***Onderzoeksrapport afstuderen Sociale Studies Fontys Hogeschool***

***“Balanceren in de zorg”***

Naam: Daniek Berkers

Studentnummer: 2568292

Inleverdatum: 22 juni 2018

Profiel: Jeugdzorgwerker

Naam begeleiders: Koen van Zeeland, Nard Brulot

Naam opleiding: Sociale Studies te Eindhoven

Onderwijseenheid: Fontys Hogescholen

Progresscode: 78V4J-AFOZ

# Samenvatting

Hieronder vindt u een citaat vanuit het interview met een medewerker, om een indruk te krijgen van de huidige problematiek binnen de instelling waar het onderzoek heeft plaatsgevonden.

*“R5: de andere groep, die is eigenlijk een beetje zorgwekkender omdat die wat minder gezien wordt, dat zijn de kinderen die zich terugtrekken. Kinderen die eigenlijk in een hoekje gaan zitten, die in slaap vallen, die zijn niet zo lastig. He weet je, die parkeer je en dat zal wel. Maar in feite vanuit het kind gezien, is die nog minder weerbaar dan het kind wat gaat trekken, gooien smijten, gillen, wat dan ook. En het is vaak zo'n ongeziene groep omdat niet de meest lastige kinderen zijn. Weet je, je legt ze in een kamertje of in de bedbox. En wij hebben daar geen last van”.*

Medewerkers binnen instelling X dienen zorg te verlenen aan kinderen met een meervoudige en ernstig meervoudige beperking. Deze kinderen bevinden zich in één groep, waardoor de zorgvragen en zorgzwaarte erg gevarieerd is. Het ene kind kan praten en lopen, heeft bijvoorbeeld behoefte aan schoolse activiteiten terwijl het andere kind in een rolstoel zit, niet zelf kan eten en communicatief afhankelijk is van pictogrammen. Volgens de medewerkers laten kinderen met een meervoudige beperking gedrag zien wat volgens hen te maken heeft met het verdelen van de zorg en de onbalans hierin. De hoofdvraag luidt daarom als volgt: ‘Hoe kan de sociaal agoog binnen instelling X de zorg gelijkmatig verdelen tussen meervoudig beperkte kinderen en ernstig meervoudig beperkte kinderen?’

Het ene kind vraagt veel dagelijkse verzorging en is afhankelijk van de medewerker, terwijl het andere kind pedagogische begeleiding nodig heeft. Over beide doelgroepen dienen de medewerkers kennis en vaardigheden te hebben om op het ontwikkelingsniveau en de behoeftes van het kind in te kunnen spelen. Op dit moment ondervinden medewerkers hierbij problemen. Het gevolg hiervan is dat kinderen bijvoorbeeld gaan gillen, bijten en met spullen gooien. De medewerkers weten niet hoe zij hierop in kunnen spelen, wat zij het kind voor spelmateriaal aan kunnen bieden en hoe zij toch voor beide doelgroepen kunnen zorgen. Het citaat bovenaan de pagina laat tevens zien dat de medewerker zich zorgen maakt over een ernstig meervoudig beperkt kind, ondanks de gesignaleerde problematieken vooral gericht zijn op het meervoudig beperkt kind. Het onderzoek wijst namelijk uit dat beide doelgroepen signalen afgeven en de medewerkers moeite hebben met de gehele combinatie van deze twee doelgroepen. Om deze problemen aan te pakken heeft de onderzoeker literatuuronderzoek gedaan en interviews afgenomen met tien respondenten om een helder beeld te krijgen van de daadwerkelijke problematiek. Vervolgens zijn er resultaten en een conclusie geschreven. Dit maakt overzichtelijk waar het probleem nu écht om draait. Uiteindelijk zijn er aanbevelingen geschreven en aangedragen waarmee de medewerkers aan de slag kunnen gaan. Deze aanbevelingen zijn gepresenteerd, waarop positieve feedback is gekomen. De medewerkers willen zelfs dat de aanbevelingen naar de manager doorgespeeld worden zodat hier daadwerkelijk wat mee gedaan kan worden en zij de mogelijkheid krijgen om kennis en vaardigheden op te doen die bij kunnen dragen aan de balans waar zij op dit moment naar op zoek zijn.

# Voorwoord

Het afstudeeronderzoek over het verdelen van de zorg tussen meervoudig beperkte kinderen en ernstig meervoudig beperkte kinderen is een eindproduct voor de afstudeerrichting Jeugdzorg van de Fontys Hogeschool Sociale Studies. Ik heb aan dit eindproduct gewerkt van februari tot en met half juni. Het onderzoek is uitgevoerd binnen de groepen die dagbehandeling krijgen binnen KDC Heimdal. De kinderen die binnen KDC Heimdal aanwezig zijn hebben allemaal een meervoudige of ernstig meervoudige beperking met bijkomende problematieken zoals epilepsie en autisme. De kinderen variëren van leeftijd, zij zijn tussen de nul en 21 jaar oud. Ik ben 1,5 jaar stagiaire geweest binnen KDC Heimdal en inmiddels ben ik hier ook werkzaam. Ik was stagiaire op de tweede groep, waarvan kinderen van vijf tot tien jaar aanwezig zijn. Gedurende mijn stage heb ik signalen opgevangen van verschillende medewerkers die moeite hadden met het verdelen van de zorg, kinderen die moeilijk verklaarbaar gedrag lieten zien en kinderen die geen doorstroom naar speciaal onderwijs doormaken. Deze signalen hebben ervoor gezorgd dat ik een onderzoeksthema heb kunnen kiezen. Ik heb rondgevraagd bij collega’s wat zij belangrijk zouden vinden om te onderzoeken en waarom. Uiteindelijk heb ik voor mezelf afgewogen welk thema naar mijn idee het belangrijkste was en welk thema ik zelf het interessantste vond om onderzoek naar te doen. Daarom heb ik gekozen voor het verdelen van de zorg tussen de meervoudig en ernstig meervoudig beperkte kinderen.

Ik heb met veel enthousiasme gewerkt aan het onderzoek omdat ik écht heel benieuwd was naar waar de knelpunten precies zitten, welke theorieën kunnen bijdragen en hoe ik uiteindelijk de collega’s zou kunnen helpen met het mogelijk verminderen van het praktijkprobleem. Ik vond het lastig om te zoeken naar de kern van het onderzoek omdat ik telkens terug kwam op bovengenoemde drie problemen, waardoor het praktijkprobleem te ‘groot’ werd. Ik moest op zoek naar wat nou écht het probleem was en waar dit vandaan kwam. Toen ik eenmaal het thema waarmee ik aan de slag wilde gaan gevonden had, vond ik het erg leuk om eraan te werken. Het heeft me veel tijd gekost, maar ik vond het zeker de moeite waard. Wanneer ik nu terug kijk op de afgelopen periode ben ik trots op hoe ik hieraan gewerkt heb, hoe collega’s me hierbij hebben geholpen en ben ik dankbaar voor de fijne feedback die ik van mijn afstudeerdocenten heb gekregen. Zo moest ik telkens een stapje terug om iets aan te passen, maar kwam ik voor mijn gevoel ook weer net een stapje dichterbij het einde van mijn scriptie. Daarom wil ik degene die mij hierbij geholpen hebben ook graag bedanken. Ik ben trots op het eindresultaat en voor degene die mijn afstudeeronderzoek gaan lezen, veel leesplezier!

Daniek Berkers

15 juni 2018, Someren

Inhoudsopgave

[Samenvatting 1](#_Toc517296378)

[Voorwoord 2](#_Toc517296379)

[Inleiding 5](#_Toc517296380)

[Hoofdstuk 1 Context en Probleemschets 6](#_Toc517296381)

[1.1 Probleemanalyse 6](#_Toc517296382)

[Macro niveau: 6](#_Toc517296383)

[Meso niveau: 7](#_Toc517296384)

[Micro niveau: 9](#_Toc517296385)

[1.2 Probleemstelling 11](#_Toc517296386)

[1.3 Onderzoeksdoelstelling 12](#_Toc517296387)

[1.4 Hoofdvraag en deelvragen 13](#_Toc517296388)

[1.5 Begripsafbakening 13](#_Toc517296389)

[Hoofdstuk 2 Theoretisch kader 15](#_Toc517296390)

[2.1 Ontwikkeling van een kind met een beperking 15](#_Toc517296391)

[2.2 Behoeftehiërarchie 17](#_Toc517296392)

[2.3 Waardevol bestaan & ontwikkelingsgericht handelen 19](#_Toc517296393)

[Hoofdstuk 3: Methodologie 23](#_Toc517296394)

[3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef 23](#_Toc517296395)

[3.2 Dataverzamelingsmethode 24](#_Toc517296396)

[3.3 Meetinstrument 25](#_Toc517296397)

[3.4 Data-analyse 26](#_Toc517296398)

[Hoofdstuk 4: Resultaten 28](#_Toc517296399)

[4.1 Deelvraag 1: 28](#_Toc517296400)

[Conclusie 30](#_Toc517296401)

[4.2 Deelvraag 2: 30](#_Toc517296402)

[Conclusie 33](#_Toc517296403)

[4.3 Deelvraag 3: 33](#_Toc517296404)

[Conclusie 36](#_Toc517296405)

[Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen 37](#_Toc517296406)

[5.1 Conclusie hoofdvraag 37](#_Toc517296407)

[5.2 Aanbevelingen 38](#_Toc517296408)

[Hoofdstuk 6: Discussie 41](#_Toc517296409)

[6.1 Betekenis en bruikbaarheid 41](#_Toc517296410)

[6.2 Sterkte- zwakteanalyse 42](#_Toc517296411)

[Bibliografie 45](#_Toc517296412)

[Bijlagen 47](#_Toc517296413)

[Bijlage 1: Theoretisch kader 47](#_Toc517296414)

[Bijlage 2: Topiclijst 49](#_Toc517296415)

[Bijlage 3: Codeboom 51](#_Toc517296416)

# Inleiding

Het afstudeeronderzoek wat voor u ligt is een kwalitatief onderzoek wat binnen instelling X heeft plaatsgevonden. De hoofdvraag van dit onderzoek luidt als volgt: *‘Hoe kan de sociaal agoog binnen instelling X de zorg gelijkmatig verdelen tussen meervoudig beperkte kinderen en ernstig meervoudig beperkte kinderen?’* Dit onderzoeksthema is een praktijkprobleem wat gesignaleerd is binnen instelling X. De medewerkers binnen instelling X ervaren problemen met het verdelen van de zorg van bovenstaande genoemde doelgroepen. De medewerkers weten niet goed hoe zij moeten handelen en ervaren dat kinderen ongewenst gedrag laten zien. De kinderen binnen instelling X hebben een gevarieerde leeftijd en ontwikkelingsniveau, waardoor ook de zorgzwaarte in de groepen varieert. Er zijn kinderen aanwezig met een lichtere zorgvraag die voornamelijk pedagogische begeleiding nodig hebben, waarbij er ook kinderen aanwezig zijn met een zwaardere zorgvraag die gedurende de dag afhankelijk zijn van een volwassene. De zorgvragen binnen instelling X zijn complexer geworden, wat volgens Zorgvisie (2016) te maken heeft met de decentralisatie van de zorg. Door deze hervorming krijgen zorginstanties voornamelijk zwaardere zorgvragen binnen en krijgen zij nauwelijks aanmeldingen voor lichtere zorgvragen wat te maken kan hebben met het passend onderwijs. Deze verandering van de zorg geldt ook voor instelling X. Het is voor deze doelgroepen met complexe problematiek belangrijk om begeleidt te worden op een niveau waarop zij functioneren, waarbij gekeken wordt naar wat een kind aankan. Volgens MEE (z.j.) kan het aansluiten op het niveau van het kind er namelijk aan bijdragen dat er geen opstapelende problemen ontstaan. De medewerkers binnen instelling X ondervinden problemen bij het aansluiten op het niveau van het kind en weten niet goed hoe zij kunnen handelen. Dit is de aanleiding voor het onderzoek naar dit thema, het thema is maatschappelijk relevant in verband met de invoering van passend onderwijs en de decentralisatie.

Het doel van dit onderzoek is kennis en inzicht verwerven over hoe de sociaal agoog de kinderen begeleidt, welke houding zij aannemen, waar zij behoefte aan hebben en welke aanbevelingen vervolgens zouden kunnen helpen om het praktijkprobleem aan te pakken. Voor de realisatie van dit doel, heeft de onderzoeker verschillende stappen doorlopen. Zo zijn de hoofdstukken stapsgewijs uitgewerkt om uiteindelijk resultaten, conclusies en aanbevelingen te kunnen schrijven. In hoofdstuk 1 vindt u de probleemanalyse waarin het gesignaleerde probleem naar voren komt, waarbij een koppeling gemaakt wordt naar het probleem op macro-, meso- en microniveau. Vervolgens vindt u de probleemstelling met een verificatie, een onderzoeksdoelstelling, de hoofdvraag met drie bijbehorende deelvragen en de begripsafbakening. In hoofdstuk 2 vindt u het theoretisch kader, waarbij er belangrijke theorieën gekoppeld worden aan het praktijkprobleem. Hoofdstuk 3 bestaat uit de methodologie. Hierin worden de populatie, steekproef, dataverzamelingsmethode, meetinstrument en data-analyse beschreven. Hierop volgt hoofdstuk 4, waarin de resultaten en conclusies op de deelvragen beschreven staan. Bij de resultaten wordt er een koppeling gemaakt van theorieën aan citaten uit de afgenomen interviews. In hoofdstuk 5 wordt de conclusie op de hoofdvraag beschreven, waarop vervolgens aanbevelingen volgen. Tenslotte volgt de discussie in hoofdstuk 6, waarin de betekenis en bruikbaarheid van het onderzoek nauwkeurig bekeken worden en er is een analyse gemaakt van de sterke en zwakke punten van het onderzoek. Aan het einde van dit document zijn er bijlagen terug te vinden welke een belangrijke toevoeging zijn voor dit onderzoek.

# Hoofdstuk 1 Context en Probleemschets

In hoofdstuk één wordt de context en probleemschets van het onderzoek beschreven. Dit hoofdstuk begint met de probleemanalyse die beschreven is op macro-, meso en microniveau (paragraaf 1.1). Onder het macroniveau vallen de wetten en regelgeving, hierin komen onder andere de effecten van de decentralisatie naar voren. Vervolgens wordt het mesoniveau beschreven, waarin te zien is dat zorgvragen binnen verschillende hulpverleningsorganisaties complexer worden. Tenslotte wordt er op microniveau gekeken naar het specifieke praktijk probleem wat instelling X ervaart en wordt er een koppeling gemaakt naar onderzoeken die deze signalen bevestigen. Vervolgens komt er uit de probleemanalyse een probleemstelling voort, deze is te vinden in paragraaf 1.2, waarop een verificatie van instelling X volgt. Daarnaast is er in paragraaf 1.3 de doelstelling van dit onderzoek te vinden, waarop de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek volgen in paragraaf 1.4. Hoofdstuk één eindigt tenslotte met paragraaf 1.5 waarin de begripsafbakening te vinden is. Hierin worden de belangrijkste begrippen beschreven, zodat u als lezer weet wat er onder een bepaald begrip verstaan wordt.

Het gesignaleerde probleem gaat over kinderen met een meervoudige en ernstige meervoudige beperking binnen instelling X. Verschillende kinderen met een meervoudige beperking laten gedurende de dag ongewenst gedrag zien op de groep, wat gevolgen heeft voor meerdere partijen. Denk hierbij aan groepsgenoten, het kind zelf en de medewerkers. Medewerkers ervaren moeilijkheden met de omgang van dit gedrag en vinden het lastig om een balans te vinden tussen de zorg voor meervoudig beperkte kinderen en ernstig meervoudig beperkte kinderen. Er is namelijk een groot verschil in ontwikkelingsniveau binnen de groepen met kinderen. Binnen het macro, meso en micro niveau zijn ontwikkelingen en problemen gesignaleerd die te maken kunnen hebben met dit praktijkprobleem binnen instelling X.

## Probleemanalyse

### Macro niveau:

Sinds januari 2015 zijn de gemeenten verantwoordelijk voor jeugdzorg en zorg voor langdurig zieken en ouderen, dit wordt ook wel decentralisatie genoemd. Volgens MEE (z.j.) wordt er sinds de decentralisatie van burgers verwacht dat zij op eigen kracht uit problemen kunnen komen door het netwerk wat zij hebben, in te schakelen en om op deze manier mee te doen in de samenleving. Dit wordt ook wel burgerkracht genoemd. Daarnaast stelt MEE (z.j.) dat dit voor mensen met een (verstandelijke) beperking enorm lastig is omdat zij vaak geen netwerk hebben om op te leunen of de vaardigheden missen om op eigen kracht aan de slag te gaan wat te maken heeft met het beperkt probleemoplossend vermogen. Om je netwerk in te kunnen zetten bij het oplossen van problemen vereist dit inzicht in opties die je zelf kunt uitvoeren en hulp vraagt op het moment dat het je zelf niet meer lukt (MEE, z.j.).

Wanneer het eigen netwerk van de persoon niet kan helpen, zal volgens Kiers (2016) de zorg overgenomen worden door het formeel ondersteunings-en hulpaanbod. Het inschakelen van dit hulpaanbod is vanaf 1 januari 2015 tot 1 april 2016 gestegen met 5,3 procent. Dat wil zeggen dat er steeds meer mensen een beroep gedaan hebben op de Wet Langdurige zorg.

Dit komt doordat mensen met een (verstandelijke) beperking in de Wet Maatschappelijke Ondersteuning niet de juiste hoeveelheid zorg krijgen en het onmogelijk wordt om thuis te blijven wonen. Wanneer de zorg te zwaar zal zijn vanwege een lichamelijke-, verstandelijke-, of zintuiglijke beperking, waarbij de zorg blijvend en levenslang nodig is zal er zorg geboden worden vanuit de Wet Langdurige Zorg (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, z.j.). Het gevolg hiervan is dat er sneller aangeklopt wordt bij instellingen die zorg verlenen volgens de Wet Langdurige Zorg. Zo neemt zowel de druk op de Wet Langdurige Zorg als de druk op zorginstellingen toe (Kiers, 2016).

Het VGN (2016) stelt dat zorginstellingen tegen hun grenzen aanlopen vanwege de bezuinigingen in de zorg. In de praktijk is dit te merken aan dat er minder personeel beschikbaar is en beschikbaar wordt gesteld, waardoor er minder tijd naar de cliënt gaat. Daarnaast hebben zorginstanties in de gehandicaptenzorg aangegeven bij de VGN dat zij door de hervorming geen lichte zorg meer bieden. Er zijn nu voornamelijk zwaardere zorgvragen te vinden, met als gevolg dat zorginstellingen tegen grenzen aanlopen (Zorgvisie, 2016).

MEE (z.j.) stelt dat het voor mensen met een verstandelijke beperking belangrijk is dat er personen zijn die deze mensen kunnen helpen en aansluiten op het niveau waarop hij/zij functioneert. Zo kan er namelijk een inschatting gemaakt worden op wat de cliënten ‘kunnen’ en vervolgens wordt er gekeken naar wat zij daadwerkelijk ‘aankunnen’. Door hierop aan te sluiten komt er een balans in de begeleiding en kan het bijdragen aan het voorkomen van opstapelende problemen.

Om aan te kunnen sluiten op het ‘kunnen’ en ‘aankunnen’ kan er gewerkt worden volgens de ontwikkelingsdynamische benadering van Dosen (2005). Dit biedt handvatten om de ontwikkeling in kaart te brengen en het helpt om inzicht te krijgen op waarom er problemen ontstaan binnen de doelgroep. Het model van Dosen is gericht op de gezonde ontwikkeling en brengt verschillende ontwikkelingsmodellen samen. Denk aan spel, communicatie/taal, cognitief, moreel, emotioneel, lichamelijk en seksueel gebied. Vanuit de gezonde ontwikkeling van deze gebieden wordt er een koppeling gemaakt naar deze gebieden bij mensen met een verstandelijke beperking. Dit model kan de emotionele ontwikkeling in kaart brengen en vervolgens kan er bekeken worden of deze in balans is met andere gebieden en op welke gebieden er ondersteuning nodig is (MEE, z.j.).

### Meso niveau:

Volgens AEF (2014) hebben verschillende zorginstellingen te maken met stelselwijzigingen en de decentralisatie van de zorg, zo ook een kinderdagcentrum. Gemeenten worden verantwoordelijk voor kinderdagcentra, kinderen met een zeer ernstige verstandelijke of meervoudige beperking zullen onder de Wet Langdurige Zorg komen te vallen en daarnaast zijn er ontwikkelingen in het passend onderwijs die in een nauw verband staan met het kinderdagcentra.

Het kinderdagcentra (hierna vernoemd als KDC) biedt zorg aan kinderen met een achterstand in de ontwikkeling en zorg aan kinderen met een (ernstige) verstandelijke of meervoudige beperking. De kinderen die gebruik maken van een KDC hebben een zodanige ontwikkelingsachterstand dat zij in een aantal gevallen nooit zelfstandig zullen kunnen leven en dus afhankelijk blijven van zorg.

Het doel van de zorg binnen een KDC is dat kinderen zich maximaal ontwikkelen, waarbij het ontwikkeldoel varieert. Voor sommige kinderen is het doel dat zij door kunnen stromen naar (speciaal) onderwijs, terwijl het doel bij andere kinderen kan liggen in het voldoende uiten tegenover andere kinderen. Het KDC werkt eraan om kinderen in de leeftijd van vijf tot twaalf jaar zoveel mogelijk voor te bereiden op (speciaal) onderwijs en de doorstroom te bevorderen(Rijksoverheid, 2014)*.*

VGN (2016) stelt dat de invoering van passend onderwijs in 2015, als doel heeft een grotere groep kinderen naar school te laten gaan. Dit heeft ertoe geleid dat de kinderen met ‘lichtere problematiek’ die voorheen op een KDC zaten, nu eerder terecht kunnen in het onderwijs. Zo merken KDC’s dat kinderen met lichtere problematiek steeds minder naar het KDC komen (en daar minder lang blijven) en de kinderen met zwaardere problematiek (denk hierbij aan ernstig meervoudig beperkte kinderen) juist bij het KDC blijven.

Van oudsher zijn KDC’s gericht op kinderen met de zwaarste problematiek, die veel zorg nodig hebben. Op dit moment maken er toch nog groepen kinderen met ‘lichtere’ problematiek gebruik van de voorzieningen binnen een KDC**.** Dit zijn de kinderen die (nog) niet zijn doorgestroomd naar onderwijs, waarbij de vraag gesteld kan worden in hoeverre alle voorzieningen die een KDC biedt, nodig zijn voor kwalitatief goede jeugdhulp aan kinderen vanuit de ‘lichtere’ problematiek groep. Voor een deel van deze kinderen zou op een andere manier kwalitatief goede jeugdhulp geleverd kunnen worden. Zij zouden andere hulp aangeboden kunnen krijgen waarbij specifiek gekeken wordt naar wat voor hen een meerwaarde zou zijn, zonder dat dezelfde hulp aangeboden wordt die de ‘zwaardere’ problematiek groepen ook krijgen (VGN, 2016).

Binnen het KDC van instelling X zijn zorg, therapie en onderwijs onlosmakelijk met elkaar verbonden. Dit specifieke verband noemen zij ‘therapeutisch onderwijs’. Vanuit dit verband verzorgen zij groepsprogramma’s waarin kinderen met en van elkaar leren en stellen zij leer- en zorgdoelen op voor ieder individueel kind. Het formuleren van deze doelen, start met een beeldvorming van het kind en er wordt gezocht naar ontwikkelingsperspectieven. Wanneer bovenstaande stappen doorlopen zijn, worden er doelen opgesteld die na een half jaar worden geëvalueerd en bijgesteld. De manier van werken met doelen vanuit beeldvorming en perspectief, komen overeen met de Vlaskamp methodiek.

Medewerker Couwenbergh (2014) omschrijft de overeenkomst van de Vlaskamp methode en instelling X als volgt: Vlaskamp ontwikkelde een opvoedingsprogramma voor mensen met een ernstige meervoudige beperking. Volgens Vlaskamp zijn deze kinderen en volwassenen afhankelijk van anderen, zij dienen namelijk de signalen op te vangen en op de juiste manier te interpreteren om vervolgens adequaat te kunnen reageren op deze signalen. De Vlaskamp methode geeft een concrete invulling via werkdoelen, de begeleiders/ouders/betrokkenen krijgen hierdoor handvatten om het kind in de ontwikkeling te ondersteunen. De Vlaskamp methode gaat ervan uit dat het kind met ernstig meervoudige beperkingen de mogelijkheid heeft om zich te ontwikkelen (Couwenbergh, 2014).

Op dit moment werkt instelling X dus met de Vlaskamp methodiek die specifiek aansluit op het kind met een beperking.

Echter dient de Vlaskamp methodiek een concrete invulling te geven met behulp van werkdoelen die begeleiders handvatten bieden om het kind in de ontwikkeling te kunnen ondersteunen. Op dit moment geven medewerker A en B aan dat zij niet goed weten hoe zij kunnen handelen en aansluiten op het kind, waardoor de uitvoering van de Vlaskamp methodiek niet volledig lijkt te zijn.

Volgens Rot (2013) is een kind afhankelijk van een volwassenen en kan het kind een ontwikkeling doormaken doordat een volwassene het kind stimuleert en helpt. Wanneer een volwassene aansluit bij wat een kind alleen kan en helpt bij wat het kind nog niet kan, leert het kind kennis en vaardigheden opdoen die hij/zij niet alleen had kunnen verwerven. Daarom is het ook van belang dat een begeleider van een kind met een (ernstige meervoudige) beperking een actieve houding aanneemt en uitdagende activiteiten aanbiedt, goed kijkt en luistert naar het kind. Dit kan bijdragen aan een gevoel van zelfvertrouwen en het vergroten van de onafhankelijkheid. Een kind met een (ernstige meervoudige) beperking is namelijk blijvend afhankelijk van ondersteuning van een ander, om uiteindelijk goed te kunnen functioneren in de maatschappij (Rot, 2013).

### Micro niveau:

Zoals het VGN (2016) beschrijft zou er gekeken moeten worden naar de specifieke hulp per individueel kind, gericht op ‘lichtere en zwaardere’ problematiek. Volgens hen wordt er namelijk vaak dezelfde activiteit aangeboden voor zowel de ‘lichtere’ als ‘zwaardere’ problematiek kinderen en wordt er niet specifiek gekeken naar ieder individueel kind (VGN, 2016). Op dit moment ondervindt instelling X problemen met het aanbieden van de juiste begeleiding aan ieder kind. Instelling X is een KDC, waarbij groepen met kinderen aanwezig zijn met een gevarieerd ontwikkelingsniveau. Instelling X biedt namelijk zorg aan kinderen in de leeftijd van nul tot 21 jaar. Deze kinderen hebben een ontwikkelingsachterstand, (ernstige) verstandelijke en/of meervoudige beperking al dan niet in combinatie met bijkomende problematieken zoals autisme. De kinderen binnen instelling X krijgen dagbehandeling op maat aangeboden, waarbij zij op locatie fysiotherapie, logopedie en bijvoorbeeld muziektherapie krijgen. Deze kinderen zijn ingedeeld in een groep op basis van leeftijd, waardoor er kinderen met ‘lichtere’ problematiek en ‘zwaardere’ problematiek in één klas aanwezig zijn (KDC Heimdal, z.j.).

Op dit moment wordt gesignaleerd dat kinderen met ‘lichtere problematiek’ ongewenst gedrag vertonen. Zij gooien bijvoorbeeld met spullen, slaan andere kinderen en imiteren bewegingen, geluiden en gedrag van kinderen met een lager niveau. Deze gedragingen komen voor op verschillende groepen, met verschillende leeftijdscategorieën. De leeftijden variëren van vier tot achttien jaar. Het ongewenste gedrag van deze kinderen kan op verschillende momenten voorkomen, het wordt gesignaleerd op het moment dat het kind op het punt staat om door te stromen naar speciaal onderwijs, of op het moment dat het kind een bepaalde tijd in dezelfde groep zit en er eigenlijk niet meer bekeken wordt of het kind eventueel meer kan dan wat hij/zij nu laat zien. Verder geeft medewerker A (2018) aan dat het lastig is om een balans te vinden in het verdelen van de zorg/hulp tussen de kinderen, waarbij het lastig is om te weten wat een kind nodig heeft.

Medewerker B (2018) geeft aan niet te weten wat ze kan doen in de periode dat het kind in een tussenfase zit (tussen kinderdagcentrum en speciaal onderwijs). Ze is zichzelf ervan bewust dat ze het kind een bepaalde periode ondervraagt en niet de juiste uitdaging biedt. Dit is te zien aan dat er groepsactiviteiten aangeboden worden die bijvoorbeeld te gemakkelijk zijn voor het kind, waarbij het kind vervolgens ongewenst gedrag laat zien. Ondertussen dient er aangesloten te worden op de kinderen die een zwaardere zorgvraag hebben, waardoor het kind met lichtere problematiek niet direct aangestuurd kan worden. Een praktijkvoorbeeld hierbij is bijvoorbeeld dat een medewerker bezig is met de verzorging van een ernstig meervoudig beperkt kind (cliënt A), wat extra tijd en aandacht vraagt. Terwijl zij bezig is met de verzorging mag cliënt B zelfstandig spelen. Hij speelt op dit moment al even zelfstandig en heeft behoefte aan een andere activiteit of spel. Dit wordt op dat moment niet aangeboden, waardoor cliënt B zomaar wat door de klas heen gaat lopen en met speelgoed gaat gooien, wat ook gevaarlijk is voor de kinderen om hem heen. Nog steeds kan de medewerker hier niet op inspelen omdat de verzorging van cliënt A nog niet klaar is waardoor cliënt B niets anders aangeboden krijgt.

De theorie van Paula Sterkenburg (2016) bevestigd dat kinderen met een verstandelijke beperking in hun dagelijks leven overvraagd en ondervraagd kunnen worden. Het is belangrijk dat er gekeken wordt naar wat de cliënt wel of niet aan kan, zonder dat er overvraging of ondervraging plaatsvindt.

Om bewust te zijn van overvraging of ondervraging, dient er gekeken te worden naar de draagkracht van de persoon en de mogelijkheden en beperkingen die hierbij komen kijken. Vanuit hier kan er bekeken worden wat de persoon nodig heeft met betrekking tot de draaglast.

Draaglast wordt volgens Bakker (1998) gedefinieerd als het geheel van ontwikkelings- opvoedings- en levenstaken die de ouder/begeleider en het kind hebben. Dit gaat niet alleen over de opvoeding en ontwikkeling, maar ook om de omstandigheden waarin het kind opgroeit. Denk aan huisvesting, kleding, maatschappelijke taken en opvoeding. Wanneer er zich een gebeurtenis voordoet die ervoor kan zorgen dat de draaglast uit balans is, kan dit zorgen voor stress en een onbalans tussen draaglast en draagkracht. Onder draagkracht verstaat Bakker (1998) het volgende; een geheel van competenties en beschermende factoren die het kind en ouders/begeleiders in staat stelt de taken en bedreigende factoren aan te kunnen. Denk aan intelligentie, gevoel van welbehagen, hulp van de omgeving en het vermogen om een probleem op te lossen. Er dient een stabiel evenwicht te zijn tussen draagkracht en draaglast, wanneer de draagkracht zal overheersen kan dit problematisch worden, wat zich kan uiten in opvoedings- en ontwikkelingsproblemen (Becker, 2012).

Volgens Paula Sterkenburg (2016) is er kans op gedragsproblemen en psychische nood, wanneer er een onbalans is tussen draagkracht en draaglast. Dit kan voorkomen wanneer de begeleidsters de cognitieve ontwikkeling van het kind te laag inschatten. Wanneer het kind wordt aangesproken op een lager niveau dan waarop het kind wil en eventueel kan functioneren worden zij ondervraagd. Hierdoor worden zij niet genoeg uitgedaagd om nieuwe dingen te leren en worden zij op het gebied van cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling aangesproken op een stadium in het niveau waarin zij al volgroeid zijn.

Wanneer er een gebrek aan uitdagende activiteiten aangeboden wordt kan een persoon zich afzetten tegen een ander. Ter voorkoming van gedragsproblemen door over-en ondervragen is het belangrijk dat de vertrouwensrelaties adequate zorg en ondersteuning bieden die passen bij de mogelijkheden en beperkingen van het kind (Sterkenburg & Voetelink , 2016).

Volgens Rot (2013) kun je dankzij het aansluiten op het functioneringsniveau van het kind, bepalen in hoeverre het kind ondersteund moet worden. Ondervraging en overvraging kunnen zoals al eerder aangegeven, leiden tot externaliserend of internaliserend probleemgedrag. Het is belangrijk dat de begeleider signalen in een vroeg stadium herkent, zodat de benaderingswijze op tijd aangepast kan worden. Mogelijke signalen bij ondervraging kunnen zijn: gefrustreerd, dwars doen, passieve houding aannemen, ander opmerkelijk gedrag vertonen wat je niet gewend bent, boosheid, grenzen opzoeken, sociaal grensoverschrijdend gedrag laten zien en conflicten opzoeken (Rot, 2013). Bovenstaande beschreven signalen komen overeen met wat er gesignaleerd wordt binnen instelling X. Om als voorbeeld te nemen is er een kind wat voornamelijk bij vrij spel grenzen opzoekt, hij gaat harde geluiden maken met muziekinstrumenten of blokken en gooit met spullen. Vervolgens kijkt hij of hij hier reactie op krijgt van een begeleidster. Wanneer hij hierop aangesproken wordt, zoekt hij even daarna weer grenzen op door het gedrag te herhalen of bijvoorbeeld naar een willekeurig kind toe te lopen en hem/haar te slaan.

## Probleemstelling

De stelselwijzigingen hebben ervoor gezorgd dat er voornamelijk zwaardere zorg geboden wordt door zorginstellingen, wat terug te leiden is uit het macro- en mesoniveau. Daarnaast is er op microniveau te zien dat er een verschuiving plaatsgevonden heeft in de (zorgvraag van) doelgroepen die het KDC heeft. Er zijn steeds meer kinderen met zwaardere problematieken aanwezig binnen een KDC die extra hulp nodig hebben. Binnen deze groepen zijn ook kinderen met lichtere problematieken aanwezig, waarbij instelling X aangeeft dat het lastig is om hierop aan te sluiten. De probleemstelling luidt daarom als volgt: Er zijn kinderen aanwezig met lichtere en zwaardere problematieken, waardoor de zorgvragen gevarieerd zijn. De kinderen met lichtere problematiek laten binnen instelling X geëxternaliseerd gedrag zien, wat onderkent wordt uit de theorie. Het is van belang om hiermee aan de slag te gaan, zodat er bekeken wordt waar het gedrag vandaan komt en hoe hier mee omgegaan kan worden zodat er een balans kan plaatsvinden in de draagkracht en draaglast van het kind. Het is van belang dat de medewerkers hiermee aan de slag gaan omdat onder andere uit de theorie van Rot (2013) blijkt dat het kind een volwassene nodig heeft om de juiste stapjes te kunnen maken in de ontwikkeling. De probleemeigenaren zijn in dit geval de kinderen die het gedrag vertonen, groepsgenoten en medewerkers/begeleiders. De kinderen laten ongewenst gedrag zien met een bepaalde reden, waarbij de groepsgenoten getroffen worden door bijvoorbeeld lichamelijke agressie en er onveilige situaties kunnen ontstaan. Medewerkers zijn mede probleemeigenaren omdat zij deze kinderen dienen te begeleiden en op dit moment niet weten hoe zij hierop in kunnen spelen. Daarnaast dienen zij een veilige omgeving te waarborgen voor ieder kind.

**Verificatie:**

Ter verificatie van het gestelde probleem in de probleemanalyse zijn medewerkers van instelling X bevraagd over het begeleiden van de kinderen.

Medewerker A (Persoonlijke communicatie, 15 januari 2018) geeft aan dat instelling X op dit moment niet de zorg kan bieden die ieder kind nodig zou hebben. Alle kinderen hebben andere zorgvragen waardoor zij het lastig vindt om individueel in te spelen op de zorgvraag van ieder kind. Er is een kind aanwezig op de groep die bijvoorbeeld schoolse/uitdagendere activiteiten zou kunnen doen, maar het is voor haar lastig hoe zij dit kan realiseren. Hierdoor wordt het kind regelmatig ondervraagt en verveeld hij/zij zich. Hij/zij vertoond ongewenst gedrag maar helaas kan en wordt hier niet altijd op ingespeeld. Het is op dit moment een probleem om het kind de juiste hulp te kunnen bieden en te weten wat het kind nodig heeft.

Daarnaast geeft medewerker B (Persoonlijke communicatie, 9 januari 2018) aan dat sinds alle regels zo veranderd zijn door de overheid er (bepaalde) kinderen van instelling X onderwijs zouden mogen krijgen. Vanuit instelling X duurt het even voordat deze overgang naar onderwijs duidelijk is. In deze tussenperiode wordt het kind niet genoeg gestimuleerd tot een groei in de ontwikkeling. Hierdoor gaan sommige kinderen gedrag van kinderen met lager niveau imiteren en is er bijvoorbeeld geen kind aanwezig met hoger niveau die als voorbeeldfunctie kan dienen. Door complexe zorgvragen van andere kinderen, komen sommige kinderen met ‘lichtere’ problematieken soms begeleiding te kort en lijkt het naar haar idee alsof zij worden ondervraagt. Hierbij geeft medewerker B aan dat ze niet weet hoe ze haar hulp kan verdelen zodat ieder kind de juiste hulp aangeboden krijgt waar hij/zij recht op heeft.

## Onderzoeksdoelstelling

Het doel van dit onderzoek is kennis en inzicht verwerven over hoe de medewerkers binnen instelling X de kinderen met een meervoudige beperking (‘lichtere’ problematiek) kunnen begeleiden, in combinatie met de begeleiding van het ernstig meervoudig beperkte (‘zwaardere’ problematiek) kind. Daarnaast is het doel van dit onderzoek dat het inzichtelijk wordt welke houding de medewerkers aan kunnen nemen en welke vaardigheden er nodig zijn om het gesignaleerde probleem aan te kunnen pakken. Hierbij is het belangrijk dat er gekeken wordt naar hoe er een balans gevonden kan worden tussen het begeleiden van de meervoudig beperkte kinderen (‘lichtere’ problematiek) en de ernstig meervoudig beperkte (‘zwaardere’ problematiek) kinderen en wat zij hiervoor nodig hebben. Aan de hand van de opgedane kennis zouden er aanbevelingen gedaan kunnen worden aan de medewerkers, zodat zij handvatten krijgen over hoe er ingespeeld kan worden op de vragen van het kind zodat zij aansluiten op de ontwikkeling.

## Hoofdvraag en deelvragen

**Hoofdvraag**

* Hoe kan de sociaal agoog binnen instelling X de zorg gelijkmatig verdelen tussen meervoudig beperkte kinderen en ernstig meervoudig beperkte kinderen?

**Deelvragen**

1. Hoe biedt de sociaal agoog zorg aan een meervoudig beperkt kind?
2. Hoe biedt de sociaal agoog zorg aan een ernstig meervoudig beperkt kind?
3. Hoe biedt de sociaal agoog zorg aan de combinatie meervoudig-en ernstig meervoudig beperkte kinderen?

## 1.5 Begripsafbakening

De sociaal agoog

De sociaal agoog is nieuwsgierig, flexibel en wil graag mensen helpen. Als professional binnen het sociale werkveld ben je ondersteuner van mensen bij het nemen van regie op hun eigen leven. De sociaal agoog werkt vanuit de kracht en kwaliteit van de ander (Fontys Hogescholen, z.j.). In dit onderzoeksrapport vallen de medewerkers/begeleidster van instelling X onder de categorie ‘sociaal agoog’, dit omdat zij een pedagogische opleiding gevolgd hebben wat in verband staat met de sociaal agoog.

Verdelen van de zorg/ zorg bieden

De kinderen binnen instelling X zijn ingedeeld op leeftijd en dus zijn er verschillende zorgzwaartes in de groepen. De kinderen vallen onder de zorgzwaarte VG5 en VG8. Onder VG5 vallen kinderen die intensieve begeleiding en zorg nodig hebben. Binnen de zorgzwaarte VG8 vallen kinderen die begeleiding, volledige verzorging en verpleging nodig hebben (Zorgkantoor Zorg en Zekerheid, z.j.). Het beleid stelt dat er maximaal 8 kinderen in één groep mogen zitten, waarvan bijvoorbeeld vijf VG5 kinderen en drie VG8 kinderen. Wanneer er meerdere VG8 kinderen zijn, dient de groep kleiner te zijn. Er is begeleiding aanwezig, waarvan telkens één begeleidster vier kinderen mag begeleiden. Dit beleid zorgt ervoor dat er verantwoorde zorg geleverd kan worden, waarbij alle kinderen zoveel mogelijk aan behoeftes worden voldaan (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017).

Meervoudige beperking

Een meervoudige beperking is een combinatie van een lichamelijke en verstandelijke handicap. De combinatie van deze handicaps zorgt ervoor dat meervoudig beperkten kinderen op gebieden van alle daagse activiteiten ondersteuning en begeleiding nodig hebben (BOSK, Thesaurus Zorg en Welzijn, EMG Platform, 2012).

Ernstige meervoudige beperking

Er kan gesproken worden van een ernstig meervoudige beperking als het behalve een (zeer) ernstige verstandelijke beperking ook nog lichamelijke beperkingen heeft. Deze beperkingen dienen tot uiting te komen op het gebied van lichaamsfuncties, zintuigen en de motoriek (Niemeijer & Gastkemper, 2009).

De wisselwerking tussen twee of meer beperkingen die het kind heeft, maakt de handicap complex. Deze complexe problematiek zorgt ervoor dat er gesproken kan worden van een ernstig meervoudige beperking (BOSK, Thesaurus Zorg en Welzijn, EMG Platform, 2012).

# Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

Binnen het theoretisch kader wordt er gekeken naar aansluitende theorieën, methodes en belangrijke onderwerpen die relevant zijn binnen dit onderzoeksrapport. De theorieën hebben bijgedragen aan het ontwerpen van interviews, die uiteindelijk een antwoord kunnen geven op de onderzoeksvraag.

Vooraf zal de definitie gegeven worden van een ernstige en meervoudige beperking, vervolgens worden in hoofdstuk 2.1 de ontwikkelingsgebieden van een kind met een beperking behandeld. De gebieden zijn zo uitgewerkt, dat deze aansluiten bij het kind met een beperking. In hoofdstuk 2.2 zal de behoeftehiërarchie van Maslow beschreven staan, wat deze hiërarchie inhoudt en hoe deze in verband staat met een kind met een beperking. In hoofdstuk 2.3 wordt er beschreven wanneer er gesproken kan worden van een waardevol bestaan en over welke competenties een volwassene dient te beschikken om te kunnen bijdragen aan een waardevol bestaan. Tenslotte volgen er theorieën over de ‘wil’ van het ontwikkelen van een kind, aangeleerde hulpeloosheid en het belang van ontwikkelingsstimulering van een kind.

Meervoudige- en ernstig meervoudige beperking

Er zijn verschillende beschrijvingen van wanneer er gesproken kan worden van een ernstige meervoudige beperking. Instelling X houdt zich vast aan de definitie van Niemeijer & Gastkemper (2009). Volgens hen kan er gesproken worden van een ernstige meervoudige beperking (hierna regelmatig vernoemd als EMB) als het behalve een (zeer) ernstig verstandelijke beperking ook nog een lichamelijke beperking heeft. Deze dienen dan tot uiting te komen op gebied van lichaamsfuncties, zintuigen en motoriek. Door de combinatie van deze beperkingen zijn deze kinderen afhankelijk van hun omgeving en vragen zij vaak gedurende de dag om hulp bij dagelijkse activiteiten. Daarnaast hebben zij een volwassene nodig die hen kan helpen om aan basisbehoeften te kunnen voldoen en keuzes duidelijk te kunnen maken.

Kinderen met een meervoudige beperking hebben een verstandelijke beperking in combinatie met een lichamelijke beperking. Zij kunnen niet onder één naam gedefinieerd worden, omdat zij onderling erg verschillend zijn. Het ene kind heeft bijvoorbeeld een hogere ontwikkelingsleeftijd, terwijl de ander misschien weer motorisch beperkter is. (Niemeijer & Gastkemper, 2009).

## 2.1 Ontwikkeling van een kind met een beperking

Verstandelijke beperking

Volgens Vugts- de Groot (2017) zijn kinderen met een verstandelijke beperking vaak niet op alle gebieden even beperkt. Deze verschillen in ontwikkelingsniveau worden disharmonisch profiel genoemd. Deze disharmonische ontwikkeling kan ervoor zorgen dat ondersteuners niet goed kunnen aansluiten bij behoeften van de cliënt en hem daardoor onder- of overvragen. Daarom is het belangrijk om naast de cognitieve ontwikkeling ook de sociaal-emotionele, motorische en zintuiglijke ontwikkeling in kaart te brengen. Wanneer er een groot verschil is tussen kunnen en aankunnen, kan de ondersteuningsbehoefte het beste ingeschat worden aan de hand van het sociaal-emotioneel functioneren (Vugts- de Groot, 2017).

Cognitieve ontwikkeling

Piaget (2005) ziet de cognitieve ontwikkeling als een interactie tussen ervaring en fysieke rijping. Wanneer kinderen ervaringen opdoen, lukt het om kennis en begrip te construeren. Hoe meer ervaring en hoe meer herhalingen, des te makkelijker het kind kennis op kan slaan. Volgens Piaget zijn er vier fasen van de mate van een verstandelijke beperking (Nijgh, Bogerd-van den Brink, & Bogerd, 2015).

Vugts- de Groot (2017) beschrijft de vier fasen van verstandelijk beperkten volgens Piaget (2005). De fasen worden beschreven van zeer ernstig beperkt tot licht verstandelijk beperkt. De zeer ernstig verstandelijk beperkten bevinden zich in de sensori-motorische fase (op cognitief gebied). De ernstig verstandelijk beperkten bevinden zich in de pre-operationele fase. Vervolgens komen de matig en de licht verstandelijk beperkten. In het geval van instelling X hebben zij te maken met de zeer ernstig verstandelijk beperkten en de ernstig verstandelijk beperkten, waardoor deze ook uitgebreider beschreven staan. Voor een volledige uitwerking van de fasen verwijs ik u naar de bijlage[[1]](#footnote-2) (Vugts- de Groot, 2017).

Binnen de sensori-motorische fase is het van belang dat het kind zintuiglijke ervaringen opdoet en kennis maakt met het effect van zijn eigen activiteit. Hierbij is het belangrijk dat het kind kan ontdekken dat hij door middel van gedrag een reactie uit kan lokken. De begeleiding dient hierop te reageren om het kind te erkennen en het kind zintuiglijke activiteiten/gebeurtenissen te laten ervaren.

De pre-operationele fase kan gekenmerkt worden aan dat het kind nog geen oorzaak-gevolg situaties begrijpt. Het kind begrijpt bijvoorbeeld het veranderen van een kleur door het mengen van twee kleuren verf niet. Ze zijn gericht op de toestand en niet op het proces wat ervoor zorgt dat er iets is ontstaan. Begeleiding dient hierop in te spelen door oorzaak-gevolg situaties uit te leggen, dingen voor te doen en het kind nieuwe situaties te laten ervaren (Pressbooks, z.j.).

Wanneer je kijkt naar de twee bovenstaande fasen zijn ze verschillend van elkaar en vragen zij ook op een andere manier iets van de begeleiding. De eerste fase is gericht op het ontdekken van het eigen lichaam en het uitlokken van reacties, terwijl de tweede fase zich al meer richt op de omgeving en oorzaak-gevolg situaties.

De zintuiglijke ontwikkeling

Onder zintuiglijke ontwikkeling vallen volgens Nijgh, Bogerd- van den Brink & Bogerd (2015) het zien, horen, ruiken, proeven en voelen, waarbij het belangrijk is dat het kind dit effectief kan gebruiken. Deze zintuigen zijn namelijk een belangrijke bron van informatie voor het kind omdat hij/zij hierdoor de wereld om zich heen kan ontdekken. Een verstoring in de zintuiglijke ontwikkeling kan van invloed zijn op de algehele ontwikkeling. Een kind dat bijvoorbeeld slecht kan horen, loopt veel informatie mis wanneer iemand tegen hem praat. Dit kan er weer voor zorgen dat het kind een achterstand oploopt in de taalontwikkeling en de communicatie moeilijker verloopt (Nijgh, Bogerd-van den Brink, & Bogerd, 2015).

Communicatie

Volgens Becker (2012) is het belangrijk voor een kind om communicatie uit te lokken en vervolgens warmte en affectie te ervaren. Om warmte en affectie te kunnen ervaren dienen personen uit de omgeving responsief en adequaat te reageren op het kind. Dit zorgt voor herkenning en erkenning bij het kind. Contact met anderen kan het kind het gevoel geven dat hij ergens bij hoort, gewaardeerd en geliefd wordt (Becker, 2012). Het communicatieve gebied is binnen dit onderzoek relevant omdat het merendeel van de kinderen binnen instelling X tevens een zintuiglijke beperking hebben. Zij hebben behoefte aan warmte, affectie en erkenning om vervolgens communicatie uit te kunnen lokken.

Een communicatieprobleem leidt niet alleen tot gevolgen voor de dagelijks omgang met anderen, maar kunnen ook zorgen voor problemen op andere ontwikkelingsgebieden. Denk hierbij aan beperkingen in cognitieve of sociaal-emotionele vaardigheden. Dit heeft te maken met dat de cognitieve mogelijkheden niet tot ontwikkeling kunnen komen omdat het cognitieve gedeelte te weinig aangesproken wordt. Het kind beschikt bijvoorbeeld niet over de mogelijkheden om te laten merken wat hij wel of niet begrijpt en waar hij/zij behoefte aan heeft. Dit kan ervoor zorgen dat ook de sociaal-emotionele ontwikkeling verstoord wordt, omdat het kind zich onbegrepen voelt. Wanneer het kind niet begrepen wordt, kan dit leiden tot frustraties en probleemgedrag (Heim, 2016).

Motorische ontwikkeling

Onder motorische ontwikkeling valt alles wat te maken heeft met bewegen. Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen de grove en fijne motoriek. Onder de grove motoriek valt de ontwikkeling van de grote spieren in het lichaam, denk hierbij aan fietsen, kruipen, klimmen en lopen. Onder de fijne motoriek vallen alle kleine spiergroepen, denk hierbij aan handspieren en hand-oogcoördinatie. Een uitgebreide koppeling van de motorische ontwikkeling aan instelling X vindt u in de bijlage [[2]](#footnote-3).

## 2.2 Behoeftehiërarchie

Volgens Zimbardo, Johnson & McCan (2014) is Maslow de grondlegger van de behoeftehiërarchie. Volgens hem komt gedrag van mensen altijd uit een behoefte voort, waarbij hij ervan uit ging dat ieder mens zichzelf wil ontwikkelen. Iedereen wil komen tot zelfverwezenlijking zodat je uiteindelijk een zinvol leven kan leiden. Voordat een persoon zover kan komen, moeten er eerst andere behoeftes bevredigd worden. Vanuit deze theorie heeft Maslow de behoeftehiërarchie ontwikkeld, deze bestaat uit vijf lagen die de behoeftes laten zien in volgorde van prioriteit. De primaire biologische behoeften, behoefte aan veiligheid, behoefte aan hechting en verbondenheid, erkenning en zelfverwezenlijking (Zimbardo, Johnson, & McCann, 2014). Voor een uitwerking van deze piramide verwijs ik u naar de bijlage[[3]](#footnote-4).

Den Besten & van Vulpen (2007) beschrijven aanvullende informatie op de behoeftehiërarchie, die afgestemd is op mensen met een beperking. Voor mensen met een beperking is het gewoon mogelijk om in de bovenste laag van de behoeftehiërarchie te komen, alleen zijn zij niet altijd in staat om zelf aan alle behoeftes te kunnen voorzien. Hierbij hebben zij hulp nodig van begeleiders of hun netwerk. Zij kunnen de persoon met de beperking ondersteunen op het gebied waarin zij niet zelfredzaam genoeg zijn. Uit onderzoek van Dosen (2005) blijkt dat mensen met een beperking feitelijk dezelfde ontwikkeling doormaken als mensen zonder beperking. Echter is er een verschil te zien in het tempo waarin zij een ontwikkeling doormaken. Ieder mens heeft bijvoorbeeld behoefte aan relaties en eigen keuzes maken, maar de manier waarop deze keuzes gemaakt worden zullen verschillend zijn. Iemand met een beperking kan ook een keuze maken, maar zal hierbij ondersteuning nodig hebben, waarbij er goed gekeken moeten worden naar wat deze persoon dan daadwerkelijk wil. Om hierop aan te sluiten kan de omgeving bijdragen aan een waardevol bestaan voor deze persoon met een beperking (den Besten & van Vulpen, 2007).

Veel problemen die een kind met een EMB ondervinden in het dagelijks leven, staan in verband met communicatie. Ook de gedragsproblemen ontstaan vaak door het onvermogen om wensen en behoeften duidelijk te maken aan de omgeving. Dit geldt zowel voor de doelgroep meervoudig beperkten, als EMB kinderen. Kinderen met een EMB kunnen gedrag laten zien om duidelijk te maken dat de behoefte tot communicatie groter is dan dat zij kunnen uiten. Daarnaast zijn mensen uit de omgeving vaak ook onvoldoende in staat om de communicatieve signalen te herkennen, te begrijpen en hier vervolgens op te reageren (Heim, 2016). Deze beperkingen om duidelijk te maken wat de wensen en behoeften zijn van het kind, te communiceren met een ander, erkenning van anderen en de behoefte om zich verbonden te voelen met een ander kunnen gezien worden als bedreiging. Het kind heeft op deze gebieden namelijk een ander nodig om tot de volgende ‘laag’ van de behoeftehiërarchie te komen. Wanneer de begeleider de interactie verbeterd en bij kan dragen aan het duidelijk maken van wensen en behoeften, vergroot dit de kwaliteit van leven bij kinderen met een (ernstig) meervoudige beperking.

## 2.3 Waardevol bestaan & ontwikkelingsgericht handelen

Volgens den Besten & van Vulpen (2007) is het belangrijk dat begeleiders bijdragen aan een waardevol bestaan van mensen met een beperking. Onder een waardevol bestaan vallen onder andere: gerespecteerd worden, keuzes mogen maken, relaties hebben, deel kunnen nemen aan de samenleving en je kunnen ontwikkelen/ontplooien. Deze kenmerken van een waardevol bestaan, komen weer overeen met de behoeftehiërarchie van Maslow. Zo is dit terug te zien in de derde, vierde en vijfde laag van de behoeftehiërarchie.

Om als begeleider goed aan te kunnen sluiten op de persoon met een beperking en ervoor te kunnen zorgen dat zij een waardevol bestaan kunnen leiden is het belangrijk dat zij over vijf competenties beschikken.

Deze vijf competenties zijn:

1. Cliëntgericht handelen; afstemmen op de individuele mogelijkheden, zoeken en luisteren naar de vraag van de cliënt en die als uitgangspunt van je handelen nemen;
2. Doelgericht handelen; mensen willen iets bereiken, waarbij mensen met een beperking iemand nodig heeft die hen hierbij begeleidt;
3. Ontwikkelingsgericht handelen; de behoefte om je te ontwikkelen is universeel. Dit is de bovenste laag van de behoeftehiërarchie. Een competente begeleider helpt de cliënt bij de ontwikkeling en dient het beste uit de cliënt naar boven te halen;
4. Netwerkgericht handelen; mensen hebben behoefte aan relaties en sociaal contact. Hierbij dient de begeleider zich in te zetten om waardevolle relaties voor de cliënt op te bouwen en hem/haar hierbij te ondersteunen;
5. Samenwerkingsgericht handelen; een goede samenwerking met de cliënt, de familie van de cliënt en samenwerking met eigen collega’s is van belang om een waardevol bestaan voor de cliënt te kunnen realiseren.

Van bovenstaande competenties, is de competentie ‘ontwikkelingsgericht handelen’ het meest relevant binnen dit onderzoeksrapport. Mensen met een beperking willen graag leren, maar voor hen dienen situaties gecreëerd te worden waarvan zij kunnen leren. Hierbij is een goede afstemming met het kind nodig en daarnaast vraagt het van de begeleider veel geduld. Door ontwikkelingsgericht te handelen kan de begeleider het kind helpen met één van de vijf belangrijkste niveaus van de behoeftehiërarchie van Maslow; ontwikkelen en ontplooien. Wanneer het kind het lukt om nieuwe dingen te leren, vergroot het zijn/haar gevoel van trots, gevoel van eigenwaarde en stimuleert het hem/haar tot verder te ontwikkelen (den Besten & van Vulpen, 2007).

Aangeleerde hulpeloosheid

Ondanks afhankelijkheid kenmerkend is voor mensen met een beperking, is het wel van belang in welke mate zij afhankelijk zijn. Hoe afhankelijk een persoon blijft, heeft te maken met hoe ontwikkelingsgericht de omgeving handelt. Veel mensen met een beperking zijn door de omgeving (ouders, familie, begeleiders) aangeleerd hulpeloos gemaakt. Hierbij kan iemand vervallen in passiviteit en apathie, doordat hij/zij niet gestimuleerd wordt om door te ontwikkelen. Daarnaast kan aangeleerde hulpeloosheid ontstaan wanneer een begeleider niet de juiste signalen opvangt. Uiteindelijk kan aangeleerde hulpeloosheid op langere termijn leiden tot passiviteit, agressie, teruggetrokken gedrag en geen ervaringen opdoen. Voor een persoon met een beperking is ervaring opdoen een van de meest belangrijke onderdelen in de ontwikkeling, omdat deze ervaringen uit herhalingen moeten bestaan voordat deze persoon weet hoe het werkt. Wanneer er ontwikkelingsgericht gehandeld wordt, wordt alles uit de cliënt gehaald wat erin zit. Ouders/begeleiders kunnen ontwikkelingskansen bieden door de persoon met de beperking bijvoorbeeld dingen te laten zien/ervaren die hij nog niet kent, door uit te zoeken wat de persoon graag zou willen doen en zoveel mogelijk zelf keuzes te laten maken (den Besten & van Vulpen, 2007). De begeleiders binnen dit onderzoek dienen het kind dus keuzemogelijkheden aan te bieden en te stimuleren om dingen te laten zien/ervaren die het kind nog niet kent. Op deze manier wordt er namelijk ontwikkelingsgericht gehandeld en kan aangeleerde hulpeloosheid voorkomen worden, waardoor bijvoorbeeld signalen als passiviteit, agressie en teruggetrokken gedrag afnemen of verdwijnen.

Ontwikkelingsstimulering

Het stimuleren van de ontwikkeling van een kind met een verstandelijke beperking is enorm belangrijk. De ontwikkeling is enerzijds afhankelijk van de ernst van de beperking, maar anderzijds zijn er bijna altijd mogelijkheden om de ontwikkeling te stimuleren en het kind een groei door te laten maken.

Volgens Nijgh, Bogerd-van den Brink & Bogerd (2015) blijkt uit onderzoek dat een vroegtijdig en intensief ontwikkelingsprogramma kinderen met een verstandelijke beperking helpt om vaardigheden sneller aan te leren. Er is een specifieke training of ondersteuning nodig bij het ontwikkelen van vaardigheden die het kind niet zo goed beheerst, waarbij gekeken dient te worden naar de hulpvraag van het kind (Nijgh, Bogerd-van den Brink, & Bogerd, 2015). Dit zou uitgevoerd kunnen worden door te werken met de ontwikkelingsdynamische benadering. Dit model helpt bij het stimuleren van de ontwikkeling van het kind, ondanks dat het kind een disharmonisch profiel kan hebben. Er wordt gekeken naar de ontwikkeling die het kind doormaakt op verschillende gebieden waarbij de beperkingen en mogelijkheden op elkaar worden afgestemd. Er wordt uitgegaan van de gezonde ontwikkeling van de gebieden op lichamelijk, communicatief, seksueel, cognitief, moreel en emotioneel niveau. Uiteindelijk biedt het model handvatten aan begeleiders om de ontwikkeling volledig in kaart te brengen en de redenen van de problematiek te onderzoeken (MEE, z.j.).

Om goed aan te kunnen sluiten op de hulpvraag van het kind is het van belang dat de begeleider/opvoeder in de zone van naaste ontwikkeling gaat zitten. Vygotsky (1896-1934) gaat er namelijk van uit dat de ontwikkeling van het kind afhankelijk is van de interactie met volwassenen en leeftijdgenoten. Een kind kan sneller op een hoger niveau functioneren wanneer hij/zij hulp krijgt van een volwassene. Hierbij dient de volwassene in de zone van naaste ontwikkeling te gaan zitten, zodat hij/zij het kind aanspreekt op een niveau dat net buiten het bereik is van wat het kind op eigen kracht kan. De begeleider/opvoeder kan in de zone van naaste ontwikkeling gaan zitten door het kind vaardigheden aan te bieden en vervolgens aan te leren, die het kind kan gebruiken om zich verder te ontwikkelen. Hierdoor zal het kind activiteiten kunnen uitvoeren met behulp van een volwassene en daarna zal het zelf vaardigheden ontwikkelen om het uiteindelijk zo zelfstandig mogelijk te kunnen (Becker, 2012).

Vlaskamp methodiek

Zoals beschreven in de probleemanalyse werkt instelling X met de Vlaskamp methodiek, wat bijdraagt aan het stimuleren van de ontwikkeling. Volgens Methodieken (z.j.) is de centrale gedachte van de Vlaskamp methodiek het zo goed mogelijk vasthouden van ontwikkelingsmogelijkheden in relaties met anderen. De methode bestaat uit twee pijlers; een zo helder mogelijke methodiek (die uit kleine stapjes bestaat), met een evaluatie op de doelen en een mogelijke benadering van ontwikkelingsdoelen. Bij de eerste pijler, wordt er gewerkt met een beeldvorming, waardoor er een perspectief ontstaat waaruit hoofd- en werkdoelen geformuleerd kunnen worden. Deze doelen kunnen vervolgens concreet gemaakt worden, zodat er activiteiten ontstaan die bij kunnen dragen aan het behalen van de doelen. Aan deze activiteiten zijn taken en verantwoordelijkheden gekoppeld, waarbij ook gerapporteerd moet worden om uiteindelijk kwalitatief te kunnen evalueren. Door dit stapsgewijs en nauwkeurig uit te voeren, staat de kwaliteit van leven volop in het middelpunt. De tweede pijler wordt uitgewerkt aan de hand van de Goal Attainment Scale (GAS). GAS kan ervoor zorgen dat er concrete en individuele doelen opgesteld kunnen worden die haalbaar zijn voor het kind. De twee pijlers samen, vormen een stappenplan: de beeldvorming met perspectief, hoofd- en werkdoelen, concrete activiteiten, uitvoering en rapportage, met evaluatie en terugkoppeling naar de beeldvorming. Binnen dit stappenplan is het van belang dat er goed samengewerkt wordt met alle betrokkenen/deskundigen (Methodieken, z.j.). Deze methodiek kan bijdrage aan het stimuleren van de ontwikkeling van het kind.

Draagkracht en draaglast

Om te baseren welke vorm van hulp nodig is voor een kind, is het belangrijk om te kijken naar de verhouding tussen draagkracht en draaglast van het kind en de betrokkene (in dit geval de medewerkers binnen instelling X). Bakker (2015) heeft een balansmodel ontwikkeld waardoor complexe opvoedingsprocessen inzichtelijk worden. Het balansmodel maakt hierbij een koppeling aan draagkracht en draaglast. Onder draagkracht worden alle factoren en gebeurtenissen verstaan die het kind bescherming bieden, alle gebeurtenissen die een risico vormen voor de ontwikkeling van het kind vallen onder de risicofactoren, wat ook wel de draaglast genoemd kan worden.

Als de risicofactoren overheersen is er een onbalans tussen de draagkracht en draaglast, wat ervoor kan zorgen dat er verstoringen zijn in het opgroei- en ontwikkelingsproces van het kind. In het geval van dit onderzoek zou als risicofactor de beperking van het kind naar voren kunnen komen, wat ervoor zorgt dat de begeleider over competenties dient te beschikken om het kind te beschermen. Hierbij dienen de begeleiders zelf ook een balans te hebben tussen draagkracht en draaglast. De beperking zou namelijk kunnen zorgen voor stress bij de begeleider/opvoeder, omdat de zorg zwaarder wordt en de draaglast daarom ook groter wordt. Competenties zoals intelligentie, kennis, het vermogen om een probleem op te lossen kunnen als beschermende factor voor een juiste balans voor de begeleider dienen (Becker, 2012).

Gelijkmatig verdelen van de zorg

De kinderen binnen instelling X vallen binnen de zorg zwaarte van VG5 en VG8. Volgens de Nederlandse Zorgautoriteit (2017) vallen kinderen die intensieve begeleiding en intensieve zorg nodig hebben onder VG5. Kinderen die begeleiding, volledige verzorging en verpleging nodig hebben vallen binnen VG8. Het beleid stelt hoeveel kinderen VG5 en VG8 kinderen er maximaal in één groep mogen zitten, waarbij deze kinderen moeten voldoen aan bepaalde eisen om binnen een categorie te vallen. Volgens het beleid mogen er in de categorie van VG8 maar maximaal 5 kinderen aanwezig zijn op de groep, zonder dat er andere kinderen aanwezig zijn uit een andere categorie. De kinderen met VG8 hebben bijvoorbeeld epilepsie, sondevoeding, organische afwijkingen en grote fysieke kwetsbaarheid (kans op ziektes en verblijf in ziekenhuizen). Dit zorgt ervoor dat deze kinderen intensieve zorg nodig hebben. Zo dienen de begeleiders bijvoorbeeld continu alert te zijn, hulp te bieden en een veilige situatie te creëren voor het kind om aan de behoeftes van het kind uit de VG8 categorie te kunnen voldoen. De kinderen uit de VG5 categorie hebben bijvoorbeeld meer behoefte aan praktische en cognitieve vaardigheden om zo zelfstandig mogelijk te kunnen leren functioneren (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017). Volgens van Dijck (2018) wijkt instelling X regelmatig af van dit beleid omdat er op verschillende groepen vijf VG8 kinderen aanwezig waarbij er drie VG5 kinderen aanwezig zijn. Dit zorgt ervoor dat begeleiding een ander dagprogramma dient te draaien dan wanneer er meer kinderen aanwezig zijn van de VG5 groep (van Dijck, 2018).

# Hoofdstuk 3: Methodologie

In hoofdstuk 3 wordt de methodologie van het onderzoek behandeld. In paragraaf 3.1 worden de onderzoekspopulatie en steekproef beschreven. Vervolgens komt in paragraaf 3.2 de dataverzamelingsmethode aan bod, waarop paragraaf 3.3 volgt met een uitleg over het meetinstrument. Ten slotte komt in paragraaf 3.4 de data-analyse aan bod waarin beschreven staat op welke manier de data binnen dit onderzoek geanalyseerd wordt.

## 3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef

De steekproef bestaat uit onderzoekseenheden, denk hierbij aan personen, groepen, afdelingen en organisaties die worden onderzocht. De steekproef is een selectie uit de onderzoekspopulatie omdat het niet mogelijk is om alle eenheden te interviewen. In een onderzoek gaat het vaak niet om een groep mensen, maar om individuele personen als onderzoekseenheid. Vaak wil de onderzoeker de mening of ervaring van mensen weten over een bepaald onderwerp, de mensen die bevraagd worden, kunnen respondenten genoemd worden (Baarda, et al., 2013).

Er is binnen dit onderzoek gekozen voor één populatie en één steekproef. Hoewel dit onderzoek gaat over het ongewenst gedrag van kinderen binnen instelling X, zijn er tien pedagogisch medewerkers gekozen als respondent voor dit onderzoek. Dit heeft te maken met dat zij direct betrokken zijn, zij het probleem ervaren en niet weten hoe zij hiermee om moeten gaan. Daarnaast zijn de kinderen waarover dit onderzoek gaat dusdanig beperkt dat zij niet kunnen dienen als respondent. Zij hebben een ontwikkelingsleeftijd tussen de 1,6 tot 4 jaar en vallen volgens Vugts- de Groot (2017) daarom onder diep/zeer ernstig verstandelijk beperkten. Hierdoor zijn zij niet in staat om vragen te kunnen beantwoorden. Degene die het kind binnen dit onderzoek het beste kan vertegenwoordigen zijn de pedagogisch medewerkers, omdat het gedrag plaatsvindt binnen de groepen van instelling X. Dit is ook de reden dat ouders niet als vertegenwoordiger kunnen dienen, zij zullen de thuissituatie wel kunnen beschrijven maar hebben geen zicht op hoe het groepsproces bijvoorbeeld verloopt binnen instelling X en zijn ook niet betrokken bij het knelpunt over het verdelen van de zorg.

Populatie

Het onderzoek richt zich op medewerkers die werkzaam zijn binnen de groepen dagbehandeling van instelling X regio Eindhoven. Binnen Instelling X bevinden zich vier dagbehandeling groepen, waarvan er van elke groep zich iemand binnen deze populatie bevindt. De onderzoekspopulatie bestaat uit veertien pedagogisch hulpverleners. Er is gekozen voor deze populatie, omdat deze medewerkers degene zijn die het probleem ervaren en het meest betrokken zijn bij de kinderen die ongewenst gedrag vertonen op de groep. Zij hebben dagelijks last van het gelijkmatig verdelen van de zorg tussen de gevarieerde problematieken van de kinderen. Binnen instelling X zijn alleen vrouwen werkzaam, waardoor de onderzoekspopulatie ook alleen maar uit vrouwen bestaat. De medewerkers zijn tussen de 30 en 50 jaar oud. Verder is er een variatie in opleidingsniveau, er zijn drie verschillende opleidingen die de populatie gevolgd hebben; pedagogiek, sociaal pedagogisch hulpverlener en verpleegkundige. Hierdoor is er een verschil in MBO en HBO-niveau. De werkervaringen van de populatie variëren van drie tot twintig jaar.

Er is gekozen voor één populatie omdat zij direct betrokken zijn bij deze doelgroep. Zo zijn er bijvoorbeeld ook andere medewerkers binnen instelling X, zoals een logopedist, fysiotherapeut en orthopedagoog. Deze medewerkers bieden geen dagbehandeling en zijn dus niet aanwezig op de groep. Hierdoor bevinden zij zich dan ook niet in de groep waar het gedrag plaatsvindt en ervaren zij ook niet het knelpunt in het verdelen van de zorg zoals de medewerkers uit de onderzoekspopulatie dit ervaren.

Steekproef

Van de gehele populatie is een selecte steekproef genomen. Een selecte steekproef wil zeggen dat er een gerichte selectie gemaakt is van de gehele onderzoeksgroep, waarbij niet alle eenheden uit de populatie evenveel kans hebben om aan het onderzoek deel te nemen (Boeije, 2014).

Er is een selectie gemaakt van de respondenten die voldoen aan selectiecriteria die de onderzoeker gesteld heeft. Daarnaast kunnen de geselecteerde personen eraan bijdragen om een antwoord op de hoofd- en deelvragen te krijgen. Bij het selecteren van deze respondenten is er rekening gehouden met de probleemanalyse, theoretisch kader en de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek.

De selectiecriteria waarmee de onderzoeker rekening gehouden heeft zijn onder andere: uit iedere dagbehandeling groep moeten minimaal twee respondenten komen. Door respondenten uit verschillende groepen te interviewen kunnen er overeenkomsten en verschillen naar voren komen. Verder wordt als criteria gesteld dat de respondent minimaal drie jaar werkervaring heeft en het gesignaleerde probleem herkent. De respondent dient te weten waar het onderzoek over gaat en te voldoen aan bovenstaande eisen om de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek te waarborgen.

## 3.2 Dataverzamelingsmethode

Er zijn interviews afgenomen om antwoord te krijgen op de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek. De personen die voldoen aan de selectiecriteria zijn geïnterviewd. Vooraf is er een membercheck gehouden om te controleren of de respondenten deel willen nemen aan het interview en of zij toestemming geven om de resultaten te gebruiken. Tijdens de interviews is er in gegaan op ‘hoe de sociaal agoog zorg biedt aan een kind met een meervoudige beperking en aan een kind met een ernstig meervoudige beperking’, daarnaast werd er in gegaan op ‘hoe de sociaal agoog deze zorg op dit moment verdeeld en hoe zij hier een balans in vindt’ en tenslotte is er bekeken wat de sociaal agoog op dit moment mist, wat zij op de werkvloer tegen komt en waar zij behoefte aan heeft. Aspecten die tijdens het interview naar voren zijn gekomen, zijn te koppelen aan het theoretisch kader. Er is tijdens het interview ingegaan op de houding van de medewerker, over welke competenties zij beschikken, verdieping in wat de kinderen ‘kunnen en aankunnen’ en de aspecten van de behoeftehiërarchie van Maslow speelde bijvoorbeeld een leidende rol.

Er is gekozen voor het afnemen van interviews als dataverzamelingsmethode. Dit om diepgaande informatie, mogelijkheden, ervaringen en knelpunten die de respondenten ervaren te onderzoeken. Door gebruik te maken van interviews, heeft het onderzoek een kwalitatief karakter. Boeije (2014) verstaat het volgende onder kwalitatief onderzoek: er wordt gekeken naar de beleving en gevoelens van een persoon, waardoor het onderzoek empirisch is. Er is een systematische benadering waarbij er gestreefd wordt naar het verzamelen van zoveel mogelijk kennis en informatie. Om systematisch te kunnen benaderen wordt er objectief gekeken, uitgegaan van de feiten, zonder oordelen of interpretaties van de onderzoeker hierbij te betrekken (Boeije, 2014).

Er is gebruik gemaakt van triangulatie, dit om de geldigheid en validiteit te vergroten. Er is namelijk gebruik gemaakt van verschillende databronnen. Denk aan gesprekken, bestaande theorieën en bestaande onderzoeksverslagen. Triangulatie bevordert de geldigheid van dit onderzoek (Baarda, et al., 2013).

Voordat de interviews zijn afgenomen, is er een topiclijst ontwikkeld. In deze lijst staan alle onderwerpen die de onderzoeker in het interview aan bod kan laten komen. Het interview is semigestructureerd, dat wil zeggen dat de onderzoeker via de topiclijst een richtlijn aan kan houden om interviewvragen te stellen. Hierdoor wordt de respondent in de mogelijkheid gesteld om eigen invulling te geven aan het gesprek en de visie over te brengen naar de onderzoeker.

Er worden namelijk geen vaste vragen gebruikt, waardoor het voor de respondent mogelijk is om spontane reacties te geven waarop de onderzoeker weer door kan vragen. Middels deze lijst kan er gecontroleerd worden of alle onderwerpen die belangrijk zijn binnen dit onderzoek aan bod zijn gekomen (Boeije, 2014).

Om antwoord te krijgen op de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek, worden de resultaten van de interviews met elkaar vergelen om uiteindelijk een conclusie te kunnen trekken. Daarnaast zullen er aanbevelingen gedaan worden aan instelling X (Baarda, et al., 2013).

## 3.3 Meetinstrument

Het meetinstrument binnen dit onderzoek bestaat uit de gehouden interviews met de respondenten. Er is gebruik gemaakt van een open interview door middel van een topiclijst. Hierbij is de vraagmethode open, maar liggen de onderwerpen die aan bod komen gedeeltelijk vast. De onderzoeker is vrij om de vragen te formuleren en door te vragen bij onduidelijkheden. Deze topiclijst zorgt ervoor dat alle onderwerpen aan bod kunnen komen, de topiclijst vindt u in de bijlage [[4]](#footnote-5). Voor het opstellen van de topiclijst is voorkennis nodig (Baarda, et al., 2013). Er zijn relevante onderwerpen gehaald uit het literatuuronderzoek. Denk hierbij aan het theoretisch kader en de hoofd- en deelvragen. Er is een volgorde gerangschikt in deze lijst, zo worden er eerst algemene onderwerpen besproken, waarop inhoudelijke onderwerpen volgen die betrekking hebben op de ervaringen en gevoelens van de respondent.

Betrouwbaarheid en validiteit

Het onderzoek zal plaatsvinden in het gebouw van instelling X, zodat de respondenten zich in een rustige en herkenbare ruimte bevinden. De respondenten zullen geanonimiseerd worden, er zullen bijvoorbeeld geen persoonlijke gegevens genoteerd worden. Tijdens het interview zal er een geluidsopname gemaakt worden om het interview vervolgens te kunnen transcriberen. Er wordt volgens het ‘informed consent’ geïnterviewd, waarbij er aan het begin van het interview toestemming gegeven wordt door de respondenten om vrijwillig deel te nemen. Na deze interviews kan er getranscribeerd worden, waardoor er letterlijk op papier komt te staan wat de respondent verteld heeft, zonder dat hier een interpretatie van de onderzoeker aan vast zit. De opname zal na de uitslag van het onderzoeksrapport vernietigd worden in verband met de anonimiteit (Baarda, et al., 2013).

De externe validiteit binnen dit onderzoek is laag omdat de steekproeven select zijn. De onderzoeker heeft een selectie gemaakt van de respondenten die deel mogen nemen aan het onderzoek.

Dat betekent dat toeval dus niet bepaald heeft welke respondenten deel mochten nemen aan het onderzoek en waardoor het een selecte steekproef is.

Door overheidsbeleid en/of items die op dit moment een grote rol spelen binnen de organisatie kan het zo zijn dat de visie die respondenten overbrengen tijdens het interview gedeeltelijk kunnen veranderen. De onderzoeker heeft daarom verdiepende vragen gesteld zodat de respondenten verder na moesten denken. Wanneer dit onderzoek opnieuw zal worden uitgevoerd, zullen de resultaten daarom grofweg hetzelfde zijn. Dit wil zeggen dat het onderzoek betrouwbaar genoemd mag worden. Daarnaast is het onderzoek valide, de validiteit is de mate waarin de onderzoeker ervoor zorgt dat er juiste uitspraken gedaan worden over zijn onderzoeksresultaten (Baarda, et al., 2013).

Daarnaast zijn er gedurende de interviews dezelfde hoofdvragen en hoofdonderwerpen naar voren gekomen dankzij de topiclijst. De topiclijst is een rode draad voor het interview wat ervoor zorgt dat er in alle interviews dezelfde thema’s aan bod kunnen komen, waardoor de kwaliteit van de interviews gewaarborgd worden en het de validiteit vergroot.

Voordat de onderzoeker de geselecteerde respondenten heeft geïnterviewd, is er eerst een proefinterview afgenomen met een persoon binnen instelling X. Dit proefinterview is afgenomen om te controleren of de topiclijst werkt, of alle onderwerpen binnen de topiclijst relevant zijn en of er nog thema’s binnen de lijst ontbraken. De thema’s die geen direct verband hadden met de hoofd- en deelvragen en dus ook geen bijdrage leverden aan het beantwoorden van deze vragen, zijn verwijderd uit de lijst.

## 3.4 Data-analyse

Na het interviewen zijn de opnames volledig getranscribeerd. Het transcriberen kan volgens Baarda et al. (2013) bijdragen aan het ontdekken van nieuwe thema’s, aspecten en elementen die van belang zijn binnen het onderzoek. Vervolgens dient de onderzoeker drie fasen te doorlopen voordat hij resultaten kan beschrijven. De onderzoeker is van start gegaan met het ‘open coderen’, hierbij vindt een verdieping plaats in wat de onderzoeker nog niet weet en worden er fragmenten uit de tekst gehaald die gelabeld worden met een code. De onderzoeker heeft bijvoorbeeld dit fragment gelabeld: *“R8: Het ene kind bied je echt alleen maar sensopathische materialen aan en bij het ander kind ga je echt uitdagen om kleuren te leren kennen. Vormen, telspelletjes, taalspelletjes. Bij het ene kind bieden we het, gaan we wat dichterbij of raken we het kind aan of doen we het middels andere kleuren of andere geluiden”.*

Het label wat hierbij hoort is: sensopathische activiteit. De tweede fase van coderen is het ‘axiaal coderen’. Er wordt gezocht naar codes die overeenkomen, waarbij er hoofd- en subcodes ontstaan, dit draagt bij aan het structureren van het analyseren van gegevens. In het geval van het voorbeeldfragment sluit de code ‘begeleiding’ het beste aan, waardoor er axiaal gecodeerd is. Tenslotte komt fase drie, wat bestaat uit ‘selectief coderen’. Bij het selectief coderen kunnen de codes teruggekoppeld worden naar de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek en zijn er verbindingen gelegd tussen de onderzoeksresultaten en de theorie. Het voorbeeldfragment valt onder de deelvraag van het ernstig meervoudig beperkte kind. Dankzij het doorlopen van deze fasen, is er een codeboom ontstaan. In deze codeboom is te zien welke codes bij de deelvragen aansluiten. In de bijlage[[5]](#footnote-6) vindt u de codeboom. Deze codeboom heeft bijgedragen aan het uiteindelijk beschrijven dan de resultaten van het onderzoek en het beantwoorden van de hoofd- en deelvragen (Baarda, et al., 2013).

# Hoofdstuk 4: Resultaten

In dit hoofdstuk staan de resultaten van het onderzoek beschreven. De interviews zijn geanalyseerd en door middel van de codeboom is er bekeken welke informatie relevant kan zijn voor het beantwoorden van de hoofd- en deelvragen. Uiteindelijk is er een selectie gemaakt van de antwoorden die de respondenten gegeven hebben, die de visie op de deelvragen duidelijk weergeeft. Er zijn citaten uit de interviews gebruikt om de antwoorden op de deelvragen duidelijk weer te geven. Er wordt een terugkoppeling gemaakt naar het theoretisch kader, wat ervoor zorgt dat de visies onderbouwt kunnen worden met onderliggende theorie of juist het tegendeel bewijzen.

De citaten van de respondenten worden aangeduid met R1 tot en met R10, dit in verband met de tien respondenten die deel hebben genomen aan het onderzoek.

## 4.1 Deelvraag 1:

***Deelvraag 1: Hoe biedt de sociaal agoog zorg aan een meervoudig beperkt kind?***

Om het antwoord op deelvraag één te kunnen formuleren zijn de volgende thema’s en kernthema’s besproken met de respondenten en uit de codeboom te herleiden:

Begeleiding, hierbij is er ingegaan op welke manier de respondent het kind met een meervoudige beperking begeleidt. Vervolgens komt het kernthema ondervraging en communicatie aan bod, waarbij inzichtelijk wordt op welke momenten kinderen ondervraagd worden, op welke manier het kind een signaal afgeeft, gedrag laten zien en is er ingegaan op wat de mogelijke oorzaak kan zijn volgens de respondent. Deze thema’s met bijbehorende kernthema’s zijn terug te vinden in de codeboom[[6]](#footnote-7).

**Begeleiding**

Het kind met een meervoudige beperking wordt volgens de respondenten uitgedaagd om nieuwe dingen te leren omdat het kind volgens de respondenten op cognitief niveau net wat meer aan kan.

*“R3: bij de iets minder ernstige groep ga je proberen ook nog iets van cognitie bij kan. Dus als je bijvoorbeeld een telactiviteit zou hebben in de kring, bij de groep met kinderen die minder ernstig beperkt zijn, daar hoop je dat ze gaan tellen en ook nog iets van besef krijgen dat dat ergens over gaat als hoeveelheden.* Het probleem hierbij is volgens de respondenten wel dat het voor frustratie kan zorgen als het kind op cognitief gebied niet voldoende uitgedaagd wordt en het kind zich hierdoor kan gaan vervelen wat zich dan kan uiten in gedrag.

**Ondervraging & communicatie**

Volgens de respondenten is het belangrijk om aan te sluiten op de behoeftes van de kinderen. Zij geven aan dit te kunnen doen door te observeren, benoemen wat je signaleert en het uiteindelijk te communiceren met de kinderen.

*“R10: de meervoudig gehandicapte dat zijn kinderen die vaak denk ik wel, ja waar communicatie een grote rol speelt, dus die zich beter kunnen uiten zeg maar wat er in het hoofdje omgaat en daar is onduidelijk denk ik vaak ook wel, of ondervraging vaak ook wel een, speelt wel een rol zeg maar.”*

Onder ondervraging verstaan de respondenten dat zij niet aansluiten op de behoeftes van het kind, waarbij zij benoemen dat zij niet voldoende inspelen op het niveau van de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling. De respondenten geven aan dat zij zich er bewust van zijn dat er kinderen ondervraagd worden, dit vooral tijdens vrij spel momenten, verzorgingsmomenten en momenten waarop de kinderen even moeten wachten omdat de respondent met een ander kind bezig is. Het ondervragen is te herkennen aan dat kinderen gaan spugen/tuffen, elkaar gaan uitdagen, harde geluiden gaan maken of bijvoorbeeld gaan gooien met spelmateriaal. Daarentegen geven enkele respondenten aan dat het ongewenste gedrag door ondervraging niet altijd te herleiden is naar het kind. Ze geven aan er begrip voor te hebben als het kind gedrag laat zien op bepaalde momenten omdat het kind iets duidelijk wil maken en het misschien juist ongewenst is dat de respondent het kind bijvoorbeeld geen nieuwe activiteit aanbiedt.

*“R9: ja en ik vind altijd een lastig punt, uhm wanneer vertoond een kind ongewenst gedrag? Het kan ook gewoon door mij komen, omdat ik niets aanbied. Ik bedoel in hoeverre is dat ongewenst gedrag, want dan vertoon ik eigenlijk ongewenst gedrag. En ik heb dat bijvoorbeeld heel vaak aan tafel, als het aan het einde van de maaltijd is. Dan denk ik ja wij vragen heel veel van de kinderen om een uur aan tafel te zitten. En dat is op iedere groep en op iedere groep blijft dat een punt, maar dan denk ik ja ik kan hem nou niet kwalijk nemen dat hij dit gedrag vertoond”.*

Volgens de respondenten staat communicatie en ondervraging/onder stimulatie in een nauw verband met elkaar. Meerdere respondenten geven aan dat zij namelijk van mening zijn dat een kind gedrag laat zien omdat hij/zij niet weet hoe zij anders iets kunnen communiceren/duidelijk maken. Wanneer zij gedrag laten zien wat de respondent als ongewenst ervaart, zal de respondent hier namelijk op reageren.

*“R5: ik denk dat kinderen die kunnen praten of die kunnen communiceren, als die ondervraagd wordt, dan zijn zij soms bij machten om het wel voor elkaar te krijgen. He dan heb je de kinderen in de normale ontwikkeling, die gaan naar mama toe en die zeggen mam ik verveel me zo. Dat kunnen onze kinderen niet. Dus als onze kinderen dat op een bepaalde manier willen aangeven omdat die op dat moment ook denken van wat moet ik doen, wat kan ik doen he, mijn gelader is niet beschikbaar. Dan is eigenlijk hun enige vorm, is het door middel van gedrag. Want ga ik mijn beker van tafel gooien, is natuurlijk succes verzekerd. Ook al is het misschien negatief gedrag, maar het is wel succesverzekerd dat ik op dat moment aandacht krijg”.*

De signalering van de combinatie communicatie en gedrag komt overeen met wat Heim (2016) stelt. Volgens haar kunnen communicatie en gedragsproblemen namelijk in verband staan met elkaar omdat gedragsproblemen volgens haar vaak ontstaan door het onvermogen om wensen en behoeftes duidelijk te maken.

**Behoeften**

Om in te kunnen spelen op het gedrag en de oorzaak van dit gedrag, geven respondenten aan dat zij behoefte hebben aan ander spelmateriaal voor de kinderen. Deze behoefte is er omdat zij van mening zijn dat zij op dit moment niet aansluiten bij het spelniveau van het kind. Volgens hen kan het juiste spelmateriaal namelijk ook bijdragen aan het verminderen van ongewenst gedrag omdat het kind nu ooit speelgoed aangeboden krijgt wat zij niet meer interessant vinden. Daarnaast geven de respondenten aan dat zij nog behoefte hebben aan kennis over het cognitieve en sociaal-emotionele niveau van de kinderen en welk spelmateriaal zij aan kunnen bieden om er uiteindelijk voor te kunnen zorgen dat ze het gedrag voor kunnen zijn. De respondenten lopen nu namelijk tegen het probleem aan dat zij achteraf handelen door gedrag bij te sturen in plaats van preventief te handelen.

### Conclusie

Uit de resultaten van deelvraag één kan geconcludeerd worden dat de sociaal agoog (de respondent) het kind met een meervoudige beperking voornamelijk (pedagogische) begeleiding biedt in plaats van zorg, dit in vergelijking genomen met de zorg voor het EMB kind. De respondent heeft er behoefte aan om het kind met een meervoudige beperking uit te dagen in de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling. Voornamelijk is het cognitieve niveau hierbij belangrijk omdat het kind met een meervoudige beperking qua cognitie op een hoger niveau zit dan een kind met een ernstig meervoudige beperking. Hierbij kunnen de respondenten het kind met een hoger cognitief niveau onderwijs gerelateerde activiteiten aanbieden om het kind aan te spreken op de cognitieve ontwikkeling. Op dit moment ondervinden de respondenten hier problemen mee, omdat zij het lastig vinden om in te schatten op welk cognitief niveau het kind zich bevindt en om hier vervolgens een passende activiteit of spelmateriaal aan te koppelen. De respondenten geven aan dat zij kennis missen over onderwijs gerelateerde activiteiten. Het kind laat gedurende de dag signalen zien om duidelijk te maken dat hij/zij zich verveeld of uitgedaagd wil worden. Hierin is een verband te zien tussen communicatie en ondervraging. Volgens de respondenten vertoond het kind gedrag om iets duidelijk te maken, zodat de respondent hierop in dient te spelen. Uit de interviews is gebleken dat de respondenten moeite hebben met het inspelen hierop en vaak achteraf handelen in plaats van preventief handelen. De respondenten missen kennis om op het cognitieve en sociaal emotioneel niveau van het kind in te spelen, waardoor het probleem in stand houdt en het kind eerst gedrag laat zien voordat de respondent het kind een alternatief aanbiedt.

## 4.2 Deelvraag 2:

***Deelvraag 2: Hoe biedt de sociaal agoog zorg aan een ernstig meervoudig beperkt kind?***

Om het antwoord op deelvraag twee te kunnen formuleren zijn de volgende thema’s en kernthema’s uit de codeboom gebruikt:

Begeleiding, hierbij is er zoals bij deelvraag één tijdens het interview ingegaan op welke manier de respondent begeleiding biedt aan een kind met een EMB, wat hier kenmerkend voor is en hoe zij dit exact doen. Vervolgens is er ingegaan op het kernthema ‘behoeften van het kind’, waarbij de behoeften benoemd worden en hoe hieraan voldaan kan worden.

Daarnaast is er ingegaan op het kernthema communicatie en welke rol communicatie heeft bij EMB kinderen. Tijdens het interview is het thema ondervraging vervolgens naar voren gekomen, waarbij ingegaan is op de signalen, momenten en wat de respondent nodig heeft om hierop te kunnen reageren.

**Begeleiding**

De respondenten geven aan dat de kinderen met een EMB een andere begeleiding nodig hebben ten opzichte van de begeleiding aan kinderen met een meervoudige beperking. Zij benoemen dat dit verschil vooral te merken is aan de structuur die het kind nodig heeft, de achterstand die het kind heeft, zij afhankelijker zijn van de begeleiding en op het gebied van communicatie worden er moeilijkheden ervaren.

Om in te spelen op wat het kind kan en activiteiten te laten ervaren, geven enkele respondenten aan dat zij zich vooral richten op sensopathische activiteiten door het kind dingen te laten voelen. Hierbij geeft respondent acht het volgende voorbeeld:

*“R8: Het ene kind bied je echt alleen maar sensopathische materialen aan en bij het ander kind ga je echt uitdagen om kleuren te leren kennen. Vormen, telspelletjes, taalspelletjes. Bij het ene kind bieden we het, gaan we wat dichterbij of raken we het kind aan of doen we het middels andere kleuren of andere geluiden”.*

De respondenten sluiten op deze manier aan bij de sensori-motorische fase volgens Pressbooks (z.j.). Zij stellen namelijk dat het in de sensori-motorische fase van belang is dat het kind leert door te doen. Het kind dient zintuiglijke ervaringen op te doen en kennis te maken met het effect van zijn gedrag.

Volgens de respondenten vraagt het kind met een EMB fysiek meer handelingen omdat het kind ernstigere problematiek heeft, waarbij de nadruk voornamelijk ook ligt op de hoeveelheid verzorging. Het kind met een EMB heeft volgens de respondenten behoefte aan 1 op 1 contact. Er wordt aangegeven dat zij regelmatig signalen missen die het kind afgeeft, het kind minder ‘direct’ dingen kan vragen aan de begeleiding waardoor ze minder aandacht krijgen en volgens de respondenten ook minder weerbaar zijn. Respondent negen verklaart het volgende:

*“R9: maar ik denk dat wij sowieso echt wel naar de kinderen kijken en we proberen ook te luisteren naar de kinderen in wat ze aan kunnen geven. Maar het is natuurlijk een doelgroep uit zichzelf weinig aangeeft, dus het is een sport om te achterhalen of er dus nog meer in zit. En het is, het lijkt mij voor een kind heel frustrerend en vervelend dat ze soms, dat ze eerst door een periode heen moeten die niet fijn is voor ze voordat wij hun snappen. Dat klinkt heel stom, er moet bijna eerst iets gebeuren, maar dat is niet gebeuren, er moet eerst iets ontstaan waardoor wij daarop kunnen anticiperen”.*

Bovenstaand citaat geeft aan dat de respondenten niet altijd direct responsief en adequaat reageren. Volgens Becker (2012) kan het kind daardoor geen directe affectie en warmte ervaren. Het kind kan namelijk communicatie uitlokken waarop een begeleider dient te reageren om ervoor te zorgen dat er herkenning en erkenning plaatsvindt.

**Communicatie**

Volgens de respondenten hangt communicatie ook bij deze doelgroep samen met het risico op ondervraging en het gedrag wat daarop kan volgen. Het verband tussen communicatie en ongewenst gedrag bij de EMB kinderen is te herleiden uit dat kinderen afhankelijk zijn van totale communicatie, denk hierbij aan gebaren en/of picto’s. Deze kinderen zijn volgens de respondenten namelijk niet zelf in staat om te communiceren en duidelijk te maken dat zij zich vervelen.

Om goed te kunnen communiceren met een kind met een EMB dienen de respondenten alert te zijn, een bepaalde kennis te hebben en de kinderen te kunnen ‘zien’. Respondent negen geeft hierbij het volgende voorbeeld: *“R9: De rust heb je bij allebei nodig, en dat je de kinderen ziet. Ja dat is denk ik ook wel, die heb je bij allebei nodig maar die heb je bij, ja je hebt ze bij allebei nodig maar ik denk, nog belangrijker bij de ernstig meervoudige beperking. Ja is bij allebei belangrijk maar dan vraagt het iets specifiekers van je omdat je uit heel veel kleine signalen alweer iets kan halen. Een pratend kind kan natuurlijk gewoon praten en kan gewoon communiceren, dat is natuurlijk makkelijker. Dit is ingewikkelder maar ook uitdagender. Maar het heeft ook wel weer iets moois als het dan lukt”.*

**Ondervraging**

Dat kinderen met een ernstig meervoudige beperking ook ondervraagd worden, zijn enkele respondenten zich tijdens het interview pas bewust van geworden. In het interview kwam naar voren dat zij een bepaalde bewustwording kregen van dat niet alleen de kinderen met een meervoudige beperking ondervraagd werden. Dit heeft volgens hen te maken met dat de kinderen met een EMB moeite hebben met zich duidelijk te maken, ze zich vaak terugtrekken, in slaap vallen of wegdutten. Doordat dit zo’n ongeziene groep is die ‘stille’ signalen afgeeft is het volgens de respondenten zorgwekkender. Respondent vijf zegt hier het volgende over: *“R5: de andere groep, die is eigenlijk een beetje zorgwekkender omdat die wat minder gezien wordt, dat zijn de kinderen die zich terugtrekken. Kinderen die eigenlijk in een hoekje gaan zitten, die in slaap vallen, die zijn niet zo lastig. He weet je, die parkeer je en dat zal wel. Maar ik feite vanuit het kind gezien, is die nog minder weerbaar dan het kind wat gaat trekken, gooien smijten, gillen, wat dan ook. En het is vaak zo'n ongeziene groep omdat niet de meest lastige kinderen zijn. Weet je, je legt ze in een kamertje of in de bedbox en uh. En wij hebben daar geen last van”.*

Volgens de respondenten is het belangrijk dat zij kleine signalen oppakken, ondanks dat het kind weinig van hen vraagt en zij zich kunnen afstemmen op het kind. Ze willen inspelen op de behoeften van het kind om bij te dragen aan een waardevol bestaan. Volgens den Besten & van Vulpen (2007) dienen de respondenten bijvoorbeeld cliëntgericht te handelen en zich af te stemmen op individuele mogelijkheden. Hierbij is het belangrijk dat de respondenten luisteren naar de vraag die het kind stelt om vervolgens te kunnen handelen (den Besten & van Vulpen, 2007). Naast het cliëntgericht handelen staat ook het ontwikkelingsgericht handelen hierbij centraal.

De respondent dient namelijk het beste uit de cliënt naar boven te halen. In onderstaand voorbeeld heeft de respondent de criteria van het waardevol bestaan niet allemaal doorlopen, wat terug te zien is in dat zij ontdekt dat een kind eigenlijk veel meer kon dan dat zij en haar collega’s dachten.

*“R8: dan heb ik toevallig het voorbeeld dat we laatst een meisje hadden dat we per ongeluk tot de conclusie kwamen dat ze kleuren kende. En dat is natuurlijk wel het mooie dat we heel veel dingen aanbieden, maar dat werd haar persoonlijk nooit gevraagd. Omdat je haar dan weer op het sensopathische stuk ging aanbieden. Toen bleek ze kleuren, vormen, tweedimensionale beelden te kunnen herkennen. Maar vervolgens is het dan inderdaad weer zo, een week daarna denk je nou, we gaan even door. Uhm want in eerste instantie heb je zoiets van wow. Oh help heb ik haar zolang ondervraagd?!”*

### Conclusie

Uit de resultaten van deelvraag twee blijkt dat de respondenten een andere manier van bejegening hanteren bij een EMB kind ten opzichte van het meervoudig beperkte kind. Dit is in de praktijk te merken aan dat het kind een grotere ontwikkelingsachterstand heeft. Dit voornamelijk op de gebieden van lichamelijke, cognitieve en sociaal emotionele ontwikkeling. Het kind is afhankelijk van begeleiding, heeft behoefte aan structuur en dient vooral ervaring op te doen via zintuigen. De respondent speelt daarom bij dit kind voornamelijk in op het aanbieden sensopathische activiteiten. Doordat het kind een ontwikkelingsachterstand heeft op meerdere gebieden is de respondent vooral verzorgingsgericht bezig.

Daarnaast is het kind met een EMB beperkt op communicatief niveau en is het kind alleen in staat om kleine signalen af te geven. Het is hierbij een risico dat de respondenten signalen missen die het kind laat zien. Er wordt op dit moment niet altijd ontwikkelingsgericht gehandeld, waarbij de respondenten aangegeven hebben dat het kind meer kan dan wat er van hem/haar gevraagd wordt. Dit vergroot de kans op aangeleerde hulpeloosheid. Volgens den Besten & van Vulpen (2007) heeft afhankelijkheid namelijk te maken met hoe ontwikkelingsgericht de omgeving handelt. Wanneer de omgeving het kind niet uitdaagt en continu helpt met dagelijkse activiteiten kan aangeleerde hulpeloosheid optreden.

## 4.3 Deelvraag 3:

***Deelvraag 3: Hoe biedt de sociaal agoog zorg aan de combinatie meervoudig-en ernstig meervoudig beperkte kinderen?***

Om het antwoord op deelvraag drie te kunnen formuleren zijn de volgende thema’s en kernthema’s relevant gebleken uit de codeboom:

Verandering van de zorg, waarbij een tweedeling is gemaakt tussen de overheid en de doelgroep/organisatie zelf. Vervolgens is het kernthema ‘verschillen’ naar voren gekomen waarbij ingegaan is op de twee doelgroepen van deelvraag één en twee. Hierbij is gekeken naar wat dit van de respondent vraagt en hoe zij dit verschil merken.

Vervolgens is het kernthema ‘begeleiding’ aan bod gekomen waarbij de competenties waarover de respondent dient te beschikken besproken zijn. Verder is er zoals bij deelvraag één en twee ingegaan op de ondervraging van de doelgroepen, hoe zij de ondervraging ervaren bij de combinatie van deze groep en tenslotte is er ingegaan op de behoeften die de respondenten hebben. Hierbij is het thema kennis naar voren gekomen.

**Verandering van de zorg**

Tijdens de interviews met de respondenten is naar voren gekomen dat de zorg binnen instelling X de afgelopen jaren is veranderd. Er wordt namelijk aangegeven dat zij gemerkt hebben dat er een intensievere zorgvraag is ontstaan van de kinderen die binnenstromen, wat volgens de respondenten onder andere te maken kan hebben met het recht op passend onderwijs. Daarnaast geven respondenten aan dat de kinderen met zwaardere problematiek achterblijven bij instelling X (zij kunnen niet doorstromen naar onderwijs), wat er ook voor zorgt dat er meer intensievere zorgvragen zijn.

De verzwaring van de doelgroep zorgt ervoor dat de respondenten een balans moeten zoeken in het verdelen van de zorg omdat beide doelgroepen iets anders van de respondenten vragen. Zo heeft het kind met een meervoudige beperking bijvoorbeeld meer behoefte aan begeleiding van spel, terwijl het kind met een EMB meer verzorging nodig heeft. Hierdoor is er een verschil wat in het ontwikkelingsniveau van de kinderen. Deze verschillen in ontwikkelingsniveau zorgen er volgens de respondenten ook voor dat het iets anders vraagt van de respondent.

*“R3: Eerst lag de nadruk meer op het groepsprogramma en daarin werd alles vervlochten en nu ligt de nadruk meer op, we hebben bepaalde vragen die worden vervlochten en daar moet nog een groepsprogramma tussen. Ja en dat vraagt van ons wel een andere manier van denken omdat eerst dacht je aan het groepsprogramma en dan zeg je oh dan kan ik met dit kind dit, met dit kind dit, met dit kind dit, met dit kind dit en dan ontwikkeld die dat en die dat, die dat en die dat. En nu is het meer die moet dit ontwikkelen, die moet dit ontwikkelen, die moet dit ontwikkelen, oh dat kan ik wel met dit en dit en dit”.*

Er zijn bijvoorbeeld kinderen die een visuele en auditieve beperking hebben, hierdoor moeite hebben communiceren, extra zorg en begeleiding nodig hebben bij alledaagse activiteiten, terwijl er ook kinderen aanwezig zijn die eventueel naar speciaal onderwijs zouden kunnen.

**Begeleiding**

De verschillen in zorgzwaarte zijn in de praktijk te merken aan dat het een andere manier van communiceren vraagt van beide doelgroepen, de respondenten observeren dagelijks waarbij zij proberen in te schatten wat een kind aan kan. De respondent heeft hier geduld, ervaring, kennis en een bepaald bewustzijn voor nodig. Volgens hen zijn deze competenties nodig om zodanig op de behoeftes van het kind in te kunnen spelen.

*“R7: het ene kind vraagt natuurlijk ook echt daadwerkelijk meer aandacht en ik denk dat het goed is om daar als team bewust mee bezig te zijn. Om ook elke keer te kijken hoe kunnen we er dan op inhaken dat ook dat kind, he dat doe je voornamelijk met teambesprekingen. Van oké, maar we merken dat nu deze tijd één kind een beetje wat meer op de achtergrond staat, hoe kunnen we die nou aan zijn behoeften toch ook voldoen zeg maar. En ook juist net omdat die dan misschien minder om vraagt”.* Volgens Nijgh, Bogerd- van den Brink & Bogerd (2015) blijkt een vroegtijdig ontwikkelingsprogramma kinderen met een beperking te helpen, om ze sneller vaardigheden aan te leren waarover zij nog niet beschikken. Hierbij dient de begeleider goed te kijken naar de hulpvraag die het kind stelt en dienen de mogelijkheden en beperkingen op elkaar te worden afgestemd. Een vroegtijdig ontwikkelingsprogramma zou aansluiten bij de behoeftes die de respondenten hierboven aangeven.

***Ondervraging***

Wanneer de respondenten zorg bieden aan beide doelgroepen signaleren zij dat bepaalde kinderen gedrag vertonen op het moment dat zij bezig zijn met het verzorgen of begeleiden van een ander kind.

*“R3: maar de concentratie is dan eigenlijk te kort, eigenlijk korter dan je eigenlijk nodig hebt om dat andere kind te verzorgen. Dus je ziet dan vaak dat het begint met fijn spel, tot de concentratieboog op is en ze dan eigenlijk iets nodig hebben aan bijsturing om weer goed gestimuleerd te zijn en weer interesse te hebben in hun spel of. En dat je die tijd vaak niet hebt, om dat de andere kinderen dan nog niet klaar zijn en dan komt er ongewenst gedrag. Dus dan zie je dat je dan vaak snel gaat ingrijpen op gedrag, je moet even op je stoel zitten. Wat eigenlijk geen stimulatie geeft, want ja dan zit je daar op je stoel. Dus dat zijn eigenlijk een soort van ga je even een half uur pleisters plakken en dan hoop je dat je na dat half uur zeg maar weer op kan pakken. Ik weet het eigenlijk wel, ik weet eigenlijk jij hebt iets nodig en ik weet eigenlijk ook ik moet dat voor zijn. Maar ik heb het gevoel dat ik het niet voor kan zijn dus ga ik gedrag bijsturen”.*

Hierin is te zien dat het kind volgens de respondent een signaal afgeeft en bijvoorbeeld uitdaging nodig heeft of een andere activiteit wil doen. Op dat moment biedt de respondent dit niet aan, waardoor het kind vervolgens gedrag laat zien. Deze casus laat zien dat de respondent niet aansluit op de zone van naaste ontwikkeling. Zo werd in de bovenstaande casus namelijk aangegeven dat het kind de respondent nodig had, zoals Vygotsky (1896-1934) dit ook aangeeft. Het kind is volgens hem namelijk afhankelijk van de interactie met een volwassene en leeftijdsgenoten. Het kind dient aangesproken te worden op een niveau wat net buiten het bereik van de eigen kracht van het kind ligt. Dit kan gedaan worden door het aanleren van vaardigheden en ervaring op te laten doen. Op dit moment wordt er gereageerd op het gedrag van het kind, maar niet ingespeeld op wat het kind eigenlijk nodig heeft en wat aansluit bij de zone van naaste ontwikkeling.

**Behoeften**

In de interviews is naar voren gekomen dat de respondenten enkele dingen missen in de begeleiding van de combinatie meervoudig- en ernstig meervoudig beperkte kinderen. Zo kwam naar voren dat zij kennis missen om een stukje onderwijs in het dagprogramma te kunnen verweven, er ontbreekt een stukje objectieve vering, kennis over agressieregulatie en respondenten missen kennis over hoe zij vroegtijdig ondervraging/onder stimulatie kunnen signaleren.

*“R3: Ja je moet er altijd zelf betekenissen aan verlenen en er is geen moment waarop je bijvoorbeeld een instrument voor je krijgt over een kind met en beperking dan kun je dit en dit en dit en dit zien bijvoorbeeld, in de kleine signalen. Maar omdat de signalen van onze kinderen nu zo klein worden, ja daar zit ik soms wel mee. Hoe krijg je die kleine signalen objectief?”*

Verder is er een verschil te zien in de signalen bij beide doelgroepen waardoor de respondenten het als risico zien dat zij een van beide groepen een beetje vergeten en daardoor dus sneller ondervragen/ onder stimuleren.

*“R6: maar dan zit er ook nog wel denk ik, waar ik dan een soort valkuil wel zie is kinderen die heel weinig van ons vragen. Dat die, je hebt altijd kinderen die qua gedrag of qua aandacht of qua zo uitstraling die ze hebben en ja. Ja dat die dus minder aandacht krijgen. Dat zij niet de aandacht krijgen die ze verdienen en dat vind ik bij ons de valkuil”.*

### Conclusie

Er kan uit deelvraag drie geconcludeerd worden dat de respondenten gemerkt hebben dat er intensievere zorgvragen binnen instelling X aanwezig zijn, waarbij zij ook merken dat het niveauverschil van de kinderen is toegenomen. Er zijn kinderen die naar speciaal onderwijs zouden kunnen doorstromen en er zijn kinderen met complexe problematiek waardoor zij voortdurend afhankelijk zijn van de respondent. De respondenten ondervinden knelpunten bij het bieden van de zorg/begeleiding aan de combinatie van deze twee doelgroepen. De respondenten zijn constant op zoek naar een balans in het verdelen van de zorg en proberen ieder kind aan de behoeftes te laten voldoen. Dit doen zij door af te wegen welk kind nog geen uitdaging heeft gehad op een bepaald gebied (bijvoorbeeld cognitief) en gaan hier vervolgens mee aan de slag, waarbij het andere kind even dient te wachten en er volgens de respondenten bij dit kind dan een tijdelijke ondervraging optreedt. Vervolgens wordt er opnieuw gekeken welk kind uitgedaagd dient te worden, terwijl de andere kinderen weer wachten.

Hieruit kan geconcludeerd worden dat er een onbalans is tussen de draagkracht- en draaglast van zowel de respondenten als de draagkracht- draaglast van het kind. De zorg wordt door de respondenten als zwaar/intensief ervaren waardoor de draaglast groter wordt. Op dit moment zijn de competenties waarover de respondenten beschikken nog niet voldoende, waardoor deze niet als beschermende factoren kunnen bieden (Becker, 2012). Daarnaast zijn er kinderen die behoefte hebben aan meer uitdaging en dus meer ‘aankunnen’, maar dit niet aangeboden krijgen. Waardoor er ook een onbalans ontstaat tussen draagkracht en draaglast. Er zijn kinderen die tijdens de zorgverdeling gedrag laten zien, waarbij de respondenten niet goed weten hoe zij hierop kunnen inspelen. Op dit moment geven zij aan dat er achteraf gehandeld wordt omdat zij niet weten hoe zij preventief te werk kunnen gaan. Daarnaast is te concluderen dat zij hierdoor ook niet (altijd) goed aansluiten op de zone van naaste ontwikkeling, waarin te zien is dat het kind meer kan dan wat de respondenten nu van hem/haar vragen en dat niet alle kinderen de aandacht krijgen waaraan zij behoefte hebben. De respondenten geven aan dat zij kennis missen over vroegtijdige signalering, onderwijs gerelateerde activiteiten en objectieve vering ontbreekt. Dit zorgt ervoor dat de respondent handelt naar eigen invulling en niet volgens een bepaalde richtlijn of theorie.

# Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen

##  5.1 Conclusie hoofdvraag

De conclusies van de drie deelvragen samen vormen het antwoord op de hoofdvraag van het onderzoek. De hoofdvraag luidt als volgt:

***Hoe kan de sociaal agoog binnen instelling X de zorg gelijkmatig verdelen tussen meervoudig beperkte kinderen en ernstig meervoudig beperkte kinderen?***

De afgelopen jaren is de zorgvraag van de kinderen binnen instelling X toegenomen, wat in verband staat met de ontwikkelingen rondom passend onderwijs. Hierdoor is er een intensievere zorgvraag en ontstaan er niveauverschillen binnen de groepen. Hoger- en lager niveau kinderen zijn in één groep geplaatst waardoor dit specifieke begeleiding vraagt van de respondenten. De respondenten ervaren deze verschillen van begeleiding in het aanbieden van activiteiten, verzorgingsmomenten, spelmomenten en de spanningsboog die de kinderen hebben. Dit verschilt per kind vanwege het ontwikkelingsniveau en de behoeftes die daaruit voortkomen. Daarnaast zorgen de verschillen in ontwikkelingsniveau ervoor dat de respondent bij beide groepen een andere aanpak moet hebben wat betreft communicatie. Zo kan het ene kind gebaren maken, terwijl het andere kind alleen maar gezichtsuitdrukkingen kan laten zien. Vervolgens weten respondenten niet hoe zij hierop in kunnen spelen omdat zij onvoldoende kennis over het ontwikkelingsniveau hebben en onvoldoende kennis over het herkennen van signalen hebben. Er kan geconcludeerd worden dat de respondenten een knelpunt ervaren in de combinatie waaruit de groepen nu bestaan. Volgens de respondenten laten de kinderen van beide doelgroepen signalen zien doordat zij op momenten ondervraagd worden en er niet direct aangesloten wordt op cognitief en sociaal emotioneel niveau.

Om de zorg gelijkmatig te kunnen verdelen heeft de sociaal agoog (respondent/medewerker) kennis nodig over het ontwikkelingsniveau van het kind, zodat het ook inzichtelijk wordt wek spelmateriaal zij kunnen aanbieden wat passend is bij de ontwikkeling. Daarnaast ontbreekt er kennis over onderwijs gerelateerde activiteiten die aangeboden zouden kunnen worden. Het probleem op dit moment is namelijk dat de ondervraging mede hierdoor in stand gehouden wordt. Kinderen krijgen namelijk spelmateriaal aangeboden wat voor hen niet interessant is waardoor zij niet worden uitgedaagd om iets nieuws te leren.

Verder hebben de respondenten kennis nodig over de signalen (hoe klein deze ook kunnen zijn) die een kind af kan geven, om ervoor te zorgen dat zij kleine signalen kunnen oppikken en niet missen. Er kan geconcludeerd worden dat er op dit moment niet wordt aangesloten op het ontwikkelingsniveau omdat respondenten signalen missen en er wordt niet aan de behoeftes van het kind voldaan. Hierdoor gaan de respondenten niet ontwikkelingsgericht te werk, wat in verband staat met dat zij op dit moment niet preventief kunnen handelen en het gedrag achteraf bijsturen in plaats van gedrag voorkomen.

## 5.2 Aanbevelingen

Naar aanleiding van de beschreven resultaten en conclusie, kunnen er aanbevelingen gedaan worden waarmee de respondenten in de praktijk aan de slag kunnen. De onderzoeker heeft hieronder drie aanbevelingen uitgewerkt waarmee instelling X aan de slag kan gaan.

1. Ontwikkelingsdynamische benadering

Uit de resultaten is naar voren gekomen dat de respondenten behoefte hebben aan kennis over de ontwikkeling van het kind. Daarnaast weten zij niet goed welk spelmateriaal aansluit bij de ontwikkelingsleeftijd van het kind, waardoor ze in de praktijk niet weten wat ze het kind aan kunnen bieden. De respondenten zouden met de ontwikkelingsdynamische benadering aan de slag kunnen gaan omdat dit model handvatten biedt om de ontwikkeling van het kind in kaart te kunnen brengen en zicht te krijgen op het ontstaan van gedragsproblemen. Het is een aanbeveling die past bij de antroposofische visie waarmee instelling X werkt, omdat de ontwikkelingsdynamische benadering uit gaat van de gezonde ontwikkeling van het kind. Dit standpunt staat binnen de antroposofie namelijk centraal, instelling X gaat uit van de mogelijkheden van het kind in plaats van zich te richten op de beperkingen. Daarnaast brengt de ontwikkelingsdynamische benadering verschillende ontwikkelingsgebieden samen. Denk aan lichamelijk, spel, communicatie, cognitief, moreel en emotioneel. Deze gebieden hebben namelijk invloed op elkaar vanwege het disharmonische profiel van de kinderen, waardoor er naar ieder gebied gekeken dient te worden om er vervolgens op aan te kunnen sluiten (MEE, z.j.).

Om via deze benadering te kunnen werken dienen de respondenten een bijscholing te krijgen. FORTIOR heeft een samenhangend programma opgesteld die aandacht besteedt aan het vergroten van kennis over de ontwikkeling van het kind, ontwikkelen van vaardigheden waarbij de respondenten een effectieve attitude krijgen. Dit scholingsprogramma zorgt ervoor dat de professionals niet alleen kennis krijgen over hoe zij het kind kunnen benaderen maar daarnaast krijgen zij ook vaardigheden aangeleerd die zij in de praktijk kunnen toepassen. Denk hierbij aan vaardigheden over het inschatten van emotioneel niveau, effectieve ondersteuning en hoe zij het kind het beste een behandeling kunnen bieden. Deze scholing kan uit één of meerdere dagen bestaan, dit is afhankelijk van de behoeftes van de respondenten. De respondenten kunnen ervoor kiezen om het gehele scholingsprogramma te volgen, of er één programma uit te kiezen waaraan zij behoefte hebben. Gemiddeld duurt één scholing 6,5 uur (Fortior, 2018).

1. Multidisciplinair overleg

Uit de probleemanalyse en resultaten is gebleken dat er kennis ontbreekt over het aanbod van onderwijs gerelateerde activiteiten. Respondenten weten welke activiteiten zij aan kunnen bieden die onderwijs gerelateerd zijn en hoe zij de tijd bijvoorbeeld kunnen overbruggen voordat een kind naar speciaal onderwijs gaat. In de probleemanalyse komt naar voren dat er volgens het VGN (2016) specifiek gekeken zou moeten worden naar de hulp per individueel kind, wat gericht is op lichtere en zwaardere zorg. Er wordt namelijk vaak hetzelfde aangeboden aan beide doelgroepen zonder dat er specifiek naar een individueel kind gekeken wordt. De respondenten hebben aangegeven dat de kinderen een individuele hulpvraag hebben, waarbij de kinderen ook een individuele benadering nodig hebben. Op dit moment wordt dit niet zo aangeboden, waarbij de respondenten ook nog problemen ervaren op communicatief gebied omdat niet ieder kind dezelfde communicatieve vaardigheden heeft, waardoor het een andere manier van begeleiding vraagt.

Om deze gesignaleerde problemen aan te kunnen pakken zou er multidisciplinair overleg plaats kunnen vinden. Instelling X beschikt namelijk over verschillende therapeuten, professionals en medecollega’s die allemaal een eigen expertise hebben, waardoor de respondenten deze expertises zouden kunnen benutten. Allereerst zouden de professionals samen met de coördinator die over het beleid gaat, kunnen kijken naar de indeling en groepsgrootte. Dit zodat deze nageleefd wordt zoals het overheidsbeleid adviseert (denk aan de VG5 en VG8 kinderen). Vervolgens kan het disciplinair overleg van start gaan, waarbij zij problemen, knelpunten en casuïstiek met elkaar kunnen delen wat de draagkracht van de respondenten kan vergroten. Uit de resultaten is namelijk gebleken dat er op dit moment een onbalans is tussen draagkracht en draaglast. Het multidisciplinair overleg zou kunnen bijdragen aan de balans tussen draagkracht en draaglast en kan de respondenten helpen om samen tot alternatieve oplossingen te komen. Verheijden & de Lange (2016) stellen dat wanneer er problemen gesignaleerd worden dit op verschillende gebieden een oorzaak kan hebben. Om dit effectief aan te kunnen pakken zijn er verschillende disciplines nodig. Bij een multidisciplinair wordt er gewerkt vanuit de eigen deskundigheid van de verschillende professionals. Bij dit overleg komen de verschillende disciplines samen tot een uiteindelijke oplossing. Multidisciplinair samenwerken levert een bijdrage tot duidelijkheid, een gezamenlijke visie met vervolgstappen voor zowel professionals als cliënten (Verheijden & de Lange, 2016). De respondenten zouden met elkaar in gesprek kunnen gaan, waarbij zij bijvoorbeeld niet direct een orthopedagoog in hoeven te schakelen. De respondenten hebben onderling namelijk ook kennis en ervaring over een meervoudig en ernstig meervoudig beperkt kind. Hierbij is het belangrijk dat de respondenten elkaars kwaliteiten en expertises benutten om effectief te werk te kunnen gaan. Wanneer zij er met het team niet uitkomen, zouden zij in overleg kunnen gaan met de fysiotherapeut, die bijvoorbeeld verstand heeft van lichamelijke activiteiten. De leraar/contactpersoon van de Prins-Willem Alexanderschool (waar instelling X contact mee heeft) zou benaderd kunnen worden bij de vragen op het gebied van onderwijs. En tenslotte heeft de orthopedagoog is de orthopedagoog gespecialiseerd in de ontwikkelingsfases en mogelijke gedragsproblemen die het kind laat zien. Deze therapeuten/professionals samen kunnen bijdragen aan een mogelijke oplossing of ideeën hoe het kind gestimuleerd kan worden in de ontwikkeling waarbij er aangesloten kan worden op ieder individueel kind.

1. Signaleringsplan

De onderzoeker heeft geconcludeerd dat de respondenten niet preventief handelen wanneer het gaat over gedrag en ondervraging. In de praktijk betekent dit dat respondenten signalen missen en er dus niet op inspelen of later op inspelen. Volgens de respondenten heeft dit te maken met de zorgverdeling van beide groepen en omdat zij niet weten hoe zij het beste op de signalen kunnen reageren. Hierdoor wordt er achteraf gehandeld en niet preventief gehandeld. Uit de probleemanalyse is naar voren gekomen dat het belangrijk is dat begeleiders signalen in een vroeg stadium herkennen om gedrag, ondervraging en overvraging te voorkomen. Daarvoor dienen de begeleiders volgens Rot (2013) aan te sluiten op het functioneringsniveau van het kind.

De respondenten hebben behoefte aan kennis over de mogelijke signalen die de kinderen kunnen afgeven en wat zij hier vervolgens mee kunnen doen. Wanneer de respondenten namelijk kennis hebben over de mogelijke signalen en weten welke acties zij kunnen ondernemen, kan ondervraging en gedrag wat daarbij hoort verminderd worden. De respondenten hebben aangegeven dat er voor sommige kinderen (kinderen met extreem gedrag) een signaleringsplan opgesteld is waarin duidelijk aangegeven staat in welk stadium het kind zich bevindt. Echter is dit plan niet voor ieder kind opgesteld. Wanneer er voor ieder kind een signaleringsplan opgesteld wordt, kunnen de respondenten dit plan bekijken om activiteiten, alternatieven en mogelijke acties ondernemen. De orthopedagoog binnen instelling X heeft de bestaande signaleringsplannen samen met de respondenten opgesteld, waardoor zij in samenwerking ook de signaleringsplannen voor de andere kinderen zouden kunnen opstellen. De orthopedagoog heeft gebruik gemaakt van de Vlaskamp methodiek en de ontwikkelingsfases waarin het kind zit. De respondenten zouden zelf al aan de slag kunnen met de stappen uit de Vlaskamp methodiek, zodat zij al wat voorwerk geleverd hebben voordat zij naar de orthopedagoog gaan. Denk hierbij aan het noteren van signalen die zij wel herkennen, behoeftes van het kind en mogelijke vragen over de kinderen waar de respondenten tegen aan lopen. De Vlaskamp methode is een raamwerk voor een individueel begeleidingsplan waarin adviezen voor een dagprogramma genoteerd staan. Daarnaast staan er concrete doelen beschreven waaraan de respondent kan werken met het kind en biedt het handvatten om het kind te ondersteunen in de ontwikkeling (Methodieken, z.j.). Vervolgens kunnen de respondenten samen met de orthopedagoog signalen doornemen die passen bij de ontwikkelingsfasen van het kind, zodat de respondenten de signalen leren herkennen. Op deze manier kunnen zij samen een signaleringsplan maken voor ieder kind en wordt er rekening gehouden met de behoeftes van de kinderen en de doelen die uit de Vlaskamp methodiek naar voren zijn gekomen. Deze aanbeveling sluit aan bij instelling X omdat er dagelijks een orthopedagoog aanwezig is die gespecialiseerd is in de ontwikkelingsfasen van de kinderen, waardoor de respondenten terecht kunnen bij de orthopedagoog voor vragen en mogelijke acties.

# Hoofdstuk 6: Discussie

In dit hoofdstuk heeft de onderzoeker kritisch gekeken naar het uitgevoerde onderzoek. Dit hoofdstuk begint met de betekenis en bruikbaarheid van het onderzoek (6.1). Hierin wordt de conclusie van het onderzoek gekoppeld aan de probleemanalyse en wordt er vervolgens bekeken in hoeverre het bruikbaar is in de praktijk. Vervolgens wordt er in hoofdstuk 6.2 kritisch gekeken naar de sterke en zwakke punten van het onderzoek, deze worden vervolgens onderbouwd.

## 6.1 Betekenis en bruikbaarheid

Sinds de decentralisatie van de zorg (vanaf januari 2015), wordt er steeds vaker een beroep gedaan op de Wet Langdurige zorg, zij kunnen dienen als extern ondersteunings- en hulpaanbod. Het beroep op deze wet is in één jaar gestegen met 5,3%. Personen die levenslang zorg nodig hebben vanwege een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke beperking kunnen gebruik maken van deze wet (Kiers, 2016). Daarnaast stelt Zorgvisie (2016) dat er door de decentralisatie vaak zwaardere zorgvragen bij zorginstellingen binnen komen waardoor er minder vaak lichte zorg geboden wordt. Deze ontwikkelingen komen overeen met de resultaten uit het onderzoek, de respondenten hebben namelijk gemerkt dat de zorgzwaarte de afgelopen jaren is toegenomen.

Door het VGN (2016) wordt de vraag gesteld of het KDC in staat is om kwalitatief goede jeugdhulp te bieden aan kinderen met ‘lichtere problematiek’ die (nog) niet zijn doorgestroomd naar onderwijs. Er zou namelijk gekeken moeten worden naar welke activiteit bijvoorbeeld een meerwaarde zou hebben voor het kind met een meervoudige beperking, zonder dat deze activiteit ook geboden wordt aan een kind met ‘zwaardere problematiek’ (VGN, 2016). De stelling van het VGN is herkenbaar uit de resultaten van het onderzoek. De respondenten hebben namelijk aangegeven dat zij dezelfde activiteiten aanbieden aan beide doelgroepen, waarbij zij merken dat een bepaalde activiteit te gemakkelijk is voor het kind met hoger niveau, waardoor het kind niet wordt uitgedaagd en er niet aangesloten wordt op het cognitieve niveau waarin het kind zich bevindt. Vervolgens wordt er ook aangegeven door de respondenten dat zij moeite hebben met het aanbieden van onderwijs gerelateerde activiteiten en niet weten welk spelmateriaal aansluit bij de ontwikkeling van het kind. Volgens de Rijksoverheid (2014) dient het KDC te werken aan het bevorderen van de doorstroom naar speciaal onderwijs. Daarnaast dient het KDC er volgens de Rijksoverheid (2014) naar te streven dat kinderen zich maximaal ontwikkelen waarbij de ontwikkeldoelen variëren.

De stellingen van de Rijksoverheid laten het tegendeel van de resultaten van instelling X zien. De respondenten hebben namelijk moeite met het aanbieden van onderwijs gerelateerde activiteiten en om het kind te begeleiden zodat hij/zij zich maximaal kan ontwikkelen. Om hier wel op aan te kunnen sluiten zouden de respondenten aan de slag kunnen gaan met aanbeveling één en twee. Via deze aanbevelingen kunnen zij namelijk kennis en vaardigheden opdoen over de cognitieve en sociaal emotionele ontwikkeling van het kind, waarbij professionals en medecollega’s zouden kunnen helpen. Op deze manier zouden zij het kind wel kunnen begeleiden zodat hij/zij zich maximaal kan gaan ontplooien.

Daarnaast is in de probleemanalyse te zien dat volgens Sterkenburg (2016) kinderen met een verstandelijke beperking in hun dagelijks leven overvraagd en ondervraagd kunnen worden.

Hierbij dient gekeken te worden naar wat een kind wel of niet aan kan door te kijken naar de draagkracht en draaglast van het kind. Wanneer er een onbalans is, is er een kans op psychische nood en gedragsproblemen. Dit kan plaatsvinden als een kind wordt aangesproken op een ontwikkelstadium waarin het kind al volgroeid is (Sterkenburg & Voetelink , 2016).

Deze bevindingen komen overeen met de conclusie van het onderzoek. De respondenten merken namelijk dat kinderen gedrag laten zien, waarbij zij zich er bewust van zijn dat er niet altijd ingespeeld wordt op wat het kind aan kan, waarbij zij behoefte hebben aan kennis hierover om daar wel goed op in te kunnen spelen. In de probleemanalyse is voornamelijk naar voren gekomen dat kinderen met een meervoudige beperking (cognitief hoger niveau) gedrag laten zien door mogelijke ondervraging. Echter heeft het onderzoek uitgewezen dat deze ondervraging niet alleen plaatsvindt bij de meervoudig beperkte kinderen, maar ook bij de EMB kinderen. De respondenten zijn zich tijdens de interviews bewust geworden dat beide doelgroepen signalen van ondervraging laten zien. Dit is volgens hen alleen niet altijd even goed te herkennen omdat signalen onduidelijk en klein kunnen zijn, waardoor er op dit moment vaak achteraf gehandeld wordt. Het uitvoeren van aanbeveling drie zou hier een bijdrage aan kunnen leveren. Hierbij kunnen de respondenten namelijk samen met de orthopedagoog een signaleringsplan opstellen waarbij inzichtelijk wordt wat een kind aan kan en welke activiteiten aansluiten op de ontwikkeling van het kind.

Er kan gesteld worden dat het onderzoeksdoel behaald is, de onderzoeker heeft namelijk kennis en inzicht verworven in hoe de medewerkers binnen instelling X de doelgroepen kinderen begeleiden en waar zij nog behoefte aan hebben. Daarnaast is het voor de respondenten duidelijk welke stappen zij kunnen ondernemen om de kennis en vaardigheden waar zij behoefte aan hebben, op te kunnen doen om vervolgens de zorg gelijkmatig te kunnen verdelen. Vervolgens leren zij dan ook hoe er aangesloten kan worden op de cognitieve en sociaal emotionele ontwikkeling van het kind. Het verdelen van de zorg zou gemakkelijker kunnen gaan omdat er direct een plan of activiteit klaar ligt waarin staat wat zij kunnen aanbieden.

## 6.2 Sterkte- zwakteanalyse

Om te beginnen met de sterke- zwakteanalyse kan gesteld worden dat het een sterk punt is dat het onderzoek een kwalitatief onderzoek is. Dit is een sterk punt omdat een kwalitatief onderzoek ervoor zorgt dat er gekeken wordt naar de beleving en gevoelens van de respondent waardoor het onderzoek empirisch is. Er wordt binnen een kwalitatief onderzoek gestreefd naar het verzamelen van zoveel mogelijk kennis en informatie door zo objectief mogelijk te kijken (Boeije, 2014).

Om een bijdrage te kunnen leveren aan de validiteit, is er een topiclijst opgesteld[[7]](#footnote-8). De onderzoeker heeft een proefinterview gehouden om de topiclijst te testen. Tijdens dit proefinterview heeft de onderzoeker feedback gekregen, deze is direct aangepast zodat de officiële interviews zo effectief mogelijk afgenomen kon worden. Om ervoor te zorgen dat de betrouwbaarheid en validiteit gewaarborgd zijn heeft de onderzoeker rekening gehouden met verschillende aspecten.

Gedurende het onderzoek is er bijvoorbeeld contact geweest met enkele medewerkers voor feedback en hen op de hoogte te houden van het onderzoek. Daarnaast zijn er ook docenten die feedback gegeven hebben, waarvan de feedback vervolgens ook is aangepast. Wanneer de doelstelling van het onderzoek bekeken wordt, kan er gesteld worden dat deze behaald is waardoor de interne validiteit gewaarborgd wordt. Om de interne validiteit in het vervolg te kunnen vergroten zouden er meerdere onderzoekers betrokken kunnen zijn bij het onderzoek zodat de analyses van het onderzoek betrouwbaarder zullen zijn.

De onderzoeker vindt dat de externe validiteit een zwak punt binnen dit onderzoek is. Dit omdat zowel het onderzoek is afgenomen binnen instelling X en de aanbevelingen ook geschreven zijn voor instelling X. De onderzoeker twijfelt of alle aanbevelingen effect zouden hebben binnen andere instellingen. Deze instellingen zouden dan bijvoorbeeld ook problemen moeten ervaren met de combinatie van de doelgroep kinderen. In het vervolg zou de onderzoeker de aanbevelingen breder kunnen trekken, waardoor er ook andere instellingen aan de slag zouden kunnen gaan met de aanbevelingen in de praktijk.

Een ander zwak punt binnen dit onderzoek is dat de kinderen binnen instelling X niet geïnterviewd kunnen worden, waardoor de resultaten en conclusie ook niet gecheckt kunnen worden. Dit heeft te maken met dat de kinderen cognitief gezien een te laag niveau hebben om geïnterviewd te worden. Er zijn kinderen die bijvoorbeeld niet eens kunnen praten.

Tegenover dit zwakke punt, kan als sterk punt gezien worden dat de medewerkers het kind vertegenwoordigd hebben. Binnen dit onderzoek zijn zij degene die het kind het beste kunnen vertegenwoordigen omdat zij dagelijks met de kinderen werken en zij direct het gedrag en de gevolgen ervaren binnen de groepen van instelling X. Wanneer er bijvoorbeeld ouders als respondenten meegenomen zouden worden binnen dit onderzoek, zouden de antwoorden afwijken van de antwoorden die de medewerkers hebben gegeven omdat de ouders niet direct betrokken zijn binnen de groepen van instelling X.

Tijdens een interview liep een collega de kamer binnen, zij was erg overstuur waardoor de respondent die op dat moment geïnterviewd werd de kamer verliet. Daarna kwam zij terug en gaf ze aan dat het interview verder kon gaan. Omdat de onderzoeker gemerkt heeft dat de respondent onder de indruk was van haar collega, heeft de onderzoeker voorgesteld om het interview op een ander moment voort te zetten. Dit is een sterk punt van het onderzoek, omdat de respondent ervoor kon kiezen om op een ander moment geïnterviewd te worden. De onderzoeker acht de antwoorden dan namelijk betrouwbaarder. Het interview heeft enkele dagen daarna opnieuw plaatsgevonden zodat er geen onderdrukte emoties in het spel zijn gekomen.

Een volgend sterk punt van dit onderzoek is dat de respondenten zich tijdens de interviews bewust zijn geworden dat niet alleen de kinderen met een hoger cognitief niveau ondervraagd worden, maar dat ook de kinderen met een lagere cognitie/ernstig meervoudige beperking ondervraagd worden. De respondenten zijn zich dankzij de interviews bewust geworden van de manier van handelen en welke impact dit heeft op de kinderen. Het is een sterk punt dat dit inzichtelijk is geworden voor de respondenten omdat zij hier nu al bewuster mee aan de slag zijn gegaan.

# Bibliografie

Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., de Goede, M., Peters, V., & van der Velden, T. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek.* Groningen/Houten: Noordhoff uitgevers.

Becker, A. (2012). *Inleiding in de pedagogiek.* Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek.* Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

BOSK, Thesaurus Zorg en Welzijn, EMG Platform. (2012). *Wat is meervoudig beperkt?* Opgeroepen op maart 5, 2018, van Kenniscentrum Crossover: http://www.kcco.nl/werk\_en\_handicap/verstandelijk\_beperkt/meervoudig\_beperkt/wat

Couwenbergh, K. (2014). *Methodisch werken op Heimdal.* Eindhoven: Intermetzo; KDC Heimdal. Opgeroepen op maart 19, 2018

den Besten, C., & van Vulpen, A. (2007). *Component begeleiden van mensen met een verstandelijke beperking.* Soest: Nelissen.

Fontys Hogescholen. (z.j.). *Sociale Studies Voltijd*. Opgeroepen op maart 5, 2018, van Fontys: https://fontys.nl/Studeren/Opleidingen/Sociale-Studies-voltijd.htm?gclid=CjwKCAjwiPbWBRBtEiwAJakcpNdzcaT0vcvHD1vt-gWbg2Z6OTKG6G0liM97CThPn-mfWaxnbeEnVBoC2SEQAvD\_BwE

Fortior. (2018). *De ontwikkelingsbenadering volgens Anton Dosen.* Opgeroepen op mei 28, 2018, van Fortior: https://www.fortior.info/aandacht-voor-ontwikkeling/

Heim, M. (2016). *Communicatieve Ontwikkeling van niet-sprekende kinderen of volwassenen en hun Communicatiepartner.* Utrecht: Vilans. Opgeroepen op april 3, 2018

KDC Heimdal. (z.j.). *Intermetzo Zonnehuizen Kinderdagcentrum Heimdal.* Eindhoven: KDC Heimdal. Opgeroepen op februari 25, 2018

Kiers, B. (2016). *‘Gemeenten sturen gehandicapten door naar Wlz’.* Opgeroepen op februari 26, 2018, van Zorgvisie: https://www.zorgvisie.nl/kwaliteit/nieuws/2016/9/gemeenten-sturen-gehandicapten-door-naar-wlz/

MEE. (z.j.). *LVB'ers die uit balans zijn. Hoe herken je ze, hoe ga je ermee om?* Zuid-Holland Noord: MEE. Opgeroepen op februari 26, 2018

Methodieken. (z.j.). *Vlaskamp Methode*. Opgeroepen op maart 19, 2018, van Methodieken: www.methodieken.nl/methodieken\_methoden.asp?methode\_link=Vlaskamp%20methode

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (z.j.). *Jeugd en de Wet langdurige zorg.* Opgeroepen op maart 19, 2018, van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: https://www.informatielangdurigezorg.nl/jeugd/toegang-wlz

Nederlandse Zorgautoriteit. (2017). *Prestatiebeschrijvingen en tarieven extramurale zorg, dagbesteding en vervoer.* Nederlandse Zorgautoriteit.

Niemeijer, M., & Gastkemper, M. (2009). *Ontwikkelingsstoornissen bij kinderen.* Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.

Nijgh, L., Bogerd-van den Brink, M., & Bogerd, A. (2015). *Basisboek ondersteuning aan mensen met een verstandelijke beperking.* Amsterdam: Boom Lemma.

Pressbooks. (z.j.). *Cognitieve ontwikkeling.* Opgeroepen op mei 5, 2018, van Kind in ontwikkeling: https://kindinontwikkeling.pressbooks.com/chapter/hoofdstuk-2/

Rijksoverheid. (2014). *Kinderdienstcentra; het effect van de Jeugdwet en Wlz.* Utrecht: Andersson Elffers Felix.

Rot, E. (2013). *Handreiking balans in beeld.* Utrecht: 's Heeren Loo. Opgeroepen op februari 25, 2018

Sterkenburg, P., & Voetelink , E. (2016). Overvraging en ondervraging. *Markant Kenniskatern*, pp. 16-18. Opgeroepen op februari 25, 2018

van Dijck, M. (2018). *Richtlijnen groepsindeling.* Eindhoven: KDC Heimdal.

Verheijden, E., & de Lange, M. (2016). *Wat werkt bij integrale jeugdhulp?* Nederlands Jeugdinstituut.

VGN. (2016). *Positionering en (door)ontwikkeling KDC's.* Utrecht: Andersson Elffers Felix. Opgeroepen op februari 27, 2018

Vugts- de Groot, B. (2017). *Werken met ontwikkelingsleeftijden; afstemmen op mensen met een verstandelijke beperking.* Amsterdam: Boom.

Zimbardo, P., Johnson, R., & McCann, V. (2014). *Psychologie de essentie.* Amsterdam: Pearson Benelux.

*Zorgkantoor Zorg en Zekerheid*. (z.j.). Opgeroepen op mei 24, 2018, van Zorgprofielen: https://www.zorgkantoor-zorgenzekerheid.nl/ik\_wil\_zorg/zorgprofielen\_zzps

Zorgvisie. (2016). *VGN: ‘Bezuinigingen kosten 3500 banen'.* Opgeroepen op februari 26, 2018, van Zorgvisie: https://www.zorgvisie.nl/vgn-bezuinigingen-kosten-3500-banen/

# Bijlagen

## Bijlage 1: Theoretisch kader

Cognitieve fase

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Mate van verstandelijke beperking** | **IQ** | **Ontwikkelingsleeftijd** | **Cognitieve fase volgens Piaget** |
| Diep/zeer ernstig verstandelijk beperkt | IQ beneden 20/25 | Ontwikkelingsleeftijd beneden 1,6 à 2 jaar | Sensori-motorisch |
| Ernstig verstandelijk beperkt | IQ 20/25 tot 35/40 | Ontwikkelingsleeftijd 1,6 à 2 tot 4 jaar | Pre-operationeel |
| Matig verstandelijk beperkt | IQ 35/40 tot 50/55 | Ontwikkelingsleeftijd 4 tot 7 jaar | Pre-operationeel (pre-logisch) |
| Licht verstandelijk beperkt | IQ 50-70 | Ontwikkelingsleeftijd 7 tot 12 jaar | Concreet-operationeel (logisch) |

(Vugts- de Groot, 2017)

Motorische ontwikkeling

Het kind kan door de fijne motoriek tekenen, een puzzel maken of iets vastgrijpen. Kinderen met een verstandelijke beperking hebben vaak problemen met de fijne en grove motorische ontwikkeling. Wanneer de motorische ontwikkeling anders of vertraagd verloopt is het belangrijk om te werken met een stimuleringsprogramma en dient er goed gekeken te worden naar de ondersteuningsvraag van het kind (Nijgh, Bogerd-van den Brink, & Bogerd, 2015). De kinderen en hun motorische beperkingen binnen instelling X zijn enorm gevarieerd. Zo zijn er enkele kinderen die rolstoel gebonden zijn en (nooit) zullen leren lopen, terwijl er ook kinderen zijn die wel zelf of met ondersteuning kunnen lopen. Hierdoor zijn de kinderen die rolstoel gebonden zijn automatisch afhankelijker van begeleiding omdat zij zich niet zelfstandig kunnen verplaatsen. Daarnaast hebben het merendeel van deze kinderen ook een motorische beperking waardoor zij zelf bijvoorbeeld geen hap eten naar hun mond kunnen brengen, ook hierbij is extra begeleiding nodig.

Behoeftehiërarchie

* De onderste en eerste laag bestaat uit *‘primaire biologische behoeften’*; een goede gezondheid, behoefte aan water, gezond voedsel, zuurstof, rust, ontspanning, slaap en aangename leefomstandigheden (temperatuur, verlichting, ruimte).
* De tweede laag bestaat uit *‘behoefte aan veiligheid/zekerheid’;* hierbij is het belangrijk dat de persoon zich veilig voelt, er stabiliteit en continuïteit is. Daarnaast spelen troost, rust en afwezigheid van angst ook een belangrijke rol.
* De derde laag bestaat uit *‘behoefte aan hechting en verbondenheid/sociale behoefte;* de gevoelens van erbij horen, verbonden zijn met een ander, een band aan (kunnen) gaan en communicatie met anderen zijn hierbij cruciaal.
* De vierde laag bestaat uit *‘erkenning’;* verantwoordelijkheid, iets kunnen leren en iets kunnen doen voor een ander, evenwicht tussen inspanning en ontspanning, gevoel van eigenwaarde en erkenning van anderen spelen hierbij een rol.
* De vijfde en laatste laag bestaat uit *‘zelfverwezenlijking/zelfontplooiing’;* vrijheid en onafhankelijkheid kunnen ervaren, capaciteiten kunnen ontwikkelen, weten wat goed is voor jezelf, mogelijkheden ontwikkelen en streven naar betekenisvolle doelen (Zimbardo, Johnson, & McCann, 2014).

## Bijlage 2: Topiclijst

**Topiclijst medewerkers**

Hoofdvraag: Hoe kan de sociaal agoog binnen instelling X de zorg gelijkmatig verdelen tussen meervoudig beperkte kinderen en ernstig meervoudig beperkte kinderen?

Deelvraag 1: Hoe biedt de sociaal agoog zorg aan een meervoudig beperkt kind?

Deelvraag 2: Hoe biedt de sociaal agoog zorg aan een ernstig meervoudig beperkt kind?

Deelvraag 3: Hoe biedt de sociaal agoog zorg aan de combinatie meervoudig-en ernstig meervoudig beperkte kinderen?

Deelvraag 3: eerst bevragen over deelvraag 1 en 2 en daarna hoe ze de balans dan verdelen.

**Inleiding gesprek**

* Welkom
* Opname gesprek; transcriberen.
* Toestemming (vragen gegevens gebruiken)
* Onderwerp onderzoek (waarom dit onderwerp)
* Doel van het onderzoek
* Anonimiteit
* Duur van het interview
* Verwijdering opname

**Personalia**

* Opleiding
* Welke groep begeleiden; leeftijdscategorie
* Werkervaringen

**Zorg**

* Ervaring verandering
* Oorzaak
* Speciaal onderwijs

**Meervoudig en ernstig meervoudig beperkte kinderen**

* Niveau kinderen (mb en EMB)
* Inspelen op het ontwikkelingsniveau/leeftijd (hoe?)
* Combinatie van de groep
* Balans lichte en zware zorg
* Piramide Maslow
* Draagkracht en draaglast kind
* Waardevol bestaan (voor mb en EMB)
* Behoeftes van het kind (begeleiding)
* Behoeftes professional

**Ongewenst gedrag kind**

* Momenten gedrag
* Competenties professional
* Signalen ondervraging
* Ondervraging; herkenning
* Ondervraging lichte en zware zorg
* Omgang gedrag
* Behoeftes professional

**Vaardigheden medewerker**

* Competenties professional (welke vaardigheden) (theorie)
* Houding medewerker?
* Ontwikkelingsgericht handelen en ontwikkelingsstimulering
* Zone van naaste ontwikkeling (theorie)
* Vlaskamp methodiek (ervaringen en wat ontbreekt)

**Afronding**

* Terugkoppeling interview en onderzoek
* Presentatie (resultaten en aanbevelingen)
* Danken

## Bijlage 3: Codeboom

Hieronder vindt u de codeboom die tot stand is gekomen vanuit de interviews met de respondenten uit instelling X.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Selectief coderen** | **Axiaal coderen** | **(Tussencategorie)** | **Open coderen** |
| **Meervoudig beperkt kind (deelvraag 1)** | Kenmerken |  | Makkelijker uitenHogere cognitie |
| Begeleiding |  | ActiviteitenCognitief stimulerenUitdaging bieden |
| Behoeften kind |  | SignalerenCommunicerenBenoemen |
| Ondervraging | Momenten | Vrij spelVerzorgingsmomentenWachtmomenten |
| Signalen | UitdagenTuffenGeluidenGooien |
| Begrip | BewustzijnOorzaak |
| Communicatie | Gedrag als communicatieDuidelijk makenVragen |
| Behoeften respondent |  | SpelmateriaalKennis cognitief niveauKennis sociaal-emotioneel NiveauPreventief handelenSignalen herkennen |
| **Ernstig meervoudig beperkt kind (deelvraag 2)** | Kenmerken |  | StructuurAchterstand ontwikkelingAfhankelijkheidProblematiek communicatie |
| Begeleiding |  | Sensopathische activiteitMeer handelingenComplexheidVerzorging |
| Behoeften kind |  | 1 op 1Gezien worden |
| Ondervraging |  | Indirect vragenKwetsbaarBewustwording |
| Signalen | VervelingTerugtrekkenIn slaap vallenOngeziene groepStille signalen |
| Communicatie | VerbindingAfhankelijkheidGebarenSpraakcomputerPictogrammenAlertheidKennis  |
| Behoeften respondent | Knelpunten | 1 op 1ResponsiefAdequaat |
| Begeleiding | Signalen oppikkenAfstemmenOntwikkelingsgericht handelen |
| **Combinatie meervoudig- en ernstig meervoudige beperking (deelvraag 3)** | Verandering zorg | Verandering overheid | Verschuiving onderwijsZorg naar gemeentes |
|  | Doelgroep | Intensieve zorgvraagComplexe problematiekVerzwaring zorg |
| Verschillen | Ontwikkeling kind | Visuele beperkingAuditieve beperkingCommunicatieSpeciaal onderwijs |
| Aanbod | SpelactiviteitVerzorgingGroepsactiviteitHulpvragen |
| Begeleiding |  | Variatie ontwikkelingsniveauBalans zoekenAfstemmenActiviteiten aanbod  |
| Competenties | CommunicerenObserverenInschattenAlertheidErvaringBewustzijnBehoeften inspelen |
| Ondervraging |  | Signaal afgevenUitdaging nodigRisico ondervragingVerschil signalen |
| Behoeften respondent | Kennis | Onderwijs gerelateerdAgressieregulatiePreventieVroegtijdig signalerenObjectiviteit |

1. Zie bijlage 1 pagina 47 [↑](#footnote-ref-2)
2. Zie bijlage 1 pagina 47 [↑](#footnote-ref-3)
3. Zie bijlage 1 pagina 48 [↑](#footnote-ref-4)
4. Zie bijlage 2, pagina 49-50 [↑](#footnote-ref-5)
5. Zie bijlage 3, pagina 51-52 [↑](#footnote-ref-6)
6. Zie bijlage 3, pagina 50+51 [↑](#footnote-ref-7)
7. Zie bijlage 2, pagina 49-50 [↑](#footnote-ref-8)