

De Cmv'er en de zorgsector

Competentie ontwikkeling van mensen met een verstandelijke handicap



Scriptie Cmv:
Marloes van Soolingen

Scriptie begeleidster:
Mieke Klaver

Cmv 4
14-6-2005

Voorwoord:

Mensen met een verstandelijke handicap hebben een grote rol gespeeld gedurende mijn opleiding. Het was voor mij dan ook een logische stap mijn scriptieonderwerp te combineren met de voornaamste werkervaring die ik de afgelopen vier jaar heb opgedaan. Niet alleen mijn werk maar ook mijn stage was gericht op de doelgroep verstandelijk gehandicapten. Het eerste jaar Cmv was mijn eerste kennismaking met de variëteit van deze doelgroep.

Wanneer je met zoveel soorten mensen met verschillende handicaps kennis maakt (variërend van niveau, lichamelijk/verstandelijke handicaps, leeftijd en geslacht), merk je pas dat de samenleving nauwelijks is ingesteld op de gehandicapte mens. De afgelopen jaren ben ik tegen verschillende gecompliceerde onderwerpen aangelopen zoals vrijetijdsbesteding, vorming, ontwikkeling en integratie van mensen met een verstandelijke handicap. Aan de hand van deze onderwerpen heb ik onderzocht welke positie iemand met een verstandelijke handicap inneemt in de samenleving en welke rol de Cmv'er kan innemen in deze intrigerende maar complexe leefwereld van deze doelgroep.

De thematiek van deze scriptie heeft mij zeer aangesproken en de continue stimulans vanuit de mensen waar ik mee werk, werkte zeer motiverend. De totstandkoming van deze scriptie had nooit plaatsgevonden als ik niet in deze sector werkzaam was geweest en zoveel mooie en confronterende momenten had meegemaakt met zoveel verschillende mensen.

Graag wil ik een apart dankwoord richten op Mieke Klaver, die gedurende het schrijven van deze scriptie mij heeft begeleid. Haar belangstelling en meedenken heeft aanzienlijk bijgedragen aan het uiteindelijke resultaat en was voor mij een zeer motiverende factor.

Marloes van Soolingen

Inhoud:

Inleiding:	3
Hoofdstuk 1: Oriëntatie:	4
1.1 Het begrip verstandelijke handicap	4
1.2 Aangeboren en niet aangeboren handicaps	4
1.3 Oorzaken verstandelijke handicaps	4
1.4 Niveaus	5
1.5 Korte toelichting op de verschillende niveaus	5
1.6 Bijkomende handicaps, stoornissen of ziekten	6
1.7 Geschiedenis en maatschappelijke positie van mensen met een verstandelijke handicap	7
1.8 Integratie en maatschappelijke positie	9
1.9 Integratie van verstandelijk gehandicapten nog niet gelukt	9
1.10 Samenvatting	11
Hoofdstuk 2: Vorming en ontwikkeling:	12
2.1 Leren en competenties	12
2.2 Leercyclus van Kolb	12
2.3 Vorming	13
2.4 Vorming met betrekking tot mensen met een verstandelijke handicap	14
2.5 Leermogelijkheden	15
2.6 Leeromgeving	15
2.7 Leermethoden per doelgroep	16
2.8 Samenvatting	18
Hoofdstuk 3: De praktijk:	19
3.1 Inzetten van vrijwilligers	19
3.2 Vrijtijdsbesteding	20
3.3 De Cmv'er en vrije tijd	22
3.4 Visie van instellingen	22
3.5 Methodische werkvormen	26
3.6 Community care	31
3.7 Samenvatting	33
Hoofdstuk 4: Mogelijkheden:	34
4.1 Inleiding	34
4.2 Concepten:	34
• De Cmv'er en vrije tijd	34
• Project, Zeg het ons!	36
• Inzet vrijwilligers, de vacaturebank	36
4.3 Werkwijze per doelgroep	38
Hoofdstuk 5: Conclusie	40
Bronvermelding	43
Bijlage:	44
1.1 Bevolkingsonderzoek	44

Inleiding:

Ik heb gekozen voor de combinatie vorming en mensen met een verstandelijke handicap. Vanaf de eerste dag dat de opleiding CMV startte heb ik gewerkt bij de Compaan, als flexmedewerkster, een soort invalkracht. De Compaan is een instelling voor mensen met een verstandelijke en meervoudige handicap. Zij voorzien in wonen en dagbesteding. Gedurende die tijd heb ik vrijwel alle locaties gezien. Mijns inziens is dat de vorming van de cliënten bij de Compaan niet altijd voldoende gestimuleerd wordt. Dat kan door geld en tijd gebrek komen, maar lijkt mij geen excuus. Een van hoofd doelen is, dat de cliënt centraal staat, dit zou dan ook te allen tijden na gekomen moeten worden. Er zijn verschillende redenen die mij opvallen dat dit niet altijd na gekomen wordt:

- Cliënten zijn niet op hun plek qua wonen of werken/dagbesteding. Dat kan ontstaan doordat er geen andere plek is waar die persoon terecht kan of er onvoldoende geld beschikbaar is;
- Verveling bv in het weekend door te weinig activiteit. Dagbesteding is alleen doordeweeks en niet in het weekend, onvoldoende personeel om de activiteiten daadwerkelijk uit te voeren;
- Luiheid bij cliënten, alles wordt toch voor hen gedaan, waarom zouden zij dan nog initiatief nemen;
- Weinig stimulerende omgeving, vaak door tijdgebrek, personeelsgebrek.

Vooral het laatste punt vind ik belangrijk. Het beste uit iemand halen om iemand zo zelfstandig en zelfredzaam mogelijk te maken en eigen keuzes te kunnen laten maken. Ik denk dat dit onvoldoende gebeurt. Mensen met een verstandelijke handicap; afgezien van de verschillen in niveau, kunnen vaak veel meer dan wordt verwacht, wat de buitenwereld ziet of wil zien en wat aan hen wordt overgelaten.

Probleemstelling:

Vorming of ontwikkeling voor mensen met een verstandelijke handicap lijken mij onvoldoende gestimuleerd. Zij kunnen meer, dan tot uiting komt. Vaak hebben zij begeleiding nodig om tot ontwikkeling te komen. Eigen initiatief is voor hen niet altijd vanzelfsprekend.

Vraagstelling:

Op welke wijze kan een Cmv'er een bijdrage leveren, aan de competentie ontwikkeling van mensen met een verstandelijke handicap zodat zij zich naar hun mogelijkheden kunnen ontplooiën.

Deelvragen:

Mensen met een verstandelijke handicap? (doelgroepspecificatie/analyse)

Wat wordt er verstaan onder vorming?

In welke mate mag je ontwikkeling verwachten per doelgroep?

Welke mogelijkheden zijn er voor verstandelijk gehandicapten om zich te ontplooiën?

Wat is er nodig om deze doelgroep zich optimaal te kunnen laten ontwikkelen?

Welke rol kan een CMV'er innemen?

Werkwijze:

Er zullen verschillende fasen worden doorlopen gedurende het literatuuronderzoek. De oriëntatiefase zal bestaan uit het verzamelen van informatie die zich betrekken op het onderwerp.

De onderzoeks fase bestaat uit het verzamelen van onderzoeksmateriaal en andere relevante informatie. Hierbij zal ik ook contact leggen met instellingen die meer informatie kunnen verschaffen over bepaalde onderwerpen.

In de eindfase wordt de informatie geïmplementeerd, met als doel te concluderen welke rol de Cmv'er in kan nemen.

Eindproduct:

Het eindproduct zal bestaan uit twee onderdelen.

- 1) Het eerste en belangrijkste onderdeel is het ontwerpen van drie concepten. Naar aanleiding van het literatuur onderzoek ontwikkel ik drie concepten waarin de Cmv'er centraal staat. Welke rol kan de Cmv'er innemen met betrekking tot de ontplooiing van mensen met een verstandelijke handicap. Wat zijn de mogelijkheden en welke bijdrage kan er geleverd worden.
- 2) Methoden per doelgroep die kunnen worden toegepast, zodat iemand met een verstandelijke handicap zich naar zijn mogelijkheden kan ontplooiën. Dit dient als ondersteunend materiaal voor de concepten.

Hoofdstuk 1: Oriëntatie:

De oriëntatiefase zal bestaan uit het expliciteren van de doelgroep verstandelijk gehandicapten, die naast de rol van de Cmv' er centraal staan in deze scriptie. Daarnaast zal ik in gaan op de turbulente geschiedenis die de verstandelijk gehandicapte mens door de eeuwen heen heeft doorstaan.

1.1 Het begrip handicap:

De definitie van het begrip handicap is als volgt geformuleerd;

“Een handicap is het hebben van een stoornis als gevolg waarvan men in het normale functioneren wordt belemmerd” (WHO: Wereld Gezondheidsraad, 1993).

Verstandelijk gehandicapt is iemand die op het verstandelijke gebied beneden het gemiddelde functioneren ligt. De verstandelijke handicap manifesteert zich voor de leeftijd van 18 jaar. Dit komt tot uiting op de volgende gebieden; communicatie, zelfverzorging, zelfstandig kunnen wonen, sociale en relationele vaardigheden, gebruik maken van gemeenschapsvoorzieningen, zelfstandig beslissingen nemen, gezondheid en veiligheid, functionele intellectuele vaardigheden, vrijetijdsbesteding, werk. Daarnaast is het gedrag niet altijd aangepast zoals de “normaal functionerende” mens dat gewend is.

1.2 Aangeboren en niet aangeboren handicaps:

Er zijn veel verschillende soorten handicaps. Handicaps zijn op te delen in aangeboren en niet aangeboren handicaps. Aangeboren handicaps worden onderscheiden op het gebied van lichamelijke, cognitieve en/of op het sociale gebied. Hierbij hoort de volgende onderverdeling:

- Handicaps en stoornissen op lichamelijk gebied; Hieronder vallen motorische, zintuiglijke, orgaan handicaps en spraakstoornissen;
- Handicaps en stoornissen op cognitief gebied; Hieronder vallen leermoeilijkheden en stoornissen;
- Handicaps en stoornissen op sociaal gebied; Hieronder valt de contactstoornis. De meest bekende en voorkomende is autisme;
- Meervoudige handicaps; Hier is sprake van een combinatie van verschillende handicaps.

Soms is er sprake van een combinatie van verschillende handicaps.

Een aangeboren handicap kan de volgende mogelijke oorzaken hebben:

- Erfelijke/genetische oorzaken; chromosoom afwijkingen;
- Stoornissen tijdens de zwangerschap; ziekte van de moeder, medicijngebruik etc;
- Stoornissen tijdens de geboorte; zuurstoftekort, hersenbloeding;
- Stoornissen vlak na de geboorte; zuurstoftekort, hersenbloeding, direct ontstane geelzucht.

1.3 Oorzaken verstandelijke handicap

Er bestaan zeer veel verschillende oorzaken voor het ontstaan van een verstandelijke handicap. De belangrijkste oorzaken zijn een afwijking van de chromosomen, een beschadiging van de hersenen tijdens de geboorte, een infectie tijdens de zwangerschap of een hersenontsteking na de geboorte.

Grofweg kan de volgende indeling worden gemaakt:

- Chromosoomafwijkingen (als Down syndroom) 15-20%
- DNA afwijkingen (als Prader Willi syndroom) 20-25%
- Overige ontwikkelingsstoornissen vóór de geboorte 10%
- Ziekten moeder tijdens zwangerschap 10%
- Problemen rondom de geboorte 10-15%
- Infecties eerste levensjaren (als hersenontsteking) 5-10%
- Ongevallen eerste levensjaren 2%
- Oorzaak onbekend 20% (www.home.planet.nl)

Een handicap kan ook verkregen worden op latere leeftijd. Dit kan naar aanleiding van een ongeluk gebeuren of door ziekte.

1.4 Niveaus:

De intelligentie van mensen kan uitgedrukt worden in een getal: het intelligentiequotiënt, het IQ. Dit getal drukt de verhouding uit tussen de verstandelijke leeftijd en de werkelijke leeftijd.

Voorbeeld: een kind van 10 jaar dat een IQ van 70 heeft, heeft een gemiddelde verstandelijke ontwikkeling van een kind van 7 jaar. Het gaat daarbij vooral om het denkvermogen en niet zozeer om al dan niet verworven kennis. Het gemiddelde IQ ligt op 100.

De volgende niveaus worden onderscheiden:

- Mensen met een diep verstandelijke handicap; IQ lager dan 20/25
- Mensen met een ernstige verstandelijke handicap; IQ 20/25-35/40
- Mensen met een matige verstandelijke handicap; IQ 35/40-50/55
- Mensen met een lichte verstandelijke handicap; IQ 50/55-70 (*Gunzburg, 1973*)

Hierbij hoort ook het niveau zwak begaafden, maar deze laat ik hierbij buiten beschouwing omdat deze doelgroep zeer beperkt is in de gehandicaptenzorg. Soms kun je zo'n persoon wel tegenkomen bijvoorbeeld op latere leeftijd, maar vaak zijn deze mensen voldoende in staat zelfredzaam te zijn en een eigen leven te leiden.

Een methode die zich op bovenstaande indeling onderscheidt is die van Dorothea Timmers-Huigens (*Lemmens, 1991*). Haar indeling, op basis van ervaringsfasen, is in de zorg voor verstandelijk gehandicapten steeds meer in opkomst. Bij deze indeling staat de vraag centraal: hoe beleeft iemand met een verstandelijke handicap de wereld om zich heen? Wat kan hij, wat doet hij met zijn ervaringen? Zij onderscheidt van, laag naar hoog, de volgende ervaringsfasen:

- Lichaamsgebonden ervaringsfase;
- Associatieve ervaringsfase;
- Structurele ervaringsfase;
- Vormgevende ervaringsfase.

Ondanks dat deze ervaringsfasen worden onderscheiden, is het van belang je altijd te realiseren dat elke verstandelijk gehandicapte verschilt van andere verstandelijk gehandicapten.

Ieder individu is uniek, ook mensen met beperkingen.

Ook zegt de mentale leeftijd die kan worden bereikt niet dat de verstandelijk gehandicapte gelijk is aan een kind. Iemand met een verstandelijke handicap die op bijvoorbeeld een mentale leeftijd van 12 jaar functioneert, staat heel anders in de wereld dan een niet verstandelijk gehandicapte twaalfjarige. Er is onder andere een verschil in levenservaring en in interesse in de wereld.

1.5 Korte toelichting op de verschillende niveaus:

Mensen met een diep verstandelijke handicap:

Een diep verstandelijk gehandicapte leeft in zijn eigen wereld. Hij is in zichzelf gekeerd. Om contact te maken met een diep verstandelijk gehandicapte kun je dit het best doen via lichamelijk contact. Met verbale communicatie bereik je veel minder. De diep verstandelijk gehandicapte begrijpt je niet en kan zelf weinig tot niets in woorden duidelijk maken.

De mentale leeftijd die uiteindelijk kan worden bereikt is te vergelijken met een leeftijd van 0 – 3 jaar.

Mensen met een ernstige verstandelijke handicap:

De ernstig verstandelijk gehandicapte kan meer contact met de buitenwereld maken dan de diep verstandelijk gehandicapte. Verbale communicatie is mogelijk in beperkte mate net als de ontwikkeling van de motoriek. De ernstig verstandelijk gehandicapte moet veelal gestimuleerd worden om tot iets te komen, want vanuit zichzelf zijn zij nogal eens passief ingesteld. Wel zijn zij in staat enige vorm van zelfstandigheid te ontwikkelen. Oefening in de vorm van gewoontevorming is hierbij noodzakelijk. Het aanbieden van structuur en herhaling essentieel, vaardigheden kunnen namelijk snel verloren gaan als deze niet structureel geoefend worden.

De mentale leeftijd die hier kan worden bereikt is te vergelijken met die van een kind van een leeftijd van 4 - 6 jaar.

Mensen met een matige verstandelijke handicap:

Matig verstandelijk gehandicapten functioneren duidelijk op een hoger niveau dan ernstig en diep verstandelijk gehandicapten. De matig verstandelijk gehandicapte kan zich verbaal uiten, al blijft de woordenschat beperkt. Doordat verbale communicatie mogelijk is, kunnen zij meer en gemakkelijker vaardigheden leren in vergelijking tot ernstig en diep verstandelijk gehandicapten. Dit leren zal voornamelijk plaatsvinden door middel van ervaring opdoen. De matig verstandelijk gehandicapte heeft namelijk moeite met zich langdurig te concentreren. Daar komt bij dat zijn denken hoofdzakelijk berust op het doen. Deze groep wordt daarom ook wel aangeduid met de term motorisch opvoedbaar. De mentale leeftijd die hier uiteindelijk kan worden bereikt is te vergelijken met die van een kind van 7 – 9 jaar.

Mensen met een lichte verstandelijke handicap:

Wat met name opvalt bij deze doelgroep, is de vertraagde ontwikkeling. Dat betekent dat de handicap steeds meer opvalt naarmate zij ouder worden. Vaak komt de handicap pas tot uiting als het kind naar school gaat, daar komen leerproblemen naar voren. Goede communicatie is mogelijk, maar de woordenschat blijft beperkt.

De licht verstandelijk gehandicapte is zich nogal eens bewust van zijn anders zijn. Dit leidt vaak tot een negatief zelfbeeld en faalangst (vaak omdat er in de jonge jaren te hoge eisen werden gesteld). In moeilijke situaties kunnen zij dan ook snel ontredderd raken.

Omdat zij moeilijk tot abstract denken komen, is hun oordeelsvermogen beperkt. Daardoor kunnen zij sneller beïnvloed worden door anderen. Hierdoor komt het wel voor dat zij misbruikt worden of in aanraking komen met mensen die wat minder goede bedoelingen hebben.

De mentale leeftijd die uiteindelijk kan worden bereikt is te vergelijken met die van een kind van 10 – 12 jaar.

1.6 Bijkomende handicaps, stoornissen of ziekten:

Veel verstandelijk gehandicapten hebben naast hun verstandelijke handicap ook een bijkomende handicap, stoornis of ziekte. Zo komt het regelmatig voor dat zij aan epilepsie lijden (ongeveer 9%) Ook gedragsproblemen komen relatief vaak voor (ongeveer 10%) (Verhoef, 1997).

Ruim een op de tien verstandelijk gehandicapten vertoont problematisch gedrag dat gevaarlijk of bedreigend is voor hemzelf of voor anderen. Hieronder vallen:

- Agressief gedrag; anderen aanvallen of slaan;
- Destructief gedrag; deuren intrappen, ruiten kapot slaan etc;
- Automutilatie; zichzelf bijten, met het hoofd tegen de muur bonken, zichzelf slaan;
- Rumineren; Voedsel uit de maag ophalen en al dan niet op anderen spugen.

(In mijn eigen ervaring heb ik dit echter nooit opgevat als bedreigend. Vaak vinden zij dit prettig om te voelen. Zeker de meer zwaar verstandelijk gehandicapte zal dit niet vanuit agressie uiten.)

Probleemgedrag is vaak een signaal, maar wat ze duidelijk willen maken is niet altijd te begrijpen. Zelf heb ik vaak genoeg meegemaakt dat iemand zichzelf sloeg. Vaak is dit moeilijk te stoppen, zelfs als je zijn handen vast houdt. Ik ben dit voornamelijk tegengekomen bij mensen die autisme hebben. Voor hen kan de automutilatie voort komen omdat een situatie bijvoorbeeld niet duidelijk is, hij aandacht nodig heeft, zich radeloos of angstig voelt.

Dit soort gedrag kan onder andere tot uiting komen doordat er steeds andere begeleiding op de groep is. Zeker autisten hebben behoefte aan structuur en duidelijkheid. Invalkrachten zijn daar dan ook niet erg gewild door hen. De realiteit is helaas dat er toch vaak een gebrek aan personeel is. Ik zelf heb vaak meegemaakt dat ik op een groep kwam of een 1 op 1 dienst draaide met iemand die ik nog niet kende. Agressief gedrag kwam daar inderdaad soms uit voort. Ik vind het ook niet zo vreemd.

Voorbeeld:

Een aantal maanden geleden werd ik ingezet om individueel te werken met een jongen van 20 jaar. Hij was matig tot licht verstandelijk gehandicapt en had een vorm van autisme. Deze jongen had al een zwaar verleden achter zich, in zijn toch korte leven. Zijn moeder leefde niet meer, zijn vader had in de gevangenis gezeten. Verder had hij weinig contacten. Na weinig tot geen instructies van andere begeleiders ging ik naar zijn appartement. Het enige wat ik had was een informatie map zonder foto. Ik wist dus eigenlijk niet met wie ik nou die dag te maken ging krijgen. Instructie was wel dat hij om 10.30 gewekt moest worden. Toen ik naar zijn kamer ging wilde hij nog niet opstaan en ik hoorde in zijn stem de irritatie. Omdat ik hem eigenlijk niet kende

heb ik dit maar geaccepteerd en ben er niet op in gegaan. Al vind ik zelf dat iemand in het weekend gewoon mag opstaan wanneer hij wil. Toen hij wakker was ging ik met hem naar het steunpunt om te eten. Ik had de sleutel van zijn kamer. Die moest altijd op slot en er moest altijd iemand bij hem blijven, hij mocht dus nergens in zijn eentje naar toe. Op het steunpunt kwam de uitbarsting, de spanning van weer een nieuw gezicht. Hij sloeg zichzelf tegen zijn hoofd, schold mij uit en gooide zijn telefoon in het afwaswater. En dat terwijl ik heel aardig voor hem probeerde te zijn, door ontbijt te maken voor hem.

Zijn reactie vind ik heel begrijpelijk. Stel je voor dat je op gesloten zit in je eigen huis, je hebt vrijwel geen familie of andere sociale contacten en minimaal drie keer in week staat er iemand die je niet kent naast je bed.

Wat er zou moeten gebeuren volgens mij is dat;

- o er een vast team op hem gezet moet worden;*
- o een manier gevonden moet worden zodat hij zijn vrijheid voor een deel terug krijgt;*
- o begeleiding op het psychische vlak.*

Voor een groot deel hebben deze problemen te maken met geld en personeelsgebrek.

Op dit voorbeeld kom ik terug in het laatste hoofdstuk.

1.7 Geschiedenis en maatschappelijke positie van mensen met een verstandelijke handicap:

In de volgende paragraaf, gebaseerd op het boek bezwaard bestaan (Bot, 1988), zal ik beschrijven hoe de positie van iemand met een verstandelijke handicap er in het verleden uitzag en welke plaats werd ingenomen in de maatschappij. Tot ver in de 19^{de} eeuw werd nauwelijks onderscheid gemaakt tussen psychiatrisch patiënten en verstandelijk gehandicapten. Zij werden aangeduid met de term geesteszieken. Ook nu realiseren mensen zich niet altijd dat mensen met een verstandelijk handicap niet ziek zijn.

Oudheid:

In de Griekse oudheid, waar een standenmaatschappij en ideaal beeld van de mens heersten, was weinig plaats voor mensen die hier niet aan voldeden. Zij werden als onbruikbaar gezien en waren daarom het leven niet waardig. Misvormde kinderen werden bij de geboorte veelal gedood.

Geesteszieken werden op speciale eilanden ondergebracht, waar ze werden overgeleverd aan bezweringsrituelen van priesters.

Bij de Romeinen en Germanen had de vader het recht om een pasgeborene met een zichtbaar gebrek van het leven te beroven, maar dat wel binnen negen dagen.

Met de komst van het Christendom werd een nieuw mens en godsbeeld geschapen. Geïnspireerd door de naastenliefde kwam er aandacht voor diegene die minder goed bedeeld waren. In de 4^{de} eeuw werden de eerste Gods- en gast huizen opgericht en Constantijn de Grote, ontnam in het jaar 318 de vaders het recht om hun kinderen te doden. Echter duurde het nog vele eeuwen voordat de christelijke visie algemeen aanvaard werd en invloed kon uitoefenen op de samenleving.

Middeleeuwen:

Door de Christelijke leer werd de mens beheerst door het goede en kwade, God en Satan.

Geesteszieken werden gezien als een straf van god vanwege het begaan van zonden. De slachtoffers zouden bezeten zijn van de duivel, Satan. Door heel Europa ontstonden bedevaartsoorden waar de geesteszieken naartoe werden gebracht; dit gebeurde dan ook massaal. Daar aangekomen werd getracht door boetedoening en materiële offers de zonde af te kopen en werd gesmeekt om genezing. Wat uiteindelijk nooit enig resultaat leverde.

Wanneer de geesteszieken geen gevaar vormden voor hun omgeving bleven zij bij de familie en gemeenschap wonen. Zij leefden door middel van bedelen, aalmoezen en wat hen verder werd toegeworpen. Ook werden zij tentoongesteld op kermissen, feesten en dienden zij als nar tot vermaak van de vorsten.

Een apart probleem vormden de raesenden, de agressieve geesteszieken. Door hun afwijkend intimiderend en agressief gedrag vormden zij een gevaar voor de samenleving. Zij werden dan opgesloten in dolhuisjes. Het verplaatsbare houten hokje was bedoeld om de agressieve geesteszieken in te isoleren.

In 1442 werd het eerste officiële gesticht in Den Bosch “Het dolhuis Reinier van Arkel” geopend. Het dolhuis bestond uit een aaneenschakeling van dolhuisjes. In kale hokken zaten “de dollen” op stro, waar zij hun eten kregen in een voederbak. De zwaarst gestoorde verbleven er ongekleed en werden aan kettingen vastgelegd. De dolhuizen vormden een bron van volksvermaak, wat ook vrijwel de enige bron van inkomsten was.

Het duurde nog tot rond 1810 voordat de familie een vaste bezoekdag kreeg van de regenten.

In de 16^{de} eeuw ontstond er een tendens om ook minder gevaarlijke geesteszieken af te zonderen. Zij werden ondergebracht in kloosters en voormalige leprozenhuizen.

17^{de} en 18^{de} eeuw:

In de 17^{de} eeuw ontstonden nationale staten en ontwikkelde zich een nieuwe maatschappij. De regenten stonden een ijverige, ordelijke maatschappij voor. De “ellendigen” die de straten bevolkten werden als een gevaar voor de orde en rust gezien. Zwervers, alcoholisten, onzedige vrouwen en geesteszieken werden opgepakt en in gestichten opgesloten. Hiermee werd een begin gemaakt van stigmatiserende uitstoting. Wel 10% van de bevolking werd soms opgesloten.

In de 18^{de} eeuw ontstond zo een scala aan gestichtvormen, armenhuizen, tuchthuizen, werkhuizen en een uitbreiding van de dolhuizen die voortaan werden aangeduid als bewaarhuizen. In de voormalige pesthuizen werden de ouderen ondergebracht. Om inkomsten te verwerven werd het gekken kijken gehandhaafd. Deze periode wordt wel aangeduid met de term “de grote opsluiting”.

19^{de} eeuw:

In dit tijdperk ontwikkelde de wetenschap zich. De natuur en de elementen daarvan vormden een belangrijke bron van studie en men begon zich ook te interesseren voor het fenomeen van de geesteszieken. Het idee ontstond dat deze mensen te genezen waren. Op kleine schaal werd in Europa begonnen met behandelingen op basis van uiteenlopende theorieën en therapeutische ideeën. Voor het eerst werden geesteszieken onderworpen aan koude douches, langdurige baden en dwangbuizen, met de verwachting dat dit een heilzame werking op hen zou hebben. In Nederland kwamen deze ideeën ook ter oren tot een aantal verlichte humanisten en progressieve christenen. Zij begonnen kritiek uit te oefenen op de erbarmelijke omstandigheden waar de geesteszieken onder moesten leven. Vooral arts en regent Schroeder van der Kolk (1797-1861) zette zich in voor verbeteringen. Dit resulteerde in 1841 in de eerste krankzinnigenwet, waarin behalve richtlijnen voor opname ook voorschriften stonden waaraan de gestichten moesten voldoen. Voortaan dienden de bewaarhuizen als geneeskundige instellingen te functioneren, met als doel zwakzinnigen als zieken te verplegen en hen te behandelen. Veel dolhuizen werden gesloten omdat zij niet meer voldeden aan de nieuwe eisen. Het aantal gestichten groeide.

1^{ste} helft 20^{ste} eeuw:

Over het algemeen bestond er nog weinig interesse om echt aandacht te besteden aan “idioten”. Als het echt nodig was werden ze opgenomen in krankzinnigengestichten.

Er ontstonden protestantse en katholieke stichtingen en verenigingen. Er werden terreinen, kloosters en landhuizen opgekocht waar inrichtingen werden opgericht. Dit waren behandelingsinstituten voor zwakzinnigen en krankzinnigen. De inrichtingen geraakten snel overvol en de zorg was minimaal door gebrek aan personeel en budget. Vaak zaten de patiënten de tijd uit te zitten. Voor de betere patiënten werden er daarom arbeidsplaatsen en werkplaatsen opgericht. Zo was er toch een bron van inkomsten.

Doktoren hadden weinig belangstelling voor het behandelen van de patiënten want deze vielen toch niet te genezen.

In de maatschappij was geen plek voor hen daarom moesten zij worden afgezonderd in inrichtingen waar zij verzorgd konden worden op een humane manier.

In 1901 werd de leerplicht ingesteld, toen werd er duidelijk dat het intelligentie niveau per individu verschilt. Hierop volgde kwam het aangepast onderwijs in beeld. De scholen voor moeilijk lerende en zeer moeilijk lerende kinderen werden opgezet. Licht en matig verstandelijk gehandicapten konden hier onderwijs volgen.

2^{de} helft 20^{ste} eeuw:

In de jaren vijftig ontstonden de eerste kritieken op zorg die geleverd werd in de inrichtingen. Sociale rechtvaardigheid en gelijkwaardigheid onder burgers groeiden, dit had ook effect op de opvattingen over gehandicapten. Het normalisatieprincipe werd het uitgangspunt en deze werd ook gehanteerd in de zwakzinnige zorg. Dagopvang, thuisbegeleiding en aangepaste huizen werden opgezet.

In 1971 werden de rechten van de verstandelijk gehandicapte mens en zijn plaats in de maatschappij vastgelegd.

1.8 Integratie en maatschappelijke positie:

Mensen met een verstandelijke handicap moeten integreren in de maatschappij. De overheid verwacht dat zij ondermeer meer zelfredzaam worden. Maatschappelijke integratie is hierbij een ruim begrip. Het gaat dan niet alleen over het zelfstandig kunnen functioneren, maar ook het leveren van een maatschappelijke bijdrage.

De overheid streeft naar integratie van mensen met een verstandelijke handicap in de maatschappij en de grote instellingen moeten binnen een aantal jaar worden gesloten. Ik denk niet dat het zo zwart wit gezien kan worden en dat dit beleid wenselijk of mogelijk is voor alle mensen met een verstandelijke handicap. Het is niet voor iedereen met een handicap mogelijk om zelfstandig te functioneren bovendien kun je de volgende vragen stellen of de tijd daar is voor integratie. Is de maatschappij bijvoorbeeld voldoende voorbereid en zijn er binnen gewone voorzieningen speciale activiteiten mogelijk? Is de veiligheid voor iedere gehandicapte wel gewaarborgd?

In de loop der jaren is er verschillend gedacht over de mogelijkheden en behoeften van mensen met een verstandelijke handicap en is het beleid vaak aangepast. Volgens de respondenten is de samenleving nog niet volledig ingesteld op de nieuwe ontwikkelingen met betrekking tot integratie. Er zullen altijd mensen zijn voor wie een beschermende omgeving noodzakelijk is, bijvoorbeeld omdat zij nooit alleen over straat zouden kunnen of behoefte hebben aan de rust en veiligheid die alleen een beschermende omgeving biedt.

1.9 Integratie van verstandelijk gehandicapten is nog niet gelukt:

In 2002 werd er door de Twentse universiteit een onderzoek afgenomen over de integratie van mensen met een verstandelijke handicap (www.utwente.nl).

“Als gevolg van de deconcentratie nam de integratie toe, maar niet in de mate waar de overheid op rekende”. Dit concludeert drs. E.H. Overkamp in haar proefschrift *Instellingen nemen de wijk, 2003*. Het deels mislukken van die integratie heeft drie oorzaken:

- de deconcentratie-projecten zijn te grootschalig;
- er is te weinig personele ondersteuning en de samenleving is nog niet helemaal ingericht op verstandelijk gehandicapten;
- Soms is ook de handicap dermate ernstig, dat integratie moeilijk te realiseren is.

Tot de jaren zestig werden verstandelijk gehandicapten vooral gezien als patiënten die medische hulp moesten krijgen. Sindsdien beschouwt de overheid deze gehandicapten als burgers van onze samenleving die alleen op bepaalde onderdelen in hun leven speciale ondersteuning nodig hebben. Er wordt gestreefd naar een zo normaal mogelijk leven voor verstandelijk gehandicapten.

Els Overkamp: “Verstandelijk gehandicapten dienen in normale huizen in normale wijken te wonen. Daarbij moeten ze gebruik maken van maatschappelijke voorzieningen, op de reguliere arbeidsmarkt werkzaam zijn, in het reguliere onderwijs worden opgenomen en sociaal integreren met niet gehandicapten”.

Overkamp heeft dit integratiebeleid geanalyseerd en vervolgens integratieprojecten van drie grote instellingen bekeken: Sint Anna uit Heel, Hendrik van Boeijen te Assen en de LosserHof te Losser. Zij concludeert dat verstandelijk gehandicapten, na hun verhuizing van de instelling naar de wijk, meer gebruik maken van voorzieningen als winkels en horeca. Maar ze integreren niet of nauwelijks op de arbeidsmarkt, in het onderwijs en in het verenigingsleven. Sociale integratie met niet gehandicapten komt zeer beperkt op gang. Integratie van verstandelijke gehandicapten is niet een kwestie van even verhuizen van een instelling naar een woonwijk, aldus Overkamp.

Het zou de ideale situatie zijn, maar in de praktijk is dit niet mogelijk. Het kost tijd om te integreren. Daarnaast moet ook de samenleving voorbereid zijn op hun komst.

Uit soortgelijke onderzoeken in het buitenland werden de afgelopen jaren vergelijkbare conclusies getrokken. Integratie kost dus tijd!

De belangrijkste aanbeveling van Overkamp is: "Wil men écht integreren, dan moeten projecten kleinschaliger worden opgezet dan bij de onderzochte projecten het geval is. Ook moet er meer personele ondersteuning beschikbaar zijn. Deze ondersteuning is met name van belang voor mensen die zichzelf slecht kunnen redden."

Er worden drie niveaus van integratie onderscheiden die het begrip verduidelijken;

- Het eerste niveau is fysieke integratie. Dat betekent dat het individu zich (eventueel passief) temidden van de andere leden van de normale maatschappij bevindt. Het tegendeel is segregatie. Er is sprake van segregatie als een individu niet in de normale samenleving leeft maar in een aparte gemeenschap.
- Het tweede integratieniveau is functionele integratie. Dat is min of meer actief gebruik maken van de mogelijkheden van de normale maatschappij door een individu. Het individu is niet functioneel geïntegreerd als hij of zij geen gebruik maakt van het dienstenaanbod in de maatschappij en zich niet aanpast aan de in de samenleving heersende regels.
- Het derde niveau, sociale integratie, is acceptatie door en respect van de maatschappij.

Maatschappelijke positie:

Over gehandicapten bestonden en bestaan net als over vrouwen, allochtonen en homoseksuelen diverse beelden over hoe of wat ze zijn, wat ze kunnen en te bieden hebben en hoe ze zich horen te gedragen. De mogelijkheden, capaciteiten, de sociale en maatschappelijke aspecten van belemmeringen blijven vaak onderbelicht. Termen als afhankelijk, onvolwaardig, zielig, tot weinig in staat en een belasting voor de omgeving worden nog steeds genoemd. Deze beelden creëren een onvruchtbare bodem voor dromen en ambities, zelfwaardering en zelfbewustzijn. Mensen met een verstandelijke handicap krijgen van de buitenwereld weinig stimulans als het gaat om ontplooiing en de mogelijkheid tot maatschappelijke participatie.

De negatieve beeldvorming laat zelfs zijn sporen na in de inrichting van de maatschappij. Deze is vaak niet afgestemd op mensen met een handicap. Faciliteiten zijn vaak afgestemd op een bepaalde doelgroep waar gehandicapten niet inpassen. Hierbij wordt integratie, waar toch zo naar gestreefd wordt, bemoeilijkt. Integratie zou versneld kunnen worden wanneer de maatschappij meer bekend is met gehandicapten en hierop kan inspelen. De vermaatschappelijking van de zorg heeft als streven mensen met een functiebeperking zelfstandig thuis te laten wonen. De overheid verwacht dat de samenleving de zorg en het welzijn van de medemens op zich neemt. Een van de doelen is van segregatie naar integratie en participatie binnen instellingen te komen (*Houtepen, 2004*).

“Men wordt niet gehandicapt geboren, maar gehandicapt gemaakt” (de Beauvoir, 1949).

Deze uitspraak vind ik zeer typerend en legt de vinger op de zere plek. Niet alleen geldt dit voor mensen met een verstandelijke handicap, ook voor mensen met andere functie beperkingen zijn er vaak vooroordelen. Iemand die in een rolstoel zit maar geestelijk niks mankeert wordt door de buitenwereld vaak toch anders bekeken. Er kan bijvoorbeeld gedacht worden dat zij dom zijn, afhankelijk zijn of geen bijdrage aan de maatschappij kunnen leveren. Terwijl vaak het tegendeel waar is. De maatschappij past zich onvoldoende aan aan de gehandicapte mens, waarbij vooroordelen in stand worden gehouden. Kleine aanpassingen kunnen al veel schelen om participatie mogelijk te maken. De toegankelijkheid tot een gebouw bijvoorbeeld, het plaatsen van liften, het weghalen van drempels. In buurthuizen ook programma's ontwikkelen voor mensen met functiebeperkingen, het lesgeven op het basisonderwijs over mensen met een handicap om hiermee de vooroordelen in te perken en angst weg te nemen. Zeker bij verstandelijk en meervoudig gehandicapten blijken mensen soms angst te voelen, terwijl dit in feite niet anders hoeft te zijn vergeleken met “normale” mensen. De overheid mag niet verwachten dat de verstandelijk gehandicapte mens integreert als de maatschappij zich ook niet aanpast. Het moet van beide kanten komen, anders zal de balans niet gevonden kunnen worden.

Een belangrijke aspect om integratie en participatie te bereiken is het kernwoord “normalisatie”. Dit houdt in dat er in de maatschappij gelijke rechten en plichten bestaan voor alle mensen en dus ook voor mensen met verstandelijke beperkingen. Het is echter niet voor iedereen mogelijk om dit ook realiseerbaar te maken. Dit geldt niet alleen voor mensen met een verstandelijke handicap maar bijvoorbeeld ook voor demente ouderen.

Beeldvorming blijft hierin belangrijk, dat is wat er het eerst aangepakt moet worden, wil de overheid zijn doelen kunnen bereiken. Het beste lijkt mij dan ook dit via de jongste generaties aan te pakken, dus op het basisonderwijs.

De mens neemt verschillende sociale posities in in de maatschappij en in zijn omgeving. De maatschappij en personen op zich, delen anderen in in hokjes om een bepaald overzicht voor zichzelf te creëren of anderen te plaatsen. Mensen met een verstandelijke beperking worden in hokjes gestopt en een rol wordt hen toebedeeld. Bepaalde gedragingen worden verwacht terwijl mensen met een

verstandelijke handicap even divers zijn als ieder ander persoon. Iemand zal zich pas onderscheiden wanneer hij die rol in kan nemen die eigenlijk niet van hem wordt verwacht. Het kunnen spelen van die rol is afhankelijk van de mate van integratie van de mens in de maatschappij.

In de moderne samenleving is het niet meer acceptabel dat groepen mensen buiten de boot vallen en niet kunnen participeren. Voor mensen met een beperking is dit echter nog lang niet altijd vanzelfsprekend. De overheid, zorginstellingen en zorgvragers zoeken daarom naar alternatieven voor de traditionele en institutionele zorg. Alternatieven waarin maatschappelijke participatie, zelfregie, het behoud en de vergroting van zelfstandigheid voorop staan.

Om de alternatieven een goede vorm te geven, is het nodig om zorg vanuit een instelling naar ondersteuning in de samenleving te transformeren. Deze ideale situatie vraagt van de zorginstellingen om zich te beperken tot een individu en hem de ondersteuning aan te bieden die nodig is. Andere betrokkenen zoals het sociale netwerk en de algemene voorzieningen in de wijk die een ondersteunende rol spelen in het leven van een cliënt, behoren ondersteund te worden om hun inbreng effectief en succesvol te laten maken.

Om de omslag naar een leven in de samenleving te maken moet een groot aantal partijen binnen en buiten de zorgsector een gezamenlijke en op elkaar afgestemde inspanning leveren;

- Zorginstellingen moeten zich gaan richten op samenwerking met het persoonlijk netwerk van een cliënt en met algemene maatschappelijke voorzieningen, zoals het welzijnswerk.
- Van zorgverleners wordt een andere werkwijze en vernieuwde competenties verwacht
- De lokale overheid moet zorgen dat openbare gebouwen, voorzieningen en de woonomgeving toegankelijker en bereikbaar zijn.
- Zorgvragers moeten niet alleen als cliënt zeggenschap krijgen over de ondersteuning die ze krijgen, maar ook als burger invloed kunnen uitoefenen op zaken die met hun leven te maken hebben op het terrein van wonen, werken, onderwijs en vrijetijdsbesteding (www.lkng.nl).

1.10 Samenvatting:

In dit hoofdstuk ben ik hoofdzakelijk in gegaan op de betekenis van het begrip handicap en de maatschappelijke positie. Ik ga hier puntsgewijs in op de belangrijkste onderwerpen;

- 1) Definitie handicap: *Een handicap is het hebben van een stoornis als gevolg waarvan men in het normale functioneren wordt belemmerd.*
- 2) Een verstandelijke handicap is niet altijd aangeboren maar kan ook op een andere wijze veroorzaakt worden, bijvoorbeeld door middel van een ongeluk.
- 3) Er worden vier niveaus binnen het hebben van een verstandelijke handicap onderscheiden namelijk mensen met een;
 - o diepe verstandelijke handicap;
 - o ernstige verstandelijke handicap;
 - o matige verstandelijke handicap;
 - o en lichte verstandelijke handicap.
- 4) Het duurde eeuwen voordat de verstandelijk gehandicapte mens gelijke rechten kregen als ieder ander mens. Daarvoor werden zij veelal als geesteszieken gezien. Zij werden opgesloten en aan publiek getoond.
- 5) De overheid verwacht dat mensen met een verstandelijke handicap integreren. Zij moeten een bijdrage leveren aan de maatschappij en vooral zo zelfstandig mogelijk hun leven leren leiden. Uit onderzoek blijkt echter dat integratie nog niet is bereikt.
- 6) Er zijn drie manieren van integratie mogelijk namelijk;
 - o Fysieke;
 - o Functionele;
 - o en sociale integratie;
- 7) Om te integreren zal de beeldvorming bijgesteld moeten worden, deze is niet altijd even positief en bemoeilijkt de integratie.

Hoofdstuk 2: Vorming en ontwikkeling

In dit hoofdstuk zullen begrippen als vorming, leermethoden en ontplooiingsmogelijkheden centraal staan. Hierbij zal ik nader ingaan op de mogelijkheden per doelgroep en in welke mate de Cmv'er zich hierin kan betrekken.

2.1 Leren en competenties:

Definitie leren:

"Leren is het voor een persoon tot stand komen van betekenis of van een verandering van betekenis met een relatief duurzaam karakter" (Bolhuis, 1995).

Het is van belang dat een begeleider van een cliënt bij het aanleren van nieuwe competenties inspringt op de manier van leren van de persoon in kwestie of de wijze waarop een cliënt zich nieuwe competenties eigen kan maken. Ook zal de handeling of activiteit op een zodanige manier overgebracht moeten worden dat het voor hem begrijpelijk is. Desnoods in zeer kleine stapjes en over een bepaalde periode verspreid. (In de volgende paragraaf licht ik nader toe welke mogelijkheden er zijn om deze eigen te maken en welke leerstijlen er zijn. Deze link ik naar de vier doelgroepen en beschrijf naar mijn inziens de beste leer methode per groep.)

Definitie competentie:

"Onder competentie wordt verstaan 'het gestructureerde en geïntegreerde vermogen tot het adequaat verrichten van arbeidshandelingen en het oplossen van arbeidsproblemen'"(Onstenk, 1997)

Er zijn vele uiteenlopende visies op en definities van het begrip competentie. In het kader van het onderwerp van deze scriptie heb ik gekozen voor de volgende beschrijving:

"Iemand is competent wanneer deze een brede algemene ontwikkeling heeft. Competenties werf je je leven lang. Sommige worden meer of minder of zelfs niet ontwikkeld. Voor mensen met een verstandelijke handicap kan het verwerven van nieuwe competenties soms moeilijker zijn dan voor niet verstandelijk gehandicapten. Mensen met een verstandelijke handicap hebben ondersteuning en stimulans nodig bij persoonlijke ontplooiing".

Een competentie bestaat uit verschillende aspecten.

- Kennis;
- Vaardigheden;
- Waarden en normen;
- Motivatie;
- Aanleg en persoonlijke kwaliteiten;
- Intelligentie.

2.2 Leercyclus van Kolb:

Manieren van leren worden ingedeeld in 4 categorieën (Bolhuis, Doornbos, 2000). Deze stappen moeten allen doorlopen worden voordat je iets leert;

- 1) Leren door directe ervaring: Leren door directe ervaring en door sociale interactie vormen de basis van leren. Deze manieren van leren vinden ook plaats zonder dat iemand zich hiervan bewust is en zonder dat er van opzet plaats vindt. Bij het leren door ervaring en door sociale interactie wordt vrijwel nooit gereflecteerd omdat het vaak onbewust plaats vindt. Dit gebeurt echter vaker bij het ervaringsleren, geïnspireerd door onder andere Kolb. Een leercyclus of leerspiraal, waarbij op basis van ervaring begrippen worden gevormd en hypothesen de volgende handeling worden geformuleerd, kan bevorderlijk werken. Het is echter niet zo dat bij ervaringsleren automatisch bewust nagedacht wordt. Om verbanden te kunnen leggen tussen theorie en ervaring vereist dat bewust nadenken.
- 2) Leren door sociale interactie: Leren door sociale interactie houdt in dat er uitwisseling van informatie tussen mensen plaats vindt. Dit gebeurt bijvoorbeeld in de dagelijkse gesprekken, thuis, op het werk enz.
- 3) Leren door het verwerken van theorie: Met theorie wordt bedoeld; abstracte, gegeneraliseerde en gesystematiseerde informatie die door middel van taal of andere methoden wordt overgebracht. De informatie wordt bijvoorbeeld verstrekt via media. In het onderwijs wordt voornamelijk geleerd via theoretische werkvormen.
- 4) Leren door nadenken: Als mensen bewust met iets bezig zijn is het nodig om hierbij na te denken en hierop te reflecteren. Dat kan direct tijdens de activiteit zelf zijn, het kan ook achteraf gebeuren. Door na te denken bij activiteiten leer je ergens van.

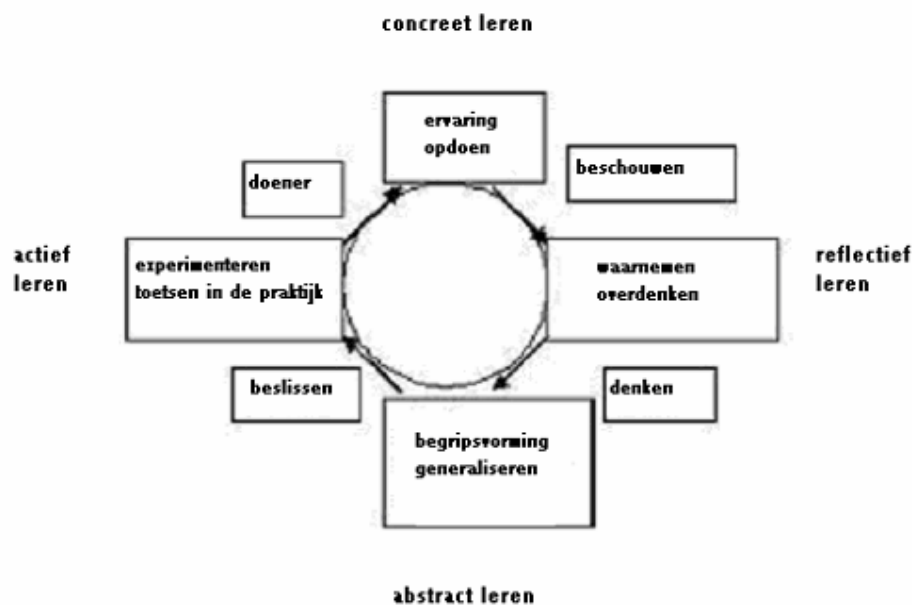
Ervaring speelt een centrale rol in ieder leerproces. De theorie van het ervaringsleren is niet zozeer bedoeld als alternatief als wel “ a holistic integrative perspective on learning that combines experience, perception, cognition and behavior”, aldus Kolb. Het probleem van deze totaal benadering is echter, dat deze niet zozeer antwoord geeft op de vraag hoe mensen leren van ervaring, maar op de vraag hoe mensen moeten leren van ervaring. Het antwoord van Kolb en anderen is: door ervaring te combineren met nadenken, begripsvorming en bedenken van hypothesen om te toetsen in de praktijk. Daarmee dreigt echter over het hoofd gezien te worden dat leren door ervaring en sociale interactie ook optreedt zonder reflectie of zelfs bewustzijn van leren.

Kolb baseert zijn model van de leercyclus onder andere op die van Dewey en van Piaget. Het leermodel van Kolb is evenals dat van Piaget opgebouwd uit twee dimensies: concreet versus abstract leren en actief versus reflectief leren. Kolb acht elk van deze vier polen even belangrijk voor een volledig leerproces. Deze polen zijn eerder beschreven als vier manieren van leren in de vorige paragraaf “Leermogelijkheden”. Bij elke pool behoort een bepaalde basis leervaardigheid, deze formuleert hij als volgt (Bolhuis, 1995);

- 1) om concrete ervaring op te doen;
- 2) tot waarnemen en overdenken;
- 3) tot begripsvorming;
- 4) tot experimenteren en toetsing in de praktijk.

Daarnaast worden er vier leerstijlen onderscheiden die allen gekenmerkt worden door een combinatie van basisvaardigheden:

- 1) Het beschouwelijke type;
- 2) Het denkttype;
- 3) Het type van de beslisser;
- 4) De doener.



2.3 Vorming:

Het begrip Vorming:

Vorming is een vrij modern begrip, Deze ontstond zo aan het eind van de achttiende eeuw. Het begrip verwoordt de verwachtingen die ten tijde van de verlichting aan de onafhankelijk denkende en handelende mens werden gesteld. De maatschappelijke vooruitgang leek in belangrijke mate afhankelijk van de vorming van een nieuw mens, zo stond dat de verlichte denkers voor ogen. Vorming, cultuur en verlichting dienen verandering in het sociale leven te brengen. Het begrip vorming distantieert zich ten opzichte van de realiteit, er wordt een ideaal geformuleerd. Deze is voornamelijk van toepassing in het Christelijk geloof.

De peetvader van het klassieke begrip “Bildung”, Wilhelm von Humboldt, bracht het kort en krachtig onder woorden: “Gevormd is diegene, die het algemene in zichzelf gestalte geeft”. Hierbij wordt verwezen naar dat er één waarheid is en één wereld” (Vanderstraeten, 2001).

Het doel van Vorming:

Het doel van vorming wordt veelal gezocht in de zelfstandigheid en autonomie van de mens of zaken die in het verlengde hiervan liggen zoals, mondigheid, persoonlijke verantwoordelijkheid, zelfbepaling. Ook wordt het wel omschreven als bevrijding uit mondigheid en onvrijheid en bevrijding tot solidariteit, gerechtigheid en zorg voor de natuur (Hermans, 1993).

Inhoud van Vorming:

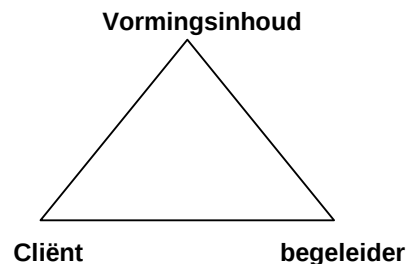
Een gevormd persoon is iemand die zich op een bepaalde manier heeft ontplooid. Hiervoor worden vijf criteria gehanteerd. De eerste vier zijn geformuleerd door de Amerikaanse pedagoog R.S. Peters, de laatste criteria is van Fend (Steutel & Spiecker, 1988).

Criteria:

- 1) Brede ontwikkeling: Vorming veronderstelt een zekere vertrouwdheid met allerlei rationaliteitsvormen ofwel de ontwikkeling van een heel mens. Peters spreekt over het cognitieve perspectief. Iemand die een cognitief perspectief heeft verworven, is in staat verschillende soorten vragen te beantwoorden die ten aanzien van een situatie of activiteit gesteld kunnen worden. Er bestaan verschillende rationaliteitsvormen van waaruit men naar de verschillende aspecten van een situatie kan kijken. Daarbij kun je denken aan de natuurwetenschappen, wiskunde, taal, ruimtelijk inzicht, expressievormen etc.
- 2) Inzicht in principes en procedures: Vaardigheden verwerven hebben alleen nut wanneer de achterliggende kennis ook aanwezig is en kennis omgezet kan worden in een handeling of actie.
- 3) Veranderende kijk op de wereld: Verworven inzichten zullen invloed hebben op de manier waarop iemand naar de wereld kijkt.
- 4) Affectieve betrokkenheid: Een gevormd persoon is betrokken op datgene wat hij zich heeft eigen gemaakt.
- 5) Persoonlijke effectiviteit: In plaats van een algemene handelingsbekwaamheid kun je ook spreken van persoonlijke effectiviteit. Dit speelt een belangrijke rol in het handelen van mensen. Het heeft zowel een cognitief als een affectief aspect. Het omvat enerzijds een effectieve organisatie van het handelen van een persoon en anderzijds een positieve balans van de waardering van het eigen handelen.

2.4 Vorming met betrekking tot mensen met een verstandelijke handicap:

Iemand met een verstandelijke handicap afzonderlijk van welke niveau dat betreft, zal in meer of mindere mate aan deze criteria kunnen voldoen. Zoals eerder gezegd is het niet zo dat als iemand het intellectuele niveau van bijvoorbeeld een 8 jarige heeft ook daadwerkelijk functioneert als een kind van 8. Hiermee zijn deze criteria dus wel te ontwikkelen voor eenieder naar zijn eigen mogelijkheden. Iemand met een verstandelijke handicap heeft vaak ondersteuning of sturing nodig om tot ontwikkeling van nieuwe competenties te komen. De didactisch driehoek kan hierbij worden gehanteerd. Begeleider, cliënt en vormingsinhoud zijn drie elementen binnen een vormingssituatie en kan als volgt worden weergegeven:



De vormingsdriehoek is gebaseerd op de didactische driehoek die in het onderwijs wordt toegepast (van Achter, 1991).

De relatie tussen begeleider en cliënt wordt gekarakteriseerd als een ontmoeting of dialoog. Een begeleider geeft vertrouwen, veiligheid en afhankelijk van de persoon; verantwoordelijkheid. Hierbij worden cliënten gestimuleerd om zichzelf te ontplooien. Uiteraard is dit de ideale situatie, die in de praktijk niet altijd als zodanig tot uiting kan komen.

Wanneer één van de polen uit de driehoek wordt gemarginaliseerd of uitgeschakeld, ontstaat er een eenzijdigheid in de vorming die ongewenst is.

- Vorming veronderstelt een inzet en zelfsturing van de kant van de cliënt met het oog op het verwerven van vormingsinhouden;
- Vorming veronderstelt hulp van de begeleider aan de cliënt om het beoogde vormingsdoel te behalen;
- Vorming veronderstelt een dialoog tussen leraar en leerlingen, waarin deze laatste serieus worden genomen.

2.5 Leermogelijkheden:

Mensen hebben een aangeboren leervermogen dat per individu verschilt. Het leervermogen is een typisch menselijke eigenschap, die bij elk individu een eigen vorm vindt. De individuele aanleg en persoonlijke leergeschiedenis zijn bepalend voor de resultaten die een individu kan bereiken. Vanaf de eerste levensjaren wordt het leervermogen gevormd en ontwikkeld door leerprocessen. Wat, hoe en hoeveel een individu heeft geleerd, beïnvloedt in grote mate het toekomstige leerproces.

Leren is een kenmerkend vermogen van de mens. Mensen hebben nog andere belangrijke eigenschappen; zij zijn sociale wezens. Ze overleven niet als eenling, maar door in groepen te leven. Daarnaast zijn mensen emotionele wezens. Leervermogen, sociaal vermogen en emoties worden beschouwd als fundamentele, aangeboren eigenschappen van de menselijke soort die elkaar wederzijds beïnvloeden. Dat betekent dat leren mede een sociaal en emotioneel proces is met sociale en emotionele gevolgen. (S. Bolhuis, 1995) Wanneer iemand vele negatieve ervaringen heeft opgedaan met betrekking tot leren in zijn jeugd, zal dit ook op latere leeftijd een obstakel kunnen vormen. Bijvoorbeeld bij het volgen van een cursus of opleiding.

2.6 Leeromgeving:

De omgeving van iemand met een verstandelijke handicap moet over het algemeen aan een aantal criteria voldoen om een leerproces zoveel mogelijk ten goede te komen en tot optimale ontwikkeling van competenties te komen. Deze criteria die ik daar voor vaststel zijn:

- Afbakenen van een veilige omgeving. Een cliënt moet zich in zijn woonomgeving, werk of activiteitscentrum veilig en op zijn gemak voelen. Begeleiders zijn daarbij essentieel. Een cliënt krijgt vaak te maken met veel verschillende begeleiders, aan hen is het de taak om zich aan te passen in zo verre, aan de cliënt dat het zijn leefomgeving niet veranderd en stabiel houdt. Wisselend personeel of uitzendkrachten komen dit (meestal) niet ten goede.
- Begeleiding is de stabiele factor voor een cliënt. Deze is consequent en duidelijk. Cliënten kunnen bij hen terecht als zij zich niet prettig voelen. Zij kunnen op hen terug vallen indien nodig. Ook biedt de begeleiding structuur aan het dagprogramma, indien dit nodig is voor de desbetreffende cliënt.
- Factoren waar een cliënt niet goed of onrustig op reageert moeten zoveel mogelijk geëlimineerd worden. Zeker een woonomgeving moet aangepast worden aan de cliënt, zij wonen daar immers.
- De begeleider is een stimulerende factor. Veel mensen met een verstandelijke handicap hebben een veelal passieve houding. Terwijl zij het toch leuk vinden om iets te ondernemen hebben zij ondersteuning nodig om het door te zetten of te organiseren. Ook kunnen zij complicaties hebben in de communicatie, kunnen zij niet overbrengen wat ze willen of zij komen helemaal niet met ideeën of plannen die ze hebben. Vaak weten de vaste begeleiders wel wat hun cliënten leuk vinden. Dit moet echter wel omgezet worden in actie, maar het gebeurt niet altijd door bijvoorbeeld onvoldoende personeel.

V. de Waal formuleert onder andere de volgende vuistregels voor krachtige leeromgevingen (de Waal, 2001). Deze vuistregels zijn in grote mate hetzelfde voor mensen met een verstandelijke handicap. Dat deze worden gehanteerd is belangrijk om de gewenste resultaten te bereiken:

- Functioneel zijn;
- Uitnodigen tot activiteit;
- Levensrecht zijn of ten minste ergens naar verwijzen;

- Geleidelijk het roer overgeven aan de lerende;
- Systematisch het besef van eigen bekwaamheid ontwikkelen;
- Veiligheid bieden om zo het leerproces te optimaliseren;
- De omgeving moet veilig zijn, bijvoorbeeld de inrichting van het interieur;
- Overbodige prikkels uit de omgeving verwijderen. Voor sommige doelgroepen kan dit te veel afleiden en een obstakel vormen in het leerproces, waardoor de gewenste resultaten minder snel of niet kunnen worden bereikt.

2.7 Leermethoden per doelgroep:

Mensen met een lichte verstandelijke handicap:

Licht verstandelijk gehandicapten mensen hebben veel mogelijkheden met betrekking tot het opdoen van vaardigheden. Vaak zijn zij ook in staat zelf aan te geven waar hun interesses liggen. Ook kunnen zij zelf activiteiten ondernemen en bereiken veelal een grote mate van zelfstandigheid. De vier manieren van leren zullen dan ook allen in meer of mindere mate (verschillend per individu) van toepassing op hen zijn. Het verwerken van theorie zal daarin vaak wel het minst sterk zijn, alhoewel sommigen zich hierin wel kunnen ontwikkelen. Leren lezen, schrijven en rekenen bijvoorbeeld. De vier leervaardigheden zullen ook allemaal bij hen in meer of mindere mate aan de orde komen. Vaak hebben licht verstandelijk gehandicapten mensen wel een veilige omgeving nodig om te kunnen functioneren. Ze zijn vaak gehecht aan de structuur van alle dag, maar als hier van afgeweken wordt is dat meestal toch geen probleem. Sommigen passen zich makkelijk aan. Van belang is wel dat de omgeving en de directe mensen om hen heen duidelijkheid bieden zodat zij weten waar ze aan toe zijn. Anders kunnen situaties soms als onoverzichtelijk en bedreigend ervaren worden.

Voor veel licht verstandelijk gehandicapten is het mogelijk als volwassenen zelfstandig te wonen en te leven. Soms is daar enige begeleiding op afstand bij nodig. Veelal is er een steunpunt in de buurt waar zij terecht kunnen. Daar is op bepaalde tijden begeleiding aanwezig. Ook kunnen ze daar in contact komen met andere zelfstandig wonende verstandelijk gehandicapte mensen, wat het sociale aspect stimuleert. Daarnaast kunnen ze van tevoren opgeven of ze daar willen eten.

De structurerende en vormgevende ervaringsfase is bij hen van toepassing. Hierbij kunnen zij zelf vormgeven aan hun eigen leven.

Ik heb ondervonden dat iemand met een licht verstandelijke handicap heel bekwaam en talentvol kan zijn. Ik heb mensen meegemaakt die bijvoorbeeld:

- Heel mooi kunnen schilderen;
- Goed kunnen handwerken, bijvoorbeeld breien. Een vrouw heeft een keer handschoenen gebreid voor mij;
- een goed gevoel voor ritme hebben en een instrument bespelen, rappen, zingen of in een band spelen;
- goed toneel kunnen spelen. Het onthouden van teksten snel oppikken en zelfs als het tijdens een voorstelling fout gaat het dit kunnen opvangen bijvoorbeeld door improvisatie of andermans tekst overnemen.

Wat ik leuk zou vinden is dat er ook iets met deze talenten wordt gedaan wat niet altijd het geval is.

Voorbeeld:

Een autistische jongen van begin twintig kan heel mooi en realistisch schilderen. Ook is hij zeer muzikaal, hij zit in een rapgroep, speelt gitaar in een band en heeft ook les. Hij werkt bij een atelier. Wanneer zijn schilderijen verkocht worden krijgt hij daar niets voor terug. Aan het eind van het jaar mag hij een werk en drie schetsen van zichzelf meenemen.

Hij maakte ooit een schilderij van een vrachtwagen van Calve (pindakaas). Iemand die bij dat bedrijf werkte zag het schilderij en kocht het op. Hij heeft er dus niets voor betaald gekregen. Dit vind ik erg jammer. Dit is een jongen die uitstekend in opdracht zou kunnen gaan werken. Hiermee zou hij meer geld kunnen verdienen, nu heeft hij alleen zijn persoonlijk budget en dat is geen vetpot. Zijn persoonlijke begeleider schijnt weinig tijd in hem te investeren, ook omdat zij maar een aantal uur voor hem ter beschikking heeft. Als het mijn cliënt zou zijn zou ik toch proberen meer uit hem te halen dan wat er nu gebeurt. Natuurlijk moet je vanuit de organisatie wel voldoende uren hiervoor toegewezen krijgen en dat is vaak een probleem. De jongen heeft een vorm van autisme

waardoor hij zelf niet iets kan ondernemen, hij zal die stimulans van buiten af moeten krijgen en de ondersteuning om iets met zijn talent te doen.

Mensen met een matige verstandelijke handicap:

Mensen met een matige verstandelijke handicap kunnen ook een hoge mate van zelfstandigheid bereiken. Het leren lezen en schrijven wordt hier al lastiger. Ook is de woordenschat minimaler. Vaak hebben zij meer ondersteuning en sturing nodig bij het ondernemen van activiteiten, zij zullen dat minder snel zelf aangeven. De manieren van leren zullen zich voornamelijk uiten door middel van het opdoen van directe ervaring en door sociale interactie. De andere twee punten zijn meer abstract en wordt lastiger voor deze doelgroep. Een veilige omgeving waar duidelijk is wat er van hen wordt verwacht is van belang. Zij kunnen anders verward of zelfs in paniek raken. Bij de matig verstandelijk gehandicapte is er sprake van associatieve en de structurerende ervaringsfase. Hierbij kunnen zij meer ingewikkelde zaken structureren en herkennen. Zij kunnen meer dan twee handelingen met elkaar in verband brengen en zijn in staat de juiste ordening aan te brengen in een reeks van handelingen.

Mensen met een ernstige verstandelijke handicap:

Communicatie met deze doelgroep is zeer beperkt. Sommigen zullen helemaal niet kunnen praten, andere alleen wat woordjes of korte zinnen. Vaak wordt er ook gesproken via gebaren taal, ter ondersteuning van de communicatie. Vaardigheden zullen aangeleerd worden voornamelijk door middel van directe ervaring. Herhaling is hierbij van belang, dan worden vaardigheden eigen gemaakt door de routine en de duidelijkheid die het biedt. Het aanleren van nieuwe vaardigheden kan lastig zijn, omdat ernstig verstandelijk gehandicapten vaak erg gehecht zijn aan hun routine, waar ze liever niet van afwijken. Ook willen zij meestal niet nieuwe dingen leren omdat het anders en nieuw is, het verstoord als het ware hun wereld. Zij hebben hun eigen wereld gecreëerd, waar hun veiligheid in gebouwd is en waar geen plek is voor verandering. Met veel geduld en in kleine stapjes en met veel herhaling en structuur, waar een vertrouwde omgeving en personen van belang bij zijn, kun je toch nog simpele vaardigheden proberen aan te leren. Bijvoorbeeld zelf kleren aan doen of hierbij helpen, veters strikken, of een boterham smeren.

De omgeving van ernstig verstandelijk gehandicapten is vaak rustig. Wanneer er teveel mensen door elkaar heen lopen in een kleine ruimte veroorzaakt dat vaak een hoop onrust bij hen. Leren vervalt dan al snel omdat er teveel prikkels in de omgeving zijn waardoor concentratie vervalt en er stress voor in de plaats komt.

Bij ernstig verstandelijk gehandicapten is er sprake van het lichaamsgebonden ervaren, maar ook van een eenvoudig associatief ervaren van de wereld. Dat wil zeggen dat deze in staat is om eenvoudige verbanden aan te brengen.

Wanneer je informatie wilt overbrengen aan een ernstig verstandelijk gehandicapte, dan zul je je moeten aanpassen aan die woorden en gebaren die hij zelf gebruikt. Veel ernstig verstandelijk gehandicapten maken gebruik van gebaren omdat hun woordenschat zo beperkt is.

Totale communicatie kan hier een goed hulp middel bij zijn. Dit houdt in dat je gebruik maakt van alle uitingvormen van communicatie, zoals verbale en non verbale communicatie. Daarnaast kun je ook gebruik maken van bijvoorbeeld picto's, voorwerpen of tekeningen.

Het is belangrijk de mogelijkheden van de ernstig verstandelijk gehandicapte in stand te houden en, indien mogelijk, uit te breiden zodat zijn zelfredzaamheid zo groot mogelijk is.

Mensen met een diep verstandelijke handicap:

Met deze doelgroep is communicatie in zeer beperkte mate mogelijk en soms helemaal niet. Een diep verstandelijke gehandicapte leeft in zijn eigen wereld. Oogcontact is zelfs niet altijd mogelijk. Het leren van vaardigheden is dus zeer complex. Contact maken verloopt voornamelijk via lichaamscontact. Voelen is bij de diep verstandelijk gehandicapten een veel gevoeliger onderdeel en zij maken dat bewuster mee dan bijvoorbeeld taal. Voor hen zijn er dus eigenlijk geen leermogelijkheden, wel zijn er belevingsmogelijkheden, door middel van de zintuigen. Zien, horen en voelen.

Het lichaamsgebonden ervaringsleren is van toepassing op de diep verstandelijk gehandicapte. Hij bemerkt vrijwel alleen dat, wat door middel van zijn lichaam aan hem wordt verteld. Het hebben van oogcontact, als dat mogelijk is, is hierbij van groot belang, dit schept een band van vertrouwen en je kunt in zo verre duidelijk proberen te maken dat je iets wilt gaan doen. Daarnaast moet je altijd aan geven, dus vertellen, wat je gaat doen. Prikkels van buitenaf worden door hen vaak intenser beleefd dan voor niet gehandicapte mensen, zij kunnen dus sneller schrikken van onverwachtse bewegingen of handelingen.

Een activiteit die goed aansluit bij het lichaamservaren is het snoezelen. Snoezelen is het selectief aanbieden van zintuiglijke prikkels in een sfeervolle ontspannen omgeving, zodat het gebruik van de verschillende zintuigen wordt gestimuleerd. Deze prikkels kunnen zich richten op het zien, horen, voelen, ruiken en proeven. Het doel van snoezelen is dat de diep verstandelijk gehandicapte zichzelf kan zijn, zich kan ontspannen en dat de zintuigen worden vergroot en verbeterd.

2.8 Samenvatting:

In dit hoofdstuk speelden de begrippen vorming en leermethoden met betrekking tot de vier doelgroepen de voornaamste rol. Samenvattend zal ik hierop volgend de belangrijkste punten nog eens op een rijtje zetten;

- 1) Definitie leren: Leren is het voor een persoon tot stand komen van betekenis of van een verandering van betekenis met een relatief duurzaam karakter.
- 2) Leren vind bij alle doelgroepen voornamelijk plaats via directe ervaring. Leren door het verwerken van theorie en door nadenken/reflecteren is voor hen het meest gecompliceerd.
- 3) De leerstijl die voornamelijk voor zal komen is "de doener" waarbij actief leren en concreet leren de basis leervaardigheid is.
- 4) De rol van een vertrouwenspersoon, zoals een ouder of begeleider is van essentieel belang gedurende het leerproces. Deze bieden vertrouwen en veiligheid. De didactische driehoek kan hierbij een ondersteunende rol spelen.
- 5) De leeromgeving speelt een belangrijke rol in het leerproces om tot optimale ontwikkeling te komen. Hierbij worden acht vuistregels gehanteerd.

Hoofdstuk 3: De praktijk:

In dit hoofdstuk beschrijf ik de gevonden informatie met betrekking tot de praktijk. Hierbij gelden in het bijzonder thema's rondom methodieken, vrijwilligers en vrije tijd die van belang zijn voor het opvolgende hoofdstuk en de hierbij horende mogelijkheden.

3.1 Inzetten van vrijwilligers:

Een vrijwilliger kan omschreven worden als iemand die onverplicht en onbetaald in georganiseerd verband werkzaamheden verricht ten behoeve van de samenleving (bijvoorbeeld voor groepen).

Het belang van het inzetten van vrijwilligers wordt door vrijwel iedere non-profit organisatie erkend. Veel organisaties zijn zelfs afhankelijk van de inzet van vrijwilligers. Een vrijwilliger heeft verschillende functies;

- Participerende functie: Vrijwillige deelname;
- Sociale functie: Het draagt bij aan de sociale cohesie in de samenleving;
- Integrerende functie: Het levert een bijdrage aan contacten tussen verschillende groepen in de samenleving;
- Kwaliteitsbevorderende functie: Het bevorderen van leefbaarheid in de samenleving.

In de zorgsector zijn extra medewerkers altijd van harte welkom. Cliënten krijgen daarbij meer kans op persoonlijke begeleiding of op groepsactiviteiten om hun vrije tijd door te brengen, wat anders minder snel mogelijk is. Echter blijkt dat instellingen er voor kiezen vrijwilligers in te zetten gedurende de dagbesteding door de week. In het weekend worden minder vrijwilligers ingezet. Naar mijn mening is het juist van belang mensen met een verstandelijke handicap ook hun vrije tijd te laten benutten naar eigen keuze. Vaak zitten cliënten die meer begeleiding nodig hebben, (bijna) het hele weekend thuis. Daarnaast is er ook op vrije dagen, vakanties en de avonden behoefte aan invulling van die tijd. Vrije tijd is voor iedereen van belang om te kunnen ontspannen, om een leuke tijdsinvulling te hebben, maar ook voor ontspanning. In je vrije tijd onderneem je activiteiten die vaak niet verplicht zijn maar waar je plezier aan beleeft en waar ontspanning aan gekoppeld is.

Het werven en behouden van vrijwilligers blijkt gecompliceerd. In het onderzoeksrapport "*kritische succesfactoren vrijwilligerswerk in zorginstellingen, 2005*", komt onder andere naar voren welke factoren van belang zijn om succesvol te werken met vrijwilligers:

- Duidelijkheid positie van de vrijwilliger; plaats en rol bepaling is van belang voor de vrijwilliger. Zij willen weten bij wie ze terecht kunnen met vragen, wat hun functie en taken zijn, wat ze wel en niet mogen ondernemen etc.
- Het aansturen en begeleiden van vrijwilligers; Voor vrijwilligers moet tijd vrij gemaakt worden voor begeleiding. Wanneer vrijwilligers niet op de hoogte zijn van wat zijn taken zijn en niet weet bij wie terecht te kunnen met vragen, dan zal hij snel afhaken. Zodra een vrijwilliger het gevoel heeft zijn tijd te verspillen, kun je hiermee de vrijwilliger verliezen.

Knelpunten en ondersteuningsbehoeften waar instellingen tegen aan lopen zijn:

- Een tekort aan (geschikte) vrijwilligers;
- Te weinig financiële middelen voor het vrijwilligers werk;
- Problemen rond het werven, begeleiden en binden van vrijwilligers. (VIO, 2004)

Hulpmiddelen voor het werken met vrijwilligers zijn:

- Het omschrijven van taak en functie omschrijvingen;
- Zorg en begeleiding van vrijwilligers;
- Geef de vrijwilligers een opleiding. Een korte basisopleiding of cursus die zich betreft op de werkplek is van belang in de zorgsector. Deze sector kan gecompliceerd zijn. Hiermee wordt de vrijwilliger voorbereid op het werk dat hem te wachten staat. Tevens wordt hiermee aangegeven dat het werken met vrijwilligers serieus wordt genomen. Andersom weet de instelling daarmee ook dat de vrijwilliger niet snel af zal haken wanneer hij de cursus volgt.

Uit het onderzoek blijkt dat het belangrijkste wervingsmiddel de contacten van de huidige groep vrijwilligers en familieleden betreft. Andere middelen zijn via advertenties en een vrijwilligersvacaturebank. Een instelling kan dus het beste vrijwilligers trachten te werven via de contacten die zij al in bezit hebben. Daarnaast is het actief zoeken naar vrijwilligers effectief. Wanneer er namelijk aan mensen gevraagd wordt waarom zij nooit actief zijn geweest in het vrijwilligerswerk

blijkt een veel gegeven antwoord "ik ben nooit gevraagd". Een rechtstreekse benadering werpt dus zijn vruchten af.

De vacaturebank is een optie om vrijwilligers te werven. In Den Haag zijn veel organisaties en projecten waar zorgvrijwilligers actief zijn.

De organisatie "Zorgvrijwilligers Den Haag" (www.hof.nl), vormt een samenwerkingsverband met zes andere organisaties;

- De Haagse afdeling van het Nederlandse rode kruis;
- MEE / Praktische Thuishulp;
- Nationale Vereniging De Zonnebloem;
- Stichting Buddy Netwerk;
- Stichting Terminale Zorg door Vrijwilligers;
- Stichting Unie van Vrijwilligers.

De rol van de vrijwilliger met betrekking tot mensen met een verstandelijke handicap:

Soortgelijke voorwaarden (zoals bij een vaste werknemer) dienen gehandhaafd te worden, wanneer de vrijwilliger met mensen met een verstandelijke handicap werkt. Zoals eerder beschreven is het van belang dat de vrijwilliger zich serieus genomen voelt. Deze moet weten wat zijn functie is, anders zal er sneller afgehaakt kunnen worden. Het aanbieden van een basisopleiding is daarom van grote waarde. De complexe doelgroepen die er zijn binnen verstandelijk gehandicapten vragen dat ook van de begeleiding en zorg die zij nodig hebben. Een vrijwilliger kan niet veel toevoegen als deze onvoldoende competent is en niet weet wat voor specifieke begeleiding en zorg er van hem wordt verwacht te geven.

De basisopleiding moet voldoen aan de volgende eisen;

- De opleiding moet aangepast zijn op het takenpakket die de vrijwilliger krijgt;
- De vrijwilliger moet informatie verkrijgen over de soorten handicaps waar deze mee te maken gaat krijgen;
- De vrijwilliger moet handelingsbekwaam worden in noodsituaties. Deze moet dus op de hoogte zijn van het protocol dat gevoerd wordt bij bijvoorbeeld brand of het overlijden van een cliënt;
- Basis EHBO of BIG, zodat het toedienen van medicatie of handelen tijdens bijvoorbeeld een ongeluk uitgevoerd kan worden door een vrijwilliger. Deze zal dat echter wel in de laatste plaats doen, de vaste kracht heeft officieel de verantwoordelijkheid.

De Cmv'er heeft in zijn beroepenveld vaak te maken met vrijwilligers. In de zorgsector is het inzetten van vrijwilligers hard nodig. Instellingen hebben vaak een tekort aan vrijwilligers. De Cmv'er kan hier zijn competenties in zetten om vrijwilligers te werven.

Een aantal belangrijke competenties zijn:

- Contacten leggen en onderhouden; Het werven van vrijwilligers heeft onder andere baat bij een zeer directe benadering;
- Educatief programma opzetten; Een basisopleiding ontwerpen voor vrijwilligers;
- Adequaats inspelen op behoeften; Het vrijwilligersbeleid actualiseren naar de behoefte van de instelling en vrijwilligers;
- Begeleiden van de vrijwilligers;
- Centraal aanspreekpunt; De Cmv'er is leidinggevende met betrekking tot vrijwilligers

3.2 Vrijtijdsbesteding:

Voor mensen met een verstandelijke handicap is een groot scala aan activiteiten waar zij aan kunnen deel nemen. Deze activiteiten betrekken zich op;

- Cursussen en opleidingen;
- Theater;
- Sport;
- Vakanties;
- Clubs;
- Muziek;
- Soos.

Deze activiteiten zijn voor mensen met een verstandelijke handicap en niet voor mensen zonder een handicap. De activiteiten zijn dus afgestemd op hun niveau en participatie vermogen; ze dienen niet

zozeer voor integratie in de samenleving en om in contact te komen met niet verstandelijk gehandicapten.

De laatste jaren is het streven om verstandelijk gehandicapten en niet verstandelijk gehandicapten gezamenlijk aan dit soort activiteiten omtrent vrijetijdsbesteding te laten deelnemen.

Participatie kan niet worden verlangd als de instroommogelijkheden er niet zijn. De toegankelijkheid heeft vaak letterlijk drempels. De ruimtes zijn soms alleen via trappen te bereiken. Dit probleem geldt vooral mensen die ook een lichamelijke beperking hebben. Allerlei accommodaties houden geen rekening met mensen die minder mobiel zijn waardoor de integratie van mensen met een beperking letterlijk beperkt blijft.

Deelname blijft ook beperkt omdat de reguliere organisaties niet of onvoldoende in staat om een aanbod op maat te geven aan gehandicapten mensen. De kennis over begeleiding ontbreekt.

Het aanbod voor mensen met een verstandelijke handicap is zeer gericht op mensen met relatief hoog niveau. Dus de eerste twee doelgroepen licht en matig verstandelijk gehandicapten hebben hier het meeste baat bij en kunnen deelnemen aan de op hun aangepaste activiteiten.

Voor mensen met een ernstige en diepe verstandelijke handicap zijn de mogelijkheden beperkter, omdat zij fysiek minder kunnen en daardoor ook meer begeleiding nodig hebben. Toch kunnen er activiteiten worden ondernomen, zoals paardrijden, snoezelen, muziek en spel activiteiten, etc.

Om deze doelgroep te laten integreren zal dit de meest complexe zijn. De maatschappij is op de zwaarder gehandicapten het minst ingesteld en weten vaak ook niet hoe zij met hen moeten omgaan.

In de Haagse sportnota "Beweegredenen" (*Sport zonder hindernissen*, 2001), worden de volgende pijlers van beweegredenen gehanteerd; Participatie, Professionalisering en vrijwilligerswerk, Productinnovatie en Promotie en promoveren.

Met deze notitie wordt een kader geschetst waarbinnen Den Haag de komende jaren actief zal zijn.

De gehanteerde uitgangspunten zijn:

- Optimale ontplooiingskansen voor gehandicapten;
- Sport heeft een zeer grote betekenis voor een leefbare samenleving;
- Gehandicapten hebben een achterstand in sportdeelname.

Het doel dat hierbij gehanteerd wordt is het bevorderen van sportbeoefening door gehandicapten, waarbij emancipatie, participatie, acceptatie en organisatorische integratie het streven is.

Om de drempel voor sportdeelname weg te nemen en sportdeelname te vergroten zijn er een aantal maatregelen die getroffen moeten worden;

Participatie:

- Ontwikkelen van een subsidieregeling voor de gehandicaptensport;
- Aanpassen en toegankelijk maken van een aantal sportaccommodaties voor gehandicaptensport;
- Afstemming tussen de gemeentelijke afdelingen die werkzaam zijn met gehandicapten verbeteren;
- Organiseren en uitvoeren van stimulerende kennismakingsprojecten.

Professionalisering en vrijwilligerswerk:

- Opstellen van een plan van aanpak voor werving, opleiding en behoud van vrijwilligers in de gehandicaptensport;
- Onderzoek naar de continuering van samenwerking door de gehandicaptensport organisaties in Den Haag;
- Inventariseren en aanbieden van het bestaande aanbod aan deskundigheidsbevordering ten aanzien van gehandicaptensport. Het betreft bestuurs- en vrijwilligersondersteuning, voor speciale zowel als reguliere sportverenigingen;
- Geven van een kwaliteitsimpuls aan de publiciteit over gehandicaptensport.

Productinnovatie:

- Verhuur/uitleen van aan gehandicapten aangepaste sportmaterialen.

Promotie en promoveren:

- Onderzoek bij de sportverenigingen naar de wenselijkheid van beleid dat moet leiden tot mogelijkheden om individuele topsporters in Den Haag voldoende te faciliteren.

3.3 De Cmv'er en vrije tijd:

Recreatie is een van de domeinen binnen de opleiding Cmv. Deze is sterk gericht op het invullen van een zinvolle en leuke vrije tijdsbesteding. Ook de domeinen kunst en cultuur en samenlevingsopbouw kunnen hierop gericht zijn.

“Recreatie kan elementaire behoeftes bevredigen, mensen ontspannen zich geestelijk en lichamelijk. Bij recreatie is het sociale aspect zeer belangrijk, het geeft gezelligheid, plezier en ontspanning. Ook kunnen recreatieve activiteiten bijdragen aan identiteitsvorming en prestatie. Maatschappelijke participatie wordt vergroot door te recreëren in de vrije tijd. Er vindt ontmoeting plaats met andere mensen” (*Spierts, 1994*).

De Cmv'er zet programma's op voor allerlei doelgroepen; jongeren, ouderen, kinderen. Maar voor specifiekere doelgroepen zoals mensen met een verstandelijke handicap wordt deze niet opgeleid. Zij dienen zichzelf te scholen.

Verschillen in aanbod voor mensen met en zonder handicap zijn dat;

- Zij vaak meer ondersteuning en begeleiding nodig hebben;
- De begeleiding van de activiteit anders aangepakt moet worden; feeling met de doelgroep;
- Er een andere soort uitleg gegeven moet worden, die voor hen begrijpbaar is;
- De activiteit vaak vereenvoudigd moet worden;
- Er vaak ook andere vaardigheden bij komen kijken behalve begeleiden. Bijvoorbeeld het kunnen omgaan met de verschillen in niveaus en handicaps;
- Het kunnen omgaan met de complicaties die vaak komen kijken bij gehandicapten zoals medicatie gebruik en wat te doen bij bijvoorbeeld epilepsie.

3.4 Visies van instellingen:

Ik heb drie grote instellingen, gelegen in Nederland, naast elkaar gelegd om te vergelijken wat hun visie ten opzichte van de zorg van hun cliënten is, welke doelen zij nastreven en of zij zich binnen de instelling voldoende kunnen ontplooiën naar hun mogelijkheden. Ik heb hierbij gebruik gemaakt van hun internetsites, kwaliteit- en jaarverslagen.

Instellingen:

- De Compaan (Den Haag en omstreken);
- Ipse (Voorburg en omstreken);
- Amerpoort (Baarn en omstreken).

De Compaan:

De Compaan ondersteunt mensen met een verstandelijke handicap bij het leiden van hun eigen leven. Er maken ongeveer vijftienhonderd mensen met een verstandelijke handicap gebruik van de ondersteuning van de Compaan. Mensen van alle leeftijden. Mensen die veel of juist weinig ondersteuning nodig hebben. Mensen die zelf willen bepalen hoe ze wonen, waar ze werken en hoe ze hun vrije tijd doorbrengen.

De Compaan betekent metgezel. Een metgezel die ondersteunt bij wonen en dagbesteding. Die ondersteunt bij het maken van keuzes. Daarbij gaat het om wat de cliënt belangrijk vindt in zijn of haar leven. De ondersteuning van de Compaan kenmerkt zich door het streven naar integratie, zelfbepaling en ontplooiing.

Visie:

Wat vinden mensen met een verstandelijke handicap belangrijk wanneer het gaat om het leiden van hun eigen leven? En hoe kan de Compaan daar een bijdrage aan leveren?

De ondersteuning van de Compaan staat voor:

- Integratie: mens onder mensen
Mensen met een verstandelijke handicap hebben, net als ieder ander, recht op volledige deelname aan de samenleving. Mens zijn onder mensen dus. De Compaan wil mensen met een verstandelijke handicap er echt bij laten horen. Zij ondersteunen cliënten bij hun deelname aan de samenleving. Bijvoorbeeld bij het opbouwen en onderhouden van contacten met anderen. Integratie, meedoen, kan alleen als de samenleving ook openstaat voor mensen met een verstandelijke handicap en hun bijdrage serieus neemt. Mensen met een verstandelijke handicap moeten waar mogelijk gebruik kunnen maken van dezelfde voorzieningen als ieder ander. De Compaan wil zich hiervoor inspannen. Bijvoorbeeld door zelf een stapje terug te doen en meer algemene maatschappelijke instellingen te stimuleren

om, binnen hun aanbod, ruimte te maken voor mensen met een verstandelijke handicap. Dat vraagt om samenwerking met bijvoorbeeld woningcorporaties, thuiszorg en arbeidsbemiddeling.

- **Zelfbepaling: keuzes maken**
Mensen met een verstandelijke handicap willen zelf keuzes maken. Voor de één zal de controle over het eigen leven groter zijn dan voor de ander. Maar ook voor mensen met een intensieve ondersteuningsvraag is het een uitdaging om de controle over het eigen leven te laten toenemen. De ondersteuning van de Compaan is gericht op het maken van die keuzes. Medewerkers van de Compaan gaan met de cliënt op zoek naar wat hij of zij belangrijk vindt in het leven. Een persoonlijk plan beschrijft vervolgens hoe we de cliënt ondersteunen om keuzes te maken en deze uit te voeren.
- **Ontplooiing: eigen mogelijkheden ontwikkelen**
Grenzen verkennen, de eigen mogelijkheden ontwikkelen: mensen met een verstandelijke handicap willen en kunnen zich ontplooien. De laatste jaren zijn er door mensen met een verstandelijke handicap verbluffende resultaten geboekt in het leren van nieuwe vaardigheden. De koppeling van ervaringsleren aan gerichte scholing en vorming blijkt een succesvolle combinatie. De Compaan wil zich sterk maken voor de ontplooiing van mensen met een verstandelijke handicap. Scholing en vorming voor alle cliënten en hun familie vinden we een belangrijk onderdeel van de ondersteuning.

Ontwikkelingen:

De Compaan heeft het beste met zijn cliënten voor. Toch blijkt uit het jaarverslag 2003 dat bepaalde doelen nog niet bereikt zijn. Zo blijkt dat niet alle cliënten beschikken over een recent zorgplan. Het is van belang dat dit recent is omdat hier alle informatie over de cliënt in staan zoals medicatiegebruik, begeleidingsplan, toekomstplan etc. Cliënten hebben vaak te maken met invalkrachten. Ik zelf heb ook vaak meegemaakt dat ik onvoldoende informatie over hen kon vinden. Het is dan lastig om hen zo goed mogelijk te begeleiden en voor hen is het vervelend om steeds nieuwe mensen te zien die niet weten hoe ze hen kunnen helpen. Vaak zijn de oplossingen echter makkelijk, je moet het alleen wel weten, vandaar dat het zorgplan volledig en recent moet zijn.

Vaak is er ook personeelstekort, waardoor bepaalde activiteiten niet kunnen worden ondernomen met de cliënten. Dat kan de ontplooiing van een cliënt inperken. Dagelijkse activiteiten worden ondermijnt simpelweg omdat er onvoldoende personeel aanwezig is. Dat zorgt er ook voor dat cliënten niet altijd aan hun ontwikkelingsplan toekomen. De begeleiders zullen sneller handelingen over nemen door tijdgebrek. Iemand die bijvoorbeeld minder capabel is in de dagelijkse zelfzorg zal hierdoor simpele handelingen minder snel onder de knie krijgen, omdat er onvoldoende aandacht aan wordt besteed. Een goed redmiddel hiervoor is het inzetten van vrijwilligers.

Vrijwilligerswerk:

De Compaan heeft ongeveer 1500 cliënten en heeft 1400 Medewerkers. Zij maken slechts gebruik van 200 vrijwilligers. Vrijwilligers vervullen een belangrijke rol in het leven van de cliënt. Ze geven net dat beetje extra ondersteuning en aandacht dat zo hard nodig is om het leven wat leuker en gezelliger te maken. Sommigen willen graag regelmatig contact hebben met een vrijwilliger. Bijvoorbeeld om samen te zwemmen, boodschappen te doen of gewoon een praatje te maken. Vrijwilligers helpen cliënten die individueel wonen met koken. Ze gaan paardrijden met kinderen. Ze helpen met het organiseren van feesten of andere evenementen.

Ik werk nu vier jaar bij de Compaan. In totaal ben ik misschien drie of vier keer een vrijwilliger tegen gekomen en dat terwijl ik voornamelijk in de weekeinden werk. Het is dan juist belangrijk om vrijwilligers in te zetten, omdat ze dan zoveel vrije tijd hebben die vaak onvoldoende benut worden.

Voorbeeld:

Bij de Compaan zijn een aantal woningen met jonge mensen met autisme. Zij zijn in de leeftijd van 15 tot 25 jaar. Ze hebben een hoop begeleiding nodig, maar vooral in de weekeinden is er maar twee man per dagdeel beschikbaar. Dat is te weinig om bijvoorbeeld al van het terrein af te gaan en naar het bos, strand of eigen zwembad te gaan. De jongens hebben een hoop energie, die ze op de woning niet kunnen uitten. Hierdoor kan frustratie ontstaan en daaropvolgend agressie. Hierdoor vind ik het belangrijk dat zij wel dat soort activiteiten kunnen ondernemen. Zo wordt hun energie in iets positiefs omgezet.

Het helpt als je in weekeinden een vrijwilliger op de woning hebt of een extra personeelslid. Hierdoor worden de mogelijkheden tot activiteiten vergroot, hebben ze een goede besteding van hun vrije tijd en kunnen ze meer als volwaardig deelnemer van de maatschappij door gaan. Ofwel integratie, een belangrijk ijkpunt in de huidige visie op mensen met een verstandelijke handicap.

Ipse:

Ipse begeleid mensen met een verstandelijke en meervoudige handicap op basis van hun individuele zorgvraag. Het doel is om hen op basis van hun mogelijkheden een zinvolle plaats in de samenleving te helpen verwerven.

Visie:

- Ipse wil mensen met een verstandelijke en/of meervoudige beperking helpen bij het verwerven van een betekenisvolle plaats in de samenleving;
- Ipse biedt zorg en ondersteuning op maat, gebaseerd op de individuele vraag. Deze wordt op professionele en maatschappelijk verantwoorde wijze geboden;
- Ipse streeft een open en goede relatie na met haar cliënten en hun vertegenwoordigers. In deze relatie zijn kwaliteit, vernieuwing en de afstemming van het aanbod op vragen van cliënten voortdurend onderwerp van communicatie.

Mensen met een verstandelijke handicap kunnen bij Ipse wonen, leren, werken en recreëren. Intensieve zorg aan mensen met een zeer ernstige of meervoudige handicap is binnen Ipse een specialisme waar veel ervaring mee is opgebouwd. Ipse komt ook aan huis en op school. Thuiszorg en ambulante begeleiding zijn twee sterke punten van Ipse. En in verschillende plaatsen helpt Ipse mee om bij heel jonge kinderen met een verstandelijke handicap vast te stellen welke ondersteuning het beste is voor de verdere ontwikkeling.

Ontwikkelingen:

Ipse maakt gebruik van de afdeling kwaliteitszorg en een expertisecentrum om een toetsingstraject uiteen te zetten voor de zorgplannen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de GAS methode (Goal Attachment Score). Op deze manier wordt inzicht verkregen of de individuele doelen ook daadwerkelijk behaald worden.

Na een inventarisatie op het gebied van wonen blijkt er behoefte te zijn aan bijstelling en vernieuwing van het aanbod. In het vernieuwde huisvestingsplan staan de ideeën per regio opgesteld en wordt het totale aanbod verbeterd, vernieuwd en uitgebreid.

In 2003 is gestart met een implementatie van een nieuw zorg- en begeleidingsplan voor alle cliënten. Binnen twee jaar zal iedere cliënt over een actueel plan beschikken.

Vrijwilligerswerk:

Ipse heeft 90 locaties waar zo'n 2.200 cliënten gebruik van maken. Zij hebben 551 vrijwilligers die hun diensten ter beschikking stellen. Natuurlijk is dit nog onvoldoende maar het komt zeker in de goede richting.

De volgende mogelijke activiteiten kunnen vervuld worden door de vrijwilligers bij Ipse:

- Ondersteuning bij het zwemmen ;
- Verzorgen van dieren in de kinderboerderij;
- Assisteren bij de zaterdagopvang van kinderen;
- Samen de stad in;
- Wandelen of fietsen;
- Computerles geven;
- Samen koken;
- Cliënten vervoeren;
- Oproep vrijwilligers bij recreatieve activiteiten.

Ipse biedt vrijwilligers een samenwerkingsovereenkomst aan. Iedereen is goed verzekerd en reiskosten worden vergoed. Naar behoefte kan de vrijwilliger ondersteund worden door een professionele begeleider.

Amerpoort:

Amerpoort Asvz streeft naar volwaardig burgerschap van de cliënten en biedt hen de mogelijkheid om zich te ontwikkelen, zelf keuzes te maken, goede relaties aan te gaan en te onderhouden en gerespecteerd te worden. Medewerkers, vrijwilligers, cliënten, wettelijke vertegenwoordigers en verwanten werken samen aan deze doelstelling.

Amerpoort Asvz levert een belangrijke bijdrage aan de integratie van mensen met een verstandelijke beperking in de maatschappij. Amerpoort Asvz heeft daarbij altijd als doel de kwaliteit van het bestaan van haar cliënten te optimaliseren.

Visie:

Mensen met een verstandelijke handicap kunnen zó worden ondersteund dat zij een volwaardige plaats als burger in de samenleving krijgen. Ieder mens wil zelf richting en inhoud geven aan zijn bestaan. Dat betekent ook dat onze cliënten, binnen de maatschappelijk verantwoorde kaders, zelf kunnen kiezen waar en door wie ze worden begeleid. Amerpoort Asvz helpt de cliënten zoveel mogelijk bij het realiseren van hun wensen en keuzes op het gebied van wonen, volwaardige dagbesteding en zinvolle vrijetijdsbesteding. Hierbij staat respect voor de persoon en zijn levensverhaal centraal.

De vier beleidsspeerpunten:

- *De integratie van kinderen met een verstandelijke handicap;*
- *Vermaatschappelijking van de zorg;*
- *Ouderenbeleid;*
- *Volledige dagbesteding voor mensen met een ernstige meervoudig complexe beperking.*

Ontwikkelingen:

Amerpoort Asvz staat op en voor nieuwe initiatieven, veranderingen en aanpassingen aan het huidige beleid. In 2003 maakten zij een inhaalslag in de zorgplansystematiek. De dynamiek blijkt ook uit de grote hoeveelheid evenementen en activiteiten, die worden georganiseerd.

Daarnaast biedt de organisatie ruimte voor nieuwe initiatieven zoals lunchroom Terminus De Onthaasting in Amersfoort, waar tien cliënten van De Amerpoort in 2003 aan de slag zijn gegaan.

Er komt een fusie met ASVZ Utrecht. Deze twee organisaties hebben elkaar veel te bieden. Ze vullen elkaar op natuurlijke wijze aan: ASVZ Utrecht is sterk in kleinschalige woonbegeleiding in de provincie Utrecht en De Amerpoort heeft een gedifferentieerd dienstverleningspakket in uitsluitend de regio Eemland. Bovendien nemen zij gezamenlijk een sterkere, strategische positie in dan elk apart. Het fusietraject is relatief snel en soepel verlopen zodat de twee organisaties vanaf 1 januari 2004 door het leven gaan als Amerpoort Asvz.

De gehandicaptenzorg is volop in ontwikkeling en ook dat heeft De Amerpoort in 2003 gemerkt. Trends als individualisering en vermaatschappelijking van de zorg zetten door. De vormgeving van de AWBZ is sterk gewijzigd en per 1 april 2003 gemoderniseerd. Het sociaal-economische klimaat is snel verslechterd. De tijden van substantiële verruiming van middelen zijn daarmee voorlopig van de baan en kortingen op de gezondheidszorg zijn doorgevoerd.

Vrijwilligers:

Amerpoort heeft zo'n 1600 mensen met een verstandelijke beperking die gebruik maken van de instelling. Er werken 1900 professionals en ruim 350 vrijwilligers. Vrijwilligers worden door professionals begeleidt. Er zijn scholingsmogelijkheden, een reiskostenvergoeding en een collectieve WA- en ongevallenverzekering. Verder is er een Vrijwilligersraad die de belangen van de grote groep vrijwilligers bij Amerpoort Asvz behartigt.

De mogelijkheden voor de vrijwilligers:

- Vrijwilligerswerk woongroepen;
- Vrijwilligerswerk vrije tijd en dagcentra.

Vergeleken met de Compaan doet Amerpoort het zeer goed wat betreft het inzetten van vrijwilligers. Zij hebben bijna evenveel cliënten maar wel 150 vrijwilligers meer.

Conclusie:

Ik denk dat gezien het aantal cliënten de instellingen hebben het aantal vrijwilligers nog minimaal is. Veel cliënten hebben weinig contacten, hun netwerk is beperkt. Vandaar dat vrijwilligers erg belangrijk zijn. Er zijn wel organisaties die over het inzetten van vrijwilligers gaan. Het lijkt erop dat hier onvoldoende aandacht aan besteed wordt.

3.5 Methodische werkvormen:

Ik heb onderzocht welke methoden en andere hulpmiddelen er toe bij kunnen dragen om de ontwikkeling van iemand met een verstandelijke handicap te kunnen optimaliseren. Ik heb verschillende methoden gevonden, waarvan ik er een aantal verder uitwerk. Ik verwacht dat wanneer deze methoden op een persoon worden toegepast de kwaliteiten meer benut kunnen worden en competenties vergroot en verbeterd kunnen worden. De methoden kunnen per doelgroep in meer of mindere mate worden toegepast. Hier ga ik in de eindfase van het verslag verder op in.

Het probleem dat ik vaak ben tegen gekomen is dat de methoden niet of onvolledig worden toegepast. Dit is niet omdat de wil er niet is, maar zit hem meer in personeelsgebrek en tijdgebrek of het onvoldoende stellen van prioriteiten vanuit bijvoorbeeld de begeleiding of het management.

De volgende methoden en andere hulpmiddelen kunnen een bijdrage leveren om ontplooiing te optimaliseren;

- 1) EIM;
- 2) ITP(dagbesteding);
- 3) Zorgplan (sector wonen);
- 4) Project: zeg het ons!;
- 5) Vormingscentra;
- 6) Sociaal netwerken (projectenbank);
- 7) Vrijwilligers.

1: EIM:

EIM staat voor het Eigen Initiatief Model. Dit is een vernieuwende methode die nog niet lang wordt toegepast. Het ondersteunt cliënten om zo zelfstandig mogelijk problemen op te lossen.

EIM richt zich op het leren van denkvaardigheden om zelfredzaamheid te vergroten in het dagelijks leven: thuis, op het werk en in de vrije tijd. Bij EIM gaat het niet alleen om de vraag hoe ondersteuners (ouders, begeleiders, docenten, enzovoort), mensen met een beperking vaardigheden aan moeten leren, maar vooral om hoe mensen met een beperking zichzelf vaardigheden kunnen aanleren door middel van zelf te leren nadenken. EIM is een uitwerking van de visie waarvan de kernbegrippen zijn: burgerschap, gelijke rechten en plichten, zelfstandigheid, verantwoordelijkheid en ondersteuning in de eigen leefomgeving ([www. members.chello.nl](http://www.members.chello.nl)).

Veel situaties en problemen waarmee mensen met een verstandelijke handicap tegen aan lopen zijn vaak gewone dagelijkse situaties en problemen. Daarom moet leren niet alleen op school plaats vinden, maar vooral ook in het dagelijks leven. Problemen houden vaak in dat zij niet bereiken wat ze zouden willen bereiken of dat zij vaak niet eens weten wat ze zouden willen bereiken of wat van ze wordt verwacht. Leren zou er dan ook op gericht moeten zijn dat mensen met een verstandelijke handicap in het dagelijks leven alternatieven, kennis en vaardigheden, aangereikt krijgen waarmee het hen beter lukt dat te bereiken wat ze zelf zouden willen of te begrijpen wat van ze wordt verwacht en daarnaar te handelen. Voorwaarde is dan wel dat verwachtingen zijn afgestemd op hun mogelijkheden om te leren.

De volgende vier onderwerpen hangen samen met het thema: Leren in het dagelijks leven:

1. Generalisatie
2. Aangeleerde afhankelijkheid
3. Algemene vaardigheden: vaardigheden voor het denken
4. Instructie en coaching van het leren in het dagelijks leven

Deze onderwerpen liggen aan de basis van het "Eigen Initiatief Model" en kunnen behulpzaam zijn bij het geven van vorm en inhoud aan het ondersteunen van mensen met een verstandelijke beperking bij het leren (*J.T. Timmer, 2003*).

Generalisatie

Generalisatie oftewel de toepassing van kennis en vaardigheden in de praktijk van alledag. Eén van de meest opvallende zaken bij mensen met een verstandelijke handicap, als het gaat om leren, is dat zij veel moeite hebben om kennis en vaardigheden die zij hebben geleerd zelfstandig toe te passen in allerlei dagelijkse situaties. Vaak is de verbazing van mensen om ze heen groot als blijkt dat ze iets niet doen, terwijl men op basis van ervaring wel verwacht dat ze het kunnen. Een vaardigheid kan wel begrepen worden maar het toepassen daarvan kost tijd.

Voorbeeld:

J heeft van zijn begeleider geleerd hoe hij soepballetjes moet maken. Vandaag moeten er geen soepballetjes gemaakt worden, maar gehaktballen voor bij de zuurkool. De begeleider verwacht dat J, omdat het dezelfde soort handelingen is als bij het maken van soepballetjes, geen moeite zal hebben met het maken van gehaktballen. Deze verwachting blijkt echter niet uit te komen. Als de begeleider na een tijdje bij J komt kijken, heeft hij een stapel soepballetjes gemaakt.

Generaliseren is niet alleen moeilijk voor mensen met een verstandelijke beperking, maar voor iedereen. Een handeling kun je misschien heel goed begrijpen maar het toepassen ervan is een heel ander verhaal en is misschien veel lastiger dan in eerste instantie gedacht. J uit het voorbeeld staat voor precies hetzelfde probleem. Hij kent de handelingen die nodig zijn voor het maken voor soepballetjes en kan deze handelingen ook uitvoeren. Nu staat hij voor het probleem dat hij dezelfde soort handelingen moet toepassen met dit verschil dat hij iets anders moet maken dan hij gewend is. Hierover moet hij echter nadenken. En dat is precies waar hij de meeste moeite mee heeft. In veel gevallen ben ik hier ook tegenaan gelopen. Vaak zal je moeten blijven herhalen en uitleggen wat er moet gebeuren en welke handeling daarbij toegepast moet worden.

Generalisatie is één van de belangrijkste criteria om te kunnen bepalen of leren ook resultaat heeft. Bij mensen met een verstandelijke handicap lijkt dit nu juist het grootste knelpunt op te leveren. Ze kunnen heel veel vaardigheden leren. Voor de toepassing daarvan in het dagelijks leven, de generalisatie, zijn ze echter afhankelijk van anderen zoals ouders, leerkrachten, persoonlijk begeleiders en dergelijke. Handelingen lijken vaak uit gevoerd te worden middels automatisme en gewoontevorming; een stap verder denken of reflecteren is vaak teveel gevraagd.

Aangeleerde afhankelijkheid:

Mensen met een verstandelijke handicap zijn, meer dan op grond van hun leeftijd verwacht mag worden, afhankelijk van anderen om te kunnen functioneren in de samenleving. Afhankelijkheid is niet erg want iedereen heeft anderen nodig, maar in de huidige visie op ondersteuning, waarvan vermaatschappelijking van de zorg centraal staat, staan begrippen als zelfstandigheid en integratie bovenaan. Ondersteuning dient ertoe bij te dragen dat mensen meer zelf de regie over hun leven leren nemen en leren zelfstandiger te leven en minder afhankelijk te worden van ondersteuning door professionals. Voor de meeste mensen met een verstandelijke beperking geldt dat zij waarschijnlijk hun hele leven lang afhankelijk blijven van ondersteuning. Het gaat echter om de vraag op welke manier en met welke intentie die ondersteuning, ook bij het leren, wordt gegeven. Ondersteuning mag mensen niet meer afhankelijk maken dan noodzakelijk.

Juist in de afhankelijkheid schuilt een valkuil, voor zowel mensen met een verstandelijke beperking als voor de mensen die hen ondersteunen in het dagelijks leven. Deze valkuil is de valkuil van de aangeleerde afhankelijkheid. Een houding die zij in hun leven hebben geleerd: als je iets goed wilt doen, dan heb je daar een ander voor nodig die je uitlegt hoe je dat moet doen. Niet iedereen zal zo expliciet aanspraak doen op de hulp van anderen. Aangeleerde afhankelijkheid kan zich op vele manieren uiten. Sommige mensen gaan gewoon aan de slag en wachten wel af tot iemand zegt dat ze het anders moeten doen. Anderen wachten af en doen niks, net zolang tot iemand naar ze toekomt en hen uitlegt wat ze moeten doen.

De motivatie van veel mensen om te werken met mensen met een verstandelijke beperking is vaak dat ze mensen willen helpen. Als iets niet lukt ben je snel geneigd het voor te doen of de handeling over te nemen. Er wordt voor iemand gedacht in plaats van iemand zelf te laten na denken.

Ook kan het zo zijn dat er daardoor een bepaalde gemakszucht van iemand uit gaat. "Ik kan iets niet of ik wil iets niet doen dus doe ik net alsof ik het niet kan, dan doet mijn begeleider het wel voor mij". Het is wel een kwestie van ervaring dat je dit patroon leert herkennen. Vaak kunnen mensen met een verstandelijke handicap meer dan je denkt en dat je uitgeprobeerd wordt is iets waar je altijd alert op moet zijn.

Algemene vaardigheden:

Om te generaliseren is het niet alleen een voorwaarde dat mensen allerlei concrete vaardigheden beheersen. De meeste mensen met een verstandelijke handicap kunnen veel meer dan meestal wordt aangenomen. Het probleem voor veel mensen met een verstandelijke handicap is echter dat zij niet of in ieder geval niet op de juiste manier nadenken over wat ze doen. Voor een buitenstaander lijkt het ook vaak zo dat mensen ofwel niks doen of zonder erbij na te denken enthousiast en zonder zich druk te maken over het eindresultaat aan de slag gaan. Ze doen maar wat, ze denken niet na. Daar

hebben ze toch anderen voor? Bij het Eigen Initiatief Model wordt in dit verband gesproken over het leren van algemene vaardigheden: vaardigheden die iemand helpen na te denken over situaties, problemen waar zij tegen aanlopen in het dagelijks leven.

Mensen leggen niet als vanzelfsprekend de relatie tussen de vraag, wat zij willen bereiken of wat er van ze wordt verwacht, en de manier waarop zij iets kunnen aanpakken om daadwerkelijk dat te bereiken wat ze willen. Ondersteuning van het leren moet er daarom ook op gericht zijn om hen deze relatie te leren leggen. Om mensen ook leermomenten te geven om te leren wanneer je moet nadenken, waarover je dan moet nadenken en vooral waarom je moet nadenken over wat je doet.

Het Eigen Initiatief Model biedt onder anderen richtlijnen om antwoorden op allerlei vragen te geven. De kern is dat mensen moeten leren nadenken voor zij iets doen, dat zij blijven nadenken terwijl ze een handeling uitvoeren en dat ze nadenken als ze iets gedaan hebben, dus achteraf.

Als mensen leren nadenken over dit soort vragen, wordt hun inzicht in eigen mogelijkheden en beperkingen vergroot. Met als gevolg daarvan worden zij minder en in ieder geval op een andere manier afhankelijk van anderen. Zij leren dan dat zij anderen niet meer nodig hebben om hen te uit te leggen wat ze moeten doen, maar dat zij anderen, als zij er zelf niet uitkomen, kunnen vragen hen te helpen nadenken over hoe ze situaties kunnen aanpakken die zij moeilijk vinden. Het leren denken vraagt van anderen een heel andere invulling van de ondersteuning dan men meestal gewend is te geven.

Instructie en coaching:

Om mensen te leren nadenken is het van belang dat anderen hen in het dagelijks leven ondersteunen bij het nadenken. Bij het Eigen Initiatief Model is de ondersteuner directief op denkniveau en juist non-directief op uitvoeringsniveau. Dat kan vooraf zijn, terwijl iemand ergens mee bezig is of als iemand ergens mee klaar is.

Waar het steeds om gaat is dat anderen de persoon in kwestie heel directief vragen om eens na te denken over vragen die eerder zijn geformuleerd. Instructie is dan gericht op kennis overdracht: wat is denken, waarom is het belangrijk, op welke momenten denk je na, en waarover denk je dan na. Instructie is van belang bij mensen die “nog moeten leren nadenken”. Coachen is bedoeld om mensen, die al de nodige kennis hebben van algemene vaardigheden, te coachen in de toepassing van deze kennis. Door te coachen leer je mensen de situaties of momenten herkennen waarin het van belang is om na te denken. De inzet is wel dat degene die ondersteunt het denken steeds meer over laat aan de persoon in kwestie en langzamerhand naar de achtergrond verdwijnt. Het doel is dat de persoon, uiteraard binnen de grenzen van zijn mogelijkheden, zelf sturing geeft aan zijn handelen door daar steeds goed over na te denken.

Iemand met een verstandelijke handicap heeft expliciet ondersteuning nodig om zelfstandiger en minder afhankelijk van anderen te worden. Ondersteuning die erop gericht is de persoon in kwestie te leren wat de meeste mensen zelf hebben geleerd:

- Inzicht in eigen functioneren in het dagelijks leven verwerven en hierop kunnen reflecteren;
- Vertrouwen op de eigen mogelijkheden om iets voor elkaar te krijgen. Dit betekent natuurlijk niet dat daarbij niet de hulp van anderen gevraagd kan worden. Soms is het heel goed om dat juist wel te doen.

Mijn ervaring is dat bij het leren in het dagelijks leven de grootste investering van begeleiders gevraagd wordt. Mijn bevindingen laten zien dat, mits zij op de juiste wijze en intensief worden ondersteund, mensen met een verstandelijke beperking heel goed kunnen leren denken. Dit vraagt echter van de begeleider dat hij leert om mensen ruimte te geven om te oefenen en dus ook om fouten te maken en daarvan te leren. Het vraagt ook van de begeleider dat hij inzicht heeft in waar hij de grenzen moet stellen om te voorkomen dat mensen verdwalen in de ruimte die ze krijgen.

2: ITP:

ITP staat voor het Individueel Toekomst Plan. Iedere cliënt binnen dagbesteding krijgt zo'n plan. Het ITP helpt een begeleider en cliënt om duidelijk te krijgen:

- Wat de cliënt interessant vindt;
- Wat de cliënt voor dagbesteding of werk wil doen;
- Waar de cliënt dagbesteding wil of wil werken;
- Wat de cliënt nodig heeft en prettig vindt;
- Wat de begeleider voor de cliënt moet doen.

Als dit duidelijk is, maken de cliënt en begeleider samen afspraken zodat de cliënt weet wat hij voor dagbesteding of werk gaat doen en wat hij daarbij nodig heeft. Een actieplan is onderdeel van het ITP. Hierin staan de afspraken tussen de begeleider en de cliënt.

De ITP-coaches geven advies hoe begeleiders het beste met ITP's kunnen omgaan. Zij ondersteunen begeleiders bij het maken van ITP's en geven advies (www.amerpoort.nl).

3: Zorgplan (persoonlijk plan):

Veel instellingen werken voor de individuele zorgverlening met een zorgplan/persoonlijk plan. Dit plan wordt ontwikkeld en uitgevoerd in samenspraak met cliënten, hun begeleiders en familie. In het plan komt aan de orde welke ondersteuning wordt aangeboden aan de cliënt en wat zijn ondersteuningsvraag is. Daarbij gaat het om: het onderhouden van relaties, het onderkennen van het belang van een persoonlijk netwerk, het ontwikkelen en onderhouden van praktische en sociale vaardigheden, deelname aan het maatschappelijk leven, de mogelijkheid om zelf keuzes te maken en waardering voor zichzelf en anderen. Het zorgplan is van toepassing op de woonsituatie en de cliënt (www.decompaan.nl).

Het ITP en het zorgplan worden afzonderlijk van elkaar opgesteld. Hierdoor kan langs elkaar heen gewerkt worden en liggen niet alle belangen van de cliënt vast in beide plannen. De nieuwste ontwikkeling is dat er een nieuw plan opgesteld wordt. Het ITP en het zorgplan wordt dan een geheel.

Uit het kwaliteitsjaarverslag 2003 van de Compaan is gebleken dat het zorgplan nog niet altijd compleet of actueel is. Dit is wel zeer belangrijk om de juiste zorg aan te bieden. Ik ben dit in de praktijk ook regelmatig tegen gekomen. Het is gecompliceerd om dan goede zorg en begeleiding te geven. Vrijwel iedere instelling stelt als doel dat iemand met een verstandelijke handicap zoveel mogelijk integreert en zelfredzaam is. Om dit te bereiken moet het zorgplan actueel zijn zodat er aan de doelen gewerkt kan worden en er progressie geboekt kan worden.

4: Project: Zeg het ons!

Hoe beter de kwaliteit van je bestaan hoe vrijer en gemakkelijker je je voelt om activiteiten te ondernemen. De kwaliteit van de zorg is niet overal zoals gewenst, maar dit is wel een primaire basisbehoefte. In het project Zeg het ons! (*eindreportage zeg het ons!*, 2003), is een nieuwe benadering ontwikkeld en getoetst om de kwaliteit van het bestaan van mensen met een verstandelijke handicap te onderzoeken. Organisaties kunnen aan de hand van dit project baat hebben bij de uitkomsten van de interviews die worden afgenomen en zouden deze methode ook in hun eigen organisatie kunnen toepassen of laten uitvoeren door opgeleide interviewers van het project Zeg het ons!

Uniek aan deze benadering is dat mensen met een verstandelijke handicap zelf nauw bij het onderzoek betrokken zijn. De interviews worden uitgevoerd door speciaal opgeleide mensen met een verstandelijke handicap. De uitkomsten van het onderzoek worden besproken met de interviewers, respondenten en de lokale Onderling Sterk vereniging.

Het project verschaft informatie voor instellingen en instanties waarmee ze een betere kwaliteit van het bestaan van cliënten kunnen bevorderen. De deelnemende mensen worden geprikkeld om na te denken over hun bestaan, hun wensen en hun voorkeuren. Het project biedt de kans om cliënten optimaal te betrekken bij verbetertrajecten rond kwaliteit van bestaan.

NIZW Zorg werkt samen met Onderling Sterk aan *Zeg het ons!* Onderling Sterk is een verzamelnaam voor lokale en regionale belangenverenigingen voor en door mensen met een verstandelijke beperking. Doelen van Onderling Sterk zijn:

- Elkaar helpen;
- Anderen laten zien dat ook iemand met een beperking veel kan;
- Zeggen wat je belangrijk vindt.

De volgende vragen worden onder andere onderzocht door en voor mensen met een verstandelijke beperking:

- Wat vinden cliënten van de zorg- en dienstverlening?
- Wat vinden de cliënten van hun "kwaliteit van bestaan"?
- Waar lopen zij tegenaan?
- Welke oplossingen dragen cliënten zelf aan?

Steeds meer organisaties stellen zich deze vragen. De uitkomsten worden door respondenten zelf, ondersteund door het team Zeg het ons!, gepresenteerd aan managers, begeleiders en cliënten.

Naast uitkomsten worden ook zelf bedachte, dus concrete en haalbare tips over wonen, werk, vrijetijdsbesteding, ontwikkeling, gevoel, relaties en zelfbeschikking gepresenteerd. In het traject erna kunnen instellingen en betrokken cliënten daar samen direct mee aan de slag.

5: Het Vormingscentrum:

Bij de Compaan wordt gewerkt met een vormingscentrum speciaal gericht op hun cliënten. Een vormingscentrum is vrij uniek en komt bij andere instellingen bijna niet voor. Het vormingscentrum richt zich op:

- EIM;
- ITP-coaches;
- Vorming.

Soms geeft een cliënt in het ITP aan iets te willen leren. Het gaat dan om dagbesteding of werk beter en zelfstandiger te kunnen doen. Met dit soort hulpvragen kan een cliënt terecht bij het Vormingscentrum. Medewerkers van het Vormingscentrum kijken waar de cliënt het beste een cursus kan volgen. Als er geen passende cursus te vinden is bij bestaande instellingen, maakt het Vormingscentrum een cursus. Een vormingsmedewerker geeft de cursus en oefent met de cliënt.

Het Vormingscentrum geeft cursussen op het gebied van:

- Sociale vaardigheden;
- Persoonlijke vaardigheden;
- Praktische vaardigheden.

Andere organisaties werken vaak met een expertise centrum. Deze bestaan dan uit logopedisten, fysiotherapeuten etc.

6: Sociaal netwerken (projectenbank):

NIZW Zorg heeft het initiatief genomen een platform op te zetten waaraan mensen deelnemen die zich op verschillende manieren bezighouden met sociale netwerken van mensen met een verstandelijke handicap. Vanuit dit platform heeft NIZW Zorg een aantal activiteiten ontwikkeld, waarvan ik op de volgende inga;

Het verzamelen van informatie voor een databank van projecten op het terrein van sociaal netwerken.

Een goed sociaal netwerk is één van de belangrijkste factoren voor de kwaliteit van iemands bestaan. Een sociaal netwerk biedt mensen toegang tot de samenleving. Het aangaan en onderhouden van sociale contacten is voor mensen met een verstandelijke handicap vaak moeilijker dan voor andere mensen. Oorzaken daarvoor zijn:

- Mensen zonder een verstandelijke handicap hebben vooroordelen over mensen met een verstandelijke handicap en mijden daarom contact;
- Omdat mensen met een handicap in meer of mindere mate ondersteuning nodig hebben, zijn relaties met andere mensen vaak niet gelijkwaardig;
- Het ontbreekt mensen met een verstandelijke handicap dikwijls aan kennis en ervaring die nodig is om contacten te leggen en te onderhouden;
- Mensen met een verstandelijke handicap komen minder op plaatsen waar ze andere mensen kunnen ontmoeten. Deze plaatsen zijn niet voor hen toegankelijk, mensen met een verstandelijke handicap durven niet of omdat ze deze plaatsen niet kennen;
- Het belang van het sociaal netwerk voor mensen met een verstandelijke handicap is lang onderschat (www.nizw.nl).

Op het gebied van sociale contacten blijkt meer mogelijk te zijn dan gedacht wordt. Mensen met een verstandelijke handicap zijn vaak erg gemotiveerd om te werken aan hun sociale netwerk, maar kunnen of durven dit niet altijd. Mensen zonder verstandelijke handicap ervaren het contact dikwijls als een verrijking.. De contacten ontstaan meestal niet vanzelf. Wonen in een huis in de samenleving is misschien een voordeel, maar leidt niet automatisch tot meer contacten.

Mensen met een handicap hebben vaak minder contact met anderen dan zij willen en nodig hebben. Door de ontwikkelingen van een tehuis naar kleinschalig wonen, neemt de noodzaak toe om aandacht te besteden aan hun wensen om in verbinding te staan met burens, de wijk, vrienden, collega's, familie of een partner. Er is behoefte aan gerichte begeleiding voor het opbouwen en onderhouden van sociale netwerken.

In 1999 nam het NIZW het initiatief tot de oprichting van het landelijke platform waarin actieve betrokkenen uit het hele land, gericht op het opbouwen en onderhouden van sociale netwerken, hun kennis en ervaring uitwisselden, nieuwe feiten en inzichten opdeden en een bepaalde benadering of methodiek gezamenlijk ontwikkelden. Het NIZW organiseert samen met de deelnemers aan het platform en ondersteunende werkgroepen bijeenkomsten. De projectenbank sociale netwerken is een volgend initiatief van het platform (www.nizw.nl).

7: vrijwilligers:

Het inzetten van vrijwilligers in gehandicapten zorg is van belang. Vaak is er gebrek aan personeel waardoor een extra paar handen goed van pas komt. Het vergroot de mogelijkheden om activiteiten te ondernemen.

De meerwaarde wordt in het onderzoeksrapport, vrijwilligerswerk *"geef smoel naar binnen en buiten, 2005"*, als volgt omschreven:

Alle vrijwilligerscoördinatoren delen de mening dat vrijwilligers iets extra's bieden voor de cliënten. Zij verbeteren de sfeer in huis en verbeteren het welzijn. Zij kunnen extra aandacht bieden, en vormen een brug naar de buitenwereld. Ten tweede is het belangrijk voor het welbevinden van de vrijwilligers zelf. Als voor hen duidelijk is wat er van hen wordt verlangd en wat zij kunnen betekenen voor de cliënten voelen zij zich meer op hun gemak en doen zij hun taken beter. Vrijwilligers die niet goed weten wat zij komen doen en wat zij nu eigenlijk bijdragen vetrekken snel weer, opdat zij dan denken hun tijd te verdoen.

3.6 Community care:

Community care betekent "als ieder ander" kunnen leven in de samenleving. Voor mensen met een verstandelijke handicap betekent dat:

- Leven;
- Werken;
- Onderwijs in de samenleving;
- Gebruik maken van voorzieningen in wijk of buurt;
- Zeggenschap.

In 1999 schreef de Beraadsgroep Community Care een positief advies over het gefaseerd invoeren van Community Care aan de staatssecretaris van VWS. Het ministerie gaf daarna aan het NIZW de opdracht om deze verandering naar Community Care gericht te ondersteunen.

Van 2000 tot en met 2002 heeft het NIZW het programma Community Care uitgevoerd en de volgende activiteiten verricht:

- Initiatieven op het terrein van Community Care zijn in kaart gebracht en beschreven;
- Het NIZW deed onderzoek naar de veranderingsprocessen en de consequenties daarvan voor cliënten;
- Het NIZW zette platforms op, zodat betrokkenen kennis en ervaring konden uitwisselen. (zie paragraaf *"Methodische werkvormen, Sociaal Netwerken"*).

De introductie van het concept community care heeft niet tot de gewenste verandering, participatie van mensen met een beperking en zeggenschap van mensen met een beperking over hun eigen leven, geleid. De belangrijkste redenen hiervoor zijn:

- De toepassing van community care is te vrijblijvend geweest:
Hierdoor is slechts op beperkte schaal ingang gevonden in de gehandicaptenzorg. Initiatiefnemers hebben daarbij tegen de stroom in moeten roeien.
- De uitwerking van community care is te eenzijdig geweest:
Community care vraagt een complex veranderingsproces: de verzuiling tussen de sectoren moet verdwijnen, de lokale overheid moet een nieuwe, stimulerende rol op zich nemen.

De gedachte achter het concept "community care" is nog steeds actueel. Dit is samen te vatten in vier aspecten: de institutionalisering van de zorg, empowerment van mensen met een beperking en hun verwanten, toegankelijkheid en samenwerking. Op alle vier gebieden laat de situatie in Nederland te wensen over, ook ten opzichte van andere landen, en wordt het volwaardig burgerschap van mensen met een beperking belemmerd (www.nizw.nl).

Deze vier aspecten hangen nauw met elkaar samen. De realisatie van één aspect kan niet zonder de andere drie.

- De institutionalisering van de zorg:
Instellingen stemmen in toenemende mate hun aanbod af op de individuele behoefte en mogelijkheden van cliënten. Door de vormgeving van de zorg wordt het aanbod echter nog steeds in belangrijke mate bepaald door de belangen van de medewerkers en van de organisatie in plaats van door de wensen van de cliënt.
Om er voor te zorgen dat mensen zeggenschap hebben over hun eigen leven, moet hun afhankelijkheid van de zorgaanbieder worden teruggedrongen. Om dat te bereiken is een verandering nodig van de zorg vanuit de instelling waarbij het accent moet liggen op een allesomvattend aanbod. Hierbij moet ondersteuning aangeboden worden, zo zelfstandig mogelijk te leren functioneren in de samenleving. Om dat te bereiken moeten zorginstellingen zich meer gaan richten op samenwerking met het persoonlijk netwerk van een cliënt en met algemene maatschappelijke voorzieningen.
- Empowerment:
Mensen met een verstandelijke handicap hebben nog onvoldoende invloed en macht om hun leven in dezelfde mate vorm te geven zoals zij dat prefereren. Zeggenschap van mensen met een beperking wordt vooral ingevuld binnen de zorg door middel van onder meer cliëntenraden, individuele zorgplannen en persoonsgebonden budgetten. Mensen kunnen zo weliswaar keuzes maken, maar blijven in grote mate afhankelijk van de bereidheid en mogelijkheden van zorgaanbieders.
Om mensen met een verstandelijke handicap werkelijk zeggenschap te geven, moeten deze naast cliënt ook als burger invloed kunnen uitoefenen op zaken die met hun leven te maken hebben. De Wet Gelijke Behandeling biedt daarvoor een basis, maar bestrijkt nog niet alle relevante levensgebieden. Daarnaast zijn ook het contact met lotgenoten, trainingen en participatie van mensen met een verstandelijke handicap belangrijke bronnen van empowerment.
- Toegankelijkheid:
Veel algemene voorzieningen zijn niet toegankelijk voor mensen met een beperking. Gebouwen kennen tal van fysieke belemmeringen en er wordt onvoldoende rekening gehouden met de specifieke behoefte van mensen met een verstandelijke handicap.
- Samenwerking:
Er is sprake van allerhande regelingen en voorzieningen, die niet op elkaar afgestemd zijn. Op de verschillende beleidsterreinen worden eigen oplossingen ontwikkeld en de diverse uitvoeringsinstanties werken langs elkaar heen. Onduidelijk is wie verantwoordelijk is voor het welzijn van mensen met een verstandelijke handicap en wie de regie voert.
Gemeenten wordt een belangrijke rol toegedicht bij het realiseren van een ondersteuningsstructuur, zoals het toegankelijk maken van algemene voorzieningen en het (helpen) creëren van alternatieven voor het bestaande categorale aanbod. Gemeenten hebben op dit moment echter in het algemeen weinig aandacht voor het welzijn van mensen met een verstandelijke handicap. De aandacht van gemeenten voor welzijnsvraagstukken beperken zich vaak tot de doelgroep ouderen.

De afgelopen tijd heeft het accent gelegen op onderzoek naar en bezinning op de voorwaarden voor een leven in de lokale samenleving van mensen met een verstandelijke handicap. Om te voorkomen dat het streven naar volwaardig burgerschap voor mensen met een verstandelijke handicap in een impasse raakt, is het nodig nu het accent te leggen op concrete acties in de praktijk.

Om mensen met een verstandelijke handicap dezelfde mogelijkheden te geven als anderen mensen om hun leven vorm te geven volgens hun eigen preferenties, zijn twee strategieën nodig:

- Realisatie van onderop door mensen met een verstandelijke handicap, hun omgeving, lokale en regionale voorzieningen en gemeenten;
- Bekrachtiging van bovenaf door financieringsmogelijkheden en rechten die desnoods kunnen worden afgedwongen.

Belangrijke aandachtspunten daarbij zijn:

- Focus:
Om de voorwaarden voor participatie in de samenleving in één keer te realiseren voor alle mensen met een verstandelijke handicap, wordt een te grote en complexe opgave geacht. Om een doorbraak te bewerkstelligen kan op een aantal plaatsen gericht gewerkt worden aan de voorwaarden voor participatie van jongeren met een verstandelijke handicap. Deze pilots

gaan uit van de wensen en behoeften van jongeren met een verstandelijke handicap in die in deze plaatsen wonen ten aanzien van hun dagelijks leven en alle levensterreinen. De partijen die in deze experimenten participeren (gemeente, categorale en algemene aanbieders, zorgkantoor, organisaties van mensen met een verstandelijke handicap et cetera) zouden daarbij desgewenst ondersteuning kunnen krijgen van ondersteunende en onderzoeksorganisatie. Bovendien zouden de gemeenten waar de experimenten plaatsvinden, vrij van regels verklaard kunnen worden, zodat er ruimte ontstaat om buiten bestaande kaders oplossingen te vinden.

- Kennis:

Er is al veel kennis ontwikkeld, ook buiten de gehandicaptenzorg, die relevant is voor de participatie van mensen met een verstandelijke handicap. Het ontbreekt echter aan samenhang, waardoor de aanwezige kennis onvoldoende wordt benut. Bovendien sluit de kennisontwikkeling en verspreiding onvoldoende aan op de vragen en behoefte uit de praktijk. Om de bestaande kennis optimaal te benutten moeten mogelijkheden worden gecreëerd om deze uit te wisselen, te verbinden en te verspreiden. Bovendien moet de toepassing ervan in de praktijk worden bevorderd.

3.7 Samenvatting:

Dit hoofdstuk stond in het teken van de praktijk met betrekking tot onder andere instellingen, vrijetijdsbesteding en methodische werkvormen. In het kort benoem ik hier de belangrijkste punten nogmaals.

- 1) Veel organisaties lenen hun bestaan aan de inzet van vrijwilligers. Om hen te werven en behouden zijn twee factoren van belang om succesvol te werken met vrijwilligers;
 - o Duidelijkheid van de positie van de vrijwilliger;
 - o Het aansturen en begeleiden van vrijwilligers.
- 2) Integratie van mensen met en zonder verstandelijke handicap op sportgebied is beperkt. Om de drempel tot sportdeelname te vergroten moeten de volgende maatregelen getroffen worden;
 - o Participatie;
 - o Professionalisering en vrijwilligerswerk;
 - o Onderzoek naar continuering van samenwerking door de gehandicapten sport;
 - o Inventariseren en aanbieden van het bestaande aanbod aan deskundigheidsbevordering.
- 3) Instellingen maken over het algemeen onvoldoende gebruik van vrijwilligers
- 4) De volgende methoden en hulpmiddelen kunnen een bijdrage leveren om ontplooiing te optimaliseren;
 - o Eigen initiatief model (EIM);
 - o Individueel toekomst plan (ITP);
 - o Zorgplan;
 - o Vormingscentra;
 - o Sociaal netwerken (projectbank);
 - o Project: Zeg het ons!;
 - o Vrijwilligers.
- 5) Community care: Het kunnen leven als ieder ander in de samenleving. Vier aspecten;
 - o Institutionalisering van de zorg;
 - o Empowerment;
 - o Toegankelijkheid;
 - o Samenwerking.

Hoofdstuk 4: Mogelijkheden:

4.1 Inleiding:

Naar aanleiding van de gevonden informatie zal ik in dit hoofdstuk ingaan op de inleiding waar de gestelde eisen van het eindproduct aan moeten voldoen;

- 1) Ontwerp van drie concepten
- 2) Werkwijze per doelgroep

1: Op het gebied van zorg is de Cmv'er niet opgeleid. Uit het onderzoek is gebleken dat de Cmv'er wel op een aantal andere gebieden ingezet kan worden. Dit richt zich meer op de beleidsmatige, organisatorische en recreatieve kant. Ik ontwerp 3 concepten waar de relevantie van de rol van de Cmv'er wordt toegelicht.

2: In dit gedeelte van het eindverslag ga ik in op welke werkwijze per doelgroep toegepast kan worden. Deze dient ter ondersteuning van de concepten.

4.2 Drie concepten:

De Cmv'er zal op verschillende manieren naar voren komen in de concepten;

- De Cmv'er en agogische dienstverlening;
- De Cmv'er en beleid;
- De Cmv'er en organisator en programmeur.

In de volgende drie concepten beschrijf ik de mogelijkheden waarop de Cmv'er in de verstandelijk gehandicaptensector werkzaam kan zijn.

Concept 1: *De Cmv'er en vrije tijd:*

Vrijtijdsbesteding valt voornamelijk onder het domein recreatie. De Cmv'er kan hier zijn competenties inzetten, want hier is hij zeker voor opgeleidt en zal zich op zijn plek voelen.

In dit eerste concept wil ik twee mogelijkheden voor vrijtijdsbesteding uitwerken;

- 1) De Cmv'er als bruggen bouwer:
- 2) De Cmv'er en het eigen vrijtijdsbestedingsteam:

Er zijn veel organisaties die zich inzetten op het gebied van vrijtijdsbesteding voor mensen met een verstandelijke handicap. Vanuit de praktijk weet ik dat daar dankbaar gebruik van gemaakt wordt. Mensen gaan op vakantie, gaan op zaterdagen naar de Soos en kunnen doordeweeks gaan sporten. Echter denk ik dat er meer gebruik van gemaakt kan worden dan nu het geval is.

De eerste mogelijkheid is gericht op vrijtijdsbesteding gedurende de hele week, de tweede alleen op het weekend. Doordeweeks zijn er in feite voldoende activiteiten om tot ontplooiing te komen. Mensen met een verstandelijke handicap werken, gaan naar dagactiviteiten centra en naar school.

De Cmv'er als bruggen bouwer:

Met betrekking tot vrijtijdsbesteding worden er veel activiteiten ontwikkeld zoals beschreven in het hoofdstuk over de praktijk. Deze activiteiten zijn voornamelijk gericht op mensen met een matig tot licht verstandelijke handicap. De andere twee doelgroepen blijven hierbij vrijwel altijd buiten beschouwing of komen in beperkte mate aan bod. De Cmv'er als bruggenbouwer zal hierbij dan ook niet gericht zijn op deze twee doelgroepen, maar komen in de volgende mogelijkheid wel aan de orde.

Sommige mensen met een verstandelijke handicap maken veel gebruik van het aanbod dat er is. Zij leiden een actief leven. Veelal zijn zij op verstandelijk en sociaal niveau goed ontwikkeld waardoor de behoefte daartoe ook is. Een stimulerende omgeving zoals familie, vrienden of de begeleiding op de woning zijn vaak essentieel en dragen er toe bij om activiteiten te ondernemen. Helaas is het echter zo dat niet iedereen positieve factoren om zich heen heeft, bovendien hangt het grotendeels ook af van de persoonlijke instelling en de eigen mogelijkheden. Sommige mensen hebben faalangst of zijn van nature passief ingesteld, wat nogal eens het geval is. Op de begeleiding rust dan de taak, het ondernemen van activiteiten te stimuleren en te zoeken naar interesses.

In het weekend wordt er onvoldoende georganiseerd. Buiten soos en disco is het aanbod zeer beperkt. Vaak wordt dit ook binnen de instelling georganiseerd.

Wanneer de Cmv'er fungeert als bruggenbouwer tussen de instelling en instelling die een vrijetijdsaanbod heeft worden de mogelijkheden tot vrijetijdsbesteding vergroot. De Cmv'er inventariseert het aanbod dat er is en communiceert dit naar de eigen instelling, zodat begeleiders en cliënten meer op de hoogte raken van het aanbod.

Ook moet er een samenwerkingsverband ontstaan waarin beide partijen inspelen op vraag en aanbod. De Cmv'er inventariseert de behoefte die er speelt onder de cliënten. Wat is de vraag, wat willen zij ondernemen in het weekend. Knutselmiddagen, muziekworkshops, spelletjesdagen, sportwedstrijden. Er zijn veel mogelijkheden. De Cmv'er kan met zekere regelmaat onderzoeken wat de behoefte is. Bepaalde activiteiten zullen structureel zijn maar het is leuk nieuwe of oude activiteiten op te pakken. Knikkeren in de knikkertijd, touwtje springen of tolleren. Dit zijn simpele spelletjes die ervoor kunnen zorgen dat mensen een leuke middag hebben en het is simpel om te ondernemen en financieel zeer betaalbaar.

De organisatie die de activiteiten aanbiedt spelen in op de vraag naar aanleiding van wat er uit het derde hoofdstuk, de praktijk, komt.

Voorbeeld:

Ik weet dat bij de instelling waar ik werk soms gebruik wordt gemaakt van de organisatie VTV (Vrijtijd en Vorming). Eén maal heb ik hen gezien. Een partijtje voetbal werd er gespeeld op eigen terrein. Daarvoor gingen zij alle woningen af om te inventariseren wie er wilde participeren. Voor veel mensen met een verstandelijke handicap is dit niet de juiste benadering, zij worden verstoord uit hun dagelijkse ritme en planning van de dag, dan wordt er bij voorbaat "nee" gezegd terwijl ze eigenlijk best wel willen. Zij moeten er alleen op voorbereid worden. Deze methode was dus niet ideaal, terwijl het wel een leuk initiatief was en aan het doel werd eigenlijk voorbij gegaan. De "makkelijke"doelgroep wilde natuurlijk wel mee doen, maar het gaat juist om de doelgroep die wat meer moeite heeft om activiteiten te ondernemen. De Cmv'er had in dit verhaal de spil kunnen zijn. Van tevoren inventariseren wie er zou willen deelnemen, waardoor de activiteit tot een groter succes had kunnen leiden.

De Cmv'er en het eigen vrijetijdsbestedingsteam:

De volgende mogelijkheid richt zich specifiek op het weekend, maar kan ook voor doordeweeks toegepast worden. Ik beperk me nu tot het weekend omdat ik vind dat daar de prioriteit ligt wat betreft vrijetijdsbesteding.

De Cmv' er zet een team binnen de instelling op die zich specialiseert op de eigen doelgroepen en de behoefte aan vrijetijdsinvulling. Hierbij wordt er een aanbod ontwikkeld waar voor iedere cliënt iets geschikt bij zit. De kans is nihil dat dit team opgezet kan worden vanuit de eigen organisatie omdat iedere medewerker zijn eigen taken heeft en vaak geen tijd heeft voor werk zoals deze. De leden zullen dus geworven moeten worden door middel van een uitzend bureau. Verder is het inzetten van vrijwilligers essentieel. Wanneer er onvoldoende personeel beschikbaar is heeft dat consequenties voor het aanbod. De cliënten krijgen meer kans op persoonlijke begeleiding of op groepsactiviteiten om hun vrije tijd door te brengen wanneer er voldoende vrijwilligers aanwezig zijn. Het vergroot de mogelijkheden om een leuk en gevarieerd programma aan te bieden.

Met betrekking tot het aanbod zal het programma van tevoren, bijvoorbeeld voor de komende maand, voorgelegd worden aan iedere groep, waar de begeleider bespreekt wie waar aan mee wil doen. Wanneer bijtijds bekend is wie er wil deelnemen, kunnen hierop voorbereidingen worden getroffen. Het is niet zo dat de cliënten hele dagen moeten worden vermaakt. Het aanbod kan zich ook beperken tot een of twee activiteiten per weekend, variërend van grote of kleinere activiteiten. Het team moet er wel op berekend zijn dat de activiteiten in het weekend plaats vinden. Het zal dus een groot team moeten zijn waarbij afwisselende diensten plaats vinden

Een weekend programma zou er bijvoorbeeld als volgt uit kunnen zien:

Vrijdag:

Avond: Bioscoopavond (via de beamer projecteren. Geschikt voor iedere doelgroep)

Zaterdag:

Ochtend: Snoezelen (Diep en ernstig niveau)

Middag: Taarten bakken (hoog en midden niveau)

Avond: Disco (Dit is vrijwel bij ieder instelling structureel en iedere doelgroep is hier welkom)

Zondag:

Ochtend: Knutselen (hoog en midden niveau)

Middag: Zwemmen (Diep en ernstig niveau)

Hieruit blijkt dat met weinig middelen veel bereikt kan worden. Bijvoorbeeld de bioscoop avond. Alle doelgroepen kunnen zich hiervoor opgeven. Het enige wat je nodig hebt is de accommodatie, een beamer, een dvd speler, een aantal leuke films en de begeleiding. Zo hebben de cliënten een leuke avond en het kost de organisatie vrijwel niets.

Taken van de Cmv'er die van toepassing zijn op dit concept:

- Oriëntatie op het vrijetijdbestedings aanbod en deze communiceren naar de eigen instelling;
- Contacten leggen met instellingen die vrijetijdsbestedings aanbod hebben voor mensen met een verstandelijke handicap;
- Het ontwikkelen van vrijetijdsbestedings programma's, organiseren en uitvoeren;
- Het leiding geven aan het team;
- Het begeleiden van de vrijwilligers;
- Het vormen van het beleid van beide opties.

Concept 2: Project: Zeg het ons!

In hoofdstuk vier heb ik het project "Zeg het ons!" beschreven. Een dergelijk project lijkt mij zeer bruikbaar voor iedere instelling met betrekking tot verstandelijk gehandicaptenzorg. De hedendaagse visie vanuit de overheid streeft naar integratie, zelfontplooiing en het verantwoordelijk zijn voor eigen bestaan.

De nieuwe benadering ontwikkelt en toetst de kwaliteit van het bestaan van mensen met een verstandelijke handicap. Mensen met een verstandelijke handicap worden opgeleid tot interviewer en voeren het onderzoek ook uit onder begeleiding. Het is de meest directe manier om te onderzoeken wat er leeft onder deze doelgroep. Niet alleen worden zij hiermee serieus genomen omdat zij daadwerkelijk worden betrokken bij het onderzoek en zelf met de doelgroep verstandelijk gehandicapten werken, ook worden zij gestimuleerd na te denken over hun eigen leven, wat hun ambities zijn en wat ze graag zouden willen ondernemen in de toekomst. Daarnaast is het doel de uitkomsten ook te verwerken.

Een project zoals deze kan ontwikkeld worden binnen de instelling of er kan van externen gebruik gemaakt worden, zoals beschreven. De meeste instellingen zijn groot waardoor het mij relevanter lijkt een dergelijk project binnen de organisatie op te zetten. Dit werkt effectiever en er kan teruggevallen worden op dat team wanneer dat nodig is. Daarnaast worden cliënten de mogelijkheid geboden om opgeleid te worden. De Cmv'er zal een goede leiding gevende zijn.

De Cmv'er is in deze setting zeer competent omdat deze feeling heeft met veldwerk evenals kantoorwerk. In de zorg hebben begeleiders het vaak erg druk met hun cliënten; daarnaast is de bureaucratisering zeer hoog waardoor dit soort projecten onvoldoende kans krijgen in werking gezet te worden. Dat hier specifiek iemand op gezet wordt zou in het voordeel zijn voor alle betrokken partijen

Betrokkenen bij het onderzoek;

- Cmv'er;
- Pedagoog (Zorgaspect);
- Cliënten vanuit de instelling;
- Een begeleider of stagiair.

Taken van de Cmv'er die van toepassing zijn op dit concept:

- Het opzetten van het project;
- Het samenstellen van een team dat onder andere bestaat uit mensen met een verstandelijke handicap die geïnteresseerd zijn opgeleid te worden tot interviewer. Het team zal daar voornamelijk uit bestaan;
- Het ontwikkelen en aanbieden van een opleiding tot interviewer die aansluit op de leermogelijkheden van de doelgroep;
- Het begeleiden van de onderzoeken;
- Het analyseren en presenteren van de onderzoeken.

Concept 3: inzet vrijwilligers, de vacaturebank.

Een goed sociaal netwerk is voor ieder mens van belang, zo ook voor mensen met een verstandelijke handicap. Het inzetten van vrijwilligers kan er voor zorgen dat deze mensen extra begeleiding krijgen en zo meer mogelijk heden zien activiteiten te ondernemen. In het eerste concept kwam de essentiële waarde hiervan tot uiting. In dit derde concept wil ik de volgende mogelijkheid beschrijven met betrekking tot het inzetten van vrijwilligers: *Een vacaturebank op zetten binnen de instelling.*

Uit het onderzoek is gebleken dat vrijwel iedere instelling gebruik maakt van vrijwilligers. Ook blijkt dat deze voornamelijk worden ingezet op doordeweekse dagen tijdens de dagbesteding en niet tijdens de weekenden. Na vier jaar werken in de weekenden is het zeer opvallend dat op iedere woning waar ik kom deze dagen onvoldoende ingevuld worden. Bij velen zie je de verveling of juist de motivatie om iets te ondernemen, maar dan is er onvoldoende begeleiding om ook weg te gaan. Passiviteit is het gevolg. Op sommige plekken is het nodig om weg te gaan, vooral bij jonge mensen. Zij hebben veel energie en moeten dat kwijt. Dat kan op een positieve manier door bijvoorbeeld lekker te gaan wandelen in het bos of op het strand waar zij zich kunnen uitleven, maar dat kan ook op een negatieve manier, bijvoorbeeld door agressie. De energie moet ergens naar toe en is op den duur door hen niet te onderdrukken.

Uit de drie instellingen die ik heb onderzocht blijkt dat de verhouding tussen het aantal cliënten en het aantal vrijwilligers die worden ingezet zeer groot is. Er zijn onvoldoende vrijwilligers maar eigenlijk kun je nooit teveel vrijwilligers hebben.

Op zich zijn er veel vacaturebanken beschikbaar die gespecialiseerd zijn in het werven en inzetten van vrijwilligers. Toch lijkt het mij echter beter om als Cmv'er binnen een instelling zelf een vacaturebank op te stellen omdat daarmee externe afhankelijkheid wordt weggenomen. Door zelf een vacaturebank op te stellen geeft het inzicht in wie er beschikbaar is alleen voor de eigen organisatie. Ook wordt hiermee de expertise vergroot van de vrijwilligers die alleen werkzaam zijn in dezelfde sector en daarnaast niet werkzaam zijn bij verschillende instellingen waar andere regels gelden en andere doelen worden nagestreefd. Uit het onderzoek bleek ook dat het belangrijkste wervingsmiddel de contacten van de huidige groep vrijwilligers en familieleden betreft. Een instelling krijgt hiermee zelf de verantwoordelijkheid om goed voor deze mensen te zorgen en hen te behouden. Deze mensen vormen ook een middel om weer nieuwe vrijwilligers te werven.

Ook is het aanbieden van een opleiding van groot belang. Vrijwilligers voelen zich hiermee serieus genomen, bovendien vergroot het de competenties van de vrijwilligers waardoor ze breder inzetbaar worden. Ook wordt de kans vergroot dat de vrijwilligers blijven voor een langere periode.

Kerntaken van de Cmv'er die van toepassing zijn op dit concept:

- Inzichtelijk maken welke vrijwilligers er al zijn;
- Werving van vrijwilligers via familieleden, advertenties en andere vacaturebanken;
- Opzetten van aan te bieden cursussen;
- Opzetten van een takenpakket, welke mogelijkheden zijn er om vrijwilligers in te zetten. Bijvoorbeeld; groepsbegeleiding, 1 op 1 begeleiding, op welke doelgroepgroep etc;
- Begeleiden van de vrijwilligers.

4.3 Werkwijze per doelgroep:

Ter ondersteuning van de concepten ga ik in deze paragraaf kort in op welke werkwijze per doelgroep gewenst is en waar de Cmv'er aan moet denken in de context zoals beschreven.

De complexiteit van iedere doelgroep verwacht een bepaalde attitude en benaderingswijze vanuit de begeleiding. Hiermee moet ook rekening gehouden worden met betrekking tot de invulling van vrije tijd en welke activiteiten toepasselijk zijn.

Ik denk dat wanneer er meer keuzemogelijkheden zijn voor de invulling van vrije tijd in het weekend dit een positief effect zal hebben op alle doelgroepen en negatief gedrag zal afnemen. Verveling zal afnemen, zij krijgen begeleiding die specifiek op hen is gericht, ze hoeven niet te vragen om aandacht.

Mensen met een diepe en ernstige verstandelijke handicap:

Van al de soorten handicaps vind ik de diep verstandelijk gehandicapte een van de meest gecompliceerde. Wat betreft vrijetijdsbesteding zijn de mogelijkheden beperkt. De methoden zijn allen in meer of mindere mate van toepassing op de doelgroep. (Dit geldt echter voor iedere doelgroep.)

Het inzetten van vrijwilligers gebeurt te weinig. Dat is jammer, omdat zij veel vrije tijd hebben die onvoldoende worden benut. Het nadeel is dan ook dat zij het meeste begeleiding nodig hebben omdat zij fysiek afhankelijk zijn. 1 op 1 begeleiding is bij uitjes altijd nodig omdat zij in een rolstoel zitten.

Mede daarom is het bijna nooit mogelijk spontaan ergens naar toe te gaan.

Het opzetten van een eigen team dat zich specifiek richt op iedere doelgroep zal daarom zeer welkom zijn. De activiteiten worden aangeboden in een nabijgelegen locatie. Vaak wonen diep verstandelijk gehandicapten op een terrein waar allerhande faciliteiten al aanwezig zijn. Hiermee is het reisprobleem opgelost. Het team dat zich richt op het aanbieden van de activiteiten moet er op berekend zijn dat deze doelgroep meer begeleiding vergt dan die van een groep licht verstandelijk gehandicapten mensen. Een eigen vrijetijdsbesteding team zal dus een uitkomst zijn.

De activiteiten die kunnen worden ondernomen zijn beperkt. Ook zijn er vaak maar een aantal activiteiten waar zij echt plezier aan kunnen beleven. Deze zijn zwemmen, wandelen en snoezelen, spelactiviteiten via zintuigen zoals, reuk, gehoor en tast. Het zwemmen en wandelen vergt de meeste begeleiding en wordt nooit gezamenlijk ondernomen. Er kan nooit eens gezamenlijk gewandeld worden door het bos of langs de boulevard. Daardoor gebeuren deze activiteiten echter bijna nooit, slechts in de directe omgeving wordt gewandeld.

Wandelen vind ik echter het minst prioriteit hebben. Het is echter wel leuk om in het weekend spel of muziek middagen te organiseren. Dit is voor de directe begeleiding vaak teveel werk, dus zou het vrijetijdsbesteding team hier ingezet op kunnen worden. Het geeft diep verstandelijk gehandicapten een prettige onderbreking van de dag, zodat zij niet de hele dag op de zelfde plek zijn; de huiskamer, maar er even uit zijn in het weekend.

Vrijetijdsbesteding van ernstig verstandelijk gehandicapten ligt zeer in de lijn van mensen met een diep verstandelijke handicap. Het voordeel is dat velen, zeker in de jonge jaren, mobieler zijn, waardoor de mogelijkheden tot het ondernemen van activiteiten veel groter zijn. Er kunnen iets meer activiteiten worden ondernomen, maar velen zijn hetzelfde, alleen kan er inhoudelijk meer gevarieerd worden. Wordt er bijvoorbeeld een muziekmiddag georganiseerd dan kunnen zij in tegenstelling tot de meeste diep verstandelijk gehandicapten mensen zelf participeren ondermeer door te zingen of een muziekinstrument te bespelen. Het zal intenser worden ervaren en het beleven van plezier aan de activiteit zal groter zijn. Het contact is directer waardoor hen meer geleerd kan worden. Op een simpele manier kunnen nieuwe handelingen worden aangeleerd.

Mensen met een matig en een lichte verstandelijke handicap:

Het ondernemen van activiteiten is aanzienlijk groter dan bij de voorgaande doelgroepen. Bij beide groepen is een zeer gevarieerd aanbod mogelijk. Zeker bij de licht verstandelijk gehandicapten. Zij kunnen zeer geschikt zijn ingezet te worden bij concept twee en het assisteren bij het ontwikkelen van activiteiten. Deze doelgroepen benader ik zelf altijd zo normaal mogelijk. Ik kijk niet naar de handicap maar naar hun mogelijkheden en neem hen serieus. Zij zijn voor mij normale mensen die best zelf keuzes kunnen maken. Zij dienen aangestuurd te worden en niet taken opgedragen krijgen. Deze werkwijze lijkt me goed om zo zelfstandig mogelijk te worden.

Zij hebben minder begeleiding nodig dan de andere doelgroepen. Ze hebben vaak slechts een veilige omgeving nodig, ze moeten weten dat ze kunnen terug vallen op de begeleiding. Het is voor deze doelgroepen dan ook minder complex om activiteiten op te zetten omdat zij zoveel meer zelf kunnen en zelf kunnen aangeven wat ze willen.

Graag wil ik terug komen op het voorbeeld uit de paragraaf “bijkomende handicaps en stoornissen”. Hier gaf ik een aantal adviezen waarvan ik dacht dat deze jongen daarbij gebaat zou zijn:

Wat er zou moeten gebeuren volgens mij is dat;

- *Er een vast team op hem gezet moet worden;*
- *Een manier gevonden moet worden zodat hij zijn vrijheid voor een deel terug krijgt;*
- *Begeleiding op het psychische vlak.*

Vanuit de Cmv visie zijn dit oplossingen waarvoor deze niet voor is opgeleidt. De Cmv'er kan in deze situatie dan ook vrij weinig betekenen voor deze jongen. Wel kan hij er voor zorgen dat de basisvoorwaarden in orde zijn. Deze zijn, ervoor zorgen dat qua vrijetijdsbesteding er voldoende aanbod is wat in zijn interesseveld ligt. Vrije tijd zorgt voor ontspanning en leidt dus af. Het kan een hulpmiddel zijn om uit een negatieve spiraal van depressiviteit te komen, wat bij deze jongen het geval is. Bovendien biedt het mogelijkheden zijn vrije tijd die nu onvoldoende wordt benut in te vullen. Daarnaast heeft hij al 1 op 1 begeleiding.

Hoofdstuk 5: Conclusie:

Zorgsector en Cmv:

De Cmv'er wordt onder andere opgeleid om met verschillende doelgroepen te kunnen werken. De doelgroep verstandelijk gehandicapten is complex. Hierbij komen vaardigheden kijken die de Cmv'er op theoretisch vlak niet heeft meegekregen. Dit betekent niet dat de Cmv'er nooit in deze sector kan gaan werken. Ik zelf werk met verstandelijk gehandicapten omdat ik hiervoor de opleiding Spw heb gevolgd. Er zijn relatief veel Cmv'ers die eerder een opleiding hebben gedaan op het gebied van zorg en dus zeer geschikt kunnen zijn in deze sector. Het werken met deze doelgroep is naar mijn mening grotendeels gebaseerd op de praktijk, daar leer je hoe begeleiding plaats moet vinden. Dit vind je slechts gedeeltelijk terug in boeken.

Een Cmv'er kan dus wel degelijk met deze doelgroep werken. In eerste instantie denk ik echter dat op het gebied van ontwikkeling en vorming de Cmv'er (zonder zorg achtergrond) onvoldoende competent is. De persoonlijke ontplooiing van iemand met een verstandelijke handicap moet overgelaten worden aan de persoonlijke begeleiders en specialisten op het vlak van bijvoorbeeld fysiotherapie, logopedie, speltherapie etc. De Cmv'er zal zijn plek dus moeten vinden op een ander vlak. De rol van de Cmv'er met betrekking tot persoonlijke ontplooiing wordt hierbij zeer beperkt en hij zal op een ander vlak zijn competenties bruikbaar moeten zien te maken.

Naar aanleiding van de gehanteerde mogelijkheden waar ik tot ben gekomen wil ik terug komen op de vraagstelling.

Vraagstelling:

Op welke wijze kan een Cmv'er een bijdrage leveren, aan de competentie ontwikkeling van mensen met een verstandelijke handicap zodat zij zich naar hun mogelijkheden kunnen ontplooiën.

Zoals ik eerder beschreef kan de Cmv'er een beperkte rol in vullen, in de directe begeleiding met betrekking tot competentie ontwikkeling, omdat deze niet is opgeleid om specifieke zorg te verlenen, tenzij deze die achtergrond wel heeft. Echter zoals beschreven in de concepten kan de Cmv'er wel een rol spelen in de ontwikkeling en het vergroten van competenties van mensen met een verstandelijke handicap, vanuit een externe rol. Deze is dus niet direct betrokken bij het ontwikkelingsproces. De Cmv'er draagt verantwoording om de basisvoorwaarden om tot ontwikkeling te komen in orde zijn.

Deelvragen:

De deelvragen zijn door het verslag heen beantwoord; hier kom ik er nog eens kort op terug.

Mensen met een verstandelijke handicap?:

"Een handicap is het hebben van een stoornis als gevolg waarvan men in het normale functioneren wordt belemmerd". Mensen zijn verstandelijk gehandicapt wanneer hun IQ onder de zeventig zit. Vaak kunnen zij niet zelfstandig functioneren en hebben zij hulp nodig van anderen.

Wat wordt er verstaan onder vorming?

"Gevormd is diegene, die het algemene in zichzelf gestalte geeft". Hierbij wordt verwezen naar dat er één waarheid is en één wereld". Een gevormd persoon is iemand die zich op een bepaalde manier heeft ontplooid.

In welke mate mag je ontwikkeling verwachten per doelgroep?

Naarmate het IQ lager is en de lichamelijke beperkingen groter zijn, is het gecompliceerder om tot ontwikkeling te komen. De mogelijkheden zijn groter naarmate het IQ hoger is. Ieder persoon is verschillend. Een persoonlijk begeleider biedt ondersteuning om de juiste leermethoden uiteen te zetten. Voor mensen met een verstandelijke handicap geldt dat er gekeken moet worden naar de mogelijkheden van de persoon. Daar moet op worden ingespeeld.

Welke mogelijkheden zijn er voor verstandelijk gehandicapten om zich te ontplooiën?

Er zijn vele mogelijkheden. Zij gaan naar school, werk of dagbesteding. Daarnaast zijn er vele mogelijkheden om de vrije tijd in te vullen. De faciliteiten zijn echter niet altijd voldoende aanwezig om hiervan gebruik te maken.

Wat is er nodig om deze doelgroep zich optimaal te kunnen laten ontwikkelen?

- Goede begeleiding;
- Een aanbod gericht op werk, dagbesteding en vormingsmogelijkheden dat zich toespitst op de doelgroep;
- Een prettige leeromgeving.

Kerntaken en Competenties:

Alle vijf kerntaken komen tot uiting in de werkzaamheden die de Cmv'er in deze sector mogelijk kan gaan verrichten. Vele competenties zijn dus inzetbaar.

Kerntaak 1: Oriënteren en contact leggen:

- Contacten leggen binnen en buiten de instelling;
- Oriëntatie op het vrijetijdbestedings aanbod en deze communiceren naar de eigen instelling.

Kerntaak 2: Programmeren en organiseren:

- Het opzetten van een project;
- Het ontwikkelen van vrijetijdsbestedings programma's, organiseren en uitvoeren;
- Opzetten van aan te bieden cursussen/basisopleidingen;
- Het analyseren en presenteren van de onderzoeken.

Kerntaak 3: Begeleiden en leidinggeven:

- Het leiding geven aan het team;
- Begeleiden van de vrijwilligers;
- Het begeleiden van de cliënten tijdens de onderzoeken.

Kerntaak 4; Organisatie en beheer;

- Inzichtelijk maken welke vrijwilligers er al zijn;
- Werving van vrijwilligers via familieleden, advertenties en andere vacaturebanken.

Kerntaak 5: Beleid en ontwikkeling:

- Opzetten van een takenpakket, gericht op vrijwilligers;
- Het vormen van het beleid gericht op de behoeften van de instelling en vrijwilligers.

Competentieontwikkeling:

Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat de Cmv'er indirect een rol kan spelen in de competentieontwikkeling van mensen met een verstandelijke handicap. Ik denk echter dat de Cmv'er een snelle leerling is omdat deze is opgeleidt om met verschillende doelgroepen te werken en dus ook op het vlak van verstandelijk gehandicapten zijn plaats kan vinden. Alhoewel zijn plaats is, ervoor te zorgen dat de basisvoorwaarden (zoals beschreven in de concepten) in orde zijn verwacht ik dat de Cmv'er op den duur toch op de doelgroep zelf gericht zal zijn. Bijvoorbeeld bij de uitvoering van activiteiten. Dit contact is van belang omdat de Cmv'er in deze sector werkzaam is en voor hen werkt. Bij de uitvoering van activiteiten zal de Cmv'er in meer of mindere mate toch mee werken aan de competentie ontwikkeling van mensen met een verstandelijke handicap. Echter is het niet zo dat de Cmv'er de rol van agoog op zich moet nemen. Deze zal voornamelijk als begeleider en leidinggevende optreden naar deze doelgroep.

Kleinschalige projecten:

Het is van belang om binnen kleinschalige projecten te werken. De belangrijkste aanbeveling van Overkamp was dan ook: *"Wil men ècht integreren, dan moeten projecten kleinschaliger worden opgezet dan bij de onderzochte projecten het geval is. Ook moet er meer personele ondersteuning beschikbaar zijn. Deze ondersteuning is voornamelijk van belang voor mensen die zichzelf slecht kunnen redden"*.

Veel mensen met een verstandelijke handicap hebben de veiligheid en structuur van hun omgeving nodig. Grote veranderingen kunnen verwarring opleveren. Interne kleinschalige projecten zijn ideaal omdat zij dan begeleidt worden door mensen die weten hoe ze om moeten gaan met de doelgroep verstandelijk gehandicapten en ze blijven in hun eigen omgeving. Het is niet zo dat zij opgesloten moeten worden en daarmee totaal geïsoleerd worden. De overgang om te integreren moet subtiel verlopen. Veel verstandelijk gehandicapten kunnen het niet aan om in grootschalige activiteiten te participeren.

Integratie:

Ik denk echter dat integratie nooit echt ophoudt, maar een proces is dat er altijd zal zijn. Door de eeuwen heen is er gelukkig al veel veranderd en is de positie van de verstandelijk gehandicapte mens zeer zeker verbeterd. Of volledige integratie mogelijk is betwijfel ik. Een groot deel van de zwaarder gehandicapten zal nooit echt kunnen integreren door de beperkingen die hij of zij heeft. Acceptatie en begrip vanuit de maatschappij zal echter wel een positieve bijdrage kunnen leveren. Licht verstandelijk gehandicapten hebben de meeste mogelijkheden om te integreren, dat is nu ook zeker al in een vergevorderd stadium. Zij wonen zelfstandig, werken, hebben een sociaal leven en maken dus deel uit van de samenleving, waarin zij op hun niveau een bijdrage aan leveren.

Armoede in de zorg verlichten:

In de zorgsector is eigenlijk altijd een tekort aan budget waardoor allerlei mogelijkheden beperkt worden. Er wordt altijd wel bezuinigd op iets, de ene keer is het op het inzetten van invalkrachten, de andere keer op het budget van een woonvoorziening. Het is lastig om dit tegen te gaan; als medewerker kun je vrijwel niets anders dan lijdzaam toezien. Het eerste en derde concept zou mogelijkheden kunnen bieden om de armoede in de zorg te verlichten.

Het aanbieden van activiteiten intern zal het persoonlijk budget van de cliënt en het algemene budget van een woonvoorziening ontlasten van kosten die anders naar externe posten zullen gaan.

Het meer inzetten van vrijwilligers kan er toe bijdragen dat er meer activiteiten worden ondernomen (intern of extern), daarnaast kan het mede collega's ontlasten. Het ziekte verzuim is hoog in de zorg. Dit komt voornamelijk door de druk van het werk. Soms draaien werknemers meer uren dan waar zij voor zijn aangenomen.

Persoonlijke ontwikkeling en toekomstbeeld van de Cmv'er:

De Cmv'er blijkt vrij breed inzetbaar in de zorgsector. Het is belangrijk dat de instelling van Cmv'er open is zodat doorgroeimogelijkheden worden vergroot. Dit is nodig omdat de Cmv'er niet is opgeleid om in deze sector werkzaam te worden. Eigen initiatief en een positieve attitude is dus van belang om je door te kunnen ontwikkelen in deze sector. Omdat de opleiding Cmv nog vrij onbekend is, zeker voor deze sector, zal de Cmv'er extra inzet moeten tonen om zijn plekje te veroveren in deze sector om zingeving van de opleiding te benadrukken. Cmv'ers zullen in de toekomst vast meer ingezet worden in zorgsector omdat zij een zeer positieve bijdrage kunnen leveren op het gebied van onder andere vrijetijdsbesteding en beschikken over kennis en competenties die op veldwerk en kantoorwerk zijn gericht.

Bronvermelding:

Boeken:

Bolhuis, S.(1995) *Leren en veranderen bij volwassenen*, Bussum:Coutinho.
Bot, M. (1988) *Bezwaard bestaan*, Amsterdam.
Gunzburg, H.C. (1973) *Sociale vaardigheid voor geestelijk gehandicapten*, Rotterdam: Lemniscaat.
Hermans, C. (1993) *Vorming in perspectief*, Den Haag: ABKO.
Houtepen, J. (2004) *Op weg naar een educatieve biotoop*, Breda: Prisma Brabant.
Klaver, M. (1999) *Alert en ondernemend*, Nijmegen.
Mulder, A. (2004) *Arbeidsoriëntatie*, NIZW.
Somborg, P. (2004), *Hoe ontwikkel ik mijn competenties*, Den Haag.
Spierts, M. (1994) *Balanceren en stimuleren*, Utrecht: Lemma.
Spierts, M. (Red.) (2000) *Werken aan openheid en samenhang*, Maarsen: Elsevier.
Vanderstraeten, R. (Red.) (2001) *Algemene Vorming*, Apeldoorn: Garant.
Verhoef, A.C. (Red.) *Ontwikkeling en opvoeding*, Baarn: Nijgh Versluys.
Waal, V. de (2001) *Uitdagend leren*, Bussum: Coutinho.

Internet:

<http://www.amerpoort.nl/index.html>
www.cerein.nl
www.decompaan.nl
<http://home.planet.nl/~psypract/methode.htm>
www.ipse.nl
<http://www.handicap.info/default.asp>
<http://www.handilinks.nl/index.php?viewCat=28>
<http://home.planet.nl/~braam/oorzaak/oorzaakvghome.html>
<http://www.lkng.nl/page0260.html>
<http://www.lkng.nl/documenten/overig/eeneigeninvulling.pdf>
<http://members.chello.nl/jttmmer/>
http://www.rivm.nl/vtv/data/kompas/gezondheidstoestand/ziekte/verstandhand/verstandhand_determinanten.htm
<http://www.nizw.nl/Docs/Gehandicapten/Participatie/Docs/Eindrapportage-Zeg-het-ons.doc>
www.nizw.nl/werkenhandicap
<http://www.onderzoekinformatie.nl/nl/oi/>
http://www.spdbijdehand.nl/pt/den_haag/vrijwilligers/handicaps.htm
http://www.utwente.nl/nieuws/pers/archief/2000/cont_00-052.doc/
<http://www.van-osch.com/lipoweb/rgwmotie.htm>
www.verstandelijkgehandicapten.pagina.nl
<http://www.zetweb.nl/archief/003/07/36.htm>
www.zadoks.nl

Rapporten:

- Amerpoort jaarverslag 2003
- De Compaan jaarverslag 2003
- De Compaan , kwaliteitsjaarverslag 2003
- Haagse sportnota. Beweegredenen, 'Sport zonder hindernissen', 2001
- Instellingen nemen de wijk, 2003 "www.utwente.nl"
- Ipse jaarverslag 2003
- Vrijwillige Inzet Onderzocht (VIO), onderzoek naar vrijwilligerswerk, 2004
- Onderzoeksrapport: vrijwilligerswerk: geef smoe! naar binnen en buiten!, kritische succesfactoren vrijwilligerswerk in zorginstellingen. HOF januari 2005, Ron van Walsem

Bijlage:

1.1 Bevolkingonderzoek:

Hoe vaak komt een verstandelijke handicap voor?

Bevolkingsonderzoek: circa 103.000 verstandelijk gehandicapten

Onderzoek naar het aantal mensen met verstandelijke handicaps is schaars. De gegevens uit het onderzoek van Maas et al. (Maas et al., 1988) vormden lange tijd de belangrijkste bron van informatie. In dat onderzoek werden zoveel mogelijk voorzieningen benaderd die ondersteuning boden aan mensen met een verstandelijke beperking. Op basis daarvan achterhaalde men het totaal aantal mensen met een handicap. Er werd geschat dat medio jaren tachtig ongeveer 3,87 van de 1.000 personen tussen 4-70 jaar een lichte verstandelijke handicap had en ongeveer 3,77 van de 1.000 personen een ernstige handicap. De totale prevalentie is dan 7,64 per 1.000. Op basis van dit onderzoek, de veranderende leeftijdsopbouw van de bevolking en gegevens over de sterfte in wooninstellingen voor gehandicapten wordt geschat dat er in 2001 circa 103.000 verstandelijk gehandicapten zijn, waarvan ruim 53.000 met een ernstige handicap (zie *tabel 1*) Belangrijke aanname hierbij is dat de prevalentie van de verstandelijke handicaps binnen een leeftijdscategorie niet is veranderd, met uitzondering van de hogere leeftijdsgroepen (als gevolg van verlaagde sterftecijfers).

Recent is in de provincie Limburg een nieuwe prevalentieschatting gemaakt. Hiervoor gebruikte men gegevens van wooninstellingen voor mensen met een verstandelijke handicap en huisartsenregistraties (Van Schrojenstein Lantman-de Valk et al., 2002). In dit onderzoek, dat ruimere leeftijdsgrenzen hanteerde, werd een prevalentie van 6,99 per 1.000 gevonden. Hierbij is helaas geen onderscheid te maken naar ernst van de handicap. De onderzoekers wijten het feit dat zij lagere prevalenties vinden aan het feit dat definities zijn veranderd, waardoor mensen minder snel als gehandicapt worden beschouwd. Het aantal mensen met een verstandelijke handicap wordt nu geschat op 111.000 (zie *tabel 2*). Doordat dit onderzoek alleen heeft plaatsgevonden in de provincie Limburg en de gekozen opzet anders is dan bij het eerdere onderzoek, zijn de uitkomsten niet goed te vergelijken.

Tabel 1: Geschat aantal personen met verstandelijke beperkingen, inclusief tehuisbevolking, naar ernst van de beperkingen, leeftijdscategorie en geslacht, 1 januari 2001 (in absolute aantallen, afgerond op honderdtallen; Maas et al., 1988; gegevens bewerkt door SCP).

	lichte beperkingen			ernstige beperkingen			totaal
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	
4- 9 jaar	2.700	2.300	5.000	3.500	2.500	6.000	11.000
10-19 jaar	8.100	4.800	12.900	4.800	3.500	8.300	21.200
20-29 jaar	6.700	4.700	11.400	4.700	3.200	7.900	19.300
30-39 jaar	5.000	4.100	9.100	6.100	5.000	11.100	20.200
40-49 jaar	3.600	2.000	5.600	5.200	5.000	10.200	15.800
50-59 jaar	2.500	1.200	3.700	3.400	2.500	5.900	9.600
60-64 jaar	600	200	800	800	700	1.500	2.300
>64 jaar	700	300	1.100	1.200	1.400	2.600	3.700
totaal	30.100	19.600	49.700	29.700	23.900	53.600	103.300

Moeilijk om betrouwbare schatting te maken

Opvallend is dat Van Schrojenstein Lantman-de Valk et al. (Van Schrojenstein Lantman-de Valk et al., 2002) veel meer ouderen en veel minder jongeren met een verstandelijke handicap vinden. Dit zou komen doordat (jonge) mensen nu minder snel als gehandicapt worden beschouwd. Deze bevindingen lijken echter in tegenspraak met het gegeven dat het gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen nog steeds toeneemt: dit lijkt er immers op te duiden dat steeds meer jonge mensen behoefte hebben aan speciale voorzieningen. De verschillende prevalentie-onderzoeken tonen aan dat het heel moeilijk is om tot betrouwbare schattingen te komen van de omvang en samenstelling van de doelgroepen: veel hangt af van de gekozen opsporingsmethode en definities. Tabel 2: Mensen met een verstandelijke beperking in Nederland (per 1-1-2001) naar leeftijd en geslacht (Van Schrojenstein Lantman-de Valk et al., 2002).

	mannen	vrouwen	onbekend	totaal
0-19 jaar	13.726	10.801	112	24.639
20-34 jaar	12.319	9.130	42	21.491
35-49 jaar	19.616	15.755		35.371
50-69 jaar	13.530	12.144		25.674
70 jaar en ouder	1.576	2.985	14	4.575
Totaal	60.767	50.815	168	111.750

Op basis van een bevolkingsonderzoek uit 1986 wordt geschat dat er in 2001 circa 103.000 mensen met een verstandelijke handicap zijn (59.800 mannen en 43.500 vrouwen). Ruim de helft van deze mensen heeft een ernstige handicap. Volgens recent onderzoek in de provincie Limburg zouden er meer verstandelijk gehandicapten zijn in Nederland, namelijk 111.000.

Aantal mensen met verstandelijke handicap licht toegenomen

Het aantal mensen met een verstandelijke handicap is tussen 1987 en 1999 gestegen met ongeveer 7%. Er zijn geen aanwijzingen dat het aantal kinderen met een verstandelijke handicap sterk toeneemt, maar toch maken steeds meer jeugdigen gebruik van het speciaal onderwijs. In het jaar 2000 gingen bijna 14.000 jongeren met een verstandelijke handicap naar het ZMLK-onderwijs. Dit is 70% meer dan aan het begin van de jaren negentig.

Toename door verbeterde levensverwachting

De stijging in het aantal mensen met een verstandelijke handicap is toe te schrijven aan de verbeterde levensverwachting van deze groep. Dit is weer een gevolg van de verbeterde verzorging van mensen met een verstandelijke handicap (betere voeding, meer lichaamsbeweging). Het stijgend aantal kinderen in het ZMLK-onderwijs hangt mogelijk samen met een verruiming van het begrip 'verstandelijke handicap'.

Toekomstige trends moeilijk te voorspellen

De verwachting is dat de stijging van de levensverwachting van mensen met een verstandelijke handicap zich voorzet. Voor de komende tien jaar (vanaf 2002) betekent dit een verdere toename van het aantal gevallen met 2%. Vooral het aantal 50-plussers zal sterk toenemen. Daarnaast wordt de trend bepaald door ontwikkelingen in onder meer het gebruik van prenatale diagnostiek, de gemiddelde leeftijd waarop vrouwen kinderen krijgen en de medische zorg. Wat het netto-effect van deze ontwikkelingen zal zijn, is moeilijk te voorspellen.

http://www.rivm.nl/vtv/data/kompas/gezondheidstoestand/ziekte/verstandhand/verstandhand_determinanten.htm

Ernst van de handicap verschilt per leeftijdsgroep

Onder 10-29-jarigen lijken meer mensen met lichte beperkingen dan ernstige beperkingen voor te komen, terwijl vanaf 30 jaar mensen met een ernstige beperking zijn oververtegenwoordigd. Dit komt doordat mensen werden opgespoord via instellingen die betrokken zijn bij verstandelijk gehandicapten. Jonge mensen met een verstandelijke beperking doen vaker een beroep op voorzieningen zoals het speciaal onderwijs of een jobcoach. Op latere leeftijd gebruiken mensen met lichte beperkingen minder voorzieningen en worden zij dus ook niet gevonden in opsporingsonderzoeken. Het aantal ouderen met een ernstige verstandelijke beperking is gering,

doordat mensen met een verstandelijke handicap over het algemeen een lagere levensverwachting hebben dan mensen zonder verstandelijke handicaps.

Meer verstandelijk gehandicapten door toegenomen levensverwachting

De levensverwachting van mensen met een verstandelijke handicap is gestegen. Dit is een gevolg van de verbeterde verzorging van mensen met een verstandelijke handicap (betere voeding, meer lichaamsbeweging). Hierdoor is ook het aantal mensen met een verstandelijke handicap toegenomen. Zo steeg het aantal mensen met een ernstige handicap tussen 1987 en 1999 met ongeveer 7% (zie *tabel 1*). Voor de komende tien jaar wordt een beperkte groei voorzien van ongeveer 2%. Vooral het aantal 50-plussers zal sterk toenemen. Dit hangt samen met de algemene toename van het aantal ouderen (vergrijzing) en met de stijgende levensverwachting van verstandelijk gehandicapten (De Klerk, 2000).

Hoogstens 20% van de verstandelijke handicaps te voorkómen

Stevenson en anderen (Stevenson et al., 1996) berekenden hoeveel verstandelijke handicaps voorkomen kunnen worden door de inzet van alle bekende interventies. De conclusie is dat daarmee hoogstens 20% van de ernstige verstandelijke handicaps te voorkomen is. Daarbij gelden de volgende twee kanttekeningen: allereerst is dit het maximaal haalbare percentage, dat vraagt om een grootschalige inzet van alle mogelijke preventieve middelen. In Nederland is dat om financiële redenen niet haalbaar. In de tweede plaats gaat het hier in ruim eenderde van de gevallen om abortus, nadat een afwijking is geconstateerd met een verhoogde kans op een verstandelijke handicap.

In de toekomst meer nadruk op zorgbehoeften dan op ernst handicap

Voor de toekomst wordt verwacht dat het onderscheid in de mate van de verstandelijke handicap minder belangrijk zal worden. De nadruk zal waarschijnlijk verder verschuiven naar de mate waarin mensen met een verstandelijke handicap (bijvoorbeeld mensen met psychische of gedragsproblemen en meervoudig-complex gehandicapten) een bijzondere ondersteuningsbehoefte hebben (Reiss, 1994).

Wat is de kwaliteit van leven van mensen met een verstandelijke handicap?

Subjectieve aspect van de kwaliteit van leven moeilijk te meten

Bij personen met een verstandelijke handicap is er sprake van beperkingen in de communicatie, de zelfverzorging, het zelfstandig kunnen wonen, sociale en relationele vaardigheden. Deze beperkingen zijn gerelateerd aan de beperkte intelligentie.

Objectief gezien zijn er beperkingen in de kwaliteit van leven aan te wijzen. Maar het gaat er ook om of de patiënt zelf beperkingen ervaart op lichamelijk, psychisch en sociaal gebied.

Juist het oordeel van de persoon zelf hierover is voor het begrip kwaliteit van leven van belang.

Vanwege de beperkte intelligentie wordt kwaliteit-van-leven onderzoek bij personen met een verstandelijke handicap bemoeilijkt.

Niet duidelijk of incidentie verandert

Naar verwachting zal de incidentie van verstandelijke beperkingen de komende jaren niet toenemen (Koedoot, 1997; Van den Dungen, 1998). Er zijn diverse factoren die de incidentie beïnvloeden.

Enerzijds zal de gemiddelde leeftijd waarop vrouwen een kind krijgen waarschijnlijk verder stijgen.

Daarmee neemt de kans op een kind met Down syndroom toe. Anderzijds zullen ook de mogelijkheden voor prenatale diagnostiek (zoals het gebruik van vlokkentests en vruchtwaterpuncties) verbeteren (Wortelboer et al., 2000). Baby's met een extreem laag geboortegewicht vormen een risicogroep en hun levenskansen zijn sterk toegenomen (volgens Amerikaanse studies met 50%).

Toch neemt het aantal kinderen met matige of ernstige beperkingen de laatste tijd niet toe, als gevolg van sterk verbeterde technologieën (Van der Veen, 2001).

Prevalentie wordt beïnvloed door maatschappelijke visie op handicaps

De geconstateerde prevalentie van vooral lichte verstandelijke handicaps wordt ook beïnvloed door de maatschappelijke visie op handicaps (Bijl & Koedoot, 1994). Verstandelijk gehandicapten integreren steeds meer in de maatschappij (bv. in het reguliere onderwijs) en maken dus steeds minder gebruik van specifieke voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten. Daardoor is de kans kleiner dat zij in onderzoek als verstandelijk gehandicapten worden meegeteld. Anderzijds stelt de maatschappij steeds hogere eisen aan mensen, waardoor zij mogelijk eerder een beroep zullen doen op voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten (zoals het speciaal onderwijs). Koedoot (Koedoot,

1997) is van mening dat deze beide trends niet tot grote veranderingen in de prevalentie van verstandelijke handicaps zullen leiden.

Toenemend gebruik van voorzieningen onder kinderen

Hoewel er geen duidelijke aanwijzingen zijn dat het aantal kinderen met een verstandelijke handicap sterk toeneemt, maken toch steeds meer jeugdigen gebruik van het speciaal onderwijs. In 2000 gaan bijna 14.000 jongeren met een verstandelijke handicap naar het ZMLK-onderwijs. Dit is 70% meer dan aan het begin van de jaren negentig. Het 'weglekken' van LOM/MLK naar ZMLK, de toename van allochtonen in het speciaal onderwijs of de toename van het aantal vroeggeboorten bieden geen afdoende verklaring voor deze groei. Het lijkt waarschijnlijk dat er ook sprake is van een andere diagnostiek of een ruimer toelatingsbeleid. Deze ontwikkeling lijkt erop te wijzen dat de definities voor 'verstandelijke handicap' verruimd worden. Worden die ruimere definities gehanteerd, dan neemt het aantal verstandelijk gehandicapten toe (De Klerk, 2002).

Tabel 1: Schatting van aantal personen^a met een ernstige verstandelijke handicap, inclusief tehuisbevolking, 1987-2010 (De Klerk, 2000; Maas et al., 1988).

	absolute aantallen (x 1.000)			indices	
	1987	1999	2010	1987-1999	1999-2010
4- 9 jaar	5,4	5,9	5,5	108	94
10-19 jaar	10,3	7,9	8,2	76	105
20-29 jaar	12,3	8,7	7,2	71	83
30-39 jaar	9,7	11,3	7,9	117	69
40-49 jaar	5,3	9,6	10,5	182	109
50-59 jaar	3,2	5,3	8,6	166	162
60-64 jaar	1,2	1,4	2,7	118	194
65 jaar	1,6	2,5	3,3	157	134
totaal	49,2	52,7	54,0	107	102

^a Als gevolg van afronding tellen de categorieën niet exact op tot het totaal.

Maatschappelijke acceptatie

De maatschappelijke visie op en de maatschappelijke acceptatie van verstandelijk gehandicapten heeft grote invloed op de omvang van de groep licht verstandelijk gehandicapten. Enerzijds kan een grotere acceptatie leiden tot een grotere participatie van mensen met een verstandelijke handicap in reguliere, maatschappelijke structuren. Uitgaande van de nieuwe AAMR-opstelling dat de verstandelijke handicap tot uiting komt in de interactie tussen de persoon met de verstandelijke handicap en de omgeving, zou het aantal verstandelijke handicaps wellicht afnemen doordat de omgeving beter leert omgaan met mensen met een verstandelijke handicap. Momenteel wordt participatie in de maatschappij (werken, wonen en onderwijs) weliswaar steeds meer gestimuleerd, maar dit is nog geen trend met significant kwantitatieve gevolgen voor de prevalentie van verstandelijke handicaps.

Toenemende diversiteit in de gehandicaptenzorg

Er zijn momenteel verregaande veranderingen gaande in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. Daarbij gaat het om vergroting van keuzemogelijkheden in het zorgaanbod: de wijze waarop men wil wonen, de dagbesteding, werken en andere vormen van ondersteuning. De gehandicaptenzorg zal hierdoor waarschijnlijk veel diverser worden. Zo bestaat er momenteel een toename van kleinschalige woonvoorzieningen.

Waarschijnlijk verdere stijging van de levensverwachting

Door de verbeterde medische zorg is de levensverwachting van mensen met een verstandelijke handicap meer toegenomen dan van mensen zonder verstandelijke handicap (Maaskant, 1993). In de toekomst zal de gestegen levensverwachting en dus ook de prevalentie zich naar verwachting verder voortzetten.

