

Markant

Bijlage bij *Markant* 3/2006

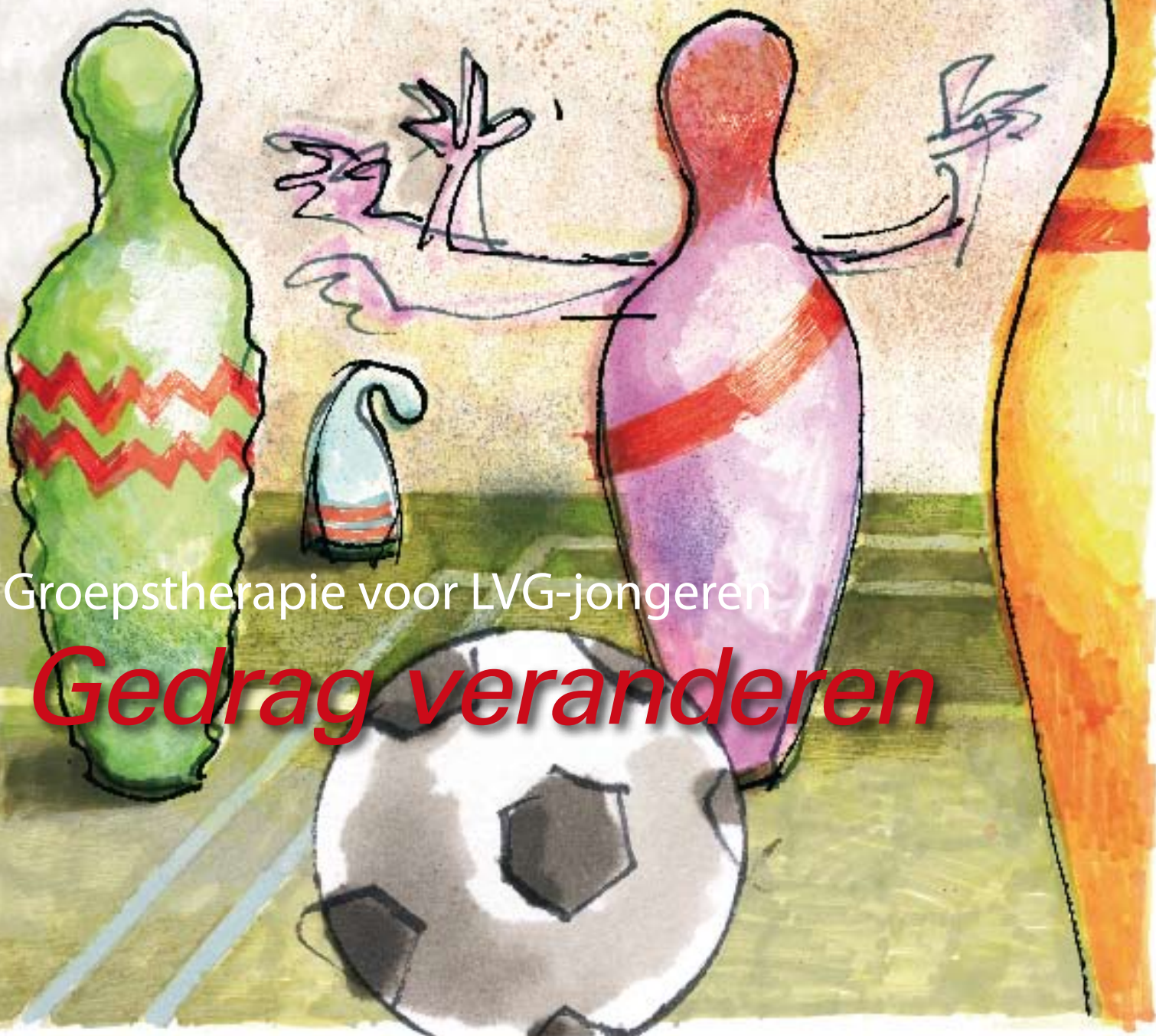


Kennis uit de praktijk

Spelen met de zintuigen

Behandeling van overgewicht

Wennen aan een hoortoestel



Groepstherapie voor LVG-jongeren

Gedrag veranderen

stomk

zorg  consult nederland

Lezersaanbieding

€ 4,00 korting op het boek
**Competent begeleiden van mensen
met een verstandelijke beperking**



Bent u goed in uw vak? Wilt u nog beter worden? Lees dan het boek *Competent begeleiden van mensen met een verstandelijke beperking*. Het is een praktisch lees-, leer- en doeboek over de manier waarop u zo goed mogelijk uw werk kunt doen. U leert bijvoorbeeld hoe u beter uw cliënt begeleidt, uzelf ontwikkelt, uw netwerk gebruikt en hoe u zo goed mogelijk samenwerkt. Het boek geeft een nieuwe impuls aan uw dagelijkse werk!

Van 3 april tot en met 15 juni 2006 krijgt u als lezer van het tijdschrift *Markant* een aantrekkelijke korting op dit boek. U betaalt slechts € 18,50 i.p.v. € 22,50.

hNB uitgeverij
nelissen

Bon voor € 4,00 korting

Ja, ik ontvang *Competent begeleiden van mensen met een verstandelijke beperking* (ISBN: 902441735X) van Chris den Besten en Audry van Vulpen en betaal slechts € 18,50. Ik krijg een acceptgirokaart thuisgestuurd.

Stuur de ingevulde bon naar:
Uitgeverij Nelissen, Antwoordnummer 7023,
3760 TA Soest (een postzegel is niet nodig).

Organisatie:

T.a.v.:m/v

Adres:

Postcode/Plaats:

Datum:

Handtekening:

Bonnummer: 901-09140.

Deze uitgave is ook verkrijgbaar via uw boekhandel. Prijs incl. B.T.W. en excl. verzendkosten.

Postbus 3167
3760 DD Soest
tel: 035 541 23 86
fax: 035 542 38 77
mail: service@nelissen.nl
site: www.nelissen.nl



Inhoud

4 Therapie voor LVG-jongeren

De vooroordelen van groepstherapie zijn bekend uit de GGZ. Toch wordt er in het werken met LVG-jongeren weinig gebruik van gemaakt. Psychomotorische groepstherapie blijkt een uitkomst voor deze jongeren.

8 Hoortoestellen

Goed horen is een must voor mensen die de wereld toch al minder begrijpen. Toch zijn er weinig slechthorende mensen met een verstandelijke beperking die profiteren van een hoortoestel.

12 Gewichtscontrole

Onderzoek naar de behandeling van ernstig overgewicht bij verstandelijk gehandicapten bestaat nauwelijks. Nu is er een nieuw programma voor gewichtscontrole.

16 Nieuwe speelmethode

De Speelpoort is een methode waardoor jonge kinderen met ernstige meervoudige handicaps zelf leren spelen. Zo worden ze minder afhankelijk van volwassenen.

7 Van twee markten

11 Ingezonden

20 Citaat

Colofon

Kennis uit de praktijk is een bijlage bij Markant 3/2006. Redactie: Johan de Koning (hoofdredacteur), Bianca Looman, Anuschka Mooy (eindredacteur) en Cindy Panhuis (redactiesecretaresse). Advertenties: Lucienne Meijer. Auteurs in deze bijlage: Marianne Berg, Steven van der Burg, Saskia Damen, Yvonne van Dijk, Heleen Evenhuis, Marcelle Happee, Joop Hoekman, Josje Kingma, Ankie van Knijff, Marieke Leeftang, Marja van Leeuwen, Herman Meininger, Barbara Pot, Paul Timmers, Adri Vermeer, Ruud van Wijck, Rita Zijlstra. Foto's en illustraties: Aleid Denier van der Gon, Karel Kindermans, Anne Luchies, Len Munnik, Martine Sprangers. Omslag: Karel Kindermans. Redactie-adres: postbus 413, 3500 AK Utrecht, 030 2739737, markant@vgn.org.

Kennis uit de Praktijk

Redactioneel

Respons

Behalve vliegen, kunnen vogels nog iets wat mensen niet kunnen: de vrouwtjes beïnvloeden zelf het geslacht van hun jongen. Een Nederlandse onderzoeker vroeg zich onlangs af op basis waarvan de aanstaande moeders hun keuze maken. Misschien wil een vrouwtje dat een extra gezond mannetje als partner heeft, bijvoorbeeld graag veel gezonde mannetjes op de wereld zetten.

Om het resultaat van dit boeiende onderzoek gaat het hier niet, wel om een heel spannende fase tijdens de uitvoering. De onderzoeker koos ervoor zijn hypothesen te toetsen bij pimpelmezen. Bij deze vogelsoort herken je een gezond mannetje aan de felheid van het blauwe kapje, dus dat biedt mogelijkheden. Maar dan heb je wel flink wat broedende pimpelmezen nodig. De onderzoeker liet 180 nestkasten timmeren en hing ze op in het bos. Toen kwam die spannende fase, die iedere onderzoeker kent: het geduldig wachten op de respons. Hoe groot is het aantal deelnemers aan mijn onderzoek? De pimpelmezen leken de nestkasten aanvankelijk massaal te negeren, waardoor een compleet broedseizoen voor onderzoek verloren leek te gaan. Aan deze Markant-bijlage over Kennis uit de praktijk is een vragenlijst toegevoegd, als onderdeel van een lezersonderzoek. Toen wij dat in 2004 bij het tijdschrift Markant deden, stuurden 162 lezers de lijst ingevuld retour. Dat was een goede respons, op basis waarvan we betrouwbare conclusies konden trekken. Maar dit keer hoop ik toch op meer pimpelmezen. Kennis uit de praktijk, gaat immers over kennisuitwisseling, dus de lezers weten hoe belangrijk een hoge respons is voor een betrouwbaar onderzoek. En met de echte pimpelmezen liep het uiteindelijk ook goed af. In eenderde van de nestkasten gingen ze voortvarend aan de slag. Een respons om jaloers op te zijn.



Johan de Koning
jkoning@vgn.org

Literatuur

Monica Wesseling, 'Waarom pimpelvrouwen op fel-blauwe petjes vallen.' In: Vogels 2006/1, pagina 34-36.

Oefenen in de groep

De voordelen van groepstherapie zijn bekend uit de GGZ. Toch wordt er in het werken met LVG-jongeren weinig gebruik van gemaakt. Dankzij psychomotorische groepstherapie kunnen ook deze cliënten er de vruchten van plukken.

Paul Timmers en Marieke Leeflang

illustratie Karel Kindermans

Lichtverstandelijk beperkte jongeren (LVG-jongeren) bewegen zich in hun dagelijks leven voortdurend in groepen. De interactie met hun omgeving is voor deze groep cliënten niet altijd even gemakkelijk. Het lukt hen vaak niet om zichzelf onder controle te houden. Ze krijgen vaak meer te verwerken dan ze aankunnen, wat kan leiden tot probleemgedrag en psychische stoornissen.

Om probleemgedrag te verminderen of weg te nemen kan de inzet van psychomotorische therapie (PMT) een uitkomst bieden. Dit is een ervaringsgerichte behandelwijze die gebruik maakt van sport en spel. In het hier en nu krijgen cliënten de kans nieuwe ervaringen op te doen in gedrag, beleving en denken. Vaak wordt voor deze jongeren individuele PMT ingezet. In individuele contacten met een volwassene, waar veiligheid en duidelijkheid wordt geboden, kan de jongere vaak adequaat aangeven waarom hij boos, verdrietig of bang is. Maar als die problemen zich in een groep voordoen, is het dan niet beter om ook in een groep te oefenen met nieuw gedrag? Misschien dat de jongeren daardoor hun huidige gedrag sneller herkennen en door positieve ervaringen in contacten met leeftijdsgenoten nieuw gedrag aanleren.

Daarom zijn we op zoek gegaan naar de mogelijkheden die een vorm van groepstherapie kan bieden voor LVG-jongeren die

problemen hebben in de interactie met hun omgeving. De eerste aanzet deden wij in onze scriptie uit 2003 in het kader van de post-HBO opleiding voor PMT. Inmiddels hebben we onze ervaring in de praktijk flink uitgebreid.

Voordelen

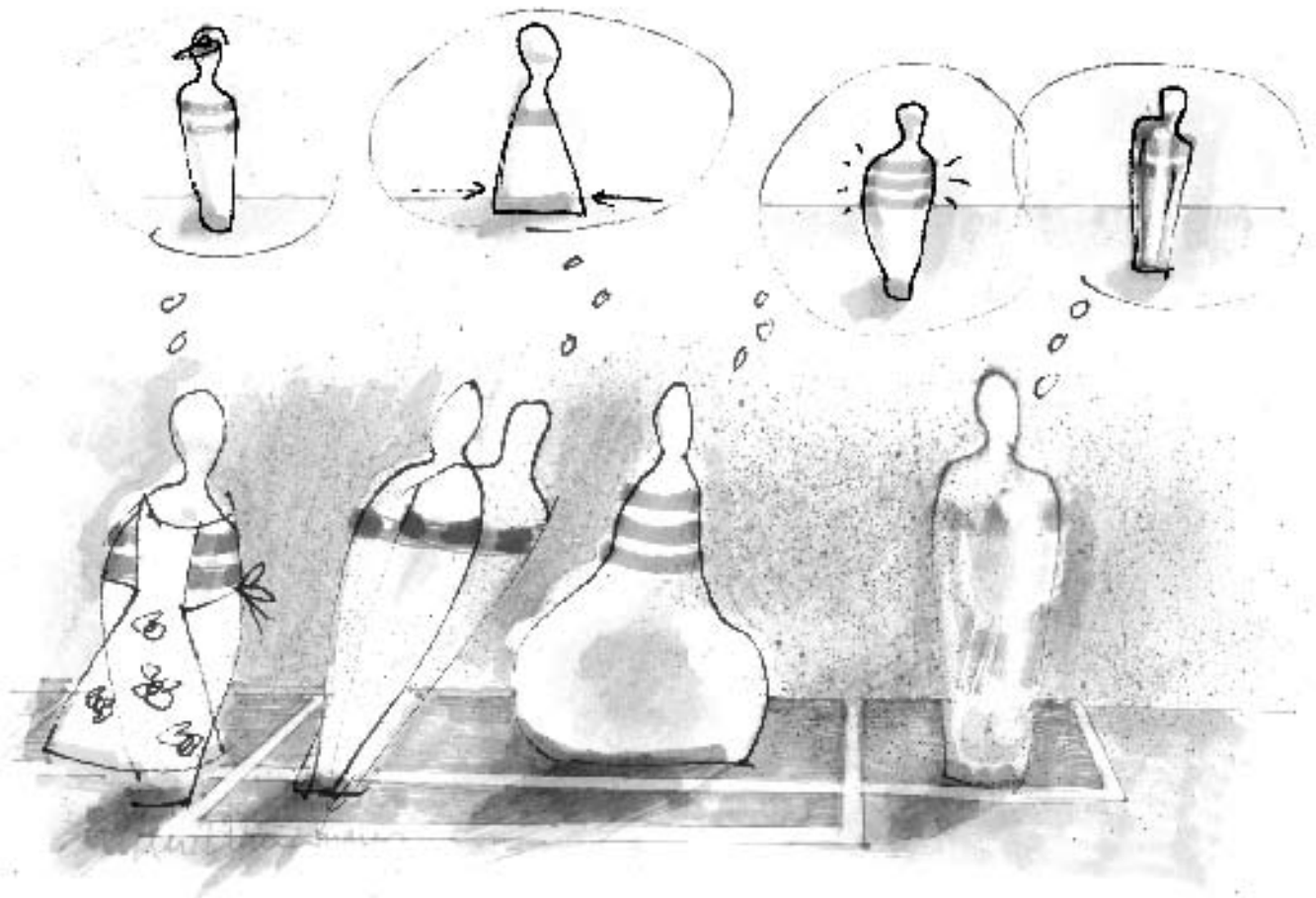
Groepstherapie is niet vanzelfsprekend in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Het was een ware zoektocht om voorbeelden en bruikbare theorieën te vinden. Binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) wordt wel veel gebruik gemaakt van groepstherapieën en trainingen. Hierbij gaat men ervan uit, dat er min of meer automatisch groepsprocessen op gang komen en dat deze een genezende werking hebben op het individu. Yalom beschreef in 1981 in *Groepstherapie in theorie en praktijk* negen genezende factoren van groepstherapie. Zoals: groepscohesie, de wisselwerking tussen geven en nemen, verbetering van herbeleving van de oorspronkelijke gezinssituatie, leren van elkaar, nabootsen, het gevoel niet alleen te staan en het uitwisselen van informatie.

De jongeren met wie wij werken zijn echter beperkt in hun cognitieve en sociaal-emotionele mogelijkheden. Hun niveau is voor anderen vaak moeilijk in te schatten. Zij worden vaak overvraagd, of juist te weinig serieus genomen en dus ondervraagd. Ze

kunnen zich vaak minder goed verplaatsen in anderen. Abstract denken gaat hen moeilijk af, ze hebben een negatief zelfbeeld en een gebrek aan vertrouwen in hun omgeving. Ze kiezen vaak een inadequate strategie om problemen op te lossen. De genezende factoren van groepstherapie werken voor deze jongeren niet automatisch. Daarom hebben we een visie ontwikkeld die de voordelen van groepstherapie benadrukt en cliënten de kans geeft ervaringen op te doen. De interactie met groepsgenoten speelt daarin een cruciale rol. Tegelijk bieden we voldoende bescherming voor de individuele cliënt.

Individueel

Onze visie is gericht op individueel werken in een groep, waarbij we wel de voordelen van de groep kunnen benutten, maar ook rekening houden met de draagkracht van de cliënt. We gaan uit van de individuele vraag van de cliënt en gebruiken de groepssetting als oefenweide. De groep bestaat uit vier tot zes cliënten met een vergelijkbaar cognitief en sociaal-emotioneel ontwikkelingsniveau en voldoende ik-sterkte om in een groep te functioneren. In de therapie werken we met thema's. Bij de opbouw daarvan wordt rekening gehouden met het huidige niveau van ontwikkeling van spelen: van alleen of naast elkaar spelen naar met elkaar spelen. De structuur van een sessie is elke week



hetzelfde, zodat de cliënt duidelijk weet waar hij aan toe is. Ook wordt er gebruik gemaakt van een duidelijke structuur in de ruimte, zoals een werkplek en een praatplek. De therapie wordt begeleid door twee therapeuten. Eén therapeut houdt het algemene kader of proces vast en de ander steunt vooral de groep.

Een groep van vijf cliënten komt bijvoorbeeld opgetogen de gymzaal in. Na het beginrondje aan tafel gaat de groep een spelletje paaltjesvoetbal spelen. Er is een aantal spelregels afgesproken. Therapeut A voetbalt mee (en begaat soms een kleine overtreding). Een cliënt, we noemen hem Pieter, heeft als doel 'van zichzelf te laten horen in de groep' en oefent dit door de scheidsrechtersrol op zich te nemen. Therapeut B ondersteunt en coacht hem hier in. Na het spel is iedereen flink moe en rusten uit op de banken. Pieter mag vertellen hoe het is gegaan. De anderen zeggen ook iets tegen Pieter over hoe hij het heeft gedaan als scheidsrechter.

Een ander voorbeeld: Eva en Michael maken samen een plan voor een eindactiviteit, een spel in het toestellenhok. Het is de bedoeling dat ze dit idee samen presenteren aan de groep. Ze hebben krijt, papier en stiften gekregen. Therapeut A helpt hun bij het maken van een plan en zorgt ervoor dat ieder een aandeel in het plan krijgt. De rest van de groep gaat door met tennissen tegen

de muur. Mark vermoedt dat het een spel wordt dat hij niet goed kan en wil daarom afhaken. Hij loopt naar de kleedkamer. Therapeut B kijkt samen met Mark naar zijn niet-helpende gedachte. Ze proberen hem om te zetten naar een helpende gedachte, zodat hij wel kan meedoen aan het spel.

Hulpvraag

Aanvankelijk hebben we ons vooral gericht op twee groepen cliënten die zich in de uitingsvorm van hun gedrag van elkaar onderscheiden. De ene groep richt zich bij problemen op zichzelf, deze cliënten 'kruipen in hun schulp' (internaliserende problematiek) en de andere groep heeft juist problemen met de buitenwereld; deze jongeren 'slaan erop los' (externaliserende problematiek). Naar aanleiding van onze ervaringen richten we ons in de samenstelling van de groepen minder op de uitingsvorm, maar vooral op de hulpvraag. Dit blijkt voordelen te hebben. De jongere die snel in zijn schulp kruipt, leert van de jongere die snel zijn woordje klaar heeft. En degene die direct begint te schelden leert dat je het ook op een zachtere en vriendelijke toon kan zeggen. Bij het samenstellen van de groepen met dezelfde hulpvraag maar verschillende uitingsvormen, is een evenwichtige verhouding wel van belang. Elke cliënt moet het gevoel hebben dat hij niet alleen

staat met zijn probleem of uitingsvorm. Het samenstellen van een groep blijft een zoektocht. Dit gebeurt in samenspraak met een gedragsdeskundige. Daarbij wordt ook gekeken naar de ik-sterkte van een jongere. Onze ervaring is dat jongeren met een geringe ik-sterkte niet in aanmerking komen voor een groepsbehandeling, ze zijn nog onvoldoende in staat om hun eigen aandeel in de interactie te herkennen. Daarnaast moet een jongere minimaal in staat zijn om te spelen 'naast' een ander en het liefst al gericht zijn op samenwerken. Wanneer een jongere te veel last heeft van individuele problematiek is het beter om eerst een individueel therapieproces te doorlopen. Het blijft een lastige afweging of een jongere wel of niet in aanmerking komt voor een groepstherapie, dit behoeft nog meer onderzoek. Ook blijft het moeilijk om voldoende jongeren te vinden voor een groep die qua hulpvraag, leeftijd en ontwikkelingsniveau bij elkaar passen en woonachtig zijn in dezelfde regio.

Omgeving

Tijdens het schrijven van de scriptie vonden we het al belangrijk om de omgeving te betrekken bij het proces, vooral bij de zogeheten transferfase. Deze gedachte is alleen maar versterkt in de afgelopen jaren. Het betrekken van de omgeving heeft naar onze mening drie voordelen. Ten eerste ziet

de cliënt dat zijn omgeving wordt gevraagd om mee te doen in zijn proces. Daardoor zal hij sneller de koppeling maken tussen ervaringen tijdens de therapie en zijn dagelijkse leven. Ten tweede weet de omgeving waar de cliënt tijdens de therapie mee bezig is, waardoor het gemakkelijker wordt om adequaat in te spelen op het nieuwe gedrag van de cliënt. Ten derde kan ook de omgeving een bijdrage leveren, als zij gerichte opdrachten en informatie krijgt over de hulpvraag van de cliënt.

Het betrekken van de omgeving gebeurt door het meegeven van huiswerkopdrachten voor de cliënten maar ook voor hun ouders of opvoeders. Daarnaast organiseren we meerdere ouderbijeenkomsten, met als startpunt van het therapieproces een kennismakingsbijeenkomst voor alle betrokkenen.

Multidisciplinair

Een ander aandachtspunt is het multimethodisch en multidisciplinair werken. Hiermee bedoelen we vooral de inzet van interventies vanuit diverse referentiekaders en deskundigen: creatief en psychomotorisch therapeuten, orthopedagogen, GZ-psychologen. We proberen steeds meer te werken met twee therapeuten. Eén therapeut richt zich vooral op het stimuleren van nieuwe ervaringen.

De tweede richt zich op het betekenis verlenen aan deze ervaringen en de vertaling (transfer) naar het dagelijks leven.

Binnen ASVZ Zuid West hebben we inmiddels ervaring opgedaan met een eerste groep jongeren, waarbij een PMT'er en een GZ-psycholoog samenwerken. De combinatie van PMT en een cognitieve gedragstraining vullen elkaar goed aan. Daarnaast is er nu een tweede groep gestart rondom jongeren met een sociale angststoornis.

Binnen De Bruggen hebben we het afgelopen jaar ervaring opgedaan met weerbaarheidstrainingen voor LVG-jongeren. Hier werkte de PMT'er samen met de behandelingscoördinator en was er een gezinsbegeleider als co-therapeut. Dit heeft een positief effect op het betrekken van de omgeving. De komende jaren willen we onze visie verder uitwerken en effectonderzoek laten doen. Dit om 'het product' groepstherapie nog meer vorm te geven en waar mogelijk een bijdrage te laten leveren aan de kwaliteit van zorg voor LVG jongeren.

Marieke Leeflang is psychomotorisch therapeut bij De Bruggen en Paul Timmers bij ASVZ Zuid West.

Literatuur

Een visie op individueel werken in de groep bij psychomotorische groepstherapie voor licht verstandelijk gehandicapte jongeren met internaliserende en externaliserende gedragsproblemen, M. Leeflang en P. Timmers, Hogeschool Windesheim, CALO, VO-PMT Zwolle, scriptie 2003. In 2005 bekroond met de Maria Regina Scholten Penning.

Groepspsychotherapie in theorie en praktijk, I.D. Yalom, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Zaventem, 1981.

'Ervaringsgerichte psychomotorische therapie met jeugdigen', P.J.A.M. Hekking en M.J. van den Blink. In: Psychomotorische therapie in de praktijk, J. de Lange en R.J. Bosscher, Nijmegen, Cure & Care Publishers, 2005.

Reactie

Adri Vermeer

Marieke Leeflang en Paul Timmers hebben niet voor niets de Maria Regina Scholtenprijs gekregen (onder auspiciën van De Bruggen, Zwammerdam) voor hun scriptie over groeps-PMT bij jongeren met een lichte verstandelijke beperking. Er is namelijk weinig geschreven over dit onderwerp en dat is vreemd. We weten allemaal dat sport en bewegen met anderen een samenbindende rol kan hebben, dat je in dit soort situaties goed kunt oefenen met diverse sociale rollen en dat je je eigen functioneren er goed in kunt leren begrijpen. In de scriptie, waar de bijdrage van de auteurs een samenvatting van is, komt deze functie goed tot haar recht. In deze reactie wil ik daar nog een paar inhoudelijke opmerkingen aan toevoegen. We weten dat één van de problemen van de zogeheten LVG-jongeren is, dat zij in conflictsituaties veel moeite hebben hun emoties op orde te houden (te reguleren, zeggen we dan in therapeutisch jargon). Hoe je daaraan kunt werken, daarover

geven actuele opvattingen uit de leerpsychologie inzicht: trainen (veel oefenen en gewoon veel doen, maar wel in wisselende situaties), verwoorden (zeggen, uitspreken, verbaliseren wat er gebeurt), reflecteren (nadenken, terugkoppelen tot er begrip ontstaat voor wat er gebeurt en het ervaren van het effect). De basis voor het te leren gedrag is dus allereerst veel doen, niet de cognitie, dat is een gevolg dat echter ook bewerkstelligd moet worden. Er moet dus veel gedaan worden in de groeps-PMT, maar ook veel worden gepraat. Een tweede opmerking betreft de rol van de omgeving. De auteurs noemen: het betrekken van ouders bij de behandeling en het thuis oefenen door huiswerkopdrachten. Gedrag is situatief, dat wil zeggen bepaald gedrag komt, zeker bij LVG-jongeren in de éne situatie wel en in de andere niet voor. Met andere woorden: je kan je er maar tot op zeker hoogte voor wapenen om bepaald gedrag niet te vertonen. Met nog weer andere woorden:

het kan ook effectief zijn jongeren te leren bepaalde situaties te vermijden. Dat is ook gedrag, maar een ander soort dan het adequaat proberen te reageren op situaties die je dreigen te ontregelen. Mijn laatste opmerking betreft de indicatiestelling voor groeps-PMT. Wanneer is een LVG-jongere daar geschikt voor? Als er bijvoorbeeld eerst sprake is van individuele PMT, wanneer kan een jongere dan naar een groeps-PMT? Over dit onderwerp heb ik nog weinig gelezen. Het zou goed zijn als de auteurs in hun verdere werk ook aan dit onderwerp aandacht gaan besteden. Al met al: het werk van Marieke Leeflang en Paul Timmers is een prima basis voor verder onderzoek. Ik hoop dat zij daaraan toekomen en dat zij daar ook de mogelijkheden voor weten te vinden en te krijgen.

Adri Vermeer is emeritus hoogleraar orthopedagogiek en voorzitter van de jury van de Maria Regina Scholtenprijs.

Van twee



markten

In deze rubriek beantwoorden methodoloog Joop Hoekman (links op de foto) en ethicus Herman Meininger (rechts) vragen uit de praktijk over onderzoek en toepassing ervan. Mail suggesties voor vragen aan markant@vgn.org.

Vraag:

Als begeleider moet je allerlei aspecten van het leven van een zorgvrager in de gaten houden. Je wordt geacht voortdurend alert te zijn op alle mogelijke gedragsveranderingen: op gewichtsafname of -toename, op vochtinname, op kiespijn, op behoefte aan seksualiteit en intimiteit, op gevoelens en stemmingen, op persoonlijke verzorging, op ontwikkelingen in het sociale netwerk. Immers, elke verandering kan wijzen op een onderliggend probleem dat interventie noodzakelijk maakt. Hoe ver moet je daarin, als professional, eigenlijk gaan?

Herman Meininger:

Over wat er in het leven van een mens allemaal mis kan gaan en welke signalen op dat misgaan kunnen wijzen, zijn medische en sociaal-wetenschappelijke bibliotheken volgeschreven. Elk verborgen trauma, elke mogelijke ziekte en elke ontstane behoefte kent een scala aan meer of minder specifieke voortekenen. Basale kennis daarvan, behoort tot de professionele uitrusting van elke begeleider. Ook praktische kennis (wanneer moet een bepaald verschijnsel mij noodzaken om iets te doen, al is het maar zoiets simpels als de dokter bellen) hoort daarbij. Wat er mijns inziens niet bij hoort, is het eindeloze lijstjes afvinken en het tot in détail registreren van alles wat zich maar laat meten of beschrijven. De omvang van datgene waar je alert op moet zijn hangt uiteraard mede af van de mate waarin een zorgvrager zelf verantwoordelijkheid kan nemen voor het signaleren en bespreekbaar maken van mogelijk relevante veranderingen. Naarmate dat minder het geval is, zal de begeleider meer – en ook meer systematisch – moeten observeren. Het gewone leven blijkt heel complex als je de oeverloze lijstjes aandachtspunten ziet die deskundigen soms aan begeleiders meegeven. Toch denk ik dat die complexiteit beter ondervangen wordt naarmate zorgverlening grotere persoonlijke continuïteit en duurzaamheid kent. Een begeleider die haar zorgvragers goed kent, ontwikkelt – verweven met de gewone dagelijkse omgang – een observatiehabitus waarin datgene wat opvalt en wat mogelijk nadere aandacht vereist vanzelf komt bovendrijven. Het lijstje is dan in sommige situaties een handig hulpmiddel en niet meer een belastend administratief voorschrift om allerlei aspecten van dag tot dag te registreren, vaak zonder dat de inhoudelijke redenen daartoe echt duidelijk zijn. De hoogste graad van professionaliteit bestaat in een disciplineren van de aandacht.

Joop Hoekman:

Hoe meer je weet, hoe alerter je bent, en hoe beter je weet dat je nog veel meer zou kunnen weten. Scholing is dus een belangrijke factor bij het stimuleren van alert reageren op signalen van cliënten. Daarom is het van groot belang dat innovaties, nieuwe ontwikkelingen, snel doorgesluisd worden naar begeleiders in de directe ondersteuning. Daar ligt een belangrijke verantwoordelijkheid voor managers en gedragsdeskundigen. De kwaliteit van de zorg wordt verbeterd wanneer begeleiders beter weten waar ze alert op moeten zijn, en daardoor wordt de kwaliteit van bestaan van cliënten weer bevorderd. Maar hoe ver moet je daar nou als professional in gaan, is de vraag. Sommige cliënten kunnen zichzelf goed redden, maar bij anderen moet je heel ver gaan. En niet zozeer aan de hand van protocollen of richtlijnen of 'best practices'. Die kunnen een leidraad zijn voor waar je aandacht aan moet besteden, maar hebben als risico dat ze uit veiligheidsoverwegingen al te letterlijk opgevolgd worden. Zorg en ondersteuning worden dan mechanisch en dat is een groot gevaar. Als protocollen en richtlijnen echter niet naar de letter, maar naar de geest worden gevolgd, ontstaat er ruimte voor eigen keuzes, misschien op basis van intuïtie of *fingerspitzengefühl*. Dus: alertheid niet dichttimmeren met voorschriften, maar ondersteunen met kennis en suggesties vanuit 'best practices'. En vooral ruimte voor eigen inzicht vanuit betrokkenheid op de persoon van de cliënt. Professioneel handelen dat zo wordt vormgegeven, kan de zorg en ondersteuning verrijken. Van een professional kan daarbij verwacht worden dat hij zijn eigen handelen kritisch onder de loep neemt. Eigenlijk moet je voortdurend achter jezelf gaan staan en over je eigen schouder meekijken naar wat je doet. En als je wat je dan ziet uitwisselt met collega's ('intervisie') ben je goed bezig. Misschien is dan niet altijd duidelijk waar je allemaal alert op moet zijn, maar enige onduidelijkheid is dan ook niet erg meer.

De vogels horen fluiten

Goed horen is een must voor mensen die de wereld toch al minder begrijpen. Toch zijn er weinig slechthorende mensen met een verstandelijke beperking die profiteren van een hoortoestel. Bij Bartiméus-Sonneheerd ging een gehoorsteam aan de slag.

Saskia Damen en Josje Kingma

foto Aleid Denier van der Gon

Zo'n dertig procent van de verstandelijk gehandicapten heeft een zintuiglijke beperking. Gelukkig is er de laatste jaren in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking meer aandacht gekomen voor slechtziendheid en slechthorendheid. Op de locatie van Bartiméus-Sonneheerd in Doorn was het een openbaring toen acht jaar geleden alle 344 visueel- en verstandelijk beperkte cliënten werden getest op hun gehoor. Niemand had vooraf vermoed dat 37 procent van deze groep ook slechthorend zou zijn.

Gehoорonderzoek

In de dagelijkse praktijk blijkt dat een slecht gehoor bij mensen met een verstandelijke beperking vaak niet wordt opgemerkt. Niet kunnen horen kan dan ook gemakkelijk worden verward met niet begrijpen of met bepaalde karaktereigenschappen: een cliënt is bijvoorbeeld sterk in zichzelf gekeerd en begeleiders of ouders houden geen rekening met het feit dat deze persoon wellicht slechthorend is en geen spraak kan verstaan.

In 1998 is in Doorn het multidisciplinaire gehoorsteam opgericht. Dit team zorgt voor de begeleiding van cliënten en begeleiders bij de hoortoestelgewenning. Bijzonder van het team is, dat hierin niet alleen medewerkers van Bartiméus-Sonneheerd participeren, maar ook specialisten van buiten de organisatie. In 2005 besloot het team de eigen ervaringen op te schrijven. Het betreft ervaringen op basis van interviews en observaties van cliënten en van gehooronderzoek mét en zonder hoortoestellen. Op dit moment zijn 37 cliënten tenminste vijf jaar intensief gevolgd nadat zij een toestel hebben gekregen. De resultaten zijn succesvol: slecht vijf cliënten zijn gestopt met het dragen van het hoortoestel. Op basis van ervaringen is een procesmodel hoortoestelgewenning ontwikkeld.

Batterij

De resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar behandeling van slechthorendheid in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperkingen zijn bedroevend. Er worden nauwelijks hoortoestellen voorgeschreven en als dit wel gebeurt, dan is de aanpassing vaak weinig succesvol. Dit, terwijl een zo optimaal mogelijk gebruik van het gehoor extra belangrijk is als je de wereld niet goed kunt begrijpen.

Bij Bartiméus-Sonneheerd heeft het gehoorsteam te maken met verschillende 'hobbels in de weg' bij de hoortoestelaanpassing. Vooral in het begin is er veel weerstand weg te nemen. Van veel

bewoners wordt namelijk gedacht dat zij een toestel nooit zullen accepteren of er geen baat bij zullen hebben. Uit de ervaringen van het gehoorsteam blijkt echter dat ook mensen met een ernstige verstandelijke beperking en mensen met moeilijk te hanteren gedrag kunnen profiteren van hoortoestellen. Het doel hoeft dan niet te zijn dat iemand meer of beter gaat praten. Ook meer betrokken zijn bij de omgeving of herkenning van omgevingsgeluiden kan voor de persoon zeer belangrijk zijn voor de kwaliteit van leven.

Andere barrières in de dagelijkse praktijk zijn: onvoldoende kennis bij of aandacht door begeleiders, als het gaat om indoen en onderhoud van toestellen. Op het moment dat de batterij op is of het toestel in de verkeerde stand staat, is de cliënt nog meer slechthorend; als het toestel verkeerd in het oor zit kunnen er pijnklachten ontstaan of kan het apparaat hinderlijk gaan piepen. Om het hoortoestel tot een succes te maken, is het van belang dat problemen tijdens het dragen bij de cliënt tijdig worden gesignaleerd. Het model hoortoestelgewenning blijkt al deze problemen vaak te kunnen voorkomen of tijdig te kunnen opvangen.

Decibel

Iedere cliënt krijgt een individueel hoortoestelgewenningsprogramma. Het hele proces van aanpassing van een hoortoestel bestaat uit vijf stappen.

De eerste stap is meting van het gehoor. Deze meting wordt uitgevoerd door de audiologieassistente, die veel ervaring heeft met de doelgroep. Dit is van groot belang, omdat gehoorsmogelijkheden soms alleen bepaald kunnen worden door gedragsobservatie, aangezien woordjes nazeggen of geluiden benoemen niet altijd mogelijk is. De resultaten van de gehoormeting worden beoordeeld door de audioloog.

De volgende stap (stap twee) is het geven van uitleg aan de cliënt en zijn betrokkenen over het gehoorverlies en de betekenis hiervan. De scholing wordt aangeboden door de logopedist. Vervolgens vindt verwijzing plaats naar het spreekuur van het gehoorsteam. Tijdens het spreekuur wordt de uitslag van de gehoormeting gelegd naast aanvullende informatie over de cliënt, gegeven door de logopedist en gedragsdeskundige. De informatie van de cliënt zelf en zijn begeleiders is daarbij uiteraard van groot belang.

Stap drie bepaalt of er voldoende indicatie is voor een hoortoestel. Onder voldoende indicatie verstaan we in ieder geval een gehoorverlies van 35 tot negentig decibel, een ontwikkelingsleeftijd van



Gèrold van den Top krijgt een hoortoestel aangemeten

ten minste twee jaar bij volwassenen (bij kinderen kan deze veel lager liggen), afwezigheid van tactiele afweer of zeer- tot extreem ernstige gedragsproblematiek. Indien deze criteria niet worden gehaald, wordt bekeken of er desondanks wel mogelijkheden zijn om een toestel te gaan proberen.

Akoestiek

De volgende stap (stap vier) is het met de cliënt of zijn begeleiders bepalen van de individuele behandeldoelen. Deze doelen kunnen divers zijn, zoals: het horen of beter horen van muziek, verbeteren van spraakverstaan, verbeteren van spreken, beter richtinghoren of grotere betrokkenheid bij de omgeving door het horen van omgevingsgeluiden.

Stap vijf is het kiezen van het type hoortoestel, het instrueren van

de cliënt of zijn begeleiders over techniek en verzorging van het hoortoestel. Tegenwoordig wordt voor cliënten bijna altijd gekozen voor digitale toestellen. Ook wordt bij voorkeur gekozen voor het aanpassen van twee toestellen tegelijk, omdat het dan goed mogelijk is om te horen waar geluid vandaan komt (richtinghoren). Bij de aanpassing wordt gezorgd voor een zo optimaal mogelijk draagcomfort.

Ten slotte volgt stap zes: het afspreken van het gewenningstraject. Om de cliënt de mogelijkheid te geven snel te wennen aan de nieuwe geluidenwereld, wordt bij voorkeur gekozen voor het meteen de hele dag laten dragen van de toestellen. Soms echter, bijvoorbeeld bij angstige of snel overprikkelde cliënten, wordt gekozen voor het selectief aanbieden van het toestel bij situaties, waarin voldoende begeleiding is en veel kans op een positieve beleving (zoals tijdens

een muziekactiviteit). In het gewenningstraject is ook aandacht voor zaken als: het leren betekenis geven aan geluid, het optimaliseren van communicatie en verbeteren van de akoestiek.

Geluidsbron

Tijdens het hele proces van aanpassing zijn er verschillende controlemomenten. Deze vinden tijdens, maar ook buiten het spreekuur plaats. De logopedist en psycholoog bewaken inhoudelijk het gewenningstraject. De logopedist controleert op de woongroep regelmatig hoe de verzorging verloopt en of de apparatuur goed wordt gebruikt. Op deze manier kunnen problemen worden voorkomen en of tijdig worden gesignaleerd en opgelost. Op basis van gezamenlijke evaluatie in het gehoorteam worden, indien nodig, behandeldoelen, keuze van de aanpassing of het gewenningstraject bijgesteld. Als doelen behaald zijn, kunnen er nieuwe doelen worden opgesteld.

Als cliënten voor het eerst een hoortoestel krijgen is dit vaak een bijzondere ervaring voor henzelf en voor iedereen die hierbij aanwezig is. Bij veel van hen is dit direct zichtbaar: doordat zij minder luidruchtig worden, sneller reageren, rechter op gaan zitten, stoppen met praten of gaan luisteren. Inmiddels heeft het gehoorteam veel enthousiaste verhalen kunnen horen van cliënten zelf en van hun begeleiders. 'De cliënt hoort de vogels buiten, reageert op de woonkamer geluiden, kan de geluidsbron lokaliseren, oriënteert zich beter, reageert sneller, is minder in zichzelf gekeerd, is alerter, praat meer, praat minder hard, articuleert beter, vertelt nu na wat is voorgelezen, gaat meer geluiden maken, doet nu klappend mee met de muziekactiviteit, heeft een betere stemming.'

Literatuur

- Kingma, J., R. Schelfhout, S. Damen, M. Makker, G. Kuik, B. van Zanten (2005) *Hoortoestellen voor slechthorenden met een verstandelijke beperking: een praktisch model*. Logopedie en Foniatrie 7/8 230-237.
- Kingma-Thijssen J. (2005). *Gehoorgeverlies bij mensen met een (visuele –en) verstandelijke beperking, resultaten van screening van het gehoor en audiometrie bij 344 personen*. Logopedie en Foniatrie 9, 272-278.
- Kramer, G.J.A. (2002). *Consensusprotocol ernstig probleemgedrag: handleiding voor het beschrijven en beoordelen van probleemsituaties rond cliënten in de gehandicaptenzorg*. Utrecht: Prismant
- Meuwese-Jonghejeugd, A., P. Harteloh, H. Verschuure, L. Nijs, H. Koot, H. Evenhuis (2005). *Audiological rehabilitation in adults with intellectual disability: why does it fail?* Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 2(1), 66-67.

Film

De methode van hoortoestelaanpassing bij slechthorenden met een verstandelijke beperking is verfilmd, waarbij negen cliënten van Bartiméus een rol spelen en de stappen van het aanpassingsproces duidelijk in beeld brengen. De film is te verkrijgen via www.bartimeus.nl/publicaties.

Saskia Damen is gezondheidszorg-psycholoog en Josje Kingma arts verstandelijk gehandicapten.

De door Saskia Damen en Josje Kingma gerapporteerde ervaringen zijn een prachtig voorbeeld van een geslaagde innovatie in een zorginstelling voor mensen met een verstandelijke beperking. Het begon met een paar enthousiaste professionals die beslist behoren tot de voortrekkers. Zij wisten hun management te interesseren. Niet alleen om hen de ruimte te geven in nieuwe professionele activiteiten, maar ook om in gezamenlijk overleg randvoorwaarden te scheppen voor veranderingen op verschillende niveaus in de organisatie. Mensen werden vrijgesteld voor nieuwe taken. Er werd een gestructureerde samenwerking aangegaan met het audiologisch centrum van het UMCU. Kennelijk levert het UMCU ook randvoorwaarden: er wordt op locatie diagnostiek en hoortoesteladvies aangeboden. Eenduidige criteria werden opgesteld voor hoortoestelaanpassing, zodat niet bij elke cliënt opnieuw gediscussieerd hoefde te worden over de haalbaarheid. Individuele doelen werden geformuleerd. Dat alles niet tijdelijk, als project, maar nu al jaren.

Dit is in de verstandelijk gehandicaptenzorg bijzonder: het aantal zorgorganisaties waar zo wordt omgegaan met zintuigstoornissen, is op één hand te tellen. Steeds wordt voldaan aan de voorwaarde van toegewijde professionals en een goede ondersteuning door het management. Goede zorg voor mensen met verstandelijke plus zintuiglijke beperkingen is kennelijk nog sterk afhankelijk van individuele personen. Te sterk. Ik ben benieuwd wat er in Bartiméus-Sonneheerdt zou gebeuren, als Josje en Saskia elders zouden gaan werken. Hoezeer is slechthorendheid daar inmiddels een gemeenschappelijk gedragen aandachtspunt? In welke mate is het ingebed in de routines van groepsleiding, dagactiviteitenbegeleiding, gedragswetenschappers?

Het is niet verbazend dat dit initiatief plaatsvindt in een zorgorganisatie voor slechthorenden: iedereen weet dat het gehoor voor deze mensen een belangrijke vervanging is. Eerder is het verbazend dat zelfs hier pas in de jaren negentig werd gestart met actieve gehoorscreening. Daaruit blijkt, hoezeer het gehoor een 'non-issue' is in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Terwijl toch, inderdaad, één op de drie cliënten in woningen en dagactiviteitencentra volgens WHO-criteria slechthorend is, onafhankelijk van de ernst van de verstandelijke beperking. In Bartiméus-Sonneheerdt is slechthorendheid urgenter dan elders in de zorg. Bovendien is de ambulante dienstverlening aan verstandelijk en visueel gehandicapten in het afgelopen decennium uitgegroeid tot een belangrijke activiteit van de gespecialiseerde organisaties voor slechthorenden. Dit lijkt me een sterke prikkel voor de kwaliteit van de zorg aan de eigen verblijfscliënten.

Het artikel roept geïnteresseerde vragen op. Hoe is het in de afgelopen zeven of acht jaar gegaan met al die andere nieuw gediagnosticeerde slechthorenden in Bartiméus? Want 37 procent van 344 verblijfscliënten zijn toch 127 personen, terwijl hier slechts gerapporteerd wordt over 37. Ook ben ik zeer benieuwd in hoeverre de vooraf geformuleerde individuele doelen gehaald werden. En of dat structureel wordt geëvalueerd en bijgesteld. Ten slotte mis ik informatie over de akoestiek in de woningen, dagactiviteitencentra en behandelruimten van Bartiméus-Sonneheerdt. Uit eigen onderzoek weet ik, dat dit elders in de zorg vaak belabberd is, wat voor slechthorenden een ramp is. Maar misschien is een goede akoestiek in de gespecialiseerde zorg voor slechthorenden zo vanzelfsprekend, dat dat hier geen punt was?

Prof.dr. Heleen Evenhuis *is bijzonder hoogleraar in de geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten aan de Erasmus Universiteit.*

Ingezonden

Niets is toevallig

Al geruime tijd loop ik rond met de gedachte om binnen mijn werkring, de Raphaëlstichting, meer aandacht te vragen voor onderzoek, direct gerelateerd aan de dagelijkse praktijk. De Raphaëlstichting heeft zich de laatste jaren op verschillende wijzen ingezet om onderzoek in eigen werk vorm te geven. Structureel gezien, is onderzoek nog niet ingebed in de organisatie. Onlangs heb ik daarvoor een notitie geschreven en daarmee het groene licht gekregen van het bestuur om verdere stappen te zetten. Van belang hierbij acht ik de aanname, dat onderzoek een directe relatie heeft met de dagelijkse werkzaamheden en activiteiten van de instelling, waarmee 'het doen' van onderzoek in nauwe relatie tot de zorg van de bewoners komt te staan. In mijn optiek dienen onderzoeksvragen dan ook voornamelijk uit de ervaring van alledag gegeneerd te worden. Medewerkers in onze zorg staan naast handelend, ook vragend in hun werk. Dit vraagt een bepaalde grondhouding van de medewerker. Om hierbij aan te sluiten en hiervan bewust te worden, zijn er verschillende mogelijkheden. Eén van de mogelijkheden is het inrichten van een forum om de ervaringen van praktijkgericht onderzoek bekendheid te geven en met anderen de vergaarde kennis te delen. Wie schetst mijn verbazing dat Markant in dezelfde weg is ingeslagen en een bijlage over kennisontwikkeling in de praktijk laat verschijnen. Het zou mooi zijn als deze bijlage continuïteit krijgt en breed in de organi-



satie verspreid zou worden.

Ik ben verheugd over dit initiatief en heb met belangstelling de bijdragen en de reacties daarop gelezen. Wanneer er binnen onze instellingen onderzoeksvragen en resultaten van onderzoek naar voren komen die om een bredere verspreiding en grotere aandacht vragen, lijkt mij deze bijlage een prima mogelijkheid om hieraan ruimere bekendheid te geven, voorzien van commentaar van anderen. Als het zou lukken om ook een digitale vorm van kennisdeling mogelijk te maken (wat het VGN-bestuur voorstaat, naar ik heb begrepen), dan is dat nog beter. Het is prettig te ervaren, dat er iets gaande is dat door meerderen gevoeld wordt. Dat er op een of andere wijze iets in de lucht hangt, waardoor je met recht kunt zeggen: 'Toeval bestaat niet.'

Tjibbe de Boer
stafmedewerker onderzoek
tj.deboer@raphaelstichting.nl

Je nek uitsteken

De bijlage vind ik een echte verrassing. Wat een goed idee; zo maakt de VGN zichtbaar dat zij gaat voor professionaliteit en kwaliteit. Het eerste nummer mag er ook zijn. Mooi uitgewerkte onderwerpen, goed gekozen. De formule met een soort co-recensent is ook aardig: dat verbreedt het zicht op de stand van de ontwikkelingen in het veld duidelijk. Ik denk wel dat iedereen nog wat voorzichtig was. Je vraagt ook wel wat van mensen: je nek uitsteken voor het front van de Nederlandse VG is niet niks als je het niet gewend bent (en dat zijn wij niet). Nog een advies: de sector heeft een conceptueel ordeningsprobleem. Dat is zeker gebleken in de kwaliteit- en professionaliteitsdiscussie (het VGN-project over Kwaliteit en Professionaliteit, red.). Wij hebben ons gevonden in de AAMR-zienwijze met onder andere de negen ondersteuningsgebieden. Zou dat ook geen mooi kader voor het blad vormen? Dus aan welk gebied in de AAMR draagt dat huifbedrijven nu bij? Of binnen welk ondersteuningsveld hoort sociale weerbaarheid. Tot slot: het is een blad dat ik meteen wil vermenigvuldigen en verspreiden en ik zou er wel vijftig willen laten landen ergens in de organisatie. Volgens mij ben ik niet de enige.

Mirjam Groenendijk
directeur De Trans

Onderwijs

Ik heb met belangstelling kennis genomen van Kennis uit de praktijk. Wat mij betreft precies de informatie waarvan je ook zou willen dat beroepskrachten en het onderwijs die bij houden.

Succes met het experiment.

Hans Timmerman
senior beleidsmedewerker arbeidsmarkt
en scholing VGN

Lezen op de reactie?

Behalve reacties op de artikelen is de redactie van Kennis uit de praktijk ook benieuwd naar reacties op de reacties. In kennisontwikkeling hoeft ten slotte niemand het laatste woord te hebben. Mail uw reactie aan: markant@vgn.org.

Gewichtscontrole voor mensen met een verstandelijke beperking

Leefstijl houdt gewicht op peil

Onderzoek naar de behandeling van ernstig overgewicht bij verstandelijk gehandicapten bestaat nauwelijks. Nu is er een nieuw programma voor gewichtscontrole. Wat blijkt? Verandering in leefgewoonten kan een oplossing bieden.

Ruud van Wijck en Marianne Berg

illustraties Anne Luchies

Wereldwijd hebben overgewicht en obesitas epidemische vormen aangenomen, ook in Nederland: meer dan veertig procent van de volwassenen en dertien tot vijftien procent van de kinderen is te zwaar. Mensen met een verstandelijke beperking ontkomen niet aan deze algemene trend. Zij hebben eveneens last van overgewicht en obesitas, hoewel Nederlandse prevalentiegegevens nog niet voorhanden zijn. Ook is het onderzoek naar de behandeling van overgewicht bij deze mensen nog nauwelijks van de grond gekomen

In buitenlands onderzoek onder mensen met een verstandelijke beperking werden verschillende prevalentiecijfers gevonden: bij 28 procent van de mannen en bij 29 tot 58 procent van de vrouwen werd overgewicht vastgesteld. Deze percentages blijken hoger te zijn dan die van de doorsnee bevolking. Het onderzoek geeft aanleiding te veronderstellen dat de mate en de wijze van ondersteuning iets zegt over iemands overgewicht en gezondheidsrisico's.

Een bekend gezondheidsrisico bij overgewicht is insulineresistentie, dat op zijn beurt weer ten grondslag ligt aan diabetes mellitus II. Andere bekende gezondheidsrisico's zijn, naast psychische en sociale problemen, hart- en vaatziekten, artrose, ademhalingsproblemen en hoge bloeddruk. Bovenstaande

constateringen hebben ertoe geleid dat stichting Talant, in samenwerking met het centrum voor Bewegingswetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen, de taak heeft opgevat aandacht te besteden aan overgewicht bij de door haar ondersteunde cliënten.

Inactief

In het verleden hebben bij Talant de verschillende interventies en adviezen op het terrein van voeding en bewegen bij cliënten niet steeds tot het gewenste resultaat geleid. Vermoed wordt, dat er relaties bestaan met het feit dat cliënten keuzes maken die kunnen leiden tot een ongezond voedings- of bewegingspatroon. Met andere woorden: aanpassing van de leefstijl kan mogelijk een oplossing bieden voor overgewicht. Daarnaast leidden organisatorische en zorginhoudelijke veranderingen in een aantal situaties tot grotere inactiviteit. Zo is de afstand tussen thuis en werk zodanig, dat iemand vaker van (bus)vervoer gebruik moet maken en is het aantal uren dagbesteding of werk toegenomen ten koste van bewegingsactiviteiten, waardoor iemand gedurende de dag vaker inactief is. Terugdringen van overgewicht en inactiviteit lukt alleen als de persoon zijn of haar leven zodanig inricht, dat gezond bewegen en een gezond voe-

Gegevens deelnemers

	G	L	BMI	klasse
1	M	20	27,5	overgewicht
2	V	61	32,6	obesitas klasse1
3	V	40	35,3	obesitas klasse2
4	V	50	28,1	overgewicht
5	M	42	28,7	overgewicht
6	M	40	29,0	overgewicht
7	M	43	29,3	overgewicht
8	M	31	29,6	overgewicht
9	M	18	29,0	overgewicht
10	V	18	28,9	overgewicht
11	V	49	33,0	obesitas klasse1
12	V	50	32,8	obesitas klasse1
13	M	47	36,8	obesitas klasse2
14	V	34	27,1	overgewicht
15	V	38	29,4	overgewicht
16	V	45	26,8	overgewicht
17	V	52	26,6	overgewicht

G= geslacht L=leeftijd

dingspatroon een geïntegreerd onderdeel is van het dagelijks leven. Zonder dat iemand er zijn of haar leven voor 'op zijn kop' hoeft te zetten. Deze analyse leidde maar tot één conclusie: gewichtscntrole is afhankelijk van leefstijlfactoren, zoals gezond eten en voldoende bewegen.

Eetmoment

Bij uitvoering van het gewichtscntroleprogramma moeten de desbetreffende deelnemers aan de volgende eisen voldoen: overgewicht (BMI 25/30 kg/m² of meer dan 30 kg/m²), zelfstandig kunnen lopen, over enig lerend vermogen beschikken, geen medische, psychologische of pedagogische contra-indicaties hebben en de beschikking hebben over een toestemmingsverklaring. Het gewichtscntroleprogramma bestaat uit vier onderdelen, die onderling tot één geheel zijn geïntegreerd. De vier onderdelen die worden aangeboden zijn: voeding, beweging, educatie en ondersteuning. Voor de effectiviteit van het gewichtscntroleprogramma is de samenhang en permanente afstemming tussen de verschillende onderdelen van groot belang: de kracht van het programma zit 'm juist daarin. Dit betekent dat het realiseren van samenhang een expliciet geformuleerde taak is en dat deze taak is toebedeeld aan een coördinator. Dat is in alle gevallen een bewegingsdeskundige.

Het onderdeel Voeding bestaat uit de voedingsadviezen die de deelnemers aan het gewichtscntroleprogramma krijgen aangeboden. Deze adviezen zijn gebaseerd op het zogenaamde stippendieet (www.stippendieet.nl). Bij elk eetmoment staat aangegeven hoeveel stippen (van 25 kcal) dit mag bevatten. De kleur van de stippen geeft aan of iets gezond (groen) dan wel minder gezond (oranje) is. Het dieet geeft ook de samenstelling aan volgens de Algemene richtlijnen goede voeding en de per leeftijdsgroep aanbevolen hoeveelheden voor eiwit, vitamines, mineralen. Om het programma begrijpelijk te maken is de informatie over voeding ook visueel weergegeven. Het instellen van een

persoonlijk dieet geschiedt op voorschrift van een arts. Een aangepast voedingsadvies kan zonder tussenkomst van de arts geregeld worden.

Overtollig

Het onderdeel Beweging en dan vooral regelmatig bewegen is een centrale component van gewichtsverlies en de beste voorspeller van gewichtshandhaving. Door het proces van vetoxidatie blijft de positieve invloed van gezond bewegen op het energieverbruik voor 48 tot 72 uur na de (matig intensieve) inspanning gehandhaafd. De positieve invloed van bewegen blijft in tact, zolang de persoon om de dag, dus minimaal vier keer per week, actief is. Belangrijk is het totale bewegingswerk dat wordt volbracht: langdurig bewegen met een lage intensiteit is even effectief als kortdurend bewegen met een hoge intensiteit. Het bewegingsprogramma bestaat uit twee delen: aandacht voor bewegen in het dagelijks leven en een geïndividualiseerd bewegingsprogramma. Aandacht voor bewegen in het dagelijks leven wordt gecoacht door de zorgcoördinator. Dit is tevens een onderdeel van de ondersteuning vanuit het sociale netwerk van de cliënt.

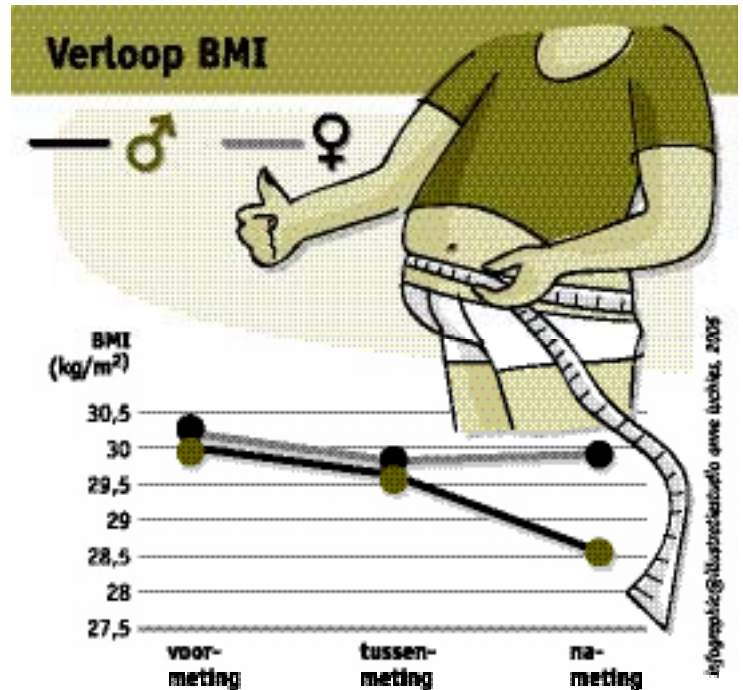
Bij het geïndividualiseerd bewegingsprogramma gaat het om een programma, waarbij de cliënt minimaal om de dag minstens drie kwartier beweegt. Om gedurende de

looptijd van het programma tot een goede en blijvende verbranding van overtollige energie te komen, moet de bewegingsintensiteit geleidelijk toenemen van 25 procent tot vijftig à zestig procent van het geschatte maximale uithoudingsvermogen. De aard van de bewegingsactiviteiten wordt afgestemd op de wensen en mogelijkheden van de cliënt en deze hoeft er geen werkzaamheden of activiteiten voor te laten vervallen. Aan de hand van periodieke metingen van hartslag, gewicht, uithoudingsvermogen, gewicht en vetpercentage wordt de voortgang van de cliënt gevolgd. Het geïndividualiseerd bewegingsprogramma duurt een half jaar. Aan het eind van dit half jaar wordt gekeken hoe de bewegingsactiviteiten blijvend kunnen worden ingepast.

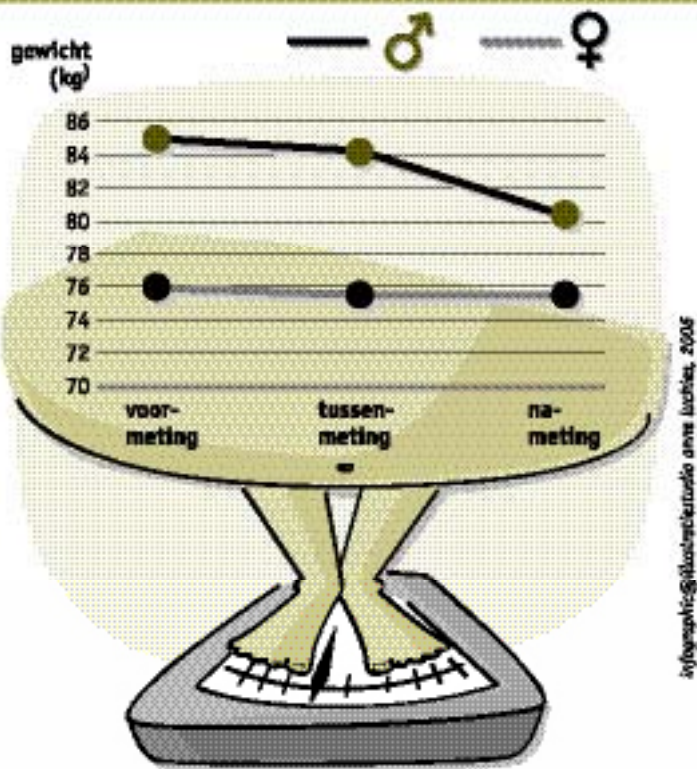
Evaluator

Het onderdeel Educatie richt zich op de gezondheidsscholing van de cliënt. Daarvoor is de cursus 'Eten en bewegen' ontwikkeld, die bestaat uit acht verschillende onderwerpen die bij herhaling worden gepresenteerd. Voor de wekelijkse lessen wordt gebruik gemaakt van een cursusmap, voorbeeldmateriaal, een spel en huiswerkopdrachten. Mensen uit het sociale netwerk van de cliënt, vooral de zorgcoördinatoren, krijgen eveneens informatie over voeding en beweging.

Ten slotte het Sociaal netwerk. De zorg-



Verloop gewicht



coördinator heeft een prominente plaats in de uitvoering. Activiteiten op het gebied van voeding, beweging en educatie vinden altijd plaats in samenspraak met deze functionaris, die, naast familie en huisgenoten, ook gesprekspartner is bij de activiteiten die de cliënt onderneemt om zijn of haar leefstijl aan te passen.

Organisatorische diensten, zoals specialistische ondersteuning zijn als evaluator bij het programma betrokken. De uitkomsten van evaluaties hebben een dwingend karakter. Het begeleidingsprogramma heeft hetzelfde karakter als zorg- of opvoedingsprogramma's of ondersteuningsgerichte protocollen. Cliënten met bepaalde karakteristieken (bijvoorbeeld met een BMI van 25 of hoger) krijgen standaard het aanbod om het programma te volgen. Medici zullen cliënten moeten doorverwijzen.

Gender-specifiek

De resultaten van het gewichtscontroleprogramma zijn als volgt: er hebben zeventien deelnemers aan het programma meegedaan, bestaande uit tien vrouwen en zeven mannen (zie schema). Bij driekwart van de deelnemers is er na het programma sprake van significante gewichtsafname. De mannen dragen het meeste bij aan dit resultaat (met 4.2 kg), hoewel zij getalsmatig in de minderheid zijn (zie grafiek). Bij twaalf van de zeventien deelnemers (71 procent) valt de BMI lager uit. Bij de mannen is dat zelfs

significant (1.4 kg/m²). De effecten treden op na de tussenmeting (zie grafiek). Er zijn geen betekenisvolle verschillen gevonden in vermindering van het lichaamsvet.

De mannen lieten na het programma een verbeterd uithoudingsvermogen zien. Er zijn (nog) geen bruikbare gegevens over de effecten van het scholingsprogramma. De conclusie is dat uit de gezamenlijke resultaten van het gewicht, de BMI, het vetpercentage blijkt, dat de groep deelnemers als geheel na het programma gezonder is geworden. Mannen profiteren duidelijk meer van het programma dan vrouwen. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn, dat

mannen het advies om meer te bewegen makkelijker in hun dagelijkse werk kunnen integreren dan vrouwen, die veelal zittend handwerk doen. Een gender-specifieke invalshoek heeft ook mogelijkheden voor vrouwen: zij zouden meer en zwaarder huis-houdelijk werk kunnen doen, zoals boenen en dweilen, stofzuigen en ramen lappen. Het uitblijven van veranderingen in het vetpercentage kunnen begrepen worden uit de procesevaluatie: het vereiste niveau van inspanning, duur en frequentie om voldoende vet te verbranden wordt door velen niet gehaald. De effecten ontstaan in de tweede helft van het programma. Dat is begrijpelijk als je bedenkt dat het lichaam tijd nodig heeft om zich in te stellen op een ander voedings- en bewegingspatroon. Door het nog ontbreken van follow-up gegevens kan over het behoud van de gezondheidswinst en de (gezondere) leefstijl nog niets gezegd worden.

Busvervoer

Aanbevelingen voor de implementatie van het gewichtscontroleprogramma kunnen zijn: de betrokkenheid van de begeleiders van wonen en de integratie in het onder-

Literatuur

- Bouchard, C. (Ed.) (2000) *Physical activity and obesity*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Burkart, J.E., Fox, R.A., & Rotartori, A.F. (1985). Obesity of mentally retarded individuals: prevalence, characteristics, and intervention. *American Journal of Mental Deficiency*, 90(3), 303-312.
- Fernhall, B. (1993). *Physical fitness and exercise training of individuals with mental retardation*. *Medicine and Science in sports and Exercise*, 25(4), 442-450.
- Gezondheidsraad (2003). *Advies Gezondheidsraad overgewicht en obesitas*. Den Haag: www.gezondheidsraad.nl/adviezen.
- Graham, A. & Reid, G. (2000). *Physical fitness of adults with an intellectual disability: a 13-year follow-up study*. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 71(2), 152-161.
- Messent, P.R., Cooke, C.B. & Long, J. (1999) *Primary and secondary barriers to physically active healthy lifestyles for adults with learning disabilities*. *Disability and rehabilitation*. 21(9), 409-419.
- Seidel, C. (1998). *Considerations for fitness appraisal, programming, and counselling of people with intellectual disabilities*. *Can. J. Appl. Physiol*, 23(2), 185-211.
- Seidell, J.C. en T.L.S. Visscher (2003). *Voeding en Gezondheid*. *Nederlands Tijdschrift der Geneeskunde*, 147 (7): 281-286.

steuningsplan. Het doel van het programma is aanpassing van de leefstijl door de cliënt. De ervaring leert dat vooral de houding van de begeleiders binnen het wonen van cruciaal belang is. Als deze begeleiders er niet duidelijk achter staan, onvoldoende geïnformeerd zijn of niet 'het goede voorbeeld geven' is de kans groot dat het programma geen blijvend effect heeft.

De kwaliteit van de ondersteuning wordt niet (alleen) bepaald door de doelen die gesteld zijn en gerealiseerd worden, maar ook door de dagelijkse omgang van de medewerkers met de cliënten en de aandacht en betrokkenheid die daarin naar voren komt voor het welzijn en welbevinden van de cliënt. Het is buitengewoon belangrijk dat een gezonde leefstijl op dit niveau een geïntegreerd onderdeel wordt van de ondersteuning: niet als een te realiseren doel dat vervolgens afgesloten kan worden, maar als één van de basiselementen die het welzijn en welbevinden van de cliënt bepalen. Om dit te realiseren ligt het wel voor de hand om één of meerdere (sub)doelen te formuleren in het ondersteuningsplan. Voorbeelden zijn: een tijdsplanning met streefgewichten, samen gezonde boodschappen doen en gezond eten klaar maken, bewegingsactiviteiten inplannen, een 'tienduizend stappenplan' of elke dag een half uur minder zitten. Het 'inslijten' van dit soort doelen maakt het handhaven van een gezonde leefstijl makkelijker.

Op basis van ervaringen wordt, los van elk programmaonderdeel, voor één aspect specifiek aandacht gevraagd, namelijk het vervoer: het komen en gaan van en naar de werkplek of activiteit. Hierbij gaat het niet alleen om (bus-)vervoer maar ook om het op tijd komen voor de cursus en voor de sport- en bewegingsactiviteiten.

Overgewicht en obesitas zijn in de laatste decennia uitgegroeid tot een groot probleem voor de volksgezondheid. Zoals Van Wijck en Berg opmerken, ontkomen ook mensen met een verstandelijke beperking niet aan deze trend. In Nederland is weliswaar weinig onderzoek gedaan naar overgewicht en obesitas bij mensen met een verstandelijke handicap, toch is hierover gepubliceerd in het *NTZ 2005*, jaargang 31, nummer 1. In dit onderzoek bij 744 volwassen mensen met een verstandelijke handicap is de Body Mass Index bepaald. Uit de resultaten blijkt dat 32 procent van de cliënten overgewicht heeft (BMI groter of gelijk aan 25) en tien procent ernstig overgewicht (BMI groter of gelijk aan 30). Risicogroepen zijn vrouwen, ouderen (vanaf vijftig jaar), mensen met Down syndroom en mensen met een lichte of matige verstandelijke handicap. Daarnaast heeft echter ook zes procent ondergewicht. Dit in tegenstelling tot twee procent van de volwassen Nederlanders.

De relevantie tussen de interventie van Van Wijck en Berg en de onderzoeken van Golden en Hatcher en Rimmer komt niet naar voren. Onduidelijk is of de leefomstandigheden en mate van verstandelijke handicap overeenkomen.

Terug naar het onderzoek van Van Wijck en Berg.

De methode van het programma is een interventie op drie onderdelen, namelijk beweging, voeding en educatie. Wanneer deze gelijktijdig worden uitgevoerd, is het niet mogelijk te meten welk onderdeel al dan niet een effect veroorzaakt. Onduidelijk is wat de vooraf gestelde doelen waren. Is de inzet een verlaging van de BMI of een verlaging van het vetpercentage of uithoudingsvermogen?

De steun aan het sociale netwerk en de organisatorische en inhoudelijke inbedding zijn randvoorwaarden van het programma en geen onderdeel van de methode.

De onderzoeksgroep is klein, waardoor

de resultaten instabiel kunnen zijn. Wat betreft de samenstelling van de onderzoeksgroep kan opgemerkt worden dat gegevens over etiologie ontbreken. Bekend is het risico op overgewicht bij mensen met het syndroom van Down.

De resultaten maken niet duidelijk hoeveel de deelnemers in gewicht zijn afgenomen. Ook komt de verdeling in gewichtsverlies tussen de deelnemers onderling niet naar voren in de resultaten. Het is bekend dat mannen sneller afvallen dan vrouwen. Dit heeft te maken met de hoeveelheid spierweefsel. Mannen hebben meer spierweefsel dan vrouwen en dit weefsel verbruikt meer energie.

Opvallend is dat de gunstige resultaten op de BMI pas worden gezien in de tweede helft van het onderzoek. Hiervoor wordt geen verklaring gegeven. Het is wenselijk in vervolgonderzoek na te gaan welke oorzaken hieraan ten grondslag liggen.

In de afgelopen jaren is er terecht meer nadruk komen te liggen op de autonomie van mensen met een verstandelijke handicap, ook ten aanzien van hun voedings- en bewegingspatroon. In het dagelijks leven worden veel mensen met een verstandelijke handicap ondersteund. De vraag is welke rol de ondersteuners moeten spelen bij het motiveren van een gezonde leefstijl en het wijzen op ongezond eet- en bewegingsgedrag. Los van alle onderzoeken blijft het volgende ethische dilemma actueel, namelijk de spanning tussen zelfbeschikking en goede zorg door ondersteuners.

Voor mensen met een verstandelijke handicap met overgewicht en obesitas is nog veel onderzoek nodig. Een multidisciplinaire samenwerking van onder andere bewegingsagogen, diëtist, arts, ondersteuners in samenspraak met de cliënt is hierbij zeker essentieel.

Ankie van Knijff-Raeven *is DVG, diëtist werkzaam in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap bij stichting Pepijn en Paulus*

Zelf doen

De Speelpoort is het resultaat van een zoektocht naar de ontwikkeling voor jonge kinderen met ernstige meervoudige handicaps. Dankzij deze methode spelen kinderen op orthopedagogische dagcentra voortaan zelf en worden minder afhankelijk van volwassenen.

door Steven van der Burg, Yvonne van Dijk, Marcelle Happee en Barbara Pot

foto's Martine Sprangers

Op de orthopedagogische dagcentra (ODC's) de Carrousel in Hoorn en de Troubadour in Den Helder is een nieuwe spelmethode geïntroduceerd: de Speelpoort. De Speelpoort is speciaal ontwikkeld voor jonge kinderen met ernstige meervoudige handicaps, die in deze ODC's komen. De ODC's maken deel uit van Esdégé-Reigersdaal, een organisatie voor dienstverlening aan mensen met een handicap in de noordelijke helft van Noord-Holland. 'Mensen met een handicap kiezen zelf hoe ze leven. Wij ondersteunen hen daarbij', zo luidt het motto van deze stichting. Dit 'zelf kiezen' komt terug in het 'zelf spelen' met behulp van de Speelpoort.

Uitgedaagd

De methode de Speelpoort is een observatie- en activiteitenlijst, bedoeld voor kinderen met een ontwikkelingsleeftijd tot ongeveer een jaar. Zij krijgen activiteiten en materialen aangereikt, waarbij geobserveerd wordt of en hoe zij daarmee omgaan. De zintuigen zijn de 'poortjes' waardoor informatie bij de kinderen binnenkomt. Als we weten welke poort het meest open staat, dan kunnen we die gebruiken om ook andere (verder) te openen. Zo zal een kind dat graag en goed luistert sneller naar iets grijpen en eraan voelen als er ook geluid bijkomt.

De Speelpoort wordt aangeduid met 'observatielijst', maar de methode is meer dan alleen waarneming. Door het aanbieden van de juiste materialen en het creëren van een goede speelomgeving wordt een kind uitgedaagd. 'Het kan niet' bestaat niet bij de Speelpoort: er wordt

net zolang gezocht tot de omgeving van het kind zo is ingericht, dat het zelf gaat spelen.

In de Speelpoort komen de ervaringen uit de ODC's samen met de ideeën van de Deense psychologe Lili Nielsen. Zij gaat ervan uit, dat ook kinderen met een ernstig meervoudige handicap zelf actief

bezig kunnen zijn en dat dit 'zelf doen' de basis is voor verdere ontwikkeling. Met de Speelpoort wordt bereikt dat kinderen zelf kunnen spelen met materiaal dat ze leuk vinden en dat bij hen past.

Blok

Uiteraard is het geen kwestie van 'even naar het kind kijken, het een speeltje in handen geven en dan komt de rest vanzelf wel'. Goed observeren en gericht materiaal aanbieden vergt inspanning en tijd. De observatielijst is weliswaar eenvoudig in te vullen, maar het is ook een uitgebreide lijst.

De lijst begint met een aantal algemene observaties over de zintuigen van het kind en de hulpmiddelen die het gebruikt. Dan komen de zintuigen afzonderlijk aan de beurt. Elk zintuig is onderverdeeld in een aantal observatieblokken die overeenkomen met een bepaalde leeftijdsperiode. GM1 staat bijvoorbeeld voor Grote Motoriek 1 en komt overeen met een ontwikkelingsleeftijd van één tot drie maanden.

De observatieblokken bestaan op hun beurt weer uit items die door iedereen die het kind goed kent ingevuld kunnen worden. Bij elk blok staan de belangrijkste doelen die het kind in deze periode onder de knie moet krijgen en er staan ideeën voor spelletjes en materialen die gebruikt kunnen worden. Die kunnen later bij verschillende blokken terugkomen.

Als de observatielijst is ingevuld maakt de begeleidster een samenvattend verslag. Hierin beschrijft zij hoe het kind speelt, waar het mee speelt, in welke houding, welke lichtval, hoelang het achtereen kan spelen en al het andere dat haar tijdens het spelen en observeren is opgevallen. Belangrijk hierbij is, dat beschreven wordt wat het kind kan en waar het plezier in heeft. Want daar liggen de aanknopingspunten voor verdere ontwikkeling.

Hokjes

Bij de meeste kinderen kunnen de verschillende zintuigen zich niet parallel ontwikkelen. Het ene poortje staat meer open dan het andere.





Ook dat is een belangrijk gegeven. De observatie is een voortdurende zoektocht naar combinaties tussen de mogelijkheden en interesses van het kind en de poort en ontwikkeling die kan worden gestimuleerd.

Hierbij is de handelwijze van degene die de Speelpoort invult opnieuw erg belangrijk. Afhankelijk van wat diegene bij het kind wil stimuleren, past hij het soort en de hoeveelheid materiaal aan. Bij voorkeur is de degene die de observatielijst invult iemand die het kind goed kent. Hij kan de reacties van het kind op waarde schatten, ook als het gaat om kleine, voor anderen moeilijk te observeren gedragingen. Voor het invullen moet zeker enige weken worden uitgetrokken, waarbij het kind in verschillende situaties en met verschillende soorten materiaal speelt en wordt geobserveerd. De totaal benodigde tijd, verdeeld over deze periode, is twee tot drie uur. Het daadwerkelijke invullen van de lijst is vrij eenvoudig. Achter elk item zijn vier invulhokjes. De eerste twee zijn bestemd voor het eerste jaar van invullen, de tweede twee voor het daaropvolgende jaar. In elk hokje wordt met een plus aangegeven wat het kind doet of kan, met een min dat het dit nog niet doet en met een plusminus dat het dit soms of een beetje doet. Het cijfer nul geeft aan dat het kind dit wel heeft gedaan, maar nu niet meer doet.

De Speelpoort kan door meerdere personen worden ingevuld. Daarom zijn er ook twee hokjes voor elk jaar van invullen. De Speelpoort is namelijk bij uitstek interdisciplinair. In principe gaan we uit van de begeleider en de ouders, maar ook een fysiotherapeut, een logopedist, een ergotherapeut en een orthopedagoog kunnen erbij betrokken worden. Niet iedereen hoeft de volledige lijst in te vullen. Elk kan een deel voor zijn rekening nemen of de lijst wordt in overleg doorgenomen.



Kubus

Methode de Speelpoort wil zeker niet de aanschaf van allerlei duur speelgoed propageren. Immers een kind kan verschillende materialen en voorwerpen als speelgoed kiezen. Wel vraagt de Speelpoort om een beetje creativiteit, maar overvraagt niet. Stel, een kind in een rolstoel speelt ergens graag mee. Maar steeds valt het speeltje op de grond. Met een touwtje of elastiek zou het speeltje dan bevestigd kunnen worden, zodat het kind het zelf steeds weer naar zich toe kan halen. Bij de Speelpoort wordt voor de materiaalkeuze dankbaar gebruik gemaakt van de ideeën van Lili Nielsen. Zij ontwierp bijvoorbeeld de 'little room'. Dit is een grote kubus, die aan één kant open is. Het kind kan hierin liggen. De wanden en het plafond worden volgehangen met spelmaterialen. Ook de resonantieplank is een idee van Nielsen. Aan de onderkant heeft deze iets uitstekende wanden. Al het geluid dat een kind maakt dat op de resonantieplank ligt, wordt versterkt. Aangemoedigd door dit resultaat zal het kind meer gaan bewegen.



Zintuigen

De kinderen op de ODC's spelen met van alles. Ze zien, proeven, ruiken, horen en voelen en spelen bijvoorbeeld met een wasrekje, muziekinstrumenten, klittenband, knuffeldieren, zeep, fruit, kraanwater, handpoppen, autootjes, ballen. Ouders en medewerkers van de Troubadour hebben een mooie 'zintuigentuin' gemaakt. Hierin kan een kind met een rolstoel rondrijden en van alles voelen: materialen, water, zand en ook de wind. Het leukste aan het werken met de Speelpoort is de ontdekking van wat een kind allemaal kan. Het is vooral een zoektocht om het kind zelf te laten spelen en te laten kiezen. De achtjarige Hessel Ruiten bijvoorbeeld, kan speelgoed pakken en betasten met zijn tong en zijn gezicht. Hij kan weliswaar weinig zien, maar pakt wel het speelgoed dat op een vaste plek aan zijn stoel bevestigd is. En de tienjarige Bart Kraak gooit graag met zijn speelgoed. Hij heeft allerlei spelmaterialen aan speelbogen met elastiek, zodat hij het weer terug kan vinden. En Leonard Heidema (veertien jaar) vindt het saai om steeds op één groep te zijn. Hij doorkruist nu zelfstandig het ODC met een band om zijn middel, waaraan materiaal bevestigd is waarmee hij onderweg kan spelen. De Speelpoort heeft eraan bijgedragen dat deze kinderen voortaan zelfstandig spelen. Ook stimuleert deze methode het samenwerken. Alle betrokkenen bij een kind worden ingeschakeld en iedereen verzamelt materiaal dat de

zintuigen van het kind aanspreekt. En zo verandert het kind van iemand die niets kan in iemand die van alles kan.

Toegegeven, het is een pak papier, die Speelpoort. Soms is het voor een ouder ook wel even slikken. Maar wie er eenmaal mee bezig is, vindt het leuk en ervaart dat zijn kind dingen kan, waarvan hij dacht en hoorde dat het kind dat nauwelijks kon. Bovendien kunnen ouders met de Speelpoort ook thuis aan de slag en ze hoeven er geen ingewikkelde handelingen voor te verrichten of duur speelgoed voor te kopen. We weten nog niet half hoe leuk zelf spelen is.



Steven van der Burg *is medewerker communicatie Esdégé-Reigersdaal in Broek op Langedijk; Yvonne van Dijk spelbegeleidster op ODC De Carrousel in Hoorn; Marcelle Happee spelbegeleidster op ODC De Troubadour in Den Helder; en Barbara Pot orthopedagoge op De Troubadour en De Carrousel.*

Methode de Speelpoort kost 10 euro (voor de observatielijst en de handleiding, exclusief verzendkosten) en is te bestellen via Barbara Pot, ODC de Troubadour, telefoon 0223 636 997, e-mail barbara.pot@troubadour1.demon.nl.

Reactie

Rita Zijlstra

Stimuleren van spel bij kinderen met ernstige meervoudige beperkingen is kinderspel?

Jonge kinderen ontwikkelen zich spelenderwijs. Het spel verandert gaandeweg van eenvoudig onderzoekend spel naar uitgebreid fantasiespel. Kinderen oefenen tijdens het spel in omgang met allerlei materialen, met andere kinderen en hun emoties. Bij sommige kinderen, zoals kinderen met ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen, komt de spelontwikkeling maar moeizaam op gang of verloopt deze anders. Deze kinderen vertonen afwijkend gedrag, zoals stereotype gedrag of exploreren niet. Ook hebben zij veel meer hulp nodig bij hun spel. Ouders geven aan dat de kwaliteit, concentratie, lengte en variatie van het spel van deze kinderen verschilt van het spel van andere kinderen. Spelbegeleiding kan dan worden ingezet voor het stimuleren van de ontwikkeling in algemene zin. De doelstellingen zijn vaak zeer divers: plezierbeleving, ontspanning, uitbreiden van ervaringen, het prikkelen van de zintuigen en het ontplooiën en in stand houden van mogelijkheden. Over het algemeen wordt tijdens spelbegeleiding eerst vastgesteld wat het spelniveau is en wordt besproken welke spelmaterialen passend zijn bij de diverse spelniveaus.

Vervolgens wordt de spelontwikkeling op een gestructureerde en methodische wijze gestimuleerd.

Dit klinkt allemaal goed doordacht. Maar daarmee is de praktijk nog niet eenvoudig. Ook in de beschrijving van de Speelpoort komt dit naar voren. De bedenkers beschrijven dat het geen kwestie is van 'even naar het kind kijken, het een speeltje in handen duwen en dan komt de rest vanzelf wel. Goed observeren en gericht materiaal aanbieden vergt inspanning en tijd'. Maar stel nu, dat we in de meest ideale situatie die tijd hebben, enorm gemotiveerd zijn en het 'pak papier' niet iets is waar we ons door uit het veld laten slaan. Zijn we er dan? Waarschijnlijk niet. Goede observatie- en activiteitenlijsten zijn onontbeerlijk, maar nauwelijks voldoende. Op dit moment ontbreken er een aantal essentiële elementen. Ten eerste is er dringend behoefte aan een goede theorie over hoe de ontwikkeling bij deze kinderen nu eigenlijk verloopt. Een van de redenen, waarom er onduidelijkheid bestaat over de gewenste kwaliteit en kwantiteit van de geboden begeleiding is toe te schrijven aan het feit, dat niet duidelijk is hoe de ontwikkeling van deze kinderen verloopt. Deze ontwikkeling (ook de spelontwikkeling) is moeilijk voorspelbaar en voor ieder

kind anders. Dit komt door de diversiteit in oorzaak, type en aard van de beperkingen en in functionele mogelijkheden. Hierdoor weten we niet of het speeltje dat een kind op dit moment interessant vindt inderdaad geschikt is om op dit moment aan te bieden zodat die spelontwikkeling gestimuleerd wordt. Hoe stellen we vast wat een kind op dit moment dan nodig heeft? Alleen maar door de reacties van het kind in het hier en nu te observeren, wetende dat de reacties van het kind zeer wisselend zijn in tijd en tussen begeleiders? Ten tweede bestaat er nog nauwelijks zicht op de effectiviteit en efficiëntie van ingezette middelen. Er worden nauwelijks direct waarneembare, concrete en zorginhoudelijk effectmaten geformuleerd. Wanneer er therapieën of methoden worden ingezet zonder dat wordt getoetst of het gewenste effect daadwerkelijk wordt bereikt, blijft de noodzaak van de inzet van verschillende therapieën of methoden onduidelijk. Gesteld kan worden dat de Speelpoort een goed begin is en een goede theoretische onderbouwing verdient om verdere toepassing mogelijk te maken.

Rita Zijlstra *is GZ-psycholoog en universitair docent neuropsychologie aan de Universiteit Leiden.*

Behalve reacties op de artikelen is de redactie van Kennis uit de praktijk ook benieuwd naar reacties op de reacties. In kennisontwikkeling hoeft tenslotte niemand het laatste woord te hebben. Mail uw reactie aan: markant@vgn.org.

Internationale bestseller

hNB uitgeverij nelissen



• ISBN 90244 04157
• 168 pagina's • € 15,90

Ben Furman

De methode Kids' Skills

Op speelse wijze vaardigheden ontwikkelen bij kinderen

Furman is een Finse psychiater en psychotherapeut en hij heeft de methode Kids' Skills ontwikkeld. Centraal staat één heel belangrijk idee: praktisch alle problemen van uw kind kunt u opvatten als vaardigheden die het nog moet ontwikkelen.

Met Furmans vijftien stappenmethode kan uw kind samen met u de benodigde vaardigheden ontwikkelen.

Het is een boek vol met ideeën, verhalen en suggesties voor ouders, hulpverleners in de jeugdzorg en overige geïnteresseerden.

Ben Furman is mededirecteur van het Helsinki Brief Therapy Institute en hij heeft een eigen talkshow op de Finse televisie over onderwerpen die met psychologie te maken hebben.

Postbus 3167
3760 DD Soest
tel: 035 541 23 86
fax: 035 542 38 77
mail: service@nelissen.nl
site: www.nelissen.nl

Nu verkrijgbaar bij Uitgeverij Nelissen of de (internet-)boekhandel. Kijk ook eens op www.nelissen.nl

Het NGBZ: voor goede zorg aan mensen met een verstandelijke beperking

Het NGBZ is een vereniging voor iedereen die werkzaam is in de zorg- en dienstverlening aan mensen met een verstandelijke beperking. Doel van deze vereniging is de deskundigheid van professionals te vergroten, door kennisontwikkeling en het uitwisselen van ervaringen.

Activiteiten

- Jaarlijkse opensessiedag voor alle leden, met lezingen en workshops over actuele thema's
- Thematische symposia en studie(mid)dagen
- Landelijke studiedagen en werkveldbijeenkomsten voor specifieke beroepsgroepen onder de leden
- Regiobijeenkomsten
- Cursussen en trainingen

Lidmaatschap Het lidmaatschap van NGBZ is persoonlijk. De contributie bedraagt € 150 per jaar (2006). Als NGBZ-lid kunt u tegen gereduceerd tarief deelnemen aan de bijeenkomsten. Ook ontvangt u gratis de tijdschriften Markant en NGBZ, korting op de abonnementsprijs van NTZ en vele andere publicaties.

Meer weten? Bezoek dan onze website www.ngbz.nl of neem contact op met het NGBZ, Catharijnesingel 47, Postbus 19152, 3501 DD Utrecht, telefoon (030) 230 65 90, e-mail info@ngbz.nl.

ngbz

Vereniging voor Deskundigheidsbevordering

In de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap

Citaat

‘Professionaliteit in de gezondheidszorg is méér dan een regelgeleide praktijk waar standaarden van voortreffelijkheid gezamenlijk worden onderschreven – al is het dat nadrukkelijk zeker ook.’

Annelies van Heijst

Bron: Menslievende zorg, Een ethische kijk op professionaliteit. Uitgeverij Klement, Kampen 2005.