



JAC DE BRUIJN & BRIAN TWINT
[REDACTIE]

HANDBOEK
VERSTANDELIJKE
BEPERKING

VIJFENTWINTIG
SUCCESVOLLE METHODEN

Boom

HANDBOEK VERSTANDELIJKE BEPERKING

Jac de Bruijn en Brian Twint (redactie)

Boom

© Jac de Bruijn & Brian Twint, p/a Boom uitgevers
Amsterdam, 2014

Tweede, herziene druk, 2019

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden vervoelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo Besluit van 27 november 2002, Stb. 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewer-

ken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Omslag: Bart van den Tooren
Ontwerp binnenwerk: Bas Smidt
Binnenwerk: ZetSpiegel, Best

ISBN 9789024425655 / NUR 770

www.boompsychologie.nl
www.bua.nl

Inhoud

Voorwoord	13
Inleiding	15

Deel 1 – Aandacht voor methoden

1	Ondersteuningsmethoden in de zorg aan mensen met een (verstandelijke) beperking – <i>Jac de Bruijn en Brian Twint</i>	21
1.1	Concepten van ondersteuning	22
1.2	Ondersteuningsbehoefte als aanknopingspunt	24
1.3	Functioneren en kwaliteit: accenten in een visie	26
1.4	Methodisch werken en methoden	29
1.5	Methoden in dit boek	32
1.6	Tot slot	36
2	Effectieve methoden in de ondersteuning en behandeling van mensen met een verstandelijke beperking – <i>Xavier Moonen en Robert Didden</i>	37
2.1	Verstandelijke beperking: classificatie versus diagnostiek	38
2.2	Methoden van ondersteuning en behandeling van mensen met een verstandelijke beperking	40
2.3	Effectiviteit van een methode	43
2.4	Tot slot	49
3	Vijf mentale slijpstenen voor professionals bij methodisch werken – <i>Bert Henderikse en Peter Koedoot</i>	51
3.1	Inleiding	51
3.2	Vijf mentale slijpstenen voor de professional	55
3.3	De vijf mentale slijpstenen en de methoden	64
3.4	Tot slot	66

Deel 2 – Methoden

4	Active Support – Ruud Geus en Martin de Vor	69
4.1	Doel	70
4.2	Doelgroep	70
4.3	Wat is er specifiek aan de methode?	70
4.4	Systematiek en opbouw	71
4.5	Werkwijze	73
4.6	Wetenschappelijk kader	83
4.7	Casus: Marian	84
4.8	Tot slot	86
5	Methode Heijkoop – Jacques Heijkoop	88
5.1	Doel	89
5.2	Doelgroep	91
5.3	Wat is er specifiek aan de methode?	93
5.4	Systematiek en opbouw	98
5.5	Werkwijze	102
5.6	Wetenschappelijk kader	106
5.7	Casus: Ron	108
5.8	Tot slot	109
6	Methode ARGOS	
	Handvatten voor begeleiders van mensen met een hechtingstoornis en een verstandelijke beperking – <i>Matthijs Heijstek en Henri Koelewijn</i>	110
6.1	Doel	111
6.2	Doelgroep	112
6.3	Wat is er specifiek aan de methode?	113
6.4	Systematiek en opbouw	114
6.5	Werkwijze	116
6.6	Wetenschappelijk kader	121
6.7	Casus: Claus	124
6.8	Tot slot	126
7	Begeleid Ontdekkend Leren volgens het Eigen Initiatief Model – Johan Timmer en Astrid de Vries	127
7.1	Doel	127
7.2	Doelgroep	128
7.3	Wat is er specifiek aan de methode?	129
7.4	Systematiek en opbouw	130

7.5	Werkwijze	134
7.6	Wetenschappelijk kader	139
7.7	Casus: Suzanne	140
7.8	Tot slot	143
8	Begeleiders in Beeld – <i>Linda Zijlmans en Petri Embregts</i>	144
8.1	Doel	144
8.2	Doelgroep	145
8.3	Wat is er specifiek aan de methode?	145
8.4	Systematiek en opbouw	148
8.5	Werkwijze	149
8.6	Wetenschappelijk kader	152
8.7	Casus: Anke	154
8.8	Tot slot	155
9	Belevingsgerichte Ouderenzorg – <i>Cora van der Kooij en Elke Weidner</i>	156
9.1	Doel	156
9.2	Doelgroep	157
9.3	Wat is er specifiek aan de methode?	158
9.4	Systematiek en opbouw	159
9.5	Werkwijze	160
9.6	Wetenschappelijk kader	168
9.7	Casus: Wilma	170
9.8	Tot slot	172
10	Communicatieve Ontwikkeling van niet-sprekende personen en hun Communicatiepartners – <i>Margriet Heim</i>	173
10.1	Doel	174
10.2	Doelgroep	175
10.3	Wat is er specifiek aan de methode?	175
10.4	Systematiek en opbouw	179
10.5	Werkwijze	180
10.6	Wetenschappelijk kader	185
10.7	Casus: Kirsty	187
10.8	Tot slot	190
11	Competentiegerichte Benadering – <i>Marianne Haspels</i>	191
11.1	Doel	191
11.2	Doelgroep	192
11.3	Wat is er specifiek aan de methode?	193

11.4	Systematiek en opbouw	197
11.5	Werkwijze	200
11.6	Wetenschappelijk kader	203
11.7	Casus: Hans	204
11.8	Tot slot	206
12	Discrete Trial Teaching	
	Een stap vooruit voor kinderen met een autismespectrum- stoornis en een verstandelijke beperking – <i>Nienke Peters-Scheffer</i> <i>en Robert Didden</i>	207
12.1	Doel	208
12.2	Doelgroep	208
12.3	Wat is er specifiek aan de methode?	209
12.4	Systematiek en opbouw	210
12.5	Werkwijze	210
12.6	Wetenschappelijk kader	214
12.7	Casus: Indy	216
12.8	Tot slot	219
13	Driehoekskunde – Chiel Egberts	221
13.1	Doel	222
13.2	Doelgroep	223
13.3	Wat is er specifiek aan de methode?	223
13.4	Systematiek en opbouw	224
13.5	Werkwijze	230
13.6	Wetenschappelijk kader	232
13.7	Casus: familie Bakker	232
13.8	Tot slot	234
14	Geef me de 5 – Colette de Bruin	235
14.1	Doel	236
14.2	Doelgroep	236
14.3	Wat is er specifiek aan de methode?	237
14.4	Systematiek en opbouw	238
14.5	Werkwijze	243
14.6	Wetenschappelijk kader	246
14.7	Casuïstiek	247
14.8	Tot slot	248
15	Gentle Teaching – Pouwel van de Siepkamp	252
15.1	Doel	253

15.2	Doelgroep	255
15.3	Wat is er specifiek aan de methode?	256
15.4	Systematiek en opbouw	257
15.5	Werkwijze	258
15.6	Wetenschappelijk kader	268
15.7	Casus: Damian	268
15.8	Tot slot	269
16	Girls' Talk+ – Annelies Kuyper en Willy van Berlo	270
16.1	Doel	270
16.2	Doelgroep	271
16.3	Wat is er specifiek aan de methode?	272
16.4	Systematiek en opbouw	274
16.5	Werkwijze	278
16.6	Wetenschappelijk kader	281
16.7	Casuïstiek	283
16.8	Tot slot	285
17	Grip op Agressie – Hilde Niehoff en Robert Didden	287
17.1	Doel	287
17.2	Doelgroep	288
17.3	Wat is er specifiek aan de methode?	288
17.4	Systematiek en opbouw	289
17.5	Werkwijze	291
17.6	Wetenschappelijk kader	293
17.7	Casus: Jordy	296
17.8	Tot slot	297
18	Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag – Paula Sterkenburg	298
18.1	Doel	298
18.2	Doelgroep	299
18.3	Wat is er specifiek aan de methode?	299
18.4	Systematiek en opbouw	300
18.5	Werkwijze	301
18.6	Wetenschappelijk kader	302
18.7	Casus: Daniël	304
18.8	Tot slot	304
19	Mediërend Leren – Floor van Loo en Emiel van Doorn	305
19.1	Doel	306

19.2	Doelgroep	306
19.3	Wat is er specifiek aan de methode?	306
19.4	Systematiek en opbouw	307
19.5	Werkwijze	309
19.6	Wetenschappelijk kader	312
19.7	Casus: Cas	313
19.8	Tot slot	314
20	Methode Urlings	
	Een goede oude dag voor oudere en dementerende mensen met verstandelijke beperkingen – <i>Harry Urlings en Chantal Urlings</i>	316
20.1	Doel	317
20.2	Doelgroep	317
20.3	Wat is er specifiek aan de methode?	318
20.4	Systematiek en opbouw	319
20.5	Werkwijze	326
20.6	Wetenschappelijk kader	328
20.7	Casus: dhr. Jansen	329
20.8	Tot slot	330
21	Het programma Perspectief (Methode Vlaskamp)	
	Een opvoedings-/ondersteuningsprogramma voor personen met (zeer) ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen – <i>Carla Vlaskamp</i>	331
21.1	Doel	331
21.2	Doelgroep	332
21.3	Wat is er specifiek aan de methode?	334
21.4	Systematiek en opbouw	335
21.5	Werkwijze	339
21.6	Wetenschappelijk kader	343
21.7	Casus: Maaïke	343
21.8	Tot slot	345
22	Multi Systeem Therapie – Lichte Verstandelijke Beperking	
	Een antwoord op jongeren met een lichte verstandelijke beperking én antisociaal gedrag – <i>Katrien De Vuyst</i>	346
22.1	Doel	347
22.2	Doelgroep	347
22.3	Wat is er specifiek aan de methode?	348
22.4	Systematiek en opbouw	348

22.5	Werkwijze	355
22.6	Wetenschappelijk kader	357
22.7	Casus: Lars	358
22.8	Tot slot	359
23	Oplossingsgericht Werken – John Roeden en Fredrike Bannink	360
23.1	Doel	360
23.2	Doelgroep	361
23.3	Wat is er specifiek aan de methode?	361
23.4	Systematiek en opbouw	362
23.5	Werkwijze	370
23.6	Wetenschappelijk kader	371
23.7	Casus: Bea	372
23.8	Tot slot	374
24	Persoonlijk Activeringsprogramma – Saskia Hiemstra	375
24.1	Doel	376
24.2	Doelgroep	376
24.3	Wat is er specifiek aan de methode?	377
24.4	Systematiek en opbouw	379
24.5	Werkwijze	380
24.6	Wetenschappelijk kader	382
24.7	Casus: Mark	383
24.8	Tot slot	384
25	Sterker dan de Kick – Annemarie Kroon, Noud Frielink en Petri Embregts	385
25.1	Doel	385
25.2	Doelgroep	386
25.3	Wat is er specifiek aan de methode?	386
25.4	Systematiek en opbouw	387
25.5	Werkwijze	389
25.6	Wetenschappelijk kader	394
25.7	Casus: Aad	397
25.8	Tot slot	398
26	Triple-C – Hans van Wouwe	399
26.1	Doel	400
26.2	Doelgroep	400
26.3	Wat is er specifiek aan de methode?	401
26.4	Systematiek en opbouw	401

26.5	Werkwijze	405
26.6	Wetenschappelijk kader	406
26.7	Casuïstiek	408
26.8	Tot slot	409
27	Levensverhaleninterventie: Mijn Levensverhaal	
	– <i>Janny Beernink-Wissink</i>	411
27.1	Doel	411
27.2	Doelgroep	412
27.3	Wat is er specifiek aan de methode?	412
27.4	Systematiek en opbouw	414
27.5	Werkwijze	417
27.6	Wetenschappelijk kader	418
27.7	Casus: Lotte	420
27.8	Tot slot	421
28	Zorg voor Vrijheid – <i>Femke de Wit en Marjolein Herps</i>	422
28.1	Doel	422
28.2	Doelgroep	423
28.3	Wat is er specifiek aan de methode?	423
28.4	Systematiek en opbouw	424
28.5	Werkwijze	425
28.6	Wetenschappelijk kader	431
28.7	Casuïstiek	437
28.8	Tot slot	438

Deel 3 – Perspectief en overzicht

29	Uitleiding – <i>Jac de Bruijn en Brian Twint</i>	441
	Bijlagen	445
	Literatuur, websites en trainingen	451
	Register	481
	Over de auteurs	485

Voorwoord

Deze tweede editie van het handboek over methoden en benaderingen voor de behandeling van mensen met een verstandelijke beperking illustreert hoe de professionalisering van de sector zich verder ontwikkelt. Dit deels nieuwe en deels herziene boek bevat niet alleen methoden en benaderingen, maar ook enkele hoofdstukken over hoe deze onderbouwd en verantwoord zijn. Voor de onderbouwing en verantwoording zijn de GRADE-criteria¹ gebruikt om de empirische en praktische evidentie te wegen. Deze criteria worden ook toegepast om de interventies te wegen en te erkennen voor de Databank Interventies die Vilans met externe experts voor de gehandicaptenzorg verzorgt.

Het wordt steeds duidelijker dat wetenschappelijke evidentie niet zonder meer het ‘bewijs’ is dat iets werkt. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving heeft in zijn rapport *Zonder context geen bewijs: Over de illusie van evidence-based practice in de zorg* (2017) duidelijk gemaakt dat de context waarin interventies worden ingezet zeker zo belangrijk is voor de werkzaamheid van interventies. In die zin is betekenisvol experimenteren erg belangrijk om erachter te komen of de methoden écht bijdragen aan de kwaliteit van bestaan van mensen. Dat geldt in de hele gezondheidszorg en maatschappelijke ondersteuning, maar zeker in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Resultaten uit het verleden, zelfs al bevatten zij de hoogste mate van wetenschappelijk bewijsvoering, bieden niet zonder meer een garantie voor de toekomst!

Om die reden is dit boek zo belangrijk. Het laat niet alleen zien wat de interventies behelzen, maar ook hoe en wanneer we ze kunnen inzetten, en wat de condities zijn waarbinnen dat het best kan gebeuren. Zijn we er dan? Nee, nog niet. Na het lezen komt de inhoudelijke verdieping en het leren van de vaardigheden of competenties die nodig zijn voor het verstandig inzetten van de methoden. En we moeten de methoden en benaderingen op zichzelf ook weer in de context zien waarin de hele gehandicaptenzorg zich ontwikkelt. Zo is dit handboek een leer- en praktijkboek voor professionals.

Daarbij biedt het *Kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2017-2022* (Landelijke Stuur-

¹ Zie www.gradeworkinggroup.org.

groep Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg, 2017) een groot aantal handvatten om verder te professionaliseren. Het geeft veel ruimte voor professionals en organisaties om te leren en te verbeteren. Hier liggen ook uitdagingen voor extern toezicht en contractering door instanties als de inspectie, zorgkantoren en hopelijk ook steeds meer gemeenten en zorgverzekeraars. Ook bij hen ligt de opgave de professionalisering van de sector te versterken en aan te moedigen via de instrumenten die zij hebben. Maar de uiteindelijke verantwoordelijkheid ligt bij de professionals en de organisaties. Zij maken met cliënten en verwanten keuzes die ertoe doen en hebben primair de opgave naar hén te verantwoorden.

Een andere belangrijke ontwikkeling is dat VWS en ZonMw kennis en kunde van wetenschappers samen met professionals uit de gehandicaptenzorg sterker gaan ondersteunen. Academische werkplaatsen krijgen structureel extra middelen om in een goede samenwerking de praktijk te versterken. Zo is kort voor het verschijnen van dit boek de Associatie van Academische Werkplaatsen Verstandelijke Beperkingen opgericht. Er komt bovendien een organisatie voor de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden in de langdurige zorg. Het kennisbeleid in de gehandicaptenzorg is behoorlijk uitgewerkt en er lopen landelijke programma's, zoals Gewoon Bijzonder en de Kwaliteitsagenda Gehandicaptenzorg.

Dit handboek staat dus niet op zichzelf, maar past in een beweging naar professionalisering. Dat wil zeggen dat het aansluit bij de waarden van de mensen met een verstandelijke beperking. Professionalisering houdt in dat je samen met de cliënt en verwanten in dialoog het goede kunt doen; voortdurend onderzoekend met kennis van methoden, passende vaardigheden, oog voor de context, aansluitend bij de waarden van cliënten en hun naasten. Het nieuwe handboek biedt daarvoor weer veel aanknopingspunten!

Henk Nies

*Raad van Bestuur, Vilans, kenniscentrum voor langdurende zorg, Utrecht; bijzonder hoogle-
raar Organisatie en Beleid van Zorg, Zonnehuis leerstoel, Vrije Universiteit, Amsterdam;
lid Kwaliteitsraad, Zorginstituut Nederland, Diemen*

Inleiding

Jac de Bruijn & Brian Twint

Is dit een praktisch handboek? Ja en nee! Wie werkzaam is in de zorg voor mensen met een (verstandelijke) beperking komt onherroepelijk de vraag tegen naar doelgerichte methodische werkvormen. Allereerst maakt de toevoeging ‘verstandelijke’ aan beperking duidelijk dat dit handboek niet exclusief is bedoeld voor de klassieke zorg aan mensen die functioneren op een bepaald niveau van verstandelijke beperking. We merken dat er in de praktijk een duidelijke tendens is om over domeinen van zorg heen te kijken en we juichen dat toe. Dat heeft een wederzijds lerend effect. Dat zien we terug in ggz, ouderenzorg en de zorg voor verstandelijk gehandicapten (VG-zorg). Thema’s als depressie, trauma, misbruik en hechting zijn in alle domeinen terug te vinden. Dat geldt ook voor de toenemende rol van de cliënt of zorgvrager zelf: deze krijgt meer regie en autonomie in de ondersteuning.

In het algemeen wordt in de zorg volgens een ‘methodische cyclus’ gewerkt. Dat wil zeggen: de ondersteuning volgt de cyclus van een (cliënt)plan en evalueert de doelen die in het plan worden gesteld. Het is voor een uitwerking van het plan belangrijk te weten welke methoden of interventies in de praktijk worden gebruikt om de gestelde doelen te bereiken. Met welke methoden gaan cliënten, hun begeleiders en cliëntvertegenwoordigers aan de slag? De keuze voor een methode of methodische benadering is om te beginnen afhankelijk van de doelen die men stelt, maar deze kan ook worden bepaald door de methode die op de locatie of binnen de organisatie de voorkeur heeft. De keuze kan verder afhangen van de persoonlijke voorkeur van degenen die toevallig op dat moment in de ondersteuning werkzaam zijn. Er kan echter ook binnen de organisatie zijn besloten dat er alleen kan worden gekozen voor methoden die voldoende evidentie bezitten, ofwel die langs wetenschappelijke weg effectief bewezen zijn.

Er zijn binnen de zorg aan mensen met een (verstandelijke) beperking veel ondersteuningsmethoden in gebruik. Een aantal bestaat al langere tijd en is ook al breder bekend. Dat geldt bijvoorbeeld voor Methode Vlaskamp, de Driehoekskunde of Methode Heijkoop. Deze methoden hebben zich, elk op eigen wijze, nadrukkelijk verdiept in en verstevigd op de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. De afgelopen vijftien jaar zijn er uiteenlopende nieuwe methoden ontwikkeld, zoals methoden die zijn gericht op alle domeinen

van ondersteuning, met gevolgen voor het geheel van een organisatie, zoals Triple-C. Of methoden met focus op de interactie tussen cliënten en hun begeleiders, zoals Begeleiders in Beeld, of op de attitude in bejegening, zoals Oplossingsgericht Werken. Er zijn ook methoden die als specifieke interventie zijn gericht op gedrag, zoals Discrete Trial Teaching (DTT) en de Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG). Ten slotte ontwikkelen zich jonge methoden waarbij nog wordt gezocht naar de werkzaamheid ervan, zoals Multi Systeem Therapie – Lichte Verstandelijke Beperking (MST-LVB) of Girls' Talk+. De meeste van de in dit handboek opgenomen methoden worden ontwikkeld binnen een theoretisch kader en op basis van in de praktijk opgedane ervaringen. Zo bezien is dit een handboek voor de praktijk.

Naast de ontwikkelingen binnen het veld van de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking zelf, vindt er aansluiting plaats bij ondersteuningsmethoden in andere zorgvelden. Het is opmerkelijk dat dit steeds meer en beter het geval lijkt. Niet alleen blijken algemeen gangbare methoden toepasbaar voor mensen met een verstandelijke beperking, met name vanuit een gedragsgerichte benadering, maar omgekeerd is dat ook het geval: methoden die specifiek voor mensen met een verstandelijke beperking zijn ontwikkeld, zoals de Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag, blijken ook mogelijkheden te bieden voor andere groepen.

De variatie in methoden is groot. De bruikbaarheid van de ene methode boven de andere is niet in een paar zinnen duidelijk te maken, ook al omdat er de nodige overlap tussen methoden bestaat. Het gebruik van een bepaalde methode wordt bovendien voor een groot deel bepaald door de visie op zorg. Over de jaren heen bepaalden verschillende visies de wijze waarop mensen met een verstandelijke beperking werden bejegend. Het beeld dat inmiddels al decennia bepalend is voor ondersteuning wordt gedragen door het burgerschapsdenken (Van Gennep, 2000), de supportbenadering van de American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD, 2010) en het Kwaliteitskader van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN, 2017) over 'kwaliteit van bestaan'. We komen daar in het eerste hoofdstuk op terug.

Burgerschapsdenken en de supportbenadering verplichten ons tot een (beter) inhoudelijke verantwoording van het gebruik van ondersteuningsmethoden. We moeten duidelijk kunnen maken waarom we doen wat we doen en welke gevolgen dit heeft, of welke resultaten kunnen worden bereikt. Daardoor wordt het mogelijk om niet alleen naar 'inspecties' te verantwoorden wat we doen, maar vooral naar cliënten, hun netwerk, begeleiders en collega's. We moeten de vraag stellen: welke methoden willen we gebruiken en waarom? Het antwoord op deze vraag draagt bij aan een goede afstemming tussen begeleiders, cliënten, behandelaars, ouders en managers.

In dit handboek vindt de lezer een overzicht van een groot aantal zowel gangbare als meer recent ontwikkelde methoden. Daarbij is in deze editie een zevental methoden vervangen door andere, die evenzeer hun waarde hebben bewezen in de praktijk. Het overzicht pretendeert net als in de vorige editie geen compleetheid; dat is alleen al praktisch niet haalbaar. In dit handboek ontbreken net als in de eerste editie methoden die primair medicamenteus gericht zijn. Er is gekozen voor methoden die vooral vanuit een gedragskundige context zijn ontwikkeld. Daarbij is door de redactie nadrukkelijk gezocht naar een zo breed mogelijk palet binnen de zorg aan mensen met een (verstandelijke) beperking, waarbij ze zich bewust is van de beperkingen die een selectie met zich meebrengt.

Voor deze tweede editie zijn andere methoden toegevoegd: Methode Heijkoop, als een ‘anders kijken naar’ ontwikkeld door Jacques Heijkoop; methode ARGOS, ontwikkeld vanuit Cordaan door Matthijs Heijstek en Henri Koelewijn; Driehoekskunde, door Chiel Egberts; Girls’ Talk+, vanuit Rutgers door Annelies Kuyper en Willy van Berlo; Sterker dan de Kick, door Annemarie Kroon, Noud Frielink en Petri Embregts; Mijn Levensverhaal, vanuit GGNet door Janny Beernink en ten slotte Zorg om Vrijheid, door Femke de Wit en Marjolein Herps vanuit Vilans, die als interventie vooruitloopt op de nieuwe Wet zorg en dwang. Vanuit de verschillende domeinen van zorg wordt zo duidelijk dat er een onderling zinvolle ontwikkeling plaatsvindt en dat we over elkaars grenzen heen durven kijken!

De methoden uit de eerste editie die plaatsmaken voor nieuwe hebben overigens hun plaats in de zorg niet verloren! Het plaatsmaken op een podium voor nieuwe ontwikkelingen in methoden biedt de lezer wel een breder zicht en meer mogelijkheden.

De opgenomen methoden, die alfabetisch zijn geordend, worden als volgt per hoofdstuk weergegeven:

- korte introductie in de methode;
- beschrijving volgens zeven criteria:
 - a. het doel van de methode;
 - b. de doelgroep(en);
 - c. het specifieke of onderscheidende aan de methode;
 - d. de systematiek en opbouw van de kernelementen;
 - e. de werkwijze;
 - f. het wetenschappelijk kader;
 - g. casuïstiek: voorbeelden uit de praktijk;

- korte afsluiting;
- literatuur (achter in het boek).

Bovenstaande systematische opbouw komt het overzicht ten goede: het brengt alle methoden binnen eenzelfde structuur.

De methoden vormen het hart van dit handboek (deel II). Ze zijn ingeklemd tussen deel I en III. Deel I gaat in op de betekenis van ondersteuning en methoden (hoofdstuk 1), effectiviteit van methoden (hoofdstuk 2) en een door het CCE ontwikkelde handreiking met vijf slijpstenen voor de inzet van methoden (hoofdstuk 3). Deel III biedt een perspectief op nieuwe ontwikkelingen (hoofdstuk 29) en ten slotte een overzicht op doelgroepen.

Omdat aan de auteurs is gevraagd bij elke methode duidelijk aan te geven waarin deze onderscheidend is van andere, kan de keuze voor een bepaalde methode worden aangescherpt en kan dit handboek zorgprofessionals ondersteunen bij de keuze voor een methode. Doordat elke methode op eenzelfde wijze wordt gepresenteerd, kan ook de communicatie erover mogelijk verbeteren.

Een aanvullende winst van dit handboek kan zijn dat er meer wordt gebruikt van methoden die er al zijn, zodat het wiel niet opnieuw uitgevonden hoeft te worden en beter kan worden aangesloten op methoden die in ontwikkeling zijn. Het handboek kan uiteraard dienen als studieboek, als naslagwerk en als verwijsbron voor iedereen die werkzaam is in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, alsook voor collega's in aangrenzende zorgvelden.

We refereren in dit boek zowel aan de begeleiders als aan hun cliënten, of aan de trainers en hun deelnemers, in de hij-vorm. Hier kan ook 'zij' worden gelezen.

Tot slot een woord van dank! Het is opmerkelijk hoe enthousiast er door auteurs ook voor deze tweede editie is gereageerd op het verzoek hieraan mee te werken. Onze dank gaat eerst en vooral uit naar hen. Zij hebben de moeite genomen om zich aan dit 'project' te verbinden en zich op deze wijze open op te stellen tegenover elkaar. Dank ook Henk Nies, voor het opnieuw schrijven van het voorwoord. Een handboek als dit is een hele onderneming, wat geduld vraagt, dus dank ten slotte aan uitgever Boom.

DEEL 1

AANDACHT VOOR METHODEN

Ondersteuningsmethoden in de zorg aan mensen met een (verstandelijke) beperking

Jac de Bruijn en Brian Twint

De methoden in dit boek bieden een handvat voor ondersteuning. Het begrip ‘ondersteuning’ heeft evenwel geen eenduidige betekenis. Wie ‘ondersteuning’ opzoekt in woordenboeken of op internet, treft een brede variatie aan van synoniemen en betekenissen (zie tabel 1.1).

Tabel 1.1: Inventarisatie van betekenissen van ‘ondersteuning’

- Zorgen dat iets of iemand niet uit zijn evenwicht raakt
- Helpen overeind te blijven, ondersteunen, schragen, schoren
- Helpen als iemand het moeilijk heeft
- Het ergens mee eens zijn, onderschrijven, seconderen
- Bijstaan, bijspringen
- Assisteren
- Bemoedigen, opbeuren, troosten
- Dragen
- Supporteren
- Weldoen

Van Dale groot woordenboek der Nederlandse taal biedt de volgende omschrijvingen: ‘1. Iets van anderen ondersteunen zodat het niet kan vallen of instorten. 2. (Iemand) onder de arm vasthouden zodat hij niet kan vallen. 3. Helpen, bijstaan (in het bijzonder met geld), opbeuren (vertroosten). 4. Helpen aandringen op de inwilliging van een verzoek. 5. Begeleiden.’

Deze omschrijvingen maken duidelijk dat de betekenis van ‘ondersteuning’ afhankelijk is van de context of concrete situatie waarin mensen zich bevinden. Ondersteuningssituaties kunnen zeer verschillend zijn, en daarmee ook de

vorm en inhoud van de ondersteuning. Het maakt uit of het gaat om het stutten van een balk of het steunen van een collega. De betekenis is tevens afhankelijk van wie betrokken zijn in de ondersteuningssituatie. Zo krijgt ondersteuning betekenis vanuit degene die erom vraagt en vanuit diegenen die ondersteuning verlenen. Dat is niet per se dezelfde betekenis! De afstemming tussen vrager en ondersteuner vormt een belangrijke voorwaarde om tot de passende invulling en vormgeving van ondersteuning te komen, dat wil zeggen: voor beiden passend.

In de zorg voor mensen met een beperking krijgt het begrip ‘ondersteuning’ een eigen betekenis. Dat komt niet alleen doordat het stellen van de vraag om ondersteuning anders en/of moeizamer verloopt, maar ook omdat de interpretatie van die vraag door omstanders echt heel erg uiteen kan lopen. Dit afstemmen van vraag en interpretatie vormt een sleutel tot een passende ondersteuning.

Mensen met een beperking zijn geen speciaal type mensen, ook al zijn zij op bepaalde levensgebieden kwetsbaarder dan anderen. Zij hebben net als ieder ander levensverwachtingen, relaties, gezinnen, rechten en plichten. Zij zijn echter meer dan gemiddeld aangewezen op vormen van ondersteuning. Zo wijzen Petry en Maes (2007, p. 137) erop hoezeer het leven van mensen met een ernstige meervoudige beperking (EMB) is ingebed in relaties met anderen die betekenis geven aan hun bestaan. ‘Ondersteuning,’ aldus Moonen (2014, p. 133), is ‘een kernbegrip in de omgang met mensen met een verstandelijke beperking. [Dat geldt] in het algemeen en in de rol van professionals ten overstaan van mensen met een verstandelijke beperking en hun sociale netwerk in het bijzonder.’

In dit hoofdstuk gaan we om te beginnen in op het begrip ‘ondersteuning’. Vanuit de historie is duidelijk dat dit begrip niet op zichzelf staat. Centraal in de typering van ondersteuning staat het idee van ondersteuningsbehoefte. Dit is ook het uitgangspunt in de functionele benadering van de American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD, 2010) en het Kwaliteitskader van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN, 2013a, 2017). We beschrijven vervolgens het methodisch werken op hoofdlijnen en geven de belangrijkste criteria aan van een ‘goede’ methode. Om tot een keuze voor een methode te komen, bieden we ten slotte, op basis van de uitgangspunten in dit hoofdstuk, een zestal ijkpunten.

1.1 Concepten van ondersteuning

Voor mensen met een verstandelijke beperking is het begrip ‘ondersteuning’ niet weg te denken uit hun leven. De geschiedenis laat zien dat er andere begrippen aan vooraf zijn gegaan. Daarbij wordt duidelijk hoe bepalend de context, de samenleving, was en is. Het is nog niet zo lang geleden

dat ondersteuning een vorm van totale overname van zorg betekende, omdat mensen met een vooral verstandelijke beperking werden gezien als idioot, imbeciel, debiel of, meer recent, als zwakzinnige of geestelijk gehandicapte. Er was geen sprake van een participerende burger. Meininger (2014) benoemt een reeks van sociale, maatschappelijke en politiek-ideologische factoren die bepalen op welke wijze we naar ‘andere’ mensen kijken en hen van een bepaald stigma voorzien. Een dergelijk stigma helpt, aldus Meininger, de samenleving om te gaan met wat haar vreemd voorkomt.

Van Gennep (1997, 2000) en Van Gennep en Steman (1997) beschrijven de benaderingen van mensen met een verstandelijke beperking in termen van paradigma’s. Van Gennep onderscheidt na 1945 drie maatschappelijke bewegingen, die elkaar in de tijd min of meer zijn opgevolgd, elk met een eigen paradigma:

Segregatie. In een sterk medische benadering ging het om mensen met een handicap, een tekort, die als patiënten moesten worden verzorgd en behandeld in instituten (inrichtingsterreinen). Hier is sprake van het ‘defect- of tekortparadigma’.

Normalisatie. Vanuit een nadrukkelijker pedagogisch-ontwikkelingsgerichte benadering worden mensen met een verstandelijke beperking beschouwd als mensen met mogelijkheden, als leerlingen die kunnen worden getraind en die zich kunnen ontwikkelen in speciale voorzieningen in de samenleving. Er treedt in deze benadering een scheiding op tussen de op psyche en gedrag gerichte *cure* en gehandicaptenzorg (*care*). Hier spreekt men over het ‘ontwikkelingsparadigma’, dat eigenlijk een ‘normalisatieparadigma’ is: ‘aanpassen’ aan wat de samenleving als normaal beschouwt.

Integratie/inclusie. Mensen met een verstandelijke beperking zijn net als andere mensen met rechten en plichten, burgers in de samenleving. Vanuit de American Association on Mental Retardation (AAMR, voorloper van de AAIDD) ontwikkelt men vanuit dit denken de supportbenadering. Hierin herkennen we het ‘burgerschapparadigma’.

Zo treedt er een verschuiving op in de betekenis van ondersteuning: van institutionele zorg, via een sterk aan zorg appellerende samenleving, naar inclusie en ondersteuning (support) vanuit het eigen netwerk. Het is opmerkelijk dat deze drie ontwikkelingen in verschillende vormen ook nog naast elkaar kunnen bestaan in de huidige (Nederlandse) samenleving. Niet elke zorgorganisatie is per se een ‘supportorganisatie’. Schuurman en Van der Zwan (2009) benadrukten al eerder de problematische ontwikkeling richting een inclusieve samenleving: er is wel sprake van een functionele fysieke inclusie – door het wonen in woonwijken – maar niet van een sociale inclusie.

‘Mensen met een verstandelijke beperking moeten in de samenleving kunnen leven als gelijkwaardige burgers, ongeacht de aard en mate van ondersteuning die zij nodig hebben. In het burgerschapsparadigma worden “zorg” en “begeleiding” vervangen door “ondersteuning” door het sociale netwerk, bijvoorbeeld door ouders, familie, vrienden en collega’s, zo nodig aangevuld door een professioneel netwerk’ (Schuurman & Van der Zwan, 2009, p. 17).

1.2 Ondersteuningsbehoefte als aanknopingspunt

Er is in de hiervoor geschetste ontwikkeling nog een aspect dat aandacht verdient. De ondersteuning is meer dan ooit individueel (vraag)gericht op de ondersteuningsbehoefte van de cliënt en diens netwerk. Daarmee laten we de op aanbod gerichte zorg op basis van tekorten achter ons. Nu is het bepalen van die ondersteuningsbehoefte niet eenvoudig. Waar dat in het alledaagse leven enkelvoudig kan worden aangegeven (behoefte aan ondersteuning bij financiën, vervoer of huishoudelijke taken) vormt dat weinig problemen. Wanneer echter de ondersteuningsbehoefte zich op meerdere domeinen van het leven afspeelt, wordt de afstemming een bijzonder proces dat aandacht verdient.

Schuurman en Van der Zwan (2009, p. 79) baseren zich op Thompson (2004), wanneer zij vier typen ondersteuningsbehoeften beschrijven:

1. *De normatieve of objectieve behoefte*, zoals gedefinieerd door professionals, experts en wetenschappers. Dat levert een professionele standaard op, bijvoorbeeld in een richtlijn, die kan worden afgezet tegen de concrete situatie van de cliënt.
2. *De beleefde behoefte*: dat wat de cliënt zelf wil of vindt dat hij nodig heeft.
3. *De concreet in daden omgezette behoefte*: bijvoorbeeld de concrete vraag van een cliënt: ‘Ik wil graag begeleiding bij mijn financiën’.
4. *De vergelijkende behoefte*: deze komt in beeld wanneer de kenmerken van een bepaalde populatie (bijvoorbeeld mensen met een lichte verstandelijke beperking) worden vergeleken met een specifieke vorm van ondersteuning (bijvoorbeeld de Richtlijn effectieve interventies LVB; De Wit, Moonen, & Douma, 2011).

In het begrip ‘ondersteuningsbehoefte’ komen verschillende belangen bij elkaar: van de cliënt en het netwerk, van de professionals en van beleidsmakers en organisaties. Deze belangen zijn niet vrijblijvend. Ze staan voor opvattingen van zorg en ondersteuning en voor wat levenskwaliteit is of dient te zijn. Zo bezien is ondersteuningsbehoefte een ‘psychologisch construct dat verwijst naar de structuur en de intensiteit van de steun die nodig is voor een persoon

om deel te nemen aan activiteiten die verband houden met het normatieve menselijke functioneren' (Schuurman & Van der Zwan, 2009, p. 79).

Dit 'normatieve menselijke functioneren' wordt door de omgeving, de samenleving, 'bepaald', dat wil zeggen: de samenleving maakt uit wat 'normaal functioneren' is (of zou moeten zijn). Het burgerschapsparadigma is hierin voor onze tijd leidend. In dit paradigma bepalen daarmee concepten van 'beperking' de concepten van ondersteuning. Een scherpzinnig denker als Andrew Solomon heeft in zijn *Ver van de boom* (2013) een sterk pleidooi gehouden om de reikwijdte van wat we als samenleving normeren stevig op te rekken tot een hoge mate aan diversiteit.

Om de ondersteuning passend af te stemmen op de ondersteuningsbehoefte wordt veel verwacht van de cliënt én van de omgeving. Vanuit het perspectief van burgerschap staat de ondersteuningsrelatie op scherp, juist voor mensen met een verstandelijke beperking. De omgeving loopt het risico de cliënt te overvragen in het kunnen aangeven van de ondersteuningsbehoefte door 'uitsluitend vraaggericht' te werken. Zo maken, onder anderen, Frederiks, Hooren en Moonen (2009) duidelijk dat mensen met een lichte verstandelijke beperking een intensievere ondersteuning nodig hebben, juist vanwege hun sociaal-maatschappelijke kwetsbaarheid als 'burger'. Dat hangt samen met het gegeven, aldus Moonen (2014), dat er geen lineair verband bestaat tussen de mate van verstandelijke beperking als IQ en de mate van ondersteuning.

Ook mensen met een ernstige verstandelijke beperking hebben, vanuit dezelfde wensen en verlangens als ieder ander, de behoefte tot goede afstemming met de omgeving. Dit vereist inzicht in specifieke en complexe betekenissen van communicatie, die recht doen aan de individuele en detailgevoelige communicatiemogelijkheden van cliënten en hun netwerk (Maes, Vlaskamp, & Penne, 2011; Petry & Maes, 2007).

De afstemming over de mate van ondersteuning ontstaat in de interactie tussen vrager en ondersteuner. Dit begint in de alledaagse omgang en in 'zorg voor elkaar', en speelt ook binnen de professionele interactie of relatie tussen cliënt en begeleider. Deze relatie kent een eigen ethisch perspectief vanuit de vraag wat 'goede ondersteuning' dan eigenlijk is in onze samenleving. We komen daar in paragraaf 1.3 op terug.

In de zorg aan mensen met een ernstige meervoudige beperking (EMB) staan 'orthopedagogen en (para)medici die zorg dragen voor mensen met EMB voor de vraag in hoeverre de kritische confrontatie met het eigene (van henzelf en van de ander) in hun beroepspraktijk gewaarborgd is en de dialoog met het vreemde geopend blijft. Theorie en praktijk van deze beroepen zijn vaak gevangen in wetenschappelijke of maatschappelijke paradigmata die stilzwijgend een bepaald begrip van normaliteit en de daarbij behorende (vermogens)criteria veronderstellen' (Meininger, 2011).

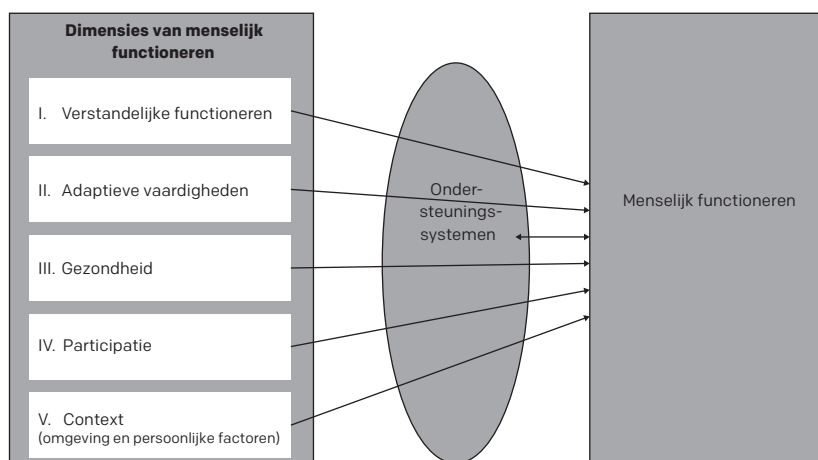
1.3 Functioneren en kwaliteit: accenten in een visie

Ondersteuning wordt in Nederland benaderd vanuit enerzijds het supportmodel zoals ontwikkeld door de AAIDD (2010) en anderzijds het *Kwaliteitskader gehandicaptenzorg* van de VGN (2017). Hierna werken we beide nader uit.

Om te ontdekken wat ‘goede ondersteuning’ is, maakt de AAIDD gebruik van een model dat aansluit bij het burgerschapsdenken: het sociaalecologische model van functioneren. Dit model besteedt bij uitstek aandacht aan de interactie tussen mogelijkheden (capaciteiten) en de omgeving van de cliënt. Centraal in het AAIDD-model staat het ‘functioneren’. Functioneren wijst op capaciteiten van mensen als mogelijkheden. Het gaat niet alleen om concrete vaardigheden of functies. Door het accent te leggen op het menselijk functioneren vanuit capaciteiten wordt het AAIDD-model sterker, tegenover zorg die vanouds gericht was op beperkingen als defecten. Door deze accentverschuiving wordt ondersteuningsbehoefte gezien als voortkomend uit de interactie tussen de capaciteiten van de cliënt en de omgeving. En capaciteiten kunnen op alle levensgebieden zichtbaar zijn of worden, mits adequaat ondersteund! In het supportmodel wordt dit aangegeven op vijf dimensies van functioneren (zie figuur 1.1). Deze vijf dimensies zijn onderling samenhangend en bepalend voor het totaalbeeld van menselijk functioneren:

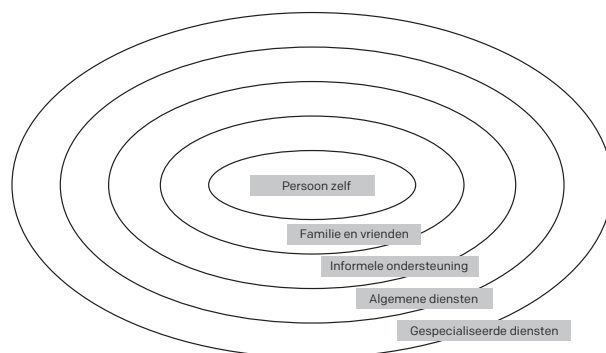
1. *Verstandelijk functioneren* wijst op alle intellectuele mogelijkheden, die breder worden geïnterpreteerd dan het selectieve IQ (De Bruijn, Buntinx, & Twint, 2014).
2. *Adaptieve vaardigheden* wijzen op concrete alledaagse noodzakelijke skills die nodig zijn om te beantwoorden aan de ‘vereisten’ van de omgeving.
3. *Gezondheid* heeft zowel een lichamelijke component als een geestelijke, en omvat de mate van sociaal welbevinden. Uiteraard kunnen deze aspecten het leven en functioneren van een persoon met een verstandelijke beperking ingrijpend beïnvloeden (vergelijk onder meer de impact van somatische stoornissen op gedrag; Jansen & Kingma-Thijssen, 2012).
4. *Participatie* wijst op deelname aan sociale verbanden met bijbehorende rollen (denk aan gezin, vrienden, collega’s). Dit is een specifieke op sociale structuren gerichte dimensie.
5. *Context* duidt op het geheel van fysieke, sociale en bejegeningaspecten vanuit de omgeving van mensen, in relatie tot persoonlijke factoren. De AAIDD benadert deze context op micro- (directe relaties), meso- (indirecte verbanden en organisaties) en macroniveau (overheid, zoals wet- en regelgeving, maar ook de algemene maatschappelijk-culturele bejegening). Met persoonlijke factoren worden met name de individuele ontwikkelingsgeschiedenis en context (geslacht, culturele achtergrond) bedoeld.

Het AAIDD-model legt daarmee een zwaar accent op de omgeving. Deze kan de capaciteiten versterken of juist frustreren. Dit is geen geringe verantwoordelijkheid vanuit het perspectief van ondersteuning.



Figuur 1.1 Functioneel model van het menselijk functioneren volgens de AAIDD (2010, p. 14)

Er zijn verschillende ondersteuningssystemen voor het functioneren. De AAIDD formuleert systemen van ondersteuning '[als] hulpbronnen en strategieën die erop gericht zijn de ontwikkeling, de opvoeding, de belangen en het persoonlijk welzijn van een persoon te bevorderen en zijn/haar functioneren te versterken' (AAIDD, 2010, p. 18; Buntinx, 2014, p. 26).



Figuur 1.2 Ondersteuningssystemen, conform ondersteuningsbronnen, waarvan alleen de buitenste cirkel 'speciale hulpbronnen' zijn en de overige 'natuurlijke hulpbronnen' (Buntinx, 2014, p. 27; VGN, 2013a, p. 11)

Vanuit deze systemische aanpak staat de context volop in de schijnwerpers als bron voor de bepaling van de mate van ondersteuning. Ofwel, aldus Buntinx (2014, p. 14): ‘De kwaliteit van de omgeving, van de relatie van de persoon tot de sociale omgeving (participatie/inclusie) en van ondersteuning, is net zo belangrijk voor het verstaan van een verstandelijke beperking als het begrijpen van de etiologie of informatie over intelligentie en vaardigheden.’ Dat betekent niet alleen een ‘praktische’ aanscherping van de beeldvorming van ondersteuning van mensen met een beperking. Het is duidelijk dat ondersteuning vanuit verschillende systemen tot stand kan komen en betekenis krijgt (vergelijk figuur 1.2). Het gaat ook om een inhoudelijke aanscherping, die wordt bepaald door een fundamentele onderliggende systemische benadering. Deze plaatst een mens in een geheel van betekenisvolle relaties, die primair vanuit loyaliteit worden vormgegeven en zich ontwikkelen langs betrouwbare en veilige relaties. De systemische benadering wordt in zorg en hulpverlening in het algemeen als fundament gezien sinds Bronfenbrenner in de jaren zestig van de vorige eeuw (Savenije, Van Lawick, & Reijmers, 2009).

De AAIDD (2010, pp. 18-19) typeert drie fundamenteën voor ondersteuning (support), waarin de hiervóór genoemde aspecten worden samengebracht:

1. *De contextuele basis*: de context of het milieu waarin ondersteuning wordt gegeven. Deze kan nog worden verbijzonderd door:
 - a. de omstandigheden, de concrete situatie of het perspectief waarin gedrag optreedt;
 - b. de voortdurende verandering die in de wisselwerking tussen persoon en omgeving optreedt – beide beïnvloeden immers elkaar;
 - c. de persoon zelf, die actief bepalend is voor zijn ontwikkeling en functioneren.
2. *De ecologische basis*: de inzet van ondersteuning op een adequate en congruente relatie tussen persoon en omgeving.
3. *De egalitaire basis*: op basis van de overtuiging dat alle mensen gelijk zijn dient ondersteuning recht te doen aan gelijkwaardigheid en aan versterking van rechten en plichten van alle betrokkenen.

De andere denklijn die, naast de AAIDD, richtinggevend is voor de ondersteuningsconcepten, ligt in het door de VGN in 2017 gepubliceerde *Kwaliteitskader gehandicaptenzorg*. Het gaat in dit document in het bijzonder om het kernbegrip ‘kwaliteit van zorg’. Dit dient aantoonbaar te zijn op het niveau van de organisatie, van de cliënt en in de relatie tussen cliënt en professional.

In de visie van de VGN komt de gezamenlijke visie op kwaliteit van het College van Zorgverzekeringen (CVZ) tot uitdrukking: ‘Verzekerden hebben toe-

gang tot goede, veilige en doelmatige zorg op basis van bewezen effectieve behandelmethoden.’ Het CVZ werd in 2013 opgenomen in het Zorginstituut Nederland (ZIN). Dit zorginstituut stelt ‘het cliëntperspectief centraal: de voorkeuren van cliënten zijn leidend bij de ontwikkeling van de professionele standaard. Het cliëntperspectief wordt verankerd in een meerjarenagenda, een toetsingskader en professionele standaarden. Via een ondersteuningsfunctie kunnen cliënten hun ervaringsdeskundigheid inbrengen’ (VGN, 2013a, p. 8).

De VGN hanteert voor kwaliteit van zorg en ondersteuning ten minste twee centrale criteria:

1. Zorg en ondersteuning zijn gericht op het bevorderen dan wel in stand houden van de kwaliteit van bestaan van mensen met een beperking.
2. Eigen regie van mensen met een beperking is een centrale waarde in zorg en ondersteuning.

Deze criteria worden bereikt door de kwaliteit van bestaan te bevorderen op acht domeinen die door Schalock en Verdugo Alonso (2002) zijn beschreven en inmiddels breed ingang hebben gevonden in de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. Het gaat om de volgende domeinen: lichamelijk welbevinden, psychisch welbevinden, interpersoonlijke relaties, deelname aan de samenleving, persoonlijke ontwikkeling, materieel welzijn, zelfbepaling en belangen behartigen.

Voor ondersteuning geldt dat deze bijdraagt aan de kwaliteit van bestaan op deze domeinen en aan de ‘randvoorwaarden’, te weten: zorgafspraken en ondersteuningsplan, cliëntveiligheid (fysiek, sociaal en emotioneel), kwaliteit van medewerkers en organisatie, en samenhang in zorg en ondersteuning (VGN, 2013a, p. 10). Het ondersteuningsplan van cliënten en hun eigen regievoering is daarin leidend. ‘Zo komen de aspecten van goede zorg en ondersteuning die betrekking hebben op de relatie tussen zorgverlener en cliënt ook tot uitdrukking.’ Dit wordt verstevigd door ‘zowel kwantitatief als kwalitatief te gaan meten’ om recht te doen ‘aan de grote diversiteit van doelgroepen en functies binnen de gehandicaptenzorg’ (VGN, 2013a, p. 3).

Het is de vraag in hoeverre methoden, vanuit een duidelijke visie, reken-schap geven van de twee centrale criteria.

1.4 Methodisch werken en methoden

Wanneer er methodisch wordt gewerkt, mag worden verwacht dat voor de deelnemers het handelen helder ofwel transparant is. Cliënt-plannen worden methodisch vormgegeven (veelal langs de lijnen van de kwaliteitsdomeinen) en gevolgd (meetbaar). De ondersteuning is zo ge-

richt op het functioneren van cliënten, in relatie tot hun betrokken netwerk (ondersteuningssystemen). Hoe werkt nu het plaatsen van methoden en methodisch werken in de ondersteuning? Voor een bredere beschrijving van methodisch werken bestaan uitstekende publicaties (Bassant & De Roos, 2003; Heemskerk, Petrina, & Vosters, 2011; Janssen & Brinkman, 1999; Kuiper & Zijling, 2010; Winkelaar, 2004). We schetsen hierna de grote lijnen van het methodisch werken zoals dat uit onder andere deze publicaties naar voren komt.

Om de kenmerken van methodisch werken te overzien, is het van belang te weten wat we onder ‘methode’ verstaan. Bassant en De Roos (2003, p. 22) gebruiken de volgende definiëring: ‘Een methode is een omschreven en doelgerichte werkwijze om met een cliënt of cliëntengroep in een bepaalde situatie een bepaald vraagstuk op te lossen. Een methode geeft richting aan het handelen van de hulpverlener door middel van aanwijzingen voor het gebruik van instrumenten en technieken.’

In de praktijk worden begrippen als ‘methode’ en ‘methodiek’ gebruikt. Over de betekenis van deze termen is vaak verwarring. We sluiten hier aan bij de gangbaarste typering van methodiek en methode. *Van Dale* geeft bij het woord ‘methodiek’ de volgende uitleg: ‘geheel van de te volgen methoden’. Een methode is dus deel van een groter geheel, de methodiek. *Van Dale* benoemt ‘methode’ in het verlengde daarvan als ‘vaste, weloordachte werkwijze om een bepaald doel te bereiken’. Dat is ook wat Bassant en De Roos aangeven.

Methodisch werken kan eenvoudig worden omschreven als een voorgeschreven of geplande werkwijze volgen. Het gaat daarbij om meer dan de uitvoeringspraktijk, dat wil zeggen: om meer dan een beschrijving van concrete handelingen die worden verricht. Het is bij een methode belangrijk dat duidelijk is op welke visie deze is gebaseerd en welke uitgangspunten voor de werkwijze worden gebruikt.

Methodisch werken heeft een eigen doelstelling en is gericht op het sturen van een proces. Zo is het mogelijk om op gestructureerde en gecontroleerde wijze te werken. Er zijn vier kenmerken van methodisch werken te onderscheiden:

1. Het is doelgericht, op basis van duidelijke uitgangspunten (zoals visie en onderbouwing).
2. Het is systematisch: het verloopt volgens een intern logische opbouw, die direct volgt uit de doelstelling.
3. Het is procesmatig: de verschillende stappen of fasen sluiten op elkaar aan. Daarbij wordt rekening gehouden met het effect van de ene stap op de andere.
4. Het is een bewust proces: de uitvoerder weet wat hij doet (planning) en waarom (doel), en kan dit passend verantwoorden (doelmatig).

Dit laatste kenmerk is bijvoorbeeld belangrijk bij het inzetten van een methode op een werkplek, binnen een bepaalde situatie (context). Methoden kunnen niet worden ‘gedropt’. Het heeft weinig zin vanuit een bovenliggende organisatiestructuur een methode te implementeren, zonder borging en verbinding met de concrete praktijk. Het laten aansluiten van een methode op een concrete praktijksituatie vormt een van de eerste onderdelen van het methodisch werken.

Methodisch werken doorloopt een methodische cyclus: het stapsgewijs beschrijven van beginsituatie tot eindsituatie en de evaluaties die daarvoor nodig zijn. Zo draagt het bij aan het inzichtelijker en concreter maken van waarom we doen wat we doen en op welke wijze we handelen. Dat vraagt veel van de motivatie: een methode moet duidelijk maken wat haar relevantie is en wat het belang ervan is voor de betrokkenen. Ook moet kunnen worden aangegeven wat de kwaliteit van een methode is: wat maakt de inhoud en uitkomsten kwalitatief sterk? Op welke wijze houdt de methode rekening met het cliëntplan en het persoonlijk functioneren van de cliënt in relatie tot de omgeving, de woonsituatie, werk en vrije tijd? Maar ook de verbinding met de organisatie dient gewaarborgd te zijn. Het kan niet zo zijn dat begeleiders met cliënt en netwerk een methode inzetten die niet door de organisatie wordt erkend, of omgekeerd.

Bij de keuze voor een methode kijkt men vaak naar de uitvoeringspraktijk, of naar de implementatiemogelijkheden ervan. Soms beschrijven methoden zelf hoe deze aan een bestaande praktijk kunnen aansluiten of worden toegevoegd. Bij een aantal methoden rekent men op het aanwezig zijn van ten minste een vorm van basisaanpak. Denk bijvoorbeeld aan een werkende basisattitude, concrete werkafspraken, ondersteuning vanuit omliggende functies (gedragkundigen, artsen) en organisatiestructuren (management). Bij andere methoden wordt de bestaande structuur meegenomen in de werkwijze, bijvoorbeeld om alle ‘neuzen een kant op te krijgen’. De mogelijkheid om een methode toe te passen staat of valt met het implementatieproces en de voorwaarden daarvan binnen de organisatie en op de specifieke werkplek. Voor een adequate implementatie van een methode kan men, gezien de betekenisverhouding van methode en methodiek, niet heen om een bredere verankering in een centraal sturende methodiek (Bruininks, 2006).

Om recht te doen aan de uitgangspunten van methodisch werken maken we in dit handboek gebruik van een ‘set’ van vaste criteria. Deze criteria zijn (in deze ordening):

1. *Doel van de methode.* Bij voorkeur wordt het doel zo concreet mogelijk omschreven.
2. *Om welke doelgroep(en) het gaat.* Soms worden methoden ingezet voor meerdere doelgroepen, bijvoorbeeld alle mensen met een verstandelijke beperking,

zonder specifieke afbakening. Een methode kan ook ten behoeve van een specifieke doelgroep worden ingezet, bijvoorbeeld mensen met een lichte verstandelijke beperking, ouderen met toenemende zorgvragen, mensen met een autismespectrumstoornis, of mensen met EMB, of een doelgroep in combinatie met een bepaald type gedragingen (bijvoorbeeld drugsgebruik).

3. *Wat er specifiek is aan de methode of wat er onderscheidend aan is.* Dat is wellicht het spannendste deel van een methode, op basis waarvan voor een methode wordt gekozen. Hier moet duidelijk worden wat de methode toevoegt, of van welke meerwaarde sprake is.
4. *Welke systematiek en opbouw de methode heeft.* Het is belangrijk om inzicht te hebben in de wijze waarop, of uit welke fasen of onderdelen een methode is opgebouwd. Daarbij dient ook de plaats van de evaluatie duidelijk te zijn. Dat biedt de kans om het overzicht te houden. Regelmatig ‘helikopteren’ voorkomt dat men zich verliest in de praktijk van alledag. Het is noodzakelijk de rode draad vast te houden. Dit vierde criterium maakt ook vaak duidelijk welke voorwaarden moeten worden gerealiseerd, wil men met een bepaalde methode aan de slag gaan.
5. *De werkwijze.* Hierin wordt in concrete termen op gedrags- en handelingsniveau beschreven hoe de praktijk eruitziet. Een methode moet duidelijk maken, in concrete termen (bijvoorbeeld aan de hand van SMART-doelen), welke stappen men moet zetten. Zo moet duidelijk zijn wat er moet worden gedaan binnen de verschillende onderdelen/fasen, wanneer en door wie. Ook is het van belang te weten welke specifieke technieken en hulpmiddelen worden ingezet.
6. *Het wetenschappelijk kader.* De onderbouwing van een methode is voor iedere gebruiker van belang. Hoe stevig is de methode verankerd in betrouwbare uitgangspunten (praktijktheoretische en wetenschapstheoretische)? Wordt er onderzoek gedaan naar de werkzame factoren of naar de effectiviteit van een methode? Doorgaans wil men werken met het idee dat een methode er toe doet omdat deze ook echt ‘werkt’.
7. *Casuïstiek.* Voorbeelden uit de praktijk kunnen duidelijk maken wat het eigene is van een methode, hoe deze in een concrete praktijk wordt gebruikt en wat men kan verwachten aan resultaat.

1.5 Methoden in dit boek

Het burgerschapsparadigma zet, samen met de supportbenadering en het kwaliteitskader, de toon voor hoe er naar methoden kan worden gekeken en wat er van methoden mag worden verwacht. Dat geldt ook voor de criteria waar methoden vanuit het methodisch werken aan moeten vol-

doen. Het gaat in dit handboek om ondersteuningsmethoden. Het is duidelijk dat deze vanuit de ondersteuningsbehoefte en ondersteuningsrelatie ‘op scherp staan’: er worden hoge eisen gesteld.

Er is nog een punt waar ten minste een opmerking over moet worden gemaakt eer we nader ingaan op de sterke of zwakke kanten van de ondersteuningsmethoden. Dat betreft de soms lastige afbakening van methoden als begeleidingsmethode of als specifieke interventie. Begeleidingsmethoden bevinden zich op het gebied van zorg (care), terwijl interventies hun werkgebied vinden in een behandelcontext (cure). We hanteren in dit handboek bewust geen onderscheid. Een inhoudelijke wisselwerking tussen beide ‘domeinen’ van zorg werkt versterkend! Sommige methoden zijn helder en duidelijk: zij bevinden zich op een van beide. Bij andere is dit minder scherp en is er sprake van een mogelijk gebruik, soms op onderdelen, in beide werkgebieden. We kijken naar wat overstijgend voor beide benaderingsvormen van methoden van belang is.

Op welke wijze zijn ondersteuningsmethoden bruikbaar? Wat zijn mogelijk sterke en zwakke kanten van een methode? Waar moet men op letten bij de keuze voor een bepaalde methode? Wat is ‘goede ondersteuning’? Het zijn de kernvragen die niet alleen vanuit de theoretische kaders naar voren komen, maar ook in de praktijk bepalend zijn. Hierna volgen een aantal criteria of ijkpunten. Deze ijkpunten volgen uit de hiervóór beschreven kaders van AAIDD, VGN en de criteria voor methodisch werken. Ze kunnen als een bril worden gebruikt bij het doorlopen van de methoden in dit handboek. Het zal bijna vanzelf spreken dat de hier gegeven ijkpunten onderling samenhang vertonen.

1. *De ondersteuningsbehoefte staat voorop.* Dat wil zeggen dat de methode zo is ingericht dat het eerst en vooral gaat om de ondersteuningsbehoefte van de cliënt en diens regie daarover. Dat moet niet alleen blijken uit de theoretische onderbouwing, maar met name ook in de concrete werkwijze. Dat is niet alleen voor begeleiders en andere professionals van belang, maar ook voor het eigen netwerk. ‘Voorop’ is een ander accent dan ‘centraal’. Het is het eerste aangrijpingspunt van denken en handelen voor ondersteuners.
2. *De afstemming over de ondersteuningsbehoefte is ‘dialogisch’.* Dat spreekt niet vanzelf. De dialoog aangaan met cliënten en hun netwerk vereist op doelgroepniveau al specifieke competenties, maar wordt nog aangescherpt door een normatieve component. Frederiks en collega’s (2009) kiezen hier voor een ‘deliberatieve dialoog’, ofwel het ‘in onderlinge dialoog vaststellen wat de persoon met een verstandelijke beperking zelf wil.’ ‘In het deliberatief gespreksmodel stelt de professional de wensen van de persoon zelf echter ook ter discussie om ze te herzien of verder te ontwikkelen (...) de ondersteuner neemt de rol van leraar en vriend aan’ (Moonen, 2014, p. 122). Het gaat dan niet alleen over dat wat de cliënt wil en nodig heeft, de cliënt heeft iemand

tegenover zich! In deze dialoog dient aandacht te zijn voor een veilige beschikbaarheid, sensitieve responsiviteit en een betrouwbare omgeving. We zien hier het belang terug van het gelijkwaardigheids criterium van de AAIDD. Dat maakt dat er sprake dient te zijn van een partnerschap en gedeelde verantwoordelijkheid in de ondersteuningsmethode (Petry & Maes, 2007, p. 138). Het is wel de vraag in hoeverre de cliënt en diens netwerk hebben bijgedragen aan de ontwikkeling en opbouw van de methode. Dit thema gaat verder dan informed consent, waarbij er vooral sprake is van een formele vorm van instemming. Het gaat om directe deelname, serieuze participatie, van mensen in de ‘dialoog’.

3. *De capaciteiten van cliënten en hun netwerk worden maximaal bevorderd.* Dat betekent voor een methode dat deze het functioneren van de cliënt in beeld heeft en houdt. Het gaat hier om de vijf dimensies in hun onderlinge samenhang die de AAIDD aanduidt, of de acht domeinen die de VGN voor een cliëntplan leidend acht (zie paragraaf 1.3). Het betreft nooit een ‘status quo’, maar het versterken en bevorderen van regie en welbevinden zonder te overvragen. Daarbij dient ook feitelijk, dus concreet in de praktijk, een relatie te worden gelegd met de inbedding in de samenleving, c.q. het mogelijk maken daarvan. Zo kan de vraag worden gesteld hoe goed er in de methode wordt gekeken naar de interactie tussen cliënt en omgeving (supportsystemen).
4. *De ondersteuningsmethode heeft een ethisch ‘imperatief’ vanuit een idee van een rechtvaardige samenleving* (Van Gennep, 2009). Een methode is gericht op ‘het goede goed te doen’. Dat kunnen we uitwerken in een aantal ethische perspectieven:
 - Vanuit de dialogische ‘norm’ is het de vraag op welke wijze een methode aansluit op professionele normen en richtlijnen enerzijds, en mogelijkheden biedt tot structurele reflectie en kwaliteitsverbeteringen anderzijds. Iedere professional heeft een expliciete ‘opdracht’ zichzelf blijvend te ontwikkelen, de eigen morele perceptie en het eigen oordeelsvermogen aan te scherpen, juist omdat hij in de dialoog ‘het tegenover’ is van de cliënt en diens netwerk. Professionals dienen ‘de kritische confrontatie met het eigene (van henzelf en van de ander) in hun beroepspraktijk’ te waarborgen (Meininger, 2011).
 - Moreel goeddoen wordt normatief bepaald door ‘menswaardige zorg’ en wat we daaronder verstaan. In hoeverre kan een methode hier een verantwoording bieden? Welke keuzes worden gemaakt vanuit dit perspectief? De betekenis van ‘menswaardige zorg’ is niet meer weg te denken uit de zorg aan mensen met een beperking, hetzij als een persoonlijke ‘menslievende zorg’ (Embregts, 2011; Embregts & Hendriks, 2011; Van Heijst, 2006, 2007; Hermsen, 2011), hetzij als ‘presentie’ (Baart, 2002), die pleit voor een verschuiving van een ‘interventiebenadering’ naar een ‘presentiebenade-

ring'. Het is de vraag of dit laatste een ethisch begaanbare weg is, wanneer beide benaderingen expliciet tegenover elkaar worden geplaatst. Er kunnen echter terecht kanttekeningen worden geplaatst bij zorg als 'productieplaatsen' (Meininger, 2011, 2014) of als 'transactie' (Buntinx, 2014). Kolen en Vosman (2013) zoeken een antwoord in een verbinding met de 'omgangscultuur' binnen de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. Deze cultuur biedt mogelijk houvast in de benadering van interventies bij jongeren met een lichte verstandelijke beperking.

5. *Er is sprake van een systemische benadering.* Ofwel: is het eerste criterium van de AAIDD, contextualiteit, voldoende geborgd? Een methode kan feitelijk niet heen om de kracht van het systeem van de cliënt, noch om het systeem van de professionele zorg zelf. Daarbij speelt de inzet op betrouwbaarheid en veiligheid als voorwaarden voor systemisch werken, aspecten die ook voor de dialoog cruciaal zijn. Vindt de ondersteuning 'inbedding' in het netwerk van de cliënt? Dezelfde vraag kan worden gesteld voor de organisatie! Wordt er vervolgens nadrukkelijk rekening gehouden met de 'natuurlijke hulpbronnen' in samenhang met de professionele? Tegelijkertijd is het belangrijk dat een methode vanuit de systemische benadering de loyaliteit jegens elkaar weet te plaatsen van alle betrokkenen in de ondersteuning. De systemische gerichte aanpak van Egberts (2012, in dit handboek hoofdstuk 13) beschrijft niet voor niets de verschillende belanghebbende invalshoeken van de triade cliënt, netwerk en ondersteuners.
6. *Doelmatigheid vormt een intrinsieke waarde van een methode.* Een methode zal helder moeten zijn over de zogenoemde 'uitkomsten'. Sommigen spreken van 'uitkomstmaten'. Van Gennep (2009) typeert kwaliteitszorg als hulp 'die resulteert in grotere zelfstandigheid, meer mogelijkheden tot participatie en een grotere mate van inclusie'. Dit is voor elke methode een kader om uitkomsten in te formuleren. We kunnen ook nauwkeuriger kijken naar hoe een methode omgaat met 'uitkomsten'. Het kan juist bepalend zijn voor de keuze voor een bepaalde methode om na te gaan welk doel wordt nagestreefd en ook effectief bereikt. Het vaststellen of doelen zijn bereikt, heeft een krachtige basis: de evidence-based practice. Dat dit nog geen sterke ingang heeft gevonden in de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking, betekent niet dat hier geen aandacht voor is. 'Het inzetten van specifieke methoden (methodieken) [is] geen sinecure; veelal zijn die op dit moment nog onvoldoende op maat gesneden' (Moonen, 2014, p. 123). Toch komen er steeds meer wetenschappelijk en praktisch verantwoorde interventies beschikbaar (Didden & Moonen, 2013; Moonen, 2014, p. 123, in dit handboek, hoofdstuk 2).

Nu zijn de doelen van de opgenomen methoden óf heel algemeen, óf meer gericht op concreet gedrag. Het laatste, verandering van gedrag, is enigermate eenvoudiger op doelmatigheid na te gaan. Echter: ‘Er worden steeds meer interventies ontwikkeld voor het aanleren van gedrag van kinderen, jongeren en volwassenen met een LVB en voor het beïnvloeden van zogenaamd probleemgedrag. Lang niet alle interventies zijn goed gedocumenteerd en voldoende uitgewerkt (...) Alhoewel er voldoende aanwijzingen zijn dat gedragsinterventies doelmatig en effectief kunnen zijn (...)’ (Didden & Moonen, 2013, p. 16).

De voorgaande zes criteria doen een beroep op elke methode om ondersteuning concreet in te vullen. Daarbij dient de spanwijdte van wat doelmatig en effectief is voldoende breed te zijn om ten minste een aanzet daartoe te doen (Didden & Moonen, 2013). In de keuze voor een methode is dat cruciaal. Een uitwerking om tot inzicht in een mate van evidentie te komen en werkzame factoren te bepalen wordt geboden in hoofdstuk 2.

1.6 Tot slot

In dit hoofdstuk is een introductie geboden op de wijze waarop men naar methoden kan kijken. Dat betekende aansluiten bij de visie op zorg aan mensen met een (verstandelijke) beperking, zoals het burgerschapsparadigma. De uitgangspunten zijn gevonden in kwalitatieve menswaardige ondersteuning. Daarbij zijn in het voorgaande, vanuit de context van methodisch werken, criteria aangereikt voor een goede methode. Uiteindelijk werden ijkpunten en perspectieven benoemd voor wat een methode sterker maakt. Deze dienen in hun samenhang te worden gezien. We hopen hiermee een aanzet te hebben gegeven voor een passend vervolg op dit handboek. Het is aan de gebruiker om scherper aan de wind te zeilen in het gebruik van methoden in de zorg voor mensen met een (verstandelijke) beperking.