

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/77486>

Please be advised that this information was generated on 2019-06-19 and may be subject to change.

Lectoraat 'Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking'

Menslievende professionalisering in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking

Intreerede (in verkorte vorm) uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van lector 'Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking' aan de Faculteit Gedrag, Gezondheid en Maatschappij van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen op 4 juni 2009 door

Mw. Dr. Petri Embregts

COLOFON

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
Faculteit Gezondheid, Gedrag en Maatschappij
Postbus 6960, 6503 GL Nijmegen

E Petri.Embregts@han.nl
T (+31) 024 - 353 04 28
F (+31) 024 - 353 03 55
I www.han.nl

Realisatie: HAN Marketing, Communicatie en Voorlichting

ISBN-nr: 978-90-814228-1-9

Afbeelding omslag: Roos Leijten, Atelier Matisse, Wijchen

Han University Press
Arnhem, The Netherlands

2009. Alles uit deze uitgave mag worden vereenvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotografie, microfilm, geluidsband of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van de auteur en uitgever, mits er zorgvuldig verwezen wordt naar de auteur en de uitgever.

INHOUDSOPGAVE

1	Inleiding	5
2	Zorgverlening aan mensen met een verstandelijke beperking	7
2.1	Mensen met een verstandelijke beperking	7
2.2	Maatschappelijke context	8
2.3	Beroepskrachten in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking	9
3	Menslievende professionalisering	13
4	Competente professionals	17
4.1	Wat maakt iemand tot een goede professional?	17
4.2	Training en coaching van professionals	20
5	Lectoraat zorg voor mensen met een verstandelijke beperking	23
5.1	Het lectoraat	23
5.2	Onderzoeklijnen binnen het lectoraat	25
	Tot slot	33
	Dankwoord	35
	Literatuur	37

Dames en heren,

Mensen met een verstandelijke beperking hebben net als ieder ander recht op een optimale kwaliteit van leven. Vele professionals die werkzaam zijn bij organisaties en in de instellingen voor zorg aan mensen met een verstandelijke beperking zetten zich hier dagelijks voor in. Deze professionals kenmerken zich door grote betrokkenheid. De manier waarop naar zorgvragen van cliënten wordt gekeken is in de afgelopen decennia veranderd. De laatste jaren hebben we te maken met een grotere differentiatie aan zorgvragen, ingegeven door de maatschappelijke opvatting dat zorg en ondersteuning steeds beter moeten worden afgestemd op het individu. De context van deze afstemming is niet altijd meer de residentiële 24-uurs voorziening, maar de lokale samenleving. Extramuralisering van de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en reïntegratie van cliënten in de samenleving (vermaatschappelijking) leiden tot ingrijpende veranderingen in de organisatie van de zorg en de wijze van begeleiding van cliënten en/of taakopvatting van zorgverleners.

Er wordt veel aandacht besteed aan de ontwikkeling van de professionaliteit van beroepskrachten die werken met mensen met een verstandelijke beperking. Ten behoeve hiervan zijn onder andere competentie- en opleidingsprofielen ontwikkeld, onder meer vastgelegd in *het Landelijk competentieprofiel beroepskrachten primair proces gehandicaptenzorg* en *het Beroepscompetentieprofiel voor professionals met een hogere functie (niveau D) in het primaire proces van de gehandicaptenzorg*.^{1,2} Daarnaast worden ambulante zorg en begeleid wonen in de wijk steeds belangrijker. Voor het werk van beroepskrachten in de directe zorg betekenen deze ontwikkelingen in meerdere opzichten een grote uitdaging. Aan hen worden andere competentie-eisen gesteld in een nieuwe extramurale werkomgeving. We staan voor de taak om vast te stellen welke nieuwe competenties voor de gewijzigde taakstellingen nodig zijn en hoe medewerkers zo effectief mogelijk op hun nieuwe werkzaamheden kunnen worden voorbereid. Vernieuwingen op het gebied van verdere professionalisering dienen uitgewerkt te worden, maar niet zonder reflectie: hoe blijven we ons voldoende bewust van de mens achter de hulpvraag, de mens die de professional betekenis moet geven ten einde een optimale kwaliteit van leven te kunnen realiseren? Professionaliteit zou een eigentijdse vorm kunnen zijn waarin menslievendheid gestalte krijgt, mits we professionaliteit niet verengen tot het opstellen van profielen, certificeringstrajecten en het volgen van protocollen en regels. Certificaten en protocollen kunnen weliswaar houvast bieden binnen de snel veranderende zorg, maar om deze zorg daadwerkelijk af te stemmen op de individuele zorgvraag van iedere unieke medemens is aandachtige betrokkenheid en bovendien het aangaan van een relatie noodzakelijk. De vraag die ik wil stellen is of een hulpvraag wel te definiëren is zonder betekenisgeving aan

de mens die hem stelt? Deze vraag stel ik hier omdat ik een actuele en expliciete opvatting in twijfel trek als zou een individuele hulpvraag zich kunnen vertalen naar een X- aantal handelingen. En wat betekent dit voor de opvattingen over competenties die belangrijk zijn om binnen het beroepsonderwijs te leren en te ontwikkelen? Het is mijn ambitie om in de scholing en begeleiding van potentiële begeleiders bij te dragen aan de ontwikkeling van competenties die – gezien vanuit het perspectief van een verstandelijk beperkte mens alsook gezien vanuit een veranderende maatschappelijke context – noodzakelijk zijn. Ik beseft dat dit zal plaatsvinden in een continu spanningsveld. Enerzijds ligt de focus op de ontwikkeling van beroepsvaardigheden ten aanzien van de diversiteit aan specifieke zorgvragen, en anderzijds is er een toenemend belang in het ontwikkelen en het behoud van aandachtige betrokkenheid en menslievendheid die de belangrijkste dimensie vormt in de professionele ontwikkeling van begeleiders.

Het doel van mijn lectoraat is dan ook een bijdrage leveren aan menslievende professionalisering door kennis te ontwikkelen, te genereren en te implementeren in de zorgverlening aan mensen met een verstandelijke beperking samen met de belangrijkste actoren: mensen met een verstandelijke beperking, hun ouders en de professionals. Concreet betekent dit dat we binnen het lectoraat de competenties die nodig zijn om in te spelen op veranderingen in de zorg proberen te verhelderen vanuit het perspectief van de mens met een verstandelijke beperking. Wanneer ik verwijs naar competenties spreek ik zowel over kennis en vaardigheden als over de attitude en persoonlijkheid van beroepskrachten. Het opvangen van signalen van mensen met een verstandelijke beperking, deze juist te interpreteren en ernaar te handelen, vraagt om een combinatie van deze competenties. Met goed zicht op deze verschillende competentiegebieden, ontwikkelen we vanuit het lectoraat passende trainings- en coachingstrajecten. Het betreft immers een domein waarin vele studenten van de initiële HBO-opleidingen van het Instituut Sociale Studies en het Instituut Verpleegkundige Studies hun werkkring vinden. Nieuw verworven inzichten zullen dan ook in de curricula van de betreffende beroepsopleidingen worden verwerkt. Uitgaande van onze betrokkenheid spreek ik de hoop uit dat ik aan het eind van deze rede het belang van menslievende professionalisering als uitgangspunt heb kunnen verhelderen, en dat u duidelijk is geworden hoe we hier richting aan willen geven binnen het lectoraat ‘Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking’.

2.1 Mensen met een verstandelijke beperking

In Nederland wonen ongeveer 111.750 mensen met een verstandelijke beperking.³ Het Centraal Plan Bureau geeft aan, dat het aantal mensen met een verstandelijke beperking tot 2020 zal stabiliseren rond 112.000. De definitie van een verstandelijke beperking is over de jaren bijgesteld. Een definitie die louter gebaseerd was op het intellectueel functioneren van een persoon is veranderd in een definitie waarbij adaptief gedrag en behoefte aan ondersteuning is verdisconteerd.^{4,5} In de definitie van de American Association on Mental Retardation (AAMR) is mentale retardatie geformuleerd als een beperking die gekenmerkt wordt door significante tekortkomingen in zowel intellectueel functioneren als in adaptief gedrag, zoals tot uitdrukking komt in conceptuele, sociale en praktische adaptieve vaardigheden. Deze beperkingen vinden hun ontstaan voor het 18^e levensjaar.

Intellectueel functioneren

Volgens de AAMR is er sprake van een beperking in het intellectueel functioneren als duidelijk is dat dit twee deviaties onder het gemiddelde ligt. In de eerdere definities van de AAMR werd een onderscheid gemaakt in niveaus van intellectueel functioneren.⁶ Andere classificatie systemen, zoals DSM-IV hanteren nog steeds een onderverdeling op basis van intelligentie: een lichte verstandelijke beperking (IQ 50 / 55 tot 70 / 75), een matige verstandelijke beperking (IQ 35 / 40 tot 50 / 55), een ernstige verstandelijke beperking (IQ 20 / 25 tot 35 / 40) en een diepe verstandelijke beperking (IQ lager dan 20 / 25).⁷ Aanvullend spreekt de DSM-IV van borderline intellectual functioning bij een IQ van 70 tot 84.

Adaptieve vaardigheden

De AAMR definieert beperkingen in adaptieve vaardigheden als volgt: voor de diagnose van mentale retardatie moeten significante beperkingen in adaptief gedrag worden vastgesteld met behulp van gestandaardiseerde meetinstrumenten. Significante beperkingen worden gedefinieerd als gedrag dat twee standaarddeviaties onder het gemiddelde ligt van of a) één van de volgende drie types van adaptief gedrag: conceptueel, sociaal of praktisch, of b) een totaalscore op een gestandaardiseerd meetinstrument dat conceptuele, sociale en praktische vaardigheden meet.⁴

Onder conceptuele adaptieve vaardigheden wordt verstaan cognitieve, communicatieve en schoolse vaardigheden. Onder sociale adaptieve vaardigheden worden sociale vaardigheden verstaan, zoals contact maken met een ander of omgaan met kritiek. Onder praktische adaptieve vaardigheden worden vaardigheden verstaan die nodig zijn om zelfstandig te wonen en te leven.

In dit nieuwe AAMR-model kunnen we constateren dat het functioneren van een persoon plaatsvindt in een spanningsveld tussen enerzijds zijn of haar competenties (intellectueel functioneren en adaptieve vaardigheden) en anderzijds verwachtingen en eisen van de omgeving. Dit sluit aan bij de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) die eveneens uitgaat van lichamelijk, persoonlijk maar ook maatschappelijk perspectief om ‘gezondheid’ en functioneren van mensen te classificeren.⁸ Kortom, nieuwe en bijgestelde classificatiesystemen zijn eenduidig: het functioneren van een persoon moet worden beschouwd in de context van de maatschappelijke omgeving.

2.2 Maatschappelijke context

Het feit dat we het functioneren van een persoon met een verstandelijke beperking willen zien in de maatschappelijke context heeft een geschiedenis. Van Genneep geeft een overzicht van de ontwikkelingen op het gebied van de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking uitgaande van het defectparadigma, via het ontwikkelingsparadigma naar het huidige burgerschapsparadigma.⁹ In de Nederlandse situatie was er met betrekking tot mensen met een verstandelijke beperking tot 1970 sprake van segregatie: mensen met een verstandelijke beperking woonden ver weg van de maatschappij in aparte grote instituten. Feitelijk werd een persoon met een verstandelijke beperking gezien als een patiënt die verzorgd en behandeld moest worden. Vanaf 1970 deed het ontwikkelingsparadigma zijn intrede: personen met een beperking werden gezien als mensen met mogelijkheden en moesten worden getraind. Een zo normaal mogelijke leefomgeving was het doel, met dezelfde rechten op leven, wonen en werken als iedere andere burger in de samenleving. Als belangrijkste resultaat van dit normalisatieprincipe noemt Van Genneep in zijn oratie de deinstitutionalisatie. Bewoners uit grote instituten zijn op grote schaal in meer genormaliseerde woonvoorzieningen in de samenleving gaan wonen. Daarmee was echter de heersende instituukscultuur binnen kleinschalige groepsvoorzieningen zoals socio-woningen en gezinsvervangende tehuizen niet verdwenen, zo bleek uit onderzoek van Van Genneep; de fysieke integratie kwam wel tot stand, maar de sociale integratie bleef veelal achterwege als gevolg van het instituuksdenken. Het werd duidelijk dat het daadwerkelijk realiseren van maatschappelijke participatie en inclusie van mensen met een verstandelijke beperking een aantal duidelijke uitgangspunten zou vragen. Van Genneep heeft deze verwoord in het burgerschapsparadigma, te weten: gelijkwaardigheid, toegang tot sociaal-economische hulpbronnen, emancipatie, autonomie en keuzevrijheid.¹⁰ Het burgerschapsparadigma is onlosmakelijk verbonden met het concept kwaliteit van bestaan. De kwaliteit van bestaan van mensen hangt af van de mate waarin zij deel kunnen nemen aan beslissingen die het eigen leven betreffen en de mate waarin zij geaccepteerd en geïntegreerd zijn in de plaatselijke gemeenschap.¹¹ Inclusie is dus een belangrijk domein binnen het concept kwaliteit van bestaan en direct gerelateerd aan het burgerschapsparadigma.¹²

Een gevolg van het burgerschapsdenken is dat we steeds meer vanuit het perspectief van het individu met een verstandelijke beperking kijken. Het beleid van overheid en zorginstellingen is er vanaf 1995 op gericht de zorg in de eigen woonomgeving te verlenen en er voor te zorgen dat mensen die zorg nodig hebben – zoals mensen met verstandelijke beperking – zelfstandig kunnen blijven wonen. Er vindt dus een verschuiving plaats van intramurale zorgverlening naar zorg dicht bij huis (extramuralisering). Er wordt gesproken over ‘gewoon waar mogelijk’ en ‘speciaal waar nodig’. Dit betekent, dat mensen met beperkingen niet meer per definitie op instellingsterreinen wonen of in groepsvoorzieningen in een wijk, maar zelfstandig of in een kleine groep in aangepaste woonvormen in de samenleving. Deze vermaatschappelijking is op beleidsniveau verder vorm gegeven door de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) die op 1 januari 2007 van kracht is geworden, met als doel te bevorderen dat mensen actief deelnemen aan de samenleving. De overheid verwacht van de burgers dat zij zelf op zoek gaan naar ondersteuning. Deze ondersteuning zal eerst worden gezocht in het eigen sociale netwerk, de buurt of de wijk, maar wanneer daar geen ondersteuning geboden kan worden, dan kan een beroep worden gedaan op de lokale overheid. De Wmo heeft een aantal veranderingen met zich meegebracht. Het landelijk lectorenplatform Zorg en Welzijn heeft een manifest uitgebracht waarin de belangrijkste veranderingen worden besproken, te weten 1) de nadruk op de marktwerking in de zorg en 2) het verleggen van meer verantwoordelijkheid voor de ondersteuning naar het informele circuit.¹³ Wat betekent deze nieuwe wetgeving voor mensen met een verstandelijke beperking? Zijn er risico's? Een gevolg van vermaatschappelijking is immers dat mensen met een verstandelijke beperking steeds vaker zelfstandig in de wijk wonen, wat zou kunnen leiden tot meer keuzevrijheid en autonomie. Hoewel dat een prachtig streven is, kleven er aan deze vorm van zelfstandigheid ook nadelen. Zo hebben veel mensen met een verstandelijke beperking een klein sociaal netwerk, waardoor integratie in de samenleving moeilijk tot stand komt. Een belangrijk ander risico is dat er vooralsnog een beperkt aantal mensen is dat de zorg en verantwoordelijkheid voelt hen te helpen en waar nodig te ondersteunen.

2.3 Beroepskrachten in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking

Mensen met een verstandelijke beperking hebben nadrukkelijk behoefte aan ondersteuning. Soms kan die door hun eigen sociale netwerk worden gegeven, maar in de meeste gevallen moet er een beroep gedaan worden op het sociale vangnet van professionele zorg. Vermaatschappelijking van de zorg betekent ook dat er anders naar de professional wordt gekeken: “Het oogmerk van het handelen van de professional is niet meer zozeer het toepassen van zijn kennis en vaardigheden om het medisch, psychologisch of sociaal ‘functioneren’ van mensen met een verstandelijke beperking te ‘optimaliseren’. De professional dient, na en in overleg met de betrokkenen, deze met zijn kennis, ervaring en inzet beter

in staat te stellen een goed bestaan te leiden, gebaseerd op diens eigen keuzes.”¹⁴ Voor de betreffende instellingen en hun medewerkers betekent het proces van vermaatschappelijking een verschuiving van zorg binnen de instelling naar zorg in de lokale samenleving. Aandacht voor zorg en behandeling verschuift naar begeleiding en ondersteuning bij zelfredzaamheid en sociale participatie. Deze voor instellingen en medewerkers ingrijpende verandering leidt tot samenwerking met andere actoren, zoals woningcorporaties, welzijnsorganisaties en buurtbewoners. Meer en meer is het van belang dat de beroepskracht leert omgaan met externe en interne netwerken en kennis deelt met andere hulp- en zorgverleners, mantelzorgers, vrijwilligers en burgers die van betekenis zijn voor de mens met een verstandelijke beperking. Sommigen spreken van de beroepskracht als persoonlijke plan- en/of netwerkontwikkelaar voor de cliënt. Wat we vragen van deze beroepskracht is geen eenvoudige opgave: aandacht voor de hele mens achter de steeds grotere differentiatie aan zorgvragen, die door vele professionals vanuit hun eigen specialisme, vaak werkend vanuit verschillende organisaties, beantwoord worden. Deze constatering heeft niet alleen consequenties voor de praktijk, maar ook voor de opleidingen. Binnen de opleidingen is het van belang dat we:

- 1 beroepskrachten bewust maken van de grenzen aan de formele zorg en het stijgende belang van informele zorg;
- 2 kennis over sociale interventies aanreiken die informele zorg faciliteren;
- 3 studenten stimuleren om te gaan samenwerken over de grenzen van hun eigen discipline teneinde de ontwikkeling te bevorderen van een integrale benadering van participatievraagstukken;
- 4 studenten stimuleren om in markttermen te denken, hun meerwaarde te verkopen in een omgeving van lokaal sociaal beleid waar meer met aanbestedingen gewerkt gaat worden.¹³

Graag voeg ik daar nog een laatste, naar mijn mening belangrijkste, aandachtsgebied aan toe:

- 5 studenten coachen in de noodzakelijke aandachtige betrokkenheid voor een verstandelijk beperkte persoon als geheel.

De zorg in een afgeschermd residentieel omgeving zal waarschijnlijk niet geheel verdwijnen, omdat er cliënten zijn voor wie zelfstandige woonvormen en reïntegratie in de samenleving geen verantwoorde optie is. In die setting zullen beroepskrachten meer specialistische competenties nodig hebben met een hoger competentieniveau. Aansluitend op deze ontwikkelingen is de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) reeds in 2006 gestart met het Raamwerk specialistische opleidingen, met als doel te komen tot een gemeenschappelijk kader waarmee ze kennis en informatie kunnen uitwisselen. Recentelijk is als resultaat bijvoorbeeld het competentieprofiel (SG)LVG opgesteld, waar wordt voortgebouwd op de eerder genoemde basisprofielen. Hierin zijn vier nieuwe competenties

uitgewerkt die aanvullend als specialismen nodig zijn in het werken met mensen met een lichte verstandelijke beperking en gedragsproblemen.

Al met al vormen de veranderingen in de zorg geen eenvoudige opgave voor beroepskrachten om mee om te gaan. We zijn snel geneigd te praten over nieuwe competenties die we moeten beschrijven, vanwege implicaties van de vermaatschappelijking enerzijds en te ontwikkelen specialismen anderzijds. Mijns inziens lopen we echter het risico ons te verliezen in een schijnzekerheid wanneer we competenties die nodig zijn in het ondersteunen van mensen met een verstandelijke beperking oneindig uitbreiden en specificeren, afhankelijk van de complexiteit van de hulpvraag, mogelijke gedragsproblemen en de context waarbinnen de ondersteuning vorm moet krijgen. We kunnen even zoveel energie stoppen in procedures om na te gaan of we de taken en opgaven die bij een competentie horen ook daadwerkelijk uitvoeren. Er is een zeker risico dat procedures en processen een doel op zich worden, terwijl het instrumenten moeten zijn. Instrumenten die ons een handelingskader bieden waarbinnen we de uitdaging aangaan ons daadwerkelijk af te stemmen op de individuele zorgvraag van iedere unieke medemens.

Volgens steeds meer ethici verhuult de terminologie van ‘autonomie’ en ‘zorgvragen’ een schrijnende ongelijkheid in de zorgsituatie.^{15,16} Tegenover de term zorgvraag kan de term aandachtige zorg worden geformuleerd als uitgangspunt voor de menslievende professional.¹⁷ De beschreven ontwikkelingen in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking leiden namelijk niet alleen tot organisatorische en beleidsmatige veranderingen, maar ook tot het nadenken over consequenties voor menselijke verhoudingen. Een centraal thema wat ik benoemde vanuit het burgerschapsdenken is het dilemma van ruimte geven voor zelfbeschikking enerzijds en bieden van bescherming en professionele begeleiding anderzijds. Wanneer gaan we voor de ander zorgen? Waartoe gaan we een mens met een verstandelijke beperking professioneel ondersteunen en begeleiden? Wat is eigenlijk het doel en de zin van deze hele onderneming? Is dat ‘mankementen’ en ‘verstoringen’ verhelpen? Of is het een kader scheppen van betrokkenheid waarin de mens met een verstandelijke beperking zo gelukkig mogelijk kan leven. Het defectparadigma en het ontwikkelingsparadigma hadden als risico dat mensen met een verstandelijke beperking niet zelf een keuze mochten maken. Het burgerschapsparadigma doet wellicht een te sterk beroep op de persoon met een verstandelijke beperking en zijn sociale netwerk; zij moeten, aangemoedigd door wetgeving (bijv. Wmo), zelf keuzes maken. Het paradigma doet een groot beroep op diens status als rechtssubject (burger) en daarom op diens keuzevrijheid en recht op zelfbeschikking. De vraag is echter of dit wel altijd zo menslievend is?

Het is wezenlijk om de kracht van het burgerschapsparadigma te behouden, namelijk dat het de mens met een verstandelijke beperking zelf is die mede sturing mag geven aan het eigen leven, en die zelf mag zeggen wat er voor hem of haar het meest toe doet. Het irreële, en daarmee risicovolle, is echter dat het burgerschapsparadigma een zeer eenzijdig beroep doet op sturen, kiezen en beslissen. Het laat iets wezenlijks weg, wat juist typerend is voor een mens met een verstandelijke beperking, namelijk het feit dat het sturen, kiezen en beslissen, maar ook het stellen van een hulpvraag helemaal niet gemakkelijk is voor iemand met een verstandelijke beperking. Diens afhankelijkheid en het feit dat hij of zij netwerken van mensen nodig heeft (familie en professionals) om te kunnen leven en te functioneren in de maatschappij is een belangrijk gegeven. Zoals reeds eerder opgemerkt, is er echter vaak een beperkt sociaal netwerk en zijn lang niet alle mensen uit het netwerk in staat de mens met een beperking ook daadwerkelijk te ondersteunen. Burgerschap betekent niet dat een mens zo onafhankelijk mogelijk moet zijn, maar veeleer dat hij of zij samen met de hulpverlener beslissingen moet nemen om een antwoord te vinden op zijn of haar hulpvraag. Ondersteuning en ontplooiing vormen sleutelbegrippen in het functioneren van een goede professional die vorm geeft aan het burgerschapsparadigma in de praktijk.¹⁸ De rol van de professional beschouwend impliceert het burgerschapsparadigma

echter ook dat zij van betrokken en ondersteunende medeleven worden gemaakt tot op afstand geplaatste observatoren die erop moeten letten of het goed gaat en alleen noodhulp moeten verlenen. Betekent het burgerschapsparadigma dan dat de professional moet wachten op een hulpvraag van de cliënt ongeacht de omstandigheden? Of rechtvaardigen juist de omstandigheden dat er sprake is van een actief ondersteuningsbeleid? Het is en blijft de taak van de hulpverlener om het recht van cliënten op goede, verantwoorde zorg te eerbiedigen. Hierbij dient de ondersteuning aangepast te worden aan de individuele hulpvraag en de mogelijkheden van een cliënt. Dit vraagt om een zelfbewuste professional die proactief kan handelen en die – mits het de ontwikkeling van een cliënt ten goede komt – ingrijpen in diens vrijheid als gerechtvaardigd ziet.¹⁸ Vanuit de zorgethiek wordt autonomie als een groot goed gezien, maar tegelijkertijd wordt er gewezen op het gevaar van de eenzijdige overwaardering ervan, waardoor verbondenheid als waarde niet meer telt. Een tweede gevaar is gelegen in zogenaamde pseudo-autonomie: de mens met een verstandelijke beperking heeft een zogenaamde keuzevrijheid. Een voorbeeld hiervan is de mens met een verstandelijke beperking die zijn intrek neemt in een nieuwe woonvoorziening met een eigen appartement. Sommige bewoners zijn niet in staat de kraan van het bad zelf te bedienen en wassen zich aan de wastafel. Professionals schieten niet te hulp, want dit onvermogen wordt betiteld als ‘een stukje autonomie’.

Wanneer we de risicovolle implicaties van een aantal actuele maatschappelijke uitwerkingen van het burgerschapsparadigma beschouwen, kunnen we niet heen om de wijze waarop de organisatie van zorg in Nederland als antwoord hierop wordt vormgegeven. Niet alleen de concrete vormgeving van het zorgaanbod, maar ook de positie en taakstelling van de professional verdienen aandacht. Het belang van bijvoorbeeld ‘samenwerking’ en ‘betrokkenheid’ wordt nog duidelijker wanneer we te maken hebben met complexe problematiek. Een sprekend voorbeeld zijn licht verstandelijk beperkte en zwakbegaafde kinderen en jongeren met ernstige gedragsproblemen, wiens problemen zich vaak afspelen op het grensvlak van psychiatrie, jeugdzorg, justitie en gehandicaptenzorg. Hun complexe en/of urgente hulpvragen blijken vaak niet binnen het bestaande zorgaanbod beantwoord te kunnen worden. Als coördinator van een Meldpunt LVG heb ik veelvuldig met deze jongeren en hun vaak schokkende verhalen te maken gehad. Zij hadden allen in ieder geval één duidelijke overeenkomst: er was sprake van een vastgelopen situatie voor betrokkenen en er was geen perspectief. De hulp was inadequaat, ontoereikend en niet passend. In het artikel ‘Nergens thuis’ hebben collega Grimbeldu Bois en ik nadrukkelijk onze bezorgdheid hierover uitgesproken en gewezen op de schijnbaar paradoxale werking van nieuwe ordeningsprincipes als ‘taakverdeling’, ‘toegangscodes’ en ‘doelgroepen’. We hebben de vraag gesteld of verbeteringen gericht zijn op inhoud of juist op de vormgeving (organisatie) van de hulpverlening.¹⁹ De bezorgdheid richtte zich met name op het gebrek aan innovatie en creativiteit om tot antwoorden te komen die aansluiting vonden bij de jongere met een lichte verstandelijke beperking en meervoudige problematiek. Samenwerkingsverbanden en noodzakelijke netwerkvorming ten behoeve van het ont-

wikkelen van goede programma's en aanbod voor kinderen en jongeren met meervoudige hulpvragen (lees: circuitoverstijgende hulpvragen) staan vaak als eerste onder druk wanneer instellingen niet langer voor de financiering garant kunnen staan, omdat zij worden afgerekend op directe (face-to-face) zorg aan eigen individuele cliënten. Innoveren past niet in vaste protocollen en van tevoren beschreven producten en processen. Zo wordt de laatste tijd ook in toenemende mate kritiek geuit op beleidsmatige keuzes om de kosten in de gezondheidszorg inzichtelijk te krijgen door invoering van bijvoorbeeld diagnose-behandelingcombinaties (DBC). Het belang inzicht te krijgen in kosten is evident, maar de vraag is hoe? Met name vanuit de GGZ zijn acties in gang gezet, omdat professionals steeds meer het gevoel krijgen dat de zorg niet meer draait om de mens, maar om productie, procedure en profilering. De druk om zo snel mogelijk een diagnose te stellen en zo kort mogelijk te behandelen, ziet men als onwenselijk voor de vaak complexe problematiek. Het opbouwen van het vertrouwen door aandachtige betrokkenheid tussen zorgverlener en cliënt wordt ernstig bemoeilijkt. Om zorg daadwerkelijk af te kunnen stemmen op iedere medemens is aandachtige betrokkenheid wel cruciaal.²⁰ Zorgen is wezenlijk veel meer dan een zorgverrichting plegen, al behoort de vakkundige verrichting wel tot datgene wat van een professional verwacht mag worden. Echter, wanneer de professional de vakkundige competentie tot het hoogste en ultieme doel verheft, verliezen we de essentie uit het oog. Verrichtingen als diagnoses stellen, behandelen en verplegen gebeurt in een ruimer kader van de menselijke betrekking waarin de professional probeert iemand bij te staan. Dit laatste gebeurt vanuit menslievendheid en aandachtige betrokkenheid: betrokkenheid en bereidheid om kunde en kennis iedere dag opnieuw aan te wenden voor wie dan ook.²⁰ Professionaliteit op basis van menslievendheid is zorgen voor de ander op basis van een medemenselijke betrekking; het is praktisch inspelen op iemands afhankelijkheid. Een verrichting is weliswaar vast te leggen, de menselijke betrekking minder gemakkelijk. De vraag is: mag dit ook een uitwerking zijn van de vermaatschappelijking van de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking?

Vanuit de zorgethiek is de laatste jaren gewezen op de schijnbare autonomie van mensen die afhankelijk zijn van zorg maar als klant worden aangesproken. Het is de vraag of de term zorg – of hulpvraag niet misleidend is: mensen met een verstandelijke beperking hebben een zorgbehoefte omdat ze afhankelijk zijn. Iemand die zorgafhankelijk is, is een kwetsbare medemens en geen autonome klant. Professionals lijken te worden geïnstrueerd om louter op hulpvragen te reageren. En precies daar zit een probleem, want alleen een verbale, cognitief te beredeneren hulpvraag wordt snel als geldig erkend. Bovendien komen de meeste hulpvragen in de zorg voor verstandelijk beperkten heel anders tot stand: ouders stellen de hulpvraag of de persoon met een verstandelijke beperking stelt die zelf, non-verbaal door én in heel zijn gedrag. De hulpvraag wordt dan als het ware 'afgelezen' door de professionals. Een 'goed gesprek' is onvoldoende en het aflezen gebeurt door middel van de relatie. Deze relatie wordt echter ondermijnd, omdat professionals 'op afstand' opereren, hetgeen een belangrijk risico vormt in de huidige zorgverlening en

organisatie. Om de zorgsituatie in alle helderheid te analyseren is het tijd voor minder aandacht voor paradigma's en beheersbaarheid en meer aandacht voor het primaire proces. We kunnen in deze zorgsituatie onderscheid maken in: aandacht (om zorg te onderkennen), verantwoordelijkheid (om zich aangesproken te voelen), competentie (om met een vraag om te weten gaan) en responsiviteit (om zich te realiseren dat het niet om eenrichtingsverkeer gaat, maar om gezamenlijkheid).²¹ Aandacht voor het primaire proces kan door de zorgethiek toe te passen, hetgeen betekent dat we patronen van betrokkenheid gaan onderzoeken, interacties onder de loep nemen, de betekenis van gevoelsmatige binding meewegen en niet uitzonderlijke situaties aangrijpen voor nieuwe regelgeving of beleid. Een voorbeeld van een dergelijke toepassing is de presentiebenadering.²² Kenmerkend voor deze benadering is een professional die er is voor de ander en aansluit op zijn of haar leefwereld en levensverhaal. De presentietheorie van Baart is gebaseerd op onderzoek dat hij verrichtte naar het werk van pastores in de oude wijken in Utrecht. In de presentietheorie gaat *wie je voor een ander bent* vooraf aan *wat je voor een ander doet*. Volgens Baart is de concrete vraag van mensen in de zorg als volgt te formuleren en op te delen: 'telt het (1) voor jou (2) dat dit (3) hier (4) bij mij/aan mij (5) almaar weer (6) zo gaat (7), pijn doet (8) en stoppen moet (9).' Pas bij de 8^e en 9^e 'laag' is er sprake van een directe hulpvraag. Mensen beginnen echter niet met het stellen van die hulpvraag.

De presentietheorie kan als voorbeeld dienen om zorgethiek toe te passen in meer chronische zorgsituaties. Naast het gebruikelijke interventieaanbod (d.w.z. het effectief ingrijpen en verhelpen van een probleem) kan een presentiebenadering wenselijk zijn. De presentiebenadering is een voorbeeld van een manier die aanknopingspunten kan bieden om tegenwicht te geven aan eerder genoemde ongewenste uitwerkingen van de vermaatschappelijking van zorg gerelateerd aan onze doelgroep. Nadruk ligt hier immers op het aangaan van een relatie en oprecht contact maken met een mens en pas vandaar uit handelingen of interventies uitvoeren. Het is een voorbeeld van een benadering om richting te geven aan menslievende professionalisering, die meer moet zijn dan alleen de mentaliteit van individuele professionals. Ook in visieontwikkeling en zorgsystemen is het van belang uit te gaan van de menselijke betrekking alvorens over te gaan tot interventies en acuut handelen. Kwaliteitsmetingen, protocollen en procedures voor professionals, alsook het nastreven van autonomie en keuzevrijheid van mensen met een verstandelijke beperking, krijgen pas waarde als ze ingezet worden binnen menselijke betrekkingen. Anders loopt dit het risico een doel op zich te worden.

In Nederland werken professionals in de zorg vanuit veel verschillende beroepsgroepen, zoals sociaal-pedagogische hulpverleners, verpleegkundigen, verzorgenden, maatschappelijk werkers, logopedisten, fysiotherapeuten, orthopedagogen, GZ-psychologen en artsen verstandelijk gehandicapten. Het is evenwel evident dat het in de eerste plaats de begeleiders zijn die voor de cliënten en hun verwanten het gezicht van de zorgverlening zijn; met hen hebben zij in het dagelijks leven te maken. De wijze waarop zij omgaan met iedere cliënt afzonderlijk is van doorslaggevend belang voor de kwaliteit van de zorg en de beleving door de cliënten. In de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is er echter grote zorg om het krijgen en behouden van voldoende deskundig personeel, zo blijkt uit twee recente rapporten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).^{23,24} Volgens de IGZ is er sprake van deskundig personeel, wanneer men in staat is om de gevraagde ondersteuning te bieden aan mensen met een verstandelijke beperking. De organisatie dient hiertoe voorwaarden te scheppen en duidelijk te zijn welke eisen worden gesteld aan het handelen, zodat medewerkers bevoegd en bekwaam zijn en blijven – zowel qua opleiding, scholing en ervaring als qua attitude en bejegening – en dat getoetst wordt of de medewerkers handelen volgens de richtlijnen/afspraken. Ook bij deze eis van de IGZ is het verleidelijk ons te richten op het toetsen of interventies conform richtlijnen worden uitgevoerd. Uiteraard zijn dit aspecten van de kwaliteit van zorg, richtlijnen geven houvast, maar weten wij wel voldoende over wat mensen met een verstandelijke beperking en hun ouders nodig hebben om een optimale kwaliteit van leven te kunnen realiseren? Toetsen heeft immers pas zin wanneer we hier helderheid over hebben. En wat hebben (aanstaande) begeleiders nodig om adequate zorg en begeleiding van mensen met een verstandelijke beperking te kunnen bieden?

4.1 Wat maakt iemand tot een goede professional?

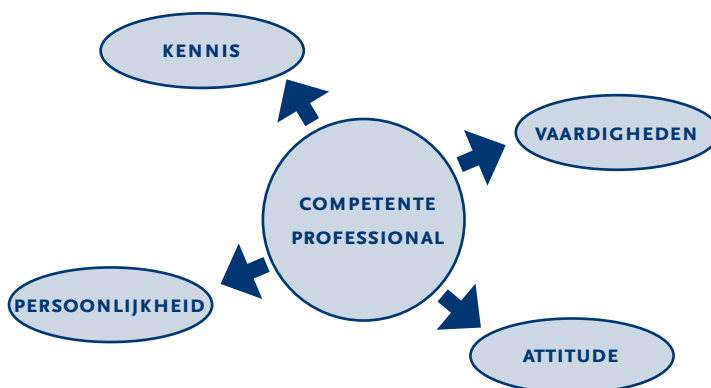
In de discussies rondom noodzakelijke competenties en professionalisering van beroepskrachten in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking staat allereerst de vraag centraal aan welke kwaliteitseisen professionele hulpverlening moet voldoen. Het handelen van een professional is onder meer op *evidence based* kennis, maar vaak ook op *practise based evidence* gebaseerd die binnen een geformaliseerde opleiding wordt verworven. Dit handelen vindt plaats binnen kaders (beroepscode, beroepsprofiel, protocollen en klachtenregelingen) die door de beroepsgroep, branche en/of overheid worden bepaald, met een eigen autonomie en verantwoordelijkheid en wordt mede gekenmerkt door reflectie, systematisering van ervaring, intervisie, bijscholing en het streven

naar kwaliteitsverbetering.¹⁴ Dit geeft ons een context, maar geeft nog geen antwoord op de vraag wat iemand tot een goede professional maakt. In lijn met toenemende geluiden vanuit met name de zorgethiek, namelijk dat zorg uit zou moeten gaan van aandachtige betrokkenheid, wordt professionaliteit niet langer alleen geassocieerd met vakkundigheid, maar ook met zorgvuldigheid en het serieus nemen van de cliënt. Het stimuleren van een kritische grondhouding van hulpverleners en de nadruk op een reflexieve verhouding tot hun professionaliteit, krijgen steeds meer prioriteit.²⁵ Ook zijn er auteurs die juist nadruk leggen op menselijke, interactieve competenties en die het betrekkningsniveau essentieel vinden.²⁶ Binnen de onderwijskunde worden deze persoonlijke kwaliteiten vaak aangeduid als kernkwaliteiten. Een kernkwaliteit is één van de positieve eigenschappen die een persoon karakteriseert: is iemand betrokken? Bezit iemand daadkracht? Is iemand flexibel? Is iemand optimistisch van aard? Competenties worden daarentegen vaak beschreven als meer technisch-ambachtelijke vaardigheden: kan iemand een sociale vaardigheidstraining uitvoeren? Is iemand in staat een ondersteuningsplan te schrijven? Voor een goede beroepsuitoefening zijn zowel kernkwaliteiten als competenties belangrijk.²⁷

In het ‘Landelijk competentieprofiel van de beroepskrachten primair proces gehandicaptenzorg’ worden verschillende competentiegebieden benoemd. Allereerst wordt vakkennis gezien als belangrijke input voor het handelen van de beroepskracht. De beroepskracht wordt omschreven als een generalist, die snel inzicht heeft in de leefsituatie van de cliënt, een goede analyse van knelpunten en mogelijkheden maakt en die een situatie op methodische wijze kan beïnvloeden. Belangrijke vaardigheden die daarnaast gevraagd worden van de professional zijn het op een actieve en toegankelijke wijze contact kunnen leggen, hebben en onderhouden met cliënten en hun naasten. Essentiële houdingsaspecten zijn het zich kunnen inleven in de situatie van cliënten, hen respectvol benaderen en het goed kunnen hanteren van ethische zaken. In het rapport ‘Klaar voor de Toekomst’ wordt binnen de vernieuwde beroepenstructuur Zorg en Welzijn de wenselijke attitude van beroepskrachten beschreven in termen van kernkwaliteiten: betrokkenheid, empathie, assertiviteit, representativiteit en integriteit.²⁸

Attitude en persoonlijkheidskenmerken zijn lastig te meten en te beïnvloeden, maar de relatie met de kwaliteit van zorg is aantoonbaar aanwezig. Begeleiders handelen vanuit een bepaalde houding.^{29,30} Ten aanzien van de pedagogische houding is een aantal aspecten van belang, namelijk jezelf blijven, het accepteren van de persoon achter het gedrag, een vriendelijk zakelijke/persoonlijke houding en zorg. Het pedagogisch handelen bestaat uit het stellen van grenzen, helderheid in handelen en het volgen en bevestigen van initiatieven. Houding en handelen samen bepalen de relatie tussen begeleiders en cliënten. Er zijn onderzoekers die aangeven dat een groot deel van de effectiviteit van de hulpverlening niet zozeer door interventies bepaald wordt, maar in grote mate door de relatie tussen cliënt en hulpverlener of begeleider. Een goede begeleider combineert professionele vaardigheden, zoals toezicht houden en doelen stellen en evalueren, met een aantal persoonlijke kwaliteiten, zoals betrouwbaar en geïnteresseerd zijn. Ten aanzien van de werkrelatie worden per-

soonlijke kenmerken van de hulpverlener onderscheiden van de toepassing van technieken. Hulpverleners die flexibel, ervaren, eerlijk, respectvol, betrouwbaar, zeker, geïnteresseerd, alert, vriendelijk, warm en open zijn weten een kwalitatief goede werkrelatie op te bouwen. De door hulpverleners toegepaste technieken om tot een dergelijke relatie te komen, hebben vooral te maken met gesprekstechnieken, zoals exploreren, reflecteren, diepgang creëren, ondersteunen, benadrukken van successen, accuraat interpreteren, vergemakkelijken van gevoelsuitingen, actief luisteren, bevestigen, begrip tonen en aandacht hebben voor ervaringen van cliënten.³¹ Een vergelijkbaar onderscheid wordt gemaakt in werkzame factoren bij een begeleider in bejegening en specifieke hulpverleningstechnieken.³² De juiste bejegening wordt als voorwaardenscheppend gezien voor het goed uitvoeren van specifieke interventies. Dit betekent dat het resultaat van een specifieke interventie gericht op het aanleren van vaardigheden bij de cliënt bepaald wordt door de manier waarop de begeleider met de cliënt omgaat. Bij sommige cliënten kan een directieve begeleider meer tegenwerking oproepen dan een begeleider die de regie meer bij de cliënt zelf legt. Onderzoek binnen de psychotherapie maakt duidelijk dat de persoon van de hulpverlener een grotere invloed op de uitkomst van behandeling heeft dan welke specifieke behandeling dan ook.^{33,34,35} Begeleiders worden met name gewaardeerd wanneer zij een positieve houding hebben, naar je luisteren, je serieus nemen, je proberen te begrijpen, aandacht en tijd aan je besteden, open en eerlijk zijn, gezag hebben, praktische hulp bieden en te vertrouwen zijn. Wanneer er bovendien sprake is van meervoudige problematiek, zoals een verstandelijke beperking en gedragsproblemen, is de manier waarop begeleiders omgaan met behandelafspraken en de wijze waarop zij communiceren met cliënten zelfs van invloed op de ontwikkeling en het voortduren van het gedrag.³⁶ Ook corrigerende feedback en een negatieve houding van begeleiders is van invloed op mogelijke gedragsproblemen.³⁷ Wanneer begeleiders zich bedreigd voelen door het gedrag van hun cliënten, is de kans dat begeleidingsafspraken correct worden uitgevoerd aanzienlijk kleiner.³⁸



Figuur 1 De competentiegebieden van een professional

In onderzoekspublicaties en in de praktijk wordt competent handelen en het begrip competentie verschillend gedefinieerd, hetgeen onder meer samenhangt met het al dan niet rekenen van attitude en persoonlijke kwaliteiten (ook wel kernkwaliteiten genoemd) tot het concept competenties. Deze verschillen zijn te herleiden tot verschillen in visie. Vinden we een goede professional iemand die louter vaktechnische kwaliteiten laat zien of juist iemand die ook zijn persoonlijke kwaliteiten in kan zetten? Kennis en vaardigheden kunnen we toetsen en op relatief eenvoudige wijze trainen; attitude en persoonlijkheidskenmerken zijn lastiger te evalueren en te beïnvloeden. Echter, wanneer we uitgaan van de relatie en de persoonlijke betrekking tussen hulpverlener en een mens die zorgafhankelijk is, dan zijn het vooral deze kwaliteiten die van invloed zijn op contact maken, afstemmen op de ander, een betrekking of relatie aangaan en deze onderhouden. Vervolgens zijn kennis en vaardigheden van belang bij de uitvoering van de handelingen dan wel de interventies. Gesteund door steeds meer onderzoeksliteratuur waaruit blijkt dat kennis, vaardigheden, attitude en persoonlijke eigenschappen wel trainbaar en veranderbaar zijn, geef ik er de voorkeur aan competenties van beroepskrachten te omschrijven als een optelsom van deze gebieden, zonder daarin een hiërarchie aan te brengen (zie Figuur 1). De competente professional zal van alle competentiegebieden gebruik moeten maken.

4.2 Training en coaching van professionals

De interesse in het geven van training en coaching aan professionals in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is de afgelopen jaren gegroeid. In de praktijk zien we een groeiend aanbod aan workshops en cursussen die door instellingen zelf of door externe bedrijven worden verzorgd. Binnen het wetenschappelijk onderzoek is de laatste decennia gezocht naar verklaringen voor het handelen van begeleiders en zijn trainingstrategieën ontwikkeld. Het model van Weiner geeft ons een kader om het handelen van begeleiders in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking te verklaren.^{39,40} Het geeft daarmee richting aan te ontwikkelen trainingen. Geloven begeleiders dat een verstandelijk beperkte cliënt zijn of haar gedrag zelf controleert, dan ervaren zij meer negatieve emoties en bieden zij minder hulp dan wanneer ze geloven dat de cliënt geen controle heeft over het gedrag. We weten inmiddels ook dat negatieve emoties bij begeleiders zoals verdriet, angst en wanhoop kunnen leiden tot het vermijden van de cliënt.^{41,42} Incorrect handelen van begeleiders in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking wordt tot slot ook veroorzaakt door kennistekort.⁴³ Dit zijn enkele relevante onderzoeksbevindingen die duidelijk maken dat effectieve trainingen zich zullen richten op attributies, emoties en kennis van begeleiders.

Verandering in gedrag en handelen is mogelijk door training en coaching van begeleiders.⁴⁴ De kwaliteit van scholing en training van begeleiders is de laatste decennia onderwerp van een reeks van studies geweest.^{45,46} De focus lag hier voornamelijk op beschikbare

kennis en vaardigheden, wat paste bij de maatschappelijke trend van groeiende differentiatie van zorgvragen en zorgaanbod. Er was immers behoefte aan ontwikkeling en uitbreiding van kennis en vaardigheden op deelgebieden.

Ik geef een paar voorbeelden van trainingen die laten zien wat effectieve procedures zijn die een potentiële bijdrage leveren aan scholing van studenten en professionals. Binnen de theoretische stroming van het Organisational Behavior Management (dit is verandering van gedrag van mensen in organisaties) zijn verschillende procedures ontwikkeld om gedrag en handelen van begeleiders effectief te beïnvloeden. Deze procedures zijn onder te verdelen in antecedente en consequente procedures, zelfmanagement procedures en combinaties van deze procedures. Antecedente procedures, zoals instructie en rollenspel, bestaan uit het geven van informatie en worden uitgevoerd voordat gedrag kan optreden. Hierbij kunnen we denken aan een duidelijke beschrijving van taken en verantwoordelijkheden, zodat iedere professional weet wat van hem verwacht wordt. De professional krijgt eerst duidelijk uitleg en wordt geïnstrueerd in de uitvoering van bijvoorbeeld een sociale vaardigheidstraining en/of hij oefent in een rollenspel voordat de training daadwerkelijk wordt uitgevoerd. Consequente procedures worden juist uitgevoerd na het vertonen van bepaald gedrag, bijvoorbeeld het geven van complimenten of corrigerende feedback. Bij zelfmanagement, ten slotte, wordt gedrag van begeleiders beïnvloed door procedures waarbij de begeleider zijn of haar eigen gedrag identificeert en controleert. Zelfmanagement vindt bijvoorbeeld plaats wanneer de professional zelfregistratielijsten invult over bepaalde handelingen na afronding van een dienst. Het is van belang dat er gebruik wordt gemaakt van interactieve technieken. Actieve deelname door studenten of begeleiders aan een training resulteert namelijk in grotere gedragsveranderingen dan passieve deelname.⁴⁷ Gedragsverandering bij begeleiders is het grootst gebleken wanneer antecedente technieken gecombineerd worden met consequente technieken als inhoudelijke, directe of videofeedback.⁴⁸ Daarnaast blijkt met name het geven van feedback aan medewerkers zeer effectief te zijn in het realiseren van gedragsveranderingen. Het gebruik van feedback hebben we in een reeks van onderzoeken uitgewerkt door begeleiders videofeedback te geven over hun begeleiding van jongeren met een lichte verstandelijke beperking.^{49,50,51} Door op interactieve wijze met begeleiders naar video-opnamen te kijken en deze te bespreken, werd er adequater gehandeld. De resultaten toonden een duidelijke verbetering in het percentage correct uitgevoerde behandelafspraken.

Uit een meta-analyse blijkt dat ook een zorgvuldige afweging en keuze van trainingsdoelen van belang is, evenals het trainingsformat en de technieken die gebruikt worden om verbetering in handelen te bewerkstelligen.⁵² Een belangrijk onderscheid in het format is het uitvoeren van een in-service training dan wel coaching on the job. Deze laatste vorm krijgt steeds meer bijval vanuit het idee dat kennis en vaardigheden niet vanzelfsprekend hoeven aan te sluiten bij vragen en problemen die de beroepsbeoefenaar in het dagelijks werk tegenkomt. Dat betekent dat er ruimte voor oefening moet zijn op de werkplek, maar ook dat er ondersteuning en stimulans bij het oefenen moet worden geboden in de

vorm van bijvoorbeeld coaching on the job. In de door ons uitgevoerde meta-analyse (502 N=1 designs) zijn telkens drie trainingsonderdelen geanalyseerd in relatie tot het verbeteren van het handelen van begeleiders:

- het doel van de training,
- het format waarin de training gegeven wordt,
- de scholingstechnieken die in de training worden toegepast.

Wat bleek? Vaardigheden van begeleiders die niet direct tot doel hebben om gedrag of vaardigheden van de cliënt te verbeteren (bijv. het schrijven van een ondersteuningsplan) worden effectiever getraind dan doelen die verandering bij de cliënt nastreven en meer een beroep doen op intentioneel handelen (bijv. een cliënt ondersteunen bij deelname aan een sociale activiteit). In het geval van een in-service training is een pakket van technieken (bijv. instructie, oefenen en feedback) effectiever dan het gebruik van slechts één techniek (alleen instructie). En tot slot wordt in elk geval geadviseerd feedback te gebruiken.



Trainingsbijeenkomst Begeleiders in Beeld

De resultaten van genoemde studies laten een aantal effectieve trainingsvariabelen zien die een potentiële bijdrage kunnen leveren aan scholing van studenten en professionals. Graag kom ik in het laatste deel van mijn rede terug op de concrete toepassing hiervan binnen de onderzoekslijnen van het lectoraat ‘Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking’. Ze omvat het toepassen van training en coaching op de verschillende competentiegebieden met als doel vanuit afstemming, aandachtige betrokkenheid en de relatie (attitude en persoonlijkheid) te komen tot effectieve interventies (kennis en vaardigheden).

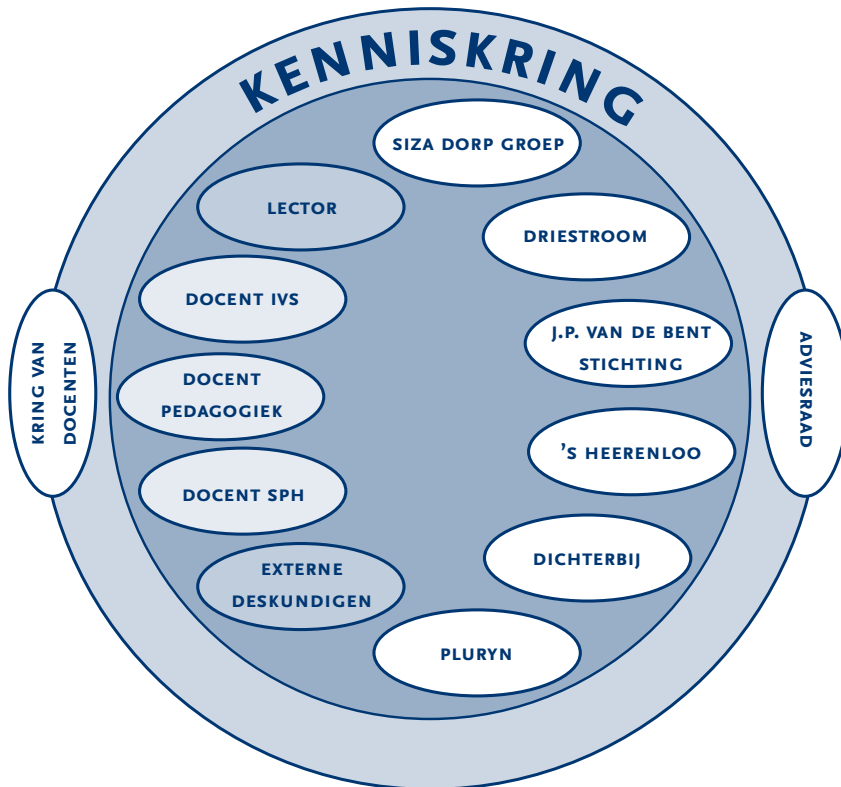
5.1. Het lectoraat

De relaties tussen kennisinstituten en de beroepspraktijk worden steeds intensiever, hetgeen moet resulteren in een betere kwaliteit van de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. De kennisinstituten en de beroepspraktijk willen meer uitwisseling van kennis en gericht samenwerken aan de ontwikkeling van nieuwe inzichten en producten. Instellingen ontwikkelen eigen expertise, professionals worden in de gelegenheid gesteld om zich verder te scholen (onder andere opleiding tot verpleegkundig-generalist, gz-psycholoog en arts verstandelijk gehandicapten), regionale consulententeams zijn omgevormd tot Centra voor Consultatie en Expertise en ook hogescholen en lectoraten sluiten daar prima bij aan met hun ambities op het gebied van praktijkgericht en toegepast onderzoek. De lectoraten werken in de regio intensief samen met zorginstellingen. Binnen de lectoraten wordt gewerkt aan de ontwikkeling van meer *evidence-based practice* in zorginstellingen en zorgnetwerken en aan meer *evidence-based education* binnen de opleidingen. Uitgangspunt is dat kennis niet alleen in het onderwijs wordt geproduceerd en vervolgens wordt overgeheveld naar het beroepenveld (inside out), maar dat binnen de opleidingen juist meer gebruik gemaakt wordt van de kennis die in de uitoefening van het beroep wordt opgedaan (outside in). Dat is een uitermate positieve ontwikkeling voor het praktijkonderzoek, nu universiteiten het fundamenteel wetenschappelijke onderzoek steeds centraler stellen. De faculteit Gezondheid, Gedrag en Maatschappij (GGM), van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) waar mijn lectoraat onderdeel van is, heeft de ambitie om een voorname rol te spelen als regionaal kennisinstituut voor welzijns- en gezondheidszorg. De samenwerking tussen zorgaanbieders, beroepsonderwijs en kenniscentra is absoluut noodzakelijk om kwalitatief hoogwaardig onderzoek en onderwijs te verzorgen. Het lectoraat werkt constructief samen met deze verschillende actoren bij het doen van onderzoek en het ontwikkelen van trainingen. Zo kan snel en efficiënt gebruik worden gemaakt van de juiste expertise, maar kan ook de kennis binnen het lectoraat snel toegankelijk worden gemaakt voor de zorgpraktijk.

Er zijn reeds in het recente verleden initiatieven tot stand gekomen om in samenspraak tussen instellingen voor gehandicaptenzorg en scholen voor beroepsonderwijs (o.a. de HAN) in de regio Arnhem-Nijmegen daadwerkelijk te gaan werken aan structurele ver-

betering in de aansluiting van het beroepsonderwijs op ontwikkelingen in het werkveld van de gehandicaptenzorg (o.a. 'Doorlichten en verbeteren'). Het feit dat het lectoraat 'Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking' voor de komende vier jaar in het leven is geroepen door zowel de HAN als de praktijkinstellingen in de regio geeft eveneens een prachtige gezamenlijke basis. Hierbij zal het lectoraat aansluiten bij bestaande netwerken en contacten, zoals de VGN, Vilans, De Borg, VOBC LVB, CCE en onderzoeksconsortia (Coping LVB, Consortium VG Oost Nederland). Ook worden afspraken gemaakt over kennisuitwisseling, afstemming en samenwerking met lectoren binnen de HAN (Jeugdzorg, Autisme, Professionalisering van agogische beroepen en vaktherapeuten, Lokale Dienstverlening vanuit klantperspectief) en bij andere hogescholen die actief zijn binnen het domein van het lectoraat en de kenniskring. Tot slot zal in de tweede fase van het lectoraat met leerstoelhouders bij met name de Radboud Universiteit Nijmegen samengewerkt worden in het kader van training en coaching van begeleiders. Er bestaat reeds een onderzoekstraditie binnen de Radboud Universiteit Nijmegen (Vakgroep Orthopedagogiek, Behavioural Science Institute) waarin 'care staff training' centraal staat en waar het lectoraat op zal aansluiten en voortbouwen.

Binnen het lectoraat wil ik actief werken aan het vastleggen en het toegankelijk maken van nieuwe kennis voor toekomstig gebruik. Kennis die docenten en studenten ontwikkelen binnen de lectoraatsopdracht wordt daarom vastgelegd in presentaties, workshops en in nationale en internationale publicaties. Binnen dit lectoraat is sprake van een structurele samenwerking op kenniskringniveau van zowel docenten Pedagogiek, Sociaal Pedagogische Hulpverlening en Verpleegkunde als deskundigen werkzaam bij de zorgaanbieders in de regio, namelijk De Driestroom, Pluryn, Dichterbij, J.P. van den Bentstichting, 's Heerenloo en Siza Dorp Groep. Het betreft allemaal ervaren docenten en experts uit de praktijk met een gedeelde ambitie om hun vak en de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking wetenschappelijk te onderbouwen. Waar wenselijk nemen docenten van andere faculteiten deel aan onderzoek en projecten. Tevens worden er externe adviseurs op het gebied van toegepast onderzoek door de kenniskring geconsulteerd. Tot slot is er een adviesraad met voor het lectoraat belangrijke contactpersonen uit het veld van zorginstellingen, onderzoek, onderwijs en overheidsbeleid. In Figuur 2 wordt de structuur van het lectoraat visueel weergegeven.



Figuur 2 Organogram lectoraat 'Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking'

5.2. Onderzoeklijnen binnen het lectoraat

Zoals in de inleiding beschreven, hebben we te maken met een grotere differentiatie aan zorgvragen, ingegeven door de maatschappelijke opvatting dat zorg en ondersteuning steeds beter moet worden afgestemd op het individu. De context van deze afstemming is de lokale samenleving. Uitgaande van het ondersteuningsparadigma verleent de professional op verzoek zorg en ondersteuning aan de cliënt. Het is van belang de competenties die hiervoor nodig zijn duidelijk te formuleren, maar we willen vanuit dit lectoraat de vakkundige competentie niet tot het hoogste en ultieme doel verheffen, en daarmee de essentie uit het oog verliezen. Ik beoog een bijdrage te leveren aan de erkenning van de professional die probeert iemand bij te staan vanuit menslievendheid en aandachtige betrokkenheid, die probeert voor de kwetsbare ander te zorgen op basis van een medemenselijke betrekking.

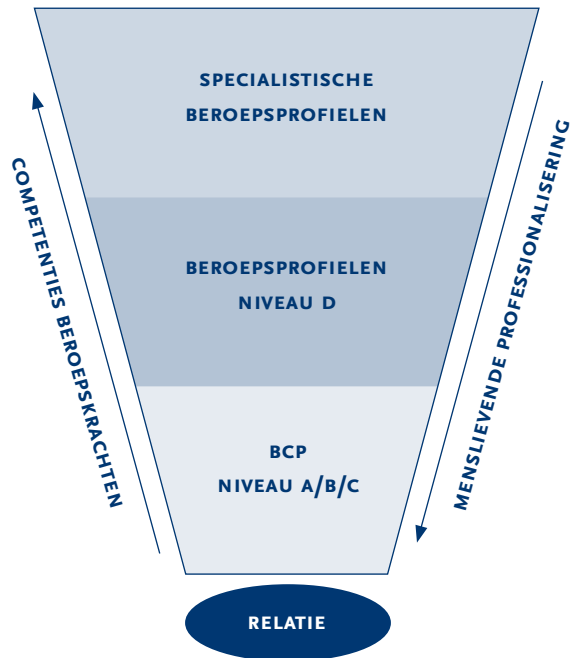
Onder competenties verstaan we kennis, vaardigheden, attitude en persoonskenmerken. Het lectoraat besteedt in haar eerste fase in het bijzonder aandacht aan de volgende vragen: welke competenties zijn nodig om in te spelen op veranderingen in de zorg zoals vermaatschappelijking? En welke competenties zijn nodig om cliënten met bijzondere zorgvragen te begeleiden? In de tweede fase van het lectoraat worden trainings- en coa-

chingstrajecten ontwikkeld rondom deze competenties. De trajecten worden ingezet in zowel de praktijk van de zorginstellingen als in de opleidingscurricula van de beroepsbeoefenaren – HBO-pedagogen, sociaal-pedagogisch hulpverleners en verpleegkundigen. Het lectoraat ‘Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking’ maakt deel uit van de Faculteit Gezondheid, Gedrag en Maatschappij (GGM) van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN).

Fase I: Welke competenties zijn nodig in de vermaatschappelijking van de zorg?

Vanuit het onderzoeksprogramma van het lectoraat zijn inmiddels enkele praktijkonderzoeken gestart. De onderzoeken worden uitgevoerd door de leden van de kenniskring, onder verantwoordelijkheid van de lector. Onder begeleiding van de docenten nemen studenten interactief deel aan de volgende onderzoeksprojecten:

- a) De eerste onderzoekslijn richt zich op het expliciteren van competenties vanuit het perspectief van cliënten met een verstandelijke beperking. Er is inmiddels veel geschreven over en aandacht besteed aan competentieontwikkeling van de beroepskracht, allereerst resulterend in *het Landelijk competentieprofiel beroepskrachten primair proces gehandicaptenzorg (BCP)*. In dit profiel worden sociaal agogische, verzorgende en verpleegkundige taken en competenties beschreven van beroepskrachten die werkzaam zijn in het primaire proces op niveau A, B en C. Globaal betekent niveau A dat beroepskrachten vaak anderen assisteren bij de uitvoering van het werk, niveau B dat beroepskrachten naast de uitvoering ook bijdragen aan het plan van aanpak, en beroepskrachten op niveau C hebben (daarbovenop) te maken met het coördineren van de zorgverlening aan cliënten. Daarnaast is door de VGN in samenwerking met het Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt (KBA) *het Beroepscompetentieprofiel voor professionals met een hogere functie (niveau D) in het primaire proces van de gehandicaptenzorg* opgesteld. Beroepskrachten op niveau D hebben de taak in complexe situaties vanuit het overzicht sturing te geven aan de verschillende processen waarbij men een rolmodel voor collegae kan zijn. Beroepskrachten op niveau D worden in de praktijk met diverse benamingen aangeduid, zoals persoonlijk begeleider, coördinerend begeleider of zorgcoördinator. Daarnaast werkt de VGN aan specialistische competentieprofielen LVG-Jeugd en SGLVG (sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapt) die gebaseerd zijn op het BCP. Alleen die competenties die boven het BCP uitgaan zijn in de specialistische competentieprofielen opgenomen. Beschrijvingen van deze algemene en specialistische competenties bieden ons een kader, maar tevens concluderen we dat door de grote hoeveelheid aan competentiebeschrijvingen op verschillende niveaus het lastig is om de kerncompetenties helder te krijgen. Wat vinden cliënten en ouders de belangrijkste competenties? In figuur 3 geef ik de beweging weer van een uitbreidende beschrijving van competenties (uitgewerkt naar opleidingsniveau en specialisme) naar de wezenlijke competenties die in de relatie tussen het individu met een verstandelijke beperking en de menslievende professional centraal moeten staan. Het verhelderen hiervan hopen we met deze eerste onderzoekslijn te realiseren.



Figuur 3 *Opbouw van competenties van beroepskrachten in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*

- b) De tweede onderzoekslijn richt zich op de sociale netwerken van mensen met een verstandelijke beperking die geïntegreerd in de maatschappij wonen. Zoals reeds beschreven wordt ondersteuning niet alleen geboden door professionals, maar in eerste instantie door het natuurlijke netwerk van de cliënt. In eerste verkennende onderzoeken blijkt allereerst dat mensen met een verstandelijke beperking hulp vanuit het sociale netwerk – naast gezondheid en wonen – als belangrijkste levensdomeinen ervaren.⁵³ Onderzoek naar de stand van zaken met betrekking tot deze sociale netwerken laat zien dat mensen met een verstandelijke beperking die geïntegreerd in de samenleving gaan wonen, werken en recreëren door een gebrek aan een netwerk in een isolement kunnen raken. Eén van de manieren om dit proces van vermaatschappelijking beter te doen slagen is het versterken en uitbreiden van hun netwerk.⁵⁴ In eerder genoemde landelijke competentieprofielen wordt een overzicht gegeven van taken, kernopgaven en competenties van beroepskrachten op verschillende niveaus. Eén van de taken is het ondersteunen en stimuleren van de cliënt bij het leggen en onderhouden van contacten en het betrekken van de sociale omgeving van de cliënt. Een kernopgave voor beroepskrachten is een beroep doen op mensen die de cliënt ondersteunen (familie, direct betrokkenen (mantelzorg)) en anderen (bijv. vrijwilligers of buurtbewoners) versus het inschakelen van professionele ondersteuning. Ten slotte komt in de beschrijving van de competen-

ties naar voren, dat de beroepskracht in staat moet zijn een netwerk op te bouwen en in stand te houden, waardoor de cliënt minder afhankelijk wordt van het professionele circuit. Bovendien is het van belang dat het netwerk van de cliënt daadwerkelijk betrokken is bij de uitvoering van een ondersteuningsplan. Binnen deze onderzoekslijn zullen we met gevalideerde en betrouwbare instrumenten sociale netwerken in kaart brengen en netwerkanalyses maken vanuit het perspectief van cliënten en zijn of haar netwerk. De verzamelde gegevens vormen input voor te ontwikkelen interventies om netwerken op te bouwen en/of te versterken in Fase II van het lectoraat. De interventies kunnen zich op de volgende gebieden richten: ondersteunen van beschikbare netwerken, een beroep doen op het nominale netwerk (vrijwilligers) en het (tijdelijk) inzetten van professionals. Om hierin keuzes te maken en trajecten uit te zetten kunnen netwerkberaden worden ingezet.⁵⁵

Fase II: Trainings- en coachingstrajecten

In de tweede fase van het lectoraat zullen we ons richten op het ontwikkelen van trainingen en coachingstrajecten die aansluiten bij de competenties die we in Fase I verhelderd hebben. Duidelijk is, dat we ons in de trainingen richten op alle competentiegebieden (kennis, vaardigheden, attitude en persoonskenmerken) om zo te komen tot menslievende professionalisering. In het hiernavolgende deel van mijn rede wil ik kort ingaan op een aantal praktijkprojecten die ik vanuit de Radboud Universiteit Nijmegen begeleid. Binnen deze projecten is een aantal toepasbare methodieken ontwikkeld, waar we binnen het lectoraat gebruik van zullen maken.

A Project: Competentiegericht werken

Competentiegericht werken is een voorbeeld van een training die zich richt op de competentiegebieden kennis, vaardigheden en attitude. Deze interventie sluit naadloos aan bij het burgerschapsparadigma wat betreft empowerment van de cliënt en de focus op de mogelijkheden van de cliënt in plaats van op zijn of haar beperkingen. In een samenwerking tussen de Radboud Universiteit Nijmegen (Behavioural Science Institute) en Pluryn worden de effecten van drie interventies in kaart gebracht die tot doel hebben begeleiders competentiegericht te laten werken. Er zijn zes basisprincipes opgesteld die de basishouding van een competentiegerichte begeleider beschrijven: 1. sluit aan bij de hulpvraag van de cliënt, 2. richt je op wat goed gaat, 3. activeer de cliënt, 4. werk ontwikkelingsgericht, 5. werk doelgericht en stapsgewijs en 6. ga positief in op gewenst gedrag. Deze basisprincipes komen in de volgende interventies terug:

1 Basistraining (kennis)

Een driedaagse training voor begeleiders, teamleiders en gedragskundigen gericht op het overbrengen van kennis over competentiegericht werken en het leren gebruiken van middelen om competentiegericht te werken in de praktijk (o.a. competentieanalyses maken, activerende technieken gebruiken, SMART formuleren van doelen).

2 *Vervolgtraining (vaardigheden)*

Een tweedaagse training voor begeleiders, teamleiders en gedragskundigen gericht op het leren van vaardigheden om competentiegericht te werken in situaties waarin de begeleider directe interactie met de cliënt heeft (o.a. sturend instrueren, corrigerend instrueren en een compliment geven).

3 *Coaching on the job (toepassing)*

Er is een begeleidingstraject genaamd COJ, ontwikkeld met als doel dat begeleiders de kennis en vaardigheden uit het scholingstraject gaan toepassen in de praktijk. Tijdens de COJ-bijeenkomsten coachen teamleiders en gedragskundigen hun begeleiders in competentiegericht werken op de leefgroep. Zij krijgen hierbij ondersteuning van coaches en maken gebruik van onder andere videofeedback.



De zes basisprincipes van het competentiegericht werken

Ondanks de vermaatschappelijking zal de begeleiding van cliënten in een afgeschermd residentiele omgeving waarschijnlijk niet geheel verdwijnen, omdat er cliënten zullen zijn voor wie zelfstandige woonvormen en reïntegratie in de samenleving geen (verantwoorde) optie is. Mensen met een verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen zijn zo'n complexe doelgroep. Ernstige gedragsproblemen ontwrichten niet alleen het leven van de cliënt, maar hebben tevens hun uitwerking op de systemen rondom de cliënt (zoals familie, begeleiders en maatschappij). Het werken met mensen met een verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen wordt door sommigen als belonend en uitdagend ervaren, terwijl anderen het juist uitputtend vinden. De angst voor verwondingen en de bezorgdheid over de fysieke kracht van de cliënt zijn stressvol, alsook het aanhoudende karakter van gedragsproblemen, het ontbreken van een effectieve manier om ermee om te gaan, de onvoorspelbaarheid van het gedrag en de moeilijkheden die begeleiders hebben met het begrijpen van het gedrag zijn belangrijke bronnen van stress. Cliënten met complexe hulpvragen doen een groot beroep op de professionaliteit van begeleiders. Onafhankelijk van de eventuele behoefte aan specialistische competenties (verslavingsproblematiek, psychopathologie), is het nodig dat begeleiders in staat zijn om een veilig

leefklimaat te realiseren, waardoor de relatie tussen de begeleider en de cliënt in de basis veilig kan zijn. De hierna volgende trainings- en coachingstrajecten zijn gericht op de competentiegebieden kennis, vaardigheden, attitude en persoonskenmerken.

B Project: Bewust begeleiden van complexe cliënten

In een samenwerkingsproject tussen de Universiteit Nijmegen (Behavioural Science Institute), de Glasgow University en Stichting Amarant wordt onderzocht in hoeverre scholing van begeleiders kan bijdragen aan een veilige relatie tussen de begeleider en de cliënt.

De interventie bestaat uit:

1 *Challenging behaviour-management training*⁵⁶

Deze vijfdaagse in-service training biedt begeleiders training in kennis en eenvoudige fysieke vaardigheden. Binnen de kennistraining ligt de aandacht op drie thema's: (1) oorzaken van gedragsproblemen, (2) uitingsvormen van gedragsproblemen en signalen van oplopende escalatie en (3) nazorg en kenmerken van psychotrauma. Door fysieke training leren begeleiders ten eerste om agressieve incidenten van cliënten op een verantwoorde en veilige wijze fysiek te begeleiden. Hierbij staan de veiligheid van zowel de cliënt als van de begeleider centraal. Daarnaast draagt fysieke training bij aan het fysieke bewustzijn van begeleiders, lichaamsbalans en coördinatie.

2 *Emotie-management training*

In deze vierdaagse in-service training worden begeleiders op basis van het Assertive Community Treatment (ACT) model bewust gemaakt van hun eigen rol in de interactie met de (complexe) cliënt. Begeleiders zoeken uit welke personen of welk type gedragingen hun persoonlijke balans doen verstoren en waarom.

3 *Coaching-on-the-job*

In de fase van coaching die volgt op de twee in-service onderdelen, worden begeleiders individueel begeleid.

C Project: Begeleiders in beeld

Een derde project dat aanknopingspunten biedt voor fase 2 van het lectoraat, is het project Begeleiders in Beeld, een deelproject van het consortium Coping LVB.⁵⁷ De training Begeleiders in Beeld richt zich op emotionele intelligentie (EQi) en begeleidingsvaardigheden van begeleiders van cliënten met een lichte verstandelijke beperking en gedragsproblemen. De mate waarin iemand stress ervaart tijdens zijn/haar werk en in hoeverre dit tot burnoutklachten leidt, is onder andere afhankelijk van iemands emotionele intelligentie.⁵⁸ Emotionele intelligentie bestaat uit non-cognitieve vaardigheden die van invloed zijn op het vermogen om succesvol om te gaan met eisen en druk vanuit de omgeving. Feedback op het gedrag van begeleiders is een effectieve methode om begeleiders bewust te maken van de wijze waarop begeleiding vorm krijgt en om

het aantal nagekomen behandelafspraken te verhogen. De training Begeleiders in Beeld koppelt het uitvoeren van behandeling en begeleiding aan de emotionele intelligentie van begeleiders. Door de training worden begeleiders ondersteund in het emotioneel en praktisch omgaan met de gedragsproblemen van hun cliënten. De training bestaat uit twee onderdelen:

- 1 het eerste gedeelte (EQilibrium) richt zich op de Emotionele Intelligentie van de begeleiders, de stijl die ze hanteren in hun werk en de impact die de gedragsproblemen op hen hebben;
- 2 het tweede gedeelte (videofeedback) richt zich op het handelen van de begeleiders waarbij middels videofeedback wordt gekeken naar de manier waarop behandelafspraken worden uitgevoerd, gerelateerd aan de EQi-profielen van begeleiders.

TOT SLOT

Vermaatschappelijking en toegenomen differentiatie aan zorgvragen vragen om andere competenties van beroepskrachten. Het is mijn overtuiging dat aandachtige betrokkenheid en menslievendheid als basis van professionalisering van beroepskrachten ons nieuwe mogelijkheden en inzichten kan geven. Ik zie het als doel van dit lectoraat met praktijkgericht onderzoek deze inzichten om te zetten in gefundeerde interventies. Beroepskrachten leren een beroep te doen op kennis en vaardigheden, maar ze leren ook te reflecteren op de eigen attitude en de invloed die men als persoon heeft op de mens met een verstandelijke beperking. Pas dan zullen handelingen en verrichtingen kunnen worden geplaatst in het meer omvattende kader van de medemenselijke relatie. Dat betekent dat we creatief om moeten gaan met het ontwikkelen en beschrijven van competenties, protocollen en procedures. Lukt het ons vanuit de medemenselijke relatie oprecht aan te sluiten bij de mogelijkheden en wensen van de persoon met een verstandelijke beperking en in dialoog te gaan, dan kan menslievende professionalisering realiteit worden. Ik hoop dat u duidelijk is geworden dat we hier richting aan willen geven binnen het lectoraat 'Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking'.

DANKWOORD

Mijnheer de voorzitter, dames en heren,

Graag wil ik allen bedanken die met hun aanwezigheid, of op andere wijze interesse hebben getoond voor mijn lectoraat.

Mijn bijzondere dank gaat uit naar:

Het College van Bestuur, de directie van de faculteit Gezondheid, Gedrag en Maatschappij, dhr. F. Stöteler, en de directeuren van de betrokken instituten, mevr. A. Gielen, mevr. K. van Kammen en mevr. C. Van Mierlo, voor het in mij gestelde vertrouwen. Het welkom op de HAN was hartverwarmend.

De zorgaanbieders uit de regio, De Driestroom, Pluryn, Dichterbij, J.P. van den Bent Stichting, SIZA Dorp Groep, 's Heerenloo en RIBW, voor het initiatief dat zij gezamenlijk met de HAN hebben genomen om dit lectoraat vorm te geven. Dank voor het in mij gestelde vertrouwen.

De leden van de kenniskring, Ida van Asselt, Joke van der Meer, Ellen Roeleveld vanuit de HAN, Maarten Toll, Frans Ravestein, Carry van Leest, Gerard Kersten, Ellie Snijders, Rianne van Eijk, Karen Lathouwers vanuit de zorgaanbieders, Lucienne Heerkens, Lex Hendriks en Hanneke Wentink als externe deskundigen en Kim van den Bogaard, onderzoek medewerker uit duizenden. Zoveel gedrevenheid, deskundigheid en enthousiasme: ik prijs me gelukkig met jullie te mogen samenwerken.

Vanuit de Radboud Universiteit ben ik dank verschuldigd aan Prof. J. Janssens, Prof. R. Engels, en Prof. L. Verhoeven voor hun bereidheid mee te denken in de mogelijkheden mijn werk op de Radboud Universiteit te combineren met het lectoraat. De inhoudelijke dwarsverbanden hoop ik de komende jaren uit te kunnen werken.

Steffi Geenen die het secretariaat van het lectoraat op gedegen en enthousiaste wijze vorm heeft gegeven; we vullen elkaar goed aan. Dank!

Alle collega lectoren, docenten en medewerkers van de HAN waar ik in de loop van het afgelopen jaar mee ben gaan samenwerken. Door jullie voel ik me thuis. Dank daarvoor!

Atelier Matisse voor de prachtige expositie: deze kunst ontroert.

De collega's werkzaam op verschillende plaatsen in of nabij de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking – binnen zorginstellingen, hogescholen en universiteiten – waarmee ik verbinding voel in hetzelfde doel. Lieve allemaal, jullie vormen mijn virtueel netwerk van wijze collega's, door jullie wordt ontwikkeling als vanzelfsprekend. Een paar collega's dank ik in het bijzonder: Anna Bosman, voor de inspirerende samenwerking in het wetenschappelijk vormgeven van praktijkprojecten met de werkelijkheid van mensen als uitgangspunt. Hanneke Wentink, betrouwbaar maatje, voor je constructief kritische woorden altijd weer op het juiste moment. Marleen Grimbel du Bois voor je vermogen mij telkens weer aan te zetten tot de nodige zelfreflectie en je bevologenheid voor de zorg. Promovendi Cecile Huitink, Wietske van Oorsouw, Linda Zijlmans en Ellen Reuzel, voor jullie volhardendheid en gedeeld enthousiasme voor praktijkonderzoek: het is kwaliteit wat jullie leveren!

Mijn ouders. Dank voor de liefdevolle basis en alle kansen die jullie mij hebben gegeven. Ik ben dankbaar deze dag met jullie te mogen delen. En met jullie, lieve familie en vrienden. Dank dat jullie er altijd en ook nu weer zijn!

Jelle, mijn maatje, mijn lief, dank voor je ondersteuning, je kritische vragen, het volgen van nabij en de stimulans bewust te blijven kiezen voor het wezenlijke. Nelleke, Hannah en Jonas, lieve kinderen van ons, bronnen van inspiratie, bronnen van geluk!

Literatuur

- 1 Arendsbergen, Ch., van, & S. Liefhebber (2005). *Landelijk competentieprofiel beroepskrachten primair proces gehandicaptenzorg*. Utrecht: NIZW.
- 2 Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2008). *Beroepscompetentieprofiel voor professionals met een hogere functie (niveau D) in het primair proces van de gehandicaptenzorg*. Utrecht: VGN.
- 3 Jonker, J., Ooms, I., & Stevens, J. (2005). *Zorg voor verstandelijk gehandicapten. Ontwikkelingen in de vraag*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- 4 Luckasson, R., Brothwick-Duffy, S., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, P., Reeve, A., Schalock, R.L., et al. (2002). *Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of Supports* (10th ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- 5 MacMillan, D., & Reschly, D.J. (1997). Issues in definition and classification. In W.E. MacLean (Ed.), *Handbook of mental deficiency: Psychological theory and research* (3rd Ed.) (pp. 47-74). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- 6 Luckasson, R., Coulter, D.L., Polloway, E.A., Reiss, S., Schalock, R.L., Snell, M.E., et al. (1992). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports* (9th ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- 7 American Psychiatry Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, IV-th ed. Washington, DC: APA.
- 8 World Health Organisation (WHO) (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneve: WHO.
- 9 Gennep, A.T.G. (1997). *Paradigmaverschuiving in de visie op zorg voor mensen met een verstandelijke handicap*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- 10 Gennep, A. van & Steman, C. (1997). *Beperkte burgers. Over volwaardig burgerschap voor mensen met verstandelijke beperkingen*. Utrecht: NIZW.
- 11 Schalock, R. & Verdugo, M. (2002). *Handbook on Quality of Life for Human Service Practitioners*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- 12 Kröber, H.R.Th. (2008). *Gehandicaptenzorg, inclusie en organiseren*. Rotterdam: Pameijer.
- 13 Lectorenplatform Zorg en Welzijn (2008). *Wet maatschappelijke ondersteuning met het accent op meedoen*. Eindhoven: Fontys Hogescholen Sociale Studies.
- 14 Buntinx, W.H.E. (2007). Professionaliteit in de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen. In W.H.E. Buntinx & Th.G. van Gennep (Red.), *Professionaliteit in de hulpverlening aan mensen met verstandelijke beperkingen* (pp. 9-28). Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- 15 Heijst, A. van (2005). *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Klement.

- 16 Meininger, H.P. (2007). *Verhalen verbinden. Een narratief-ethisch perspectief op sociale integratie van mensen met een verstandelijke handicap*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- 17 Houten, van, D. (2008). Inclusief burgerschap en sociale rechten. *Tijdschrift voor Humanistiek*, 1, 7-18.
- 18 Frederiks, B.J.M., Hooren, van, R.H., & Moonen, X.M.H. (2009). Nieuwe kansen voor het burgerschapspaaradigma. Een pedagogische, ethische en juridische beschouwing. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Verstandelijk Gehandicapten*, 1, 3-30.
- 19 Embregts, P. & Grimbel du Bois, G. (2005). Nergens thuis. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 44, 24-28.
- 20 Heijst, A. van (2008). *Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning*. Kampen: Klement.
- 21 Widdershoven, G. (2000). *Ethiek in de kliniek. Hedendaagse benaderingen in de gezondheidsethiek*. Amsterdam: Boom.
- 22 Baart, A. (2001). *Een theorie van de presentie*. Utrecht: Lemma.
- 23 Inspectie voor de Gezondheidszorg (2007). *Verantwoorde zorg voor gehandicapten onder druk*. Den Haag: IGZ.
- 24 Inspectie voor de Gezondheidszorg (2008). *Zorg voor vrijheid: terugdringen vrijheidbeperkende maatregelen kan en moet*. Den Haag: IGZ.
- 25 Roggen, T. (2004). *Omgangskwaliteit voor orthopedagogen. Pleidooi voor een normatieve professionaliteit*. Utrecht: Agiel.
- 26 Meijering, F. & Slagter, M. (2003). Sociale interventies als instrumenten van competentienmanagement. *Tijdschrift Sociale Interventie*, 12, 13-15.
- 27 Korthagen, F. & Lagerwerf, B. (2008). *Leren van binnenuit. Onderwijsontwikkeling in een nieuwe tijd*. Barneveld: Uitgeverij Nelissen.
- 28 Vlaar, P., Hattum, M. van & Dam, C. van (2006). *Klaar voor de toekomst. Een nieuwe beroepenstructuur voor de branches welzijn en maatschappelijke dienstverlening, gehandicaptenzorg, jeugdzorg en kinderopvang*. Utrecht: NIZW beroepsontwikkeling.
- 29 Bruininks, A.C. (2006). *Orthopedagogisch groepswerk. Methodiegericht werken in de praktijk*. Maarsen: Elsevier gezondheidszorg.
- 30 Kok, J.F.W. (1997). *Specifiek opvoeden. Orthopedagogische theorie en praktijk*. Utrecht: De Tijdstroom.
- 31 Ackerman, S.J., & Hilsenroth, M.J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1-33.
- 32 Yperen, T. van, & Veerman, J.W. (2006). *Zicht op effectiviteit. Bronnenboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Deel I, II en III. Utrecht: NIZW.
- 33 Norcross, J.C. (2002). *Psychotherapy relationships that work : therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford: Oxford University Press.

- 34 Orlinsky, D.E., Ronnestad, M.H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In: Lambert (ed.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (pp 307-389). New York: Wiley & Sons.
- 35 Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. London, UK: Erlbaum.
- 36 Hastings, R.P. (1997). Measuring staff perceptions of challenging behaviour: the challenging behaviour attributions scale (CHABA). *Journal of Intellectual Disability Research, 41*, 495-501.
- 37 Embregts, P.J.C.M., Didden, R., Huitink, C., Schreuder, N. (2009). Contextual variables affecting aggressive behaviour in individuals with mild intellectual disabilities who live in a residential facility. *Journal of Intellectual Disability Research, 53*, 255-264.
- 38 Allen, D. & Tynan, H. (2000). Responding to aggressive behaviour: impact of training on staff members' knowledge and confidence. *Mental Retardation, 38*, 97-104.
- 39 Weiner, B. (1980). A cognitive (attribution)-emotion-action model of motivated behaviour: An analysis of judgments of help-giving. *Journal of Personality and Social Psychology, 39*, 186-200.
- 40 Jones, C. & Hastings, R.P. (2003). Staff reactions to self-injurious behaviours in learning disability services: attributions, emotional responses and helping. *British Journal of clinical Psychology, 42*, 189-203.
- 41 Bromley, J. & Emerson, E. (1995). Beliefs and emotional reactions of care staff working with people with challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research, 39*, 341-352.
- 42 Hastings, R.P. & Brown, T. (2002). Behavioural knowledge, causal beliefs and self-efficacy as predictors of special educators' emotional reactions to challenging behaviours. *Journal of Intellectual Disability Research, 46*, 144-150.
- 43 McGill, P., Bradshaw, J. & Hughes, A. (2007). Impact of Extended Education/Training in Positive Behaviour Support on Staff Knowledge, Causal Attributions and Emotional Responses. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 20*, 41-51.
- 44 Dowey, A., Toogoog, S., Hastings, R.P. & Nash, S. (2007). Can brief workshop interventions change care staff understanding of challenging behaviours? *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 20*, 52-57.
- 45 Jahr, E. (1998). Current issues in staff training. *Research in Developmental Disabilities, 19*, 73-87.
- 46 Reid, H.D., Parsons, M.B., Lattimore, L.P., Towery, D.L. & Reade, K.K. (2005). Improving staff performance through clinician application of outcome management. *Research in Developmental Disabilities, 26*, 101-116.
- 47 McCarthy, J. & Anderson, L. (2000). Active learning techniques versus traditional teaching styles: tow experiments from history and political science. *Innovative Higher Education, 24*, 279-294.

- 48 Grey, I.M., Hastings, R. & McClean, B. (2007). Issues in staff training in working with clients with challenging behaviours. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 1, 1-5.
- 49 Embregts, P.J.C.M. (2002). Effects of video feedback on social behavior of youth with mild mental retardation and staff responses. *International Journal of Disability, Development and Education*, 49, 105-116.
- 50 Embregts, P.J.C.M. (2002). Effect of Resident and Direct-care staff training on responding during social interactions. *Research in Developmental Disabilities*, 23, 353-366.
- 51 Embregts, P.J.C.M. (2003). Using self-management, video feedback and graphic feedback to improve social behavior of youth with mild mental retardation. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 38, 282-294.
- 52 Oorsouw, van W., Embregts, P., Bosman, A., & Jahoda, A. (2009). Training staff serving clients with intellectual disabilities: A meta-analysis of aspects determining effectiveness. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 503-511.
- 53 Kwekkeboom, M.H. & Weert, van, C.M.C. (2008). *Meedoen en gelukkig zijn. Een verkennend onderzoek naar de participatie van mensen met een verstandelijke beperking of chronische psychiatrische problemen*. Den Haag: Avans Hogeschool en Sociaal en Cultureel Planbureau.
- 54 Brettsneider, E. & Wilken, J.P. (2007). *Hoezo een netwerk? Onderzoek naar aandacht voor sociale netwerken in de verstandelijk gehandicaptenzorg*. Amsterdam: SWP.
- 55 Vereijken, A. (2004). *Een steunend sociaal netwerk kwaliteit van leven*. Nijmegen: MEE Gelderse Poort.
- 56 Oorsouw, van W., Embregts, P., Bosman, A., & Jahoda, A. (geaccepteerd voor publicatie). The impact of a classroom training program on staff: knowledge of challenging behaviour and the quality of psychical intervention techniques. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*.
- 57 Zijlmans, L.J.M., Embregts, P.J.C.M., Gerits, L., Bosman, A.M.T. & Derksen, J. (geaccepteerd voor publicatie). Begeleiders in beeld: Een onderzoek naar de effectiviteit van een training voor begeleiders van cliënten met een lichte verstandelijke beperking en gedragsproblemen. *Onderzoek & Praktijk*.
- 58 Gerits, L., Derksen, J.J., & Verbruggen, A.B. (2004). Emotional intelligence and adaptive success of nurses caring for people with mental retardation and severe behavior problems. *Mental Retardation*, 42, 106-21.