen snel en naar wijsheid te kunnen handelen. Dit vraagt van de organisatie een cultuur van vertrouwen en openheid.

Zoals eerder genoemd loopt de VG-organisatie met de zorg voor cliënten met een LVB ook bepaalde risico's met betrekking tot de cliënt zelf, de medewerkers, de medecliënten (zeker in de VG-zorg met haar kwetsbare cliënten), maar ook financieel, juridisch en op het gebied van het imago van de instelling. De VG-instelling moet deze in kaart brengen, benoemen en met betrokkenen van laag tot hoog in de organisatie delen.

9. Intersectorale samenwerking en ketenzorg

Het is een open deur dat de zorg in Nederland versnipperd is en uit vrij autonome domeinen bestaat met eigen doelgroepen, wet- en regelgeving, culturen, visies en financieringsbronnen. Cliënten met een LVB vallen, met hun per definitie meervoudige problematiek, tussen wal en schip. Het is niet uitzonderlijk dat cliënten met een LVB te maken hebben met een groot aantal, soms meer dan 10, zorg- en hulpverleningsinstanties: VG-zorg, GGz, maatschappelijke opvang, verslavingszorg, reclassering, schuldsanering, jeugdzorg, algemeen maatschappelijk werk enzovoort. Onze stelling is dat deze organisaties bij de meeste cliënten met een LVB afzonderlijk onvoldoende geëquipeerd zijn om goede zorg te leveren. LVB-zorg moet een samenspel zijn van begeleiding, structurering en beschikbaarheid van interventies. Ketenzorg is daarmee essentieel. Instanties weten echter vaak onvoldoende wat de kerntaak van andere instanties is. Het is een mooie uitdaging voor instellingen om hun kernkwaliteiten in de zorg voor cliënten met een LVB in kaart te brengen, te benoemen en met elkaar te delen. Ook voor de VG-instellingen is dat van belang, maar tevens niet eenvoudig. Onze kerncompetenties zijn niet bijzonder specifiek en wat lastig te concretiseren. Immers, de doelgroep is breed, divers en ons aanbod richt zich op ondersteuning op alle levensgebieden.

Onzes inziens zou de belangrijkste bijdrage van de VG-instelling in dit samenspel wel eens kunnen liggen in onze orthopedagogische deskundigheid en in de beeldvorming van de cliënt. Met beeldvorming wordt niet alleen classificerende diagnostiek bedoeld, maar vooral het in kaart brengen van de beperkingen van de cliënt op cognitief gebied, zijn sociale en emotionele functioneren, zijn adaptieve vaardigheden en zijn sociale redzaamheid, en de gevolgen van dit alles in het dagelijks

leven. Een hiermee samenhangende kerncompetentie is onze gerichtheid op het aanpassen van de communicatie aan het niveau van de cliënt. Wij helpen de cliënt de wereld beter te begrijpen. We zien het als onze uitdaging om deze deskundigheid goed naar voren te brengen en in balans te brengen met die van de andere organisaties.

Omdat de traditionele bemoeizorgorganisaties (GGz) bij sommige cliënten niet binnen kwamen, werd op verzoek van de GGD door een VG-organisatie bemoeizorg geboden. Het ging hier om zelfstandig wonende cliënten waarbij er een vermoeden bestond dat er sprake was van een licht verstandelijke beperking. Cliënten werden via diverse meldpunten aangemeld omdat er problemen waren met schulden, agressie, vervuiling, alcoholmisbruik, etc. De ervaring laat zien dat het de medewerkers van de VG-organisatie vaak verrassend gemakkelijk lukt om binnen te komen en een hulpverleningsrelatie op te bouwen. Hun werkwijze kenmerkt zich vooral door op een ander niveau te communiceren en eerst praktische, zichtbare zaken samen met de cliënt op te pakken. Een vervolgstap is samen met de cliënt zijn leven weer op te pakken en te organiseren met alle instanties waar deze vaak al mee te maken heeft. De rol van de medewerker is vooral beide werelden elkaar beter te laten begrijpen. Uiteindelijk wordt er een AWBZ-indicatie aangevraagd waarbij het onderzoek bij de cliënt thuis wordt gedaan. De stap voor de cliënt om hiervoor naar een kantoor te gaan is vaak veel te groot. Daarnaast heeft de cliënt zelf meestal ook geen vraag voor begeleiding omdat hij (overal wordt alleen hij gezegd) zelf vindt dat hij geen beperking heeft. De inschatting dat er sprake zou zijn van een verstandelijke beperking is tot nu toe in alle gevallen bevestigd door de testresultaten.

10. Speciale competenties nodig

Het werken met cliënten met een LVB vraagt van medewerkers specifieke competenties die op onderdelen vrij sterk verschillen van die in de VG-zorg nodig en voorhanden zijn. De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland heeft vrij recent een specifiek competentieprofiel voor begeleiders van cliënten met een LVB uitgebracht dat gebruikt kan worden om de competenties van medewerkers in kaart te brengen en daar waar nodig verder te ontwikkelen (VGN, 2009). Uiteraard zijn vakinhoudelijke competenties zoals specifieke kennis en opleiding op het gebied van verstandelijke beperkingen, psychiatrische en andere problematiek (zoals niet-aangeboren hersenletsel, autismespectrumstoornissen en psychosociale problemen) en gedragsproblematiek en het omgaan daarmee van belang. Deze zijn in het algemeen goed in kaart te brengen, te operationaliseren en te bevorderen met scholing en training.

Maar daarnaast zijn, wellicht nog sterker dan in de traditionele VG-zorg, niet-vakinhoudelijke competenties (vaardigheden, persoonlijke stijl, attitude) van belang. In de praktijk ontwikkelen verschillende instellingen methodieken om ook deze in kaart te brengen, bijvoorbeeld om medewerkers beter te kunnen selecteren, maar ook om die competenties verder te ontwikkelen, zoals competentiemeters, persoonlijkheidsvragenlijsten en methodieken om emotionele intelligentie te meten. In de praktijk lijkt communis opinio te zijn dat de niet-vakinhoudelijke competenties van medewerkers misschien wel van groter gewicht zijn bij het bieden van kwalitatief goede zorg en begeleiding dan de vakinhoudelijke. Immers, de eerste zijn minder veranderbaar en meer verankerd in de persoon dan de tweede. Belangrijke eigenschappen waarover begeleiders van cliënten met een LVB bij uitstek over moeten beschikken zijn, zonder de andere tekort te willen doen: proactiviteit, 'low expressed emotions', om kunnen gaan met hectiek en veel emoties, een nuchtere basishouding, stressbestendigheid en flexibiliteit.

De begeleider van cliënten met een LVB moet verder bij uitstek een communicatiespecialist zijn. We willen zo ver gaan om te stellen dat gespreksvaardigheden in grote mate het succes van het individuele gesprek, en daarmee van de begeleiding, bepalen. De medewerker moet in staat zijn om goed te luisteren, de cliënt serieus te nemen, toch goed richting te geven aan de inhoud van het gesprek, beknopt te formuleren, weinig onderwerpen tegelijk aan de orde te stellen, de cliënt veel aan het woord te laten, veel te herhalen en niet te verwachten dat de cliënt het na één keer al begrepen heeft. Bij dit alles moet de begeleider vanuit een persoonlijk, natuurlijk overwicht in staat zijn een goede zorgrelatie met de cliënt op te bouwen. Kortom, het gaat hier om een bijzondere combinatie van gewenste eigenschappen en competenties.

Opvallend is overigens dat het competentiegericht denken zich in de VG-zorg nog veelal beperkt tot de begeleiders. Wij willen hier stellen dat ook van management en behandelaars speciale competenties gevraagd worden. De manager en de behandelaar die floreren bij veel dynamiek, die niet meebewegen op de golven van de emoties, die niet van hun stuk raken bij crises maar die juist aardig vinden, zijn in de zorg voor cliënten met een LVB bij uitstek op hun plaats. Inhoudelijke interesse is daarbij uiteraard een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde.

Verbinding zoeken

Aan de hand van 10 thema's hebben we geprobeerd de specificiteit van de zorg voor (jong)volwassen cliënten met een LVB te beargumenteren en te belichten. Deze staan in onderstaand kader samengevat weergegeven. Ongetwijfeld is onze opsomming niet compleet en lopen de thema's hier en daar in elkaar over. Sommige lezers zullen passages als open deuren ervaren, maar we hopen echter dat deze voor anderen eye-openers zijn. Het centrale thema van dit artikel is verbinding. Het betreft eerst en vooral verbinding tussen de begeleider, de cliënt en zijn systeem, maar ook verbinding binnen organisaties tussen medewerkers, tussen zorgorganisaties en tussen zorgsectoren. Verbinding met de cliënt kan alleen als ook zorgsystemen verbonden zijn.

De auteurs bedanken voor hun bijdrage aan dit artikel: Ivo Vugs (Amarant), Jac van Opdorp (Cello), Jolanda Douma (LKC LVG en Universiteit Utrecht), en Dirk Versteegen (VOBC LVG)

Literatuur

- Beek, L. van (2009). *Van cijfers naar mensen: De hardnekkige wachtlijst in de zorg voor LVG-jeugd in de AWBZ*. Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.
- Buntinx, W. H. E., Maes, B., Claes, C., & Curfs, L. M. G. (2010). De Nederlandstalige versie van de Supports Intensity Scale: Psychometrische eigenschappen en toepassingen. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, 36(1), 4-22.
- Moonen, X. (september 2011). *Transitie van OBC naar VG: Een zoektocht naar verbinding met jongvolwassenen met een LVB*. Presentatie gehouden op de werkconferentie Behandelen versus consolideren van behandeling. Rosmalen, 29 september 2011.
- Ras, M., Woittiez, I., Kempen, H. van, & Sadriraj, K. (2010). *Steeds meer verstandelijk gehandicapt? Ontwikkelingen in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapt 1998 – 2008*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- VGN (2009). *Competentieprofiel (SG)LVG: Competentieprofiel voor beroepskrachten in het primaire proces van de gehandicaptenzorg die behandeling en begeleiding aan mensen met een licht verstandelijke beperking met ernstige gedragsproblemen*. Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.
- Wit, M. de, Moonen, X., & Douma, J. (2011). *Richtlijn effectieve interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.

1. Veel cliënten met LVB zijn niet of onvoldoende gemotiveerd. Dit is echter geen reden om de ondersteuning te beëindigen of de zorg over te nemen.
2. Begeleiding moet zo 'licht' mogelijk zijn met maximale participatie in de maatschappij.
3. Bijzondere aandacht is nodig voor het cliëntensysteem. Dit is vaak onderdeel van de problematiek of problematiekversterkend.
4. De zorgaanbieder moet duidelijke grenzen naar de cliënt aangeven.
5. De vraag van de cliënt is heel belangrijk maar mag niet automatisch worden overgenomen.
6. Voor een goede begeleiding van cliënten met een LVB is een keten van diverse begeleidings- en behandelingsvormen nodig. Binnen deze keten moet er snel naar een lichtere of zwaardere vorm van begeleiding kunnen worden geschakeld.
7. De begeleiding en behandeling van cliënten met een LVB is een zaak van het hebben van een lange adem; terugval en 'crisis' horen daarbij. Ook afscheid nemen kan onderdeel van het proces zijn, maar wel met de deur open voor een eventuele terugkeer.
8. Het is zaak dat alle hulpverleners in alle domeinen één consistente lijn volgen, omdat cliënten door hun jarenlange ervaring in de zorg hebben geleerd door splitting de hulpverlening naar hun hand te zetten.
9. De belangrijkste bijdrage van de VG-instelling is om, door het in kaart brengen van de mogelijkheden van de cliënt en de communicatie daaraan aan te passen, de wereld voor de cliënt begrijpelijk te maken. Hierdoor wordt de cliënt in staat gesteld beter in de samenleving te functioneren en beter om te gaan met de vaak vele instanties die bij de cliënt betrokken zijn.
10. De niet-vakinhoudelijke competenties van medewerkers zijn van groter gewicht dan de vakinhoudelijke. Immers, de eerste zijn minder veranderbaar en meer verankerd in de persoon dan de tweede.

DE EFFECTEN VAN SPELEN IN 'DE REKENTUIN' BIJ LEERLINGEN IN HET PRAKTIJKONDERWIJS

*Eva de Lange
Brenda Jansen
Mariët van der Molen¹*

Kinderen in het praktijkonderwijs, die een IQ-score tussen de 55 en 80 hebben, hebben moeite met het maken van rekensommen. Vaak hebben deze kinderen ook te maken met een beperkt werkgeheugen, korte termijngeheugen en inhibitievermogen. In dit onderzoek worden de effecten van het gebruik van 'de Rekentuin' (een computergestuurd rekenprogramma) in het praktijkonderwijs onderzocht en wordt de relatie tussen de reken Capaciteiten van kinderen in het praktijkonderwijs, hun werkgeheugen, korte termijn geheugen en inhibitie bestudeerd. Uit dit onderzoek komt naar voren dat de rekenvaardigheden van de kinderen die in 'de Rekentuin' hebben gespeeld pas significant beter zijn dan van de controlegroep als zij meer dan 1200 sommen in dit programma hebben gemaakt. Verder werd gevonden dat het visueel spatueel korte-termijngeheugen en werkgeheugen positief samenhangen met de reken Capaciteiten, maar de geheugenfuncties en het inhibitievermogen verbeteren niet door het spelen in 'de Rekentuin'.

Inleiding

Kinderen vanaf 12 jaar komen in aanmerking voor het volgen van praktijkonderwijs wanneer hun IQ-score hoger is dan 55 en lager dan 80 en ze een leerachterstand hebben op tenminste twee van de volgende vier domeinen: inzichtelijk rekenen, begrijpend lezen, technisch lezen en spellen. Leerlingen in het praktijkonderwijs hebben meer moeite met rekenen en lezen dan leerlingen in het regulier onderwijs. Dit zou verklaard kunnen worden door hun lagere intelligentie. Van Lieshout (2001) vond in een onderzoek echter dat de rekenachterstand van leerlingen in het mytylonderwijs (leerlingen met een lichamelijke beperking, vaak in combinatie met moeilijk lerend niveau) wegviel, wanneer rekening werd gehouden met het verschil in uren rekenonderwijs. De mogelijkheid bestaat dat ook binnen het praktijkonderwijs minder aandacht wordt besteed aan rekenonderwijs dan in het reguliere onderwijs, waardoor de rekenvaardigheden achterblijven.

Binnen rekenvaardigheden zijn verschillende domeinen te onderscheiden: het domein van het getalbegrip en verschillende telvaardigheden; het domein van de vier basisrekenbewerkingen (optellen, aftrekken, vermenigvuldigen en delen) en het domein van rekenkundige probleemoplossingsvaardigheden (Kroesbergen & Van Luit, 2003). Bij de basisrekenbewerkingen wordt vooral een beroep gedaan op het werkgeheugen.

In de Rekentuin, een computergestuurd rekenprogramma, doen kinderen sommen die betrekking hebben op de basisrekenbewerkingen in een aantrekkelijke web-based omgeving (Straatemeier, Jansen, Klinkenberg & Van der Maas, submitted). De Rekentuin bevat geen instructies, maar is ontwikkeld om kinderen de basisbewerkingen te laten oefenen. Oefenen kan het automatiseren van sommen bevorderen (o.a. Resnick & Ford, 1981). Juist het automatiseren van rekensommen is een lastige taak voor veel kinderen (o.a., Baroody, 1985). De Rekentuin is computer-adaptief (CA). Dat houdt in dat de moeilijkheid van de aangeboden sommen wordt aangepast aan de vaardigheid van het

¹ Eva de Lange was ten tijden van het onderzoek Master student Klinische ontwikkelingspsychologie, UVA, en werkt nu bij Samen Naar School Rotterdam-Zuid; Brenda Jansen is Universitair docent Ontwikkelingspsychologie, UvA; Mariët van der Molen is Universitair docent Ontwikkelingspsychologie VU.

kind. Gemiddeld hebben kinderen een kans van 75% om een som binnen de tijd op te lossen. Dit percentage is hoog, aangezien gangbare CA-programma's items aanbieden waarbij de kans op correct slechts 50% is. Door accuratesse en reactietijd te combineren, kan dit hoge percentage gehanteerd worden, wat het competentiegevoel van kinderen mogelijk verhoogt.

Op het gebied van rekeninterventies is veel onderzoek gedaan, onder andere bij kinderen met leerproblemen, emotionele stoornissen en cognitieve beperkingen (Kroesbergen & Van Luit, 2003). Uit de meta-analyse van Kroesbergen en Van Luit (2003) komt naar voren dat de effectgrootte van rekeninterventies bij kinderen met een licht verstandelijke beperking (LVB) groot is (Cohen's d van 0.80). Met name rekeninterventies die gericht zijn op het gebied van de basisrekenvaardigheden bleken effectief te zijn. Voor de effectiviteit van rekentrainingen in de vorm van computerspellen in de algemene populatie zijn wisselende resultaten gevonden (Kebritchi, Hirumi & Bai, 2010). De eerste vraag in dit onderzoek is of een computergestuurde rekentraining bij kinderen met een LVB effectief is.

Bij rekenen wordt een beroep gedaan op het werkgeheugen. Vaak moet informatie worden onthouden om later in de bewerking te gebruiken. Het werkgeheugen is een plek waar informatie tijdelijk wordt opgeslagen en kan worden bewerkt (Baddeley, 2003). Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen verbaal werkgeheugen en visueel-spatieel werkgeheugen (visuele en ruimtelijke informatie). Het kortetermijngeheugen (KTG) is een onderdeel van werkgeheugen en deze vormen van geheugen zijn dus verschillende constructen (Engle, Tuholski, Laughlin & Conway, 1999). KTG wordt ook verdeeld in verbaal KTG en visueel-spatieel KTG, maar is slechts bedoeld voor de korte opslag van informatie, terwijl het werkgeheugen zowel een opslag- als een aandachtscomponent bevat.

Het KTG is tevens van belang voor rekenen omdat de getallen waarmee gerekend wordt, opgeslagen moeten worden. Uit het onderzoek van Berg (2008) komt naar voren dat er significante associaties bestaan tussen het KTG en de rekenvaardigheden van kinderen. Van der Molen, Van Luit, Jongmans en Van der Molen (2009) vinden in hun onderzoek dat kinderen met cognitieve beperkingen slechter scoren op KTG-taken dan zich normaal ontwikkelende leeftijdsgenoten.

Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat het werkgeheugen van kinderen sterk samenhangt met hun rekencapaciteiten (Berg, 2007; Gathercole, Pickering, Knight & Stegmann, 2004; Holmes & Adams, 2006; voor reviews zie LeFevre, DeStefano & Shanahan, 2005; Raghobar, Barnes & Hecht, 2010). Deze onderzoeken zijn echter gericht op zich normaal ontwikkelende kinderen en kinderen met specifieke rekenmoeilijkheden. Er is weinig onderzoek gedaan naar het verband tussen het werkgeheugen en rekencapaciteiten van kinderen met een algemeen cognitieve beperking. Uit het meest recente relevante onderzoek komt naar voren dat het verbaal en visueel-spatieel werkgeheugen aan de rekencapaciteiten zijn gerelateerd (Henry & Winfield, 2010).

Van kinderen met een LVB is bekend dat zij een zwak werkgeheugen hebben (o.a., Henry, 2001; Schuchardt, Gebhardt & Mäehler, 2010; Van der Molen et al., 2009). Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat kinderen met een cognitieve beperking slechter scoren op geheugentaken dan hun leeftijdsgenoten met een gemiddelde intelligentie. Wanneer de kinderen met een cognitieve beperking worden vergeleken met kinderen van dezelfde mentale leeftijd, blijkt dat ze met name een zwak verbaal geheugen hebben.

In de literatuur over rekenvaardigheden bij kinderen wordt ook een lage mate van inhibitie in verband gebracht met zwakkere rekenvaardigheden. Inhibitie is een onderdeel van het executief functioneren en wordt omschreven als 'het onderdrukken van dominante neigingen ten voordele van meer doelgericht gedrag' (Bull, Espy & Wiebe, 2008). Bij rekenen zijn meerdere denkstappen nodig en een kind moet de neiging om het eerste antwoord dat in hem opkomt kunnen onderdrukken, oftewel

inhiberen (Bull & Scerif, 2001). Van adolescenten met cognitieve beperkingen is bekend dat ze slechter presteren op taken die inhibitie meten (Merrill & MacLean, 2006). Uit onderzoek van St Claire-Thompson en Gathercole (2006) kwam naar voren dat inhibitie samenhangt met rekenen/wiskunde. Hoe deze inhibitieproblemen bij kinderen met cognitieve beperkingen samenhangen met hun reken Capaciteiten is een belangrijke vraag die tot dusver nog niet is onderzocht. De tweede vraag van dit onderzoek is daarom: wat de relatie is tussen rekenvaardigheden enerzijds en werkgeheugen, korte termijngeheugen en inhibitie anderzijds bij leerlingen in het praktijkonderwijs?

Wanneer kinderen hun rekenvaardigheden meer gaan trainen, is het mogelijk dat zij hierdoor ook hun werkgeheugen meer stimuleren. Uit recent onderzoek van Van der Molen en collega's (2010) is gebleken dat het werkgeheugen van kinderen met een LVB kan verbeteren door het te trainen. De mogelijkheid bestaat dat het effect tussen rekenvaardigheid en werkgeheugen wederkerig is, dus dat het werkgeheugen kan verbeteren door de rekenvaardigheden te verbeteren en andersom. In onderzoek met senioren is al aangetoond dat het oefenen met rekensommen kan leiden tot verbeteringen in cognitieve functies, inclusief werkgeheugen (Uchida & Kawashima, 2008). De derde vraag in het huidige onderzoek is daarom of een rekentraining positieve effecten heeft op het werkgeheugen, KTG en de inhibitie.

Op basis van de besproken literatuur zijn de volgende hypothesen geformuleerd:

- Hypothese 1: Na het volgen van de rekentraining zullen de leerlingen in het praktijkonderwijs significant betere reken Capaciteiten hebben dan de leerlingen in de controlegroep die deze rekentraining niet hebben gevolgd.
- Hypothese 2: Reken Capaciteiten van kinderen in het praktijkonderwijs hangen positief samen met hun werkgeheugen, KTG en inhibitie.
- Hypothese 3: Na het volgen van de rekentraining zullen kinderen in het praktijkonderwijs significant beter scoren op taken die het werkgeheugen, KTG en de inhibitie meten, dan de kinderen in de controlegroep die de rekentraining niet hebben gevolgd.

Methode

Deelnemers

58 Fysiek gezonde leerlingen van twee praktijkscholen in de omgeving Rotterdam (leeftijd 12-15 jaar, gemiddelde (M) leeftijd = 13.7 jaar (SD = 0.70), 31 jongens en 27 meisjes) hebben aan het onderzoek meegedaan. Leerlingen in controlegroep en experimentele groep werden zo veel mogelijk gematcht op leeftijd, sekse, nationaliteit en fluid intelligentie gemeten met de Raven Standard Progressive Matrices Test (Raven, 2008). De groepen verschilden niet significant op gemiddelde leeftijd, aantal jongens/meisjes of fluid intelligentie. De Nederlandse en niet-Nederlandse groepen verschilden niet significant van elkaar op één van de gemiddeldes van de variabelen. De mentale leeftijd van de kinderen, geschat op basis van hun prestaties op de Raven Standard Progressive Matrices lag gemiddeld op 10.2 jaar met een SD van 1.80.

Conditie	Geslacht	Aantal (n)	Raven IQ (SD)
Experimentele groep	Jongen	14	74.07 (12.02)
	Meisje	15	73.87 (10.60)
Controle groep	Jongen	17	75.35 (12.77)
	Meisje	12	73.33 (15.31)

Opzet van het onderzoek

Voormeting: Alle kinderen die deelnamen aan het onderzoek werden individueel getest op de volgende taken: een verbale werkgeheugentaak, een visueel-spatieële werkgeheugentaak, een verbale

kortetermijngeheugentaak, een visuele kortetermijngeheugentaak en een inhibitietaak. Klassikaal werden de reken Capaciteiten en de fluid intelligentie getest. Daarnaast vulden alle kinderen een formulier in met vragen over hun geboortedatum, sekse, nationaliteit en beroep van ouders.

Interventie: De deelnemende leerlingen werden ingeschreven voor een jaarabonnement op de Reken tuin. De helft van deze kinderen (de experimentele groep) heeft gedurende 5 weken gebruik gemaakt van dit rekenprogramma. Het programma maakt een automatische analyse van alle resultaten, evenals van de speelfrequentie. De experimentele groep kreeg de opdracht vier keer per week te oefenen in de Reken tuin gedurende ongeveer 10 minuten. Verwacht werd dat de kinderen in deze 10 minuten vier spellen van elk 15 sommen zouden kunnen maken (4 spellen * 15 sommen * 4 keer per week * 5 weken = 1200 sommen in totaal). De kinderen in de controlegroep namen gedurende deze 5 weken alleen deel aan de reguliere rekenlessen die de school biedt (gemiddeld ongeveer 2 uur per week). Het betreft een wachtlijstconditie, deze leerlingen kregen na de nameting de gelegenheid de rest van het schooljaar met de Reken tuin te werken.

Nameting: In de twee weken na de interventieperiode werden alle deelnemende kinderen nogmaals getest met de reken-, werkgeheugen-, KTG- en inhibitietaken.

Materiaal

Reken Capaciteiten

Tempotoets automatiseren (TTA; De Vos, 2010)

De TTA is gemaakt om rekenvaardigheid en de mate van automatisering van rekenfeiten te meten. De test bestaat uit vier bladzijden met elk 60 sommen van de vier bewerkingen; optellen, aftrekken, vermenigvuldigen en delen. Voor elke bladzijde krijgen de kinderen twee minuten de tijd om zoveel mogelijk sommen te maken. De scores kunnen variëren van 0 tot 60 per rekenbewerking.

Verbaal werkgeheugen

Luisteren en herhalen (listening recall) (Pickering & Gathercole, 2001)

De deelnemer hoort een serie individuele zinnen en beoordeelt of de zinnen 'waar' of 'niet waar' zijn. Tegelijkertijd moet het kind het laatste woord van de zin herinneren en herhalen in dezelfde volgorde als de zinnen zijn genoemd. Of het antwoord correct of incorrect is wordt bepaald door te kijken naar het herhalen van de eerste woorden en niet naar de beoordeling 'waar' of 'niet waar'. Deze test start met één zin en een item kan uit maximaal zes zinnen bestaan. Scores kunnen variëren van 0 tot 36.

Visueel-spatieel werkgeheugen

Spatial Span (Alloway, 2007)

Bij deze taak wordt een kaart aan de leerling getoond met daarop twee figuren. Bovenaan de rechterfiguur staat een rode stip. Het linkerfiguur kan dezelfde vorm hebben als het rechterfiguur of het kan gespiegeld zijn. Het figuur kan gedraaid zijn op drie verschillende manieren (0°, 120° en 240°). Het kind moet bepalen of het rechterfiguur hetzelfde is als het linkerfiguur. Tegelijkertijd moet het kind de positie van de rode stip onthouden, die op 3 verschillende plaatsen kan staan, afhankelijk van het aantal graden dat het figuur gedraaid is. Na elke trial wijst het kind de juiste stip aan. Scores kunnen variëren van 0 tot 42.

Verbaal korte termijngeheugen

Cijferreeksen vooruit (Pickering & Gathercole, 2001)

Bij deze taak moet het kind een serie cijfers die verbaal worden aangeboden in dezelfde volgorde herhalen. Om te oefenen worden eerst oefentrials aangeboden. Scores kunnen variëren van 0 tot 48.

Visueel korte termijngeheugen

Block Recall (Pickering & Gathercole, 2001)

Deze taak is gelijk aan de Corsi Block-taak, maar in dit onderzoek worden de instructies van Pickering en Gathercole (2001) gevolgd. De onderzoeker geeft een volgorde aan door op driedimensionale blokken te tikken en het kind dient de blokken in dezelfde volgorde aan te tikken.

De taak begint met één blok en kan oplopen tot een combinatie van negen blokken. Scores kunnen variëren van 0 tot 54.

Inhibitie

Stroop-taak (Hammes, 1978)

Deze taak bestaat uit drie kaarten met ieder 100 stimuli die zo snel mogelijk moeten worden opgelezen. Op kaart I staan de namen van de kleuren rood, groen, geel en blauw. Op kaart II staan rechthoekjes in deze kleuren. Op kaart III staan de namen van deze kleuren gedrukt in een niet-overeenkomende kleur inkt. Interferentie treedt op als de proefpersoon bij kaart III de kleur moet noemen in plaats van het woord te lezen. De interferentiescore is in seconden en wordt berekend door de tijd die het kost om de stimuli van kaart III op te noemen af te trekken van de tijd die het kost om de stimuli van kaart II op te noemen. Een lagere score staat voor een betere mate van inhibitie.

Resultaten

Effecten van spelen in de Rekentuin op rekencapaciteiten

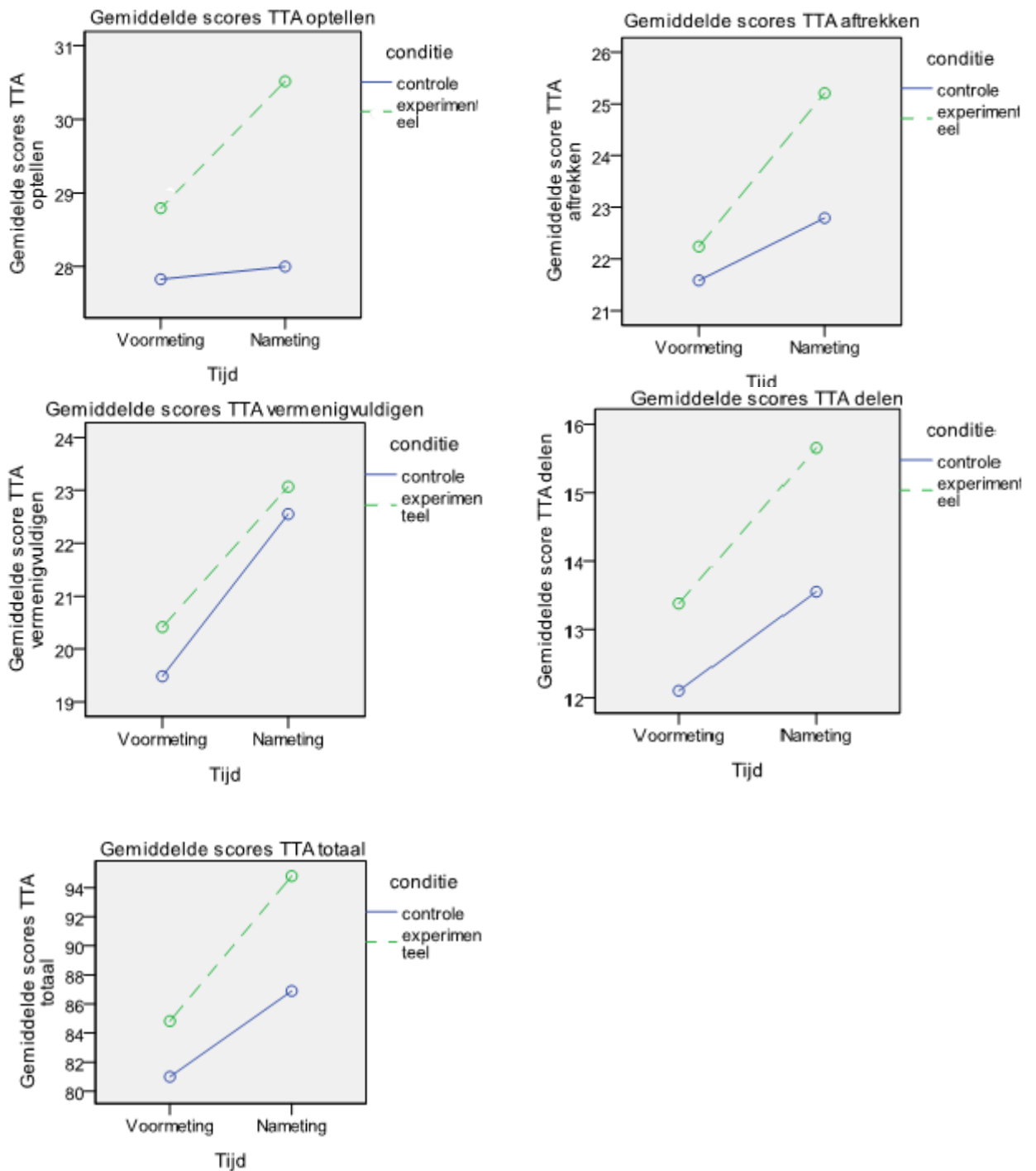
De doelstelling voor het totaal aantal Rekentuinsommen is niet door alle kinderen behaald. Het aantal gemaakte sommen liep uiteen van 464 tot 1678 van de geplande 1200. Eerst wordt in de analyses de complete experimentele groep vergeleken met de controlegroep. Daarna wordt gekeken naar de leerlingen uit de experimentele groep die voldoende hebben weten te oefenen (zie tabel 1 en de Figuren 1 en 2).

Tabel 1. Gemiddelde scores en standaarddeviaties (SD) van rekenvaardigheden, visueel-spatieel en verbaal werkgeheugen en KTG en inhibitie op de voor- en nameting van de experimentele groep en de controlegroep.

<i>Taken</i>	<i>Experimentele groep</i>		<i>Controlegroep</i>	
	<i>Voormeting</i> <i>(n = 29)</i>	<i>Nameting</i> <i>(n = 29)</i>	<i>Voormeting</i> <i>(n = 29)</i>	<i>Nameting</i> <i>(n = 29)</i>
TTA – optellen	28.79 (8.18)	30.52 (7.68)	27.83 (8.14)	28.00 (9.52)
TTA – aftrekken	22.24 (9.13)	25.21 (8.46)	21.59 (9.23)	22.79 (9.26)
TTA– vermenigvuldigen	20.41 (11.57)	23.07 (12.56)	19.48 (11.76)	22.55 (13.28)
TTA – delen	13.38 (11.97)	15.66 (12.80)	12.10 (12.67)	13.55 (13.30)
TTA – totaal	84.83 (33.65)	94.79 (37.32)	81.00 (37.63)	86.90 (40.49)
Luisteren en herhalen	11.79 (3.34)	12.79 (3.12)	11.97 (3.55)	12.38 (3.79)
Spatial Span	16.29 (6.17)	15.93 (6.87)	17.21 (6.47)	17.72 (6.58)
Cijferreeksen	19.89 (3.10)	18.89 (2.57)	20.79 (4.13)	20.48 (3.67)
Corsi Block	25.86 (3.59)	26.39 (4.16)	26.55 (4.20)	26.93 (5.52)
Stroop	60.89 (16.60)	51.86 (19.76)	55.00 (22.03)	47.24 (17.61)

Herhaalde metingen ANOVA's

Een tijd (voormeting, nameting) x groep herhaalde metingen ANOVA werd per domein uitgevoerd. Er was een hoofdeffect van tijd voor aftrekken ($F(1, 56) = 18.96, p < .001$), vermenigvuldigen ($F(1, 56) = 21.98, p < .001$) en delen ($F(1,56) = 9.00, p < .01$, maar niet voor optellen. Dit betekent dat beide groepen het op de nameting beter deden op aftrekken, vermenigvuldigen en delen dan op de voormeting. Er werd geen interactie-effect gevonden ($F(1, 56) = 3.37, p = .07$), wat wil zeggen dat de experimentele groep het relatief niet beter deed op de verschillende rekenvaardigheden dan de controlegroep. De grafieken van de gemiddelde scores op de rekendomeinen optellen, aftrekken en delen laten wel zien dat de scores in de verwachte richting gaan, de experimentele groep lijkt wel meer vooruit te gaan dan de controlegroep, maar dit verschil is niet significant.



Figuur 1. Resultaten op de afgenomen taken voor de controlegroep en de experimentele groep (voor een uitleg van de afkortingen: zie de tekst onder het kopje Materiaal)

Omdat het aantal gemaakte sommen in de Rekentuin bij 19 van de 29 kinderen uit de experimentele groep minder was dan gepland, is tevens gekeken of de kinderen die wel voldoende hebben geoefend (totaal aantal sommen > 1200, n = 10) beter zijn gaan rekenen dan de kinderen uit de controlegroep. Uit deze analyses kwam naar voren dat er voor de domeinen optellen en aftrekken een significant hoofdeffect voor tijd was en een significante interactie tussen tijd en conditie: de vooruitgang was groter voor de experimentele groep dan voor de controlegroep (optellen $F(1,37) = 24.00, p < .001$; aftrekken $F(1,37) = 6.91, p < .05$). Voor de domeinen vermenigvuldigen, delen en totale rekenvaardigheden zijn alleen significante effecten gevonden voor tijd.

Samenhang rekencapaciteiten - verbaal en visueel-spatieel werkgeheugen en KTG, en inhibitie

Door middel van een bivariate correlatietest is gekeken of het verbaal en visueel-spatieel werkgeheugen, verbaal en visueel-spatieel KTG en de inhibitie van de kinderen samenhangen met hun rekenvaardigheden (tabel 2). De correlaties tonen aan dat het verbaal werkgeheugen en KTG en de inhibitie van de kinderen niet significant samenhangen met hun rekenvaardigheden. Het visueel-spatieel werkgeheugen en KTG blijken positief samen te hangen met de rekendomeinen optellen en aftrekken. Het visueel-spatieel werkgeheugen blijkt daarnaast ook positief samen te hangen met de totale rekenvaardigheden (zie tabel 2).

Tabel 2. Correlaties tussen rekenvaardigheden, verbaal en visueel-spatieel werkgeheugen en KTG en inhibitie.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. TTA plus	–									
2. TTA min	.801**	–								
3. TTA keer	.551**	.688**	–							
4. TTA deel	.448**	.563**	.855**	–						
5. TTA totaal	.772**	.862**	.890**	.850**	–					
6. Luisteren en herhalen	.012	.006	.134	.163	.063	–				
7. Spatial Span	.286*	.284*	.159	.249	.299**	.383**	–			
8. Cijferreeksen	.203	.087	.028	.005	.079	.466**	.256	–		
9. Corsi Block	.442**	.293*	.023	-.006	.179	.250	.403**	.402**	–	
10. Stroop	-.131	-.183	-.085	-.176	-.165	-.122	-.103	.060	.050	–

* $p < .05$

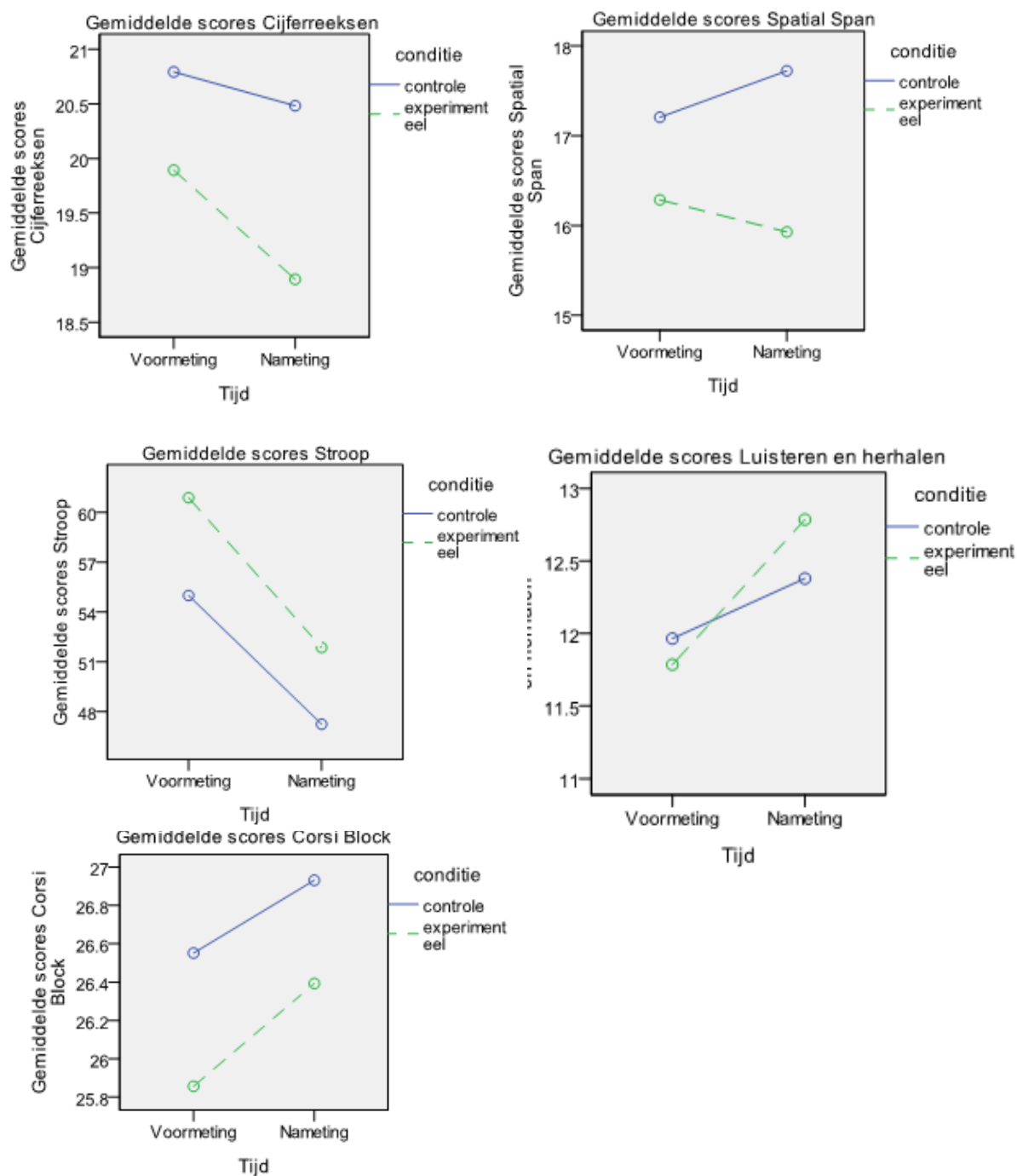
** $p < .01$

Bivariate correlatietest

Effecten van spelen in de Rekentuin op werkgeheugen, KTG en inhibitie

Herhaalde metingen ANOVA's

Uit de analyses komt naar voren dat er voor het verbaal werkgeheugen een significant effect is voor tijd, maar geen significante interactie van tijd en conditie. Voor het visueel-spatieel werkgeheugen zijn geen enkele significante effecten gevonden.



Figuur 2. Resultaten op de afgenomen taken voor de controlegroep en de experimentele groep – vervolg op Figuur 1 (voor een uitleg van de afkortingen: zie de tekst onder het kopje Materiaal)

Het verbaal en visueel-spatieel KTG laten geen significante effecten zien voor tijd of conditie en geen significante interactie voor tijd en conditie. Voor inhibitie is een significant effect gevonden voor tijd. Er is geen significant effect van conditie en geen significante interactie van tijd en conditie.

Conclusie en discussie

Dit onderzoek heeft het effect van spelen in de Rekeningtuin bestudeerd op de rekenvaardigheden van leerlingen in het praktijkonderwijs. De resultaten van dit onderzoek tonen aan dat alle kinderen vooruitgaan met rekenen en dat de vooruitgang van de leerlingen die in de Rekeningtuin hebben gespeeld niet verschilt van de leerlingen die alleen de reguliere rekenlessen hebben gevolgd. Het uitblijven van een effect van spelen in de Rekeningtuin lijkt een gevolg te zijn van te weinig oefenen. De 10 leerlingen die wel minimaal 1200 sommen hebben gemaakt (ongeveer 40 minuten per week) in de Rekeningtuin, zoals de bedoeling was, zijn wel meer vooruitgegaan op de rekenvaardigheden optellen en aftrekken dan de controlegroep. Door de kleinere experimentele groep moeten deze resultaten echter met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Het te weinig oefenen van 19 kinderen heeft verschillende oorzaken. Zo bleek het voor sommige leerkrachten niet altijd mogelijk de tijd voor de Rekeningtuin in het rooster in te passen en sommige kinderen hadden onvoldoende motivatie goed te oefenen wanneer ze achter de computer zaten. Er kan op basis van deze resultaten derhalve niet gesteld worden dat de leerlingen die in de Rekeningtuin hebben gespeeld significant hogere reken Capaciteiten hebben dan de leerlingen uit de controlegroep die alleen het reguliere rekenonderwijs hebben gevolgd. Meer onderzoek naar de effecten van de Rekeningtuin, met een langere trainingsperiode, instructies en/of meer oefenen, bij kinderen met een cognitieve beperking is gewenst.

In dit onderzoek is daarnaast gekeken naar de samenhang tussen reken Capaciteiten van kinderen in het praktijkonderwijs en hun werkgeheugen, KTG en inhibitie. Uit de resultaten komt naar voren dat het visueel-spatieel werkgeheugen en KTG positief samenhangen met de totale rekenvaardigheden en de domeinen optellen en aftrekken. Dit komt overeen met de verwachtingen. Het verbaal werkgeheugen laat echter geen verband zien met rekenvaardigheden, wat niet overeenkomt met de hypothese. Dit resultaat is in strijd met eerder onderzoek bij kinderen met een cognitieve beperking (Henry & Winfield, 2010), waar een positieve samenhang werd gevonden tussen de taak luisteren en herhalen en eenvoudige nummerherkenning en rekensommen. Het gevonden resultaat komt echter wel overeen met onderzoeken van St Claire-Thompson en Gathercole (2006) en Alloway en Passolunghi (2011), die ook geen significante correlatie vonden tussen luisteren en herhalen en rekenen voor normaal begaafde kinderen. Een mogelijke verklaring voor het verschil in resultaat met het onderzoek van Henry en Winfield (2010) is de mate van cognitieve beperking: dat onderzoek was gericht op IQ-scores tussen 39 en 75, met een gemiddelde van 57 terwijl de IQ-scores in het huidige onderzoek wat hoger lagen, tussen 55 en 80, met een gemiddelde van 74. Wellicht gebruiken kinderen met een ernstigere cognitieve beperking hun geheugen op een andere manier tijdens het rekenen.

Verder onderzoek met kleinere ranges van IQ en grotere steekproeven is gewenst om dit te onderzoeken. Verbaal KTG en inhibitie hadden beiden geen significante associatie met reken Capaciteiten, wat tegen de verwachtingen in gaat. Dat inhibitie in dit onderzoek geen samenhang vertoont met rekenvaardigheden, kan te maken hebben met de taak die gebruikt is om inhibitie te meten, namelijk de kleur-woord Stroop-taak. In onderzoek van St Claire-Thompson en Gathercole (2006) is wel een samenhang gevonden tussen het inhibitievermogen gemeten met de stop taak en rekenvaardigheden bij kinderen, maar wordt geen samenhang gevonden tussen inhibitie gemeten met de Stroop-taak en rekenvaardigheden. Mogelijk speelt lezen een te grote rol in de Stroop-taak en is deze vaardigheid nog niet geautomatiseerd bij de leerlingen in de huidige studie. In toekomstig onderzoek is het van belang verschillende taken voor het meten van inhibitie te gebruiken, om de samenhang ervan met rekenvaardigheden bij leerlingen uit het praktijkonderwijs te onderzoeken. Dat verbaal KTG geen significant verband laat zien met rekenvaardigheden, heeft waarschijnlijk te maken met de leeftijd van de kinderen. Een zeer recent onderzoek heeft aangetoond dat verbaal KTG bij

normaal begaafde kinderen vanaf een leeftijd van acht jaar geen samenhang meer vertoont met rekencapaciteiten, terwijl dit bij zevenjarigen nog wel het geval is (Alloway & Passolunghi, 2011). Steeds meer rekensommen zullen geautomatiseerd raken met toenemende leeftijd, waardoor het geheugen steeds minder belast hoeft te worden. Leeftijd lijkt een rol te spelen bij verschillen in de invloed van verschillende soorten geheugen op rekenen.

Tevens is onderzocht of het spelen in de Rekenruimte effect heeft op het werkgeheugen, KTG en inhibitie van de leerlingen in het praktijkonderwijs. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat alle kinderen beter scoren op verbaal werkgeheugen, maar dat er geen conditieverval is. Dit wijst op een algemeen leereffect voor de taak luisteren en herhalen, en niet op een effect van spelen in de Rekenruimte. Het visueel-spatieel werkgeheugen bleef voor beide groepen gelijk over voor- en nameting. De verwachting dat spelen in de Rekenruimte voor een verbetering van het werkgeheugen kan zorgen, is niet uitgekomen. Hoewel eerder onderzoek heeft aangetoond dat het werkgeheugen van kinderen met een cognitieve beperking effectief getraind kan worden met een speciaal daarvoor ontwikkeld computerprogramma (Van der Molen et al., 2010), lijkt de indirecte manier met behulp van de Rekenruimte niet effectief. Alle kinderen scoren op de nameting beter op inhibitie, maar er is geen groepsverschil tussen de controlegroep en experimentele groep. Voor verbaal en visueel-spatieel KTG zijn geen verschillen gevonden tussen voor- en nameting. Het spelen in de Rekenruimte lijkt dus geen effect te hebben op het KTG of de inhibitie van kinderen in het praktijkonderwijs.

Samenvattend kan gesteld worden dat de rekenfeiten bij leerlingen in het praktijkonderwijs niet voldoende geautomatiseerd zijn. Er zal tijdens het oplossen van sommen dus een groter beroep gedaan worden op het visueel-spatieel KTG en werkgeheugen; er wordt minder gebruik gemaakt van opgeslagen rekenfeiten waardoor meerdere stappen nodig zijn om een som op te lossen. Het is daarom belangrijk dat deze kinderen de basisrekenvaardigheden beter onder de knie krijgen en leren deze strategieën op de juiste momenten te gebruiken. Op deze manier kan de belasting van het werkgeheugen worden verminderd. Het oefenen met sommen maken in de Rekenruimte is een manier om de kennis over getallen en het automatiseren van rekenen te verbeteren, maar ook directe instructie van de leerkracht blijft hierbij van groot belang. Daarnaast kan er met het rekenen gebruik gemaakt worden van externe geheugensteuntjes en de leerlingen van visuele uitleg te voorzien, bijvoorbeeld met behulp van een getallenlijn (zoals omschreven door Kyttälä & Lehto, 2008). De leerlingen die niet in staat blijken het automatiseren van rekenfeiten zelf te maken, zouden gebruik kunnen maken van een werkgeugentraining. Door het verbeteren van het werkgeheugen zullen zij daarna beter in staat zijn de denkstappen voor het oplossen van een som te doorlopen. Daarnaast kunnen leerlingen die de basisrekenvaardigheden beheersen profijt hebben van een werkgeugentraining. Zij zullen overgaan op het werken met moeilijkere sommen, waarbij het werkgeheugen zwaarder zal worden belast. Door eerst het werkgeheugen te verbeteren, zullen zij hun rekencapaciteiten makkelijker kunnen uitbreiden.

Literatuurlijst

- Alloway, T. P. (2007). *Automated working memory assessment*. London: Harcourt Assessment.
- Alloway, T. P., Gathercole, S. E., Kirkwood, H., & Elliott, J. (2008). Evaluating the validity of the automated working memory assessment. *Educational Psychology, 28*, 725-734.
- Alloway, T. P., & Passolunghi, M. C. (2011). The relationship between working memory, IQ and mathematical skills in children. *Learning and Individual Differences, 21*, 133-137.
- Baddeley, A. (2003). Working memory: Looking back and looking forward. *Nature Reviews Neuroscience, 10*, 829-839.
- Baroody, A. J. (1985). Mastery of basic number combinations: Internalization of relationships or facts? *Journal for Research in Mathematics Education, 16*, 83-89.
- Berg, D. H. (2008). Working memory and arithmetic calculation in children: The contributory roles of processing speed, short-term memory, and reading. *Journal of Experimental Child Psychology, 99*, 288-308.

- Bull, R., Espy, K. A., & Wiebe, S. A. (2008). Short-term memory, working memory and executive functioning in preschoolers: Longitudinal predictors of mathematical achievement at age 7 years. *Developmental Neuropsychology, 33*, 205-228.
- Bull, R., & Scerif, G. (2001). Executive functioning as a predictor of children's mathematical ability: Inhibition, switching, and working memory. *Developmental Neuropsychology, 19*, 273-293.
- Engle, R. W., Tuholski, S. W., Laughlin, J., & Conway, A. R. A. (1999). Working memory, short-term memory and general fluid intelligence: A latent variable model approach. *Journal of Experimental Psychology: General, 128*, 309-331.
- Gathercole, S. E., Pickering, S. J., Knight, C., & Stegmann, Z. (2004). Working memory skills and educational attainment: Evidence from national curriculum assessments at 7 and 14 years of age. *Applied Cognitive Psychology, 18*, 1-16.
- Henry, L. A. (2001). How does the severity of a learning disability affect working memory performance? *Memory, 9*, 233-247.
- Henry, L. A., & Winfield, J. (2010). Working memory and educational achievement in children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 54*, 354-365.
- Holmes, J., & Adams, J. W. (2006). Working memory and children's mathematical skills: Implications for mathematical development and mathematics curricula. *Educational Psychology, 26*, 339-366.
- Kebritchi, M., Hirumi, A., & Bai, H. (2010). The effects of modern mathematics computer games on mathematics achievement and class motivation. *Computers and Education, 55*, 427-443.
- Kroesbergen, E. H., & Luit, J. E. H. van (2003). Mathematics interventions for children with special educational needs: A meta-analysis. *Remedial and Special Education, 24*, 97-114.
- Kyttälä, M., & Lehto, J. E. (2008). Some factors underlying mathematical performance: The role of visuospatial working memory and non-verbal intelligence. *European Journal of Psychology of Education, 1*, 77-94.
- LeFevre, J., DeStefano, D., Coleman, B., & Shanahan, T. (2005). Mathematical cognition and working memory. In J. I. D. Campbell (Ed.), *Handbook of mathematical cognition* (pp. 361-377). New York: Psychology Press.
- Lieshout, E. C. D. M. van (2001). Ontwikkelingen in de behandeling van leerproblemen: Aandacht voor aanpakken en vasthouden. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 40*, 5-19.
- 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.
- Molen, M. J. van der, Luit, J. E. H. van, Molen, M. W. van der, Klugkist, I., & Jongmans, M. J. (2010). Effectiveness of a computerised working memory training in adolescents with mild to borderline intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 54*, 433-447.
- Pickering S. J., & Gathercole S. E. (2001). *Working Memory Test Battery for Children*. Londen: Psychological Corporation.
- Raghubar, K., Barnes, M. A., & Hecht, S. (2010). Working memory and mathematics: A review of developmental, individual difference and cognitive approaches. *Learning and Individual Differences, 20*, 110-122.
- Raven, J. C. (2008). *Raven Standard Progressive Matrices (SPM)*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information b.v.
- Resnick, L. B., & Ford, W. (1981). *The psychology of mathematics instruction*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Schuchardt, K., Gebhardt, M., & Mäehler, C. (2010). Working memory functions in children with different degrees of intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 54*, 346-353.
- Straatemeier, M., Jansen, B. R. J., Klinkenberg, S., & Maas, H. L. J. van der (manuscript draft). A large-scale integrated analysis of basic multiplication effects, using a new computerized adaptive progress monitoring system for maths.
- St Clair-Thompson, H. L., & Gathercole, S. E. (2006). Executive functions and achievements in school: Shifting, updating, inhibition, and working memory. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology, 59*, 745-759.
- Uchida, S., & Kawashima, R. (2008). Reading and solving arithmetic problems improves cognitive functions of normal aged people: A randomized controlled study. *Age, 30*, 21-29.
- Vos, T. de (1994). *Handleiding Tempo Test Rekenen, T.T.R.* (2e druk). Nijmegen: Berkhout / Lisse: Harcourt Test Publishers.

SAMEN, BETROKKEN EN PROFESSIONEEL
Het ontwikkelen van een pedagogisch kader door De La Salle,
onderdeel van de Koraal Groep

*Netty Jongepier
Jaap Pellen
Eelco Vollema¹*

Vorig jaar is in Onderzoek & Praktijk aandacht besteed aan de Handreiking Pedagogisch klimaat (Douma, 2011). De handreiking is ontwikkeld door de Projectgroep Residentiële Zorg van het Landelijk Kenniscentrum LVG en de Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra en is bedoeld om het pedagogisch klimaat en het dagelijks handelen van medewerkers in de LVB-zorg beter op de kaart te zetten. Voordat de handreiking verscheen, heeft De La Salle voor haar eigen organisatie een 'pedagogisch kader' ontwikkeld vanuit dezelfde achtergrond. De inhoud van het pedagogisch kader van De La Salle sluit verrassend goed aan bij de Handreiking Pedagogisch klimaat. Het proces dat heeft geleid tot het pedagogisch kader en het eindresultaat zijn te zien als een voorbeeld van hoe een organisatie vanuit haar visie een eigen inkleuring geeft aan het pedagogisch beleid en het pedagogisch klimaat.

Aanleiding

De La Salle komt uit onrustig vaarwater: deels door organisatorische strubbelingen, deels doordat de laatste jaren onder politieke druk in hoog tempo veel veranderingen zijn opgelegd in de zorg voor licht verstandelijk beperkte jongeren. De organisatie en de financiën zijn op orde gebracht. De 'harde' kant is nu weer in balans en het beeld naar buiten toe is positief. Het huis is op orde en de inhoud van de zorg vraagt nu om verdieping: de zorg voor cliënten kan en moet beter.

Eind 2009 ontstond er ruimte om een inhaalslag te maken en de kwaliteit van zorg op een hoger plan te krijgen. De La Salle streeft naar meer eenduidigheid betreffende het pedagogisch beleid en basismethodiek. Er werd een project Methodiekverbreding gestart. Daarin is gezocht naar een werkwijze die breed gedragen kan worden door de medewerkers van het primaire proces. Als centrale doelstelling is geformuleerd: over vijf jaar is elke medewerker zo te spreken over de zorginhoud van De La Salle dat hij/zij, mocht dat nodig zijn, zijn/haar eigen kind zou toevertrouwen aan de zorg/behandeling van De La Salle.

Voordeel van deze doelstelling is dat het niet een van bovenaf opgelegde kwaliteitsnorm is, maar dat de norm door de medewerkers ingevuld wordt. Ook worden bestaande methodieken niet overboord gegooid; bruikbare en effectieve elementen daaruit worden aan elkaar gekoppeld. Zo ontstaat als het

¹ Drs. N. Jongepier is sociaal pedagoog en werkt sinds april 2006 bij Van Montfoort. Zij houdt zich bij Van Montfoort vooral bezig met het ontwikkelen en beschrijven van methodes, onder meer op het gebied van residentiële jeugdzorg, daghulp, hulp aan dak- en thuisloze jongeren en aanpak huiselijk geweld. Daarnaast is zij betrokken bij projecten op het gebied van vernieuwing van de jeugdzorg.

Drs. J. Pellen studeerde orthopedagogiek aan de Rijksuniversiteit Utrecht en is sinds 1980 werkzaam in de zorg voor licht verstandelijk beperkte jeugd. Hij is gezondheidszorgpsycholoog en momenteel zorginhoudelijk manager bij De La Salle, onderdeel van de Koraalgroep.

E. Vollema is algemeen manager bij De La Salle, onderdeel van de Koraal Groep. Hij werkt sinds 1991 met de doelgroep licht verstandelijk beperkte jeugd met een (zeer) ernstige gedragsproblemen en/of psychiatrische problemen. Als algemeen manager houdt hij zich met name bezig met innovatieve projecten gericht op inhoud.

ware een “De La Salle-methodiek”, waarin het goede behouden blijft en nieuwe elementen worden toegevoegd.

Plan van aanpak Methodiekverbreding

Het plan van aanpak omvat de volgende elementen:

1. Een projectstructuur en een communicatieplan.
2. Een tweejaarlijkse monitoring over de beleving van de medewerkers tegenover De La Salle. In nauwe samenwerking met de Radbouduniversiteit Nijmegen is een vragenlijst opgesteld. In september 2010 vond de nulmeting plaats. De vragenlijst is door een groot aantal medewerkers ingevuld. In september 2012 zal een tussentijdse meting plaats vinden en twee jaar later een eindmeting.
3. Tevredenheidsonderzoek bij jongeren en wettelijk vertegenwoordigers. Hiervoor is aangesloten bij het landelijke onderzoek door Stichting Alexander en VOBC LVG (C-toets).
4. Ontwikkelen van het pedagogisch kader. Dit is bedoeld als fundament van het pedagogisch klimaat en van de behandeling. Deze basisprincipes vormen het raamwerk voor een scholingstraject.
5. Samenhang creëren tussen het management developmenttraject en de methodiekverbreding: om de implementatie van het scholingsprogramma goed te laten landen is er met veel zorg gekeken wat het middenkader nodig heeft en deze trajectmatig aan te bieden
6. Ontwikkelen van een scholingsplan: basisklimaat, basishouding en behandelmethodiek staan centraal.

In dit artikel staat het vierde punt centraal: ontwikkelen van het pedagogisch kader. Hiervoor is bureau Van Montfoort ingeschakeld, een bureau dat veel ervaring heeft met inhoudelijke ontwikkeling en ondersteuning van instellingen die zorg bieden aan kinderen en jongeren. De opdracht van Van Montfoort was om samen met De La Salle het pedagogisch kader te ontwikkelen, dat toegespitst is op een aantal basisprincipes die als leidraad dienen voor het handelen van de medewerkers die betrokken zijn bij het primaire proces (De La Salle / Van Montfoort, 2011).

Ingrediënten en inspiratiebronnen

De adviseurs van Van Montfoort zijn aan de slag gegaan met het ontwikkelen van het pedagogisch kader. De La Salle is niet blanco als het gaat om visie, uitgangspunten en methodieken: er is al veel ontwikkeld en er ligt een grote hoeveelheid documentatie. Belangrijke inspiratiebronnen voor De La Salle zijn: het gedachtegoed van Kok over het pedagogisch klimaat en de pedagogische vraagstelling, het sociaal-competentiemodel van Slot en Spanjaard (o.a. 2009) en, uniek voor De La Salle, Emerging Body Language (EBL)¹. Daarnaast voelt De La Salle zich aangesproken door de zes uitgangspunten voor een goed pedagogisch klimaat die geformuleerd zijn voor residentiële voorzieningen (Jongepier, Struijk & Van der Helm, 2010). Uit gesprekken met cliënten van De La Salle blijkt dat zij feitelijk om

¹ Emerging Body Language (EBL) is een methodische aanpak die ontwikkeld is voor kinderen met een stoornis of verstoring op het gebied van hechting, communicatie en relatie. De methodiek is gebaseerd op de normale ontwikkeling van kinderen tussen 0 en 5 jaar. Na de geboorte ontwikkelt er in het contact een structuur waarmee ouder en baby met elkaar communiceren. Deze communicatie gaat via beweging en geluid. In dit contact stemmen ouders en baby's op elkaar af. De allereerste interactiestructuur ontstaat uit de aangeboren mogelijkheid van een baby om mee te bewegen op het ritme van de verzorger, zowel in spraak als beweging. Hieruit groeit het vermogen om zelfstandig af te stemmen op het ritme van de ander. Hierdoor ontstaat een eerste besef van ik en de ander. De veronderstelling is dat wanneer deze interactiestructuren niet goed ontwikkeld zijn, er allerlei problemen kunnen ontstaan. De behandeling (EBL) richt zich daarom op het ontwikkelen, herstellen of verbeteren van interactiestructuren.

een fijne en zo ‘gewoon mogelijke’ omgang met elkaar en een betrokken, serieuze en stimulerende begeleiding vragen. Uit deze gesprekken zijn de volgende 10 kernwaarden geformuleerd (zie kader). Het is duidelijk dat deze 10 kernwaarden een plek moeten krijgen bij het schrijven van het pedagogisch kader.

Kernwaarden De La Salle

‘Luister naar mij’

‘Praat mét mij en niet tegen mij’

‘Neem de tijd voor mij’

‘Neem mij serieus’

‘Vertrouw mij’

‘Laat me het (zoveel mogelijk) zelf doen’

‘Leer mij mijzelf te helpen / ontwikkelen’

‘Laat mij van betekenis zijn’

‘Geloof (in) mij’

‘Bouw mee aan mijn toekomst’

Interviews

Niet alleen documenten, ook de visies en ervaringen van de medewerkers vormen een belangrijk ingrediënt voor het pedagogisch kader. Om zicht te krijgen op en zo goed mogelijk aan te sluiten bij wat leeft onder de medewerkers zijn interviews gehouden met ongeveer 30 medewerkers en een vertegenwoordiging van de cliëntenraad. Als iets duidelijk werd in de interviews, is het wel dat de medewerkers enorm betrokken zijn bij hun werk en zich met hart en ziel inzetten voor de jongeren. Verder gaven de interviews een goed beeld van waar de medewerkers van De la Salle naartoe willen, wat ze meer en beter willen voor de cliënten.

Vooraf de volgende elementen kwamen in veel interviews terug:

- Aansluiten bij *individuele* jongeren, de individuele persoon met zijn wensen en behoeften centraal stellen, de jongere achter het gedrag zien.
- Relatie opbouwen met de jongere, echt ontmoeten, goed luisteren, oprechte belangstelling hebben voor de jongere.
- Ruimte geven, autonomie, de jongere zelf dingen laten uitproberen in plaats van alles overnemen.
- Vooral kijken naar krachten en mogelijkheden van de jongere in plaats van naar problemen en tekortkomingen.
- Congruent, eerlijk, transparant zijn, wederkerigheid in de basishouding van medewerkers.
- Methodisch handelen van de medewerkers.

Concepten en reacties

Van Montfoort heeft de basisingrediënten in conceptteksten verwerkt. De uitdaging was om alle uitgangspunten en benaderingen, onderbouwd met actuele wetenschappelijke inzichten en praktijkkennis, met elkaar te vervlechten tot een aantal centrale uitgangspunten die het fundament moeten gaan vormen voor het handelen van alle medewerkers van De La Salle. In enkele bijeenkomsten van de breed samengestelde projectgroep waarin de concepten besproken zijn, bleek dat de stukken veel herkenning oproepen. Er kwamen diverse aanvullende ideeën naar voren over wat medewerkers belangrijk vinden en in de tekst willen hebben. Duidelijk was dat het pedagogisch kader niet alleen gaat over de omgang met jongeren, maar dat er ook aandacht moet zijn voor het contact met ouders, de context van de jongeren, de rol van het onderwijs en/of arbeid in het hier en nu en in de toekomst, en de samenwerking en aansturing binnen De La Salle in het licht van de visie. Een aantal

leden van de projectgroep heeft een actieve bijdrage geleverd aan de totstandkoming van de tekst door een aantal onderdelen samen met de auteur uit te diepen.

De kernwaarden als leidende principes

Als centraal onderdeel van het pedagogisch kader is gezocht naar een beperkt aantal aansprekende, kernachtige basisprincipes die uitdrukken waar De La Salle voor staat en die een leidraad zijn voor de omgang van medewerkers met jongeren en ouders. Al snel concludeerden de betrokkenen dat De La Salle die kern in feite al heeft in de 10 kernwaarden (zie kader). De kernwaarden zijn voortgekomen uit verhalen van jongeren. In het zoeken naar een nieuwe koers heeft De La Salle zich vragen gesteld als: Wat willen cliënten eigenlijk van ons? Wat verwachten zij van De La Salle? Om niet te vervallen in allerlei theorieën en eigen invullingen, is ervoor gekozen om het antwoord vooral te vinden in de verhalen van de jongeren. Vragen die aan jongeren zijn gesteld, zijn:

- *Wat maak je nu mee?*
- *Hoe voelt het wonen op een leefgroep?*
- *Wat ervaar je aan bejegening?*
- *Waar droom je van?*
- *Wat heb je nodig om verder te komen?*

De, soms schrijnende, verhalen, ongepolijst, eerlijk en recht voor z'n raap, maken duidelijk waar het echt om gaat. Al pratend daarover met de jongeren zijn de kernwaarden geformuleerd. De kernwaarden omvatten de essentie van de visie die De La Salle heeft op de basishouding van de medewerkers en het pedagogisch klimaat. Alle elementen uit de literatuur en theorie die De La Salle onderschrijft zijn erin terug te vinden. Doordat de kernwaarden voortkomen uit gesprekken met cliënten, sluiten de kernwaarden aan bij de vragen en behoeften van de cliënt. De formulering, in de taal van de cliënt maakt dat iedereen zich aangesproken voelt door de kernwaarden. Het mooie is dat het eigenlijk competentiegericht werken is, maar nu bottom-up in plaats van in veel andere instellingen top-down. Hieronder staat een uitwerking van de kernwaarde 'neem de tijd voor mij'. Hierin staat zowel aangegeven hoe deze kernwaarde gestalte kan krijgen in het contact met niet alleen de jongere, maar ook met zijn ouder(s) en welke kerncompetenties van begeleiders hierbij van belang zijn.

Resultaat: 'Samen betrokken en professioneel'

In juni 2011 is het pedagogisch kader afgerond door de auteur van Van Montfoort en definitief vastgesteld door de directie van De La Salle. Het document kreeg de titel *Samen betrokken en professioneel* (De La Salle / Van Montfoort, 2011). Het pedagogisch kader beschrijft en onderbouwt de visie en de uitgangspunten die aan het pedagogisch klimaat en het pedagogisch handelen ten grondslag liggen. Het pedagogisch kader gaat met name in op algemeen werkzame factoren: ingrediënten van de hulpverlening in het algemeen, waarvan bekend is dat deze de kans op effect van de hulp vergroten. Uitgangspunt is dat een behandelmethode niet effectief kan zijn als een belangrijke basisvoorwaarde ontbreekt, namelijk een veilig en stabiel klimaat. Het pedagogisch kader legt hiervoor het fundament. Daarbovenop kunnen interventies ingezet worden die specifieke elementen toevoegen, een specifieke inkleuring geven of accenten aanbrengen, passend bij de problematiek en hulpvraag van de individuele cliënt.

In het document wordt uitgebreid ingegaan op de wetenschappelijke en theoretische inzichten op het gebied van de ontwikkeling van kinderen en de opvoeding die het pedagogisch kader onderbouwen. Er is een onderscheid gemaakt tussen de verschillende domeinen waarin het werk van De La Salle zich begeeft: het algemeen pedagogisch handelen, het orthopedagogisch handelen en specifieke

interventies. In de theoretische onderbouwing ligt het accent op interactionele benaderingen van ontwikkeling en opvoeding. Een fundamenteel uitgangspunt is de aangeboren gedrevenheid van ieder kind om zichzelf te ontwikkelen. De wederzijdse beïnvloeding tussen het kind en zijn opvoeder c.q. de omgeving schept gunstige of minder gunstige voorwaarden en geeft richting aan de ontwikkeling van het kind. Als de ontwikkeling niet goed verloopt, moet ook altijd gekeken worden naar het kind en naar zijn omgeving om te komen tot verbetering. Belangrijke theorieën zijn onder meer de hechtingstheorie, de systeemtheorie en de contextuele benadering.

Terugblik en vooruitblik

De totstandkoming van het pedagogisch kader vormt een eerste stap in een vernieuwingsproces dat zich over de hele organisatie zal uitstrekken. Elementen in dat vernieuwingsproces zijn: leren, reflecteren, in gesprek gaan, veranderen en groeien. Het pedagogisch kader biedt in dat proces de ankerpunten en fungeert als toetssteen. De volgende stappen richten zich op de implementatie. Met het pedagogisch kader is een brug geslagen over de kloof die soms werd ervaren door medewerkers. De kloof tussen verschillende benaderingen, zoals het sociaal-competentiemodel waarin het accent ligt op gedrag enerzijds en Emerging Body Language waarin de persoonlijke relatie centraal staat, anderzijds. Onder de verschillende methodieken en benaderingen ligt nu een overkoepelende visie als gezamenlijk fundament. De La Salle wil de uitgangspunten van 'Samen betrokken en professioneel' consequent gaan toepassen en uitvoeren in de dagelijkse praktijk. Vanuit deze uitgangspunten zal een beroep gedaan worden op de grondhouding en de persoonlijke waarden en overtuigingen van mensen en op de cultuur van de organisatie. Om de gewenste veranderingen te bereiken worden de medewerkers versterkt en toegerust met de benodigde kennis, attitude en vaardigheden. Het leuke is dat het pedagogisch kader leidraad is voor tal van andere veranderings- en verbetertrajecten, zoals de vrijetijdsontwikkeling, competentie management en het management development traject. Ook zal een verbeteringslag gemaakt worden met betrekking tot de aansturing van de werkers in de praktijk door het middenkader en management. Daarnaast zal het primaire proces (de relatie cliënt -hulpverlener) mogelijk anders worden ingericht. Het huidige pedagogisch beleid en het HR-beleid zullen ook op basis van de kernwaarden en pedagogische doelstellingen van de organisatie aangescherpt worden.

Literatuur

- De La Salle / Van Montfoort (2011). *Samen betrokken en professioneel: Pedagogisch kader De La Salle, onderdeel van de Koraal Groep*. Ongepubliceerd manuscript.
- Douma, J. (2011). Een praktijk-theoretische beschrijving van een goed pedagogisch klimaat in de residentiële zorg voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. *Onderzoek & Praktijk*, 9(1), 30-40.
- Jongepier, N., Struijk, M., & Helm, P. van der (2010). Pedagogisch handelen in de residentiële zorg: Zes uitgangspunten voor een goed pedagogisch klimaat. *Jeugd en Co Kennis*, 4(1), 9-18.
- Slot, N., & Spanjaard, H. (2009). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg: Hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen*. Baarn: ThiemeMeulenhoff.

Aanbevolen literatuur

- Bosman, A. (2008). *Pedagogische wetenschap: Koorddans tussen kunst en kunde*. Hilversum: Uitgeverij Eenmalig.
- Bruininks, A. (2006). *Orthopedagogisch groepswerk: Methodiekgericht werken in de praktijk*. Maarssen: Uitgeverij Elsevier Gezondheidszorg.
- Embregts, P. J. C. M. (2011). *Zien, bewogen worden, in beweging komen*. Tilburg: Tilburg University.
- Marinussen, M. (2009). *De perceptie van relatie en interactie bij de twee gedragsinterventiemethoden ABA en EBL*. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Ploeg, J. van der (2005). *Behandeling van gedragsproblemen*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Riksen-Walraven, M. (2002). *Wie het kleine niet eert...over de grote invloed van vroege sociale ervaringen*. Nijmegen: Katholieke Universiteit.

Voorbeeld van de uitwerking van één van de kernwaarden

Neem de tijd voor mij

Ten aanzien van jongeren:

‘Neem de tijd voor mij’ betekent tijd en aandacht hebben voor de jongere. Alleen dan kun je de jongere leren kennen en je betrokken bij hem voelen. Ook als je geen tijd of gelegenheid hebt als een jongere je aandacht vraagt, ga je toch in op zijn vraag. Je legt uit dat je op dat moment geen tijd voor hem hebt en je maakt een afspraak voor wanneer het wel kan. Belangrijk is dat je momenten creëert waarin je de jongere ongedeelde aandacht geeft, momenten dat je er echt voor hem bent en niet met je hoofd ergens anders zit. Dat kan ook door samen met de jongere iets te doen, of door gewoon bij hem te zitten. Zorg ervoor dat een jongere er ook gewoon mag zijn en niet altijd iets hoeft. Soms wijst een jongere contact af. Ook dan is belangrijk te laten merken dat je er wel bent voor hem op het moment dat hij wel contact wil.

In de drukte van alledag is de tijd nemen niet altijd eenvoudig. Het vraagt om inventiviteit om binnen het dagelijkse gebeuren steeds momenten te benutten en te creëren waarin je echte aandacht hebt voor jongeren. Het hoeft niet altijd te betekenen dat je een half uur apart gaat zitten met een jongere. Ook tijdens het tafel dekken kan je aandacht voor de jongere hebben door een hand op de schouder te leggen en even te vragen: “Hé, hoe ging het vandaag?” Belangrijk is dat je zo nodig flexibel omgaat met de dagstructuur. Als je net lekker bezig bent met een jongere, of met de hele groep, kan het douchen wellicht ook wel tien minuten later dan in de dagstructuur staat. Dat zijn punten waarover je in je team overlegt.

Ten aanzien van ouders:

Wees belangstellend en nieuwsgierig naar ouders. Laat ouders zich welkom voelen op de groep. Laat ouders een keer mee-eten op de groep als ze er rond etenstijd zijn. Bied hen iets te drinken aan bij het halen en brengen en maak een praatje. Informeer hoe het gaat of hoe het is gegaan. Als daar geen tijd voor is op de groep, bekijk dan met het team hoe op een andere manier hier ruimte voor gemaakt kan worden. Als ouders aangeven dat zij iets willen bespreken en er is geen tijd, wees dan creatief of zoek naar een geschikt moment om hierop terug te komen. Breng ouders op de hoogte van belangrijke ontwikkelingen van hun kind, vooral ook van de dingen die goed gaan. Ouders willen graag horen dat het goed gaat met hun kind, dat is wat ze willen bereiken. Denk in kleine stappen en vertel wat een jongere heeft geprobeerd of wat al is gelukt. Geef ouders momenten dat ze trots of blij kunnen zijn met de inzet of vorderingen van hun kind. Je helpt het kind daarmee om ook positief bekrachtigd te kunnen worden door zijn ouders en de relatie tussen ouder en kind te verstevigen. Vertel ook moeilijke momenten aan ouders. Kijk of ouders een bijdrage kunnen leveren door uitspraken te doen die het gebeuren in de groep ondersteunen. Of maak gebruik van ouders door dat zij kunnen spreken met hun kind over de situatie. Dat kan een kind soms helpen. Het kan ook kracht of vertrouwen geven als ouders merken dat zij van betekenis kunnen zijn. Bespreek met ouders wat zij graag willen weten van wat er op de groep gebeurt en op welke manier zij geïnformeerd of betrokken willen worden.

Kerncompetenties: o.a. luisteren, samenwerken

Als medewerker neem je de tijd om belangrijke informatie op te pakken uit mondelinge mededelingen. Je vraagt door en gaat in op de reacties die je krijgt. Je laat de ander uitspreken en geeft de ruimte tot interruptie door de ander. Je toetst of de ander je goed begrepen hebt en onderhoudt voortdurend contact met je gesprekspartners. Als het nodig is kom je in een later stadium terug op wat door anderen is gezegd. Je neemt de tijd om tot een gezamenlijk resultaat te komen en stelt alles in het werk om mee te blijven denken. Je helpt cliënten en collega’s en stelt gezamenlijk belang boven eigen belang.

COLUMN

De schrijver van de column kan een gedragswetenschapper, een groepsleider, een wetenschappelijk onderzoeker, een beleidsmaker en/of een ouder/begeleider zijn. Wat zij gemeen hebben is hun ervaringen met jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. In deze Onderzoek & Praktijk geven wij het woord aan Paul Trommelen, directeur van STEVIG (lid van de Borg) en van Dichterbij Expertis

LATEN WE HET GEBEUREN?

Paul Trommelen

In 2010 werden we opgeschrikt door een nieuwe bezuiniging die werd aangekondigd: de IQ-maatregel. Mensen met een IQ boven de 70, die nu nog wel aanspraak op AWBZ-verzekerde zorg maken, moeten hiervan uitgesloten (gaan) worden. Zij kunnen, als er tenminste een vraag is (!), in de toekomst aankloppen bij de gemeente voor ondersteuning en begeleiding. De overheid zegt hierover op haar eigen website (www.rijksoverheid.nl) het volgende:

Op dit moment hebben zwakbegaafden (met een IQ tussen 70 en 85) recht op AWBZ-zorg als zij naast hun verstandelijke handicap andere medische en/of sociale problemen hebben. Deze IQ-norm wordt aangepast. Straks hebben alleen mensen met een IQ onder de 70 recht op AWBZ-zorg.

Beste mensen in Den Haag, denk je dan, kan dat niet wat zorgvuldiger? Wat is het nu: gaat het over zwakbegaafden of over mensen met een verstandelijke beperking? In Den Haag weten ze het verschil toch wel? Wereldwijd zijn we het er immers over eens dat een verstandelijke beperking geldt bij een IQ lager dan 70. Een IQ tussen 70 en 85 betekent zwakbegaafdheid, en dus geen verstandelijke beperking. De sector voor verstandelijk gehandicaptenzorg neemt echter al tientallen jaren mensen op met een IQ tussen 70 en 85 op, waarbij naast dit lagere niveau van verstandelijk functioneren ook nog (ernstige) psychische en/of psychiatrische problemen aan de orde zijn. Niet vanwege het feit dat deze mensen 'verstandelijk gehandicapt' zijn, maar vanwege hun kwetsbaarheid en beperkingen. Het ministerie van VWS schrijft over deze maatregel, dat deze 'groep' sinds enkele jaren massaal wordt toegelaten tot de AWBZ, sinds het CIZ haar beleidsregel ten behoeve van indicatiestelling voor deze groep op schrift stelde. Niets is echter minder waar: deze groep wordt al sinds jaar en dag toegelaten tot de AWBZ-gefinancierde zorg, met medeweten van VWS overigens. Of deze instroom de afgelopen jaren nu zo spectaculair is gegroeid is nog maar de vraag. Het ging hier altijd om mensen met een zwakbegaafdheid met (ernstige) psychische en/of psychiatrische problemen.

Op haar website schrijft het ministerie nu over 'andere medische en/of sociale problemen'. 'Sociale problemen' leveren geen aanspraak op AWBZ-zorg. Dat is ook al lang zo. Maakt het ministerie er nu een rommeltje van? Begrijpt men het niet (meer)? Of wordt er opzettelijk een rookgordijn opgetrokken, zodat we het allemaal niet meer snappen? Feit is echter dat het hier om een heel kwetsbare 'groep' gaat, waarbij trouwens de term 'groep' (ik zet dit niet voor niets steeds tussen aanhalingstekens) feitelijk niet van toepassing is; er zijn meer verschillen dan overeenkomsten binnen deze 'groep'. De omvang ervan bedraagt ruim 2 miljoen mensen, die gelukkig voor het overgrote deel in staat zijn een normaal leven te leiden, zonder dat zij hiervoor aanspraak hoeven maken op de AWBZ. Wel is er sprake van een latent kwetsbare groep mensen: veel mensen binnen deze groep zijn werkzaam binnen de Sociale Werkvoorziening of ontvangen een Wajong. Ook hun sociale

steunstructuur is vaak beperkt en kwetsbaar. Uit onderzoek weten we ook dat de kans op het ontwikkelen van psychopathie binnen deze groep vele malen groter is dan bij de groep met een IQ onder 70 of boven 85. Alle reden dus om heel voorzichtig te zijn met het uitsluiten van AWBZ-gefinancierde zorg voor de meest kwetsbare leden van deze ‘groep’ burgers. En nog meer reden om heel zorgvuldig te kijken naar en omgaan met deze ‘groep’ burgers, hun beperkingen en hun mogelijkheden. Hetgeen we tot nu toe vanuit Den Haag over de IQ-maatregel gelezen en gehoord hebben (ook door allerlei Kamerleden, die, gelet op hun uitspraken, geen enkel idee van de werkelijkheid bezitten), kan ik niet scharen onder ‘zorgvuldig’.

Wij mogen trouwens ook de hand in eigen boezem steken bij dit onderwerp. Jarenlang immers hebben wij, de professionals in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, de wereld voorgehouden dat wij door middel van wetenschappelijk verantwoord onderzoek, uitgevoerd door speciaal hiervoor opgeleide en gecertificeerde academici, vrij nauwkeurig ‘het’ IQ van iemand konden vaststellen. Zelfs bij groepen mensen waarvoor onze instrumenten niet (voldoende) gevalideerd waren. Al die tijd hebben wij een schijnwerkelijkheid opgehouden.

Vorig jaar zat er een select gezelschap bij onder andere het College voor Zorgverzekeringen (CvZ) om te bepleiten dat deze maatregel onzalig en niet-uitvoerbaar is. Alleen al omdat, let op, nu wordt het leuk, het IQ niet goed te meten is, we niet exact weten wat we nu meten, de verschillende instrumenten mogelijk ook verschillende dingen meten en dat ‘we’ ons niet blind moeten staren op het IQ ‘an sich’, maar veel meer moesten kijken naar de totale persoon, naar alle beperkingen, in hun onderlinge samenhang. Natuurlijk klopt dit, laat dit helder zijn. Maar het komt wel een beetje ongeloofwaardig over, vind ik.

Gelukkig hebben, naast het CvZ, meerdere organisaties zich zeer negatief over de voorgenomen IQ-maatregel hebben uitgelaten. ‘Dom en asociaal’ dekt de lading hiervan wel zo’n beetje, als je op internet zoekt. Het is ook een domme en kortzichtige maatregel, die eerder meer geld gaat kosten dan dat het op gaat leveren. De groep die buiten de AWBZ gaat vallen is immers een heel kwetsbare, complexe groep; het gaat om mensen die zich zonder gespecialiseerde hulp, ondersteuning en behandeling simpelweg niet kunnen redden, vaak ook om extreme zorgmijders, overlastgevers en (kleine) criminelen. Het is duidelijk dat bezuinigen op zorg en behandeling voor deze groep, uiteindelijk veel meer zal gaan kosten (nog los van het feit dat het behoorlijk asociaal is om een groep mensen die slachtoffer is van haar eigen beperkingen hiervoor te straffen).

Maar goed, die 250 miljoen, want daar gaat het over, moet bezuinigd worden in de (vg)zorg. Eenvoudig roepen dat men niet mag bezuinigen op deze kwetsbare groep is niet voldoende. We moeten het lef en de verantwoordelijkheid nemen om met een alternatief te komen: waar halen we de 250 miljoen vandaan die bezuinigd moeten worden? Niet omdat ik het eens ben met de bezuinigingen van dit kabinet. Nee, omdat alleen maar roepen dat dit niet mag of kan, geen zoden aan de dijk zet. Voordat je het weet komt het kabinet namelijk met een nog slechter voorstel. En daar wil ik niet verantwoordelijk voor zijn. En...ik zei het al eerder, we hebben hier zelf ook iets in laten gebeuren....

GELEZEN

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

Kaal, H.L., Negenman, A.M., Roelveld, E., & Embregts (2012). *De problematiek van gedetineerden met een lichte verstandelijke beperking in het gevangeniswezen. Onderzoek uitgevoerd door Tranzo Wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn, Dichterbij Kennis@ en Hogeschool Leiden in opdracht van het WODC, ministerie van Veiligheid en Justitie.*

Om met een van de conclusies die aan het eind van het rapport getrokken worden te beginnen: ‘De groep gedetineerden met een LVB is ook bijzonder heterogeen: sommigen ervaren meer problemen dan anderen, en sommigen ervaren andere problemen dan anderen’. Het blijft een lastige groep om in onderzoek te pakken te krijgen, ook in dit onderzoek uitgevoerd in drie Penitentiaire Inrichtingen (PI’s). Geprobeerd is antwoorden te krijgen op de volgende vragen: (i) wat is de aard van de problemen die mensen met een LVB ervaren in detentie?; (ii) waarin verschillen deze van de problemen van gedetineerden zonder LVB?; en (iii) wat zijn, in het licht van deze problemen, de specifieke behoeften van gedetineerden met een LVB? De antwoorden: (i) gedetineerden met LVB hebben problemen met de informatievoorziening, met de dagindeling en in de omgang met medegedetineerden en met de Penitentiair Inrichtingswerkers (piw-ers); (ii) heel veel van de problemen die gedetineerden met een LVB ervaren worden ook door gedetineerden zonder LVB genoemd; en (iii) gedetineerden met LVB hebben behoefte aan een duidelijker informatievoorziening over de achterliggende redenen waarom iets op een bepaalde manier gebeurt en willen meer duidelijkheid en overzicht m.b.t. de dagindeling en behoeven tevens een goed contact met de piw-ers. Ook in dit onderzoek speelt overigens het IQ weer haar verraderlijke spel: gedetineerden met LVB worden als zodanig onderkend op basis van selectiecriteria als een IQ tussen 50 en 85, een problematische schoolloopbaan, moeite met lezen, schrijven en rekenen, een beperkt sociaal netwerk, moeite met het aangaan van contacten en een beperkt taalbegrip. Toch wordt op basis van een verkorte IQ-bepaling een groepje onderscheiden die wel onder de 85 blijkt te scoren maar niet op basis van de selectiecriteria als LVB-ers kunnen worden beschouwd. Dit wordt derhalve de niet-onderkende LVB-ers genoemd. En terwijl op basis van alleen een IQ-score men geen uitspraak...(!) Ook wordt niet duidelijk in hoeverre met de zwakke taalvaardigheden van de ‘gedetineerden met LVB’ rekening is gehouden bij het afnemen en analyseren van de gesprekken.

Met de belangrijkste conclusie van het rapport: ‘Voor het afstemmen op de behoeften van gedetineerden met een LVB is het echter niet per se noodzakelijk om de beperking eerst vast te stellen. De ervaren problemen zijn divers, maar breed gevoeld, ook door gedetineerden zonder LVB.’ Op basis van de fragmenten uit de interviews die in het rapport zijn opgenomen, is het niet moeilijk om relatief eenvoudige oplossingen aan te dragen die niet veel te maken hebben met het feit of je een gedetineerde met LVB bent of niet. Zo lijkt het toch niet meer van deze tijd om bij het gebruik van die ene (?) telefoon op de afdeling het recht van de sterkste te laten gelden. En waarom is er blijkbaar een vaste volgorde waarin de celdeuren geopend worden. Ben jij als laatste aan de beurt dan kan je het wel vergeten bij de pooltafel, het biljart, de wasmachine, etc. Het rapport eindigt daarom met de volgende aanbeveling: ‘Als medewerkers op de hoogte zijn van situaties die door gedetineerden als lastig, moeilijk of vervelend worden ervaren, zij sensitief zijn voor de behoeften van het individu en daaraan tegemoet te komen dan zullen alle gedetineerden, dus ook de gedetineerden met een LVB hier baat bij hebben.’ Kortom, waarom al die moeite gedaan om een groep die toch eigenlijk geen groep is als groep te herkennen? LVB, het blijft een lastig fenomeen.

AP

BINNENGEKOMEN

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

Teeuwen, M. (2012). *Licht Verstandelijk Gehandicapte jongeren, hun wereld en hun plaats in het strafrecht*. Amsterdam: SWP. ISBN 978 90 885 0325 2.

In het jeugdstrafrecht zijn licht verstandelijk gehandicapte jongeren de laatste twee decennia sterk oververtegenwoordigd geraakt, terwijl ze in de vrijwillige hulpverlening ondervertegenwoordigd blijven. Wat is er gebeurd? Welke maatschappelijke veranderingen op sociaal en politiek gebied hebben aan deze opvallende verschuiving bijgedragen? Marigo Teeuwen (UvA) onderzocht 120 reclasseringsdossiers van licht verstandelijk gehandicapte (LVG) jongeren en interviewde jeugdreeclasseringswerkers, vertegenwoordigers van politie, officieren van justitie en kinderrechtshouders. Welke delicten plegen deze jongeren? Welke hulpverlening krijgen zij vóór en na het delict? Waarom komt deze van nature kwetsbare groep steeds meer in contact met justitie, met alle gevolgen van dien. Wat weten de professionals van deze jongeren die tot de minst mondige en meest kwetsbare jongeren behoren? Een belangrijke rol in de verklaring voor de oververtegenwoordiging in het strafrecht speelt de normalisatiegedachte. Maar hoe normaal zijn ze, en zijn LVG- jongeren - en de samenleving - er wel mee geholpen dat ze als normaal worden bejegend?

Wottiez, I., Ras, M., & Oudijk, D. (2012). *IQ met beperkingen. De mate van verstandelijke handicap van zorgvragers in kaart gebracht*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. ISBN 978 90 377 0602 4

De vraag naar zorg voor verstandelijk gehandicapten (VG-zorg) is de afgelopen jaren flink gegroeid. In eerdere rapportages heeft het Sociaal en Cultureel Planbureau het aantal verstandelijk gehandicapten dat zorg vraagt nader in kaart gebracht. Mede op verzoek van het ministerie van VWS worden de analyses in dit rapport uitgebreid met gegevens over het IQ van verstandelijk gehandicapten met een zorgindicatie. De vraag naar VG-zorg binnen de AWBZ is tussen 1998 en 2009 met gemiddels 7% per jaar gegroeid. Het aantal ernstig verstandelijk gehandicapten (IQ<50) is in deze periode nagenoeg constant gebleven. De groep licht verstandelijk gehandicapten (50<IQ<70) met een zorgvraag groeide in aantal het meest, op enige afstand gevolgd door zwakbegaafden (70<IQ<85). Deze laatste groep groeide relatief gezien het sterkst. Onder beide groepen is de groei recent iets afgezwakt en groeit de vraag onder jongeren (t/m 22 jaar) meer dan onder ouderen. Eerdere conclusies dat vooral de jongeren de groei hebben bepaald zijn hiermee aangescherpt: de groei in de vraag naar VG-zorg is vooral veroorzaakt door de jonge zwakbegaafden en licht verstandelijk gehandicapten.

Branckaer, C., Ghesquière, P., & De Smedt, B. (2011). *Numerical magnitude processing in children with mild intellectual disabilities*. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 2853–2859.

The present study investigated numerical magnitude processing in children with mild intellectual disabilities (MID) and examined whether these children have difficulties in the ability to represent numerical magnitudes and/or difficulties in the ability to access numerical magnitudes from formal symbols. We compared the performance of 26 children with MID on a symbolic (digits) and a non-symbolic (dot-arrays) comparison task with the performance of two control groups of typically developing children: one group matched on chronological age and one group matched on mathematical ability level. Findings revealed that children with MID performed more poorly than their typically developing chronological age-matched peers on both the symbolic and non-symbolic comparison tasks, while their performance did not substantially differ from the ability-matched control group. These findings suggest that the development of numerical magnitude representation in

children with MID is marked by a delay. This performance pattern was observed for both symbolic and non-symbolic comparison tasks, although difficulties on the former task were more prominent. Interventions in children with MID should therefore foster both the development of magnitude representations and the connections between symbols and the magnitudes they represent.

Burford, B., & Jahoda, A. (2011). Do video reviews of therapy sessions help people with mild intellectual disabilities describe their perceptions of cognitive behaviour therapy? *Journal of Intellectual Disability Research*, 56, 179–190.

This study examined the potential of a retrospective video reviewing process [Burford Reviewing Process (BRP)] for enabling people with intellectual disabilities to describe their experiences of cognitive behaviour therapy (CBT). It is the first time that the BRP, described in this paper, has been used with people with intellectual disabilities and the aim was to assess the feasibility of the procedure and gain a picture of the information it might yield. Using the BRP, 12 clients reviewed tapes of their fourth and ninth CBT sessions and six reviewed the fourth session only. All reviews were audio recorded for later verbatim transcriptions of clients' comments. Reviews and transcriptions were conducted by non-clinical researchers. Thematic analysis was applied to the transcripts by a researcher who was not CBT-trained. All clients were able to follow the instructions for the BRP. Three broadly based themes encapsulated their responses – how they felt about themselves, how they felt the therapist was helping and how CBT was helping. A fourth theme referred to comments on issues that were currently troubling clients, which were prompted by watching the video but did not refer to actual events on screen. The BRP seems a feasible approach with this client group and gave insights into their feelings and opinions on CBT. Clinical implications of the results and the potential for further developments are discussed.

Kleefman, M., Jansen, D. E. M. C., & Reijneveld, S. A. (2011). The effectiveness of Stepping stones Triple P: the design of a randomised controlled trial on a parenting programme regarding children with mild intellectual disability and psychosocial problems versus care as usual. *BMC Public Health*, 11, 676. Open access: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/676>

Children with an intellectual disability are at increased risk of psychosocial problems. This leads to serious restrictions in the daily functioning of the children and to parental stress. Stepping Stones Triple P aims to prevent severe behavioural, emotional and developmental problems in children with a (intellectual) disability by enhancing parenting knowledge and skills, and the self-confidence of parents. This paper aims to describe the design of a study of the effectiveness of parenting counselling using Stepping Stones Triple P compared to Care as Usual. The effects of Stepping Stones Triple P will be studied in a Randomised Controlled Trial. Parents of children aged 5-12 years with an IQ of 50-85 will be recruited from schools. Prior to randomisation, parents complete a screening questionnaire about their child's psychosocial problems and their parenting skills. Subsequently, parents of children with increased levels of psychosocial problems (score on Strengths and Difficulties Questionnaire ≥ 14) will be invited to participate in the intervention study. After obtaining consent, parents will be randomised either to the experimental group (Stepping Stones Triple P) or to Care as Usual. The primary outcome is a change in the child's psychosocial problems according to parents and teachers. The secondary outcome is a change in parenting skills. Data will be collected before the start of the intervention, immediately after the intervention, and six months after. This paper presents an outline of the background and design of a randomised controlled trial to investigate the effectiveness of Stepping Stones Triple P, which aims to decrease psychosocial problems in children with a mild intellectual disability. Stepping Stones Triple P seems promising, but evidence on its effectiveness for this population is still lacking. This study provides evidence about the effects of this intervention in a community-based population of children with a mild intellectual disability.

Matson, J. L., Kozlowski, A. M., Worley, J. A., Shoemaker, M. E., Sipes, M., & Horovitz, M. (2011). What is the evidence for environmental causes of challenging behaviors in persons with intellectual disabilities and autism spectrum disorders? *Research in Developmental Disabilities, 32*, 693–698.

An extensive literature on the causes of challenging behaviors has been developed, primarily in the applied behavior analysis literature. One hundred and seventy-three empirical studies were reviewed where functional assessment serves as the primary method of identifying these causes. Most of the studies were able to identify a clear function or functions. Most commonly established causes were attention, the efforts to acquire tangibles, negative reinforcement in the form of escape from tasks or environments, and sensory stimulation, also described as an alone condition. Examples are provided regarding how these conditions are investigated across studies. Biological and cognitive causes have also been demonstrated. However, to date the empirical literature is limited with the bulk of studies being correlational. Considerably more research is needed, but some causes and methods to identify them are beginning to emerge.

Maulik, P. K., Mascarenhas, M. N., Mathers, C. D., Dua, T., & Saxena, S. (2011). Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. *Research in Developmental Disabilities, 32*, 419–436.

Intellectual disability is an extremely stigmatizing condition and involves utilization of large public health resources, but most data about its burden is based on studies conducted in developed countries. The aim of this meta-analysis was to collate data from published literature and estimate the prevalence of intellectual disability across all such studies. The review includes studies published between 1980 and 2009, and includes data from populations that provided an overall estimate of the prevalence of intellectual disability. Meta-analysis was done using random effects to account for heterogeneity. Sub-group analyses were also done. The prevalence of intellectual disability across all 52 studies included in the meta-analysis was 10.37/1000 population. The estimates varied according to income group of the country of origin, the age-group of the study population, and study design. The highest rates were seen in countries from low- and middle income countries. Studies based on identification of cases by using psychological assessments or scales showed higher prevalence compared to those using standard diagnostic systems and disability instruments. Prevalence was higher among studies based on children/adolescents, compared to those on adults. Higher prevalence in low and middle income group countries is of concern given the limitations in available resources in such countries to manage intellectual disability. The importance of using standardized diagnostic systems to correctly estimate the burden is underlined. The public health and research implications of this meta-analysis have been discussed.

Oeseburg, B., Dijkstra, G., Groothoff, J., Reijneveld, S., & Jansen, D. (2011). A systematic review of the prevalence rates of chronic health conditions in populations of children with intellectual disability was provided. *Intellectual and Developmental Disabilities, 49*, 59-85.

We identified 2,994 relevant studies by searching Medline, Cinahl, and PsycINFO databases from 1996 to 2008. We included the 31 studies that had sufficient methodological quality. The 6 most prevalent chronic health conditions in children with intellectual disability were epilepsy (22.0/100), cerebral palsy (19.8/100), any anxiety disorder (17.1/100), oppositional defiant disorder (12.4/100), Down syndrome (11.0/100), and autistic disorder (10.1/100). The reported prevalence rates of chronic health conditions in this population was much higher than in the general population. However, both the number of studies that were included and the number of chronic health conditions they reported about were limited. There is an urgent need for better evidence on the prevalence of chronic health conditions among children with intellectual disability.

Schuchardt, K., Maehler, C., Hasselhorn, M. (2011). Functional deficits in phonological working memory in children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 32*, 1934–1940.

Recent studies indicate that children with intellectual disabilities have functional limitations primarily in the phonological loop of working memory (Baddeley, 1986). These findings are indicative of a specific structural deficit. Building on this research, the present study examines whether it is possible to identify specific phonological subfunctions as causal factors in these qualitative deviations from typical development found in children with intellectual disabilities.

In a three-group design, specific subfunctions of phonological working memory were examined in students of the same mental age (one group of 15-year-olds with mild intellectual disability [IQ 50–69], one group of 10-year-olds with borderline intellectual disability [IQ 70–84], and one group of 7-year-olds of average intelligence [IQ 85–115]). The automatic activation of the subvocal rehearsal process was operationalized by the word-length effect; the size of the phonological store, by a task involving repetition of nonwords of differing syllable length; and accuracy of processing, by both the phonological similarity effect and the quality of acoustic presentation of the nonword repetition task (distorted vs. undistorted item presentation).

The results revealed impairment of the phonological store only in terms of reduced storage capacity, and showed that this deficit increased with length of the item sequences to be remembered. However, this deficit was observed only in children with mild intellectual disability; the performance of children with borderline intellectual disability corresponded with that of a control group of 7-year-olds matched for mental age. The findings are discussed in the context of the two-component model of the phonological loop. They indicate that deficits in storage capacity are associated with deficits in language development and thus seem to be one of the causes of cognitive impairment in individuals with mild intellectual disability

Taber-Doughty, T., Bouck, E., C., Tom, K., Jasper, A. D., Flanagan, S. M., & Bassette, L. (2011). Video Modeling and Prompting: A Comparison of Two Strategies for Teaching Cooking Skills to Students with Mild Intellectual Disabilities. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities, 46*, 499–513.

Self-operated video prompting and video modeling was compared when used by three secondary students with mild intellectual disabilities as they completed novel recipes during cooking activities. Alternating between video systems, students completed twelve recipes within their classroom kitchen. An alternating treatment design with a follow-up and withdrawal probe was used to illustrate the effectiveness of both systems on each student's independent task performance. Results indicated increased independence following video

system use by all three students with video modeling more effective for two students and video prompting more effective for the third. Future directions for research are presented.

Van Luit, J. E. H., & Van der Molen, M. J. (2011). The effectiveness of Korean number naming on insight into numbers in Dutch students with mild intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 32*, 1941–1947.

Children from Asian countries score higher on early years' arithmetic tests than children from Europe or the United States of America. An explanation for these differences may be the way numbers are named. A clear ten-structure like in the Korean language method leads to a better insight into numbers and arithmetic skills. This assumption forms the basis of the current study. Examined is whether an intervention with number naming in the Korean way influences number awareness of students with mild intellectual disabilities (N = 70; mean age: 9;0 years). The results indicate a positive effect of this alternative method of number naming on the insight into numbers up to 20. However, the effect did not generalize to insight into numbers 21–100. The Korean method of number naming seems to be a promising way to teach students with mild intellectual disabilities insight into numbers.

Van Nieuwenhuijzen, M., & Vriens, A. (2011). (Social) Cognitive skills and social information processing in children with mild to borderline intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 33*, 426–434.

The purpose of this study was to examine the unique contributions of (social) cognitive skills such as inhibition, working memory, perspective taking, facial emotion recognition, and interpretation of situations to the variance in social information processing in children with mild to borderline intellectual disabilities. Respondents were 79 children with mild to borderline intellectual disabilities in the age of 8–12 who were given tasks on social cognitive skills and social information processing. The results from the present study show that emotion recognition, interpretation, working memory and inhibition skills predict social information processing skills. It is concluded that especially emotion recognition and interpretation skills are important cognitive skills that predict social information processing, and therefore should be the focus of treatment.

Van Nieuwenhuijzen, M., Vriens, A., Scheemaker, M., Smit, M., & Porton, E. (2011). The development of a diagnostic instrument to measure social information processing in children with mild to borderline intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 32*, 358–370.

A growing interest exists in the measuring of social adaptive functioning in children with mild to borderline intellectual disabilities (MBID), but valid instruments to measure this construct are lacking. The aim of the present study was to develop such an instrument and to examine it on its discriminate validity. In 141 children aged 8–12 years a new test battery was examined in four groups either with MBID, behaviour problems or both, and typically developing peers. The results show that children with either MBID or behaviour problems or both show more hostile intent attributions, set more internal revenge goals, generate more aggressive and fewer assertive responses, feel more confident in inadequate responses and select fewer assertive responses, than their typically developing peers. Children with MBID are characterized by relying on earlier experiences in encoding information, a small response repertoire, positive evaluation of submissive but not assertive responses, and the selection of aggressive responses. In addition, they have more problems with perspective taking, problem recognition, interpretation in general, inhibition, working memory, and emotion recognition, than their typically developing peers. Further, children with MBID and behaviour problems have more difficulties in social information processing when the information in social situations is more complex. It is concluded that the tasks of the test battery can discriminate between groups, and after further development of the material, can be used to obtain information on the competencies and disabilities in social information processing and social cognitive skills, in order to be able to offer adequate treatment to these children.

Westendorp, M., Houwen, S., Hartman, E., & Visscher, C. (2011). Are gross motor skills and sports participation related in children with intellectual disabilities? *Research in Developmental Disabilities, 32*, 1147–1153.

This study compared the specific gross motor skills of 156 children with intellectual disabilities (ID) ($50 \leq IQ \leq 79$) with that of 255 typically developing children, aged 7–12 years. Additionally, the relationship between the specific gross motor skills and organized sports participation was examined in both groups. The Test of Gross Motor Development-2 and a self-report measure were used to assess children's gross motor skills and sports participation, respectively. The children with ID scored significantly lower on almost all specific motor skill items than the typically developing children. Children with mild ID scored lower on the locomotor skills than children with borderline ID. Furthermore, we found in all groups that children with higher object-control scores participated more in organized sports than children with lower object-control scores. Our results support the importance of attention for well-developed gross motor skills in children with borderline and mild ID, especially to object-control skills, which might contribute positively to their sports participation.

Zijlmans, L., Embregts, P. Gerits, L., Bosman, A. & Derksen, J. (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, 219-2

Staff working with clients with intellectual disabilities (ID) who display challenging behaviour may contribute to the continuation of this behaviour, because it causes emotional reactions such as anxiety, anger and annoyance, which may prohibit adequate response behaviour. To enhance staff behaviour and treatment skills a training that aimed at improving emotional intelligence (EQ) was developed. The goal of this study was to assess whether an EQ training in combination with a video-feedback training programme improves emotional intelligence of staff working with clients with ID and challenging behaviour. Methods Participants were 60 staff members working with individuals with ID and challenging behaviour. Thirty-four staff members participated in a 4-month training programme and 26 constituted the control group. A pretest–posttest control group design was used. Effectiveness was assessed by using the Dutch version of the Bar-On EQ-i and the judgments of experts on emotional intelligence. Emotional intelligence of the experimental group changed significantly more than that of the control group. Judgments of experts on emotional intelligence indicated that the change of emotional intelligence of the experimental group improved positively. The positive effect of the training programme on emotional intelligence is consistent with previous research on emotional intelligence and suggests that emotional intelligence of staff working with clients with ID and challenging behaviour can be influenced by training.

